

# CASE UND CARE MANAGEMENT FÜR ÄLTERE MENSCHEN

# REGIONALES MODELL

Oststeiermark

umgesetzt von Chance B Gruppe (Gleisdorf) im

Interreg-Projekt Age-friendly Region (2018-2019)

*Version 1.0 vom 29. 01. 2019*

## Begriffskatalog zum Verständnis von Case und Care Management

grundlegende wissenschaftliche Begriffe	wichtige Fachbegriffe im Case und Care Management
Datenschutz	Advocacy (Unterstützer-) Funktion
Ageism	Identifizierung
bio-psycho-soziales Modell	Interventionsplanung
Dokumentation	Broker-Funktion
Gesundheitskompetenz	CCM-Modelle
Gesundheitsbewusstsein	Gesundheitsförderung
gesundheitliches Versorgungssystem	Einzelfallebene
gleichberechtigter Zugang	Zusammenarbeit
Versorgungsangebot	Care Management
finanzielle Ressourcen	Ressourcenmanagement
Ethische Grundlagen	Case Management
Lebensqualität	Aufnahme
Feedback	Gate opener-Funktion
Prozesse	Betreuung
Funktionalität	Netzwerk
Wirksamkeit	Bedürfnisorientierung
Effizienz	Steuerung
Indikator	Schnittstellen
alltägliche Aktivitäten	Qualifikationsprofil
Qualitätssicherung	Koordination
Qualitätsentwicklung	Prävention
Modell	Monitoring
Methoden	Kooperation
Anreize	Systemebene
Systemkompetenz	Hilfe (professionell, familiär)
Teilhabe	Organisationsebene
Standards	Sozialarbeit
Strukturen	Bedarfserhebung
Anbieter	Beratung
bedarfsgerechte Unterstützung	Therapie

## Inhalt

<b>1. Vorwort der Projektleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Das Projekt Age-friendly Region.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Die Entwicklung des Regionalen Modells in mehreren Schritten .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Rahmenbedingungen für die Organisation von Case und Care Management für ältere Menschen in der Oststeiermark.....</b>	<b>9</b>
4.1 Politikleitlinien.....	9
4.2 Pflegepolitische Rahmenbedingungen .....	10
4.3 Regionale Angebotsvielfalt für Case und Care Management für ältere Menschen.....	11
4.3.1 Case Management in der Hauskrankenpflege .....	11
4.3.2 Case und Care Management Weiz Sozial .....	12
4.3.3 Case Management in den regionalen Pflegedrehscheiben des Landes Steiermark .....	12
4.4 Konsens und Dissens unter ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen .....	13
4.3.4 Zwischenresümee.....	14
<b>5. Regionales Modell: Case und Care Management für ältere Menschen.....</b>	<b>14</b>
5.1 CCM Definition .....	14
5.2 Ein umfassender und bedürfnisorientierter Ansatz .....	15
5.3 Case und Care Management Funktionen .....	16
5.3.1 Advocacy-Funktion .....	16
5.3.2 Broker-Funktion.....	16
5.3.3 Gate Opener-Funktion.....	17
5.4 Der Case und Care Management-Zyklus .....	17
5.6 Qualitätsstandards und Indikatoren .....	18
5.6.1 Standard 1—Auswahl und Klärung.....	19
5.6.1.1 Aufnahmekriterien und Ampelsystem .....	21
5.6.1.2 Beratung und besondere Situationen bei der Aufnahme .....	23
5.6.2 Standard 2: Assessment .....	25
5.6.2.1 Aufnahme von Personendaten.....	25
5.6.2.2 Aufnahme von Gesundheitsdaten und von Daten über die soziale und pflegerische Situation.....	26

5.6.2.3	CCM-Vereinbarung: Ziele der Begleitung, Datenschutz und Schweigepflichtentbindung .....	26
5.6.2.4	systematische Erhebung der spezifischen Bedürfnislagen .....	27
5.6.2.5	Methodologie der Assessment-Instrumente .....	29
5.6.2.6	Leitfragen in den Assessment-Gesprächen .....	30
5.6.2.8	Operationalisierung der Vorgehensweisen im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und Assessments (Übersicht) .....	31
5.6.2.9	Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	32
5.6.2.10	Struktur und Qualität sozialer Netzwerke: Die Soziale Netzwerkkarte.....	32
5.6.2.11	Sozialer Inklusionschart (IC4) .....	33
5.6.2.12	Assessment des Pflegebedarfs - Resident Assessment Instrument RAI-HC.....	34
5.6.3	Standard 3: Handlungsplanung .....	35
5.6.4	Standard 4: Monitoring der Versorgung .....	36
5.6.5	Standard 5: Evaluation .....	37
5.6.6	Standard 6: Beendigung und Übergang .....	38
5.6.7	Standard 7: Ethik .....	39
5.6.8	Standard 8: Koordination .....	39
5.6.9	Standard 9: Abstimmung mit dem System.....	40
5.6.10	Standard 10 – Ressourcenmanagement .....	41
5.6.11	Standard 11: Organisatorische Rahmenbedingungen .....	42
5.6.12	Standard 12: Bereitstellung von Ressourcen .....	42
5.6.13	Standard 13: Kompetenzen und Qualifikationsprofil.....	43
5.6.14	Standard 14: Supervision und Fortbildung.....	45
5.6.15	Standard 15: Qualitätssicherung .....	46
5.6.16	Standard 16: Vernetzung.....	47
5.6.17	Standard 17: Interorganisationale Zusammenarbeit .....	48
<b>6.</b>	<b>Online Datenbank für Case und Care Management für ältere Menschen.....</b>	<b>49</b>

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Das bilaterale CCM-Modell. Projektergebnis von <i>Age-friendly Region</i> .....	46
Abb. 2: Case und Care Management-Zyklus .....	46
Abb. 3: CCM-Aufnahmeschema .....	46
Abb. 4: Vorgehen Aufnahme inkl. Assessment (Schema) .....	46
Abb. 5: CCM-Qualifikationsprofil.....	46
Tab. 1: Entwicklung von CCM-Modellen und Projektaktivitäten .....	46
Tab. 2: CCM-Aufnahmekriterie.....	46
Tab. 3: CCM-Ampelsystem .....	46
Tab. 4: CCM-Kompetenzbereiche.....	46
Tab. 5: CCM- CCM-Fortbildungsmodule.....	46

## 1. Vorwort der Projektleitung

Ein älteres Ehepaar verbringt seinen gemeinsamen Lebensabend in der Oststeiermark, oder in Westungarn. Es bewohnt ein Einfamilienhaus, und es gelingt den beiden über 80jährigen zunehmend nicht mehr, Haus und Garten in Schuss zu halten. Obwohl beide an chronischen Erkrankungen leiden, ist ihre Lebensqualität hoch, auch wenn wie in den letzten Jahren die Krankenhausaufenthalte zunahmen. Man hatte sich zuerst für das Angebot der mobilen Pflegedienste interessiert, und sich dann für eine Personenbetreuung als ein erstes dauerhaftes Betreuungsarrangement entschieden.

Das Ehepaar konnte seine individuellen Lebensentwürfe im hohen Alter weiterverfolgen, bis ein akuter Krankenhausaufenthalt notwendig war und krisenhaft verlief. Nach mehreren Wochen in Rehabilitation wieder zu Hause, wurde eine Phase eingeläutet, in der mehr als Alltagsunterstützung und die Übernahme von Hilfsdiensten erforderlich wurde - nämlich die dauerhafte Pflege zu Hause. Könnte die Personenbetreuung dafür angeleitet werden und die Pflege übernehmen? Ist ein neues Pflegearrangement notwendig? Die Unsicherheit in der Familie stieg an, die Bedürfnisse nach externer Unterstützung waren vielfältig, professionelle Hilfe wurde kritisch bewertet, sofern sie in ausreichendem Ausmaß angeboten wurde bzw. leistbar und zugänglich war.

Innerhalb eines Jahres hat sich die gesundheitliche Situation des älteren Ehepaares, das trotz gesundheitlicher Einschränkungen und eines hohen Pflege- und Unterstützungsbedarfs zu Hause lebt, signifikant verschlechtert. Die Angehörigen übernehmen zahlreiche Aufgaben. Ohne externe Hilfe sind sie mit der Fülle an Koordinationsaufgaben für die finanzielle, pflegerische, soziale und gesundheitliche Unterstützung überfordert.

Hier setzt das Case und Care Management (CCM) für ältere Menschen an: Wenn ein Bedarf nach unabhängiger Beratung zur Orientierung in wichtigen Entscheidungsfragen für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen besteht. Die Beratung und Begleitung ist dann aber nicht nur auf Pflegefragen reduziert, denn es gibt zahlreiche medizinische und psychosoziale Herausforderungen und Problemstellungen, die mit bedürfnisgerechten Lösungen im Zusammenhang stehen.

Im Mittelpunkt steht die Überlegung, die Phase des Alterns würdevoll und bei hoher Lebensqualität gestalten zu können. Nach wie vor möchte eine breite Mehrheit der jetzt älteren Menschen, so lange wie möglich zu Hause leben. Case Management ermöglicht eine kostenlose Unterstützung dabei, dafür die notwendigen Vorkehrungen zu treffen und Arrangements zu gestalten. Dabei geht es nicht nur um die Finanzierung von Dienstleistungen, sondern primär um das psychosoziale Wohlbefinden der älteren Menschen und ihrer Angehörigen und ihre Autonomie in entscheidenden Fragen des Lebens. Die Herausforderung für eine bessere und effizientere Versorgung älterer Menschen in der Oststeiermark besteht darin, alle bestehenden Angebote einzubeziehen, gemeinsam die Problemstellungen an den Nahtstellen der Versorgung zu finden und zu definieren. Dabei müssen die beteiligten Systeme und Dienstleistungsbereiche zusammenwirken, um organisatorische Routinen zu überwinden und die Potenziale der Kooperation zu leben.

Dafür, dass nach nunmehr zwei Projektjahren zahlreiche Organisationen und Expertinnen und Experten am regionalen Modell direkt und indirekt mitgewirkt haben, danke ich als Projektleiter von *Age-friendly Region* herzlich. Das kann die Voraussetzungen für eine möglichst hohe und auch im hohen Alter hoch bleibende Lebensqualität in der Region verbessern, und die Oststeiermark zu einer großartigen Region zum Älter werden weiterentwickeln.

## **2. Das Projekt *Age-friendly Region***

Der vorliegende Text beruht auf den bisherigen Ergebnissen der Umsetzung des Interreg-Projekts *Age-friendly Region* 2017-2019 zur „Entwicklung neuer Modelle, um die Lebensqualität der Menschen beiderseits der Grenze bis ins hohe Alter sicherzustellen“. In diesem Projekt kooperieren folgende Einrichtungen:

- Chance B Sozialbetriebs GmbH, Gleisdorf (Leadpartner)
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Gesundheits- und Sozialzentren Győr
- Pálos Károly-Sozialzentrum Szombathely
- Pflegezentrum Zalaegerszeg

Das Interreg-Projekt *Age-friendly Region* stellt jene Mittel zum Strukturaufbau für Case und Care Management zur Verfügung, die notwendig sind, um die aufwändige Entwicklungs-, Planungs-, Implementierungs- und Umsetzungsarbeit im Netzwerk aller am Case und Care Management Beteiligten zu organisieren. Dazu gehören Personalressourcen sowie Strukturen, die - etwa in Form einer Online-Datenbank - von mehreren Organisationen genutzt werden können und die Professionalisierung der Tätigkeiten im CCM vorantreiben.

Der nun vorliegende Text beruht auf dem im Rahmen des Interreg-Projekts *Age-friendly Region* veröffentlichten „Bilateralen Modell“ (2017), das wichtige Ausgangspunkte zusammenfasste und während der bisherigen Projektumsetzung (2017-2018) die Grundlage für die weitere gemeinschaftliche Modellentwicklung für Case und Care Management für ältere Menschen darstellte. Aus der während der Implementierungsphase gewonnenen Erfahrungen entwickeln sich regionale CCM-Modelle, die Ende 2019 als zentrales Ergebnis des Projekts *Age-friendly Region* veröffentlicht werden.

01-09 2017	Experteninterviews I und II	Begriffskatalog	Standards und Indikatoren	Handlungsprinzipien
10-12 2017	<b>BILATERALES CCM-MODELL</b>			
2018 2019	Implementierung: Entwicklung CCM-Modell in den Projektregionen			
2018 2019	<b>REGIONALES CCM-MODELL</b>			
2018 2019	Netzwerkarbeit	Feedback	Kooperation	Evaluation

Tab. 1: Entwicklung von CCM-Modellen und Projektaktivitäten

### 3. Die Entwicklung des Regionalen Modells in mehreren Schritten

Von Chance B und den Projektpartnern wurden im Rahmen des Projekts folgende grenzüberschreitende und regionale Prozesse durchgeführt, deren Ergebnisse die in die inhaltliche Entwicklung des vorliegenden regionalen Modells für Case und Care Management für ältere Menschen eingeflossen sind:

- Recherchen und Vorarbeiten im Rahmen des Projekts „Im Alter zu Hause leben“: Gespräche mit Gesundheitsdiensteanbietern in der Oststeiermark und systematische Recherche der lokalen Angebote (2015-2016)
- Systematische Befragung von Expertinnen und Experten aus Praxis, Politik und Verwaltung in Österreich und Ungarn zu fach einschlägigen Herausforderungen
- Definition der Methoden und des Begriffsapparates unter Orientierung an internationalen und nationalen fachlichen Leitlinien für Case und Care Management
- Definition von Qualitätsstandards und Indikatoren
- Aufbau von Kooperationen mit regionalen Anbieterorganisationen in der mobilen Hauskrankenpflege und der Erwachsenensozialarbeit
- Situationsanalyse der regionalen gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen
- Definition von Dokumentationsgrundlagen und Programmierung einer Online-Datenbank zur Unterstützung der Fallarbeit und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung

- Erfahrungen aus 14 Monaten des Dienstleistungsangebots (2,14 Vollzeitäquivalente) durch Chance B, Gleisdorf

Durch die Vielfalt an angewendeten Perspektiven stellt das Regionale Modell in der vorliegenden Fassung die Schnittmenge dessen dar, was fachlichen Standards entspricht und in der Praxis von hoher Relevanz ist. Es erhebt den Anspruch, möglichst vielen Anforderungen, die an ein professionelles Case und Care Management gestellt werden können, zu entsprechen.

Das Projekt *Age-friendly Region* versteht sich bezüglich der Entwicklung eines gemeinschaftlichen Modells in der (Ost-)Steiermark als Katalysator. Es hat allen Systempartnern nennenswerte Kooperationsangebote unterbreitet und in Projektaktivitäten eingebunden. Die Projektergebnisse finden in der Fachwelt Beachtung und werden wie im Fall der Online-Datenbank für CCM für ältere Menschen von Organisationen innerhalb und außerhalb der Projektorganisation in der Praxis eingesetzt. Auf diese Weise gelingt es, über die fallbezogene Zusammenarbeit bei der Begleitung älterer Menschen hinausreichend, die Rahmenbedingungen für CCM für ältere Menschen und die Versorgung positiv zu beeinflussen.

## **4. Rahmenbedingungen für die Organisation von Case und Care Management für ältere Menschen in der Oststeiermark**

### **4.1 Politikleitlinien**

Über den Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) Pflege 2025 des Landes Steiermark (insb. S. 50-54)<sup>1</sup> werden wesentliche politische Leitlinien für ein Case und Caremanagement im Bereich Pflege in der Steiermark definiert. Das im Projekt *Age-friendly Region* entstehende temporäre Angebot der Beratung und Begleitung älterer Menschen durch Case und Caremanagerinnen und Manager erfüllt die Zweckmäßigkeit der im BEP Pflege 2025 beschriebenen Dienstleistung. Dabei orientieren sich alle regionalen Aktivitäten an den entsprechenden textlichen Festlegungen im BEP Pflege 2025, wonach unter anderem *„Das Case- und Caremanagement primär institutionsunabhängig als Funktion verstanden wird und ein vielfältiges Aufgabenprofil und einen hohen Vernetzungsanspruch zu erfüllen hat“* (S. 51, letzter Absatz).

Auf Seite 53 wird näher ausgeführt, dass *„die Durchführung des CM selbst in der Regel durch qualifiziertes Personal der Trägerorganisationen der mobilen Dienste erfolgen wird.“*

---

<sup>1</sup> Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit (2015): Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Site: <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72563038/DE/>

In der Tabelle auf S. 53 wird „eine mögliche Verantwortung für die Durchführung einzelner CCM-Schritte“ dargestellt. In dieser wird den Trägern mobiler Dienstleistungen inklusive eines Aufgabenbereiches in der „Bedarfserhebung“ insbesondere ihre Eignung für die „Hausbesuche bei Klienten vor Ort“, die „Vernetzung mit Betreuungseinrichtungen“, „Durchführung regelmäßiger Evaluation“ sowie „Mitwirkung an der regionalen Planung und Weiterentwicklung des regionalen Leistungsangebots“ attestiert. Insgesamt erhalten die Träger mobiler Dienste im Vergleich mit „Einrichtungen der Landesverwaltung (BH)“ und „Gesundheitszentren“ die meisten CCM-Funktionen zugeordnet.

Die Entwicklungen im Rahmen der **Gesundheitsreform** zeigen auf Veränderungen der medizinischen Grundversorgung in Form eines Ausbaus von **Primärversorgungseinheiten**, für den Rahmenbedingungen in Form des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 vorliegen, die auch in der Versorgungslandschaft in der Oststeiermark beginnen, eine konkrete Rolle zu spielen. Das Case und Care Management für ältere Menschen stellt im Zuge einer medizinischen Grundversorgung von Personen mit hohem Pflegebedarf zu Hause, gemeinsam mit den künftig in den Primärversorgungseinheiten tätigen Gesundheitsberufen, eine wichtige Ressource dar. Es ist daher wichtig, ein regionales CCM-Modell für den Fall des flächendeckenden Ausbaus der Primärversorgungseinheiten vorzubereiten, wozu auch der BEP Pflege 2025 des Landes Steiermark anregt.

## 4.2 Pflegepolitische Rahmenbedingungen

Die pflegepolitischen Rahmenbedingungen keinen direkten Einfluss auf die Entwicklung des Regionalen Modells für CCM für ältere Menschen genommen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Projektdurchführung von *Age-friendly Region* 2017-2019 in einer sehr dynamischen Umwelt stattfindet. So hat das 2017 bundesweit eingeführte Regressverbot für Kosten für Pflegeheimaufenthalte dazu geführt, dass die Anmeldungen und Ansuchen um Finanzierungsbeiträge zur Heimunterbringung sprunghaft angestiegen sind.

Da es in der Oststeiermark einen relativen Mangel an Pflegeheimplätzen gibt, wird das Bezirkspflegeheim Gleisdorf von 120 auf 180 Betten aufgestockt und weitere Ressourcen, etwa für alternative bzw. begleitete Wohnformen sind geplant.

Die Nachfrage nach CCM ist sowohl beim Kooperationspartner Weiz Sozial als auch bei Chance B im zweiten Halbjahr 2018 rückläufig gewesen, was mit der erhöhten Nachfrage nach Pflegeheimplätzen in Verbindung stehen könnte.

Aktuell stellt die Bundesregierung 2019 wesentliche Reformen bei der Absicherung von Pflegerisiken in Aussicht. In Form des Slogans „Daheim statt Heim“ wird zwar eine Marschrichtung vorgegeben, im Dezember 2018 hat die politische Debatte begonnen, ohne dass konkrete Lösungs- und Finanzierungsansätze in Aussicht stehen. Dies führt in erster Linie zu einer vorübergehend

abwartenden Position der regionalen und lokalen Akteure hinsichtlich einer vorausseilenden Implementierung des Pflegefondsgesetzes, insbesondere hinsichtlich des dort festgelegten Strukturaufbaus für Case und Care Management in der Pflege.

### 4.3 Regionale Angebotsvielfalt für Case und Care Management für ältere Menschen

In den Bezirken Weiz und Hartberg-Fürstenfeld gibt es 2018 inklusive des Projektangebots vier ähnlich gelagerte Angebote für ein „Case und Care Management“ für ältere Menschen, die sich in Grundzügen wie dem Außenauftritt zwar ähneln, in entscheidenden Details aber auch unterscheiden.

#### 4.3.1 Case Management in der Hauskrankenpflege

Ressourcen für CCM bestehen in den Stützpunktleitungen für die Hauskrankenpflege in der Region. Die leitenden DGKP sind in der Mehrheit zu zertifizierten Case und Caremanagerinnen und Manager weitergebildet. Die Landespflegedienstleitungen des Hilfswerks Steiermark sowie des Roten Kreuzes haben eine Konzeptbeschreibung (2014) entwickelt, die eine wichtige Planungsgrundlage sowohl für die Ausführungen im BEP Pflege als auch für das beschriebene regionale Modell darstellen.<sup>2</sup>

Die Erfahrungen der Einrichtungen für mobile Pflegedienste mit CCM sind mit anderen Sichtweisen und Erfahrungen verbunden. Bis Juli 2018 waren typische Case Management-Tätigkeiten, welche in der Praxis von Stützpunktleitungen selbst durchgeführt wurden, nur im Rahmen einer Organisationsarbeitspauschale abgegolten worden, somit bestand in der Praxis eine Beschränkung der Ressourcen für CCM, die insbesondere in schwierigen Fällen fehlten. Mit der neuen Gebührenverordnung ist es den Trägern mobiler Hauskrankenpflege ermöglicht, typische CCM-Aktivitäten den Kundinnen und Kunden weiter zu verrechnen.

Die Stützpunkte sind im Gesundheitswesen gut vernetzt. Case und Care Management ist als Begrifflichkeit positioniert und mit der Ausbildung und dem Einsatz von vorwiegend Stützpunktleiterinnen verbunden, welche zur Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause auch in schwierigen Fällen eingesetzt werden. Kompetenzen und Kapazitäten für CCM fehlen hauptsächlich hinsichtlich sozialrechtlicher und sozialarbeiterischer Aufgabenstellungen.

---

<sup>2</sup> Ambrosch, G., Kapper-Weidinger, E., Monschein, J., Wagner, E., Case Management im Bereich der mobilen Pflege – Konzeptbeschreibung, Graz, 2014; z. n. BEP Pflege, o.S.

#### 4.3.2 Case und Care Management Weiz Sozial

Der Verein Weiz Sozial ist eine unabhängige gemeinnützige Organisation mit Sitz im Weiz, welche derzeit in den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Schulsozialarbeit, Schulassistenten, Flüchtlingshilfe sowie Alten- und Erwachsenensozialarbeit tätig ist. Weiz Sozial arbeitet seit 2013 im Auftrag des Sozialhilfeverbandes Weiz im Bereich der Erwachsenen- und Altensozialarbeit. Grundlage für diese Arbeit stellt dabei das von Weiz Sozial entwickelte Konzept „Case- und Care Management für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige im Bezirk Weiz“ dar. Weiz Sozial ist mittlerweile mit zwei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Erwachsenen- und Altensozialarbeit im gesamten Bezirk tätig und betreut laufend ca. 25 Klientinnen und Klienten.

Die Herangehensweise an Case Management ist historisch aus der Rücknahme der Personalkapazitäten für Erwachsenensozialarbeit durch Behörden entstanden, die zur Übernahme der Dienstleistung durch den Sozialhilfeverband Weiz führte. Die Erfahrungen von Weiz Sozial sind dahingehend, dass mit dem „sozialarbeiterischen Ansatz“ ein bedürfnisgerechtes CCM der Versorgung von sozio-ökonomisch benachteiligten Zielgruppen einhergeht. Hinsichtlich der Verschränkung mit gesundheitlichen und pflegerischen Problemstellungen mangelt es jedoch an Kompetenzen und Kapazitäten, es gab bis Juli 2017 insgesamt 2 Vollzeitäquivalente für CCM für ältere Menschen.

#### 4.3.3 Case Management in den regionalen Pflegedrehscheiben des Landes Steiermark

Seit Jänner 2018 gibt es in Form eines Pilotprojekts des Landes Steiermark zu Case und Care Management eine weitere Ressource für regionales Case Management. Das Ziel des Landes Steiermark ist, CCM als festen Bestandteil der Pflegeversorgung flächendeckend und einheitlich in der Steiermark zu etablieren. Dazu wird das CCM an drei Bezirksverwaltungsbehörden (Hartberg-Fürstenfeld, Weiz, Deutschlandsberg) 2018 und 2019 zur Verfügung gestellt, evaluiert und bewertet und möglicherweise flächendeckend umgesetzt.

Methodisch ist die Pflegedrehscheibe des Landes Steiermark an den Erfahrungen der Pflegedrehscheibe der Stadt Graz angelehnt, die sich insbesondere an der Schnittstelle zu Sozialhilfe und Mindestsicherung bewährte.

Die Handlungsfelder und Aufgaben beinhalten die Pflege- und Betreuungsbedarfserhebung nach §13 Sozialhilfegesetz, Case Management im Einzelfall, Beratung sowie Koordination und Vernetzung (Care Management). Die bisherige Praxis (2018) der Arbeit wurde von außen so erlebt, dass ein großer Teil der Ressourcen in die Tätigkeiten als Amtssachverständige fließen, während Beratung einen geringeren Anteil einnimmt. Eine längerfristige, zielorientierte Begleitung (6-8 Monate) ist in der Minderheit der Fälle notwendig oder möglich.

#### 4.4 Konsens und Dissens unter Experten und Entscheidungsträgerinnen

Im Zuge der Umsetzung der Startphase des Projekts *Age-friendly Region* trat der wissenschaftliche Projektpartner, das Europäische Zentrum für Wohlfahrtsforschung und Sozialpolitik in Wien (Dr. Kai Leichsenring) in einen systematischen Diskussionsprozess mit 16 österreichischen und ungarischen Expert/innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis. Ziel des an die Delphi-Methode angelehnten Vorgehens war die Identifikation von Konsens und Dissens zu grundlegenden Case und Care Management-Aspekten, die die Basis für die Entwicklung eines bilateralen Modells einerseits sowie von regionalen Modellen in den Projektregionen bilden.

Im Zuge eines Abstimmungworkshops der Ergebnisse der Befragung wurde von den Vertragspartnerorganisationen darüber diskutiert, welche Standards für das Case und Care Management für das Modell festgelegt wurden. Dabei kam es zur Auswahl eines Sets an Qualitätsstandards für CCM, wie sie von internationalen Fachgesellschaften entwickelt wurden. Das Ergebnis ist in den weiter unten ausgeführten Standards und Indikatoren zusammengefasst worden.

Der gegenwärtige Stand der Diskussion kann dem Vernehmen nach wie folgt zusammengefasst werden:

- Einerseits besteht weitgehend **Konsens** hinsichtlich der Perspektiven, Ziele und Ausrichtung des Case und Care Managements für ältere Menschen (umfassend, bio-psycho-sozial, bedürfnisorientiert). Das Verständnis von **CCM als Arbeitsmethode** ist bilateral sehr ähnlich. Zentrale Elemente wie der Case und Care Management-Cycle und Funktionen des Case und Care Managements werden daher zu einem Case und Care Management-Entwicklungsmodell ausgearbeitet und das so entstehende bilaterale Modell in beiden Regionen implementiert.
- **Dissens** und Unterschiedlichkeiten bestehen bei der Auffassung jener Funktionen, die die Fallbearbeitung übergeordnete **Ebene des Care Managements** betreffen. Wie Kommunikation, Kooperation, Koordination und Vernetzung gestaltet werden, wie die Dienstleistung mit anderen Angeboten vernetzt wird und welche Aufgaben das Case und Care Management bei der Steuerung von Leistungen im Versorgungssystem übernehmen soll und kann, unterliegt unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Sozialsysteme in den beiden Ländern sowie unterschiedlichen Auffassungen der Projektpartnerorganisationen.

#### 4.3.4 Zwischenresümee

Die Vielfalt der Handlungsansätze zeigt, dass es einen offensichtlichen Bedarf für beratende und begleitende Dienstleistungen für ältere Menschen und ein intensives Bemühen gibt, diesem Bedarf auf unterschiedliche Art und Weise gerecht zu werden. Es liegt auch am Case Management-Ansatz an sich, dass damit unterschiedliche Träger unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. In der Praxis fällt es schwer, ein fachlichen Standards entsprechendes Case Management von Beratungsaktivitäten abzugrenzen und die in den unterschiedlichen Ansätzen gemachten Erfahrungen einer gemeinsamen Bewertung zuzuführen.

Durch das Projekt *Age-friendly Region* ist es gelungen, mit Weiz Sozial sowie lokalen und regionalen Organisationen im Bereich mobiler Hauskrankenpflege intensive Kooperationsformen zu entwickeln, die über die Einzelfallebene hinausgehen. Die am Entwicklungsprozess zum Regionalen Modell teilnehmenden Organisationen konnten aus Erfahrungen in der Umsetzung von Case und Care Management relevanten Tätigkeitsbereichen darin übereinstimmen, dass die Grundproblematik der Zerklüftung der gesundheitlich, sozial und pflegerischen Finanzierungs- und Leistungserbringungslandschaften im Einzelfall überwunden und die Voraussetzungen für eine Steuerung der Leistungen im Einzelfall insgesamt verbessert werden müssen.

## 5. Regionales Modell: Case und Care Management für ältere Menschen

### 5.1 CCM Definition

Das Verständnis von Case und Care Management orientiert sich in allen Anwendungspraktiken, die regional beobachtbar sind, an der **Definition von Case und Care Management** der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case und Care Management (ÖGCC).

*Case und Care Management ist ein Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes eines Patienten oder Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.*

*Care Management meint die System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend und einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür im Gemeinwesen/in der Region aufzeigt.*

## 5.2 Ein umfassender und bedürfnisorientierter Ansatz

Das CCM-Modell geht von einem **holistischen Gesundheitsverständnis** mit Fokus auf **Gesundheitsressourcen** aus und einem **Verständnis von Pflege als Wissenschaft und Praxis zur Verbesserung der Lebensqualität** mit Blick auf einen Pflege- und Betreuungsbedarf in unterschiedlichen Lebensphasen. Case und Care Management werden als umfassendes, an allen Problemlagen und Ressourcen älterer Menschen und ihren Bedürfnissen orientiertes Handlungsmodell verstanden, das im Rahmen des Projekts *Age-friendly Region* erprobt und bewertet wird.

Durch eine möglichst breite Perspektive ermöglicht das Modell, dass vom Case und Care Management wichtige biologische und psychosoziale Gesundheitsindikatoren erfasst und bearbeitet und in eine Versorgungsplanung mit einbezogen werden können.

Das Case und Care Management-Modell kann schematisch wie folgt dargestellt werden:

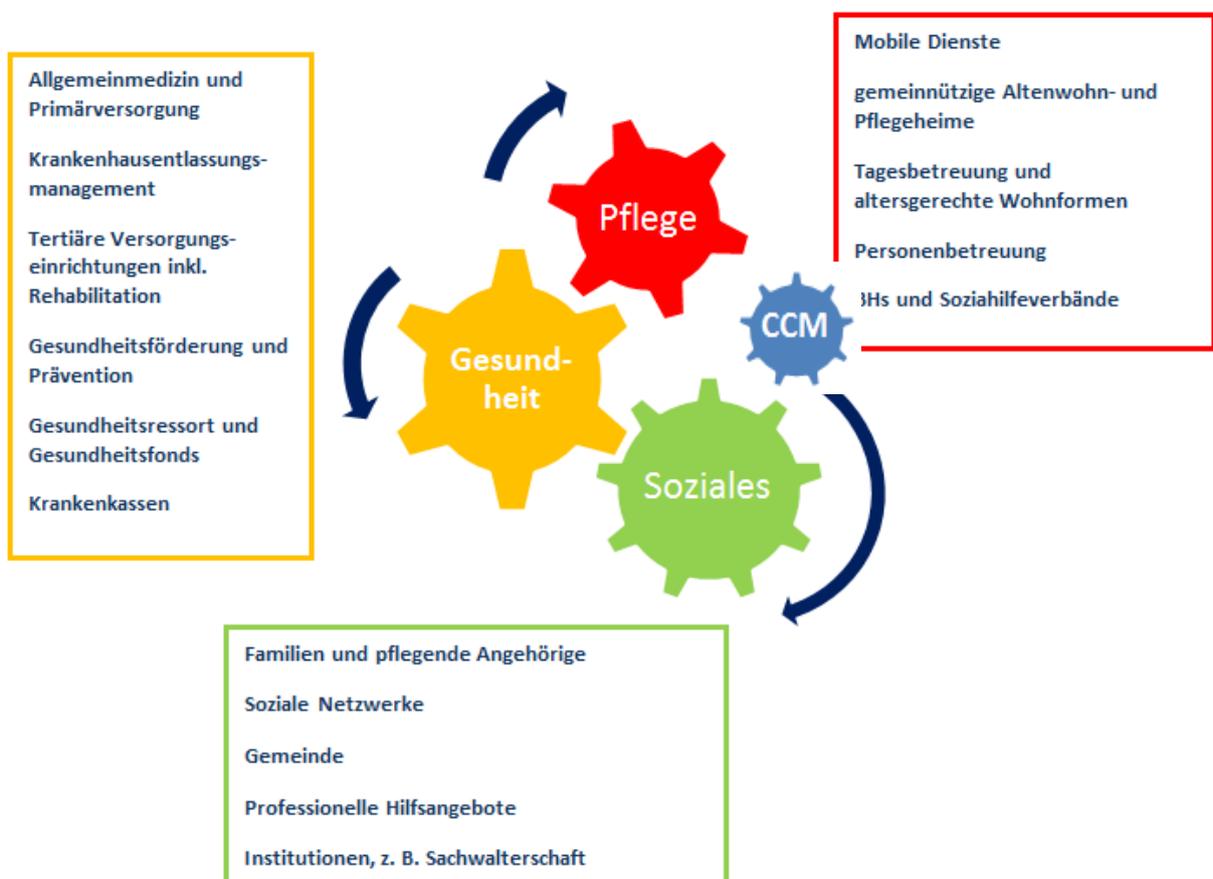


Abb. 1: Das bilaterale CCM-Modell. Projektergebnis von *Age-friendly Region* (2017-2019)

Das CCM-Modell weist darauf hin, wie vielseitig die Problemlagen älterer Menschen gestaltet sein können, und welche Kompetenzen Case und Caremanagerinnen und Manager in die Arbeit einbringen und weiterentwickeln müssen, um die Komplexität der Zusammenhänge und unterschiedlichen Bedarfe erkennen und mittels allen zur Verfügung stehenden adäquaten Maßnahmen zugänglich zu machen. Das betrifft Hilfsdienste, Pflegedienste, das medizinische Behandlungssystem, das Feld der Rehabilitation, soziale Angebote und Maßnahmen, das persönliche Nahfeld, Familiensysteme, Gemeinden sowie letztlich die gesamte Gesellschaft in der östlichen Steiermark.

### 5.3 Case und Care Management Funktionen

Zum Kern des Modells zählt zudem die Festlegung der Funktionen des Case und Care Managements, das grafisch blau dargestellt ist. Diese Funktionen sind zu festen Bestandteilen und Merkmalen der Arbeitsmethode geworden. Sie beschreiben die professionelle Haltung und typische Handlungsweisen und Ziele des Case und Care Managements für ältere Menschen.<sup>3</sup>

#### 5.3.1 Advocacy-Funktion

Die *Advocacy*-Funktion beinhaltet, dass Case und Caremanagerinnen und Manager insbesondere auf finanzielle und andere soziale und rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen und bei der Beantragung aktiv unterstützen, um bürokratische Hürden zu überwinden. Das Case und Care Management setzt sich für die Interessen älterer Menschen ein und informiert sie über ihre sozialen Rechte, bei deren Durchsetzung sie ihren Klientinnen und Klienten bei Bedarf mit anwaltschaftlicher Unterstützung zur Seite stehen.

#### 5.3.2 Broker-Funktion

In ihrer Broker vermittelt das Case und Care Management für seine Klientinnen und Klienten zwischen den Dienstleistungen und Versorgungssystemen. Vor allem, wenn ältere Menschen vorübergehend oder andauernd nicht in der Lage sind, ihre Interessen selbst wahrzunehmen und zu vertreten. Dabei analysieren sie die Herausforderungen und erarbeiten Verbesserungsvorschläge für die Definition der Nahtstellen in der Gesundheits-, Sozial- und Pflegeversorgung älterer Menschen.

---

<sup>3</sup> Wendt, W. R. & Löcherbach, P. (Hrsg.) (2011): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. Aufl., Heidelberg: Medhochzwei Verlag.



## 5.6 Qualitätsstandards und Indikatoren

Wie oben beschrieben sind die im Folgenden definierten Standards und Indikatoren das Ergebnis eines systematischen Diskussions- und Abstimmungsprozesses mit 16 regionalen Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis mit den Projektpartnern von *Age-friendly Region*. Die Grundlage für diesen vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Wien) angeleiteten Prozess bildeten international gebräuchliche Standards für CCM.<sup>4</sup> Das Ergebnis – 17 Standards zur umfassenden Abbildung des Regionalen Modells – ist somit evidenzbasiert und inhaltlich umfassend.

Primär sind die Qualitätsstandards dazu geeignet, für CasemanagerInnen sowie die Organisationen, die CCM für ältere Menschen in der Region anbieten, handlungsanleitend und richtungsweisend in Entscheidungen zu sein. Gleichzeitig mit der Festlegung geeigneter Qualitätsstandards wurden auch Indikatoren diskutiert und abgestimmt, die dazu geeignet sind, eine Bewertung verschiedener Qualitätsaspekte des Case und Care Managements vorzunehmen. Die Standards und Indikatoren werden zur Bewertung der Ergebnisse der Umsetzung des Regionalen CCM-Modells im dritten Projektjahr herangezogen werden.

Die Projektpartner von *Age-friendly Region*, die CCM für ältere Menschen anbieten, haben die Standards und Indikatoren in das Qualitätsmanagement für CCM mit aufgenommen.

---

<sup>4</sup> Case Management Society of America. (2010). Standards of Practice for Case Management. Case Management Society of America. zuletzt zugegriffen am 21. April 2017 unter <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/standardsofpractice.pdf>

Harrison, J., Ainsworth, H., Chantler, C., Chapman, C., & Saltrese, A. (2009). CMSUK Standards & Best Practice Guidelines 2nd Edition. Case Management Society UK. Zuletzt zugegriffen am 21. April 2017 unter <https://www.cmsuk.org/case-management/cmsuk-standards-of-practice>

National Case Management Network of Canada. (2009). Canadian Standards of Practice for Case Management. Zuletzt zugegriffen am 21. April 2017 unter [http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standards\\_of\\_practices\\_english-2014.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standards_of_practices_english-2014.pdf)

Netzwerk Case Management Schweiz. (2014). Definition und Standards Case Management. Zuletzt zugegriffen am 21. April 2017 unter [http://www.netzwerkcm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche\\_standards\\_netzwerk\\_cm\\_-\\_version\\_1\\_0\\_-\\_definitiv\\_0.pdf](http://www.netzwerkcm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf)

### 5.6.1 Standard 1—Auswahl und Klärung

Die Case Managerin bzw. der Case Manager identifiziert und wählt die Klientinnen und Klienten mit Hilfe von klar dokumentierten Prozessen und anerkannten, klaren und einheitlichen Kriterien.

Indikatoren:

1.1 Anteil der Klientinnen und Klienten, die den definierten Aufnahmekriterien entsprechen

1.2 . Anteil der Klientinnen und Klienten, deren Auswahlprozess von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Aufnahme innerhalb von 21 Tagen abgeschlossen ist

Standard 1 beinhaltet die Definition von Aufnahmekriterien, die mit der Auswahl der Zielgruppen für CCM für ältere Menschen in Zusammenhang stehen. Die Festlegung von Aufnahmekriterien beruht nicht ausschließlich auf fachlichen Kriterien, sie steht auch im Zusammenhang mit den Erfahrungen mit älteren Menschen mit regionalen Angeboten. Die regionalen Versorgungsstrukturen sind nicht zur Gänze auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgelegt, Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen lokal unterschiedlich stark ausgebaut, und im Zugang zu Dienstleistungen für ältere Menschen bestehen Unterschiede, örtlich (Angebotskonzentration, Anfahrtswege) sowie soziale Unterschiede (Kosten, Wartezeiten). Mit der Festlegung von Aufnahmekriterien gehen möglicherweise auch unerwünschte Folgen einher, die die regionalen Partner vermeiden wollen.

Wenn das CCM-Angebot in der Steiermark etwa nur für ältere Menschen, die ein Pflegegeld beziehen, zugänglich ist, kann ein Gutteil (bis zu einem Drittel) der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer nicht ins CCM aufgenommen werden, darunter auch ältere Menschen mit hohem Pflegebedarf<sup>5</sup>, weil sie das Pflegegeld erst gar nicht beantragt haben, etwa um öffentlichen Haushalten nicht zur Last fallen zu wollen.<sup>6</sup>

Die Arbeitsgruppe für die Definition von Case und Care Management-Grundlagen in der Oststeiermark, die sich im Projekt *Age-friendly Region* vernetzt hat, hat Aufnahmekriterien intensiv diskutiert und sich auf eine gemeinsame Arbeitsdefinition für die Definition der Zielgruppen für das CCM geeinigt. Diese Arbeitsdefinition lautet: „*Case und Care Management-Angebote sind temporär zugänglich für ältere Menschen, die es nicht aus eigener Kraft schaffen, in einer komplexen Situation die notwendigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen selbst zu organisieren bzw. zur Entscheidungsfindung auf Beratung und Unterstützung angewiesen sind.“*

<sup>5</sup> Familiäre Hilfe und Pflege im Alter. Repräsentativerhebung Stmk (Noack, 2007).N=2.651 zufällig ausgewählte und telefonisch befragte Haushalte in der Steiermark davon 818 Haushalte, in denen zum Zeitpunkt der Befragung eine oder mehr Personen im Alter von 70 und mehr Jahren betreut und gepflegt wurden.

<sup>6</sup> Diese Annahme bestätigte sich in einer Diskussion mit den Bezirksbäuerinnen im Bezirk Weiz Nord.

Diese Arbeitsdefinition drückt das Übereinkommen dahingehend aus, dass es sich bei CCM für ältere Menschen auch regional um eine zeitlich begrenzte Interventionsform handelt, die nach wenigen Monaten beendet wird. Eine spätere Wiederaufnahme in das CCM ist vor allem dann möglich, wenn der Bedarf für CCM gleich bleibt oder steigt und die notwendigen Ressourcen nicht generiert werden konnten. Ein CCM-Zyklus dauert in der Einzelfallarbeit jedoch nicht länger als 6 bis 8 Monate.

Die Formulierung „ältere Menschen, die es nicht aus eigener Kraft schaffen“ schließt an die Tradition des CCM als einer erweiterten, spezialisierten Beratungsform an. Beratung richtet sich per Definitionem an Einzelne in Situationen, in denen sie nicht autonom entscheiden können und verfolgt das Ziel, die notwendige Autonomie durch den Beratungsprozess zu stärken. Jene „komplexen Situationen“ in der Definition entsprechen fachlichen Standards der Langzeitpflege, und zwar dahingehend, dass bei CCM-Klientinnen und -Klienten ein gleichzeitiger Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen bestehen muss. Ein wesentliches Erkennungsmerkmal ist das Ausmaß, zu dem bei der Aufnahme bereits mehrere Helferinnen und Helfer in die Versorgung involviert sind.

Darüber hinausgehend entspricht es den Erfahrungen der regionalen Akteure, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Klientel im höheren Erwachsenenalter ist und eine psychische Erkrankung aufweist. Eine weitere Subgruppe sind Menschen mit Beeinträchtigungen, die insbesondere dann unterstützt werden sollen, wenn es ähnlich wie bei älteren Pflegebedürftigen um die Finanzierung teurer Unterstützungs- und Pflegemaßnahmen, um die Qualität der medizinischen Versorgung und um das psychosoziale Wohlbefindens im Alltag („bedarfsgerechte Inklusion“) geht.

Hinsichtlich möglicher „Nebenwirkungen“ der Implementierung eines Modells mittels Aufnahme durch eine festgelegte Altersgrenze weisen die Praxisexpertinnen und –experten darauf hin, dass vor allem bei Personen mit niedriger Bildung bzw. aus niedrigen Einkommensschichten chronische Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit wesentlich früher als im Durchschnitt der Bevölkerung auftreten. Eine starr vollzogene Altersgrenze wird als eine Maßnahme mit einer unerwünschten sozialen Verteilung der positiven Auswirkungen durch CCM verbunden und ablehnend beurteilt.

Die Tatsache, dass auch Menschen aus mittelmäßigen und überdurchschnittlichen Einkommensschichten komplexe Versorgungssituationen nicht selbständig entscheiden können und Familien eine Beratung aufsuchen, weil sie sich besser informieren und orientieren möchten, ist für die Frage nach dem geschätzten Ausmaß des Gesamtbedarfs an Case Management bei Krankheit und Pflege im Alter, mithin entscheidend.

Zu den Adressatinnen und Adressaten des CCM-Angebots zählen auch pflegende Angehörige sowie andere Laien, die in professionelle Betreuungsformen eingebunden werden möchten. Ein CCM-Angebot für ältere Menschen muss auch direkt für Angehörige möglich sein, umso mehr, als dass die Übernahme von Hilfe, Betreuung und Pflege für einen älteren Menschen per se als ein Risiko für die

eigene Gesundheit gesehen werden muss. Auch dies soll in den im Regionalen Modell angewendeten Aufnahmekriterien berücksichtigt sein.

#### 5.6.1.1 Aufnahmekriterien und Ampelsystem

Die Aufnahmekriterien entsprechen einer gängigen Operationalisierung der fachlich vorgeschlagenen Vorgehensweisen<sup>7</sup> zum Zwecke des Aufnahme-Verfahrens, also der Aufnahme in ein Case und Care Management-Dienstleistungsangebot.

Die Kriterienliste besteht aus insgesamt 10 Items mit je drei vorgegebenen Ausprägungen. Die Einschätzung mit „trifft zu“, „trifft nicht zu“ oder „nicht beurteilt“ wird von den Case und Caremanagerinnen und Manager vorgenommen. Es handelt sich um eine Einschätzung zu Beginn der Fallbearbeitung, für die in der Praxis keine vollständigen Informationen vorliegen (müssen), damit sie getroffen werden kann. Dafür greift sie auf ihre Erfahrung, auf das Offensichtliche und auf Vergleiche in ähnlich gelagerten „Fällen“ zurück. „Nicht beurteilt“ bedeutet, dass der/die Case Manager/in zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Kriterienliste die Frage nicht beantworten kann.

Im Regionalen CCM-Modell ist der Bedarf für eine Aufnahme in das Case und Care Management dann gegeben, wenn die betroffene Person oder pflegende Angehörige in zwei oder mehr der drei Dimensionen biologische Gesundheit, psychische Gesundheit und soziale Gesundheit über mindestens ein „trifft zu“ aufweist.

---

<sup>7</sup> Kollak, I. und Schmidt, St. (2016): Instrumente des Case und Care Management Prozesses. Berlin: Springer. S. 10-14.

	trifft zu	trifft nicht zu	nicht beurteilt
<b>Biologische Gesundheit</b>			
starke gesundheitliche Beeinträchtigungen, mehrfache chronische Erkrankungen			
wesentliche Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten wie z.B. bei Vorliegen demenzieller Erkrankungen oder psychiatrische Erkrankung			
hohe Pflegeabhängigkeit			
hohe gesundheitliche Belastung durch die Pflege eines Angehörigen			
<b>Psychische Gesundheit</b>			
stark reduzierte Fähigkeit zur Selbstsorge in zentralen Lebens- und Versorgungsbereichen oder geringe Selbstwirksamkeit			
stark verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität			
akute psychische Belastung und Überforderung mit oder in einer Pflege- und Betreuungssituation			
<b>Soziale Gesundheit</b>			
Schwierigkeiten bei der Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Akutversorgung			
keine Personen im sozialen Netzwerk, die in der Lage sind, ein adäquates Versorgungssetting zu organisieren			
niedriger sozio-ökonomischer Status (Einkommen, Bildung, Beruf)			

Tab. 2: CCM-Aufnahmekriterien

Sollte es im Zuge des Case und Care Management-Angebots zu Engpässen aufgrund zu vieler Anfragen von Personen kommen, die aufgrund der Aufnahme-Kriterien aufgenommen werden müssten, wird ein Ampelsystem eingesetzt, das eine Warteliste anhand der Dringlichkeit einer Fallbearbeitung ermöglicht.

ROT	mehrfache Problemlage (4 „trifft zu“ oder mehr) und mehrere Akteure sowie eine akute Situation, die eine sofortige Intervention erfordert
GELB	mehrfache Problemlage (4 „trifft zu“ oder mehr) und mehrere Akteure involviert, kein akuter Handlungsdruck
GRÜN	Problemlagen leichten oder mittleren Schweregrades mit vorhandenen sozialen Ressourcen

Tab. 3: CCM-Ampelsystem

In dieser Form unterstützt das Ampelsystem die Entscheidung, ob es einen dringenden Handlungsbedarf oder noch ein Zeitfenster für die Aufnahme in das Case und Care Management gibt, bzw. ob der Bedarf für ein CCM überhaupt fraglich ist („grün“).

### 5.6.1.2 Beratung und besondere Situationen bei der Aufnahme

Die Erfahrungen mit bereits bestehenden CCM-Angeboten sind regional dahingehend, dass jene Fälle, die dem CCM von anderen Dienstleistern zugewiesen werden, in der Regel eine höhere Dringlichkeit aufweisen als sich selbst zuweisende. Dabei wurden auch zu spezifische Problemlagen für ein CCM vorgefunden, zum Beispiel wenn Kriseninterventionen notwendig waren, auch im Zusammenhang mit akuten psychischen Krisen. Für solche Fälle hält das bestehende System entsprechende Einrichtungen vor. Personen mit akuten psychosozialen Krisen sowie sich selbst oder andere gefährdende Personen werden im Sinne des §8 Unterbringungsgesetz weiterverwiesen bzw. eine freiwillige Aufnahme in eine stationäre Einrichtung zur Bewältigung der Krise vorgeschlagen.

Anders verhält es sich in Situationen unter Gefahr in Verzug, in denen auch das CCM-Angebot vor allem auch dann handlungsfähig sein muss, wenn eine Pflegeproblematik zugrunde liegt. Gefahr in Verzug ist jedenfalls auch dann gegeben, wenn ein hohes Risiko für eine akut eintretende Verschlechterung einer Situation ohne die unmittelbare Hilfestellung durch Case und Care Management bestehen würde.

Das Aufnahmeverfahren für das Case und Care Management kann (bis zur Phase Assessment) wie folgt grafisch dargestellt werden:

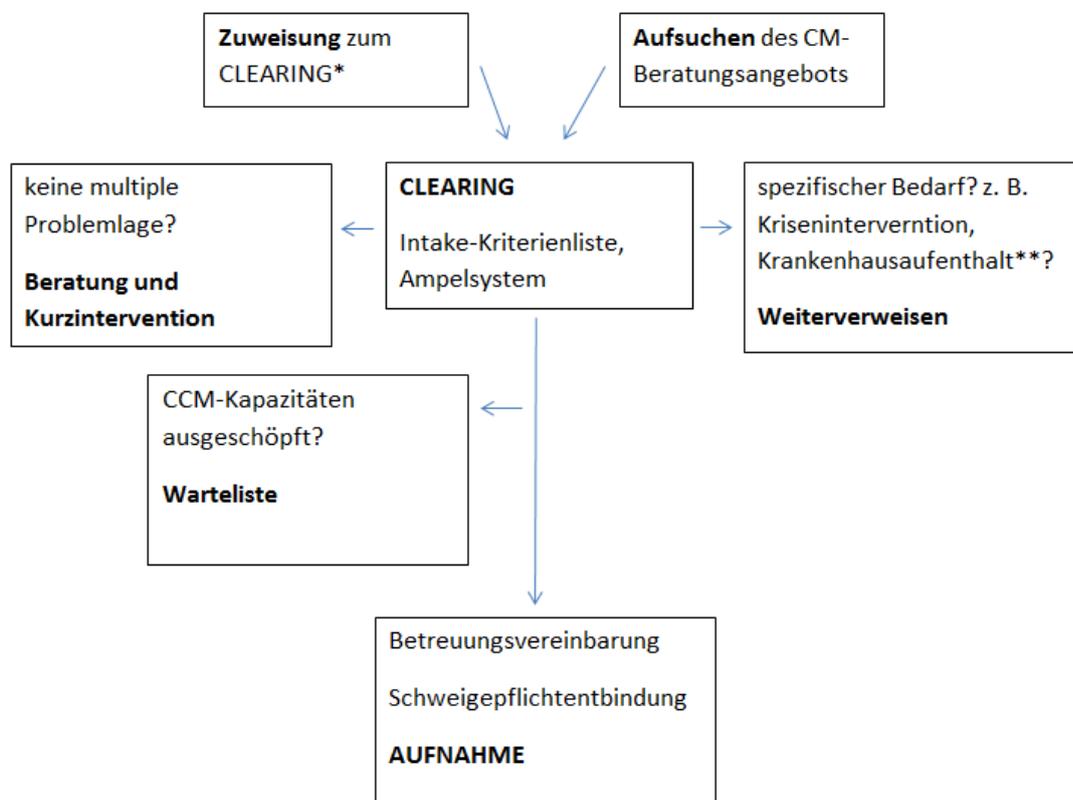


Abb. 3: CCM-Aufnahmeschema

\* Potenzielle Zuweiserinnen und Zuweiser werden über das Aufnahmeverfahren und darüber, dass es mit einem Clearing beginnt, informiert. Die Beauftragung des CCM erfolgt selbstbestimmt bzw. in enger Kooperation mit Klientinnen und Klienten.

\*\*Befinden sich Klient/innen zum Zeitpunkt der Zuweisung/Anfrage in Krankenanstalten, erfolgt eine Weiterverweisung der Aufgaben an das Krankenhausentlassungsmanagement. Pflegeheimaufenthalte hingegen stehen einer Aufnahme in ein CCM nicht entgegen.

Bei der Aufnahme in das Case und Care Management-Angebot ist genau darauf zu achten, ob z.B. Klient/innen, die das CCM von sich aus in Anspruch nehmen möchten, einen echten Bedarf nach einer umfassenden Begleitung durch CCM aufweisen. Nichtsdestotrotz bedarf jede Weiter- oder Zuweisung zu anderen Hilfeleistungen (ohne CCM) einer eingängigen Abwägung. Da weiterverwiesene Interessierte dies als Ablehnung empfinden und aus Enttäuschung auch keine weiteren Hilfsangebote aufsuchen könnten, kann die Beratung bei der Aufnahme herausfordernd sein.

Die Frage nach den Ressourcen der (Primär-)Klient/innen steht bei der Identifikation zur Aufnahme im Zentrum: Klient/innen sind in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedlich dazu in der Lage, Hilfen selbst zu organisieren und Probleme selbst zu lösen. Nur wenn der Anteil von den begleiteten Familien mit von ihnen selbst nicht lösbaren Problembereichen identifiziert werden kann, und diese Problemstellungen nur von einem/r Case Manager/in bearbeitet werden können, kann eine Aufnahme ins Case und Care Management erfolgen.

Die Beratung kann angesichts vieler schambesetzter Problematiken rund um die Themen Gesundheit und Pflege im hohen Alter einhergehen können, auch gänzlich anonym erfolgen. Wer in das eigentliche CCM-Angebot aufgenommen werden möchte, kann dies nur noch „anonymisiert“ tun.

Kurzinterventionen entlang der Kompetenzen der Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager sind zusätzlich möglich, z. B. bringt eine Case Managerin spezifische Kenntnisse für die Betreuung von demenzerkrankten Personen mit und berät Angehörige selbst zu spezifischen Problemstellungen entlang ihrer Beratungskompetenzen. In diesem Fall erbringen die CCM eigene Leistungen im Kontext von Case und Care Management. Pflegeleistungen sind als Kurzinterventionen nur dann möglich, wenn sie der Anleitung und Begleitung pflegender Angehöriger dienlich ist. Es ist den Case und Caremanagerinnen und Manager nicht erlaubt, außerhalb ihres Tätigkeitsbereichs privat Pflegedienstleistungen und andere Leistungen anzubieten oder zu vermitteln.

Die Themenstellungen der Anlässe für sozialrechtliche Beratungen werden systematisch dokumentiert, und diese Ergebnisse im internen Qualitätsmanagement eingesetzt, sodass das Angebot eine bedürfnisgerechte Beratungskompetenz entwickeln kann, die auf dem tatsächlichen Beratungsbedarf in unterschiedlichen Zielgruppen aufbaut. Zu möglichen Beratungsinhalten, für die die vom CCM themenspezifische Kompetenzen aufgebaut werden, gehören Demenzberatung, allgemeine Patientenberatung u. a.

## 5.6.2 Standard 2: Assessment

Die Case Managerin bzw. der Case Manager erfasst die individuelle Bedarfslage und analysiert das Umfeld der Klientinnen und Klienten mit deren Zustimmung und Mitwirkung im Rahmen eines systematischen Prozesses.

Indikatoren:

2.1 Die Case und Caremanagerinnen und Manager stellen anhand einer Checkliste sicher, dass Kriterien und Indikatoren angewendet wurden.

2.2 Die Case und Caremanagerinnen und Manager überprüfen die Kriterien und Instrumente mindestens zwei Mal pro Jahr des Assessments und verbessern diese bei Bedarf.

Das Assessment ist deshalb ein zentrales Element in jedem CCM-Modell, weil es mit vielen anderen Bestandteilen inhaltlich verknüpft ist und gemeinsam mit der Aufnahme (Zugang) am besten zeigt, wie das Case und Care Management als professionelle Dienstleistung fachlich ausgerichtet ist. Das Assessment ist mitentscheidend dafür, ob und welche Hilfeleistungen koordiniert werden können. Doppelgeleisigkeiten müssen vermieden werden, bestehende Leistungen in ein Assessment integriert werden können, nicht zuletzt um bürokratische Zugangshürden zu verringern.

Das Assessment besteht aus mehreren Schritten und schließt den Identifikations- und Aufnahmeprozess von Klient/innen in das Case und Care Management-Angebot mit der auf die Ergebnisse des Assessments aufbauenden Hilfeplanung ab.

### 5.6.2.1 Aufnahme von Personendaten

Noch bevor mit der detaillierten Erhebung des Hilfebedarfs in verschiedenen Dimensionen begonnen wird, kommt es zur Aufnahme von Personendaten. Es ist von potenziellem Vorteil für die Klientinnen und Klienten im Case Management, wenn die für die Speicherung von Personendaten verwendete Datenmaske mit dem gegenwärtigen System der Dokumentation in der ambulanten Langzeitpflege kompatibel ist.

In der Steiermark wird ein erprobtes und valides Instrument für das Assessment des Pflegebedarfs sowie für die Pflegeplanung verwendet, das sog. „Resident Assessment Instrument – Home Care“ oder kurz „RAI-HC“ in einer Fassung aus 2002, flächendeckend eingesetzt. Die im CCM erhobenen Personendaten sind mit den Daten, die bei der Aufnahme in Mobilen Diensten aufgezeichnet werden, kompatibel. Das CCM-Modell Ost-Steiermark übernimmt daher die Art und Struktur wie im

Handbuch zur Version 2014<sup>8</sup> dargestellten Personendaten (→ interRAI Home Care Assessment Formular). Im Gegensatz zum derzeit flächendeckend in mobilen Pflegediensten eingesetzten, veralteten „MDS – Minimum Data Set für die häusliche Versorgung“, soll die Liste der Personendaten vollständig sein und den Notwendigkeiten für das Case und Care Management entsprechen, wofür mehr Items als bisher aus dem Handbuch für den RAI-HC übernommen werden. Dies ist in Hinblick auf die Aktualität der derzeit verwendeten Personendaten von Bedeutung gewesen und ermöglicht eine kleinteiligere Analyse im Zuge der Evaluationsstudie zum Projekt Age-friendly Region, etwa wenn Migrationsstatus von Klientinnen und Klienten mit abgebildet werden kann.

#### 5.6.2.2 Aufnahme von Gesundheitsdaten und von Daten über die soziale und pflegerische Situation

Klient/innen im CCM stimmen zu, dass Informationen zum Zwecke der Evaluation des Projekts *Age-friendly Region* weitergeleitet werden, insbesondere zur Bewertung der in ihrer Fallbearbeitung getätigten Aktivitäten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gleichzeitig werden Klient/innen darüber in Kenntnis gesetzt, dass dies in einer Art und Weise geschieht, die Rückschlüsse auf eine konkrete Person unmöglich machen. Das bedeutet, dass z. B. das aus dem Geburtsdatum errechenbare Alter, das Geschlecht sowie andere Informationen, die für die Bewertung der Gesundheitsdaten wichtig sind, weitergegeben werden, aber ohne mit eindeutigen Personenmerkmalen verknüpft werden zu können. Dies entspricht einer lückenlosen Anonymisierung personenbezogener Information im Zuge der Evaluation des Projektvorhabens durch die Evaluationsstudie.

In der Praxis der Fallbegleitung steht der Aspekt der Handlungsfähigkeit des Case und Care Managements im Vordergrund. Aus dieser Sicht ist es erstrebenswert, in der Fallbearbeitung schnell und unkompliziert auf verschiedenartige schriftliche Informationen und Unterlagen wie z.B. Pflegegeldbescheide, medizinischen Daten (Diagnosen, Krankenhausaufenthalte, Arztbriefe), Sozialhilfebescheide, etc. verfügen zu können. Im Projekt *Age-friendly Region* sind die CCM deshalb mit Smartphones ausgestattet, um für die Fallbearbeitung wichtige Unterlagen digitalisieren zu können. Diese Unterlagen können in der Online Datenbank gespeichert werden.

#### 5.6.2.3 CCM-Vereinbarung: Ziele der Begleitung, Datenschutz und Schweigepflichtentbindung

Sofern die zugewiesenen oder von selbst das CCM-Angebot aufsuchenden Personen als Folge des Aufnahmeverfahrens CCM erhalten, widmen sich die Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager in mehreren Gesprächen dem Assessment und der Interventionsplanung. Sie beginnen mit dem umfassenden Case und Care Management, in dem sie vielfältige Lebensbereiche und

---

<sup>8</sup> interRAI Assessment System interRAI Home Care (HC), Garms-Homolova V. (Hrsg., dt.)(Version 9.1.2): interRAI Assessment „Häusliche Versorgung und Pflege“. Berlin, 2014

Bedürfnislagen erheben mit dem Ziel, den Betroffenen und ihren Familien ein adäquates Hilfeangebot, das ihren Bedürfnissen gerecht wird, unterbreiten zu können.

Damit dies gelingt, werden die Kommunikationsschritte möglichst eingehalten: Zuerst kommt es zur Information und Beratung über das Case und Care Management Angebot und die beabsichtigten Vorgehensweisen. Im Zuge dessen erfolgt als einer der ersten Schritte der Abschluss einer Betreuungsvereinbarung mit Klientinnen und Klienten bzw. deren Vertreterinnen und Vertretern.

Die Vereinbarung besteht aus:

- einer allgemeinen Information über das Angebot von Case und Care Management,
- einer Information über die Vorgehensweisen bezüglich der Aufnahme und des Umgangs mit sensiblen Informationen,
- eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber definierten Personenkreisen
- der Verpflichtung von Klient/innen zur Bestätigung der Dokumentation der Leistungserbringung (Kontaktstunden zur Legitimation der Fahrtkostenberechnung)  
[Anmerkung: Es entstehen keine Kosten für Klientinnen und Klienten im CCM]

Während des Aufnahmeverfahrens formulieren Klientinnen und Klienten ihre Zielsetzungen für die Begleitung, wobei das im Handbuch zum interRAI-HC beschriebene Vorgehen umgesetzt wird, das Klientinnen und Klienten motiviert, weitgehend selbständig Zielsetzungen zu formulieren, die in weiteren Treffen bestätigt oder abgeändert werden können. Diesen Zielen setzen die Case und Caremanagerinnen und Manager fachlich objektivierbare Zielsetzungen aus dem Assessment hinzu.

Die CCM-Vereinbarung ist ein firmeneigenes Dokument der an der Umsetzung des Regionalen Modells beteiligten Organisationen, jenes der Chance B Gruppe ist im Anhang dargestellt.

#### 5.6.2.4 systematische Erhebung der spezifischen Bedürfnislagen

Ein Leitgedanke des Assessments ist, dass auf Basis der wichtigsten möglichen Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands in unterschiedlichen Dimensionen (bio-psycho-sozial) sowie der im Austausch mit den Klient/innen im Beratungsgespräch vorgenommenen Priorisierungen individueller Problembereiche und Lösungsmöglichkeiten gute Case und Care Management Ergebnisse erzielt werden können. Es ist daher notwendig, dass das CCM die wichtigsten Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes erfasst. Dies betrifft auch Bereiche, die von Klientinnen und Klienten nicht selbständig als Problembereiche erkannt oder thematisiert werden.

Entlang der umfassenden, bedürfnisorientierten Perspektive des Case und Care Managements in der Oststeiermark sind die eingesetzten Assessment-Instrumente mit das Herzstück des Case und Care Management-Modells. Sie erfüllen unterschiedliche Ansprüche und Funktionen und leiten die

Vorgehensweisen der Case und Caremanagerinnen und Manager in der Praxis entscheidend an. Der Entwicklungsprozess des Case und Care Management Modells für die Oststeiermark ist hinsichtlich des erhöhten Dokumentationsaufwands davon gekennzeichnet, dass die Praktikabilität des Assessments, noch vor der wissenschaftlichen Verwertbarkeit der gesammelten Informationen, an erster Stelle steht. Deshalb obliegt der Einsatz der unterschiedlichen Assessment-Instrumente der jeweiligen Case und Caremanager/in selbst.

Zu den Ansprüchen aus Wissenschaft und Praxis an die Qualität und Verlässlichkeit der einzusetzenden Assessment-Instrumente kommen in der Steiermark spezifische regionale Voraussetzungen hinzu. So ist im Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege 2025 unter anderem festgehalten, dass das einzusetzende Assessment-Instrument potenziell in der gesamten Steiermark eingesetzt werden können soll. Zudem ist ebendort festgehalten, dass sowohl der *Discharge Risk Screen* als auch das *Resident Assessment Instrument – Home Care* im Zuge des Assessments eingesetzt werden könnten, vorbehaltlich sie eignen sich zur Unterscheidung zwischen der Bedarfsfeststellung und gehen bei der Pflegeplanung nicht ins Detail.

Bei differenzierter Betrachtung handelt es sich beim *Discharge Risk Screen* um eine Selektion von fünf Fragen zur Identifikation von CCM-Bedarf, die auf den Kontext einer Krankenhausentlassung sinnvoll ist, nicht aber um die Komplexität im ambulanten Setting bzw. „zu Hause“ einzufangen. Daher ist er als mögliches Instrument bei der Zuweisung des Krankenhaus-Entlassungsmanagements an das ambulante CCM für ältere Menschen einsetzbar.

Das eingesetzte Assessment-System korrespondiert mit der Ablauforganisation des Aufnahmeverfahrens und muss in diese sinnvoll eingebettet sein. Das heißt, dass zentrale Aufnahmekriterien durch das Assessment einer tiefergehenden Analyse unterzogen werden können, und die Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager mit Fortdauer der Implementierung genügend Einblicke erhalten haben und die notwendige Sensibilität aufweisen, um bereits im Aufnahmegespräch valide Einstufungen entlang der Assessmentinstrumente vornehmen zu können.

In der Oststeiermark kommt zusätzlich und entscheidend zum Tragen, dass es zwei Organisationsfelder gibt, die bereits Angebote und Maßnahmen auf Case Management abgestimmt und Vorerfahrungen und -investitionen getätigt haben. Die Netzwerkarbeit im Projekt *Age-friendly Region* führte dazu, dass ein relativ klares Bild über den Status quo der organisatorischen Potenziale für die Assessments folgende Hilfeplanung und –implementierung besteht. Eine entscheidende Herausforderung bei der Implementierung des Regionalen Modells ist es, die Erfahrungen aus der Berufspraxis zweier Berufsfelder zu kombinieren – aus jenem der Pflege, und aus jenem der sozialen Arbeit – um dann die richtigen Schlüsse daraus zu ziehen.

Die regionalen Kooperationspartner bei der Umsetzung des Modells streben an, die Kompetenzbereiche von Pflegefachkräften und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei der Umsetzung des Case und Care Management-Modells verschränkt einzusetzen. Dies erfolgt aus einem

Bekanntnis zur Notwendigkeit für ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen im Rahmen von Case und Care Management Entwicklungsschritten, angesichts der Bedürfnislage in bisherigen Fallbearbeitungen, bei denen ein Case und Care Management für ältere, multimorbide Personen mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf indiziert war.

Wesentlich für die Ausprägung der Ablauforganisation des CCM ist die Notwendigkeit der Verschränkung der Grundkompetenzen von Sozialarbeiter/innen und Pflegefachkräften für die Durchführung der Case und Care Management-Funktionen in der Fallbearbeitung.

Diese strukturelle Forderung kann – auch in Hinblick auf künftige Finanzierungsformen – nur im nationalen bzw. regionalen Kontext, und mit Fortdauer der Modellentwicklung (vgl. Standards 7-12 zu Care Management) gelöst werden. Als ein wesentliches Element der Innovation durch das zu entwickelnde Case und Care Management-Modell kann die konsequente Verschränkung der Kompetenzen und Angebotsfelder durch Aufnahmesprechungen als interdisziplinäre Fallbesprechungen gelten.

#### 5.6.2.5 Methodologie der Assessment-Instrumente

Die funktionale Gesundheit ist ein zentraler Begriff in der Rehabilitation, welcher den Prinzipien des Krankheitsfolgemodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgt. Gemäß Internationaler Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Beeinträchtigungen und Gesundheit (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), sind Gesundheitszustände mehrdimensional. Also sind nebst Körperstrukturen und -funktionen auch Aktivität und Partizipation im Assessment von Bedeutung.

Aufgrund der großen Variabilität der Beeinträchtigungen und Krankheitsbilder im Alter ist die eindimensionale Beurteilung der Gesundheit problematisch. Da es aber das erklärte Ziel des Case und Care Management-Ansatzes ist, ein längeres Verbleiben von Pflegebedürftigen zu Hause durch umfassende Verbesserungen ihrer Versorgungssituation einzuleiten, sollen die eingesetzten Messinstrumente die körperliche, die psychische, die soziale sowie die pflegerische Grundeinschätzung von Bedürfnislagen beinhalten, um den Klient/innen des CCM ein höheres Maß an gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen.

Neben den einfachen Funktionalitätsskalen wurde eine Vielzahl von Instrumenten zur Beurteilung der Aktivität und der Partizipation älterer Menschen entwickelt und validiert. Eine umfangreiche Beurteilung des Gesundheitszustands setzt eine multidimensionale Evaluation auf mehreren ICF-Ebenen voraus. Erst dieses multidimensionale Assessment bildet eine ausreichende Grundlage, um optimierende Allokationsentscheidungen in der Versorgung älterer Menschen zu treffen<sup>3</sup>, eine standardisierte Rehabilitationsplanung zu ermöglichen<sup>4</sup> und um den Erwartungen der Klient/innen und Kostenträger an das Ergebnis des Case und Care Managements gerecht zu werden.<sup>5</sup> Eine

sorgfältige Auswahl von Messinstrumenten und deren Implementierung kann die Versorgung und die Behandlungsergebnisse verbessern.

Die methodologische Herangehensweise an den zu messenden Sachverhalt widerspiegelt in der Auswahl der Assessment-Instrumente.

Zum Assessment gehört auch die Erfassung sozialrechtlicher Rahmenbedingungen in Hinblick auf die Verbesserung der Finanzierungssituation für Pflegedienstleistungen. In allen ausgewählten Bereichen für das Assessment geht es sowohl bei der Festlegung der Funktionalitäten für die Online Datenbank als auch im sozialen Miteinander der Kooperationsformen im Projekt *Age-friendly Region* darum, dass die Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager die Dokumentationsgrundlagen ausreichend anwenden und in der dafür vorgesehenen Online Datenbank ausreichenden Feedback über die Einschätzungen im Assessment erhalten.

Zudem erfordert der Einsatz der Messinstrumente Training und kontinuierliche Weiterentwicklung der Dienstleistung durch qualitätssichernde Maßnahmen wie interdisziplinäre Fallbesprechungen, Intervention/Supervision und andere Formen der Psychohygiene und Organisationsentwicklung des Case und Care Management-Modells.

#### 5.6.2.6 Leitfragen in den Assessment-Gesprächen

Gelingendes Case und Care Management beruht auf einer helfenden Beziehung, welche aufzubauen zu den obersten Zielen in der Praxis von Case und Care Management für ältere Menschen gehört. Zu den Kompetenzen der Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager gehört das Fragen-Stellen ebenso wie das genau zuhören auf der Basis einer offenen Haltung gegenüber den Klient/innen und ihrer Umwelt. Wer diese Grundfertigkeiten des Assessment-Gesprächs beherrscht, ist als Case Manager/in später besser dazu in der Lage, die Bedürfnisse der Klient/innen-Systeme einzuschätzen und als Ressourcen in die Hilfeplanung einzubeziehen.

Der Einsatz der Assessment-Instrumente findet im Zuge von Assessment-Gesprächen statt. Für diese Gespräche werden zum Zwecke der Qualitätssicherung der Vorgehensweisen Leitfragen formuliert. Grundsätzlich steht der Beziehungsaufbau zu Klient/innen gegenüber dem Ziel möglichst schnell ein umfassendes Assessment anhand der im Folgenden vorgestellten Instrumente vollständig zu erfragen und zu dokumentieren, im Vordergrund. Die verschiedenen Instrumente können bei Bedarf eingesetzt werden, das heißt, wenn z. B. eine pflegerische Versorgungsproblematik vorliegt, kann diese so weit im Vordergrund stehen, dass die Arbeit zur Aktivierung sozialer Ressourcen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Klient/innen so lange von sekundärer Bedeutung ist, bis zum Beispiel Pflegeprobleme in einer neuen Wohnsituation verbessert worden sind.

Die Leitfragen in den Assessment-Gesprächen sind:

- Welche Sorgen und Ängste belasten die Betroffenen und ihr Umfeld am meisten?
- Was sollte geschehen, um die Situation der Betroffenen schnell und in Richtung auf festgelegte Ziele zu verbessern?
- Wie ist das soziale Netzwerk der Betroffenen beschaffen?
- In welcher sozialen Situation befindet sich das Klient/innen-System?
- Wie sind personale und soziale Ressourcen in Hinblick auf die Verbesserung der Situation einzuschätzen?
- Welche professionellen Hilfen und Dienstleistungsangebote sind notwendig, damit Pflegeabhängige und pflegende Angehörige die beste Unterstützung bekommen?

#### 5.6.2.8 Operationalisierung der Vorgehensweisen im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und Assessments (Übersicht)

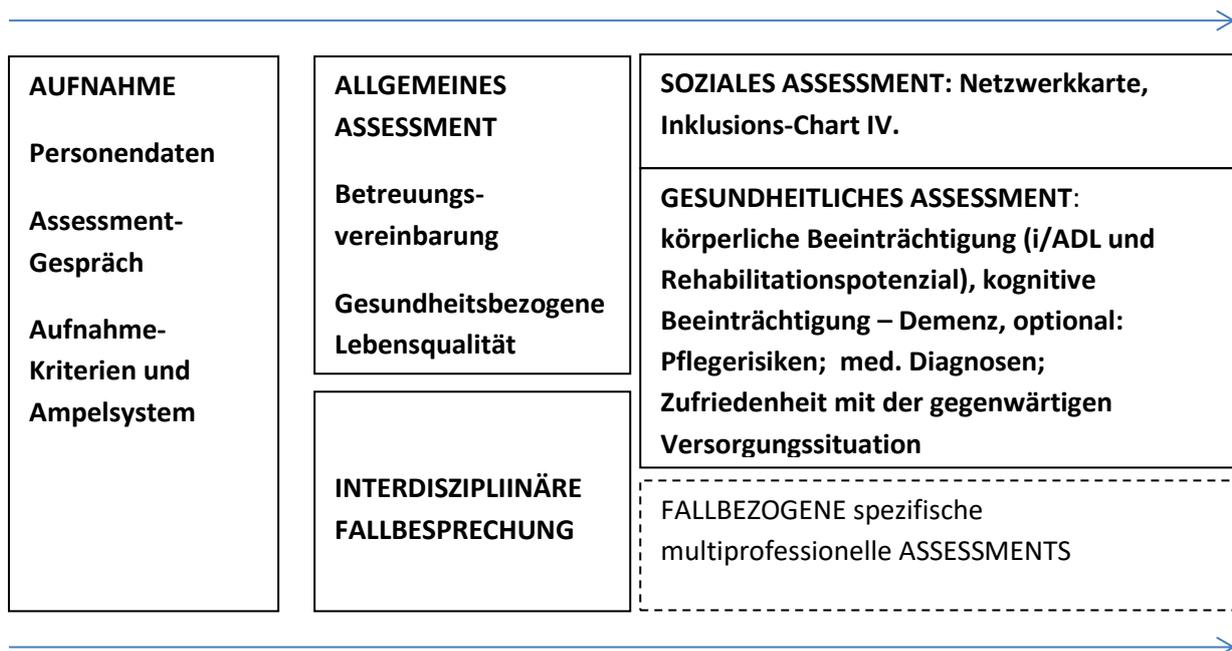


Abb. 4: Vorgehen Aufnahme inkl. Assessment (Schema)

### 5.6.2.9 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Einsatz kommen drei validierte Fragebögen, die zusammengefasst wurden und nur zusammengefasst eingesetzt werden:

Der Lebensqualitäts-Fragebogen der WHO (WHOQOL-bref): Die WHO definiert Lebensqualität als die Wahrnehmung des Menschen über seine Stellung im Leben, im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in welchem er lebt und in Relation zu seinen Zielen, Erwartungen, Standards und Sorgen. Die Lebensqualität unterliegt daher einer subjektiven Einschätzung, eingebettet in einem kulturellen, sozialen und umweltbedingten Kontext. Der WHOQOL-bref ist ein *Patient Reported Outcome*-Instrument, das den globalen Gesundheitszustand von älteren Menschen krankheitsunabhängig über 4 Gesundheitsdomänen beurteilen kann. Er besteht aus 26 Fragen mit einer Erinnerungsperiode, die die vergangenen 2 Wochen umfasst. Er ist sowohl in der deutschen als auch in der ungarischen Fassung validiert.

Der WHOQOL-BREF umfasst Bereiche der Lebensqualität, die für das gesamte Erwachsenenalter bedeutsam sind. Er muss um eine Erweiterung für ältere Menschen ergänzt werden, um alle relevanten Lebensbereiche im höheren Lebensalter abzudecken. Der WHOQOL-OLD besteht aus 24 zusätzlichen Items. Die bei älteren Menschen in Kombination eingesetzten Instrumente erfordern es, dass die Datenerhebung im Zuge eines Interviews durch die/den Case und Caremanager/in durchgeführt wird, und nicht als „Selbstauffüller-Fragebogen“. Die Gründe dafür liegen in unterschiedlichen geistigen und körperlichen Voraussetzungen (Sinnesbeeinträchtigungen, Konzentrationsfähigkeit) älterer Menschen.

Der EQ-5D-5L der Euro-Qol-Gruppe ist ein häufig verwendetes Kurzinstrument mit ähnlichen Fragestellungen und wird eingesetzt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit bisherigen Erhebungen zu verbessern, gleichzeitig dient er als Kontrollinstrument für die Befragungsergebnisse auf individueller Ebene. Er besteht aus 5 Fragen und einer vertikalen visuellen Analogskala zur Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes.

### 5.6.2.10 Struktur und Qualität sozialer Netzwerke: Die Soziale Netzwerkkarte

Bei der sozialen Netzwerkkarte handelt es sich um ein theoretisch fundiertes und praktisch erprobtes Instrument zur Erhebung der Anzahl und Qualität der Kontakte im sozialen Netzwerk einzelner. Die besondere Form des Interviews ermöglicht es geschulten Case Manager/innen, das gesamte soziale Netzwerk, das als Ressource zur Problembewältigung gesehen werden kann, abzubilden und nicht nur jene Beziehungen zu Personen zu erfragen, die bereits soziale Unterstützung leisten. Dadurch, dass mit der Netzwerkkarte ein „bildgebendes“ Verfahren zur Verfügung steht, kann das Interview beliebig zu biographischem Nachfragen und einem vertieften Beziehungsaufbau genutzt werden. Es

sind auch vergangene Beziehungen und belastende Umgangsformen mit familiären Problemlagen von Interesse. Es geht darum, die betroffene Person und ihre Sorgen und Ängste zu verstehen.

Das Interview zur Erhebung egozentrierter sozialer Netzwerke wird von einer Vier-Felder-Tafel angeleitet, in deren Kreuzungspunkt die betreffende Person dargestellt wird. Ausgehend vom Feld rechts oben werden gegen den Uhrzeigersinn soziale Beziehungen in vier Dimensionen erhoben: Familie; Freunde/Bekannte; Schule/Beruf freiwillige Beziehungen im sozialen Nahfeld jeglicher Art (z.B. Nachbarschaft, Apotheke etc.); und als vierte Kategorie das Feld der professionellen Helfer/innen.

Die Analyse der sozialen Netzwerkbeziehungen im Einzelfall ermöglicht ein bedürfnisgerechtes Erfassen der Ressourcen, die zur Förderung der gesundheitlichen, pflegerischen und psychosozialen Situation mobilisiert werden können. Das Instrument ist zudem dazu geeignet, sowohl im Familien- als auch im Helfersystem Kommunikationsblockaden zu identifizieren und grafisch darzustellen.

Das Ergebnisbild liefert allgemein verständliche Hinweise, welche Interventionen zur Verbesserung der Vernetzung aller Beteiligten, wie z. B. ein aufsuchendes Beratungsgespräch oder eine Familien- oder eine Helferkonferenz, vom Case und Care Management eingesetzt werden können.

Im Zuge der psycho-sozialen Ausrichtung der Interventionstechniken sind die Case und Caremanagerinnen und Manager und Manager beim Einsatz der Netzwerkkarte als Assessment-Instrument dazu aufgefordert, Problemlagen und Ressourcen des Familiensystems zu erkennen und in Form der Hilfeplanung aktiv zu fördern.

#### 5.6.2.11 Sozialer Inklusionschart (IC4)

Das Inklusionschart ist ein kompaktes sozialdiagnostisches Instrument, das einen Einblick in die soziale Situation einer Person in 3 Achsen beinhaltet. Das Ausmaß der Inklusion wird anhand des Zugangs und der aktuellen Teilhabe älterer Menschen an wichtiger gesellschaftlicher Infrastruktur in den Bereichen Rechtsstatus, soziale Sicherung, Geldverkehr, Mobilität und medizinische Versorgung abgeleitet. Mithilfe des IC kann ein Überblick über die sozialen Voraussetzungen der Lebensführung gewonnen werden. Es hat sich im Praxiseinsatz auch für die kooperative Diagnostik bewährt und wird laufend weiterentwickelt. Die aktuelle Version ist IC4. Das IC ermöglicht neben der fallbezogenen Situationsanalyse die Auswertung akkumulierter Daten über die soziale Situation von Subgruppen der Inanspruchnahme.

#### 5.6.2.12 Assessment des Pflegebedarfs - Resident Assessment Instrument RAI-HC

In der Steiermark wird ein erprobtes und valides Instrument für die Abklärung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen, die Langzeitpflege und -betreuung benötigen, das sog. „Resident Assessment Instrument – Home Care“ oder kurz „RAI-HC“. Der RAI-HC wird in einer Fassung aus 2002 von den Einrichtungen mobiler Dienste flächendeckend eingesetzt. Es handelt sich um ein renommiertes Instrument, das international zur regionalen Planung und Steuerung von Versorgungsstrukturen in der Langzeitpflege eingesetzt wird.

RAI-HC fokussiert auf die Erhebung der körperlichen und psychischen Funktionalität sowie die Bedürfnisse, Stärken und Vorlieben der Betroffenen, die in die Planung von Pflege und Versorgung miteinbezogen werden. Es besteht aus Abklärungshilfen für körperliche Beeinträchtigung (i/ADL und Rehabilitationspotenzial), kognitive Beeinträchtigung – Demenz sowie für die Zufriedenheit und Qualität der gegenwärtigen Versorgungssituation. Optional werden auch Abklärungshilfen zu Pflegerisiken, sog. „Risiko-CAPs“ einsetzbar (Dehydration, Stürze, Dekubitus, Delir, Herz und Atmung, Ernährung).

Aus der Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Klient/innen mittels diesen Abklärungshilfen resultiert eine Abklärungszusammenfassung (auch Risikoerkennungstafel), die automatisch anhand der in den Abklärungsbogen (derzeit: MDS für die häusliche Versorgung) eingetragenen Werte generiert werden kann. Die Durchführung der Erhebung der notwendigen Informationen dauert in der Praxis 45 bis 60 Minuten. Die Ergebnisse der Abklärung führen zur in der Praxis als schwierig empfundenen Aufgabe, Prioritäten für die weitere Fallbearbeitung zu setzen.

Der RAI-HC bietet technische Potenziale (Ergebnismessung, Kopplung mit Finanzierung), für die die Voraussetzungen trotz flächendeckenden Einsatzes in Form regelmäßiger Analysen der Assessmentqualität und der Ergebnisse nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Nur einer von fünf Trägerorganisationen stellt sicher, dass die anhand der RAI-HC-Erhebungsbögen gesammelten Werte in einer digitalisierten Form zur Verfügung stehen. Dadurch entzieht sich die Praxis des Case und Care Managements durch mobile Pflegekräfte derzeit der systematischen Analyse und des Einsatzes des Instruments zur Qualitätssicherung.

### 5.6.3 Standard 3: Handlungsplanung

Die Case Managerin bzw. der Case Manager und die Klientinnen und Klienten und/oder deren Familienangehörige vereinbaren gemeinsam realistische kurz-, mittel- und langfristige Ziele und einen Maßnahmenplan zur Zielerreichung auf Basis der Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen. Der Handlungsplan informiert darüber, welche Aktivitäten und Maßnahmen von wem wann umgesetzt werden.

Indikatoren:

3.1 Anteil der Klientinnen und Klienten oder Angehörigen, bei denen die/der Case und Caremanager/in die Umsetzung des jeweiligen Handlungsplans mindestens 1x pro Monat überprüft hat.

3.2 Anteil der Klientinnen und Klienten, für deren Bedarf keine Dienstleistungen vermittelt werden konnten.

Obwohl in der Modellentwicklung als wichtiger Schritt nach dem Assessment beschrieben, gleicht die Praxis der Handlungsplanung einer parallel zum Assessment verlaufenden Kommunikation, und teilweise beginnt diese Kommunikation über die Handlungsplanung mit Klient/innen bereits im Zuge der Aufnahmegespräche. Im Verlauf der Fallbearbeitung ist es durchaus möglich, dass bereits akut für die Klient/innen notwendige Interventionen gesetzt oder veranlasst wurden, bevor die geplanten Handlungen zum ersten Mal strukturiert und dokumentiert werden.

Im Rahmen der Handlungsplanung ist es deshalb notwendig, dass seitens des Case und Care Managements ein echter Zusatznutzen in Form eines Vorschlags für eine Versorgungsplanung erbracht wird, der dem umfassenden Ansatz des Modells gerecht wird und auf Ressourcen und Potenziale verweist, die im bisherigen Ablauf der Fallbearbeitung sichtbar wurden. Dafür ist es wesentlich, zusammen mit Klient/innen und weiteren Personen im sozialen System der Klientinnen und Klienten mögliche Ziele zu besprechen, zu gewichten und sich über das bestehende Versorgungsnetzwerk zu verständigen.

Das Ergebnis ist ein Versorgungsplan mit Zuweisung von Verantwortung für unterschiedliche Umsetzungsschritte, um die Zielsetzungen im CCM zu erreichen. Er soll der Versorgung und den Bedürfnissen der Person gerecht werden, mit ihrem/seinem Umfeld vereinbar sein. Durch die so geplante Unterstützung sollen die Ziele und dadurch Verbesserungen der individuellen Lebensqualität erreicht werden können.

Zur Dokumentation ermöglicht die Online-Datenbank das Anlegen von Primär- und Sekundärzielen sowie der notwendigen Vorgehensweisen zur Zielerreichung, von kurzfristigen Ergebnissen der

Zielerreichung sowie der Verantwortlichen für einzelne Umsetzungsschritte, die als Ausdruck übersichtlich dargestellt und zur Kommunikation mit Beteiligten an der Fallbearbeitung eingesetzt werden können.

#### 5.6.4 Standard 4: Monitoring der Versorgung

Die Case Managerin bzw. der Case Manager begleitet, unterstützt und dokumentiert kontinuierlich die planmäßige Durchführung der vereinbarten Maßnahmen.

Indikator 4: Die Planung und Durchführung der Leistungssteuerung wurde mindestens zwei Mal pro Jahr überprüft und bei Bedarf verbessert.

Hinter der Bezeichnung „Monitoring der Versorgung“ verbergen sich mit die wichtigsten Aktivitäten der Case und Caremanagerinnen und Manager und Case Manager, um die Ziele des Ansatzes, einen besseren Zugang und eine höhere Effektivität im Zusammenwirken der bestehenden Versorgungseinrichtungen mittels Case und Care Management zu erreichen.

Dafür ist es in der Fallbearbeitung in erster Linie notwendig, proaktiv Kontakt zu bestehenden Hilfsangeboten aufzunehmen und über konkrete Zielvereinbarungen und geplante Aktivitäten zu informieren. Die Kommunikations- und Vernetzungsaktivitäten in der Praxis sind eine tragende Säule des Case und Care Managements bei seinem Versuch, das Zusammenspiel in der Versorgung zu erfassen und im Sinne der Klient/innen abgestimmt auf individuelle Bedürfnisse und Besonderheiten zu verbessern.

Aufgaben und Arbeitsschritte im Zuge des Monitorings der Versorgung haben weitere Gesichtspunkte. Die Zufriedenheit der Klient/innen mit dem Status quo der Versorgung sowie ihre Einstimmung in mögliche Zielsetzungen sind für die Gesamtqualität der Dienstleistung insgesamt sehr wichtig, Fragen der Autonomie und eines würdevollen Alterns sind dabei wichtige Orientierungspunkte. Im Regionalen Modell werden die Klient/innen nach 6 bis 8 Monaten im CCM bzw. bei Fallabschluss über ihre Zufriedenheit befragt.

Aus objektiver Sicht des Case und Care Management ist es jedoch von zentraler Bedeutung, Schwächen und Unzulänglichkeiten in den bestehenden Versorgungssystemen zu identifizieren und der Diskussion über mögliche Verbesserungen der gegenwärtigen Versorgung zuzuführen. Deshalb erfolgt die Entwicklung der Dokumentationsgrundlagen auf eine Art und Weise, die die Erfahrungen und Probleme, die einer bedürfnisgerechten Versorgung in Einzelfällen regelmäßig im Wege stehen, identifiziert, kategorisiert und zur Diskussion stellt.

Vom Blickwinkel sind der Art der Leistung, die ältere Menschen für ihre Hilfe benötigt und geplant haben und damit der Monitoring-Funktion im Case und Care Management-Modell keine Grenzen gesetzt.

### 5.6.5 Standard 5: Evaluation

Standard 5—Evaluation: Die Case und Caremanagerin bzw. der Manager evaluiert regelmäßig mit den Klientinnen und Klienten den Handlungsplan und dessen Umsetzung, um deren Bedürfnisse, Zufriedenheit und Fortschritte festzustellen und gegebenenfalls das Angebot anzupassen.

Indikator 5:

Die Case Manager/innen stellen sicher, dass die vereinbarten Instrumente und Kriterien zur Evaluation der Standards (1-7) angewendet und 1x pro Jahr überprüft und verbessert wurden

Mit der Evaluationsphase beginnt der Abschnitt der Beendigung der Fallbearbeitung meist mehrere Monate nach der Aufnahme in ein Case und Care Management. Im Zuge eines Abschlussgesprächs wird eine Bewertung des Gesamtprozesses durch die Case und Caremanagerinnen und Manager und Klientinnen und Klienten möglich. Dabei sind die Zufriedenheit mit dem Case und Care Management, positive Erfolge und Ergebnisse sowie Dinge, die weniger gut gelaufen sind festzuhalten und Arbeitstechniken zu bewerten.

Im Zuge der Evaluation wird verpflichtend ein Re-Assessment der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchgeführt, um den Allgemeinzustand von Klient/innen auf dieselbe Art und Weise wie im Zuge der Aufnahme zu erfassen.

Danach erfolgt eine Kurzeinschätzung der Veränderungen gemessen an den eingangs für den Schritt der Aufnahme definierten Aufnahme-Kriterien, um eine weitere Grundlage für das Erkennen eines neuerlichen Bedarfs für Case und Care Management zu erkennen und gegebenenfalls ein Re-Assessment einzuleiten. Die Gründe dafür werden sorgfältig dokumentiert.

Dadurch erfolgt, wie in der Abbildung des Case und Caremanagement-Regelkreises ersichtlich (Querverweis einbauen), gegebenenfalls eine zweite Periode der Fallbearbeitung, in der Klient/innen mehrere Phasen des Managementkreises durchlaufen können, ehe sie aus dem Case und Care Management entlassen werden.

### 5.6.6 Standard 6: Beendigung und Übergang

In Abstimmung mit den Klientinnen und Klienten und deren Familienangehörigen beendet oder übergibt die Case Managerin bzw. der Case Manager ihre/seine Aufgabe. Dies geschieht planmäßig, zielorientiert und systematisch nach etablierten Richtlinien.

Indikatoren:

- 6.1 Anteil der Fälle, in denen die Ziele der Handlungsplanung in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin bzw. der Angehörigen erreicht wurde
- 6.2 Anteil der unterbrochenen Fälle der Klientinnen und Klienten

Aus der Evaluation des Case und Care Management-Prozesses folgt, welche Fragestellungen, Ziele und Handlungen offen bleiben oder nicht durchgeführt oder erreicht werden konnten. Es sind dieselben Fragestellungen, die beim Monitoring der Leistungserbringung, der Evaluation und der nunmehrigen Beendigung des Case und Care Managements wichtig waren, um die Behandlungsergebnisse sicherzustellen. Es hat sich herausgestellt, wer sich als verlässliche Partnerorganisation oder Person bewährt hat.

Für die Funktion des Case und Care Managements steht die Entscheidung im Zentrum, ob die Verantwortung und Aufgaben für die Organisation und Steuerung an Klient/innen und Angehörige zurück- oder weitergegeben werden kann. Das Ziel des Case und Care Managements ist erreicht, wenn dies teilweise oder zur Gänze möglich ist und die Voraussetzungen zur Beibehaltung einer hohen Lebensqualität durch das Case und Care Management verbessert werden konnten.

Die Implementierung der Beendigungs- und Übergangsphase in der Fallbetreuung wird durch die Dokumentation der Gründe für die Beendigung und eine Wiederholungsmessung der Lebensqualität dokumentiert. Im Zuge des QM ist im CCM von Chance B auch eine Zufriedenheitsbefragung mit der Dienstleistung verbunden. Im Idealfall erfolgt die Beendigung des CCM in beiderseitigem Einvernehmen und unter der Maßgabe, dass die Case und Caremanager/in sich als Kontaktperson anbietet für den Fall, dass Klientinnen und Klienten das Bedürfnis nach seiner/ihrer Unterstützung erneut entwickeln.

### 5.6.7 Standard 7: Ethik

Die Case Managerin bzw. der Case Manager holt das Einverständnis der Klientinnen und Klienten zu Ethik, Vertraulichkeit und Datenschutz.

Indikator en:

7.1 Anteil der Klientinnen und Klienten, die Beschwerden bezüglich Ethik vorgebracht haben

7.2 Anteil der Klientinnen und Klienten, die Beschwerden bezüglich Datenschutz vorgebracht haben

Hinsichtlich des Datenschutzes berücksichtigt das Case und Care Management Modell bei der Aufnahme insbesondere folgende Bestimmungen:

- Klient/innen werden über den Zweck, die Art und Umfang der Daten, die über sie erhoben und festgehalten werden, informiert und über ihre Rechte insbesondere auf eine vollständige und unwiderrufliche Löschung der aufgezeichneten Informationen aufgeklärt;
- Klient/innen werden zeitnah über einzelne Informationen, die mit anderen helfenden Einrichtungen und deren Vertreter/innen ausgetauscht werden, informiert und stimmen in Form einer partiellen Schweigepflichtentbindung direkt oder indirekt (gesetzliche Vertretung) dem jeweils geplanten Vorgehen zeitnah zu.
- Klientin unterzeichnen eine Einverständniserklärung zur Speicherung und Verwendung der Daten. Wenn es im Laufe der Fallbetreuung zur zeitnahen Informationsweitergabe an Dritte kommt, werden Klientinnen und Klienten gesondert darüber informiert und unterzeichnen entsprechende Zusatzvereinbarungen, die die Case und Caremanagerin bzw. der Manager beibringt.

### 5.6.8 Standard 8: Koordination

Die Case Managerin bzw. der Case Manager steuert klientenzentriert die Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Klientinnen und Klienten und allen Beteiligten inklusive Angehörigen, Pflegefachkräften und anderen Dienstleistern.

Indikator 8:

Die Case Manager/innen stellen sicher, dass die relevanten Partner mindestens 1x pro Jahr die Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit überprüfen und gegebenenfalls verbessern.

In der Praxis der Fallbearbeitung ist es selbstverständlich, eine gute Kommunikation zur Koordination verschiedener Dienstleistungen einzubringen. Dies beinhaltet einen sorgsamem Umgang mit persönlicher Information, eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Zielen und Vorgehensweisen anderer Einrichtungen und Dienstleistungen sowie Arbeitstechniken wie Reflexionen in Fallbesprechungen oder die Organisation und Moderation von Helferkonferenzen.

Standard 8 zielt jedoch auch darauf, dass die Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen und Dienstleistungen regelmäßig und institutionalisiert stattfindet. Somit sind Rahmenbedingungen für Kooperation, Koordination und Vernetzung von Nöten, für die es nicht an allen Stellen im Gesundheits- und Sozialsystem ideale Rahmenbedingungen gibt. So sind etwa Fall- und Teambesprechungen bei den mobilen Pflegediensten in der Region nicht ausreichend möglich, weil diese Zeit nicht an Klient/innen weiterverrechnet werden kann, die Personalressourcen im allgemeinen gering sind und andere Voraussetzungen für eine solch professionelle Koordination, wie sie für ein Case und Care Management von Nöten ist, nicht in einem wünschenswerten Ausmaß gegeben sind. In der Personenbetreuung, einem weiteren zentralen Dienstleistungsangebot, sind die Rahmenbedingungen noch schlechter ausgebaut etc.

So lange es keine aufgewerteten Rahmenbedingungen für die Einhaltung dieses Standards in einem regionalen oder lokalen Hilfesystem gibt, obliegt es unter anderem dem Geschick im Case Management, etwa durch gute persönliche Kontakte eine bessere Koordination herbeizuführen. Erst wenn die politisch Verantwortlichen sowie das Management in Trägerorganisationen dafür ausreichend sensibilisiert werden kann, dass Koordination die Versorgung insgesamt effizienter und bedürfnisgerechter gestalten kann (auch über den Einzelfall hinausreichend), sind wesentliche Fortschritte bei der Einhaltung dieses CCM-Standards zu erwarten.

#### 5.6.9 Standard 9: Abstimmung mit dem System

Die Case Managerin bzw. der Case Manager beachtet lokale, regionale und staatliche Regelungen, Gesetze und Rahmenbedingungen.

Indikator 9: Die Case Manager/innen stellen sicher, dass die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Regelungen 1x pro Jahr überprüft und bei Bedarf verbessert wurde

Die Erfahrungen im CCM für ältere Menschen sind dahingehend, dass die Beratungskompetenz im Case Management vielerlei Themen beinhalten und abdecken muss, wofür die geltenden Regelungen, Gesetze und Rahmenbedingungen wichtige Grundlagen darstellen. Pflegegeldverfahren, Pflugschaftsgerichtsverfahren, anonyme Anzeigen wegen Pflegeverwahrlosung, Amtshilfen etc. sind häufig in Erscheinung tretende Themenstellungen.

In der Praxis ist es schwierig, alle Themenbereiche in ausreichend guter Qualität in der Beratung und Begleitung berücksichtigen zu können. Die Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen, die über die jeweiligen Kompetenzen verfügen, stärkt damit auch den jeweiligen Kompetenzaufbau im Regionalen Case und Care Management und gehört zu den Routinen in der Fallbearbeitung.

Darüber hinausgehend ist die Haltung im Regionalen CCM wichtig, Klient/innen dann proaktiv zu ihrem Recht zu verhelfen, wenn aufgrund des Nichtausschöpfens rechtlicher Möglichkeiten die Lebensqualitätchancen älterer Menschen gefährdet sind. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn es etwa um Pflegegeldansprüche, Zuzahlungen zur Pflege zu Hause aus der Sozialhilfe oder auch das allgemeine Recht auf eine bestmögliche medizinische Versorgung nach dem aktuellen Goldstandard, wenn es um Zugang zu Behandlungseinrichtungen etc. geht. Hier werden die Aktivitäten im Case Management besonders wichtig in Bezug auf das Ziel der Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Aber auch dann, wenn es um Grundrechte oder natürliches Recht geht, ist die Abstimmung mit dem System von Bedeutung. So haben etwa in Graz lebende ältere Menschen eine größere Wahlfreiheit bei Dienstleistungen der Hauskrankenpflege, die in den ländlichen Regionen nicht gewährleistet ist, weil die Anbieterorganisationen de-facto über einen Gebietsschutz verfügen.

#### 5.6.10 Standard 10 – Ressourcenmanagement

Die Case Managerin bzw. der Case Manager berücksichtigt Faktoren bezüglich Qualität, Zugang und Kosteneffektivität, um die Ressourcen für das Leistungsangebot bestmöglich einzusetzen.

Indikatoren:

Indikator 10.1: Durchschnittlicher Aufwand in Stunden pro Case und Caremanager/in pro Klient/in

Indikator 10.2: Durchschnittliche Zahl der Klientinnen und Klienten pro Case und Caremanager/in

Vergleichende Analysen des CCM-Modells sind für das Dienstleistungsangebot von Chance B erst im Verlauf des Jahres 2019 zu erwarten. Freilich hängt es stark mit dem Handlungsmodell und den Rahmenbedingungen zusammen, wie viel Zeit konkret pro Einzelfallbearbeitung aufgewendet wird. Die bisherigen Erfahrungen sind dahingehend, dass eine individuelle Fallbearbeitung auch individuelles Ressourcenmanagement erfordert. Manche Fälle sind sehr beratungsintensiv, in anderen Fällen überwiegen begleitende Funktionen. Je nach Intensität und Ausprägung der Problemlagen ist das Ausmaß insgesamt sehr unterschiedlich, ebenso die Verteilung auf einzelne Aufgaben der Case und Caremanagerinnen und Manager. Somit könnte zwar die Kosteneffektivität stärker reguliert werden, dies könnte auf den Einzelfall aber auch kontraproduktiv einwirken, so die Erfahrung. Denn es ist auch Sicht eines lokalen oder regionalen Hilfesystems insgesamt effizienter, zeitintensive Hilfeformen bei einer Pflege und Betreuung zu Hause einzusetzen, wenn man die Kosten mit einem unerwünschten Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Pflegeheim) in Beziehung setzt.

### 5.6.11 Standard 11: Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Organisation definiert und dokumentiert die Koordinationsaufgaben, Arbeitsprinzipien, Zuständigkeiten und Arbeitsinstrumente für die operative Arbeit der Case Manager/innen und stellt die notwendigen Bedingungen dafür bereit.

Indikator 11:

Ein Organisationshandbuch, in dem Arbeitsprinzipien, Zuständigkeiten und Arbeitsinstrumente genau definiert sind, ist vorhanden und wird 1x pro Jahr überprüft und bei Bedarf verbessert.

Chance B hat als Leadpartner des Projekts *Age-friendly Region* sowie als professioneller Dienstleister in der Region seine diesbezüglichen Hausaufgaben gemacht: Zur Sicherstellung der Ablauforganisation gibt es einen Leitfaden für die Case und Caremanagerinnen und Manager aus dem Blickwinkel des firmeneigenen Qualitätsmanagements: Es enthält eine Aufgabenbeschreibung, Zuständigkeiten, Abläufe und Qualitätsindikatoren.

Das im Projekt *Age-friendly Region* entworfene „Bilaterale Modell“ sowie das hier vorliegende Regionale Modell für CCM beinhalten verschiedene Arbeitsprinzipien und -instrumente (vgl. Assessments, die Online-Datenbank etc.).

### 5.6.12 Standard 12: Bereitstellung von Ressourcen

Die Organisation stellt eine angemessene Infrastruktur und die erforderlichen zeitlichen Ressourcen der Case Managerin bzw. dem Case Manager zur Verfügung, um eine optimale Arbeitsauslastung zu ermöglichen.

Indikator 12:

Die Organisation stellt sicher, dass die Angemessenheit von Budget und Infrastruktur mindestens 1x pro Jahr gemeinsam mit den Case Managern überprüft, reflektiert und bei Bedarf verbessert wird

Chance B hat mit Unterstützung der Stadtgemeinde Gleisdorf am Rathausplatz in Gleisdorf eine Dienststelle für CCM eingerichtet, die für ältere Menschen leicht erreichbar ist und auch über einen Besprechungsraum verfügt. Dadurch, dass für drei Case und Caremanagerinnen und Manager ständig zwei Dienstautos zur Verfügung stehen, sind die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine Begleitung zu Hause optimal eingerichtet. Dies ist im Wesentlichen der Finanzierung aus dem EU-Interreg-Projekt *Age-friendly Region* geschuldet. Andere Anbieterorganisationen verrechnen

mitunter Kosten für die CCM-Tätigkeiten oder verfügen nicht im gewünschten Ausmaß über die Möglichkeit zu Hausbesuchen.

In der bisherigen Umsetzungserfahrung wurde ersichtlich, dass es eine kostenlose Inanspruchnahme des CCM ermöglicht, Zugang zu bildungsfernen und vulnerablen Gruppen im Case Management zu schaffen, dies ist auch mit Blick auf vergleichbare Angebote in der Region von Bedeutung. Diese Rahmenbedingungen sollten für eine weiterführende Implementierung dieses Regionalen Modells für CCM für ältere Menschen nach Möglichkeit beibehalten werden, weil ältere Menschen, die sozial benachteiligten Gesellschaftsgruppen angehören, erfahrungsgemäß am stärksten vom Angebot profitieren können.

### 5.6.13 Standard 13: Kompetenzen und Qualifikationsprofil

Die Organisation stellt sicher, dass die Case Managerin bzw. der Case Manager über die Ausbildung, Erfahrung und Expertise verfügt, die für das Case Management notwendig ist.

Indikator 13:

Die Organisation stellt sicher, dass die Case und Caremanagerinnen und Manager bei der Anstellung das Qualifikationsprofil erfüllen.

In der Theorie sind Case und Care Management gut eingrenzbar Arbeitsmethoden aus der Sozialen Arbeit, die seit längerem auch in der Medizin und in der Pflege angewendet werden. In der Praxis unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialsysteme wurde CCM jedoch in unterschiedlichen Kontexten, in unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichen Aufträgen implementiert.

Hinsichtlich der notwendigen Qualifikation von CCM herrscht die weithin akzeptierte Meinung vor, dass Case und Caremanagerinnen und Manager über praktische bzw. methodische Kompetenzen in ihrem jeweiligen Quellberuf ebenso verfügen wie über Grundkompetenzen in Bezug auf das Gesundheits- und Sozialsystem. Diese können, wenn etwa eine jahrelange Berufserfahrung in unterschiedlichen Teilsystemen vorgewiesen werden kann, auch über Erfahrung erworben werden. Nichtsdestotrotz ist Case Management heute eine aufstrebende Methode in sehr unterschiedlichen Handlungsfeldern. Es haben sich auch in Österreich Fachgesellschaften gebildet, die sich um die inhaltliche und theoretische Fundierung von Case und Care Management als Handlungsmethoden im Sozial- und Gesundheitswesen bemühen. So hat die Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit kürzlich Standards für Case Management veröffentlicht, die im Übrigen weitgehend mit den hier vorgestellten Standards, insbesondere was die Grundlagen betrifft (Funktionen, Haltungen, Perspektiven) weitgehend übereinstimmt.

Die Vertragspartner im Interreg-Projekt *Age-friendly Region* haben vor einem solchen Hintergrund ein gemeinsames Qualifikationsprofil festgelegt, das fachlichen Standards gerecht wird und mit den gegenwärtigen Gepflogenheiten in der Steiermark und Westungarn kompatibel ist. Dieses definiert Qualifikationserfordernisse sowie Kompetenzen und Fähigkeiten von Case und Caremanagerinnen und Manager für ältere Menschen in den Projektregionen beider Länder.

Case und Caremanagerinnen und Manager verfügen über eine Grundausbildung im Rang eines Bakkalaureats (6 Semester oder 180 ECTS) als Sozialarbeiter/innen oder Pflegefachkräfte. Zusätzlich verfügen sie über eine spezifische Fort- und Weiterbildung in Case und Care Management und mehrjährige Praxiserfahrung.

Wenn für die Ausübung der Tätigkeit in Frage steht, ob die für das Case und Care Management eingesetzten Personen über eine ausreichende Qualifikation verfügen, so sind ihre individuellen Fähigkeiten in zentralen Kompetenzen gezielt zu fördern.

Das Qualifikationsprofil kann grafisch wie folgt dargestellt werden:

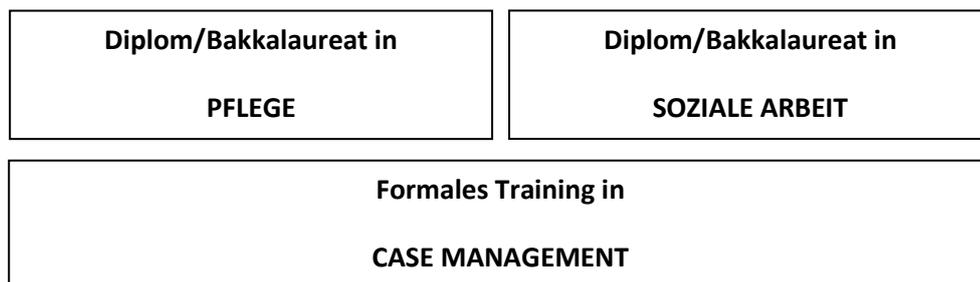


Abb. 5: CCM-Qualifikationsprofil

Die Kompetenzbereiche der Case und Caremanagerinnen und Manager werden angelehnt an das Kompetenzprofil für CCM der Spitex (Schweiz) wie folgt definiert. Für alle Kompetenzen stehen drei Indikatoren bereit, die die Leitfragen zur Selbst- und Fremdevaluation darstellen:

Kommunikationsfähigkeit	Beurteilungsvermögen	Glaubwürdigkeit
Problemlösungsorientierung	Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	Integrationsfähigkeit
Selbstmanagement	Konfliktlösungsfähigkeit	Entscheidungsfähigkeit
Beziehungsmanagement	Ganzheitliches Denken	Fachübergreifende Kenntnisse
Beratungsfähigkeit	Verständnisbereitschaft	Analytische Fähigkeiten

Tab. 4: CCM-Kompetenzbereiche

Im Rahmen einer Selbst- und Fremdeinschätzung von bestehenden Kompetenzen kann die persönliche Weiterentwicklung spezifischer Case und Care Management-Kompetenzen geplant und konkretisiert werden. Stärken sowie individuelle Entwicklungsbereiche lassen sich erheben und eine Entwicklung auf formaler oder nicht formaler Ebene kann geprüft werden.

#### 5.6.14 Standard 14: Supervision und Fortbildung

Die Organisation stellt sicher, dass die Case Managerin bzw. der Case Manager in der Praxis durch reguläre Supervision unterstützt werden und Möglichkeiten zur professionellen Weiterentwicklung haben.

Indikator 14:

Anteil der Case Manager/innen, die jedes Jahr an relevanten Fortbildungen teilnehmen.

Im Rahmen des Projekts *Age-friendly Region* stehen Budgets für spezifisches Training der CCM zur Verfügung. Fortbildungsmodule sind:

Case und Care Management in den Bereichen Pflege und Soziales
Case Management und Disease Management in der Versorgung chronisch Kranker
Das Case und Care Management Modell und Dokumentationsgrundlagen
Einschulung und Training der sozialen Assessmentinstrumente (Soziale Netzwerkkarte, IC-4)
Einschulung und Training der gesundheitsbezogenen Assessment-Instrumente (RAI-HC, hrQoL-Fragebogen)
Case und Care Management Kompetenz-Training (vgl. 3.7)
Einschulung und Training im Umgang mit der Online-Datenbank

Tab. 5: CCM-Fortbildungsmodule

Darüber hinausgehend stellen diese Trainingsmodule die Basis für die Anwendung des Case und Care Management Modells in der Praxis dar.

Ebenso sehen die Projektmittel ein Budget für psychohygienische Maßnahmen vor , die von den CCM-Teams selbstbestimmt verwaltet und zielgerichtet eingesetzt werden sollen. Die Spannweite reicht von fallspezifischer Einzelsupervision (empfohlen) über Training und Anwendung von Interventionsmaßnahmen (z.B. Balint-Gruppe) über klassische Teamsupervision bis zu persönlicher Supervision und Coaching auf freiwilliger Basis.

#### 5.6.15 Standard 15: Qualitätssicherung

Die Organisation stellt sicher, dass die höchstmögliche Qualität im Case Management eingehalten und laufend optimiert wird.

Indikator 15: Die Organisation stellt sicher, dass die Standards 1x im Jahr überprüft und bei Bedarf verbessert werden.

Die für Chance B am 01. Feb. 2018 in Kraft getretenen internen Regeln zur Qualitätssicherung des Case und Care Managements beruhen auf den hier dargestellten Standards und Fristsetzungen. „Gesundheit organisatorisch begleiten“ ist der zum CCM gehörige Kernprozess der Einrichtung. Das Dokument ist als direktes Ergebnis des Regionalen Modells im Anhang ausführlich dargestellt, um zur Nachahmung zu verführen.

Die Gesundheits- und Sozialzentren in Győr, Szombathely und Zalaegerszeg erarbeiten als Projektpartner von *Age-friendly Region* ebensolche Regelungen für die Aufbau- und Ablauforganisation und mit an die Verhältnisse in einem anderen Gesundheitssystem angepassten Details.

#### 5.6.16 Standard 16: Vernetzung

Die Organisation baut systematisch interorganisationale Netzwerke auf und pflegt Kooperationsformen und -beziehungen mit anderen Organisationen im gemeinsamen Versorgungssystem.

Indikator 16: Die Kooperationsvereinbarungen mit andern Organisationen werden 1x im Jahr überprüft, reflektiert und bei Bedarf mit den relevanten Organisationen verbessert.

Grundlegend für gemeinsame Aktivitäten zur Vernetzung regionaler Gesundheits- und Sozialdiensteanbieter ist die Auffassung von Case und Care Management als einer Funktion eines lokalen und regionalen Gesundheits- und Sozialwesens, über die Fallbegleitung durch Case und Caremanagerinnen und Manager hinausgehend. Dazu gehört, die Teilnahme am Case und Care Management als Selbstverpflichtung der lokalen und regionalen Akteure zu betrachten und als bestmögliche Übernahme von Verantwortung für eine bessere Vernetzung und Integration der vorhandenen Angebote zu verstehen.

Im Projekt *Age-friendly Region* ist es bislang gelungen, Netzwerke aufzubauen, insbesondere ein Netzwerk von Fachleuten für Case und Care Management, die an Entscheidungspositionen in der regionalen Versorgung mit mobilen Diensten für ältere Menschen inkl. Hauskrankenpflege wirken. Versuche, eine regionale Steuergruppe für die künftige, System- und Angebotsgrenzen überschreitende Planung der Versorgung älterer Menschen systematisch aufzubauen, sind für die Projektorganisation wegen ihrer Stellung im Gesundheitssystem (Anbieterorganisation) außer Reichweite.

### 5.6.17 Standard 17: Interorganisationale Zusammenarbeit

Die Organisation identifiziert fallübergreifende Versorgungslücken oder Überversorgung und bringt diese Information bei den relevanten Stellen im Versorgungssystem ein.

Indikator 17:

Anteil der Klient/innen, die aufgrund mangelnder Infrastruktur abgebrochen wurden;

Auf der Ebene der Vernetzung verbucht das Projekt *Age-friendly Region* bislang Erfolge in Form von zwei Kooperationsvereinbarungen, die die Implementierung der Dienstleistung entlang des Regionalen Modells befördern, bis hin zur Nutzung der Online-Datenbank.

Lokale Netzwerke von Akteuren in unterschiedlichen Praxisfeldern konnten erreicht werden, die Vernetzung bezieht sich primär auf die gemeinsame Fallbearbeitung (z. B. interdisziplinäre Fallbesprechungen, Helferkonferenzen), externe Kooperationspartner weisen CCM-Fälle zu. Die Erfahrungen nach einem guten Jahr der Implementierung werden im letzten Projektjahr in Form von Workshops an die lokalen Vernetzungspartner herangetragen, und letztlich findet ein Behördenworkshop statt, um über wichtige Problembereiche im lokalen und regionalen Dienstleistungsangebot zu beraten und das im Projekt *Age-friendly Region* gesammelte Wissen für politische Entscheidungen zur Verfügung zu stellen.

Ziel ist, für die Umsetzung des Regionalen Case und Care Management Modells unterschiedliche Kooperationspartner für möglichst viele der Kooperationsbereiche zu finden, da dies die beabsichtigte, auf weitere als die Vertragspartner ausgedehnte, Implementierung des Case und Care Management Modells ermöglicht.

## **6. Online Datenbank für Case und Care Management für ältere Menschen**

Bei der gemeinschaftlichen, Organisationen übergreifenden Entwicklung eines Case und Care Management-Modells für ältere Menschen in der Oststeiermark arbeiten verschiedene Anbieterorganisationen für mobile Pflegedienste sowie Chance B und Weiz Sozial bei der Definition von Dokumentationsgrundlagen für Case und Care Management zusammen.

Ziele der gemeinsamen Entwicklung von Dokumentationsgrundlagen sind:

- ein gemeinsames Instrumentarium für die Feststellung des Bedarfs für Case und Care Management zu entwickeln,
- ein gemeinsames Vorgehen für die Umsetzung der Dokumentationsgrundlagen für Case und Care Management in Form einer Online Datenbank zu planen, und dabei
- ein umfassendes, an allen Problemlagen und Ressourcen älterer Menschen orientiertes CCM-Modell als inhaltliche Zielsetzung anzuwenden, und dadurch
- für alle am Entwicklungsprozess Beteiligten die operativen Voraussetzungen für die Erprobung und Implementierung eines bedürfnisgerechten Case und Care Management Angebots für ältere Menschen zu schaffen

Die Online-Datenbank ging Anfang Juli 2018 in Betrieb. Sie unterstützt die Fallbearbeitung, ermöglicht eine zentrale Dokumentation, auf die mobil zugegriffen werden kann. Gleichzeitig werden die erarbeiteten Rahmenbedingungen umgesetzt.

Die Rahmenbedingungen im Projekt *Age-friendly Region* sind so gestaltet, dass die Online-Datenbank von mehreren Organisationen innerhalb und außerhalb des Projekts und ohne Beteiligung an den Entwicklungskosten genutzt werden kann, da sie wie auch andere Projektergebnisse öffentlich zur Verfügung steht.

Das Ziel der Online-Datenbank ist die bestmögliche Unterstützung der Durchführung der Fallarbeit durch die online verfügbaren Ressourcen. Gleichzeitig dient dies der Sicherung der zwischen den beteiligten Projektpartnern vereinbarten Qualitätskriterien bei der Implementierung von Case und Care Management für ältere Menschen in unterschiedlichen Projektregionen. Darüber hinausgehend werden im Zusammenhang mit der Evaluationsstudie zum Projekt Informationen gesammelt, die zur Erklärung veränderter Lebensqualität älterer Menschen durch Case und Care Management herangezogen werden können.

Hinsichtlich Datenschutz werden im Zuge zahlreicher Programmierbestimmungen und vor allem durch das Datenmanagement dafür Sorge getragen, dass die Funktion und die Ziele der Datenbank bestmöglich verfolgt werden können, ohne mit grundlegenden Bestimmungen des DSGVO und der Durchführungsverordnungen in Konflikt zu geraten.

Die Struktur der Online-Datenbank entsteht entlang des Case Management-Zyklus in mehreren, typischerweise aber nicht zwingend aufeinanderfolgenden Schritten. Da die Struktur des Handlungsmodells zyklisch ist, gibt es keine konsekutiven Dokumentationspflichten, mit Ausnahme des Anlegens einer Klientin bzw. eines Klienten als grundlegende Voraussetzung dafür, Eintragungen vornehmen zu können.

Das Ziel der Online-Datenbank ist die bestmögliche Unterstützung der Durchführung der Fallarbeit durch die online verfügbaren Ressourcen. Gleichzeitig dient dies der Sicherung der zwischen den beteiligten Projektpartnern vereinbarten Qualitätskriterien bei der Implementierung von Case und Care Management für ältere Menschen in unterschiedlichen Projektregionen. Darüber hinausgehend werden im Zusammenhang mit der Evaluationsstudie zum Projekt Informationen gesammelt, die zur Erklärung veränderter Lebensqualität älterer Menschen durch Case und Care Management herangezogen werden können.

Hinsichtlich Datenschutz werden im Zuge zahlreicher Programmierungsbestimmungen und vor allem durch das Datenmanagement dafür Sorge getragen, dass die Funktion und die Ziele der Datenbank bestmöglich verfolgt werden können, ohne mit grundlegenden Bestimmungen des DSG und der Durchführungsverordnungen in Konflikt zu geraten.

Die **Struktur der Online-Datenbank** entsteht entlang des **Case Management-Zyklus** in mehreren, typischerweise aber nicht zwingend aufeinanderfolgenden Schritten. Da die Struktur des Handlungsmodells zyklisch ist, gibt es keine konsekutiven Dokumentationspflichten, mit Ausnahme des Anlegens einer Person (Anm.: KlientInnen im Case Management) als Voraussetzung dafür, Eintragungen vornehmen zu können.

Das **Aufnahmeprozedere** gliedert sich in verschiedene Dokumentationspflichten inhaltlicher Natur, wobei die Einschätzung der Aufnahmekriterien eine Mindestanforderung darstellt (Fallbearbeitungs-Eingangsphase) und der Abschluss einer Case Management-Vereinbarung in der Datenbank als optional verstanden wird.

Der **Assessmentbereich** besteht aus der technischen Umsetzung von Instrumenten, die aus fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der praktischen Fallbearbeitung der CM zum Einsatz kommen können, namentlich der Netzwerkkarte, dem Inklusionschart 4 sowie dem InterRAI-Home Care – einem landesweit im Bereich mobiler Dienste verwendeten Assessmentinstrument für die Erhebung des Pflegebedarfs sowie der Erkennung von Risikobereichen, in der Version von 2014. Damit sind sowohl als auch sozialdiagnostische Assessmentinstrumente im CM für ältere Menschen im Einsatz. Die im Projekt *Age-friendly Region* zur Verfügung stehenden Assessment-Instrumente sind aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderungsforschung gewählt. Ihr Einsatz hilft, die Ressourcen älterer Menschen in ihren sozialen Systemen zu erkennen und in die Problemlösung mit einzubeziehen.

Chance B hat als Leadpartner bei der Umsetzung des Interreg-Projekts *Age-friendly Region* alle Lizenzen und Erlaubnis zur Anwendung der einzusetzenden Assessmentinstrumente, sodass diesbezüglich Rechtssicherheit besteht für die Nutzung in der Online Datenbank besteht.

Die im Zuge der Case Management-Vereinbarung festgehaltenen **Zielsetzungen der Klient/innen** bedürfen einer Detailformulierung im Rahmen eines spezifischen Handlungsplans, der in Form von einfachen Zielsetzungen und Umsetzungsschritten festgehalten wird. Im Idealfall wird dieser Plan gemeinschaftlich mit Personen, die für die Herausforderungen in der Fallarbeit Ressourcen einbringen können, erarbeitet. Ziele, Aktivitäten, Ergebnisse und Verantwortliche können als Handlungsplanung ausgedrückt werden.

Der Bereich **Implementierung** erfolgt eine Arbeitszeitdokumentation nach typischen Case-Management-Kategorien und die Dekursierung der Fallbearbeitung. Dies erleichtert die Übernahme von Tätigkeiten, wenn Case und Caremanagerinnen und Manager einander vertreten (müssen). Der Bericht Implementierung beinhaltet verschiedene Arbeitsmaterialien wie z. B. einer Anleitung zur Vorbereitung und Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen und zur Dokumentation der Ergebnisse.

Der Bereich **Evaluation** gliedert sich in die fallbezogene Prozess- und die Ergebnisevaluation. Zur Prozessevaluation dienen bewertende Aufzeichnungen in Bezug auf Ziele der Case Management-Methode, die zur Anwendung kommt sowie eine Bewertung von Auffälligkeiten in der Qualität von Pflegedienstleistungen sowie im Zugang zu Pflegedienstleistungen. Im Zuge der Ergebnisevaluation sind die Materialien für die Durchführung der Erhebung der Lebensqualität bei Einsetzen sowie nach 6-8 Monaten Verlaufszeit einer Fallbegleitung im Modell vorgesehen.