

## 4. Aufgaben und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung beschäftigt sich mit den Chancen der Implementierung des Care- und Case-Managements in Tirol, die in der Schaffung von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in den Bezirken lagen. Als einrichtungsübergreifende Anlauf- und Beratungsstellen zur System- und Versorgungssteuerung für Personen in komplexen sozial-pflegerischen Problemsituationen begegnet sie den Herausforderungen der Pflege und Betreuung im Langzeitbereich, die auf drei Versorgungsebenen in Wechselwirkung zueinanderstehen [7] und das Modell Tirol skizzieren (Abb. 2)

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

Eine wissenschaftliche Analyse von zahlreichen Konzepten identifizierte Menschen mit komplexem Pflegebedarf, die sich durch mehrere chronischen Krankheiten, psychische Komorbiditäten und/oder soziale Anfälligkeiten auszeichneten [8]. Diese Menschen hatten ein höheres Risiko für eine negative Lebensqualität und eine erhöhte Sterblichkeit [8,9]. Sie bildeten eine kleine heterogene Gruppe (10 Prozent aller Nutzer\*innen), die wie in

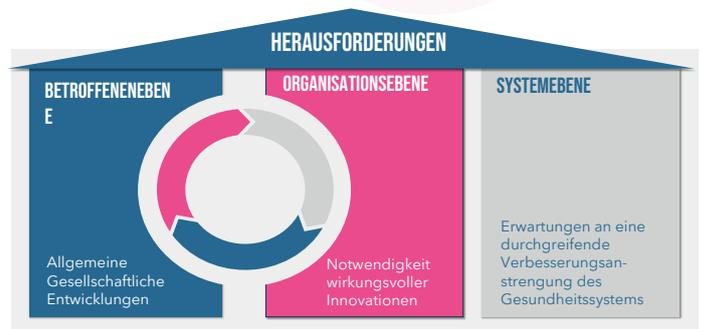
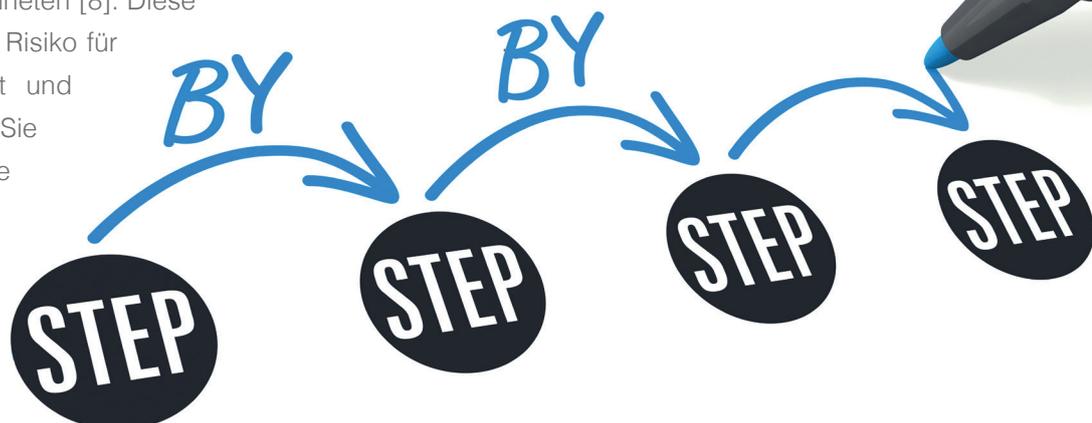


Abbildung 2: Das Modell Tirol unter Berücksichtigung der Versorgungsebenen (eigene Darstellung)



vielen anderen Industrieländern unverhältnismäßig hohe Kosten (70 Prozent) für das Gesundheitssystem verursacht hatten [10,11]. Ihre hohe Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten ist im Allgemeinen auf eine fragmentierte und episodische Versorgung durch verschiedene Gesundheitsdienste zurückzuführen [12,13]. Infolgedessen ist die Bereitstellung geeigneter Dienste, die den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe entsprechen, erforderlich. Diese kann durch eine integrierte Versorgung erreicht werden.



Pflege- und Betreuungsorganisationen im Langzeitbereich sind somit gefordert, einerseits mit wirkungsvollen konzeptionellen Innovationen wie dem Case-Management nachhaltig sozial-pflegerische Unterstützung und die Versorgungskontinuität statt kurzfristig ausgerichteten und isolierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Dazu benötigen sie konzeptionelle Unterstützung durch das Care-Management, welches infrastrukturelle und organisationale Voraussetzungen schafft. Mit der Implementierung von regionalen Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung bietet das Land Tirol auf der Systemebene strukturell und personell Voraussetzungen, die den gesellschaftlichen Erwartungen an eine durchgreifende Verbesserungsanstrengung im Gesundheits- und Pflegesystem entsprechen.



## 4.1 Herausforderungen der Pflege und Betreuung im Langzeitbereich

Die Betroffenenenebene ist durch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen wie dem sozialstrukturellen Wandel, der Chronifizierung, der Ambulantisierung und den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie herausgefordert und zeigt sich in einer zunehmenden Komplexität von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen bei Klient\*innen im Langzeitbereich.

Der akute Fachkräftemangel, der rapide Anstieg von Pflegebedürftigen mit komplexen sozial-pflegerischen Bedürfnissen und die schleppende Digitalisierung gelten in Österreich als Herausforderungen für die Pflege- und Betreuung auf der Organisationsebene.

Auf der Systemebene findet sich eine schleppende Umsetzung einer ambulanten Versorgung und in der Gewährleistung einer sektoralen Versorgungskontinuität bei Klient\*innen in komplexen sozial-pflegerischen Akut-/Krisensituationen (s. Abb. 3a).

### Problem 1 Betroffenenebene

**ZUNEHMENDE** Angst, Einsamkeit, Isolation, Unsicherheit, Stabilitätsverlust, Einkommensausfälle und der Verlust von nahestehenden Menschen, eigene Sterblichkeit

### Problem 2 Systemebene

**AKUTER** Fachkräftemangel  
**RAPIDER** Anstieg von Betroffenen in komplexen sozial-pflegerischen Problemsituationen  
**SCHLEPPENDE** Digitalisierung  
**SICHERHEIT** durch Einschränkungen (Medikalisierung, etc.)

### Problem 3 Organisationsebene

**FRAGMENTIERUNG** des gesundheits- und Sozialsystems  
**MANGELNDE UMSETZUNG** einer ambulanten vor stationärer Versorgung  
**KEINE AUSREICHENDE** sektorale Versorgungskontinuität

### Ziel 1 Betroffenenebene

**WEITERENTWICKLUNG** eines Care Management Modells zur Reduzierung der Last bei Betroffenen und deren Angehörigen in komplexen pflegerischen und betreuenden Krisen-/ Problemsituationen

### Ziel 2 Systemebene

**BERÜCKSICHTIGUNG VON BEDÜRFNISSEN** bestehender Organisationen in der Förderung eines sektorübergreifenden und prozessorientierten Umgangs von Klient\*innen in komplexen Pflege- und Betreuungssituationen

### Ziel 3 Organisationsebene

**SEKTORÜBERGREIFENDE OPTIMIERUNG** der Interaktion, Koordination und Kooperation der Versorgungsanbieter in den Bezirken

## 4.2 Ziele und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

Hauptziele der wissenschaftlichen Begleitung ließen sich demnach mit der Sicherstellung einer nachhaltigen sozial-pflegerischen Unterstützung und Versorgungskontinuität statt mit kurzfristig ausgerichteten und isolierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen definieren. Konzeptionell sollen zeitliche und räumliche Dimensionen des sozial-pflegerischen Versorgungsgeschehens mittels gezielter Information, Beratung und prozessorientierten Case-Managements überbrückt werden, welche durch ein Netzwerk von Pflege- und Betreuungsanbietern unterstützt werden, und indem das Pflegepersonal in seinen Kompetenzen weitergebildet wird (s. Abb. 3b). Systemische und strukturelle Voraussetzungen zur Entwicklung und Etablierung eines Care-Management-Konzeptes für Tirol stellen die Grundlagen dar, die auf der Betroffenenenebene der Last durch komplexe sozial-pflegerische Krisen- bzw. Akutsituationen entgegenwirken, auf der Organisationsebene die sektorübergreifende Koordination der Versorgung eines\*einer Klient\*in über eine bestimmte Zeitspanne oder über den gesamten Betreuungsverlauf sicherstellt und auf der Systemebene die sektorübergreifende Versorgungskontinuität weiterentwickelt. Eine entsprechende Erfolgswirkung soll sich in der Inanspruchnahme und Akzeptanz der Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung als zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für komplexe sozial-pflegerische Problemsituationen erweisen.



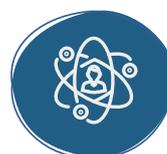
### RELATIVER NUTZEN

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



### KOMPATIBILITÄT

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



### KOMPLEXITÄT

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



### TESTBARKEIT

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

## 4.3 Erfolgskriterien für die Akzeptanz der Implementierung von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung

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

Weiterer Konsens lag dabei vor, dass Implementierungen tendenziell eher chaotisch als kontinuierlich-linear verlaufen. Begrenzte Berechenbarkeit, Planbarkeit und Steuerbarkeit liegen in der Natur der Sache und sind den multiplen sich verändernden und komplex interagierenden Einflussfaktoren geschuldet. Daraus lassen sich vier Faktoren für eine mögliche Akzeptanz und eines möglichen Erfolges für die Implementierung von Innovationen nennen, die am Beispiel Care- und Case-Management in der Abbildung 4 dargestellt sind [16].

## 4.4 Zusammenfassung der Prozessorganisation und -optimierung der wissenschaftlichen Begleitung

Die Prozessorganisation und -optimierung verfolgte eine Strategie mit sieben Schritten, die in der Abbildung 5 visualisiert ist.

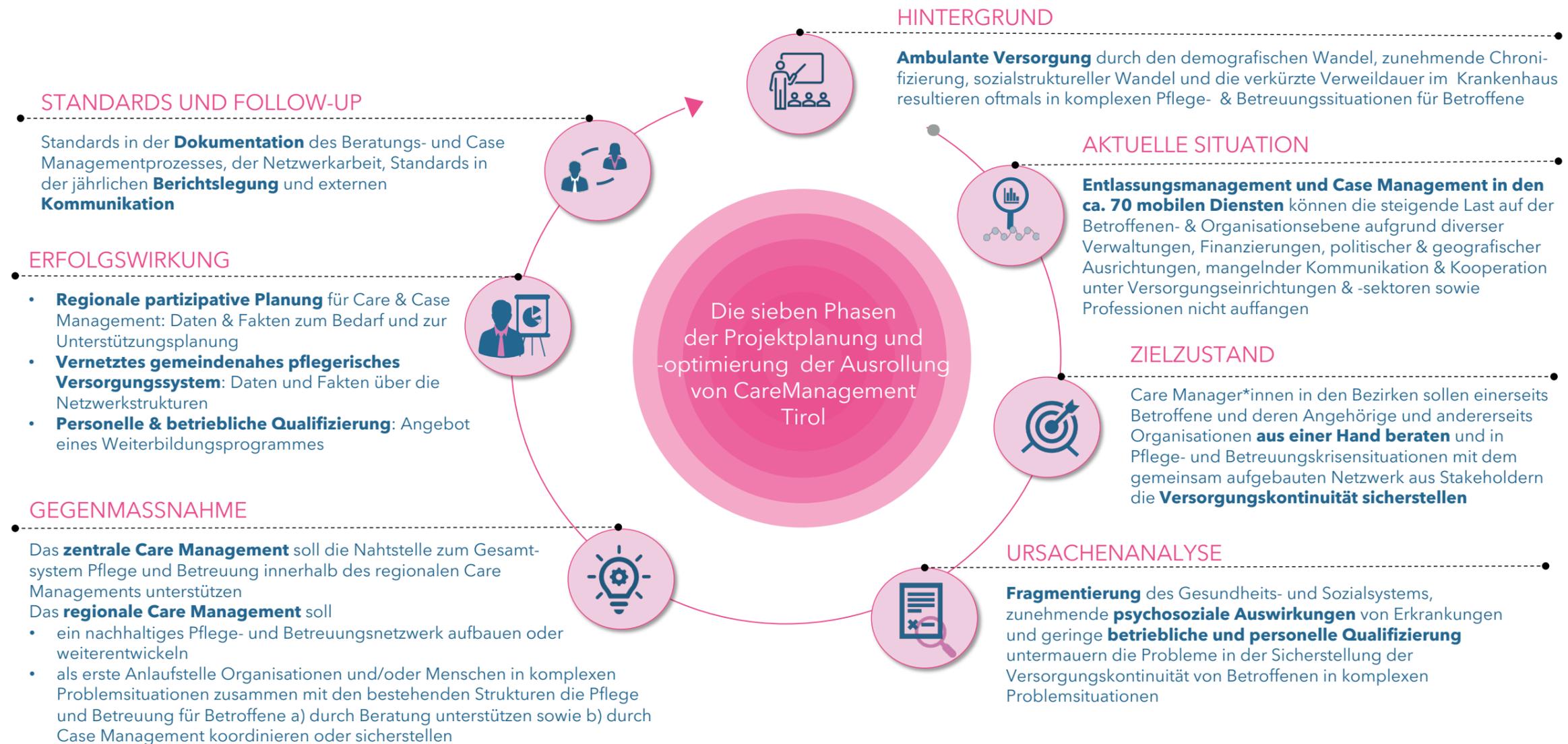


Abbildung 5: Die sieben Phasen der Projektplanung und -optimierung (eigene Darstellung)

## 5. Care-Management als regionales Management von personenunabhängigen Sorgestrukturen

Für das Case-Management auf der Systemebene wird der Begriff Care-Management (deutsch: Versorgungsmanagement) verwendet. Jedoch existiert eine einheitliche Definition von Versorgungsmanagement bis dato nicht. Weitgehend Einigkeit besteht dahingehend, dass Integration und Kontinuität der Versorgung aufgrund der Herausforderungen des Gesundheits- und Sozialwesens die Ziele des Versorgungsmanagements sind. Demnach setzt das Care-Management an der institutionellen bzw. organisatorischen mittleren Systemebene an und „ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination“ [17] (s. Abb. 6).



### 5.1.1 Definitionen

Die Begriffe Care-Management, Netzwerkmanagement und Systemmanagement werden gemäß der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (2020) (DGCC) [18] synonym verwendet. Nach deren Verständnis wird auf der Ebene organisierter Versorgung von Care-Management die Abgrenzung vom bedarfs- und personenbezogenen Case-Management verstanden, die die Gestaltung personenunabhängiger Sorgestrukturen im regionalen Versorgungsgefüge (Netzwerkebene) koordiniert und organisiert.

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

die strukturellen Voraussetzungen dafür aufzeig[t]“ [19].

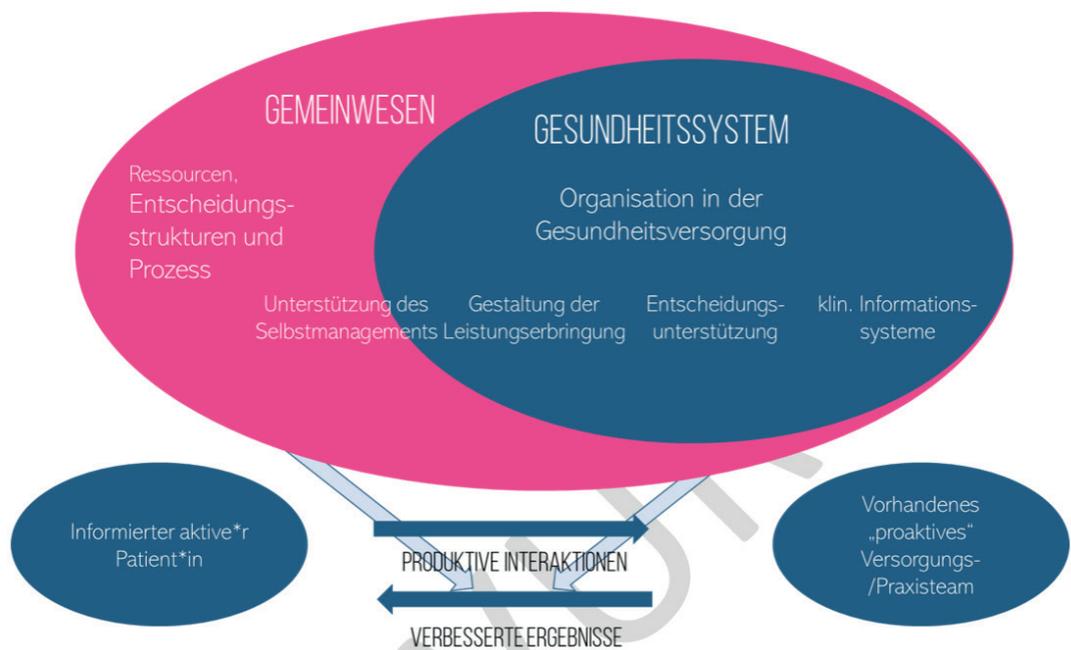
Diesem Verständnis liegt der Aufbau eines gesundheits- und sozialpflegerischen Hilfesystems zugrunde, in welchem ein\*e Care-Manager\*in die Angebote des Entlassungsmanagements, der mobilen und stationären Langzeiteinrichtungen, Ämter und weiterer Stakeholder etc. koordiniert. Durch diese Koordination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

Nach der Definition der CMSA (2010) wird unter Care-Management ein Prozess der Gesundheitsversorgung verstanden, der dazu beiträgt, bessere Gesundheitsergebnisse zu erzielen, indem dieser Prozess die Bedürfnisse der Bevölkerung vorhersieht und sie schneller mit den benötigten Leistungen in Verbindung bringt [20]. Dabei handelt es sich um einen dauerhaften Prozess, bei dem ein\*e Bevölkerungsmanager\*in Systeme und Prozesse zur Überwachung des Gesundheitszustandes, der Ressourcen und der Ergebnisse für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe einrichtet. Der\*die Populationsmanager\*in ist der\*die taktische Architekt\*in für die Gesundheit einer Population im Versorgungssystem. Zu den Bausteinen, die vom\*von der Manager\*in verwendet werden, gehören Risikoanalyse, Daten-Mapping, prädiktive Modellierung, Dashboard-Indikatoren; Überwachung von Gesundheitsprozessen, Indikatoren und unerwartete Krankheiten, Entwicklung von multidisziplinären Aktionsplänen und Programmen für die Bevölkerung und Identifizierung von Auslösern oder Ereignissen für das Case-Management (z. B. wenn durch Prävention oder Frühintervention dramatische Ergebnisse erzielt werden), die auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Überweisung von Hochrisikokund\*innen hinweisen [20].

## 5.1.2. Chronic Care Model (CCM): innovatives Konzept zur umfassenden Versorgung für chronisch erkrankte Personen

Verschiedene Modelle wie das Disease-Management-Konzept (strukturierte, diagnosespezifische Behandlungsprogramme für i. d. R. chronisch kranke Menschen), das Case-Management (individuelle Koordinierung der Versorgung einer\*ines Patient\*in unabhängig von der Erkrankung und unter Berücksichtigung angrenzender Bereiche wie Pflege und Sozialrecht) und auch das Gatekeeping bzw. Hausarztmodell (Zugang zur Versorgung nur über eine\*n zuvor festgelegte\*n Akteur\*in, meist Hausarzt\*innen, der\*die die weitere Versorgung koordiniert) liegen dem Care-Management zugrunde. Deren gemeinsame Nenner zeigen sich darin, dass im Rahmen des Versorgungsmanagements von Krankenkassen und Gruppen oder Verbänden der\*die Leistungserbringer\*in gesetzliche Vorgaben (Pflichtleistungen oder freiwillige Angebote) umgesetzt werden, indem für spezifische Patientengruppen die Bedarfe ermittelt, Steuerungsinstrumente und Leistungserbringer\*innen ausgewählt werden [17]. In all den angeführten Modellen bzw. Konzepten finden sich Ansätze des theoretischen Modells von Chronic Care. Beim Versorgungsmodell für chronisch Kranke

(CCM = Chronic Care Model) handelt es sich um einen organisatorischen Ansatz, der inzwischen international, z. B. in Amerika, Holland und Dänemark weit verbreitet und ein integraler Bestandteil des „Patient Centered Medical Home“-Modells (PCMH) ist (S. 478) [18]. Die initiale Evidenz, auf der das „Chronic Care“-Modell aufbaute, stammt von einem Review über Interventionen zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. Diese Evaluation, ein Cochrane Review [21] und weitere aktuelle Studien [21] zeigten, dass die Erhöhung der Expertise und Fähigkeiten der Anbieter, die Schulung und Unterstützung der Patient\*innen, eine teambasierte, geplante Versorgung und der Einsatz von Informationssystemen die besten klinischen Endpunkte erzielen [21]. Dabei liegt der Fokus des CCM auf sechs Domänen: (1) Community, (2) Gesundheitssystem, (3) Unterstützung des Selbstmanagements, (4) Aufbau eines Versorgungssystems, (5) Beratung und (6) klinische Informationssysteme [22]. Diese Kernelemente zeigen auf, dass das CareManagement Tirol in Ansätzen dem CCM folgt, da es die ganzheitliche Versorgung chronisch kranker Personen über die einzelnen Sektorengrenzen hinweg steuert (s. Abb. 7).



### 5.1.3. Aufgaben des Care-Managements

Care-Manager\*innen dienen als Drehscheibe der Kommunikation, um primär bestehende Versorgungsanbieter\*innen im sozial-pflegerischen Betreuungsmanagement von Patient\*innen in komplexen Problemsituationen zu unterstützen. Daraus lassen sich folgende Aufgaben für das Care-Management ableiten (Zitation).

- **Entscheidungsunterstützung** für Versorgungsanbieter\*innen und politische Entscheidungsträger durch gezielte Information, Beratung und Evaluation zur Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten Sozialplanung
- **Unterstützung des Selbstmanagements** von Klient\*innen durch gezielte Information und Beratung
- **Mitarbeit bei der Entwicklung von (klinischen) Informationssystemen** für einen raschen Informationsaustausch zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität
- **Systemorientierte Netzwerkarbeit im Schnittstellenmanagement** zur Koordination und Kooperation von Versorgungsanbieter\*innen, um das Case-Management in der Koordination der individuellen Versorgung von Hochrisikopatient\*innen zu unterstützen
- **Gestaltung der Leistungserbringung** durch Koordination von Aktivitäten der Versorgungsanbieter\*innen für die Klient\*innen in enger Zusammenarbeit mit den bestehenden Versorgungsanbieter\*innen
- **Mitgestaltung von komplexen sozial-pflegerischen Betreuungsabläufen** zur organisatorischen Implementierung eines Case-Management-Modells in den einzelnen Versorgungseinrichtungen
- **Wissensmanagement über komplexe Versorgungssituationen**



## 5.2 Case-Management als personenbezogene integrierte Versorgungsstrategie

Case-Management, auch Betreuungskoordination oder Betreuungsmanagement genannt, hat sich zu einer wichtigen Aufgabe entwickelt, um das Management komplexer physischer, psychischer und/oder sozialer Probleme zu verbessern. Da die Kosten im Gesundheitswesen eskalieren, steigt auch der Bedarf an spezialisierten Fachkräften, die in der Lage sind, Patient\*innen und Angehörige/Pflegedienstleister\*innen bei der Bewältigung der zunehmend komplexen und uneinheitlichen Gesundheitssysteme zu unterstützen. Case-Manager\*innen dienen als Drehscheibe der Kommunikation, damit Patient\*innen/Familien und verschiedene Mitglieder der Gemeinschaft und des Gesundheitsteams besser zusammenarbeiten. Dadurch können chronische Krankheiten beeinflusst und das Management chronischer Krankheiten und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden [23]. Nach Angaben der Commission for Case Manager Certification (CCMC) gibt es heute mehr als 48.000 zertifizierte Case-Manager\*innen (Anstieg von 35 Prozent seit dem Jahr 2010) [24]. Von den zertifizierten Case-Manager\*innen verfügen 98 Prozent

auch über eine Spezialausbildung, 89 Prozent sind Registered Nurses, 29 Prozent haben einen höheren Abschluss, 26 Prozent bekleiden Führungs- oder Managementpositionen, und 61 Prozent sind seit mehr als einem Jahrzehnt als Fallmanager\*innen tätig (s. Abb. 8) [24].

### Professioneller Hintergrund

**89% Registered Nurses**  
**7% Sozialarbeiter\*innen**  
**6% Arbeitsunfallversicherung**

**32 % arbeiten in Versorgungseinrichtungen**

**86% verfügen über eine Fachausbildung**

**28% verfügen über einen höheren Abschluss**

## Die/Der Zertifizierte Case Manager\*In von heute

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

**96 % Frauen**

**26% Bekleiden eine Management-oder Führungsposition**

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



## 5.2.1.1.1. Definitionen

Case-Management bezeichnet eine bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“) zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Es erfolgt innerhalb einer Organisation und im regionalen Versorgungsgefüge. Damit ist Case-Management ein das organisierte Verfahren und das regionale Versorgungsgefüge veränderndes Handlungskonzept, an dem unterschiedliche Professionen und Organisationen sektorenübergreifend beteiligt sein können (DGCC).

Aus Sicht einer „handlungsformbezogenen Zuordnung“ erfolgt ein Case-Management auf der Einzelfallebene hauptsächlich in Form von Beratung, die offen ist für unterschiedliche methodische und verfahrensbezogene Akzentsetzungen, z. B. in einem systemischen, ressourcenorientierten, stärkenorientierten, lösungsorientierten, motivationsfördernden Case-Management usw. Auf der Organisations- und Netzwerkebene ist Case-Management ein steuerungorientierter Handlungsansatz, der offen ist für unterschiedliche Sozialmanagement- und Netzwerkkonzepte, -methoden und -verfahren. Organisationen und Netzwerke sind dabei unterschiedliche soziale Gebilde mit ihren eigenen Konstitutionsbedingungen, die unterschiedliche Steuerungsformen zur Folge haben [18].

Gemäß der ÖGCC [19] zeichnet sich das Case-Management (CsM) vor allem dadurch aus, dass möglichst entlang des gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufs von Patient\*innen oder Klient\*innen und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Berufsgruppen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll. Um den prozessualen

Anforderungen des CsM im Einzelfall entsprechen zu können, ist die Etablierung von Netzwerken zur Koordination und Kooperation involvierter Stellen und unterschiedlicher Dienstleistungserbringer\*innen durch ein Care-Management (CrM) ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Damit verbunden ist die Bereitschaft zur Initiierung interner und organisationsübergreifender Organisationsentwicklungsprozesse.

