

HANDBUCH FÜR DIE KOORDINATION FÜR BETREUUNG UND PFLEGE (KBP)

LINZ, OKTOBER 2009

ANDREAS HACKL
MAG.^A FRANZISKA HINGERL
DR.^{IN} BIRGIT PIRKLBAUER
BRIGITTE STANGL
MAG. MICHAEL WALL



AMT DER OÖ. LANDESREGIERUNG
DIREKTION SOZIALES UND GESUNDHEIT
ABTEILUNG SOZIALES
BAHNHOFPLATZ 1
4021 LINZ

INHALTSVERZEICHNIS

1	Hintergrund und Anlass.....	3
1.1	Übersicht Organisationen.....	3
1.1	Karte Mobile Betreuung und Hilfe.....	5
1.1	Karte Hauskrankenpflege.....	6
1.2	Zweck und Ziel der Koordination für Betreuung und Pflege (KBP).....	7
1.2.1	Zweck der KBP	7
1.2.2	Ziele der KBP.....	7
2	Arbeitsgruppe des Pilotprojektes.....	9
2.2	Projektstruktur.....	9
3	Ergebnisse aus den Projektgruppe.....	9
3.1	Namensgebung.....	9
3.2	Qualifikation.....	10
3.3	Personalbedarf.....	10
3.4	Finanzierung.....	11
3.5	Einstufung/Dienstpostenplan.....	11
3.6	Mitspracherecht des Landes bei der Auswahl von Koordinator/innen.....	11
3.7	Abschluss eines Dienstvertrages.....	12
3.8	Ausbildung/Weiterbildung.....	12
3.9	Zielgruppe der Koordination für Betreuung und Pflege.....	13
3.10	Einsatzgebiete.....	13
3.11	Aufgaben der Koordination für Betreuung und Pflege.....	13
3.12	Kommunikation.....	14
3.13	Modellversuche.....	16
3.14	Änderungen der festgelegten Betreuungs- Pflegemaßnahmen.....	17
3.15	Betreuungsabbrüche.....	17
3.16	Ablauforganisation.....	17
3.17	Datenerfassung.....	19
3.18	Evaluierung.....	20
3.19	Interreg-Projekt.....	20
4	<u>Beginn Theorieteil</u> /Vorwort.....	23
5	Die Entwicklung von Case Management - ein historischer Abriss	24
6	Definition von Case Management	25
7	Die Methode des Case Managements	29
8	Klientenbezogenes – systembezogenes Case Management	30
8.1	Klientenbezogenes Case Management.....	30
8.2	Systembezogenes Case Management	31
9	In welchen Handlungsfeldern ist Case Management tätig	36
9.1	Klassifizierung nach angebotenen Dienstleistungen	36
9.2	Klassifizierung nach Einsatzgebieten	37
10	Kompetenzen eines/einer Case Managers/-in	37
10.1	Kompetenzanforderungen an Case Manager/innen.....	38
10.2	Qualifizierungsmaßnahmen in Oberösterreich.....	39
11	Ethische Implikationen verschiedener Case Management-Konzepte.....	42
12	Qualitätssteigerung durch Case Management.....	34
13	Implementierung von Case Management.....	45
14	Modellerfahrungen - die Gesundheits- und Sozialversorgung von morgen	48
15	Fazit.....	50
16	Literaturverzeichnis	51

Anlagen: Organisationen auf Gemeindeebene / Mitteilungsblatt / Arbeitsplatzbeschreibung / ARGE - Tätigkeits- und Kompetenzkatalog

1 HINTERGRUND UND ANLASS

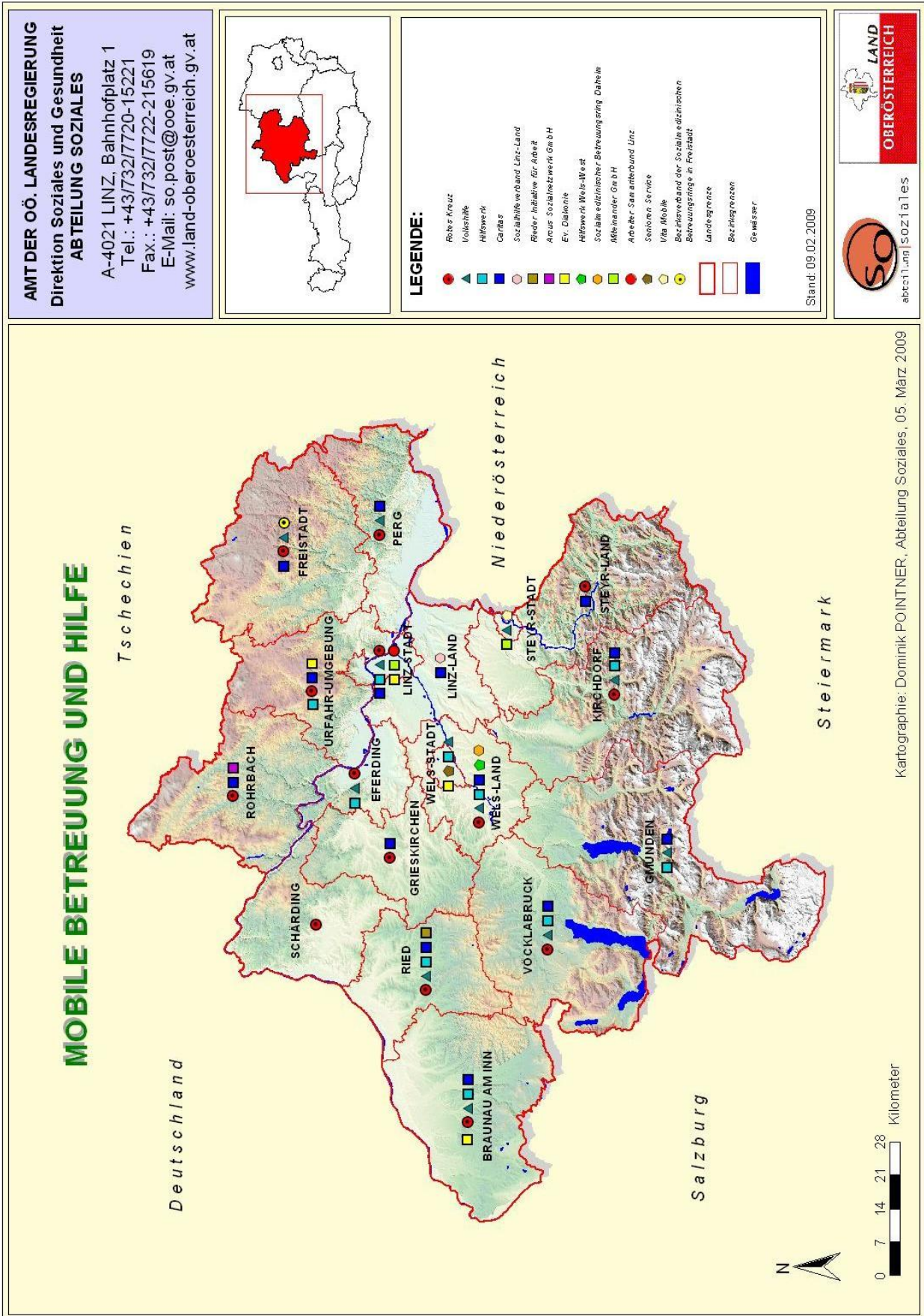
Gemäß § 31 Oö. Sozialhilfegesetz 1998, i.d.g.F., ist es Aufgabe der Regionalen Träger Sozialer Hilfe (Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut) die persönlichen Hilfen "Mobile Betreuung und Hilfe" und "(soziale) Hauskrankenpflege" anzubieten. Die Leistungserbringung erfolgt zumeist im Auftrag der Regionalen Träger Sozialer Hilfe (RTSH) durch bestehende und geeignete Wohlfahrtsorganisationen.

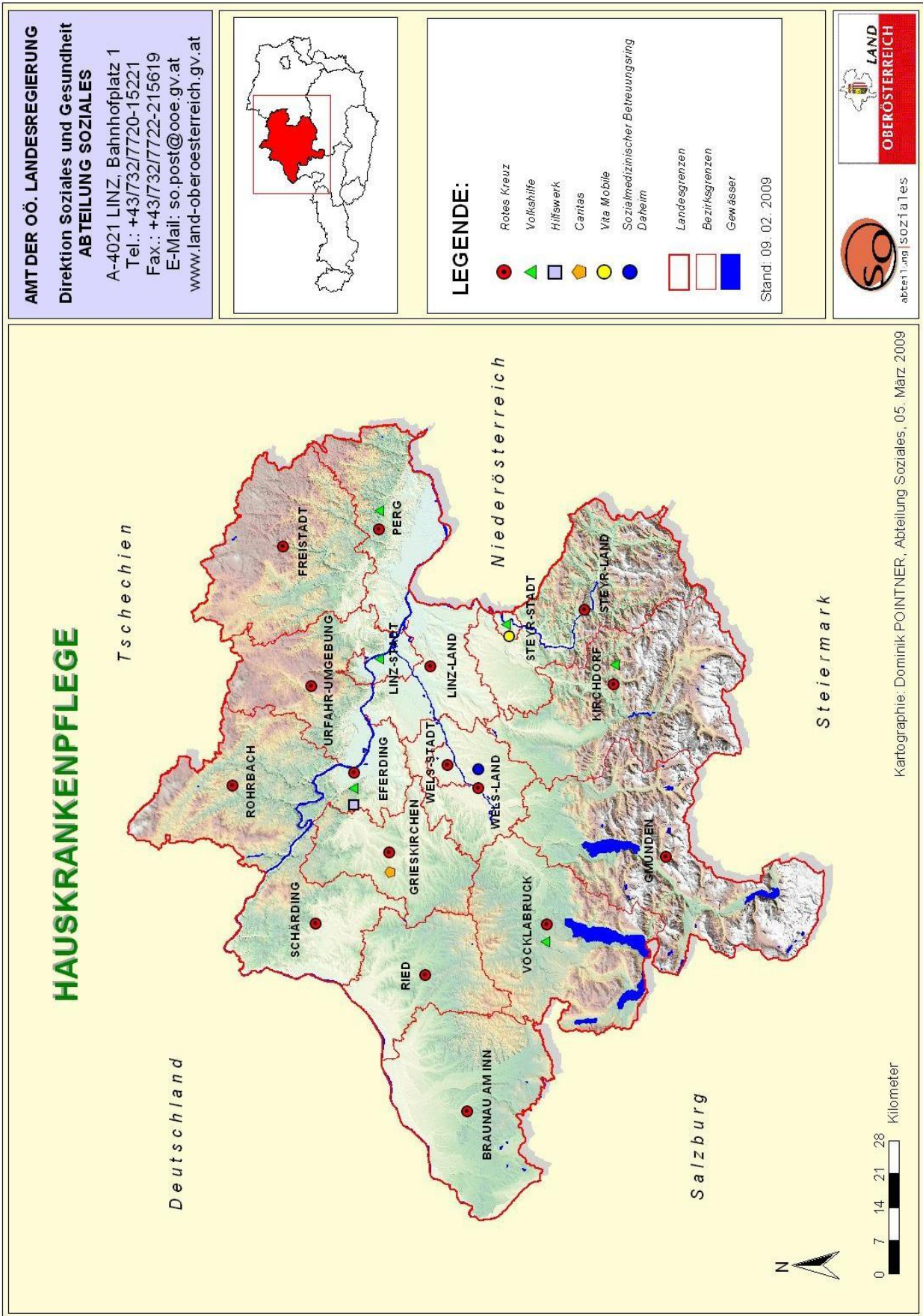
Im Bundesland Oberösterreich sind per 31.12.2008 von den RTSH auf der Basis der Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in Oberösterreich (kurz Richtlinien) bisher nachstehende Wohlfahrtsorganisationen mit der Durchführung der Mobilen Betreuung und Hilfe und der (sozialen) Hauskrankenpflege beauftragt:

1.1 Übersicht Organisationen

Bezirk	Mobile Betreuung und Hilfe	Hauskrankenpflege
Braunau am Inn	Caritas Evangelische Diakonie Hilfswerk Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz
Eferding	OÖ Hilfswerk Rotes Kreuz Volkshilfe	OÖ Hilfswerk Rotes Kreuz Volkshilfe
Freistadt	Bezirksverband der Sozial- medizinischen Betreuungs- ringe in Freistadt Caritas Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz
Gmunden	Caritas Hilfswerk Volkshilfe	Rotes Kreuz
Grieskirchen	Caritas Rotes Kreuz	Caritas Rotes Kreuz
Kirchdorf an der Krems	Caritas Hilfswerk Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz Volkshilfe
Linz-Land	Caritas Sozialhilfeverband Linz-Land	Rotes Kreuz
Perg	Caritas Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz Volkshilfe

Bezirk	Mobile Betreuung und Hilfe	Hauskrankenpflege
Ried im Innkreis	Caritas Hilfswerk Rieder Initiative für Arbeit Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz
Rohrbach	Arcus Sozialnetzwerk GmbH Caritas Rotes Kreuz	Rotes Kreuz
Schärding	Rotes Kreuz	Rotes Kreuz
Steyr-Land	Caritas Rotes Kreuz	Rotes Kreuz
Urfahr-Umgebung	Caritas Evangelische Diakonie Hilfswerk Rotes Kreuz	Rotes Kreuz
Vöcklabruck	Caritas Hilfswerk Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz Volkshilfe
Wels-Land	Caritas Hilfswerk Hilfswerk Wels-West SMB Daheim Rotes Kreuz Volkshilfe	Rotes Kreuz SMB Daheim
Linz-Stadt	Arbeiter-Samariter-Bund Caritas Evangelische Diakonie Hilfswerk Miteinander GmbH Rotes Kreuz Volkshilfe	Volkshilfe
Steyr-Stadt	Miteinander GmbH Vita Mobile Volkshilfe	Vita Mobile Volkshilfe
Wels-Stadt	Evangelische Diakonie Hilfswerk Senioren Service Volkshilfe	Rotes Kreuz





Eine Übersicht der einzelnen Organisationen auf Gemeindeebene ist dem Anhang zu diesem Handbuch zu entnehmen.

Im Sinne der Planung und der bedarfsgerechten Leistungserbringung wurden in den Richtlinien des Landes (Stand: 01.05.2006) die Voraussetzungen für ein "Case-Management" geschaffen. Die ersten Überlegungen dazu finden sich im Anhang I der genannten Richtlinien wieder.

Darin wird das "Case-Management" als Pilotprojekt in zwei Bezirken und in einer Stadt mit eigenem Statut vorgesehen und soll bei Bewährung auf das gesamte Bundesland ausgeweitet werden (siehe dazu Punkt 3.2 der Richtlinien). Die Sozialhilfeverbände Braunau am Inn und Wels-Land sowie die Stadt Linz haben sich als Pilotbezirke zur Verfügung gestellt. Die Pilotprojekte wurden offiziell per 30.06.2008 beendet. Aus den vorliegenden Berichten (Zwischenberichte / Endberichte) sowie aus den gemeinsamen Gesprächen während und nach der Pilotphase wurde die Notwendigkeit einer landesweiten Implementierung eines "Case-Managements" für die mobilen Dienste bestätigt. Die Vorbereitungsarbeiten für die Implementierung des "Case-Managements" welches nun als Koordination für Betreuung und Pflege bezeichnet wird (siehe dazu Punkt 3.1 Namensgebung) erfolgten in der zweiten Jahreshälfte 2008.

1.2 Zweck und Ziele der Koordination für Betreuung und Pflege (KBP)

1.2.1 Zweck der KBP

Den RTSH ist ein breites Tätigkeitsfeld zugeordnet. Zum Teil werden von den RTSH Leistungen selbst erbracht, zum Teil sind sie für deren Organisation verantwortlich. In jedem Fall treten sie jedoch als Zahler auf.

Daraus ergeben sich sowohl in organisatorischer, als auch in struktureller Hinsicht gewisse Notwendigkeiten. Dies wurde bereits vor längerer Zeit vom Rechnungshof betont und wurde zuletzt bei der Untersuchung der RTSH durch die HAFELEKAR Unternehmensberatung GmbH bekräftigt.

Durch die Installation einer Koordination für Betreuung und Pflege soll ein Instrument zur Verfügung gestellt werden, das den Verantwortungsträgern im Bezirk eine Steuerung ermöglicht bzw. erleichtert.

Weiters ergeben sich nicht zuletzt aus den steigenden Erwartungen der Kund/innen, den Entwicklungen und den Erkenntnissen aus dem Bereich der Pflege und Betreuung sowie angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen die Notwendigkeit, qualitätssichernde Maßnahmen in den Bezirken zu implementieren und damit den Prozess der Qualitätsentwicklung zu fördern.

1.2.2. Ziele der KBP

Aus dem unter Punkt 1.2.1 beschriebenen Zweck lassen sich folgende Ziele ableiten:

1. Sicherstellen des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Leistung:

Angesichts knapper Ressourcen, mitunter fehlender Informationen, Überforderung des (alleinstehenden) Kunden oder/und der Angehörigen in schwierigen Situationen sowie der bestehenden unterschiedlichen Angebote ist es erforderlich, den Kund/innen die benötigte Leistung zukommen zu lassen.

Dabei soll eine adäquate Leistung zur Verfügung gestellt werden: Einerseits soll damit der Bedarf gedeckt werden, andererseits sollen wirtschaftliche Notwendigkeiten Berücksichtigung finden. In diesem Zusammenhang soll die KBP auf bestehende Richtlinien (insbesondere die Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in Oberösterreich, Objektivierungsrichtlinie) zurückgreifen und den Umsetzungsprozess im jeweiligen Bezirk vorantreiben.

In letzter Zeit etablieren sich neue Angebote (z.B. Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, "Betreute Betreubare Wohnformen", Hausgemeinschaften). Durch die KBP soll die Vergabe entsprechend den mit der Abteilung Soziales abgestimmten Konzepten die vorhandenen individuellen Bedarfe in der Region decken.

2. Vernetzungsarbeit im Bezirk:

Zahlreiche Schnittstellen innerhalb des Sozialbereiches bzw. zum Gesundheitsbereich sollen durch eine institutionalisierte Vernetzungsinstanz optimiert werden.

Darüber hinaus soll die KBP auch als Vertreter des RTSH in bereits bestehende Vernetzungsarbeiten eingebunden werden (so ist zum Beispiel die KBP im Projekt Nahtstellenmanagement bereits mit dieser Funktion berücksichtigt).

3. Optimierung der Prozesse:

Durch die KBP sollen bestehende Abläufe hinterfragt und gegebenenfalls optimiert werden. Das betrifft sowohl Abläufe, die aus Kundensicht relevant sind (z.B. rascher und unbürokratischer Zugang zu Dienstleistungen), als auch Prozesse bei den leistungserbringenden Organisationen (z.B. Versorgung der einzelnen Regionen im Bezirk).

4. Sicherstellen eines landesweit einheitlichen und flächendeckenden Leistungsniveaus:

Auf der Basis von Kennzahlen, die zum Beispiel bei Sozialplanungsgesprächen zur Verfügung gestellt werden, soll beispielsweise hinsichtlich des Ausbaugrades im Bezirk (im Hinblick auf den Bedarfs- und Entwicklungsplan), hinsichtlich der Leistungszeit beim Kunden/der Kundin oder im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Angebote (z.B. Hausgemeinschaften, Tageszentren), etc. eine Harmonisierung mit der Situation auf Landesebene angestrebt werden.

Neben harmonisierten Leistungen auf der Ebene des Bezirkes soll auch innerhalb des Bezirkes in den jeweiligen Regionen unter Berücksichtigung der Bedarfszahlen in den Gemeinden (nicht zuletzt bei den mobilen Diensten) eine entsprechende Umsetzung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes erfolgen.

Dadurch soll letztlich auch der Ressourceneinsatz im Bezirk optimiert werden.

5. Mitwirken an der Steuerung eines bedarfsgerechten Ausbaues:

Auf der Basis der in der praktischen Tätigkeit gewonnenen Erfahrungen sollen in Zusammenarbeit mit den Entscheidungsträgern bei den RTSH die Meilensteine für die fristgerechte Umsetzung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes festgelegt werden.

Die Zielerreichung soll anhand von unterjährigen Ergebnissen regelmäßig überprüft werden. Damit soll die KBP einen fachlichen Beitrag zur Steuerung des "Unternehmens Sozialhilfeträger" leisten.

In diesem Sinne soll die KBP die Entscheidungsträger bei den RTSH bei der Implementierung und Weiterentwicklung der regionalen Sozialplanung unterstützen.

2 ARBEITSGRUPPE des Pilotprojektes

2.1 Teilnehmer/innen

In der Arbeitsgruppe waren nachstehende Vertreter/innen der Regionalen Träger Sozialer Hilfe und des Landes Oberösterreich involviert:

Herr Dr. Johann Gruber (SHV Braunau am Inn)
Frau Melitta Wedam (SHV Braunau am Inn/CM)
Frau Karina Huber (SHV Wels-Land)
Frau Sabine Pöstinger (SHV Wels-Land/CM)
Frau Dipl. Psych. Kirchmair-Wenzel (Stadt Linz)
Herr Mag. Michael Wall (Land OÖ/Abteilung Soziales)
Frau Mag. Franziska Hingerl (Land OÖ/Abteilung Soziales)
Frau Brigitte Stangl (Land OÖ/Abteilung Soziales)
Herr Andreas Hackl (Land OÖ/Abteilung Soziales)

2.2 Projektstruktur

Die Projektarbeit war in der Anfangsphase von der Positionierung des "Case-Managements" und der Vernetzung mit bestehenden Einrichtungen (Sozialberatungsstellen, Hausärzt/innen, Entlassungsmanagement, Einsatzleitungen der mobilen Dienste,..) gekennzeichnet. Eine Vernetzung hinsichtlich Absprachen fand mehrmals zwischen den "Case-Managerinnen" statt. In der Stadt Linz befand sich die für das "Case-Management" zuständige Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin in Karenz. Während der Projektzeit stand Frau Dipl. Psych. Kirchmair-Wenzel zur Verfügung. Das "Case-Management" wird in Linz-Stadt von Diplomsozialarbeiter/innen durchgeführt.

Nach einer ersten Einarbeitungsphase wurden von den "Case-Managerinnen" im Einvernehmen mit der jeweiligen Geschäftsstelle des Sozialhilfeverbandes und des Landes mehrere Arbeitswege beschritten. Neben der Durchsicht von Heimanträgen im Sinne der Objektivierungsrichtlinie wurden mehrere Modellversuche a) eine sofortige Begutachtung und b) eine Begutachtung nach einer festgelegten Frist erprobt. Dazu war es unabdingbar, enge Kontakte mit den Einsatzleiter/innen der mobilen Dienste herzustellen. Das in den Pilotbezirken eingesetzte "Case-Management" wurde von den bestehenden Einrichtungen zum Teil sehr unterschiedlich wahrgenommen.

Neben der Pflegeanamnese, -diagnose und Pflegeplanung galt es eine Dokumentation für das "Case-Management" zu entwickeln. Dazu bedienten sich die "Case-Managerinnen" an bestehenden Dokumentationen, etwa den Aktivitäten des täglichen Lebens (kurz ATL's). Für die Bewertung einzelner Tätigkeiten in Minuten wurde von den "Case-Managerinnen" auf eine auf Erfahrungen basierende Darstellung der Stadt Linz zurückgegriffen. Der Begriff Case-Management wurde von den Projektteilnehmer/innen hinterfragt.

3 ERGEBNISSE AUS DER PROJEKTGRUPPE

3.1 Namensgebung:

Das "Case-Management" hat bereits in vielen Bereichen Einzug erhalten. Dies führt zunehmend zu Verwirrungen. Es soll daher der Begriff Case-Management für die oberösterreichspezifischen Bedürfnisse geschärft werden. Die Zielgruppe sind ältere pflegebedürftige Menschen. Nach einer Sammlung von Begriffen (steuern, lenken, prüfen, kontrollieren, lösen, planen, beraten, unterstützen informieren, koordinieren) und der erforderlichen Ausrichtung (Fokus Klient/in – Fokus System) wurde die Bezeichnung "**Koordination für Betreuung und Pflege**" festgelegt. Die Mitarbeiter/innen sollen als Koordinator/innen für Betreuung und Pflege bezeichnet werden.

3.2 Qualifikation:

Die Koordinator/innen für Betreuung und Pflege müssen über die Qualifikationen einer/eines Diplomsozialarbeiterin/Diplomsozialarbeiters oder einer/eines Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-Pfleger verfügen. Die Richtlinien des Landes Oberösterreich sehen bisher bereits beide Qualifikationen (siehe dazu Anhang I, Seite 26 "Organisation/Personal/Finanzierung") vor. Sofern Diplomsozialarbeiter/innen als Koordinator/innen tätig sind, dürfen diese die Vorbehaltstätigkeiten nicht wahrnehmen, sondern sind auf die Interpretationen angewiesen und somit bei der Umsetzung dieser Tätigkeit begrenzt. Aufgrund dieser beruflichen Situation ist zu berücksichtigen, dass, wenn mehr als eine Person in der Koordination für Betreuung und Pflege tätig sein sollte, mindestens eine Angehörige/ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt sein muss. Die Qualifikation der Fach-Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit (kurz FSB "A") verfügt gemäß §§ 83 und 84 GuKG nur über einen mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, weshalb diese eigenverantwortlichen Handlungsfelder nicht abgedeckt werden können. Bei bewährten und erfahrenen Mitarbeiter/innen kann allerdings im Hinblick auf den Regelbetrieb eine Aufschulung nach § 44 GuKG zum/zur Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-Pfleger in Erwägung gezogen werden. Gemäß § 14 GuKG ist die Pflegeanamnese und -diagnose sowie die Pflegeplanung dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich und somit dem gehobenen Dienst vorbehalten ist.

3.3 Personalbedarf:

Für die Einschätzung eines zu erwartenden Personalbedarfs für die Koordination für Betreuung und Pflege konnten weder während der Pilotphase noch in den nachfolgenden Gesprächen umsetzbare Daten geliefert werden. Dieser Bedarf hängt vor allem von der definierten Zielsetzung, zum Beispiel Umfang der Einzelbegutachtungen, Schwerpunktsetzungen etc., ab.

Die Aufgaben der Koordinator/innen für Betreuung und Pflege werden – insbesondere in der Anfangsphase – vor allem in einem systemorientierten Ansatz (Vernetzung) und in der Fallbehandlung von Multiproblemsituationen liegen. Mit Ausweitung der personellen Ressourcen soll auch auf die klientenorientierte Tätigkeit vermehrt ein Schwerpunkt gelegt werden.

In der Implementierungsphase soll deshalb zunächst **eine Personaleinheit** (wenn möglich zwei Personen in Teilzeit) pro Bezirk tätig werden können. Die Anstellung von zwei Personen wird wegen einer Vertretungsmöglichkeit und einer Gebietsaufteilung für sinnvoll erachtet. In weiterer Folge kann/soll in den Bezirken ein realistischer Personalbedarf festgelegt werden. Auf Grundlage der Berechnung nach Zuwachszahlen von Klienten/innen im Jahr 2007 wird in Linz-Stadt ein höherer, im Bezirk Eferding hingegen ein geringerer Personalbedarf gesehen.

Nach der Implementierungsphase soll unter Beteiligung aller Regionaler Träger Sozialer Hilfe eine endgültige Festlegung der Personalbedarfe erfolgen, wobei als Kriterien für die Bedarfsfestsetzung beispielsweise die Anzahl der Personen in Multiproblemsituationen, Anzahl und Dauer der durchschnittlichen Hausbesuche, Aufteilung der Leistungszeit und Hilfszeit, Anzahl der Vernetzungstreffen etc. dienen können.

Die Erfahrungen in den Pilotbezirken haben gezeigt, dass gegenüber der einen Personaleinheit in der Implementierungsphase ein deutlicher Personalausbau erforderlich ist.

3.4 Finanzierung:

Die Koordination für Betreuung und Pflege wird durch das Land Oberösterreich auf Basis der Personalkosten (im Sinne der Ergebnisse aus dem Normkostenmodell) auch in Zukunft finanziell unterstützt. Den Regionalen Trägern Sozialer Hilfe wird im ersten Jahr eine Landessubvention in Höhe von 50 v.H. der Personalkosten zuzüglich 25 % Implementierungszuschlag gewährt. Das erste Finanzierungsjahr beginnt ab der Einstellung der Koordinator/innen und wird auch jenen Regionalen Trägern Sozialer Hilfe gewährt, die sich an der Pilotphase beteiligt haben. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass diese "Richtlinien" eingehalten werden. Ab dem zweiten Jahr beträgt die Landesförderung 50 v.H. der Personalkosten.

Bis auf Weiteres ist eine gesonderte Antragstellung für die Inanspruchnahme der Förderung erforderlich. Ein Einzelkostennachweis ist nur bei Aufforderung notwendig. Ansonsten sind die Kosten in einem zur Verfügung gestellten Formblatt darzustellen. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit dieser Darstellung ist vom zuständigen Organ des Regionalen Trägers Sozialer Hilfe zu bestätigen. Dieses Formblatt wird von der Abteilung Soziales erarbeitet und den RTSH zur Verfügung gestellt.

Angesichts der besonderen Bedeutung der Koordination für Betreuung und Pflege für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Organisation und Weiterentwicklung der mobilen Dienste wird ab 01.01.2010 die Mitfinanzierung der mobilen Betreuung und Hilfe von einer handbuchkonformen Umsetzung der Koordination für Betreuung und Pflege abhängig gemacht.

3.5 Einstufung/Dienstpostenplan:

Im Einvernehmen mit der Direktion Inneres und Kommunales sind die zukünftigen Koordinatoren/innen in GD 14 der Oö. Gemeinde-Einreichungsverordnung, LGBl. Nr. 53/2002, i.d.g.F., einzustufen. Hinsichtlich der Vorkehrungen zum Dienstpostenplan ist zeitgerecht (vor einer Ausschreibung) der Kontakt mit der Direktion Inneres und Kommunales, Ansprechpartner ist Herr OAR Schürz, Tel. 0732/7720/11468, aufzunehmen.

Die Arbeitsplatzbeschreibung und –bewertung, die die Grundlagen für diese Ausschreibung bildet, wurde bereits an die RTSH übermittelt und ist diesem Handbuch nochmals angeschlossen.

3.6 Mitspracherecht des Landes bei der Auswahl von Koordinator/innen:

Bei der Auswahl von Koordinator/innen ist das Land Oberösterreich miteinzubeziehen. Diese Mitsprache gestaltet sich derart, als vor der endgültigen Entscheidung (nach Hearing und Reihung) von allen Bewerber/innen Informationen über

- Qualifikation
- Beschäftigungsausmaß
- einschlägige Erfahrungen im Sozialbereich und im Case-Management
- Weiterbildungen
- Lebenslauf

an die Abteilung Soziales des Landes übermittelt werden. Ein standardisiertes Formular (Mitteilungsblatt) wurde zwischenzeitlich von der Abteilung Soziales ausgearbeitet und den Regionalen Träger Sozialer Hilfe zur Verfügung gestellt. Vor der definitiven Einstellung der Koordinator/innen ist die Zustimmung von der Abteilung Soziales abzuwarten. Dieses Procedere gilt sowohl für die Implementierungsphase als auch für den Regelbetrieb. Das Mitteilungsblatt ist diesem Handbuch angeschlossen.

3.7 Abschluss eines Dienstvertrages

Beim Abschluss eines Dienstvertrages ist schriftlich zu vereinbaren, dass über allfällige berufsrechtliche Verschwiegenheitspflichten hinaus über sämtliche in der Ausübung des Berufes in Erfahrung gebrachte Geheimnisse Stillschweigen zu bewahren ist, soweit dies nicht zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlich oder zur Beseitigung von unmittelbar drohenden oder aktuellen Gefahren für Gesundheit und Leben unerlässlich ist. Davon unberührt bleiben Berichte an den Dienstgeber und das Land Oberösterreich soweit dem nicht das Datenschutzrecht entgegensteht.

3.8 Ausbildung/Weiterbildung:

Auf Grund der derzeit höchst unterschiedlichen Ausbildungsangebote wird in Kooperation mit der Altenbetreuungsschule des Landes Oberösterreich eine Ausbildung, die auf landesspezifische Bedürfnisse und das konkrete Einsatzgebiet abgestellt ist, angeboten. Von der Projektgruppe wurden dazu die Rahmenbedingungen ausgearbeitet. Die Ausbildung soll etwa 160 Unterrichtseinheiten Theorie (=20 Tage) umfassen.

Die oberösterreichspezifische Ausbildung wird jedenfalls folgende Inhalte berücksichtigen:

Grundlagen der Koordination Betreuung und Pflege Gesundheits- und Sozialsysteme	4 Tage (32 UE)
Juristisches (inkl. Gesundheits- und Sozialsysteme)	6 Tage (48 UE)
Kommunikation	5 Tage (40 UE)
Qualitätsmanagement	2 Tage (16 UE)
spezielles Klientel	3 Tage (24 UE)

Die konkrete Ausgestaltung dieser Module wird von der Altenbetreuungsschule des Landes Oberösterreich und der Abteilung Soziales vorgenommen. Dabei wird versucht, bereits bestehende Ausbildungen mitzudenken, um bei einer weiterführenden Ausbildung im Case-Management eine möglichst weitgehende Anrechnung zu begünstigen. Zusätzlich ist im Rahmen der Ausbildung ein **Praktikum** mit einem Projektbezug von einer Woche vorgesehen. Als unverzichtbar wird die Bildung von Peer Gruppen, die sich an den Gesundheitsregionen (siehe Punkt 3.12) orientieren, gesehen. Bei der Auswahl der Praktikumsstelle soll den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ein Einblick in die Arbeitsweise bzw. Methoden der Sozialarbeit (z.B. Sozialberatungsstellen) vermittelt werden. Für Dipl. Sozialarbeiter/innen soll der Schwerpunkt des Praktikums bei anbietenden Organisationen bzw. Trägern nach dem Oö. Sozialhilfegesetz (z.B. mobile Dienste / Alten- und Pflegeheimen / Tageszentren) liegen.

Die Finanzierung der Ausbildung soll sich an der Heimleiterausbildung (50 % RTSH / 50 % Land) anlehnen. Die Ausbildung, die berufsbegleitend in Form von Modulen in der Dienstzeit statt finden soll, wird erstmals voraussichtlich im Herbst 2010 angeboten und soll von allen in der Implementierungsphase tätigen Koordinator/innen wahrgenommen werden.

Der gewählte Ausbildungsumfang der hinter anderen Ausbildungsangeboten zurück bleibt, ist auf die unabdingbare Vorqualifikation (DGKS/DGKP / DSA) und die ausschließliche Verwendung im beschriebenen Einsatzgebiet zurückzuführen.

3.9 Zielgruppe der Koordination für Betreuung und Pflege:

- Ältere Menschen (über 60 im Einzelfall bzw. ab 65 Jahre) mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf
- Kinder im Rahmen der Hauskrankenpflege
- Menschen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf, welcher nicht auf der Basis anderer Rechtsgrundlagen zu decken ist: Abgrenzung zum Oö. ChG und zu Gesundheitsthemen, welche einer Versorgung im Gesundheitsbereich bedürfen.

3.10 Einsatzgebiete:

Die Aufgaben werden in den Bereichen der "Mobilen Betreuung und Hilfe" und der "Hauskrankenpflege" sowie der Langzeitpflege in den Alten- und Pflegeheimen wahrgenommen. Dabei sind die Schnittstellen zum intramuralen Bereich (z.B. Krankenhaus), zum stationären Bereich (Kurzzeitpflege), zum teilstationären Bereich (z.B. Tagespflege) und anderen Wohnformen (z.B. Betreubares Wohnen) zu berücksichtigen.

Die Schwerpunktsetzung soll in den Bezirken unter Berücksichtigung der konkreten Situation vorgenommen werden (bei einer knappen Zahl von Langzeitpflegeplätzen in Alten- und Pflegeheimen wird zum Beispiel der Fokus auf den Bereich der mobilen Dienste zu legen sein).

3.11 Aufgaben der Koordination für Betreuung und Pflege:

Die Hauptaufgaben der Koordination für Betreuung und Pflege werden wie folgt definiert:

- Case-Management im Einzelfall
- Mitwirkung an der (regionalen) Sozialplanung
- Koordination/Vernetzung

Bei den nachstehend angeführten Tätigkeiten sind die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen (insbesondere §§ 14 ff GuKG) zu beachten. Sofern die KBP ausschließlich von einer/einem Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter durchgeführt wird, werden für die der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten geeignete und befugte Dritte beizuziehen sein.

Case-Management im Einzelfall:

- Durchführen individueller Bedarfsanalysen (insbesondere bei multiplen Problemlagen)
- Festlegen von Zielen und Erstellen des individuellen Versorgungsplanes nach Durchführung der Pflege- und Sozialanamnese
- Überprüfen und evaluieren der gewährten individuellen Versorgungs- und Dienstleistungsmaßnahmen auf Notwendigkeit und Bedarf
- Mitwirken am Bedarfsobjektivierungsverfahren vor der Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim (oder künftige neue Wohnformen)

Mitwirkung an der (regionalen) Sozialplanung:

- Mitwirken bei der Entwicklung der Leistungsangebote im Bezirk bzw. bei der entsprechenden unterjährigen Steuerung
- Steuern der Leistungsangebote der einzelnen Anbieterorganisationen, auch im Hinblick auf die Ressourcen
- Mitwirken bzw. Erarbeiten fachlicher Standards und Kennzahlen, insbesondere über Ausmaß der Leistungserbringung und Qualifikation der Leistungserbringer sowie optimieren der Ablauforganisation
- Durchführen struktureller Bestandsanalysen
- Informieren über Versorgungsengpässe

Koordination/Vernetzung

- Koordinieren der angebotenen Versorgungsleistungen
- Entscheiden auf fachlicher Ebene bei multiplen Problemlagen (z.B. Schnittstellenfragen)
- Kooperieren mit den Sozialberatungsstellen, allen Leistungserbringern im sozialen Bereich
- Vernetzen mit den Partnern im Gesundheitsbereich (insbesondere mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser)
- Vernetzen mit den Bedarfskoordinator/innen (Oö. ChG)
- Einbeziehen des Landes OÖ (Qualitätssicherung)
- Einbeziehen von Angehörigen, Nachbarn, Freunden (Subsidiaritätsprinzip)

Es wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Erfüllung der Aufgaben (insbesondere bei der Kommunikation mit den Schnittstellenpartnern) die rechtlichen Vorgaben des Datenschutzgesetzes und des Gesundheitstelematikgesetzes zu beachten sind.

3.12 Kommunikation:

Die Kommunikation muss jedenfalls auf vier Ebenen erfolgen:

1. *Kommunikation mit der Geschäftsstelle des RTSH*
2. *Kommunikation mit dem Land OÖ (Abteilung Soziales)*
3. *Kommunikation untereinander /zwischen den Koordinator/innen*
4. *Kommunikation mit den Anbieterorganisationen*

Regionale Einführung (als Aufgabe der RTSH):

Um den Erfolg der KBP zu unterstützen ist es unerlässlich, dass die Koordinator/innen für Betreuung und Pflege vom RTSH selbst bei den relevanten Partnern eingeführt wird.

Die Vorstellung der Koordinator/innen sollte jedenfalls im Vorstand, bei den Anbieterorganisationen, den Alten- und Pflegeheimen, den Sozialberatungsstellen, dem Entlassungsmanagement, den Hausärzten und bei den Partnern an den sonstigen relevanten Schnittstellen erfolgen. Dabei sind auch die Aufgaben der KBP darzulegen. Ebenso ist auch auf die begrenzten Ressourcen in der Implementierungsphase aufmerksam zu machen.

Kommunikationswesen RTSH:

Der Austausch sollte mindestens 1 x pro Monat mit der Geschäftsstelle und zusätzlich im Anlassfall erfolgen. Die Ansprechperson beim RTSH ist zu definieren (für die Koordinationsstelle als auch für das Land). Es soll jemand sein, der beim Regionalen Träger Sozialer Hilfe eindeutig mit der Funktion betraut ist. Zu erörternde Themen sind insbesondere Themen solche der regionalen Sozialplanung (z.B.: Wartelisten, nicht gedeckte Bedarfe, Kennzahlenvergleiche auf der Basis der Ergebnisse des Normkostenmodells SHG (z.B. durchschnittliche Dauer der Hausbesuche, adäquater Einsatz der Personalressourcen im Bezirk, richtiger Einsatz der Qualifikationen) aber auch Schnittstellenthemen.

Kommunikationswesen Land:

Es ist vorgesehen, eine gemeinsame Besprechung mit den Koordinator/innen für Betreuung und Pflege 1 x pro Jahr – in der Implementierungsphase nach Bedarf (mind. 2 x/Jahr) – abzuhalten. Daneben erfolgt die Kommunikation mit dem Land Oberösterreich insbesondere im Anlassfall bzw. im Rahmen jährlicher Berichte (als Situationsberichte aus dem jeweiligen Bezirk) sowie im Rahmen der im Projekt Normkosten vorgesehenen Meldungen. Während sich die Berichte beim Normkostenmodell SHG vorwiegend auf eine zahlenmäßig exakte Darstellung beschränken, soll die Beschreibung der KBP die Besonderheiten der Versorgung des Bezirkes qualitativ darstellen. Darüber hinaus sollen diese Berichte auch die Schwerpunkte der Tätigkeit der KBP im letzten Jahr aufzeigen. Als Ansprechpersonen seitens des Landes stehen in fachlicher Hinsicht Frau Brigitte Stangl, DGKS, Qualitätssicherung mobile Dienste, Tel.Nr. 0732/7720/13855, E-Mail: brigitte.stangl@ooe.gv.at, (Vertretung: Frau Mag^a. Franziska Hingerl) und in planerischer Hinsicht Frau Mag^a. Franziska Hingerl, Tel.Nr. 0732/7720/14978, E-Mail: franziska.hingerl@ooe.gv.at, Landessozialplanung (Vertretung: Herr Andreas Hackl, Tel.Nr. 0732/7720/15369, E-Mail: a.hackl@ooe.gv.at, Förderbereich persönliche Hilfe) zur Verfügung.

Kommunikation untereinander (zwischen den Koordinator/innen):

Die Kommunikationsstruktur soll bereits in der Ausbildung (Peer Gruppen) gebildet werden und als Kommunikationsforum weiter bestehen. Die Treffen sollten quartalsweise bzw. im Anlassfall statt finden. Ziel ist es, sich an den bestehenden und definierten Gesundheitsregionen anzulehnen. Im Mittelpunkt dieser Vernetzungstreffen sollen insbesondere der Erfahrungsaustausch über mögliche Herangehensweisen und die Suche nach Optimierungsmöglichkeiten stehen, um eine gute Umsetzung in den Bezirken zu gewährleisten. Dies kann zum Beispiel im Rahmen einer vergleichenden Darstellung der jeweiligen Prozesse an den einzelnen Schnittstellen erfolgen.

Diese Gesundheitsregionen sind:

Region Linz (Linz-Stadt, LL)

Region Wels (Wels Stadt, Wels-Land, GR, EF)

Region Mühlviertel (RO, UU, FR, PE)

Region Phyrn/Eisenw. (Steyr-Stadt, SE, KI)

Region Traunviertel/SKG (GM, VB)

Region Innviertel (BR, RI, SD)

Kommunikation Anbieterorganisationen:

Mit den Anbietern der mobilen, teilstationären und stationären Dienste ist eine Kommunikationsstruktur zu erarbeiten, die für einen regelmäßigen Austausch genutzt werden soll. Beim Aufbau dieser Kommunikationsstruktur sind die Partner an der Schnittstelle zum Gesundheitsbereich mit zu berücksichtigen. Letztere können zum Beispiel bei Bedarf zu Koordinationstreffen eingeladen werden.

Darüber hinaus sollen bei Bedarf - zum Beispiel im Rahmen des Case-Managements im Einzelfall oder bei der Erörterung der Kennzahlen einer Organisation - Besprechungen im kleineren Rahmen (z.B. bei Dienstbesprechungen) statt finden, um den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten.

Weiters ist es notwendig, die Koordinator/innen zumindest wöchentlich über den Stand der Personalkapazitäten der mobilen Dienste bzw. freien Ressourcen in den teilstationären und stationären Einrichtungen zu informieren.

Die Anfragen der Koordination für Betreuung und Pflege für die Berichterstattung im Rahmen der regionale Sozialplanung sind von den Anbieterorganisationen zu beantworten.

3.13 Modellversuche:

Im Zuge der Pilotprojekte wurden für die Durchführung des CM im Einzelfall von den Koordinator/innen insbesondere nachstehende Modelle erprobt.

Modell 1: Die Koordinator/innen werden umgehend bei Betreuungs-/Pflegebeginn tätig

Bei diesem Modell muss die KBP vor Aufnahme der Betreuung und Pflege informiert werden und führt vor Beauftragung der Anbieterorganisation eine Pflegeanamnese durch. In weiterer Folge fixiert die KBP im Einvernehmen mit der Einsatzleitung Art und Ausmaß der Leistung.

Vorteile:

- *Die Leistungsstunden und Qualifikationen können von den Koordinator/innen – im Einvernehmen mit der Einsatzleitung – sofort festgesetzt werden*
- *Eine Steuerung ist sofort möglich*

Nachteile:

- *Die Pflegeanamnese wird 2 x (von den Koordinator/innen und von der Anbieterorganisation) erstellt, da eine Übernahme der Anamnese von Personen, die nicht in der eigenen Anbieterorganisation tätig sind, nicht der gängigen Praxis entspricht.*
- *Der zeitliche Aufwand für die Koordinator/innen ist aufgrund der eingeschränkten Planbarkeit der Wege sehr hoch.*

Modell 2: Die Koordinator/innen werden nach einer gesetzten Frist binnen 4 Wochen tätig

Bei dieser Variante wird von den Kunden/innen ein vorläufiger Betreuungs- bzw. Pflegeumfang durch die Anbieterorganisation vereinbart. Der KBP wird von dieser Vereinbarung in Kenntnis gesetzt und kann binnen 4 Wochen die vorläufige Festlegung hinterfragen bzw. abändern.

Vorteile:

- *Die Koordinator/innen müssen nicht sofort und in jedem Fall tätig werden und können die Einsätze planen.*
- *Der zeitliche Aufwand ist für die Koordinator/innen ungleich geringer als bei einer sofortigen Planung.*

Nachteile:

- *Eingeschränkte Möglichkeit zur Steuerung der Auslastungskapazitäten bei mehreren Anbieterorganisationen.*
- *Der von der Organisation festgesetzte Betreuungs-/Pflegebedarf wird gegebenenfalls von der KBP verändert.*
- *Die Anbieter könnten bereits im Vorfeld selektieren, ehe ein Bedarf an die KBP weitergeleitet wird.*

In der Implementierungsphase wird das "Modell 2" für sinnvoll erachtet, zumal auch die Erfahrungen in den Pilotbezirken gezeigt haben, dass die Einschätzung der Anbieterorganisationen von jenen der Koordinator/innen (wenn wie in Linz die durchschnittliche Betreuungsdauer für Betreuungs-/Pflegetätigkeiten als Grundlage herangezogen wird) nicht erheblich abweicht. Darüber hinaus würde das Modell 1 die zur Verfügung stehenden KBP überfordern.

3.14 Änderungen der festgelegten Betreuungs- Pflegemaßnahmen:

Über Änderungen der festgelegten Pflege und/oder Betreuungsmaßnahmen der Anbieterorganisationen ist eine begründete Information an den KBP zu übermitteln, sofern eine der nachstehenden Kriterien zutrifft:

- Abweichungen des Pflege-/Betreuungsausmaßes > 25 Prozent bzw. > 1/2 Stunden
- Veränderungen der Intervalle
- Veränderungen der Qualifikation

Inwieweit bei derartigen Änderungen neuerliche Begutachtungen erfolgen oder lediglich eine Beurteilung auf der Basis der Dokumentation statt findet, wird von den Koordinator/innen entschieden. Klargestellt wird, dass der /die Koordinator/in für Betreuung und Pflege Änderungen in jede Richtung korrigieren kann.

3.15 Betreuungsabbrüche:

Im Falle von Betreuungsabbrüchen lt. Landesrichtlinien (wenn es beispielsweise für Pflegepersonen nicht mehr zumutbar ist) ist in Zukunft **zwingend** der/die Koordinator/in zu informieren. Diese Information hat rechtzeitig, d.h. im Regelfall vor dem Abbruch, zu erfolgen. Die Koordinator/innen versuchen in weiterer Folge – wenn möglich und gewünscht – eine Lösung für die weitere adäquate Versorgung gefunden wird. Die Qualitätssicherung des Landes ist über die Betreuungsabbrüche in Kenntnis zu setzen (Qualitätssicherung / Frau Brigitte Stangl, Tel.Nr. 0732/7720/13855, E-Mail: brigitte.stangl@ooe.gv.at).

3.16 Ablauforganisation

Nachdem in der überwiegenden Zahl der Bezirke die Sozialberatungsstellen (SBS) noch nicht zur Gänze ausgebaut sind und darüber hinaus oftmals nur mit wenigen Wochen-Stunden zur Verfügung stehen, wird in der derzeitigen Phase die SBS nicht als generelle Erstanlaufstelle definiert werden können.

Darüber hinaus ist in der Implementierungsphase nur eine PE pro Bezirk für Zwecke der KBP vorgesehen. Auch aus diesem Grund kann eine dem RTSH nahe Institution nicht als zentrale Anlaufstelle fungieren. Daher wird für die Implementierungsphase vorgeschlagen, dass die jeweilige Anbieterorganisation diese Rolle übernimmt.

Mobile Dienste

Auskünfte über Angebote der mobilen Dienste erteilen nachstehende Informationsstellen:

- Anbieterorganisation
- KBP
- SBS
- (Haus)Arzt/Ärztin
- Gemeindeamt
- RTSH
- Krankenhaus/Entlassungsmanagement (Sonderstellung weil es auch vermittelt)

Jeder der in Frage kommenden Informationsstellen informiert und leitet die Anfrage bei Bedarf an die zuständige Anbieterorganisation als **zentrale Anlaufstelle** weiter.

Die Anbieterorganisation erhebt die Daten, wobei ein abgestimmtes Formular mit der SBS wünschenswert wäre. Diese Daten samt Bedarfsfeststellung und vorläufiger Bedarfsdeckung werden an die SBS weitergeleitet, die von dieser Stelle erfasst und an die KBP weitergeleitet werden. Die KBP hat die Aufgaben einer stichprobenartigen Überprüfung. Bei auffälligen Abweichungen vom Bezirksstandard wird die Plausibilität der vorläufigen Bedarfsdeckung hinterfragt.

Ebenso sind von den Anbieterorganisationen jene Fälle zu erfassen, wo eine vorläufige Bedarfsdeckung unterbleibt (z. B. mangels vorhandener personeller Ressourcen). Die Bedarfsfeststellung ist auch in diesen Fällen an die SBS weiterzuleiten.

Die gleiche Vorgangsweise kommt sinngemäß auch bei bestehenden Klient/innen bei den bereits definierten Änderungsgrößen (siehe Punkt 3.14) zur Anwendung.

Das Krankenhausentlassungsmanagement wird wie bisher im Bedarfsfall die Vermittlung zur Anbieterorganisation herstellen.

Die Beurteilung der von den Anbieterorganisationen eingeschätzten Bedarfe soll von den Koordinator/innen nach einem landesweit einheitlichen System der Pflegeplanung erfolgen. Die Zustimmung zur Pflegeplanung kann angenommen werden, wenn keine Rückmeldung an die Anbieterorganisation erfolgt. Kommt es zu Differenzen in der Einschätzung des Pflegebedarfes, wird eine nochmalige Prüfung (eventuell vor Ort) durchgeführt. Wird der Pflegebedarf von der KBP wiederum anders eingeschätzt, wird der Kontakt zur Anbieterorganisation hergestellt.

Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Kommunikation (insbesondere mit den Schnittstellenpartnern) die rechtlichen Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes zu beachten sind.

Entlassungsmanagement

In der Implementierungsphase werden die Anfragen nach Betreuung und Pflege wie bisher (inkl. Bedarfseinschätzung) an die (sprengelzugehörige) Anbieterorganisation gerichtet. In weiterer Folge könnten die Anfragen des Entlassungsmanagements direkt an die SBS bzw. KBP gerichtet werden. In jedem Fall ist eine Rückmeldung durch die Anbieterorganisation an das Entlassungsmanagement, dass die Betreuung sichergestellt ist, erforderlich.

Die Anbieterorganisation nimmt die Bedarfseinschätzungen des Entlassungsmanagements auf und leitet diese samt eigener Bedarfseinschätzung an die SBS zur Datenerfassung weiter. Wie bereits erwähnt, werden die Daten von der SBS an die KBP weiter übermittelt. Sollte es zu auffallenden Unterschieden in der Bedarfseinschätzung kommen, ist vom Koordinator/der Koordinatorin entgegenzuwirken. Ein einheitliches Formularwesen wird angestrebt.

die Ressourcen des Entlassungsmanagements sollen so weit als möglich genutzt werden.

Alten- und Pflegeheime (Aufnahme)

Bezüglich des Ablaufes wird auf die Objektivierungsrichtlinie verwiesen.

Im Falle einer negativen Objektivierung wird die Kundin/der Kunde über alternative Angebote informiert.

Sozialberatungsstelle (SBS)

Die Sozialberatungsstellen als eine der genannten Informationsstellen sind für die allgemeine Beratung und für die Weiterleitung der erfassten Anfragen zuständig. Weiters übernehmen die Sozialberatungsstellen die Vermittlung für Bedarfe außerhalb der Agenden der Koordination für Betreuung und Pflege.

Anfragen betreffend Haushaltsreinigung werden – mit Ausnahmen von Multiproblemfällen – generell von den Mitarbeiter/innen der Sozialberatungsstellen wahrgenommen.

Da die Mitarbeiter/innen der SBS zum Teil über die Qualifikation einer DGKS/eines DGKP verfügen, könnten einige Aufgaben der Koordination für Betreuung und Pflege an die Mitarbeiter/innen der SBS delegiert werden. Dabei werden allerdings die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten sein. Eine zusätzliche Förderung aus den Landesmitteln scheidet bei einer derartigen Konstellation jedenfalls aus.

Weiters muss bei einer derartigen Delegation sichergestellt sein, dass andere zentrale Beratungsfelder nicht beeinträchtigt werden.

3.17 Datenerfassung:

Neben das bereits in Verwendung stehende EDV System der Sozialberatungsstellen soll ein auf die Bedürfnisse der Koordination für Betreuung und Pflege abgestimmtes aber kompatibles System treten.

Diesbezüglich haben unter Einbindung von Praktiker/innen bereits Vorgespräche mit der Abteilung Informationstechnologie stattgefunden.

Festgehalten wird, dass ausschließlich die Koordinator/innen für Betreuung und Pflege sowie die Vertreter der RTSH unmittelbaren Zugriff auf diese Daten haben sollen. Die Abteilung Soziales soll über Auswertungen der jeweiligen RTSH die für sie relevanten Informationen erhalten.

Da als zentrale Anlaufstelle die Anbieterorganisation fungieren soll, ist vorgesehen, gemeinsam mit Vertretern der SBS, der Anbieterorganisationen und der Abteilung Soziales ein Formularwesen zu entwickeln, das von der Anbieterorganisation ausgefüllt und an die SBS weitergeleitet wird.

Um eine Überlastung der Anbieterorganisationen zu vermeiden, soll dieses Formularwesen in der Anfangszeit nur für Neukund/innen geführt werden. Als Neukund/innen sollen dabei alle Personen gelten, die einen Pflege- und/oder Betreuungsbedarf geltend machen, unabhängig davon, ob die Anbieterorganisation eine Bedarfsdeckung leisten kann oder nicht. Bereits bestehende Kund/innen sollen bei größeren Änderungen zusätzlich erfasst werden. Eine generelle Erfassung aller bestehende Kund/innen ist nicht vorgesehen.

Die SBS nimmt eine Erstabklärung im Hinblick auf zusätzliche Bedarfe wahr und leitet sodann die Formulare Daten an die KBP weiter.

3.18 Evaluierung:

Für dieses neue Instrument bei der Organisation der Pflege und Betreuung alter Menschen in Oberösterreich soll eine Evaluierung stattfinden.

Die Abteilung Soziales wird für diese Evaluierung auf der Basis der unter 1.2.2. definierten Ziele Kennzahlen entwickeln und zur Verfügung stellen. Dabei soll soweit möglich auf die bereits akkordierten Kennzahlen, die im Rahmen des Normkostenmodells entwickelt wurden, zurückgegriffen werden.

Es ist vorgesehen, dass mit diesen Kennzahlen ab dem Jahr 2010 gearbeitet wird. Dem Regelkreis der Sozialplanung folgend wird es unerlässlich sein, dass begleitend in den Bezirken zu Beginn des Evaluierungszeitraumes (Jänner 2010) eine Stuserhebung durchgeführt wird und nach einem Jahr (Jänner 2011) wiederholt wird.

Nach dieser einjährigen Implementierungsphase soll auf der Basis der Ergebnisse die Entscheidung getroffen werden, wie sich der Regelbetrieb gestalten soll.

3.19 Interreg-Projekt

Die Implementierung der Koordination für Betreuung und Pflege in Oberösterreich ist Gegenstand einer Studie der Johannes-Kepler-Universität Linz, die sich im Rahmen eines Interreg IV C Projektes mit dieser Thematik auseinandersetzt.

Interreg-Projekte sind mit EU-Mitteln geförderte Projekte. Über die Programme der INTERREG IV C Projekte wird die transnationale Zusammenarbeit zwischen nationalen, regionalen und lokalen öffentlichen Stellen der 27 EU-Mitgliedstaaten ermöglicht. Ziel dieser Programme ist die Generierung neuen Wissens und gezielte Verbreitung bereits existierender Know-Hows. Der Erfahrungsaustausch soll gefördert und relevante Akteure in Europa vernetzt werden.

Das Interreg-Projekt Bayern/Österreich 2007 bis 2013, "Regional Governance: Entwicklungen im Feld der Mobilen Altenbetreuung und -pflege als Veränderung Regionaler Governance-Strukturen" wird von der Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Pädagogik und Psychologie, unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Herbert Altrichter durchgeführt. Inhalte und Ziele des Projektes werden folgendermaßen beschrieben:

Im Zuge des Projekts sollen innovative, regionale Kooperationsformen gefunden und entwickelt werden, die auf verschiedene soziale Dienste übergreifen und koordinieren. Am Beispiel einer solchen Kooperationsform, nämlich des "Case Managements im Bereich der Mobilen Altenbetreuung und -pflege", sollen Entwicklungsprozesse, Akteurkonstellationen sowie förderliche und hemmende Bedingungen neuer gesellschaftlicher Koordinationsformen analysiert werden. Die Funktionsweise von Case Management und bisherige nationale und internationale Erfahrungen werden theoretisch aufgearbeitet. Zudem wird ein Prozess der Einführung von Case Management in einer Region beschrieben.

Die praktische Relevanz liegt in der prozessorientierten Gestaltung der Untersuchung. Zur Verfügung gestellte Informationen können bei Entwicklungsentscheidungen nützlich sein. In theoretischer Hinsicht werden neue Steuerungsformen, die unter dem Begriff "Regional Governance" gegenwärtig in den Sozialwissenschaften diskutiert werden, untersucht.

Ziel des Projektes ist eine Analyse der Innovationsprozesse zur Einführung von "Case Management" Modellen unter der Perspektive der Veränderungen der Koordinations- und Steuerungsstrukturen zwischen regionalen Akteuren.

Das Projekt berücksichtigt die geänderte Zielrichtung in Oberösterreich, nämlich vom ursprünglich reinem Case Management hin zum Ansatz der Kooperation für Betreuung und Pflege mit den drei Kernbereichen Case Management, Regionale Sozialplanung und Netzwerk. Das Forschungsprojekt will mithilfe von Dokumentenanalysen, Teilnehmende Beobachtung und qualitativen Interviews zwei Fallstudien bearbeiten: Im Bezirk Braunau soll eine retrospektive Betrachtung in Folge der Erfahrungen aus der Pilotphase erfolgen und im Bezirk Gmunden soll die Erwartungshaltung an die Funktion Case Management im Rahmen einer prozessbegleitenden Evaluierung erfasst werden.

**ANNEX:
CASE UND CARE MANAGEMENT
ALS BASIS DER KOORDINATION FÜR
BETREUUNG UND PFLEGE IN
OBERÖSTERREICH**

4. Vorwort

Das Oö. Sozialhilfegesetz verlangt von den Trägern sozialer Hilfe, diese „in fachgerechter Weise“ zu leisten und dabei „anerkannte wissenschaftliche Erkenntnisse der einschlägigen Fachbereiche und die daraus entwickelten Methoden zu berücksichtigen“ (§4 Abs. 1 Oö. Sozialhilfegesetz 1998). In diesem Sinn ist die Einführung von Case Management in der Betreuung und Pflege alter Menschen zu verstehen. Erste Pilotprojekte sind bereits abgeschlossen und ausgewertet.

Der hier vorliegende Überblick versteht sich als Darstellung von in der Fachwelt anerkannten theoretischen Konzepten zu Case Management in der Sozialarbeit im Allgemeinen und in der Altenarbeit im Besonderen. Er möchte die verschiedenen Konzepte nicht wertend gegenüberstellen, vielmehr die Bandbreite der möglichen Anwendung aufzeigen. Immer sind die Spezifika des regionalen Gesundheits- und Sozialsystems maßgeblich für die Ausgestaltung des schließlich angewandten Case Management-Konzeptes. Diese Spezifika sind gleichzeitig ein Ausdruck des politischen Willens (konkrete sozial-ethische Vorstellungen) der kooperierenden Institutionen und Organisationen. Mit anderen Worten: Wohl werden in der Fachwelt Standards definiert, Kriterien und Schemen als Empfehlung gegeben, aber letztlich bleibt Case Management ein Instrument, welches „maßgeschneidert“ werden muss.

Wenn im folgenden von „vollständiger Implementierung“ von Case Management oder Case Management „im engeren Sinn“ bzw. „im umfassenden Sinn“ die Rede ist, so ist damit das Übernehmen eines Case Management-Konzeptes mit den gesamten empfohlenen Elementen gemeint, werden jedoch nicht alle Elemente eingesetzt, sprechen wir von einer „teilweisen Implementierung“. Hierin liegt keinerlei Wertung, es ist lediglich eine sprachliche Konvention. Es ist im Übrigen davon auszugehen, dass in der Praxis überwiegend mit „teilweisen Implementierungen“ gearbeitet wird, weil dies oftmals geradezu eine Notwendigkeit ist.

5. Die Entwicklung von Case Management - ein historischer Abriss

Blickt man 25 Jahre zurück, so war Case Management in den Humandiensten zunächst „nur“ eine Methode im betriebswirtschaftlichen Rahmen. Mit der Zeit sah man die Notwendigkeit, für ein verantwortliches Case Management eine entsprechende Organisationsumgebung zu schaffen - in Abstimmung mit der Politik und umgesetzt durch eine entsprechende Systemsteuerung auf der Organisationsebene humandienstlicher Leistungserbringer¹. Heute ist Case Management auf dem Weg, zu einem umfassenden **Gestaltungsprinzip** für die personenbezogene Leistungserbringung im Sozial- und Gesundheitswesen zu werden.

Entstanden ist Case Management als methodisches Instrument in der Sozialarbeit in den **USA**. Die Reorganisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts bildet den Hintergrund für die Einführung von Case Management. Beginnend in den USA, aber dann auch in Großbritannien und Europa hielt man es rechtlich nicht mehr für vertretbar, chronisch psychische kranke, geistig beeinträchtigte und pflegebedürftige Menschen weiter in Einrichtungen „festzuhalten“. Daraufhin kam es zu Entlassungen in großer Zahl. Um die notwendige soziale und medizinische Betreuung weiterhin gewährleisten zu können, musste eine (fallbezogene) Zusammenführung und Koordination von Diensten („service integration“) erfolgen. Die im günstigsten Fall eigenverantwortliche und selbstbestimmte Steuerung der benötigten Versorgung wurde, wo nötig, unterstützt durch **professionelle Fallführung**, nämlich das Zusammenführen von Dienstleistungen und das Management formaler Versorgung im Rahmen des Gesundheitssystems. Mit anderen Worten gründete Case Management auf einem Konzept der sozialen Einzelfallhilfe.

Während in den USA verschiedene Dienste und Förderprogramme verstreut bestanden, regelte das britische Gesundheitswesen die neue Aufgabe sehr systematisch. Es wurde gesetzlich veranlasst ein Versorgungssystem auf der Basis der lokalen Sozialdienste aufgebaut („**community care**“). Amtliche Case ManagerInnen hatten bei Hilfebedürftigkeit nach Bedarfsklärung die erforderlichen Dienstleistungen zu beschaffen.

In **Deutschland** wurde Case Management zusammen mit anderen Steuerungsverfahren aus den anglikanischen Gesundheitssystemen erst Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts in die Reformdiskussion eingebracht. Die ersten Anwendungen von Case Management erfolgten im Übrigen in der Altenhilfe und Altenpflege (vgl. Engel/Engels 2000), speziell in der ambulanten Rehabilitation alter Menschen (Wissert 1999).

2001 kam es dann zur Gründung einer Fachgruppe Case Management in der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (FG-CM-DGS), 2003 wurden erstmals Standards verabschiedet. 2003 fanden auch die ersten (un-)systematischen Kontakte zur Schweiz und zu Österreich statt. Die Gründung der **Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management** (kurz: DGCC) erfolgte im Jahr 2005. Die Zahl der Mitglieder (natürliche und juristische Personen) ist von damals 20 bis zum Juni 2007 auf 153, davon 27 Institutionen, angewachsen. 2005 wurde auch die Zeitschrift „Case Management“ als Fachorgan ins Leben gerufen, die sich als Unterstützung für die sogenannten „FallmanagerInnen“ in der Umsetzung von Case Management versteht. Mit Juni 2007 existieren bereits 37 anerkannte Institute zur Ausbildung von Case ManagerInnen, und es gibt 104 zertifizierte AusbilderInnen.

Das österreichische Pendant zur DGCC und zum Netzwerk Case Management Schweiz ist die **Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management**

¹ „Humandienstliche Leistungserbringer“ ist ein Überbegriff für Einrichtungen/Organisationen, welche Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich erbringen.

(ÖGCC). Der relativ junge Verein – Vereinsgründung im November 2007 – versteht sich wie seine Schwestergesellschaften als „Plattform und Interessensvertretung zur Optimierung und Etablierung von Case und Care Management“ in verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialwesens. 19 Institutionen bzw. juristische Personen zählt der Verein bereits bei seiner Gründung zu seinen Mitgliedern, unter ihnen das Land Oberösterreich² (vgl. Grundlagenpapier der ÖGCC, dl: 20.12.08 <http://www.oegcc.at/1041598.htm>)

Verschiedene Vorgaben des österreichischen Gesetzgebers, vor allem die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen³, Anlage 1 und 2 verpflichten die Bundesländer zu einer ganzheitlichen Leistungserbringung gegenüber der pflegebedürftigen Person. Ihnen ist die freie Wahl zwischen den angebotenen Diensten einzuräumen, sofern es die örtlichen Gegebenheiten und die Kapazitäten der einzelnen Organisationen und Heime zulassen (vgl. Anlage 1) Die Bundesländer haben darüber hinaus „für die erforderliche Vernetzung und für möglichst fließende Übergänge zwischen mobilen und stationären Diensten zu sorgen“ (ebd.).

Ähnliche Vorgaben zur Pflegesicherung sind im Oö. Sozialhilfegesetz 1998 enthalten. Es verpflichtet die Träger sozialer Hilfe „bei der Erfüllung der Aufgaben nach diesem Landesgesetz mit allen in Betracht kommenden Trägern anderer Sozialleistungen, erforderlichenfalls auch länderübergreifend, sowie mit den Trägern der freien Wohlfahrt zusammenzuarbeiten, wenn dadurch den Zielen sozialer Hilfe und den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit besser entsprochen werden kann“ (§ 5 Abs. 3 Oö. SHG). Der Einsatz von Case Management wird vom Land Oberösterreich im Hinblick auf diese gesetzlichen Verpflichtungen als ein adäquates Instrument angesehen.

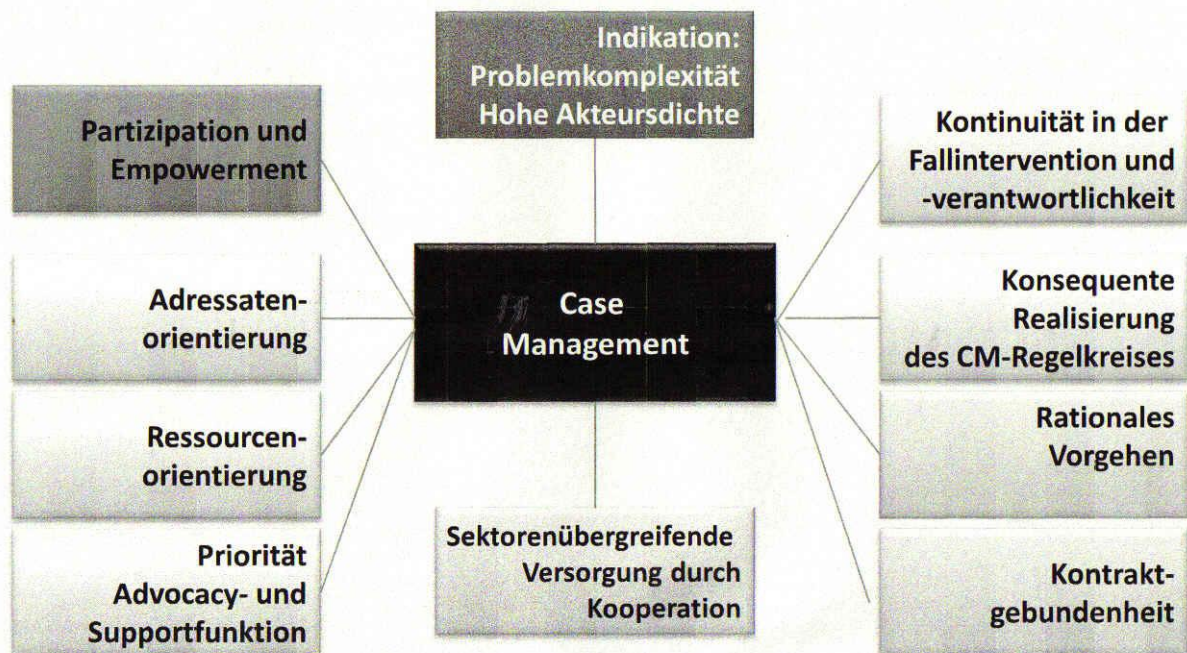
6. Definition von Case Management

Bislang gibt es keine allgemein gültige Case Management-Definition. Eine erste Übersicht soll die Denkfigur Case Management darstellen, auf welche man sich in der DGCC geeinigt hat:

² Ansprechperson: Frau Mag. Renate Hackl

³ BGBl. Nr. 866/1993

Denkfigur Case Management:



Löcherbach/DGCC 2008: aus einem Vortrag vor dem ÖGCC im Nov. 2008

Gemäß DGCC ist Case Management nicht in jedem Fall indiziert – die Indikation ist nur gegeben, wenn eine hohe Problemkomplexität bei gleichzeitig hoher Akteursdichte auf dem Versorgungsmarkt gegeben ist.

Eine weitere Voraussetzung zur Anwendung von Case Management ist die Fähigkeit und die Bereitschaft der AdressatInnen/KlientInnen, den Hilfeprozess mit zu gestalten und mit zu verantworten (Partizipation und Empowerment). Mangelhafte oder gar fehlende Kooperationsbereitschaft sowie Verständnisschwierigkeiten erfordert eine Zwischenlösung, z.B. den Einsatz eines Sachwalters. (vgl. Mennemann/Löcherbach in CM 1/2008: 11)

Bestimmte **Grundorientierungen** müssen aus Sicht der DGCC gegeben sein, damit dem Denkansatz des Case Managements genüge getan werden kann; man könnte auch von ethischen Prämissen sprechen⁴ (vgl. auch Kapitel 6):

1. Der/die Betroffene(n) wird/werden als Partner im Versorgungsprozess ernstgenommen und Entscheidungen auf der Grundlage gemeinsamer Festlegungen getroffen, wobei u.U. Motivation und Aktivierung eingesetzt werden. (Partizipation und Empowerment)
2. Nicht organisatorische Handlungsschemata bzw. Teilinteressen von Versorgern bestimmen die Inhalte des Versorgungsplanes, vielmehr die Bedürfnisse des Adressaten (Adressatenorientierung).
3. Ökonomische Effizienz und Effektivität innerhalb des gesamten Versorgungssystems bzw. innerhalb der betroffenen Teilsysteme sind dennoch handlungsanleitend (Ressourcenorientierung).
4. Unter den Kernfunktionen von Case Management (siehe S. 8) nehmen die anwaltschaftliche und die unterstützende Funktion gegenüber dem/der Klienten/in und deren Versorger einen zentralen Stellenwert ein (Priorität Advocacy und Support).

⁴ Siehe „Denkfigur Case Management“ – linke Seite

Die DGCC empfiehlt den Anwendern von Case Management (in der Folge kurz CM) die Verwendung der von ihr vorgegebenen Definitionen und Standards. Dementsprechend habe sich, so die DGCC, das Vorgehen - möchte man von CM im engeren Sinn sprechen - an bestimmte **Prinzipien** zu halten⁵:

1. Die Betreuung des konkreten Falles bleibt angefangen von der Aufnahme in das CM bis zum Abschluss inkl. der Evaluation organisatorisch in einer Hand (Kontinuität der Fallintervention und –verantwortlichkeit).
2. Das methodische Vorgehen im gesamten Prozessablauf verläuft nach einem vorgegebenen, standardisierten Muster von Teilprozessen (konsequente Realisierung des CM-Regelkreises).
3. Gemäß dem Prinzip der Rationalität ist es die Aufgabe von Case und Care Management, sich auf Wesentliches zu beschränken und Prioritäten zu setzen, deshalb werden alle Aktivitäten im Pflege- und Betreuungsprozess und die Verwendung der Ressourcen auf ihre Zweckmäßigkeit hin überlegt (rationales Vorgehen).

Ein ähnliches Schema bieten im Übrigen auch Klies Kriterien für den Einsatz von CM, welche begrifflich die oben angeführten Grundorientierungen und Prinzipien unter dem Stichwort „**Case Management Essentials**“ zusammenfassen (vgl. Klie 2008: 28).

Dieses Konzept beinhaltet zwei weitere Kriterien:

- zeitliche Begrenztheit der Case Management-Intervention
- Koordination von Leistungen der einzelnen Anbieter für die Betroffenen⁶

In Deutschland hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bzw. Gesundheit und soziale Sicherung⁷ 1993 das **Modellprojekt KAA Ahlen** (früher: Koordinationsstelle Ambulanter Angebote) mit dem Ziel, den pflegebedürftigen Personen in Ahlen und Umgebung ein Leben zu Hause zu ermöglichen und die Angehörigen spürbar zu entlasten, ins Leben gerufen. Die sogenannte „Pflege- und Wohnberatung“ wird hier trägerneutral und kostenlos angeboten. 2004 wurde das Projekt mit dem Ziel der Refinanzierung der Beratungsleistungen durch die Kostenträger vom Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen übernommen. Dazu wurde auch eine umfangreiche Effektivitäts- und Effizienzprüfung eingeführt. (<http://www.ahlen.de/kaa/organisation/> dl: 20.12.08)

Das Projekt wurde von Anfang an durch den Verein „Alter und Soziales e.V.“ gefördert und getragen, in welchem sich der kommunale Träger wie die Träger der Alten- und Pflegehilfe zusammenfanden. Eine Besonderheit des „Ahlener Systems“ ist das gemeinsame Selbstverständnis als lebendiges und lernendes System. Man entwickelte gemeinsam mit dem ISAB Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung in Köln und Leipzig und unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung ein Handlungskonzept für die Arbeitsfelder der Altenhilfe und Altenarbeit. Sowohl fachlich wie auch strukturell-methodisch konnte man inzwischen ein vielbeachtetes Serviceangebot entwickeln. (<http://www.ahlen.de/medien/kaa/integrierteshandlungskonzept.pdf> dl: 20.12.08)

Als Case Management-Projekte erachtet die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management auch Projekte, welche den Begriff CM nicht in ihrer Projekt-Bezeichnung und in ihrem Angebot namentlich beinhalten, wie z.B. das Projekt "Sozialagenturen - Hilfe aus einer Hand" des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (www.sozialagenturen.de)

⁵ Siehe „Denkfigur Case Management“ – rechte Seite

⁶ Im originalen Wortlaut: „Querinterventionen zu segmentierten Dienstleistungen und Strukturen“

⁷ Heute: Bundesministerium für Gesundheit (bmg)

nrw.de). Eine ebenfalls häufig verwendete definitorische **Standortbestimmung** des Case Managements stammt von Wendt:

1. Case Management ist ein Instrument, um gesetzliche Sozialleistungen den Gegebenheiten im Einzelfall entsprechend in die Wege zu leiten.
2. Case Management steuert und koordiniert die Zusammenarbeit von Humandiensten mit ihren Nutzern prozedural fair und transparent.
3. Case Management steht für ein ziel- und ressourcenorientiertes planmäßiges Vorgehen.
4. Case Management sorgt für Beziehungskontinuität und Verbindlichkeit bei den Beteiligten.
5. Im Case Management werden benötigte Hilfen nach Art und Umfang in Absprache mit den Beteiligten laufend angepasst.
6. Case Management koordiniert die humandienstliche Leistungserbringung in Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsformen und bezieht informelle Bewältigungsmöglichkeiten ein.
7. Die durchgängige Fallverantwortung beim Case Management wird durch eine entsprechende Organisationsentwicklung ermöglicht.

Wendt, Wolf Rainer 2004/Blätter d. Wohlfahrtspf. 47

Weitere national und international anerkannte bzw. verwendete Definitionen:

Die interdisziplinär ausgerichtete Case Management Society of America definiert Case Management als einen kooperativen Prozess; seit 1994 gilt die folgende Definition:

Auf der Basis einer multiperspektivischen Bedarfserhebung (Assessment) werden Versorgungsangebote und Dienstleistungen geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten/Klienten oder einer Gruppe von Patienten/Klienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen zu befriedigen, die Versorgungsqualität zu fördern und effiziente Ergebnisse zu erzielen. (CMSA 1994: 60)

Im englischen Original:

„Case Management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation and advocacy for options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.“ (Case Management Society of America CMSA 2008; dl: 12.12.2008

<http://www.cmsa.org/Consumer/GlossaryFAQs/tabid/102/Default.aspx#c>

In Übereinstimmung mit der Zielvorstellung der WHO von einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung („continuum of care“) zielt Case Management mit dem Blick auf ein gemeinsames Ziel ab auf die Überwindung von Organisationsgrenzen und Professionen und *fokussiert damit die arbeitsteilig handelnden Akteure auf den einzelnen individuellen Fall hin*. Michael Ewers und Doris Schäffer, zwei der bedeutendsten Pflegewissenschaftler im deutschsprachigen Raum, definieren in diesem Sinn:

„Aufgabe von Case Management ist es, zuvor vereinbarte klinische, soziale und ökonomische Ergebnisse über gut abgestimmte Versorgungsangebote für einen einzelnen Patienten und/oder sein soziales Umfeld zu erwirken und für eine weitgehende Abstimmung der dazu notwendigen Aktivitäten mehrerer Disziplinen oder Dienstleistungsorganisationen zu sorgen.“ (Ewers/Schäffer 2005: 8f)

Abgrenzung zum Care Management:

Care Management steht für das Schaffen und Weiterentwickeln eines vernetzten, regionalen Versorgungssystems. Es versucht, für gleich gelagerte Bedarfskonstellationen ausreichende aufeinander abgestimmte infrastrukturelle Angebote (Care Strukturen) sicherzustellen. Kennzeichnend ist die Systemmitverantwortung. (Vgl. Frommelt et al. 2008: 10-13)

Ewers beschreibt Care Managements als *Koordination der Versorgung (care)*, ob nun für eine bestimmte Region oder für eine spezifische Bevölkerungsgruppe. Nach Ermittlung der Versorgungsbedürfnisse koordiniert Care Management das Angebot der Leistungsträger hinsichtlich dieser Bedürfnisse. Ziel ist eine möglichst optimierte Koordination, auf welche dann im Bedarfsfall (Einzelfall) zurückgegriffen werden kann. Mit anderen Worten handelt Care Management nur auf der Systemebene. Die Betonung beim Case Management liegt auf der *Begleitung eines individuellen Falles (case)*. (Vgl. Ewers/Schaeffer 2000)

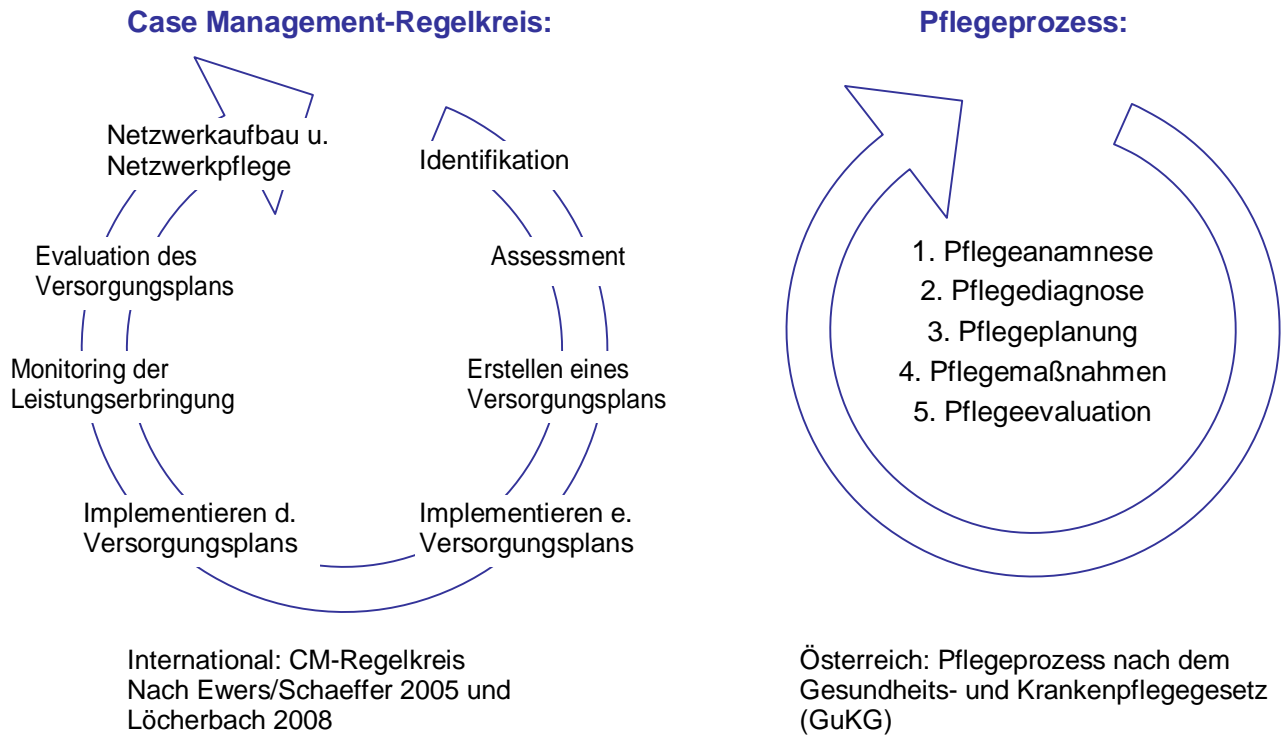
7. Die Methode des Case Managements

Die notwendigen Handlungsabläufe im Rahmen von CM lassen sich in einzelne Phasen untergliedern; aus diesen bildet sich der sogenannte Case Management-Regelkreis:

1. **Identifikation** (Klärungsphase, Access, Case Finding, Intaking): Kontaktaufnahme, Klärung der Angemessenheit und ggf. Vereinbarung zur Einleitung von CM.
2. **Assessment**: Umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des Adressaten-/Klientensystems.
3. **Erstellen eines Versorgungsplans** (Serviceplanung): Festlegen der Ziele und Unterstützungsleistungen im Einzelfall.
4. **Implementieren des Versorgungsplans** (Linking): Vermittlung passender Unterstützungsangebote.
5. **Monitoring der Leistungserbringung**: Sicherung, Prüfung und Bewertung der Unterstützungsangebote sowie Fallsteuerung.
6. **Evaluation des Versorgungsplans**: Bewertung des Case Managements und Abschluss des Case Managements.
- 7.⁸ **CM auf der institutionellen Netzwerkebene**: Netzwerkaufbau und Netzwerkpfege.

⁸ Hinzugefügt von Prof. Dr. Peter Löcherbach, Vorstand der DGCC, im Rahmen der Internationalen Fachtagung der ÖGCC im Nov. 2008, siehe Literaturverzeichnis.

Ähnliche Schritte wie im Case Management-Regelkreis sind in Österreich im Pflegeprozess nach § 14 GuKG üblich.



8. Klientenbezogenes – systembezogenes Case Management

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) trifft eine definitorische Unterscheidung zwischen **Fallmanagement** und **Systemmanagement**. Fallmanagement antwortet auf die Frage, wie CM am besten, effektiv und effizient, einen Hilfebedürftigen begleiten und unterstützen kann und wie dieser Prozess zu steuern ist (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall). Systemmanagement bezieht sich auf das Nutzen oder Initiieren von Netzwerken und beantwortet die Frage, wie Case Management am besten die Versorgung im Gebiet seiner Zuständigkeit managen und das System der Versorgung optimieren kann (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Im übrigen sieht die DGCC die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management als fließend an⁹. (vgl. Löcherbach 2008: 220 und die Grundsätze der DGCC - dl: 19.12.08 <http://www.dgcc.de/wasistcm.html>)

8.1. KLIENTENBEZOGENES CASE MANAGEMENT

Empirische Erkenntnisse in Deutschland zeigen, dass die bisherige Beratungsstruktur – großteils basierend auf einem klientenbezogenen Methodenansatz – oftmals nicht ausreicht. Zahlreiche Modellprogramme der vergangenen Jahre zeigten auf, unter welchen Voraussetzungen die Anliegen des Case Managements – eine effiziente und subjektorientierte qualitätsgesicherte Hilfe – organisiert werden muss. Die Wirtschaftlichkeit aller beteiligten Versorgungsdienste (gesundheitliche, pflegerische, hauswirtschaftliche Dienste) und die Versorgungsstrukturen sowie die Lebensqualität der Betroffenen konnten durch den Handlungsansatz Case Management deutlich verbessert werden. In Aahlen konnte nachgewiesen werden, dass beispielsweise Fehl-

⁹ vgl. auch Abgrenzung zum Care Management oben

belegungen in Pflegeheimen reduziert und **Heimunterbringungen um 40 % abgesenkt** werden konnten. (Vgl. Klie 2008: 26 und Frommelt et al. 2008: 7)

Um Effizienzgewinne, Bürokratieabbau und eine Optimierung der Hilfearrangements erreichen zu können empfehlen die deutschen Case Management-„Theoretiker“ eine von allen beteiligten Akteuren anerkannte Unabhängigkeit des Case Managements, weiters eine bestimmte methodische Vorgehensweise – dargestellt meist mit dem sogenannten „Regelkreis des Case Managements“ (siehe S. 9) sowie ein CM-Verständnis, das sich gegenüber den KlientInnen nach den sogenannten „Kernfunktionen“ des CM definiert. (hier: vgl. Klie, in: *Altenheim* 4/2008: 26ff)

Es handelt sich dabei um ein in der Fachwelt anerkanntes Rollenkonzept, welches drei bzw. vier Funktionen erfüllt – Advocacy, Broker, Gate-Keeping, Social Support. Die drei Kernfunktionen sind der gemeinsame Nenner der gängigen Case Management-Konzepte. „Social Support“ akzentuiert die soziale Unterstützung inklusive des Ausverhandelns von Aufgaben, Präferenzen und Lösungsoptionen aller Beteiligten, was eigentlich auch als Teil der Advocacy-Funktion gesehen werden kann. (Vgl. Ewers/Schäffer 2005)

Die drei **Kernfunktionen** von CM:

- **Advocacy:** anwaltschaftliche Arbeit mit und für den/die Klienten/-in bzw. die Betroffenen
- **Broker:** Maklerfunktion im Sinne der Vermittlung in einem für die Betroffenen unübersichtlichen Marktgeschehen
- **Gate-Keeper:** Die Zugangsberechtigung zu Hilfen, Rechtsansprüchen und den verschiedenen Unterstützungsoptionen werden geklärt und entsprechend zugänglich gemacht.

Nicht alle Menschen mit Pflegebedarf brauchen ein Case Management im umfassenden Sinn, nur komplexe Hilfebedarfskonstellationen, die mehrerer Akteure bedürfen, daher beginnt CM mit dem Ausfindigmachen von Fällen, die überhaupt für das CM geeignet sind (Identifikation / Case Finding).

8.2 SYSTEMBEZOGENES CASE MANAGEMENT

Möchte man Case Management als **vollständige Implementierung** – so wie es von Löcherbach, Wendt, Wissmann und anderen beschrieben wird - anwenden, muss der basale Bezug zu den theoretischen Implikationen der Methode gegeben sein. Der wesentliche **Unterschied zwischen Fallarbeit nach Case Management und Case Management im engeren Sinn** ist durch ein Kriterium gegeben:

Die Anwender der Case Management-Methoden und Prinzipien haben in der Fallarbeit häufig nur eine eingeschränkte oder spezifische Zuständigkeit. Sie sind entweder nur für Teilbereiche der Klienten-Begleitung oder nur für die Fallführung im Einzelfall zuständig. Neben der Fallsteuerung ist im Case Management jedoch die Systemsteuerung von zentraler Bedeutung. Es gilt, „je besser die Kooperation auf der Systemebene funktioniert, desto weniger Case Management ist auf der Fallebene notwendig“ (Klie 2008: 27). Zu den Aufgaben von Case Management im engeren Sinn zählt es nämlich, Lücken im Versorgungssystem und Kooperationsprobleme zwischen unterschiedlichen Akteuren zu erkennen und genau diese Lücken durch Verbesserung der Kooperation zu schließen.

Natürlich können auch mit einem teilweise implementierten Case Management-System wesentliche Verbesserungen erzielt werden, wie beispielsweise im Modellprojekt

„Ganzheitliche Hauskrankenpflege“ des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Wien zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf¹⁰ deutlich wurde. So konnte bei 53 % der betreffenden Patienten eine Krankenhauseinweisung aus Sicht der Ärzte vermieden und in weiteren 21 % der Fälle eine frühzeitige Krankenhausesentlassung erreicht werden (vgl. Grundböck et al. 2005: 232). So zeigten sich auch 90 % der betreuten PatientInnen sehr zufrieden und würden sich in einer ähnlichen Situation wieder für dieses Modell entscheiden (90 % ohne Vorbehalt) (vgl. ebd.: 235). Weiters fühlten sich 76 % der beteiligten Hausärzte durch die „ganzheitliche Hauskrankenpflege“ und das Case Management ausdrücklich entlastet (vgl. ebd.: 242).

Allerdings kommt man in der begleitenden Untersuchung zum Schluss, dass bestimmte Rahmenbedingungen zuvor gesichert sein müssen, was im Wiener Modellprojekt gegeben war:

„Die erfolgreiche Vernetzung der Pflegeeinrichtung mit externen Partnern (z.B. mit niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen) setzt entwickelte und gewartete interne Kooperationen voraus ... (ebenso) die Unterstützung durch eine umfassendere, fall-unabhängige Versorgungskoordination auf der übergeordneten Meso- bzw. Makroebene“, das sogenannte Care Management.“ (Grundböck et al. 2005: 244)

Da manche CM-Implementierungen nicht über die Konzeptphase hinauskommen, bleiben sie lediglich das, was Löcherbach „eye-catcher“/Blickfang nennt. Beinhaltet das CM das Agieren auf der Systemebene nicht, handelt es sich nach dieser Kategorisierung um CM als Fallmanagement. Für ein Case Management im Sinne einer „vollständigen Implementierung“ braucht es das Einbeziehen von drei Ebenen:

- ✓ Einbeziehen der Fallebene
- ✓ Einbeziehen der Organisationsebene
- ✓ Einbeziehen der Infrastrukturebene

Die folgende Übersicht von Löcherbach zeigt die verschiedenen Dimensionen, welche zum Erfolg oder Misserfolg einer vollständigen CM-Implementierung beitragen – auf der Fallebene, der Organisationsebene und der Infrastrukturebene:

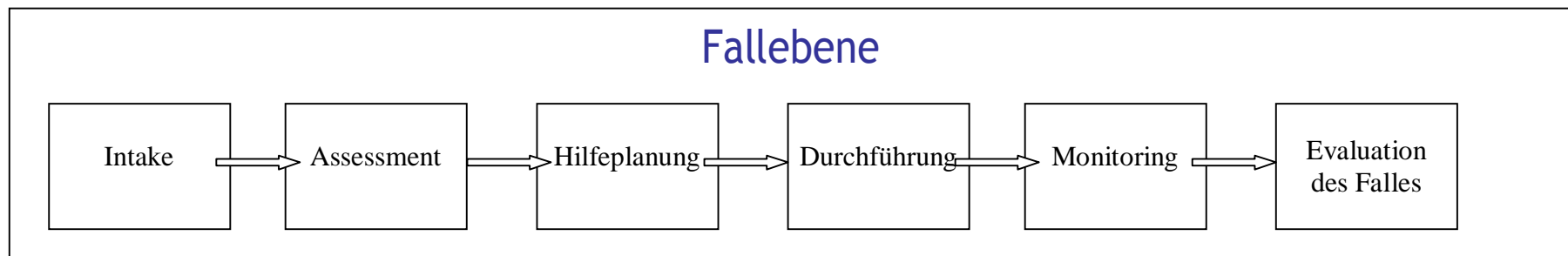
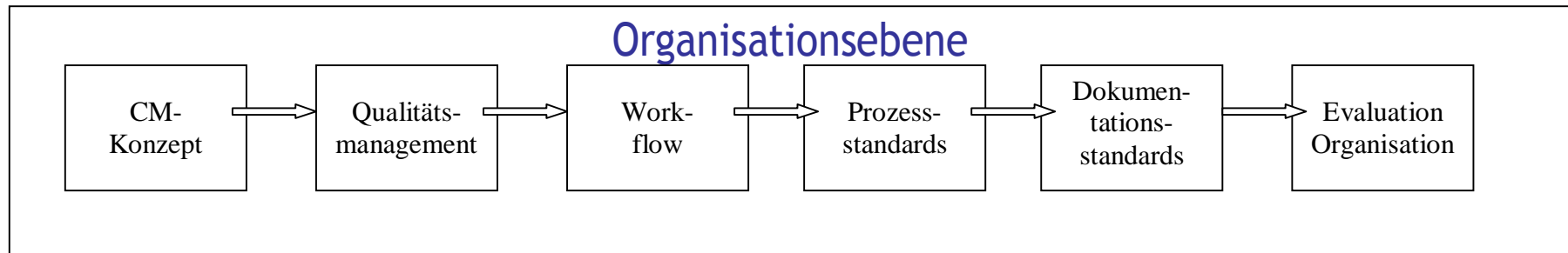
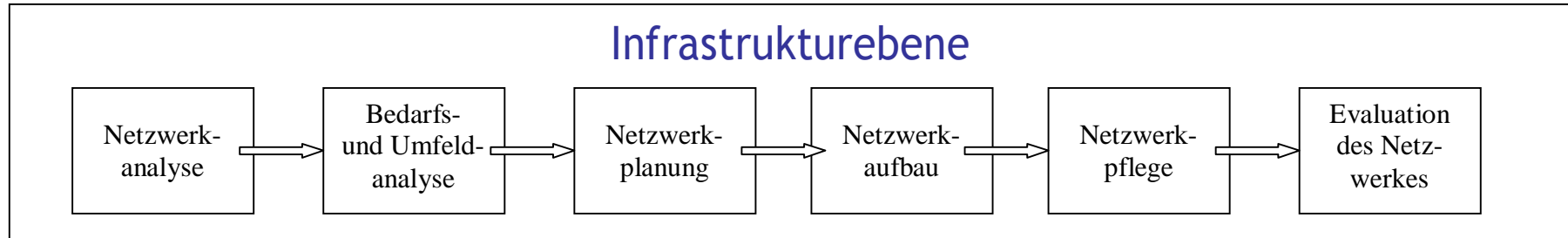
Infrastrukturebene: Case Management hat ausgehend von einer Analyse des Ist-Zustandes des Versorgungssystems für Betreuung und Pflege (inkl. Bedarfs- und Umfeldanalyse) Optimierungen zu planen und umzusetzen (Netzwerkaufbau). Da sowohl Bedarfslagen als auch Gegebenheiten bei den Versorgern sich ändern können, ist eine laufende Netzwerkpflge ebenso wie eine Evaluation des Netzwerkes vonnöten.

Organisationsebene: Auf dieser Ebene findet die Reflexion der Qualität des praktizierten Case Managements statt. Basierend auf dem konkret zugrundeliegenden CM-Konzept wird Qualitätsmanagement betrieben, der Workflow (Arbeitsfortgang) analysiert und Standards festgelegt (Prozess- und Dokumentationsstandards). Auch auf der Organisationsebene ist eine laufende Evaluation zu empfehlen.

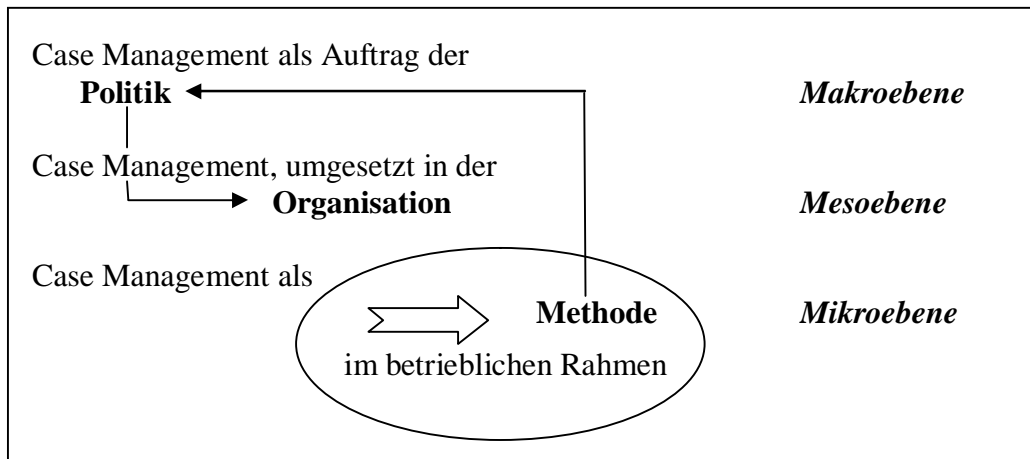
Fallebene: Auf der Ebene des einzelnen zu betreuenden Falles passieren die konkreten Arbeitsschritte des Case Managements, welche im CM-Regelkreis beschrieben wurden: Intake – Assessment – Hilfeplanung – Durchführung – Monitoring – Evaluation des Falles (Löcherbach verwendet lediglich andere Bezeichnungen der gleichen Abläufe und nennt hier nicht die Arbeit auf der Netzwerkebene, vgl. S. 10).

¹⁰ „Patienten mit Akuterkrankungen bzw. solche in akuten Phasen chronischer Erkrankungen mit Bedarf an umfassender medizinischer, pflegerischer, hauswirtschaftlicher und psychosozialer Versorgung“ – das Modellprojekt umfasste 56 betreute Patienten. (Grundböck et al. 2005: 232)

Dimensionen erfolgreichen Case Managements



Eine weitere Systematisierung von Case Management, die international – ausgehend von Amerika – übernommen wurde, ist jene nach Aktionsebenen. Das jüngste amerikanische Buch, welches gemäß den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte einen Überblick über Case Management gibt (Gursansky/Harvey/Kennedy 2003) wird von den Autoren dementsprechend in drei Teile gegliedert (vgl. Wendt 2004: 43-45 sowie Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste 2001: 12):



aus: Wendt 2004: 43

1. CM „als Politik“, wobei jene Kontexte, Rahmenbedingungen und Intentionen gemeint sind, welche die Entwicklung und Anwendung von Case Management fördern. Dazu gehören die Aspekte Sozialpolitik und Recht, Zivilgesellschaft und Ökonomie (hier ist vor allem auf die Controlling-Verfahren zur Beobachtung aller Nutzen und Kosten der Prozesse und ihrer Moderation hinzuweisen).
2. CM als professionelles Geschäft: Auf der Mesoebene geht es um den Umgang mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen und –kulturen von Dienstleistungsorganisationen.
3. CM als Praxis agiert auf der Mikroebene, der Ebene der/des Betroffenen und seines/ihrer sozialen Umfeldes. Hier ist das Anliegen Kommunikation und Verhandlung mit Individuen und Familien.

9. In welchen Handlungsfeldern ist Case Management tätig

Zwei Klassifizierungen von Case Management-Konzepten sind heute üblich – nach der Art der angebotenen Dienstleistungen und nach Einsatzgebieten.

9.1. KLASSIFIZIERUNG NACH ANGEBOTENEN DIENSTLEISTUNGEN

1987 griff die American Hospital Association eine bestehende Klassifizierung von Case Management-Konzepten auf und etablierte eine bis heute übliche Kategorisierung *nach der Art der angebotenen Dienstleistungen*. Beide der hier dargestellten Kategorisierungen sind heute begrifflich üblich (vgl. Löcherbach 2005: 218ff).

Ewers/Schäffer (2000)	Wendt (1997)
Soziales Case Management	Private Case Management
Case Management in der beruflichen Rehabilitation	Soziales Case Management
Case Management in der Primärversorgung	Primärärztliches Case Management
Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse	Case Management bei Versicherungen
Medizinisch-Soziales Case Management	Krankenpflegerisches Case Management
Case Management innerhalb und außerhalb des Krankenhauses	Case Management in der Akutversorgung

(Löcherbach 2005: 218)

1. **Soziales Case Management:** Im Gegensatz zum traditionellen Case Management betonen die unter diesem Begriff gefassten Konzepte den präventiven Charakter und zielen auf gefährdete Bevölkerungsgruppen ab, wie z.B. Obdachlose, Arbeitslose, etc.
2. **Case Management in der beruflichen Rehabilitation:** Dieses Konzept gilt als Weiterentwicklung und Spezialform des sozialen Case Managements und dient der Wiedereingliederung beeinträchtigter Personen in das Berufsleben.
3. **Case Management in der Primärversorgung:** Primär übernimmt hier der/die Hausarzt/-ärztin die Rolle des/der Case Managers/-in im ambulanten Versorgungsbereich.
4. **Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse:** Für spezifische Zielgruppen (z.B. AIDS-, SchlaganfallpatientInnen) sollen unnötige stationäre Aufenthalte und medizinische Komplikationen vermieden werden. Zugangssteuerung, Lebensqualität und Kostenersparnis sind die zentralen Aspekte.
5. **Medizinisch-Soziales Case Management:** In dieser konzeptionellen Mischform steht der komplexe Versorgungsbedarf von chronisch Kranken und LangzeitpatientInnen im Zentrum. Besonderes Augenmerk wird (a) auf die Bewahrung der präventiven Perspektive und (b) auf die Sicherstellung einer kontinuierlichen Leistungsbereitschaft der Versorgungsanbieter gelegt. Case Management kommt also nur bei Problemfällen (Multiproblemlagen) zur Anwendung.

6. **Case Management innerhalb und außerhalb des Krankenhauses:**
Oftmals verstehen Krankenhausbetreiber darunter die Einrichtung einer Beratungs- und Koordinierungsstelle für alte und pflegebedürftige Menschen im Sinne einer wegweisenden Kontaktstelle in ihren Mauern. Darunter fallen innerhalb des Krankenhauses auch an Case Management-Prinzipien angelehnte Verfahren wie Disease-Management-Programme bei chronischen Erkrankungen, Clinical Pathways, Entlassungsmanagement und Überleitungs-pflege: außerhalb des Krankenhauses kennt man beispielsweise die sogenannten „Hausarztmodelle“. (vgl. Remmel-Faßbender 2005: 80f)

9.2. KLASSIFIZIERUNG NACH EINSATZGEBIETEN

Wendt (2001) unterscheidet auch Case Management-Konzepte *nach Einsatzgebieten*; diese Einteilung ist in der Praxis ebenso gebräuchlich geworden (vgl. u.a. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2001: 9f):

1. Case Management in der Pflege
2. Case Management in der Rehabilitation
3. Case Management in der Behindertenhilfe
4. Case Management in der Familienhilfe
5. Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe
6. Case Management in der Straffälligen- und Bewährungshilfe
7. Case Management mit Suchtmittelabhängigen und Wohnungslosen
8. Case Management in der Psychiatrie
9. Case Management in der medizinischen Behandlung

Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management ÖGCC hat es sich zu einer ihrer Aufgaben gemacht, die „bestehenden Handlungsfelder und Erscheinungsformen im Bereich des Care und Case Management in Österreich (zu) erfassen und in ihrer Ausprägungsvielfalt sichtbar (zu) machen“ und gleichzeitig eine Vernetzung zu bewirken. (Vgl. Grundlagenpapier der ÖGCC 2008)

10. Kompetenzen eines/einer Case Managers/-in

Case Management setzt bestimmte Qualifikationen voraus, es „gehört“ aber keiner Berufsgruppe, weder der Pflege, noch der Sozialen Arbeit, wenn es auch aus der Tradition der Sozialen Arbeit stammt. Auch ÄrztInnen oder Angestellte von Sozialversicherungsträgern beteiligen sich am Case Management.

In Deutschland wurde etwa ab 2001 systematisch überlegt, wie eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung für das Case Management aussehen könnte. Die ersten Standards für die Case Management-Ausbildung wurden 2003 von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) und den Berufsverbänden aus Sozialarbeit (DBSH) und Pflege (DBfK) verabschiedet. Seitdem wurden diese Standards immer wieder angepasst. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) im Jahr 2005 wurde eine Fachgesellschaft gegründet, welche für die Standards (Aus- und Weiterbildung von Case ManagerInnen, CM-AusbildnerInnen, Ausbildungsinstitutionen, Praxisstandards) zuständig ist. Diese Standards werden mit den zuständigen Fachgesellschaften in Österreich und in der Schweiz abgestimmt. (Mennemann/Löcherbach in CM 1/2008: 13) Die Träger der Anerkennungskommission sind heute

die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und die Bundesagentur für Arbeit (BA). Die DGCC leitet die Anerkennungskommission.

Die DGCC unterscheidet zwischen **Grundqualifikation** und **zertifizierter Ausbildung**. Jene, die in Case Management-Zusammenhängen tätig werden, müssen über eine Grundqualifikation verfügen; jene, die Steuerungsaufgaben in komplexen Hilfekonstellationen übernehmen und mit der Organisation von Case Management auf der Systemebene betraut sind, müssen über eine zertifizierte Ausbildung verfügen, um den DGCC-Zertifizierungsrichtlinien zu entsprechen. (Vgl. Klie 2008: 28)

Im Allgemeinen werden von Case Manager/-innen in der Praxis Kompetenzen eingefordert, die vielschichtig sind. Nicht die Qualitäten als Berater/-in allein sind gefragt, sondern die als ModeratorInnen mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzen, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftig Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen. Ziel ist eine Qualitätsgewährleistung, die untrennbar verknüpft ist mit der Sicherung von Konsumentenrechten. Die DGCC unterscheidet hinsichtlich der Fachbezeichnungen je nach Komplexität des Aufgabenprofils und verantwortlichen Zuständigkeitsbereich „Fachpersonal im CM“, „CM-AssistentInnen“ und „Case ManagerInnen“ In der folgenden „Stellungnahme“ bringt die DGCC ihre Grundsätze hinsichtlich der Ausbildung und des Einsatzes von Case Management-Personal zum Ausdruck.

10.1. KOMPETENZANFORDERUNGEN AN CASE MANAGERINNEN

Ein/e Case ManagerIn muss sich Kompetenzen in verschiedenen Bereichen aneignen – im Bereich des Wissens, im Bereich des beruflichen Könnens und im Bereich der beruflichen Haltung. (vgl. Rimmel-Faßbender 2006: 8ff) Nach Löcherbach ergibt sich das folgende Kompetenzprofil, das die wesentlichen Fähigkeiten für die Arbeit als Case ManagerIn beschreibt:

Kompetenzprofil Case-ManagerIn:

Berufliches Selbstverständnis

- ✓ *Positive Grundeinstellung gegenüber den verschiedenen Kunden (Klienten, Kooperationspartnern)*
- ✓ *Klarheit über Funktion als CM*
- ✓ *Ressourcenorientierung*
- ✓ *Patient-/Klientorientierung als ethische Grundlage*

Sach- und Systemkompetenz

- ✓ *Erklärungs- und Handlungswissen*
- ✓ *Organisationswissen*
- ✓ *Kenntnis der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur*
- ✓ *Kulturelles Wissen*
- ✓ *Arbeitsfeldspezifisches Wissen*
- ✓ *Konzepte und Strategien, Rechts- und Verwaltungskennntnisse, Wissen über Organisationsentwicklung, Wissen über Zielgruppen, Lebenslage und Lebensumstände, soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit, BWL-Kennntnisse*

Methoden- und Verfahrenskompetenz

- ✓ *Networking*
- ✓ *Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring*
- ✓ *Coaching*
- ✓ *Wissensmanagement*
- ✓ *Evaluationskompetenz*

- ✓ *analytische, informatorische, planerische, verfahrenssichere Fähigkeiten, Ressourcenallokation und -Sicherung, Präsentation, Medien- und EDV-Kompetenz*

Soziale Kompetenz

- ✓ *Kommunikationskompetenz*
- ✓ *Kooperative Handlungskompetenz*
- ✓ *Koordinationskompetenz*
- ✓ *Kritik- und Konfliktfähigkeit*
- ✓ *Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit*
- ✓ *Initiierung und Moderierung multidisziplinärer und interinstitutioneller Zusammenarbeit, Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit, Einfühlungs-, Wahrnehmungs- und Differenzierungsvermögen, stringentes Verhalten u. Konsequenz, Verhandlungsführung, Systemsteuerung, Rollenperformanz*

Selbstkompetenz

- ✓ *Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein*
- ✓ *Reflexionskompetenz*
- ✓ *Kontaktfähigkeit, Offenheit, Authentizität, Belastbarkeit, Initiative, Selbstreflexion, Urteilsbildung und Selbstorganisation*

(Löcherbach 2005: 237)

10.2. QUALIFIZIERUNGSMAßNAHMEN IN OBERÖSTERREICH

In Oberösterreich bieten derzeit drei Einrichtungen Qualifizierungsmaßnahmen zum/zur Case Manager/-in an:

- der Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (kurz PGA) in Linz in Kooperation mit dem Zentrum für soziale Kompetenz der Karl-Franzens-Universität Graz und
- mit der Fachhochschule Oberösterreich
- und das Institut für Bildung und Gesundheitsdienst (kurz IBG) in Bad Schallerbach.

Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Ausbildungsangeboten liegt in der Zielgruppe. Während das PGA eine Grundausbildung im Case Management für alle anbietet, die in ihrem Arbeitsbereich Case Management anwenden wollen (also auch Sozialarbeiter usw.), ist der Lehrgang des IBG auf in der Pflege tätige Personen ausgelegt. An der Fachhochschule OÖ, Fakultät Gesundheit und Soziales am Campus Linz haben zertifizierte Case ManagerInnen dann die Möglichkeit, sich durch Zusatzqualifikation (Lehrgang „Caremanagement“ ab September 2009) zum/zur „Akademischen Case- und Caremanager /-in“ weiterzubilden.

Lehrgang Case Management der PGA Akademie:

Die PGA Akademie¹¹ bietet – derzeit als einziges Bildungsinstitut Österreichs - nach den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC-akkreditiert) Lehrgänge im Bereich Care und Case Management an. Der Lehrgang Case Management (endet Juni '09) ist interdisziplinär ausgerichtet. Er umfasst 272 Unterrichtseinheiten und schließt mit der Bezeichnung zertifizierte/r Case ManagerIn ab. Dieses Zertifikat berechtigt zu einem weiterführenden Studium an der Fachhochschule OÖ mit Abschluss zum/r Akademischen Case und Care ManagerIn. Die AbsolventInnen erwerben lt. Angaben der PGA Akademie folgende Kompetenzen¹² – sie können:

¹¹ Bildungseinrichtung des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit

¹² (vgl.: <http://www.pga.at/index.php?id=430&action=event&eventId=2388&cHash=87a1f44d12>, 24.2.09)

- die Case Management-Methode für unterschiedliche Zielgruppen anwenden und Versorgungspläne unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen entwickeln.
- herausfordernde und schwierige Gesprächssituationen konstruktiv bewältigen.
- Verhandlungen mit verschiedenen Gesprächspartnern professionell führen und Vereinbarungen abschließen.
- eine prozessorientierte / systemische Beratung durchführen.
- die eigene Case Management Praxis gewissenhaft dokumentieren.
- eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen und Organisationen entwickeln bzw. festigen.
- ihre eigene Berufsentwicklung fördern und sich neue Case-Management-Anwendungsfelder erschließen.
- Rechtsansprüche der KlientInnen an die Leistungen der Sozialversicherung zur Finanzierung von Behandlung, Rehabilitation und Langzeitpflege erkennen und die Betreuungssysteme danach ausrichten.
- Methoden anwenden, die zur Verbesserung der Integration und Kontinuität in der Gesundheitsversorgung beitragen.
- organisatorische Netzwerke aufbauen und steuern.
- bei der Optimierung von Prozessabläufen innerhalb von Organisationen mitwirken.

IBG-„Lerngang für Überleitungspflege / Case- & Caremanagement“¹³

Es werden in 388 Unterrichtseinheiten Kompetenzen in der Beratung, Patientenbegleitung und Organisation entwickelt, um den Übergang des/der Patienten/-in von der betreuenden Einrichtung in seine/ihre akzeptierte Lebensform auf hohem Qualitätsniveau abzusichern. Der zentrale Anspruch der Tätigkeit ist es, bei Patienten und Angehörigen Ängste abzubauen, zu informieren und Sicherheit zu vermitteln. Die AbsolventInnen erwerben lt. Angaben des IBG folgende Kompetenzen¹⁴ – sie entwickeln:

- ein professionelles Verständnis / "neues Berufsbild" und konkretisieren das Rollenverständnis der Überleitungspflege / Case- & Care Management.
- "Vernetzungskompetenz" zwischen Krankenhaus, PatientIn & extramuralen, sozialen Diensten.
- Beratungskompetenz und Kommunikationsfähigkeiten.
- Kenntnisse und Fähigkeiten der Qualitätssicherung.
- rechtliche Kenntnisse und erkennen deren (Beratungs-) Konsequenzen.
- pflegerische, prozess- und ressourcenorientierte und spezifische Fachkompetenz in der Überleitungspflege / Case- & Care Management.

¹³ Der Lehrgang gilt als Weiterbildung im Sinne des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, befürwortet von der zuständigen Gesundheitsreferentin des Landes Oö.

¹⁴ (vgl.: <http://www.ibg-bildung.at/ueberleitung.php?strprint=0>, 24.2.09)

Lehrgang der Fachhochschule Oberösterreich zum/r Zertifizierten Caremanager/in:

Die TeilnehmerInnen setzen sich mit den Grundlagen und Vertiefungen im Case Management auseinander und vertiefen sich zudem in Anforderungen zur Konstruktion der Rahmenbedingungen von Care Management in Österreich.

- Dies beinhaltet die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit modernen Informationssystemen,
- mit der Komplexität und den Zusammenhängen des Gesundheits- und Sozialsystems
- sowie mit zukunftsorientierten Managementmethoden.
- Zudem wird auf die Vermittlung sozialer und
- verhaltenswissenschaftlicher Kompetenz Wert gelegt.¹⁵

¹⁵ (vgl.: <http://www.fh-ooe.at/campus-linz/studiengaenge/weiterbildung/caremanagement/> 25.2.09)

11. Ethische Implikationen verschiedener Case Management-Konzepte

Jedes im weiteren Sinn sozialpolitische Konzept, wie es auch das CM-Konzept ist, basiert auf ethischen Implikationen. Um diese transparent zu machen, wurde in der Schweiz 2006 eine empirische Untersuchung an 50 verschiedenen Institutionen durchgeführt, die mit Case Management arbeiten, u.a. bei öffentlich-rechtlichen Institutionen (Sozialamt, Invalidenversicherung, IIZ¹⁶, Eingliederungs-Werkstätte). Ziel der Befragung war es herauszufinden, wie ethische Prämissen im Case Management umgesetzt werden bzw. nach welchen ethischen Prinzipien und in welchen Formen Case Management in der Schweiz aktuell betrieben werde. In der folgenden Tabelle werden die ethischen Implikationen der verschiedenen gängigen CM-Definitionen dargestellt:

Kriterien	Wendt	Klug	Löcherbach	CMSA	Netzwerk CM CH
Der Klient erhält Hilfe zur Selbsthilfe	Ressourcenorientierung	Große Selbständigkeit	Eigene Ressourcen	Ressourcen	CM nutzt und schont Ressourcen
Alle Teile des Systems werden in den Case eingebunden	Koordination / Prozess der Zusammenarbeit / kostenwirksam / qualitativvoll	Zusammenspiel der Akteure; mit Steuerungskompetenzen ausgerüstete Koordinatoren	Soziale Unterstützung	Kooperativer Prozess	CM nutzt und schont Ressourcen
Der Beratung liegt eine personenzentrierte Beratung zugrunde	Kommunikative Situation, in der eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert wird, und deren Prozess überwacht wird.	Eine therapeutische Beziehung aufbauen	Mit dem Klienten oder in dessen Auftrag wird organisiert, abgesprochen und durchgeführt	Beim CM wird erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.	koordinierte Bearbeitung/ gemeinsam vereinbarte Ziele / über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg
Es fließen ethische Aspekte in den CM-Regelkreis ein	Individueller Versorgungsbedarf; individueller gesundheitlicher Bedarf wird kommunikativ ermittelt	Beziehungsintensität / große Selbständigkeit/ Zusammenspiel / Steuerungskompetenzen	Soziale Unterstützung / Teilhabe und Teilnahme an der Gesellschaft / Wohlbefinden / Lebensgestaltung	Kommunikation	Individueller Bedarf; CM respektiert die Autonomie

Bianco/Muhl/Fiechter 2007: 32

¹⁶ IIZ steht für Interinstitutionelle Zusammenarbeit und ist eine Strategie verschiedener Partnerorganisationen aus den Bereichen Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung, Sozialhilfe, öffentliche Berufsberatung usw. zur zielgerichteten Zusammenarbeit (www.izz.ch).

12. Qualitätssteigerung durch Case Management

CM erfordert die Umstellung derzeit üblicher Modi des Organisierens und Verhaltens von Professionen und Organisationen von vertikaler, hierarchischer Steuerung von Leistungen hin zu KOOPERATION. Der Erfolg der Organisationen und Professionen in Wirtschaft und Gesellschaft ist derzeit vorherrschend auf Arbeitsteilung, Spezialisierung und Konkurrenz aufgebaut und nicht auf Kooperation und Integration. CM ist eine Antwort auf die fortschreitende Arbeitsteilung und Spezialisierung und die Durchsetzung des Marktes und wird in Zukunft ein **Nebeneinander von Konkurrenz und Kooperation managen** müssen. Die nötigen Anstrengungen im Bereich der Kooperation und Integration zwischen den Systemen (Aufgabe des CM) werden jedoch in aller Regel unterschätzt. Grossmann geht sogar soweit zu sagen, dass die Kooperation der Organisation und ihre interne Ausrichtung darauf eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches Case Management in der konkreten Fallbearbeitung ist. (Vgl. Grossmann 2008)

CM braucht **Kooperation** auf mehreren Ebenen (nach Grossmann, Graz 2008):

- auf der Ebene der Fallbearbeitung: abgestimmtes kooperatives Handeln der Professionen.
- auf der Ebene der Dienstleistungsorganisationen: in dem diese ihre interne Organisation auf Koordination und Kooperation ausrichten und in dem sie ihre Ressourcen und ihre Strategien - auch gegenüber anderen Organisationen – darauf einstellen. Es handelt sich also um eine zweifache Kooperation: zwischen Organisationen und zwischen Organisationseinheiten.
- auf der Ebene der politisch-ökonomischen Systemsteuerung zwischen Politik, Verwaltung, Versicherern, Dienstleistungsorganisationen, professionellen Verbänden, um Rahmenbedingungen für diese Art von Leistung zu schaffen.

Der Fokus auf KlientInnen zwingt die Organisation zum einen, ihr Augenmerk auf die internen Leistungsprozesse zu legen (der Gegenstand bzw. die Kernfunktion von CM ist der Leistungsprozess!) und diese immer wieder hinsichtlich ihres Nutzens für die Kunden zu überprüfen. CM erfordert daher ein Mitlernen der betreffenden Systeme, in betriebswirtschaftlicher Sprache eine interne Organisationsentwicklung.

Zum anderen aber erfordert die Ausrichtung auf die Kundenperspektive, das Augenmerk auch auf die anderen im Leistungsprozess Beteiligten zu richten. Kooperation ermöglicht Personen und Organisationen, etwas zu erreichen, was sie alleine nicht schaffen. Alle Beteiligten müssen jedoch einen Nutzen erwarten können. Die Akteure verzichten auf die kurzfristige Durchsetzung ihrer Interessen in der Erwartung, längerfristig einen Nutzen daraus zu ziehen („Zivilisierter Egoismus“ (Willke).¹⁷

Für eine erfolgreiche Kooperation von Organisationen hat Grossmann u.a. folgende Kriterien formuliert:

- Ein kooperatives und gemeinsam kreierte Steuerungssystem einrichten – *Steuern* ist Setzen von Prioritäten; kooperative Systeme leben von Entscheidungen.
- Management von Kooperation ist eine zentrale Aufgabe von CM – die Kooperation *managen* ist jedoch etwas anderes als Steuern, d.h. es muss sich jemand um die Kommunikation bemühen!¹⁸
- Die internen Voraussetzungen für Kooperation schaffen.

¹⁷ „Es sind immer die anderen, die meine Zukunft eröffnen.“ (Grossmann 2008)

¹⁸ z.B. Erstellen guter Protokolle

- Übergreifende Teamarbeit betreiben.
- Vertrauen als Basis für Kooperation entwickeln - Vertrauen ist das Ergebnis von Handlungen und eingehaltenen Versprechen.

Damit der Einsatz der verschiedenen Case Management-Prozesse entsprechend beurteilt werden kann, bietet sich das betriebswirtschaftliche Instrument der Qualitätsentwicklung an. Jede Organisation und Institution muss zunächst die Prozesse, die sie anwendet, benennen und diese dann hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit im CM-Ablauf zuordnen (Handelt es sich um einen Kern-, Führungs- oder Unterstützungsprozess?). In einem nächsten Schritt kann sie für jeden einzelnen Prozess, z.B. für die Fallsteuerung, eine Qualitätsüberprüfung durchführen. Die Fallsteuerung wird nun hinsichtlich ihrer Zielqualität, ihrer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität überprüft. Ebenso wird mit anderen Teilprozessen des Case Managements verfahren. Bei Überprüfungen im Zeitverlauf können so qualitative Veränderungen festgestellt und dokumentiert werden.

Felder und Ebenen der Qualitätsentwicklung im CM:

Fallsteuerung (Kernprozess)	CM-OE (Führungsprozess)	Netzwerken (Kernprozess)	Weiterbildung (Unterstützungsprozess)	Forschung (Unterstützungsprozess)	
					Zielqualität
					Strukturqualität
					Prozessqualität
					Ergebnisqualität

Löcherbach/dgcc 2008:
aus einem Vortrag im Rahmen der Internationalen Fachtagung der ÖGCC im Nov. 2008

Mittlerweile werden am Markt Software-Pakete zur effektiven und effizienten Unterstützung des Aufgabenspektrums des Case Managements angeboten, wie z.B. comp.ASS Case Manager. Alle Phasen des Case Managements, beginnend mit dem Assessment über die Hilfeplanung, Intervention, Monitoring bis zur Evaluation und Kontrolle der Hilfestellungen werden vom Programm unterstützt. Folgende Bereiche des Case Managements werden dadurch abgedeckt: Falldokumentation, Arbeitsorganisation, Dokumentation, Hilfeplanung und Zielvereinbarung, Hilfeangebote und -produkte, Dokumentation soziales Netz, Evaluation und Kosten-Control-ling, Sozialhilfe-Benchmarking. (<http://www.DGCC.de/links.html> dl: 20.12.08)

Fazit:

Die Einrichtung von Case Management ist ein anspruchsvoller Organisationsentwicklungsprozess. Das Managen von Kooperationen innerhalb und zwischen Leistungsprozessen einer Organisation sowie zwischen Organisationen ist dabei eine zentrale Aufgabe. Das Managen von Kooperationen erfordert von Führungskräften, ProjektmanagerInnen und BeraterInnen spezifische Qualifikationen und Haltungen. Neben den Case ManagerInnen für die Arbeit mit den KlientInnen, gilt es daher, Personen zu

qualifizieren, die auf der Ebene der Organisationsentwicklung die Voraussetzungen für Case Management schaffen. Die Kooperation zwischen Organisationen schafft den politischen und organisationalen Rahmen, um mit Hilfe des Case Managements eine wirksamere Bearbeitung von KlientInneninteressen zu ermöglichen.

13. Implementierung von Case Management

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) hat **Empfehlungen** für das Implementieren eines Case Management Systems gemäß den Erfahrungen erfolgreicher Umsetzungsmodelle gemäß dem SGB II (Sozialgesetzbuch II) abgegeben. Für das Funktionieren von Case Management müssten demnach drei Bedingungen erfüllt sein (vgl. Grafik S. 10, hier nach Frommelt et al. 2008: 19f):

1. auf struktureller Ebene – Das Netzwerk übernimmt Verantwortung für die Organisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung im Zuständigkeitsbereich und bildet eine flächendeckende verbindliche Case Management-Infrastruktur
2. auf organisatorischer Ebene – Die Organisation richtet ihre Fallsteuerung und den Ressourceneinsatz (Effizienz der Abläufe) nach dem Case Management-Konzept aus, führt Prozess-Standards ein und sichert die Qualität der Zusammenarbeit im Netzwerk
3. auf personeller Ebene – Die Mitarbeiter arbeiten nach dem standardisierten Case Management-Ablaufschema, sind im Netzwerk für die Fallführung autorisiert, sind in ein Team eingebunden und beherrschen die nötigen Instrumente.

Es bedarf zu einer erfolgreichen Umsetzung lt. DGCC weiters einer Differenzierung der Implementierung in zwei Phasen:

Planungsphase: Case Management kann erst dann seine Produkte effektiv und effizient anbieten, wenn es regional gut verankert, autorisiert und verbunden auftreten kann. Gleichzeitig muss seine Arbeit standardisiert und transparent gegenüber den Partnern im Netzwerk der Akteure ablaufen können. Um all dies zu gewährleisten, dient die Planungsphase.

Implementierungsphase: Die Implementierung sollte dann als gemeinsame Aufgabe betrachtet werden und somit die Last der Versorgungssicherung durch die Leistungsträger mittragen. Andernfalls besteht das Risiko, dass die Definitionsmacht der zu implementierenden Case Management-Elemente allein bei den einzelnen Leistungsträgern liegt. Das ist insofern ungünstig zu beurteilen, da Case Management-Implementierungen gesellschaftliche, politische und rechtliche Implikationen und Konsequenzen beinhalten, welche eines breiteren Konsenses der Entscheidungen bedürfen.

Während diese Zeit durchlaufen wird, empfiehlt es sich, eine gewisse Offenheit für neue Wege beizubehalten, damit **regional** möglichst **optimale Strukturen** entstehen können. Dabei sind allerdings klare und einheitliche Qualifikationsmerkmale und möglichst einheitliche Case Management-Verfahren anzuwenden.

Anschließend sind Kompetenzen und Aufgaben zu definieren und zuzuordnen. Dazu gibt es verschiedenste denkmögliche Modelle, die hinsichtlich ihrer regionalen Brauchbarkeit in ihren Vor- und Nachteilen gegeneinander abgewogen werden müssen. Der deutsche Gesetzgeber hat im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz für die Implementierung und Ausgestaltung der Pflegeberatung und des gesetzlich vorgesehenen Aufbaus von

Pflegestützpunkten¹⁹ einen Gestaltungsspielraum offen gelassen, welcher unterschiedliche Gestaltungs- und Ansiedlungsoptionen für die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte bietet. Die DGCC diskutiert derzeit verschiedene Modelle (vgl. z.B. Frommelt et.al. 2008: 22-29):

- **das Kassenmodell:** Ansiedlung des Care und Case Managements über Pflegestützpunkte bei den Kranken- und Pflegekassen
- **das Kassen-/Kommunenmodell:** Gemeinsame Ansiedlung der Pflegestützpunkte bei Kassen und Kommunen.
- **das Modell ARGE:** Unterschiedliche Leistungsträger bedienen, autorisieren und finanzieren das Care und Case Management über zentrale Pflegestützpunkte auf regionaler Ebene
- **das dezentrale Trägermodell:** Unterschiedliche Leistungsträger mit selbständigem Care und Case Management arbeiten in untereinander vernetzten Pflegestützpunkten (integrierte Versorgung).
- **die vernetzte Arbeitsgemeinschaft:** Leistungsträger führen jeweils selbständig Care und Case Management durch. Einer der Netzwerkpartner hat die Federführung, welche auch rotieren kann.
- **das organisierte Netzwerk:** Es besteht ein Netzwerk unterschiedlicher Leistungsträger mit verbindlichen gemeinsamen Arbeitsweisen im Rahmen der Pflegestützpunkte.

Von der Vorbereitung bis zur Etablierung stellt Löcherbach den Implementierungsprozess in vier Phasen dar:

Dauer	Phasenverlauf	Implementierungsschritte
3-6 Monate	Vorphase	Zieldimensionen, Motive Analyse interner und externer Erfahrungen Defizitanalyse, Optimierungspotentiale Grobkonzept
1 Monat	Start	Aufarbeitung der Ergebnisse und <i>Entscheidung</i>
12 – 18 Monate	Implementierung	<i>Projektplanung</i> Differenziertes CM-Konzept Festlegung der Ziele <i>Personalentwicklung</i> Organisationsanpassung Optimierung der Vernetzung
6 Monate	Etablierung	Auswertung Ggf. Zertifizierung (Re-) Strukturierung

Löcherbach/dgcc 2008:
aus einem Vortrag im Rahmen der Internationalen Fachtagung der ÖGCC im Nov. 2008

Weder die Anzahl der Phasen noch die Dauer derselben sind relevant, vielmehr ist es die Durchführung oder Nichtdurchführung der einzelnen Implementierungsschritte, die über die Qualität der späteren CM-Arbeit entscheidet.

¹⁹ In den sogen. „Pflegestützpunkten“ passiert Koordination und Beratung für Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Frommelt et.al. 2008: 2)

Die Einführung von Care und Case Management ist ein (Veränderungs-) Prozess, der innerhalb und zwischen den agierenden Organisationen bzw. Institutionen zu einem Wandel führt, mit dem eine entsprechende Adaptierung von Rollen- und Verhaltensmustern einhergehen muss. Vielfältige Lernprozesse kommen in Gang, zum Teil ohne Zutun. Andererseits ist den Implementierungsanforderungen, so die DGCC, eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Ohne begleitende Unterstützung sehen Experten die Implementierung von Care und Case Management als von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Diese **begleitende Unterstützung** sollte folgende Elemente umfassen (vgl. Frommelt et al. 2008: 29ff):

- Miteinbeziehen der Evaluationserfordernis in die Konzeptionsphase
- Evaluation: Ist der Verlauf der Implementierung zielgerichtet? Es braucht ggf. korrigierende und qualifizierende Anpassungen.
- Zertifizierungssystem für Ausbildner und Auszubildende
- Kompetenzprofile für Care und Case ManagerInnen in den verschiedenen Einsatzebenen (Grundberatung und Information – komplexe Fallberatung und Fallsteuerung - Netzwerkarbeit)
- Evaluation auf personeller, struktureller, organisatorischer und Netzwerkebene
- Rechtliche Absicherung der Ansprüche von Leistungsbeziehern
- Gewährleistung der Kooperation der im Leistungssystem potentiell verbundenen Akteure, z.B. mittels Rahmenvereinbarungen und gemeinsamer Standards

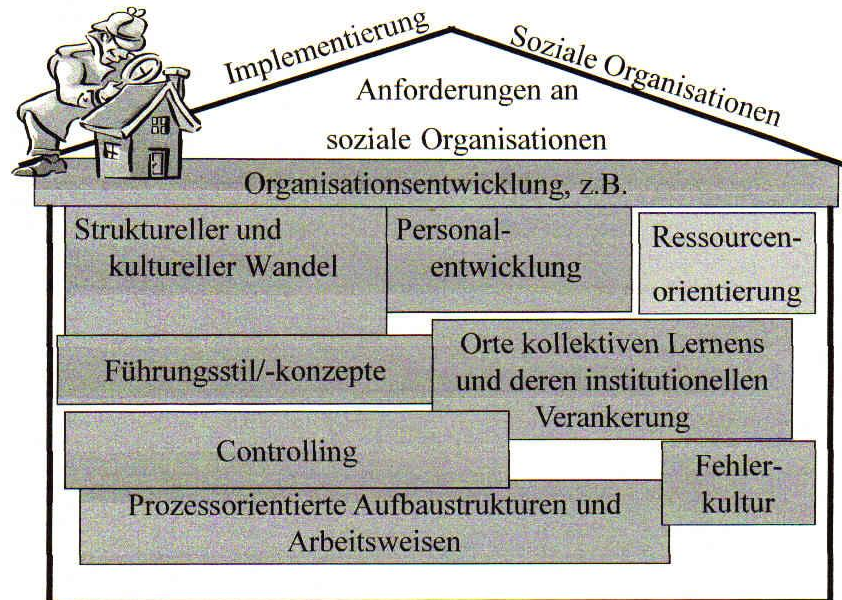
Es ist empfehlenswert, auch die **kritischen Erfolgsfaktoren** einer Implementierung von Case Management in die verschiedener Bereiche sozialer Arbeit zu beachten. Würde diese nicht bedacht, könnte es zu einem sehr unbefriedigenden „Endprodukt“ CM kommen. Die folgende Aufzählung von kritischen Faktoren stammt aus einem Vortrag anlässlich der internationalen Case Management-Tagung am 14.9.2007 in Freiburg:

- (sozial-)wissenschaftliche Fundierung
- Entscheidung über die konkrete Gewichtung in Richtung Fallmanagement (Beratungskonzept) oder Systemmanagement (Fallsteuerungskonzept)
- Zugangsregelungen
- Effizienzorientierung führt zwangsläufig zu Konkurrenz zwischen ökonomischen Kalkülen und fachlichen Standards
- Organisationen dürfen die Veränderungsanforderungen an sie nicht ignorieren oder schlecht umsetzen.
- Die Auswirkungen auf die Trägerstrukturen sollten bedacht sein - wenn nicht vorhersehbar, dennoch ernsthaft behandelt werden.

(vgl. Gissel-Palkovich: „Chancen und Risiken des Case Management für die Soziale Arbeit und die Implementierung in soziale Organisationen“

Implementierungserfordernisse auf Organisationsebene:

Um den Wandel, den die Implementierung von Case Management innerhalb von sozialen Organisationen initiiert, gut bewältigen zu können, braucht es gleichzeitig, so Gissel-Palkovich, **Organisationsentwicklung**.



(Gissel-Palkovich: ebd.)

Als Teil der Organisationsentwicklung erhält Case Management verschiedene Funktionen. Es wird

1. zu einem **Organisationselement**: Die Entwicklung sollte nun von einer Generalisierung in Richtung Spezialisierung gehen. Der Anspruch auf Entscheidungskompetenzen und Handlungsspielräume, welche CM braucht, trifft i.d.R. auf strukturelle Widerstände und Traditionen, eben-solches gilt für die nötige Autonomie des CM, welche mit dem in sozialen Organisationen üblichen Kontrollbedarf konkurriert.
2. zur **Gestaltungsaufgabe einer prozessorientierten Organisation**: Gruppenstrukturen und gruppenbezogene Arbeitsweisen müssen organisiert und institutionalisiert, Teamregeln entwickelt, teaminterne Reflexion und Eigenverantwortung gefördert und eine Qualifizierung zu Teamarbeit veranlasst werden.
3. zu einer **Führungsaufgabe**: Führungskräfte haben Initiativ-, Vorbild- und Dienstleistungsfunktion; die Implementierung von Case Management wird zu einer organisationsweiten Aufgabe.

14. Modellerfahrungen - die Gesundheits- und Sozialversorgung von morgen

Das österreichische Gesundheitssystem ist, ähnlich wie andere europäische Systeme, hinsichtlich der Leistungserbringung und Finanzierung stark fragmentiert. Daraus resultieren erhebliche Koordinationsprobleme auf der Makroebene von Akteuren (z.B.

zwischen Krankenkassen, Bundesländern, Gemeinden, Berufsverbände) wie auf der Mikroebene von Akteuren (z.B. zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungserbringern als auch zwischen den ambulanten Dienstleistungserbringern). Es gibt seit den 70er Jahren einige Initiativen und Modellprojekte zur Lösung dieser Probleme. Viele von Ihnen liefen und laufen nicht unter der Bezeichnung „Case Management“, sind jedoch inhaltlich unter das Konzept von Case Management subsumierbar. Die folgenden Umsetzungserfahrungen sind einer Untersuchung des Dachverbandes Wiener Pflege und Sozialdienste 2001 (siehe Literaturverzeichnis) entnommen.

Seitens des Bundes wurde seit Anfang der 90er Jahre das **Modell der integrierten Gesundheits- und Sozialdienstsprenzel (IGSS)** forciert. Die Sprengel sind konzipiert als regionale Koordinierungseinrichtungen für die Organisation sozialer und medizinischer Dienste. Da die Umsetzung in die Kompetenz der Länder fällt, gibt es in den Bundesländern sehr unterschiedliche Realisierungen. So scheiterte in Niederösterreich ein Konzept für drei Regionen, weil die Einführung von Case Management von den etablierten Leistungserbringern in der Region als eine zusätzliche Hierarchieebene eingeschätzt wurde und Aufgabenüberschneidungen gegeben waren.

Hingegen war die Erfahrung in Oberösterreich (IGSS Wels) eine positive, wobei sich das Modell aber von anderen Bundesländern dahingehend unterschied, dass kleine Organisationseinheiten mit Anbindung an Gemeinden geschaffen wurden, welche fachpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung anboten bzw. als Koordinationsstelle zwischen Pflege, ÄrztInnen, sozialen Diensten, dem Krankenhaus etc. in konkreten Fällen agierten.²⁰

Das Modell der niedergelassenen **ÄrztInnen als KoordinatorInnen** im Rahmen der gesetzlichen Regelung zur „Medizinischen Hauskrankenpflege“, eingeführt nach der Festlegung als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung im Rahmen der 50. Novelle des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 1992, wurde im wesentlichen von den niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen nicht angenommen.

Als sehr erfolgreich ist das Wiener Modellprojekt des Roten Kreuzes **„Ganzheitliche Hauskrankenpflege“** im 10. Wiener Gemeindebezirk 1996 – 1998 anzusehen. Es basiert auf den Konzepten von Care und Case Management. Das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wurde dabei erfolgreich als Case ManagerInnen eingesetzt. Die Zielgruppe war eine sehr spezifische: schwer akut erkrankte PatientInnen, die im häuslichen Bereich durch ein multi-professionelles Team (ÄrztInnen, DGKS/DGKP, PflegehelferInnen, HeimhelferInnen) versorgt wurden. Die Erfahrungen zeigen, dass durch Case Management PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf im ambulanten Bereich qualitativ und integriert betreut werden können und gleichzeitig die Vertrauensbasis und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen erhöht bzw. optimiert werden kann. Eine Erweiterung des Modells auf das Wiener Hanusch-Krankenhaus (Träger ist die Wiener Gebietskrankenkasse) war daher naheliegend. So konnte dort für die gleiche Patientenzielgruppe in Kooperation mit der Volkshilfe ein stationsübergreifendes Entlassungsmanagement geschaffen werden.

Speziell für KlientInnen, welche von sich aus keinen Kontakt zu Versorgungseinrichtungen aufnehmen können, wird von der Volkshilfe Wien seit Mitte der 90er Jahre eine spezifische ambulante Betreuungsform der Sozialen Dienste namens **INDIBET** (Individuelle Betreuung dementer und psychisch kranker Menschen) angeboten. Nach einer Evaluation 1999 wurde INDIBET mit dem Gesundheitspreis der Stadt Wien ausgezeichnet.

Wie es in einer Expertise der zahlreichen Modellprojekten in der BRD zum Case Management in Altenhilfe und Pflege seitens der DGCC heißt, geht es beim Case

²⁰ mittlerweile durch SBS abgelöst

Management nicht um eine zusätzliche Aufgabe oder um die Einführung bürokratischer Strukturen, welche bisweilen befürchtet oder unterstellt werden. Case Management dient einer effizienten Gestaltung der Unterstützung von Pflege, sowohl für die Menschen, die Pflegebedarfe zu bewältigen haben als auch für das System, welches die Pflegeversorgung sicherstellt. (Vgl. Klie in Frommelt et al. 2008: 2f)

Die **Thematik einer möglichen Strukturweiterung** durch Implementierung von CM wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Manche evaluierende und vergleichende Untersuchungen empfehlen, die Implementierung von Case Management sollte per se nicht mit einer Strukturweiterung verknüpft sein, da neue Strukturen meist zur Entstehung zusätzlicher Nahtstellen führten, was wiederum zu einer Steigerung der Fragmentierung und Desintegration im Gesundheitssystem beitragen würde. Daher sollte Case Management möglichst in das alltägliche Versorgungshandeln integriert werden. (vgl. z.B. Dachverband Wiener Pflege und Sozialdienste 2001: 19). Für andere ist hingegen die Kooperation zwischen den agierenden Institutionen, Organisationen und Personen vorrangiges Element eines erfolgreichen Case Managements, unabhängig von der Komplexität der CM-Strukturen (vgl. Grossmann, Löcherbach, Gissel-Palkovich, Wendt u.a.).

Auch die DGCC stellt in ihrer oben erwähnten Expertise fest, dass Case Management Interessen berührt und daher in Gefahr steht, von einzelnen Stakeholdern dominiert zu werden. Sie empfiehlt daher, dass sich die einzelnen Stakeholder „auf die Funktionen des Case Managements, auf Arbeitsweisen und auf die Notwendigkeit des vernetzten Vorgehens verbindlich ... verständigen“. (Klie ebd.)

15. Fazit

Die Schlüsse, die sowohl aus den Erfahrungen in Nachbarländern wie aus den Erfahrungen in Österreich hinsichtlich der Erarbeitung eines praktikablen CM-Konzeptes zu ziehen sind, konzentrieren sich auf zwei wesentliche Punkte:

Vor der Implementierung von Case Management ist präzise zu formulieren, für welche Patienten bzw. Klienten das konkrete Case Management-Programm entwickelt wird und angesichts welcher gesundheitlicher und sozialer Problemlagen es angeboten wird.

Die Kunst der Konzeptionierung liegt darin, ein maßgeschneidertes Konzept zu entwickeln, das die gegebenen Kontextbedingungen des regionalen Versorgungssystems berücksichtigt.

Allgemein bedarf die Einführung und Anwendung von Case Management einer Reorientierung beruflichen Handelns, welches nicht nur die Logik des jeweiligen Versorgungssystems, sondern auch den Versorgungsbedarf der KlientInnen/ PatientInnen ins Zentrum stellt. Das verlangt eine zusätzliche Qualität professionellen Handelns, nämlich eine vorausschauende Planung über Systemgrenzen hinweg und eine rechtzeitige Veranlassung des „Zukünftigen“ im gegenwärtigen Handeln.

16. Literaturverzeichnis

- Bianco, Pia/Muhl, Renée Yvonne/Fiechter, Regula Palm (2007): Wann ist Case Management Case Management? Schlussfolgerungen einer empirischen Untersuchung aus der Schweiz unter Einbezug ethischer Prämissen, S. 30-34; in: Case Management 1/2007, 4. Jg., Heidelberg: Economica.
- Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (2001): Case Management. Steuerung von extramuralen Gesundheits- und Sozialleistungen. Studienbrief zum Symposium am 12. Nov. 2001, Wien.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Aufl., Bern: Hans Huber.
- Frommelt, Mona/Klie, Thomas/Löcherbach, Peter/Mennemann, Hugo/Monzer, Michael/ Wendt, Wolf Rainer (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung, Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre; hier in gekürzter Fassung: <http://www.eh-freiburg.de/agp/PPCM%20Internetpublikation.pdf> (dl: 22.12.08).
- Gissel-Palkovich, Ingrid (2007): Chancen und Risiken des Case Management für die Soziale Arbeit und die Implementierung in soziale Organisationen, Vortrag im Rahmen der Case Management-Tagung am 14.9.2007 in Freiburg. - <http://www.eh-freiburg.de/ifw/cmt140907.htm> (dl: 22.12.08).
- Grundböck, Alice/Krajic, Karl/Stricker, Susanne/Pelikan, Jürgen M. (2005): Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf, S. 217-250; in: Ewers/Schaeffer (2005).
- Grossmann, Ralph (2008): Kooperationen zwischen Professionen und Organisationen. Erfolgsvoraussetzungen für Case Management, Vortrag zur Internationalen Fachtagung der ÖGCC „Case Management – Stand und Perspektiven“ am 28. Nov. 2008 in Graz, Tagungsunterlagen: <http://www.oegcc.at/1965330.htm>.
- Gursansky, Di/Harvey, Judy/Kennedy, Rosemary (2003): Case Management: Policy, Practice and Professional Business, New York: Columbia University Press.
- Kleve, Heiko/Haye, Britta/Hampe-Grosser, Andreas/Müller, Matthias (2006): Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit, Heidelberg: Carl-Auer.
- Klie, Thomas (2008): Case Management. Die Zeit ist reif. In: Altenheim 4/2008, Vincentz Network GmbH & Co.KG, Hannover: 26-29.
- Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Faßbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hg.) (2005): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt.
- Löcherbach, Peter (2008): Case Management in der Entwicklung, Vortrag zur Internationalen Fachtagung der ÖGCC „Case Management – Stand und Perspektiven“ am 28. Nov. 2008 in Graz (dl: 21.1.09: http://www.oegcc.at/Loecherbach_Entwicklung.pdf).
- Neuffer, Manfred (2005): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, 2., überarb. Aufl., Weinheim/München: Juventa.

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management ÖGCC (2008): Grundlagenpapier, Dez. 2008 (dl: 20.12.08: <http://www.oegcc.at/>).

Rommel-Faßbender, Ruth (2005): Case Management als Methodenkonzept der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven; in: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/ Rommel-Faßbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (siehe oben): S. 67-86.

Rommel-Faßbender, Ruth (2006): Handlungskompetenzen in der Fallsteuerung – Anforderungen an Weiterbildungsinhalte, S. 5-11; in: Case Management 1/2006, 2. Jg., Heidelberg: Economica.

Riet, Nora van/Wouters, Harry (2002): Case-Management: ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern: Interact, Verlag für Soziales und Kulturelles.

Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 3. ergänzte Aufl. (1997), Freiburg im Br.: Lambertus.

Wendt, Wolf Rainer (2004): Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert, S. 43-49; in: Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2004, hg. von: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Baden-Baden: Nomos.