

CaRe

NEWSLETTER #4

Pilotierung von CCM in den drei Regionen: die Ergebnisse

SAVE THE DATE: DIE ABSCHLUSSKONFERENZ 25 SEPTEMBER 2020

Am 25. September werden die CaRe Partner ihre Projektergebnisse präsentieren und sich mit den Case und Care Management Modellen im Rahmen des Webinars "**Case und Care zwischen Italien und Österreich: Neue Managementmodelle im Vergleich**" auseinandersetzen. An der Online-Konferenz werden Fachleute, Experten und in der Praxis tätige Case und Care Manager/innen teilnehmen. Genauere Informationen zum Programm und den Durchführungsmodalitäten werden Anfang September bekanntgegeben.

KONTAKT

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc UMIT TIROL Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at / eva.schulc@umit.at

CaRe

Case und Care Management in drei grenzübergreifenden Regionen

Das [Interreg Projekt V-A Italien Österreich 2014-2020 CaRe](#) ist ein gemeinsames Projekt zwischen drei Regionen und Partnerinstitutionen in Vicenza, Mediofriuli und Tirol. Es wird durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und Interreg V-A Italien-Österreich 2014-2020 gefördert (Abbildung 1 und 4). Mit dem Case Management (CsM), als fallbezogenem Ansatz und dem populations- beziehungsweise systembasierenden Ansatz des Care Managements (CrM), sollen außerdem jene Personen unterstützt werden, bei denen ein sogenannter Regelversorgungspfad nicht mehr ausreicht. Zu diesen Personengruppen zählen v.a. Menschen, die älter als 65 Jahre und von Multimorbidität und Alltagseinschränkungen betroffen sind.

Das Vorgehen des CsM ist prozesshaft und dynamisch und wird von sechs aufeinanderfolgenden Handlungsschritten charakterisiert: 1. Fallaufnahme, 2. Falleinschätzung, 3. Ziel und Hilfeplanung, 4. /5. Umsetzung und Überprüfung des Hilfeplans und 6. Evaluation.

Diese sechs Phasen dienen als Grundlage für die Analyse des Status Quo der drei Pilotregionen sowie für die Entwicklung des Best-Practice-Modells des Interreg Projektes CaRe. Das Interreg CaRe Projektteam entwickelte das Good-Practice-Modell auf Basis von Analysen der Gesundheits- und Sozialstrukturen innerhalb der Regionen, einschlägiger Fachliteratur sowie Interviews mit relevanten Stakeholdern in den jeweiligen Regionen. Das Good-Practice-Modell wurde zudem als adaptives Dachmodell konzipiert, welches im Rahmen der Implementierung und praktischen

Umsetzung individuell auf die Bedürfnisse der jeweiligen Region zugeschnitten werden kann.

Um den prozessualen Anforderungen des CsM im Einzelfall entsprechen zu können, ist die Etablierung von Netzwerken zur Koordination und Kooperation involvierter Stellen und unterschiedlicher Dienstleistungserbringer ein wesentlicher Erfolgsfaktor und damit verbunden, die Bereitschaft zur Initiierung interner und organisationsübergreifender Organisationsentwicklungsprozesse.

Dauer und Ziel der Pilotierung

Das Interreg Projekt CaRe mit einer Laufzeit vom 01. Januar 2018 bis 31. Dezember 2020 hat zum Ziel, ein nachhaltiges Konzept mit Fokus Case und Care Management (CCM) in drei Regionen in Italien (Friaul Julisch Venezien/Mediofriuli und Veneto/Vicenza) und Österreich (Tirol/Landeck) zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren.

Die Zielsetzung des Projektes ist den Zugang, die Versorgungskontinuität sowie die Qualität der Pflege und Betreuung besonders von älteren pflegebedürftigen Menschen durch mehrere Dienstleistungsanbieter optimieren, um vor allem Menschen in komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen im häuslichen Setting zu unterstützen. In diesem Newsletter werden die Ergebnisse und bisherigen Meilensteine der Pilotierung in den drei grenzüberschreitenden Regionen vorgestellt.



Abbildung 1:
Projektteam CaRe

Friaul Julisch Venetien

UNSERE ERFAHRUNG

In Friaul - Julisch Venetien wurde die Pilotaktion des Care Projekts offiziell am 15. März 2020 abgeschlossen. Das allgemeine Ziel des Pilotprojekts war die Entwicklung und Implementierung eines CCM Modells im Gebiet von Medio Friuli (Gesundheitsbezirk Nr. 4 „Codroipo-Bezirk“ und Bezirksgebiet Nr. 4.4.). Die Implementierung von CCM durch die regionalen Sozial- und Gesundheitsdienste dient der Versorgung von selbstständigen und pflegebedürftigen Personen im Alter von 65+ Jahren. Dies betrifft im speziellen jene Personen

die eine Demenz Diagnose (jeglicher Art), Alzheimerkrankheit oder ein klinisches Bild das durch kognitive Beeinträchtigung initial gekennzeichnet ist ausweisen.

Die Durchführung der Pilotaktion war dank der Entwicklung eines Best-Practice-Modells möglich, das die Merkmale des Case und Care Managements in die Struktur der regionalen, an der Zielgruppe orientierten Sozial- und Gesundheitsdienste integrierte (Abbildung 2).

Evaluierung der Implementierung des Case und Care - Modells und Austausch von Ergebnissen. Vorschlag zu **möglichen Verbesserungen im Prozess der Versorgung** des Patienten

Überwachung der Versorgung durch Analyse des Patiententagebuchs auf zwei Ebenen: Fall und System. Das Ziel ist es, die Wirksamkeit und Effizienz bei der Erbringung der aktivierten Dienste zu gewährleisten. Austausch von problematischen Punkten mit den beteiligten Dienstleistern

Implementierung von Dienstleistungen, die zur Befriedigung der ermittelten Bedürfnisse erforderlich sind



Die Fallmeldungen an die Case und Care - Arbeitsgruppe erfolgen durch: das leitpersonal des Gesundheitsamts (sowohl e als auch vertragsgebundene Fachkräfte), ural, Organisationen des dritten Sektors, die i sozialgesundheitlichen Bereich tätig sind, en und Patienten / Nutzerinnen und Nutzer und bezügliche Pflegekräfte oder pflegende Familienangehörige

Beim ersten Hausbesuch des gemeldeten Patienten werden mit Hilfe der **Checklist** Informationen über die gesundheitlichen, sozialen und administrativen Bedürfnisse gesammelt. Diese Daten werden dann durch Führung eines **Patiententagebuchs** überwacht

Analyse der in der Checkliste gesammelten Daten. Auftauchen von Bedürfnissen und Vergleich der Bedürfnisse mit dem im Gebiet vorhandenen Angebot von Dienstleistungen

Abbildung 2: Best - Practice - Modell von Friaul- Julisch Venetien

Friaul Julisch Venetien

DAS POTENZIAL DES CASE UND CARE - MODELLS

Die Anwendung des CCM Modells, neue Verfahrenswege in der Versorgung von Patientinnen/Patienten über 65 Jahre mit Demenz und kognitiven Beeinträchtigungen durch die territorialen Sozial- und Gesundheitsdienste zu erproben.

Diese Neuerungen haben sich grundsätzlich auf zwei Aspekte bezogen:

1. den Aufbau einer soliden Informationsbasis über die sozialgesundheitlichen Bedingungen dieser Patientinnen/Patienten, der den territorialen häuslichen Pflegediensten ermöglicht, die von den Betroffenen selbst geäußerten Bedürfnisse schnell zu erkennen und die daraus folgenden Vorgehensweisen zum Aktivieren der erforderlichen Dienstleistungen schnell einzuleiten;
2. durch die Arbeit des CCM Teams wird ein breites Angebot von regionalen öffentlichen und privaten Sozial- und Gesundheitsleistungsangeboten geschaffen. Zudem sollen durch eine Vernetzung die Interaktion zwischen Behörden, Dienstleistungsangeboten und handelnden Akteure (u.a. die Anwendung von Einsatzprotokollen), die oft voneinander getrennt zu sein scheinen, gefördert werden.

Die Durchführung der Pilotierung ermöglicht daher einerseits eine stetige Begleitung und Unterstützung der Betroffenen im häuslichen Setting. Andererseits kann ein verbessertes Zusammenspiel zwischen den bestehenden Dienstleistungsangeboten und den ermittelten Bedürfnissen der Betroffenen gewährleistet werden. Was die Begleitung und Unterstützung betrifft, hat das CCM Team von einem besonderen Werkzeug Gebrauch gemacht, und zwar von dem Patiententagebuch, das speziell zur Überwachung der Patientenversorgung entwickelt wurde.

Tabelle 1 zeigt die Anzahl der rekrutierten Patienten pro Netzwerkmodalität und bietet einen Überblick über die Stärke des Beziehungsnetzwerks, das während der Pilotierung aufgebaut wurde.

| Quellen | Nr. | % |
|---|-----------|--------------|
| Integrierte häusliche Pflege - Adi | 22 | 27,5 |
| Tageszentren | 19 | 23,8 |
| Allgemeinmediziner | 17 | 21,3 |
| Zentrale Anlaufstelle - Pua | 6 | 7,5 |
| Kommunale Sozialdienste | 5 | 6,3 |
| Gesundheitsbezirk von Codroipo | 4 | 5,0 |
| Care - Werbematerial (Broschüren, soziale Medien, usw.) | 3 | 3,8 |
| Häuslicher Pflegedienst - Sid | 2 | 2,5 |
| Apotheken | 2 | 2,5 |
| Insgesamt. | 80 | 100,0 |

Tabelle 1: Quellen der Patientenrekrutierung

Friaul Julisch Venetien

WER WURDE EINBEZOGEN?

Neben den in der Pilotierung rekrutierten Patientinnen/Patienten (insgesamt 80) war die Rolle der Pflegekräfte sowohl aus operativer Sicht als auch in Bezug auf die aufgebaute Informationsbasis entscheidend. Ihre Anwesenheit hat es dem CCM Team ermöglicht, direkten Kontakt zu den an der Pilotierung beteiligten Familien zu haben und die Daten- und Informationssammlung über den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen/Patienten und über die bezüglichen aktivierten oder zu aktivierenden Dienste, die die entscheidende Phase der Pilotierung darstellt, erfolgreich abzuschließen. Darüber hinaus hat sich ein wesentlicher Teil dieser Datenerfassung auf die Pflegekräfte selbst bezogen, was uns erlaubte, einen vollständigen Überblick über das Versorgungsbild des Patientinnen/Patienten zu gewinnen.

Die Tabellen 2 bis 5 enthalten einige Daten zum soziodemografischen Hintergrund der Patientinnen/Patienten.

| | |
|--------------------|-------|
| Nr. | 80 |
| Durchschnittsalter | 81,39 |
| Mindestalter | 67 |
| Höchstalter | 96 |

Tabelle 2: Alter der Patientinnen/Patienten

| | Nr. | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Frauen | 49 | 60,8 |
| Männer | 31 | 39,2 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 3: Geschlecht der Patientinnen/Patienten

| | |
|-----------------|------|
| Nr. | 80 |
| Im Durchschnitt | 2,20 |
| Min. | 1 |
| Max. | 5 |

Tabelle 4: Anzahl der Familienmitglieder

| | Nr. | % |
|---|-----------|--------------|
| Mit dem Partner | 33 | 41,3 |
| Allein | 13 | 16,3 |
| Mit den Kindern | 9 | 11,3 |
| Mit dem Partner und den Kindern | 6 | 7,5 |
| Mit einer professionellen Pflegekraft | 6 | 7,5 |
| Mit den Kindern und Familienangehörigen | 4 | 5,0 |
| Mit dem Partner und einer professionellen Pflegekraft | 3 | 3,8 |
| Mit den Kindern und einer professionellen Pflegekraft | 2 | 2,5 |
| Mit den Familienangehörigen | 2 | 2,5 |
| Mit den Familienangehörigen und einer professionellen Pflegekraft | 1 | 1,3 |
| Mit dem Partner und den Geschwistern | 1 | 1,3 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 5: Mit wem lebt die/der Patientin/Patient?

In den folgenden Tabellen 6 bis 9 sind dagegen die wichtigsten Daten zu den Pflegekräften zusammengefasst: Informationen, aus denen eindeutig hervorgeht, wie oft die Familie selbst den größten Teil der Pflegebelastung des Patientinnen/Patienten übernimmt.

| | Nr. | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Ja | 80 | 100,0 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 6: Anwesenheit von mindestens einer Pflegekraft

| | |
|-----------------|-------|
| Nr. | 80 |
| Im Durchschnitt | 64,84 |
| Min. | 38 |
| Max. | 86 |

Tabelle 7: Alter der Pflegekraft

| | Nr. | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Frauen | 59 | 73,8 |
| Männer | 21 | 26,2 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 8: Geschlecht der Pflegekraft

| | Nr. | % |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Tochter/Sohn | 40 | 50,0 |
| Partner | 34 | 42,5 |
| Familienangehöriger | 3 | 3,8 |
| Schwester/Bruder | 2 | 2,5 |
| Professionelle Pflegekraft | 1 | 1,3 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 9: Beziehung zwischen der Patientin/dem Patienten und der Pflegeperson

Friaul Julisch Venetien

WO IST ES UNS GELUNGEN, DIE GRÖSSTEN AUSWIRKUNGEN ZU ERZIELEN?

Obwohl das Projekt noch nicht abgeschlossen ist, lassen die ersten Ausarbeitungen einige Stärken der durchgeführten Pilotierung erkennen. Das erste positive Ergebnis betrifft die Verkürzung der Zugangszeiten zu den Dienstleistungen, die erforderlich sind, um auf die ermittelten Bedürfnisse einzugehen. Das zweite positive Ergebnis bezieht sich auf die Bestandsaufnahme auf Grund der vom CCM Team gesammelten Daten über die Tests und die klinischen Untersuchungen, denen die Patientin/der Patient unterworfen wurde, die eine effiziente Begleitung und Unterstützung der Patientinnen/Patienten zu Hause ermöglichen. Die folgenden Tabellen 10 bis 12 zeigen die Daten zum Mini - Mental - Status -Test (MMSE), einem neuropsychologischen Test zur Bewertung von Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit und zum Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung.

| | Nr. | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Ja | 63 | 79,7 |
| Nein | 17 | 20,3 |
| Insgesamt | 80 | 100,0 |

Tabelle 10: Anzahl der durchgeführten MMSE - Tests

| | |
|-----------------|-------|
| Nr. | 63 |
| Im Durchschnitt | 17,11 |
| Min. | 1 |
| Max. | 144 |

Tabelle 11: Die seit der Durchführung des MMSE - Tests abgelaufene Zeit (Monate)

| | Nr. | % |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Nein | 37 | 46,8 |
| Ja | 19 | 24,1 |
| Es ist abzuschätzen | 4 | 5,1 |
| Der Test ist nicht durchführbar | 3 | 3,8 |
| Insgesamt | 63 | 100,0 |

Tabelle 12: Notwendigkeit, den MMSE - Test zu wiederholen

Friaul Julisch Venetien

DIE NEUEN HERAUSFORDERUNGEN: FORTFÜHRUNG DES PROJEKTS UND ERWARTUNGEN

Seit dem Abschluss der Implementierung am 15. März 2020 wurden die Weichen der weiteren Bearbeitung des Projekts gelegt. So wurde neben der Begleitung und Unterstützung der rekrutierten Personen ein spezieller Dienst für neurologische Fälle eingerichtet.

Darüber hinaus bietet das angewandte CCM Modell einige interessante Elemente für die künftige Entwicklung innovativer Verfahrenswege im Bereich der häuslichen Pflegedienste, auch angesichts der aktuellen gesundheitlichen Notstandssituation im Zusammenhang mit COVID-19.

Auch wenn das CCM Modell den Fokus primär auf Personen ab 65+ Jahren mit einer Demenzerkrankung legt, kann das Modell zukünftig auch auf andere Zielgruppen (wie z.B. Betroffene mit COVID-19) angewendet werden. Das Management der Patientin/des Patienten zu Hause und die allmähliche Einbeziehung und Mitverantwortung der pflegenden Angehörigen, auch bei Vorliegen von Begleiterkrankungen waren in der Tat die Eckpfeiler, auf denen sich die Pilotaktion im Mittleren Friaul entwickelte, zu der in einer zukünftigen Perspektive auch Elemente der Telemedizin und der Begleitung aus der Ferne von Patientinnen/Patienten hinzugefügt werden können. Solche Elemente sind im Gesundheitssystem in einem Gebiet wie Friaul - Julisch Venetien bereits vorhanden, können jedoch optimiert und reibungsloser gemacht werden, um eine stärkere Präsenz des Gesundheits- und Sozialsystems auch in gesundheitlichen Notstandssituationen zu gewährleisten (Abbildung 3).



Abbildung 3:
Altersheim "Daniele Moro"
in Codroipo

Venetien

UNSERE ERFAHRUNG

In Venetien wurde die Pilotaktion des CaRe-Projekts offiziell am 31. März 2020 abgeschlossen. Das allgemeine Ziel der Erprobung war die Entwicklung und Implementierung eines CCM Modells im Gebiet von Vicenza, insbesondere im Sozial- und Gesundheitsbezirk Ost des örtlichen Gesundheitsamts 8 „Berica“.

Die Pilotierung hat sich auf die Effizienzsteigerung der Übergänge von den Krankenstationen in die Übergangspflegeeinrichtungen und / oder in die Altenpflegeheime (oder bei der Rückkehr nach Hause mit der Aktivierung von Ad-hoc-Dienstleitungen) konzentriert.

Der gesamte Organisationsprozess bis zur Versorgung durch die territorialen Sozial- und Gesundheitsdienste sowohl selbstständiger, als auch pflegebedürftiger Personen im Alter von 65 Jahren und mehr wurde analysiert und verbessert.

Die Durchführung der Pilotaktion war dank der Entwicklung eines lokalen bewährten Verfahrensmodells (in der Projektsprache BPM - Best - Practice - Modell) möglich, das die Merkmale des Case und Care Managements in die Struktur der an der Zielgruppe orientierten Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen des Gebiets implementiert hat.

Aus organisatorischer Sicht erfolgte die Pilotierung durch die Bildung einer Arbeitsgruppe dank der abgeschlossenen Vereinbarung zwischen IPAB Vicenza (lokaler Projektpartner) und der Direktion für Sozial- und Gesundheitsdienste des örtlichen Gesundheitsamts 8 Berica / Bezirk Ost. Die Gruppe umfasste zirka zwanzig Mitglieder (IPAB-Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die am Übergang vom Krankenhaus in die Übergangspflegeeinrichtungen beteiligt waren; Managerinnen/Manager und Krankenhausbedienstete mit leitenden Funktionen, Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter). Die Arbeit der Gruppe wurde von Dr. Agnese Savegnago von IPAB Vicenza in der Rolle der Case Managerin/des Case Managers koordiniert, unterstützt von einem Expertinnen/Experten, einem spezialisierten Unternehmensberater mit langjähriger Erfahrung in den „Lean Management“ - Prozessen im Gesundheitssektor.



Abbildung 4:
Projektteam CaRe

Venetien

WER WURDE EINBEZOGEN?

Unter Berücksichtigung aller Patientinnen/Patienten (516 Nutzer; durchschnittliche Daten für das Jahr 2019), die in den Übergangspflegeeinrichtungen aufgenommen wurden, (auch derjenigen, die aus dem Gebiet kommen) wurde Folgendes festgestellt und wird in Tabelle 13 und 14 dargestellt.

| Bestimmungsort | Anzahl der Nutzer |
|---|-------------------|
| Wohnsitz: mit Ehepartner, Kindern, Pflegekraft... | 311 |
| Wohnheime | 121 |
| Krankenhausaufenthalt | 46 |
| Todesfälle | 29 |
| Sonstiges | 9 |
| Insgesamt | 516 |

Tabelle 13

Als Durchschnittswert für 2019 wurden die Übergangspflegeeinrichtungen wie folgt verteilt:

| Betten | Sozial-gesund-heitliche intensive Einheit | Gemeinde-krankenhaus | Territoriale Rehabilitationseinheit |
|----------|---|----------------------|-------------------------------------|
| VICENZA | 32 | 13 | 11 |
| SANDRIGO | 30 | 4 | 26 |

Tabelle 14

Venetien

WO IST ES UNS GELUNGEN, IM RAHMEN DER ERPROBUNG DIE GRÖSSTEN AUSWIRKUNGEN ZU ERZIELEN?

Um die Wirksamkeit der lokalen Pilotierung zu bewerten, kann es nützlich sein, den folgendermaßen durchgeführten Analyseprozess zu beschreiben:

- Unterstützung und Dialog mit dem Rekrutierungsarzt seitens der Case und Care Managerin/des Case und Care Managers;
- Ständiger Dialog zwischen der CsM Pflegeperson und dem Koordinator der Territorialen Einsatzzentrale (COT);
- Gespräche mit der Case Managerin/dem Case Manager in der Abteilung für Medizin; Gespräche mit der Pflegedienstleiterin/dem Pflegedienstleiter in der Abteilung für Neurologie; Dialog mit der der Case Managerin/dem Case Manager in der Abteilung für Orthopädie;
- Ständiger Dialog mit den Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern von Ipab Vicenza;
- Ständiger Dialog mit der CsM Koordinatorin und der CM - Pflegeperson in den Übergangspflegeeinrichtungen von Ipab Vicenza;
- Gespräch mit der Ansprechpartnerin/dem Ansprechpartner für den Qualitätsdienst und der Koordinatorin/dem Koordinator der Übergangspflegeeinrichtungen von Sandrigo.

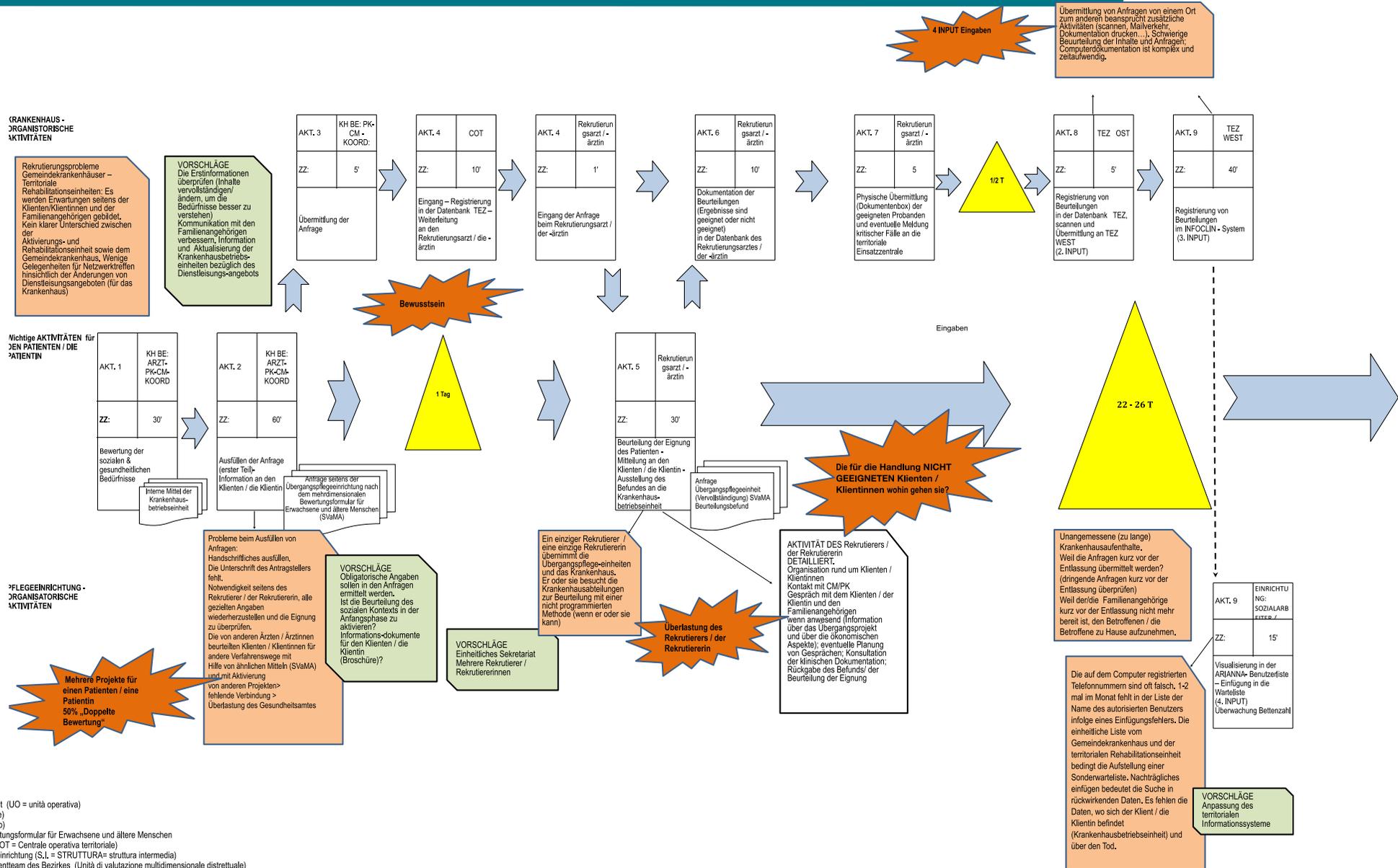
Der Verfahrensweg, der während der zahlreichen Sitzungen der Arbeitsgruppen analysiert wurde, wurde grafisch durch die Erstellung einer Wertstromanalyse VSM (Value Stream Mapping) nach der typischen Sprache des Lean Managements dargestellt.

Die Lean-Management-Methodik hat insbesondere WERTAKTIVITÄTEN hervorgehoben, das heißt alles, was für die Patientin/den Patienten (und für die Familienangehörigen direkt oder indirekt) von Wert ist. Jede Aktivität wurde durch die Festlegung von Zeiten und Verantwortlichen beschrieben (Abbildung 5).



Abbildung 5:
IPAB Vicenza Team

WERTSTROMANALYSE (WSA): URSPRÜNGLICHER HANDLUNGSPROZESS GEMEINDEKRANKENHAUS UND TERRITORIALE AKTIVIERUNG - REHABILITATIONSEINHEIT



LEGENDE:

- KH BE = Krankenhausbetriebs-einheit (UO = unità operativa)
- PK = Pflegeperson (INF = infermiere)
- ZZ = Zykluszeit (CT = ciclo di tempo)
- SVaMA = Mehrdimensionales Bewertungsformular für Erwachsene und ältere Menschen
- TEZ = Territoriale Einsatzzentrale (COT = Centrale operativa territoriale)
- EINRICHTUNG = Übergangspflegeeinrichtung (S.L. = STRUTTURA= struttura intermedia)
- UVMMD = Multidisziplinäres Assessmentteam des Bezirkes (Unità di valutazione multidimensionale distrettuale)

WERTSTROMANALYSE (WSA): URSPRÜNGLICHER HANDLUNGSPROZESS GEMEINDEKRANKENHAUS UND TERRITORIALE AKTIVIERUNG - REHABILITATIONSEINHEIT

Mögliche Gründe für Wartezeiten...

Klinischer Zustand beim Eintritt ins Gemeindekrankenhaus; Wiederaufnahmen ins Krankenhaus (14% 2018) bedeuten Instabilität.

Überprüfen:
 Rekrutierungsmethode
 Fluktuation von Ärzten / Ärztinnen
 Klinische Instabilität bei der Aufnahme in die Übergangspflegeeinrichtung in Zusammenhang mit der Verkürzung der Krankenhausaufenthaltszeiten: sind diese kürzer geworden?
 Zunehmender Trend der Aufnahmen für die Übergangspflegeeinrichtungen
 Ist das Alter gestiegen?
 Verringerung der Bettenzahl in den Übergangspflegeeinrichtungen
 Überlastung der Bettenzahl in der territorialen Rehabilitationseinheit von Vicenza mit langen Aufenthaltszeiten (Wartezeiten deutlich unterschiedlich für die territoriale Rehabilitationseinheit von Sondrio; Wartezeitmanagement überprüfen. Was wäre eine angemessene Wartezeit für die Rehabilitationseinheiten? Dieser Aspekt ist der Datenanalyse nicht zu entnehmen)
 Überlegung zum Bedarf an „physiotherapeutischen“ Personal und zum angemessenen Einsatz von Ressourcen; Berechnung der territorialen Rehabilitationseinheit - Stabilisierung - Rehabilitation zur Ermittlung vom Bedarf
 Verlängerungen für:
 Familienreorganisation
 Wartezeiten für die multidimensionale Bezirks - Bewertungseinheit UVMD (möglicher privater Eintritt ins Altenpflegeheim ohne UVMD)
 UVMD darf kein Hindernis für die Entlassung aus dem Gemeindekrankenhaus sein: alternative Methoden sind zu finden...

VORSCHLÄGE

Aufnahmeausschluss - Kriterium:
 Entlassung von Patienten / Patientinnen

mangelnde Kontinuität der Arzneimitteltherapie

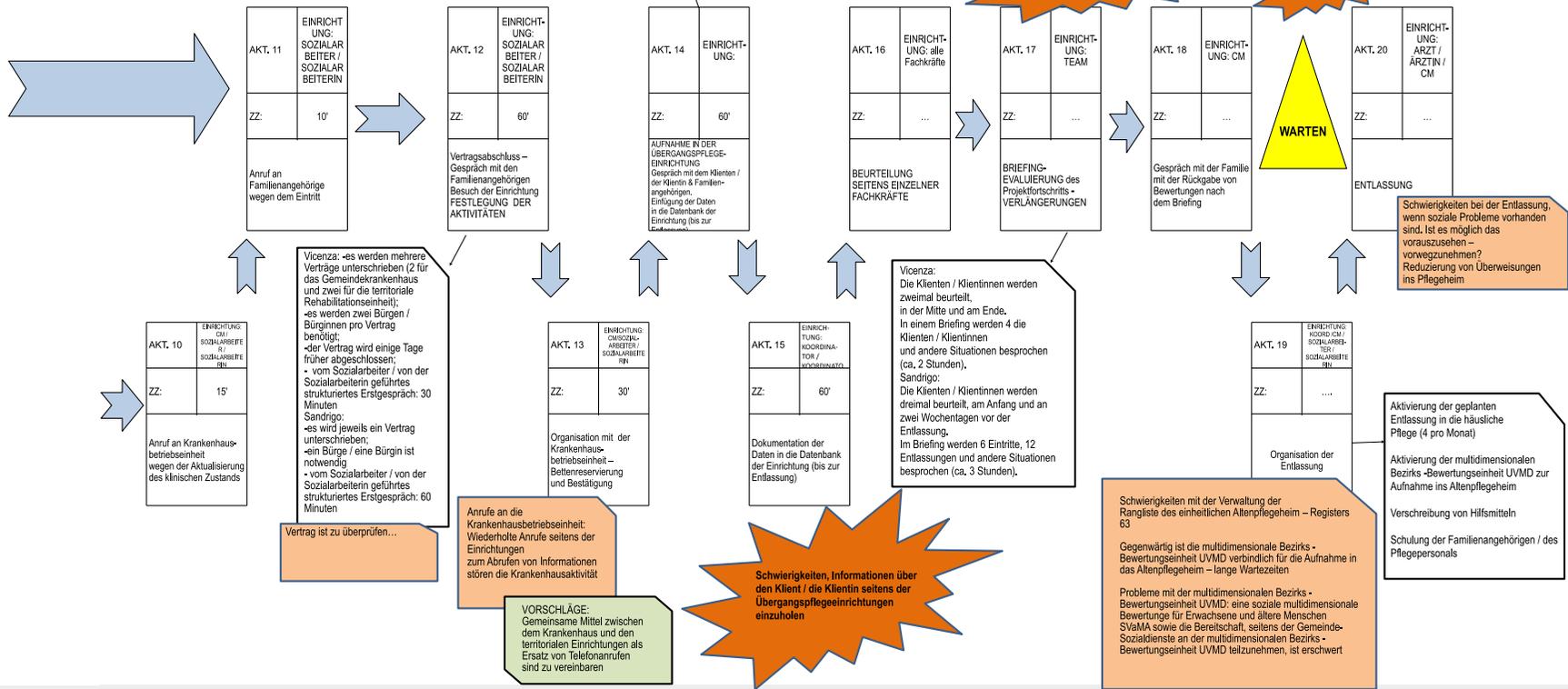
Entlassungsbefehl aus dem Krankenhaus wird manchmal nicht übermittelt; **-oft erhält der Klient / die Klientin keine Arzneimitteltherapie:** Geplante Arztbesuche nach dem Krankenhausaufenthalt; Probleme mit der Suche des Transportdienstes

VORSCHLÄGE: Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Arzneimittel-Versorgung für 3 Tage vorsehen; möglich? Den Transport für Besuche nach dem Krankenhausaufenthalt vor der Entlassung planen

Warten auf die multimediale Bezirks-Bewertungseinheit UVMD; heute verbindlich für das Pflegeheim

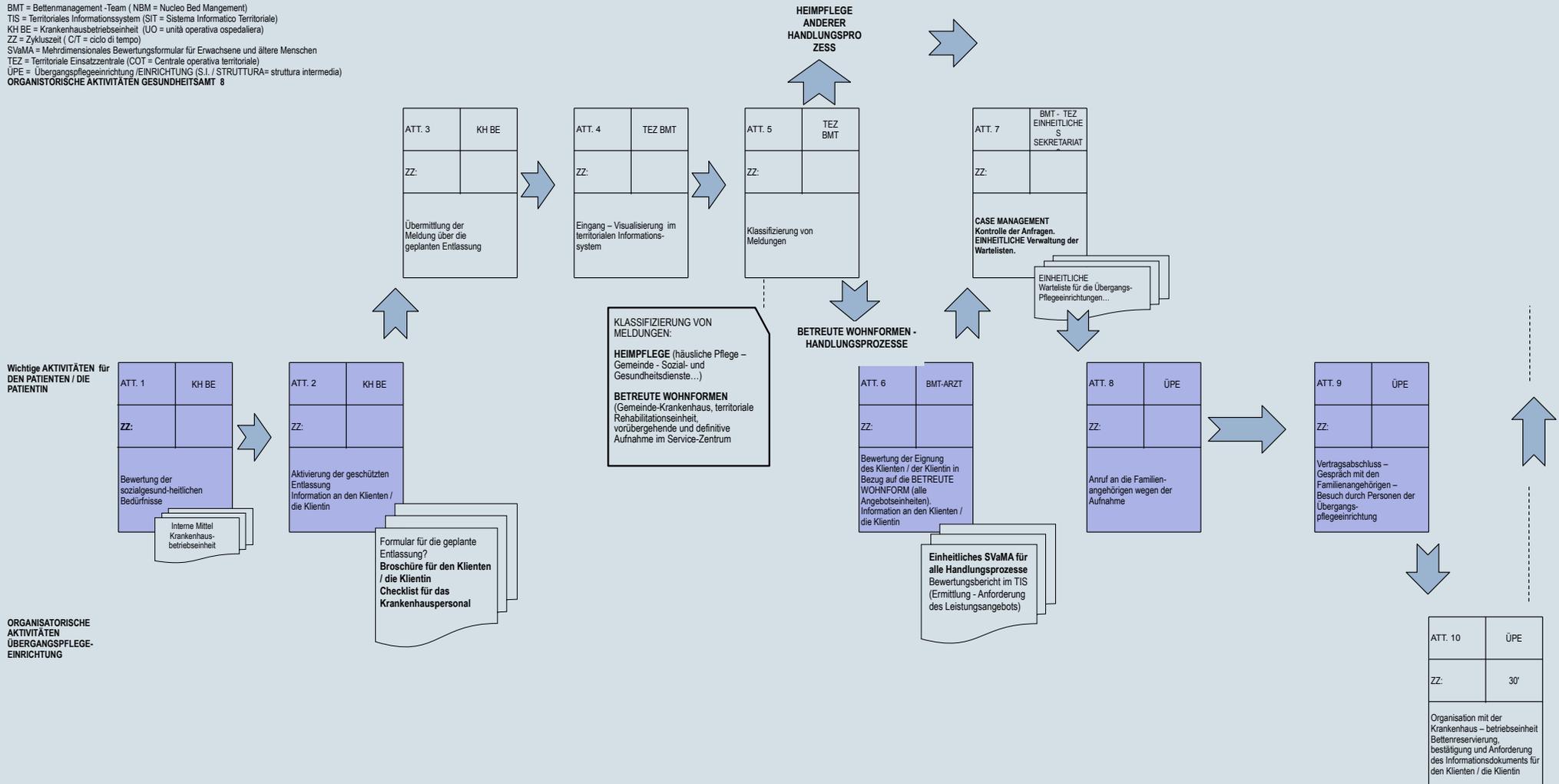
110 Verlängerungen (2018) wegen der Reorganisation

Warten wegen den sozialen Aspekten

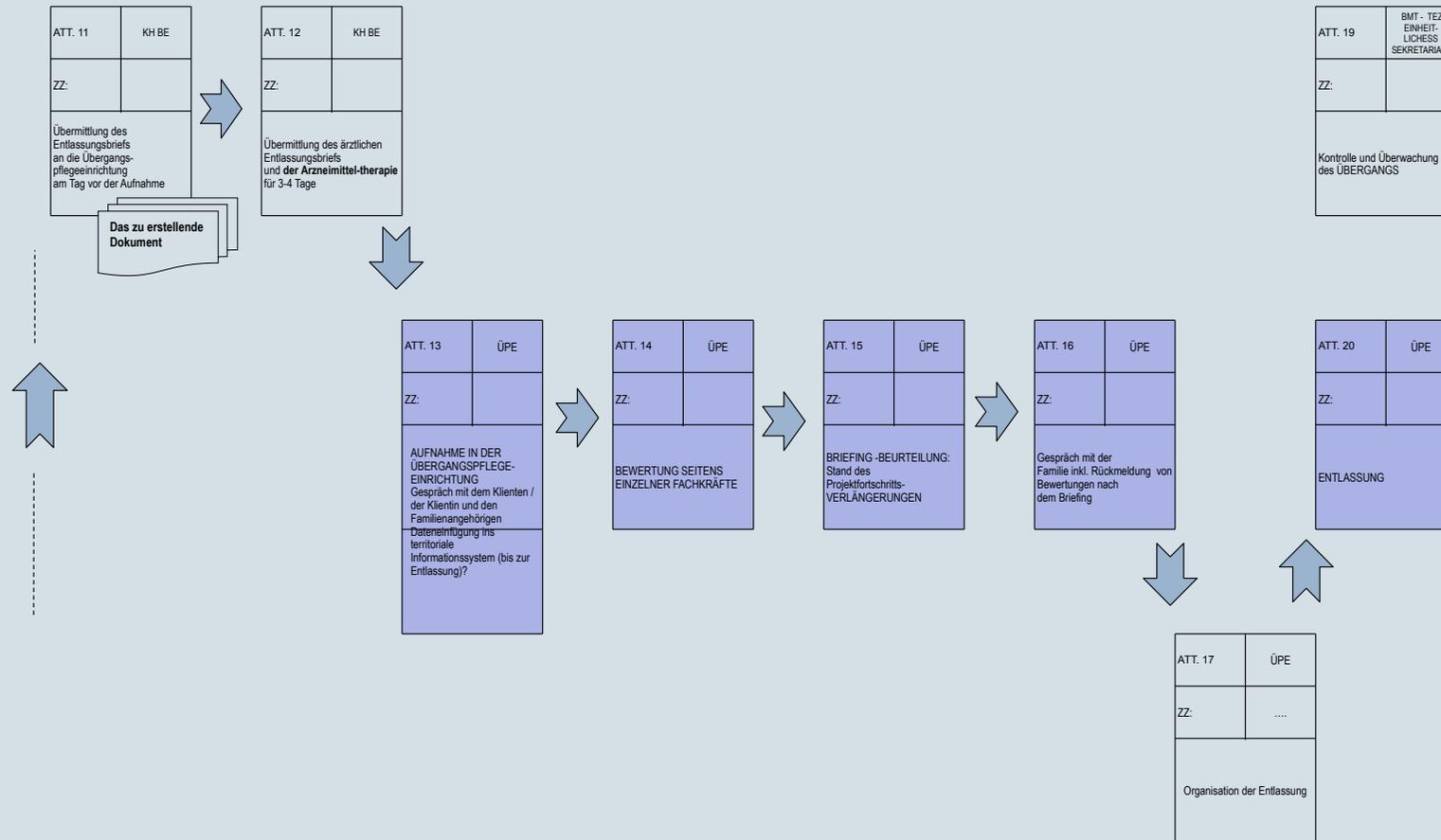


WERTSTROMANALYSE (WSA): ÜBERARBEITETER HANDLUNGSPROZESS GEMEINDEKRANKENHAUS UND TERRITORIALE AKTIVIERUNG - REHABILITATIONSEINHEIT

BMT = Bettenmanagement - Team (NBM = Nucleo Bed Mangement)
 TIS = Territoriales Informationssystem (SIT = Sistema Informatico Territoriale)
 KH BE = Krankenhausbetriebseinheit (UO = unità operativa ospedaliera)
 ZZ = Zykluszeit (C/T = ciclo di tempo)
 SvAMA = Mehrdimensionales Bewertungsformular für Erwachsene und ältere Menschen
 TEZ = Territoriale Einsatzzentrale (COT = Centrale operativa territoriale)
 ÜPE = Übergangspflegeeinrichtung / EINRICHTUNG (S.I. / STRUTTURA= struttura intermedia)
ORGANISATORISCHE AKTIVITÄTEN GESUNDHEITSAMT 8



WERTSTROMANALYSE (WSA): ÜBERARBEITETER HANDLUNGSPROZESS GEMEINDEKRANKENHAUS UND TERRITORIALE AKTIVIERUNG - REHABILITATIONSEINHEIT



Venetien

VALUE STREAM MAPPING

Das Wertstromdesign ist das Ergebnis der Arbeit mit den Expertinnen/Experten des örtlichen Gesundheitsamts (medizinische Sachverständige für die Entlassung in die Übergangspflegeeinrichtungen, Case Managerinnen/Case Managern in den am meisten einbezogenen Abteilungen) und Case Managerinnen/Case Managern in den Übergangspflegeeinrichtungen (Gemeinde - Krankenhaus und Übergangsrheabilitationseinheit), die von Ipab Vicenza verwaltet werden. Es werden zwei Situationen dargestellt: diejenige, die festgestellt wurde und diejenige, die geschaffen werden muss, um die „Abweichungen“ zu beseitigen.

In dem Modell ist es von grundlegender Bedeutung, auch VERSCHWENDUNGEN hervorzuheben; das heißt jeglicher Verbrauch von Ressourcen, der keinen Wert für schafft.

Außerdem gibt es den Aspekt der sogenannten ÜBERPRODUKTION; zum Beispiel, im analysierten Modell wurden folgende Hauptelemente gefunden:

- Doppelte Beurteilung für dieselben Patientinnen/Patienten: für die Übergangspflegeeinrichtung und für das endgültige Altenpflegeheim;
- Redundante Dateneingaben: 4 Eingaben auf verschiedenen IT-Systemen;
- Beurteilung wurde durchgeführt, als der Patient noch nicht stabil war.

Im Lean-Management-Modell muss stets zu Verbesserungszwecken auch den PROZESSEN besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Aus der Analyse sind folgende Elemente hervorgegangen:

- geringes Bewusstsein
- gemeinsames Nutzen des Angebots von territorialen Einrichtungen durch die Krankenhausbetriebseinheiten
- mangelnde Klarheit über den Unterschied zwischen den Versorgungseinheiten: das heißt zwischen den territorialen Aktivierungs- und Rehabilitationseinheiten
- Mehrfachuntersuchungen für dieselben Patientinnen/Patienten: die Verfahrenswege der Übergangspflegeeinheiten;
- manchmal kommunizieren die endgültigen Altenpflegeheime nicht miteinander
- Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patientinnen/Patienten, die als nicht geeignet für die Übergangspflegeeinrichtungen beurteilt wurden.

Weiter gibt es einen wichtigen Aspekt typisch organisatorischen Charakters, der mit den sogenannten „FÄHIGKEITEN, DIE SCHLECHT GENUTZT ODER NICHT VÖLLIG AUFGEWERTET WERDEN“ verbunden ist. In Bezug auf diesen Aspekt haben sich aus der von der Arbeitsgruppe durchgeführten Analyse während der Pilotierung folgende zwei Elemente ergeben:

- Die Notwendigkeit, die Informationen in den Aufnahmeanträgen für die Übergangspflegeeinrichtungen seitens des Rekrutierungsarztes zu vervollständigen;
- Überlastung des Rekrutierungsarztes;

Auch in praktischer Hinsicht hat die Analyse einige kritische Punkte im Zusammenhang mit den sogenannten „UNNÖTIGEN BEWEGUNGEN“ ergeben, insbesondere:

- Mehrfachbeurteilungen seitens der Rekrutierungsärzte;
- Mehrfache IT-Einfügungen seitens verschiedener Betreiber;

In Bezug auf die zeitliche Koordinierung, und zwar reibungslose, bzw. reibungsvolle Entscheidungen und organisatorische Maßnahmen werden als typischer Aspekt von Effizienzoptimierungsprozessen im Sinne von Lean die sogenannten ERWARTUNGEN gekennzeichnet. Insbesondere hat die Analyse Folgendes gezeigt:

- Warten auf die Aufnahme in eine Übergangspflegeeinrichtung. > zirka 22 Tage durchschnittliche Wartezeit;
- Warten auf die Territoriale Multidimensionale Bezirks - Bewertungseinheit UVMD (UVMD - Multidimensionale Bezirksbewertungseinheit ist die Methode des Zugangs zu den Dienstleistungen des territorialen Sozial- und Gesundheitsdienstnetzwerks des örtlichen Gesundheitsamts Nr. 6 Vicenza) zur Versorgung von Patientinnen/Patienten nach ihrer Entlassung aus den Übergangspflegeeinrichtungen.
- Verzögerungen bei der Entlassung aus den Übergangspflegeeinrichtungen, wenn soziale Probleme vorhanden sind.

Schließlich hat die Arbeitsgruppe auch die sogenannten MÄNGEL/ MÄNGELBEHEBUNG (hauptsächlich, um sie zu verbessern und / oder zu verringern) hervorgehoben, wie zum Beispiel:

- Mitteilungen an die Patientinnen/Patienten: unvollständige und / oder falsche Informationen (Patientenerwartungen);
- Kommunikation im Verfahrensprozess: unvollständige und / oder falsche Informationen in den Übergangsphasen vom Krankenhaus in die Übergangspflegeeinrichtung;
- Wiederholte Krankenhausbeurteilungen durch den Rekrutierungsarzt, wenn die Patientinnen/Patienten klinisch nicht stabil sind);
- Fehlende Übermittlung des Entlassungsbriefs seitens des Krankenhausarztes an die Übergangspflegeeinrichtung;
- Wiederholung von Telefonkontakten seitens der Übergangspflegeeinrichtung zum Abrufen von Informationen; größere Ausfälle im Krankenhausbetrieb;
- Schwierigkeiten, Informationen über die Patientin/den Patienten seitens der Übergangspflegeeinrichtung zu erhalten;
- Verzögerung bei der Mitteilung der Arzneimitteltherapie, die die rechtzeitige Beschaffung von Arzneimitteln seitens der Übergangspflegeeinrichtung beeinträchtigen kann;
- Fehler bei der Datenaufzeichnung: Datenerfassung und -aufzeichnung durch verschiedene Beteiligte (Interpretationsschwierigkeiten);
- Mangelnde Mitteilung über die Überführungen und den Tod der Patientin/des Patienten.



Abbildung 6:
Altersheim IPAB in Vicenza

Venetien

NEUE HERAUSFORDERUNGEN: WEITERVERFOLGUNG UND ERWARTUNGEN

Das angewandte CCM Modell kann einige interessante Elemente für die künftige Entwicklung innovativer Verfahrenswege im Bereich der häuslichen und stationären Pflegedienste, auch angesichts der gesundheitlichen Notstandssituation im Zusammenhang mit COVID-19 darstellen.

Sobald die oben beschriebenen Korrekturmaßnahmen mit der Erstellung spezifischer Dokumente und Werkzeuge abgeschlossen sind, wird eine Phase der weiteren Pilotierung und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen folgen.

Es ist wünschenswert, dass bei der Umsetzung der Korrekturmaßnahmen neben den Fachbeauftragten eine oder mehrere Referenzfiguren vorhanden sind, die die Verbindung zwischen den Teams und die Gesamtdurchführung des Projekts unterstützen.

Eine der deutlich gewordenen Besonderheiten ist die Notwendigkeit, Analyse- und Bewertungstechniken, die die verschiedenen Komponenten integrieren, zu beherrschen, um eine globale Sicht des Pflegeweges, auf dem eine Person in einem gebrechlichen Zustand (ältere Menschen, die an Amyotropher Lateralsklerose erkrankt sind, Personen mit posttraumatischen Erkrankungen, usw.) begleitet werden muss, zu gewinnen. Die Hauptkomponenten beziehen sich auf den wirtschaftlichen, gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Bereich.

Einen Fachkraft wie die Care Mangerin/den Care Manager zu haben, der in der Lage ist, die verschiedenen am Prozess beteiligten Einrichtungen zu harmonisieren und zu verbinden, ist von grundlegender Bedeutung nicht nur, um der Patientin/dem Patienten ein sicheres Leben zu gewähren, sondern auch um den Bedürfnissen der Gesellschaft nach mehr Effizienz und Effektivität gerecht zu werden.

Leider hat der Gesundheitsnotstand Covid-19 die Abschlussphase der Pilotierung unterbrochen, weil der Eintritt in die territorialen Rehabilitationseinheiten (URT) und ins Gemeindekrankenhaus (ODC) aufgehoben wurde.

Mit der Einrichtung des Bettenmanagement-Teams im örtlichen Gesundheitsamt 7 wurde es möglich, auf die durch den Gesundheitsnotstand verursachten Hauptanforderungen effektiv einzugehen. Die Lösungen wurden fast ausschließlich durch die Aktivierung und Optimierung der vom Gesundheitswesen verwalteten Ressourcen gefunden, weil die Epidemie tatsächlich von der Krankenhaus- und Territorialmedizin verwaltet wurde.

Wenn die normale Situation wiederhergestellt wird, bleibt die Hoffnung, auch das, was im Bereich Soziales und Pflege vorausgesehen war, erreichen zu können. In Bezug auf das Berufsbild der Case Managerin/des Case Managers bekräftigen wir die Notwendigkeit, dass dieses Berufsbild auch eine Ausbildung im Bereich der Analyse und der Definition von organisatorischen und operativen Arbeitsabläufen haben muss.

Tirol PILOTREGION – BEZIRK LANDECK



Abb. 7: Land Tirol

(Quelle: Die Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL)

Institution & Team

Die Tiroler Privatuniversität [UMIT TIROL](#)

[Institut für Pflegewissenschaft](#) am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie

Leitung: Assoc.-Prof. MMag. Dr. Eva Schulc

Mitarbeiterin: Univ.-Ass. Alessandra S. Gessl, BSc MA

Mitarbeiterin: Univ.-Ass. Angela Flörl, BScN



Abbildung 8: Team UMIT

Von links: A. Gessl, A. Flörl, E. Schulc

Tirol

PILOTPROJEKT – CARE MANAGEMENT TIROL

Das Pilotprojekt wird durch das LIV - Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, die Kerngruppe des Landes Tirol, die Steuerungsgruppe des Bezirkes Landeck (Abbildung 7) und das Institut für Pflegewissenschaft der UMIT TIROL im Rahmen des Interreg Projektes CaRe durchgeführt. Das Institut für Pflegewissenschaft ist zusammen mit dem Land Tirol und dem Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (LIV Tirol) für die konzeptionelle Entwicklung verantwortlich und begleitet und evaluiert die Implementierung im Bezirk Landeck (Abbildung 9). Hier gilt es mögliche Veränderungen des Versorgungsnetzwerkes, der Koordination und Kooperation zwischen Versorgungsanbietern und der Versorgungsstrukturen zu ermitteln, zu evaluieren und die Akzeptanz des implementierten Projektes zu eruieren. Diese wissenschaftliche Untersuchung dient als Basis zur Weiterentwicklung und Stärkung der vorhandenen CsM Strukturen und kann zum Aufbau des CrM im extramuralen Setting in ganz Tirol beitragen.

Die [Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung](#) unter der Leitung von Gabi Schiessling (Kordinatorin Care Management Tirol) und die regionale Koordinationsstelle Pflege und Betreuung im Bezirk Landeck haben zum Ziel, Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs stärker zu vernetzen, und sie in ihrer Arbeit zu unterstützen, um eine optimale Versorgung zu Hause zu gewährleisten. Nur durch eine transparente Zusammenarbeit und entsprechende Leistungsabstimmung zwischen den unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Berufsgruppen, kann die Versorgungskontinuität sichergestellt werden. Dazu sollen langfristige regionale Pflege- und Betreuungsprozesse sowie -standards erarbeitet und eingeführt werden. Neben der Unterstützung und Organisation bei der Navigation komplexer Systeme, soll durch eine professionelle Beratung der Informationsstand der Bevölkerung bezüglich Pflege und Betreuung verbessert werden. Betroffene erhalten zusätzlich Erstinformationen über Pflegeeinrichtungen, Pflegeorganisation sowie rechtliche Grundlagen rund um die Pflege zu Hause¹.



Abbildung 9:

Team UMIT TIROL und CrM Team Tirol
Von links: Eva Schulc, Sonja Theiner,
Manuela Juen, Gabi Schiessling und Angela
Flörl (Alessandra Gessl nicht abgebildet)

¹ LIV - Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (2020). Care Management Tirol.

Tirol

ERGEBNISSE DER INTERVIEWS

Die **28 Interviews** ergaben mit über 800 Min. Audio und über 350 Seiten transkribiertem Datenmaterial vielfältige und zum Teil kontroverse Sichtweisen hinsichtlich des Pflege-, Betreuungs- und Beratungsbedarfs sowie in Bezug auf den Nutzen von CsM und den neu implementierten CrM Strukturen in der Region. Die Daten wurden nach Kuckartz² ausgewertet.

Es konnten Stärken und Optimierungspotentiale der Institutionen und der Region identifiziert werden. Dadurch, dass einige der regionalen Versorgungsanbieter bereits Erfahrungen mit CsM beauftragten Personen hatten, wurde klar, dass CsM die Zielgruppe der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen maßgeblich verändert. Der Fokus liegt nicht mehr nur auf pflegebedürftigen Personen, sondern erweitert sich um jene, die an sozialen und/oder gesundheitlichen Problemen leiden, ohne zeitgleich Pflege und/oder Betreuung zu benötigen.

Den Interviewaussagen lagen einige gemeinsame Herausforderungen in den Versorgungsstrukturen und -rahmenbedingungen zugrunde. Ein Mangel an Zeitressourcen, um sich tiefgehend mit den Bedürfnissen und der sozialen Situation der Betroffenen auseinanderzusetzen, wurde von fast allen Pflegepersonen artikuliert. Die Pflegepersonen gaben an, häufig mit sozialen, finanziellen und rechtlichen Problemen der Betroffenen konfrontiert zu werden, welche zusätzlich zu ihren pflegerischen Tätigkeiten abgedeckt werden müssen.

Die Ergebnisse zeigten auch, dass die steigende Komplexität in der Pflege und Betreuung auch durch das Verhalten der Betroffenen beeinflusst wird. Die fehlende Behandlungstreue und die sich ändernden Familien- und Nachbarschaftsstrukturen sind hierbei entscheidend. Zudem sind die Krankheitsbilder der zu pflegenden Personen häufig hoch komplex. Freitags- und Wochenendentlassungen aus den Krankenhäusern, welche eine große Herausforderung für mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen darstellten, wurde als seltener empfunden und die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern als positiv erlebt.

Die interviewten Personen sind sich einig, dass für eine optimale Versorgung eine engmaschige Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungsanbietern unabdingbar ist. Kooperationen zwischen den Leistungsanbietern werden derzeit jedoch noch nicht lückenlos umgesetzt. Es ist ein Umdenken unter den handelnden Akteuren von kleinen Versorgungsinseln mit begrenztem Leistungsangebot hin zu vernetzter, multiprofessioneller Versorgung durch mehrere Anbieter notwendig, um Pflege und Betreuung in der Region nachhaltig und flächendeckend gewährleisten zu können.

² Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktual. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Tirol

ERFAHRUNGSBERICHTE DER CARE MANAGERINNEN

Die Care Managerinnen Mag. Manuela Juen und Sonja Theiner der Region Landeck, können bereits viel Positives über ihr Tätigkeitsfeld berichten. Vor allem ihre bedürfnis- und bedarfsorientierte Beratungs- und Unterstützungsleistungen werden in den Gemeinden angenommen und mit vielen positiven Rückmeldungen belohnt.

So werden die zur Verfügung gestellten Ressourcen der Care Managerinnen von Bürgermeistern, Gemeindebürgern, Betroffenen und Angehörigen als eine große Entlastung erlebt. Beispielsweise greifen die Care Managerinnen unterstützend ein, beraten und bieten Handlungsspielräume an, wenn den Gemeinden nicht die nötigen Ressourcen zur Problemlösung zur Verfügung stehen. Dasselbe gilt auch für die mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die sich mit komplexen Problemfällen jederzeit an Frau Mag. Juen und Frau Theiner wenden können. Auch sie berichten davon, sich gerne an die Care Managerinnen zu wenden, da sie immer gute Problemlösungsansätze anzubieten haben.

Die Care Managerinnen bekommen zudem viele positive Rückmeldungen von Betroffenen und deren Angehörigen. Die positive Rückmeldung einer pflegenden Angehörigen betonte die hilfreiche Weitervermittlung an Unterstützungsleistungen in der zumeist sehr unübersichtlichen Vielfalt an Dienstleistungsangeboten. Einige Angehörige äußerten nach den Beratungen ein spürbares Gefühl der Erleichterung sowie eine Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeiten. Während der aktuellen Corona-Krise lobte eine Betroffene die Arbeit von Frau Mag. Juen und Frau Theiner mit folgender Aussage: „Es ist schön, auch in diesen Zeiten kompetente Beratung zu erhalten, jemanden zu finden, der trotz allem einfach zuhört!“

Tirol

AUSBLICK & VISIONEN

Die Ergebnisse der Pilotregion wurden vom Land Tirol als Impuls aufgegriffen, das Modell bis 2022 in allen Bezirken Tirols auszurollen. Ab Sept. 2020 wird der [Universitätskurs Sozial-Pflegerisches Case Management](#) an der UMIT TIROL in Kooperation mit dem AZW - Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe angeboten.

Links



Die Tiroler Privatuniversität [UMIT TIROL, Institut für Pflegewissenschaft](#)
[LIV - Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol – Care Management Tirol](#)
Universitätskurs für Sozial-Pflegerisches [Case Management](#)

Interreg

Italia-Österreich

European Regional Development Fund



EUROPEAN UNION



Interreg V-A Italia Austria
2014-2020

www.case-care.eu



KONTAKT

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc UMIT TIROL Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at / eva.schulc@umit.at

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT



ipab
di vicenza



UTI MEDIOFRIULI



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale