

Bedeutung von Case Management für die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FERNFH

Sandra Gröger

00406315

Begutachter*in: MMag.^a Tanja Adamcik

Neudorf im Weinviertel, Februar 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ludwig', written in a cursive style.

01. Februar 2024

Unterschrift

Abstract

In Hinblick auf den demographischen Wandel hin zu einer alternden Bevölkerung benötigt es Maßnahmen um die Versorgung älterer Menschen zu sichern. Pflege- und betreuungsbedürftige Personen und deren Angehörige sind angesichts der zahlreichen Akteur:innen im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem oftmals überfordert, weshalb es hier an Unterstützung Bedarf. Abhilfe kann hier die Etablierung von Case Management im extramuralen Bereich schaffen, welches gemeindenah angesiedelt ist, um Betroffenen ein möglichst niederschwelliges Angebot zu bieten. In der vorliegenden Arbeit wird anhand einer Literaturrecherche erarbeitet, welche Bedeutung das Angebot eines Case Managements im extramuralen Bereich für die ältere Bevölkerung haben kann. Darüber hinaus wird auf das derzeit österreichweit laufende Pilotprojekt Community Nursing eingegangen, dessen Ziele die Stärkung der Gesundheitskompetenz der (älteren) Bevölkerung und die Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens sind, sowie es älteren Menschen zu ermöglichen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause zu verbleiben. Weiters übernehmen Community Nurses wichtige Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Den Ergebnissen nach sind Community Nurses die optimale Berufsgruppe, um die Methode des Case Managements auf Gemeindeebene umzusetzen.

Schlüsselbegriffe: Case Management, Community Nurse, ältere Bevölkerung, demographischer Wandel

Abstract

In view of the demographic change towards an aging population, measures are needed to ensure care for older people. People in need of care and support and their relatives are often overwhelmed by the numerous players in the Austrian health and social system, which is why support is needed here. This can be remedied by establishing case management in the extramural area, which is located close to the community in order to offer those affected the lowest possible threshold. In this work, a literature review is used to determine what significance the offer of case management in the extramural area can have for the older population. In addition, the Community Nursing pilot project currently running throughout Austria is discussed, the goals of which are to strengthen the health literacy of the (older) population and increase general well-being, as well as to enable older people to live in their own home for as long as possible. Community nurses also take on important tasks in the areas of prevention and health promotion. According to the results, community nurses are the optimal professional group to implement the case management method at community level.

Keywords: case management, community nurse, older population, demographic change towards an ageing population

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Problemstellung und Forschungsfragen | 1 |
| 1.2 | Zielsetzung und Aufbau der Arbeit..... | 2 |
| 1.3 | Methodik..... | 3 |
| 2 | Der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft | 4 |
| 2.1 | Lebenserwartung in Österreich..... | 5 |
| 2.2 | Fertilität (Geburtenniveau) in Österreich | 5 |
| 3 | Case Management | 7 |
| 3.1 | Geschichte des Case Managements | 7 |
| 3.2 | Definition von Case Management..... | 7 |
| 3.3 | Weiterbildung zum:zur zertifizierten Case Manager:in | 9 |
| 3.4 | Regelkreis des Case Managements | 9 |
| 3.4.1 | Assessment | 10 |
| 3.4.2 | Planning..... | 11 |
| 3.4.3 | Intervention | 12 |
| 3.4.4 | Monitoring | 12 |
| 3.4.5 | Evaluation | 13 |
| 3.5 | Kernfunktionen im Case Management..... | 14 |
| 3.6 | Extramurales Case Management | 15 |
| 3.7 | Bedeutung des Case Managements für die ältere Bevölkerung | 16 |
| 4 | Relevante Aspekte des extramuralen Case Managements für ältere Menschen | 17 |
| 4.1 | Informationsbedarf der älteren Bevölkerung und deren Angehörigen | 17 |
| 4.2 | Koordination und Integration von Dienstleistungen | 18 |
| 4.3 | Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte und Stakeholder | 19 |
| 4.4 | Überwachung und Evaluation der Versorgung..... | 20 |
| 5 | Chancen von Case Management für die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich | 21 |
| 5.1 | Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen..... | 21 |
| 5.2 | Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie..... | 22 |
| 5.3 | Steigerung der Effizienz und Effektivität der Versorgung | 22 |
| 5.4 | Verhinderung von Alterseinsamkeit und Förderung sozialer Teilhabe | 22 |
| 5.5 | Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Pflegeheimweisungen | 23 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.6 | Darstellung des Nutzens von Case Management anhand des Evaluationsberichtes zum Projekts <i>Age-friendly Region</i> | 23 |
| 6 | Community Nursing | 25 |
| 6.1 | Definition Community Nursing | 25 |
| 6.2 | Entwicklung und Bedeutung von Community Nursing in Österreich..... | 26 |
| 6.2.1 | Über den Projektbeginn | 26 |
| 6.2.2 | Finanzierung des Projekts..... | 27 |
| 6.2.3 | Aktuelle Zahlen zum Projekt..... | 27 |
| 6.2.4 | Zielgruppen | 28 |
| 6.3 | Rolle und Aufgaben einer Community Nurse in Österreich | 28 |
| 7 | Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen | 31 |
| 8 | Schlussfolgerung und Ausblick | 34 |
| | Literaturverzeichnis | 36 |
| | Abbildungsverzeichnis | 40 |

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Die österreichische Bevölkerung befindet sich derzeit in einem demographischen Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft. Laut dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019, S. 3) ist dies durch die zunehmende Lebenserwartung, eine niedrige Geburtenrate und Zuwächsen in der Bevölkerung bedingt. Der Anteil der hochbetagten Bevölkerung nimmt somit ebenfalls stetig zu, weshalb zu erwarten ist, dass sich der Anteil der über 80-Jährigen, verglichen mit dem Jahr 2019, bis zum Jahr 2040 fast verdoppeln und somit ~9,7% der österreichischen Gesamtbevölkerung betragen wird. Diese Tatsache führt zu einer erhöhten Nachfrage an effektiven und effizienten Unterstützungsangeboten, so das Robert Koch-Institut (2015, S. 435ff.). Laut Schulz (2009, S. 34ff.) ist es für Angehörige und pflegebedürftige Personen oft schwierig sich im Gesundheits- und Sozialsystem zurecht zu finden, nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen Akteur:innen in diesem Bereich. Die extramurale Versorgung älterer Menschen weißt oftmals ein breites Spektrum an Bedürfnissen auf, angefangen bei medizinischer und pflegerischer Versorgung über soziale Teilhabe bis hin zu psychosozialer Unterstützung und therapeutischen Maßnahmen. Die Sicherung des Zugangs zu den notwendigen Dienstleistungen, um den Bedürfnissen gerecht zu werden, ist daher eine wichtige Aufgabe. In diesem Zusammenhang erweist sich die Methode des Case Managements als vielversprechender Ansatz, um ältere Menschen und deren Angehörige im extramuralen Bereich umfassend betreuen und unterstützen zu können. Um die extramurale Versorgung zu verbessern, müssen verschiedene Formen der Betreuung, Pflege und des Wohnens entwickelt werden, so Ehlers und Kollak (2011, S. 7ff.). Darüber hinaus benötigt es Personen oder Einrichtungen, welche Pflege- und Betreuungsbedürftige und deren Angehörige über adäquate Versorgungsformen beraten und bei der Organisation dieser unterstützen. Es ist wichtig, pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit zu bieten, selbstbestimmt in ihrem eigenen Zuhause zu leben. Dies erfordert jedoch maßgeschneiderte Dienstleistungsangebote, die individuell an die jeweilige Person angepasst werden sollten. Ziele eines Case Managements im extramuralen Bereich sind die Verbesserung der Lebensqualität, die Förderung der Selbstständigkeit und die Gewährleistung einer effektiven und effizienten Versorgung. Weiters ist auch das Minimieren von Krankenhausaufenthalten beziehungsweise das Verhindern nicht notwendiger Platzierungen in einem Pflege- und Betreuungszentrum ein wesentlicher Faktor. Das Case Management ist in den Gemeinden noch nicht sehr weit verbreitet oder es bezieht sich auf andere Schwerpunkte als auf Gesundheits- und Pflege Themen. Gessler et al. (2022) erörtern die Wichtigkeit der Anpassung des Pflegesektors an die immer komplexer werdenden

Bedürfnisse der Gesellschaft. Mit dem EU-Projekt *Community Nursing* versucht die österreichische Bundesregierung nun diese Versorgungslücke im extramuralen Bereich zu schließen, so Horak & Haubitzer (2021, S. 9ff.).

Forschungsfragen

Welche Chancen bietet die Methode des Case Managements im extramuralen Bereich für die ältere Bevölkerung und deren Angehörige?

Unterfrage: Inwieweit erfüllt das derzeit laufende Projekt *Community Nursing* die Funktion eines Case Managements?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Mit dieser Arbeit soll anhand von Literatur erarbeitet werden, welche Möglichkeiten Case Management im extramuralen Bereich für die ältere Bevölkerung bietet und inwieweit das EU-Projekt *Community Nursing* der Methode des Case Managements entspricht.

Im erstem Kapitel wird auf die Problemstellung, die Zielsetzung der Arbeit, sowie auf den Aufbau und die verwendete Methode eingegangen. In Kapitel zwei wird der demographische Wandel hin zu einer alternden Bevölkerung beschrieben und aktuelle Zahlen zur Lebenserwartung und Fertilität in Österreich werden thematisiert. Kapitel drei beschreibt die Methode des Case Managements. Es wird auf die Geschichte des Case Managements und die Weiterbildung zum/zur zertifizierten Case Manager:in eingegangen und Definitionen von Case Management werden angeführt. Weiters wird in Kapitel drei der Regelkreis des Case Managements, die Kernfunktionen im Case Management, das extramurale Case Management und die Bedeutung des Case Managements für die ältere Bevölkerung beschrieben. Relevante Aspekte des extramuralen Case Managements für die ältere Bevölkerung werden in Kapitel vier behandelt, weshalb dieses Kapitel näher auf die Themen Informationsbedarf der älteren Bevölkerung und deren Angehörigen, Koordination und Integration von Dienstleistungen, Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte und Stakeholder und Überwachung und Evaluation der Versorgung eingeht. Im fünften Kapitel werden die Chancen von Case Management für die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich thematisiert. Kapitel sechs behandelt das derzeit laufende EU-Projekt *Community Nursing*, indem die Entwicklung dessen in Österreich kurz beschrieben wird und Rollen und Aufgaben einer Community Nurse in Österreich angeführt werden. In Kapitel sieben werden die Ergebnisse der Literaturrecherche diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet. Im achten und letzten Kapitel wird eine Schlussfolgerung aus den Ergebnissen dieser Arbeit abgeleitet und der noch herrschende Forschungsbedarf in einem Ausblick angeführt.

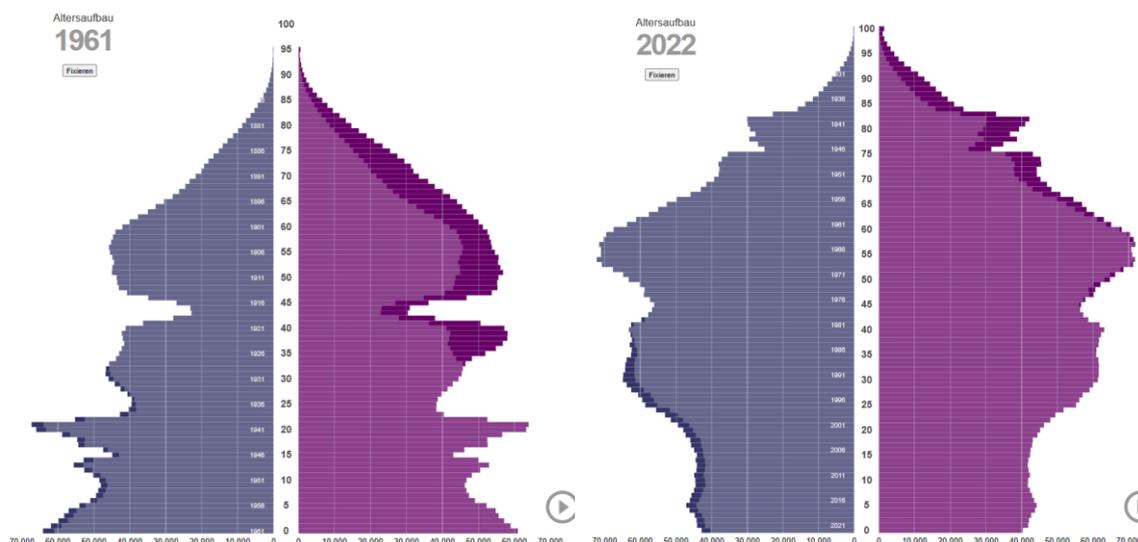
1.3 Methodik

Die Methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen ist eine Literaturrecherche, bei welcher relevante Literatur umfassend bearbeitet wird. Zur Recherche werden Literaturdatenbanken und -suchmaschinen, wie etwa Springer Link, Google Scholar und die Elektronische Zeitschriftenbibliothek herangezogen. Als Stichworte für die Suche dienen die Begriffe Case Management, Versorgungsstruktur, demographischer Wandel, extramurale Versorgung und Community Nursing. Die Ergebnisse werden herangezogen, um die Chancen von Case Management für die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich aufzuzeigen und Empfehlungen daraus abzuleiten.

2 Der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft

Mit einer alternden Gesellschaft ist nicht einfach eine Gesellschaft gemeint, in der viele betagte Menschen leben. Vielmehr wird eine solche durch drei Faktoren bestimmt: dem Geburtenniveau, der Lebenserwartung und durch Wanderungen – wobei das Geburtenniveau hierbei die wichtigste Ursache darstellt. Sinkt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau, so wird der Anteil älterer und betagter Menschen in einer Gesellschaft größer. Ist der Anteil der unter 20-Jährigen kleiner als der Anteil der über 65-Jährigen, dann spricht man von einer alternden Gesellschaft. In Abbildung 1, welche die Bevölkerungspyramide von den Jahren 1961 und 2022 miteinander vergleicht, lässt sich die Tendenz hin zu einer alternden Bevölkerung gut erkennen. Eine alternde Gesellschaft könnte einige Konsequenzen mit sich bringen: beispielsweise wird befürchtet, dass das derzeitige Gesundheitssystem dem Anstieg an pflegebedürftigen Älteren nicht gewachsen ist, ökonomische Herausforderungen auf die Gesellschaft zukommen, aufgrund des Strukturwandels in den Familien Ältere unterversorgt sein könnten und eventuell die Wirtschaft stagniert. Im Zentrum der öffentlichen Diskussion steht die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherung, also das Gesundheits-, Pensions- und Pflegesystem (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 3ff.).

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 1961 und 2022 im Vergleich

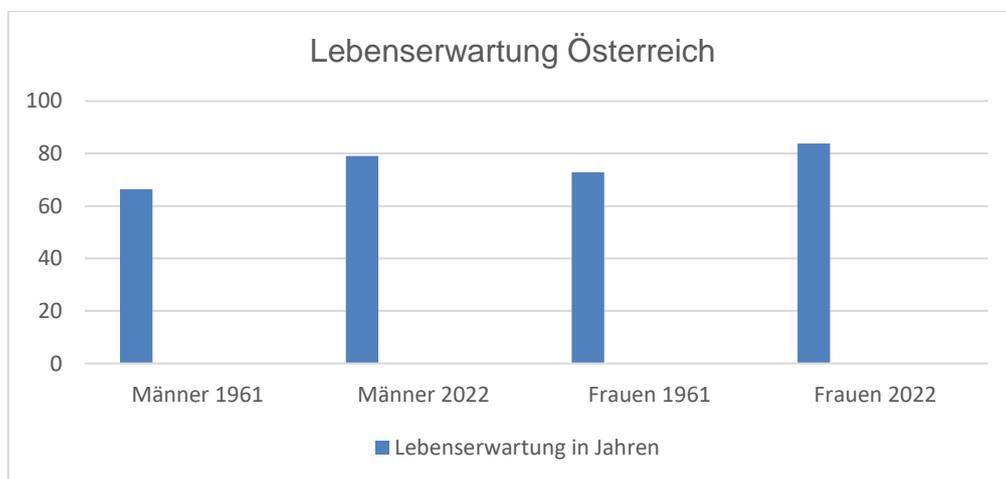


Quelle: https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/ (Abruf am 23.12.2023)

2.1 Lebenserwartung in Österreich

Bezüglich der Mortalität lässt sich an den Bevölkerungsstatistiken erkennen, dass die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen ist (vgl. Abbildung 2). Lag jene von Männern im Jahr 1961 noch bei 66,47 Jahren, so stieg sie bis zum Jahr 2022 auf 79,05 Jahre an. Die Lebenserwartung von Frauen stieg insgesamt vom Jahr 1961, wo sie bei 72,84 Jahre lag, bis zum Jahr 2022 um 10,94 Jahre auf 83,78 Jahre an. Die Menschen leben also tendenziell immer länger, während die Geburtenrate im Vergleich zu vor etwa 60 Jahren deutlich gesunken ist (<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung-demographische-indikatoren-und-tafeln/demographische-zeitreihenindikatoren>, Abruf am 23.12.2023).

Abbildung 2: Lebenserwartung in Österreich

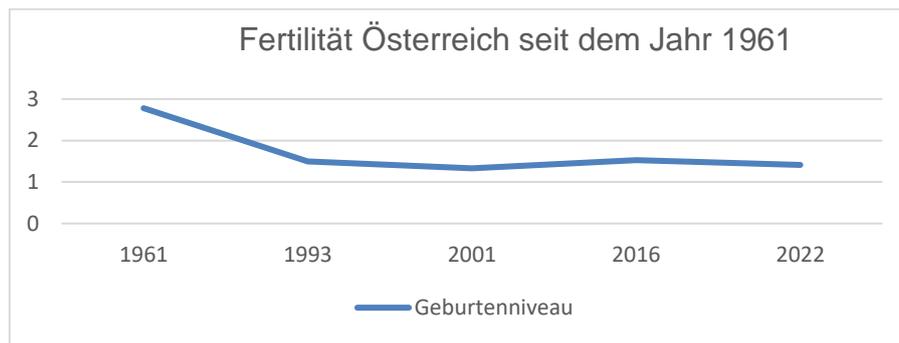


Quelle: eigene Darstellung

2.2 Fertilität (Geburtenniveau) in Österreich

Während die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau im Jahr 1993 noch bei 1,5 lag, fiel sie bis ins Jahr 2001 stark ab, nämlich auf 1,33. Seit dem Jahr 2001 ist die Fertilitätsrate wieder tendenziell steigend, im Jahr 2016 lag sie zum Beispiel bei 1,53 und 2022 bei 1,41. Vergleicht man jedoch die Gesamtfertilitätsrate vom Jahr 1961, welche damals bei 2,78 lag, und jene von 2022, so ist diese um 1,37 gesunken (vgl. Abbildung 3) (<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung-demographische-indikatoren-und-tafeln/demographische-zeitreihenindikatoren>, Abruf am 23.12.2023).

Abbildung 3: Fertilität Österreich seit dem Jahr 1961



Quelle: eigene Darstellung

Beachtet man die Zahlen der durchschnittlichen Gesamtfertilität und jene der durchschnittlichen Lebenserwartung, so lässt sich der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft gut verdeutlichen.

3 Case Management

Laut von Reibnitz (2015, S. 38ff.) ist Case Management eine spezifische Methode, mit welcher es möglich ist, komplexe Fragestellungen zu bearbeiten, um einem Einzelnen eine bedarfsgerechte Unterstützung zukommen zu lassen bzw. ihn darin zu fördern sich diese selbstständig zu organisieren. Um professionell arbeiten zu können, benötigen Case Manager:innen Kompetenzen wie etwa Gesprächsführungs- und Verhandlungskompetenzen, Kenntnisse über regionale Netzwerke und die Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem, aber auch Konfliktbewältigungsstrategien. Zu den Indikationen für ein Case Management zählen eine komplexe Bedarfslage, eine hohe Akteur:innendichte, eine Aussicht auf Zielerreichung, sprich Effektivität und Effizienz, und die Motivation der Klient:innen und/oder deren Angehörigen.

3.1 Geschichte des Case Managements

Das Konzept des Case Managements wurde in den USA in den 1970er Jahren aufgrund sozioökonomischer Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen entwickelt. Aufgrund der steigenden Anforderungen an Effektivität und Effizienz bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen entstand die Notwendigkeit, die Art und Weise der Arbeit zu verändern. Ausschlaggebend für diese Entwicklungen waren Deinstitutionalisierungen und steigende Kosten im Gesundheitswesen. Der "Developmental Disabilities Act" von 1975 war das erste Instrument des Case Managements für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen, gefolgt von der Einführung des "Community Support Programs" für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Jahr 1977. 1978 entwickelte Charles Rapp das "Strength Model", welches auf individuellen Stärken einer Person aufbaut. Im Jahr 1985 entstand dann das "Nursing Case Management" und die Unterscheidung zwischen "internem" und "externem" Case Management in der Pflege wurde eingeführt. Aufgrund von Defiziten in der staatlichen Versorgung wurde 1983 von Roy Griffith die Einführung von Case Management im britischen Gesundheitssystem empfohlen und schließlich 1988 unter dem Begriff *community care* in einem „White Paper“ von der britischen Regierung festgelegt. Im Jahr 1990 erließ das britische Parlament schließlich das Gesetz zum *National Health Service and community act*. Erst danach begann sich die Methode des Case Managements auch in Deutschland und Österreich zu verbreiten (Korvas & Wiedenhofer, o.J., S. 1f.; Wendt, 2015, S. 19ff.).

3.2 Definition von Case Management

Da Case Management in vielen unterschiedlichen Bereichen Anwendung findet, gibt es keine allgemeingültige Definition. Möglichkeiten Case Management zu definieren sind folgende:

Wendt (2015, S. 17) beschreibt Case Management als eine Methode im Gesundheits- und Sozialbereich, die die notwendige Hilfestellung, Behandlung, Förderung und Versorgung für Personen im Einzelfall arrangiert. Case Management organisiert einrichtungsübergreifend und über fachliche Grenzen hinaus. Indiziert ist Case Management dann, wenn eine komplexe Problemlage mit mehreren Beteiligten besteht, wodurch eine Vernetzung derer notwendig ist.

Laut Ewers und Schaeffer (2011, S. 7f.) zielt Case Management darauf ab, die fallbezogene Zusammenarbeit verschiedener Akteur:innen über organisatorische und professionelle Grenzen hinweg zu fördern. Dabei übernehmen Case Manager:innen die Verantwortung, die Versorgung einer Person über einen bestimmten Zeitraum zu koordinieren. Auf Grundlage einer umfassenden Bedarfsermittlung werden Behandlungsmaßnahmen konzipiert, umgesetzt und begleitet, um den persönlichen Bedürfnissen einer Person gerecht zu werden, die Qualität der Behandlung zu verbessern und effiziente Erfolge zu ermöglichen.

Ziel des Case Managements ist die prozesshafte Erfassung relevanter Aspekte des Versorgungsverlaufs im Einzelfall, die Festlegung gemeinsamer Ziele und die Gewährleistung der Versorgungskoordination von Patient:innen, wobei die Erarbeitung von Versorgungskonzepten zur Verbesserung und Koordination von Handlungsabläufen im Mittelpunkt steht (Von Reibnitz, 2015, S. 39).

Laut der CMSA (Case Management Society of America) zielt Case Management darauf ab, die Gesundheitsbedürfnisse eines Einzelnen durch Bewertung, Planung, Umsetzung, Koordination und Überwachung zu erfüllen. Es ist ein Prozess der Bewertung von Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsangeboten zur Erzielung qualitativ hochwertiger und kosteneffektiver Ergebnisse mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen (Wendt, 2015, S. 25).

Abgrenzung Case Management und Care Management

Beim Case Management liegt der Fokus darauf, die bestmögliche Versorgung für den Einzelfall zu sichern und es orientiert sich daher an den individuellen Bedürfnissen einer Person in ihrer jeweiligen Lebenssituation. Das Care Management kann auch mit dem Begriff Versorgungsmanagement beschrieben werden. Es umfasst Aufgaben, welche über den Einzelfall hinausgehen, also fall- und einrichtungsübergreifende Tätigkeiten zur Koordination und Organisation von Hilfeleistungen. Care Management legt den Fokus nicht auf eine einzelne Person, sondern auf die gesamte Bevölkerung oder Personengruppen wie etwa Diabetiker:innen, Herzranke etc (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2019, S. 12ff.).

3.3 Weiterbildung zum:zur zertifizierten Case Manager:in

Inhalte einer Weiterbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) sind die Entstehung und ein historischer Abriss des Case Managements, Definitionen und Möglichkeiten es von anderen Methoden abzugrenzen, sowie sozial- und gesellschaftspolitische Grundlagen. Weiters zählen zu den Inhalten Rollenbilder und Funktionen von Case Manager:innen, ethische Aspekte, Spannungsfelder, Grundprinzipien und Modelle des Case Managements. Auch Qualitätssicherung und -entwicklung, Bedarfserhebung und Angebotssteuerung, Grundvoraussetzungen zur Implementierung von Case Management, Grundlagen der Netzwerkarbeit und Koordination sowie Prozess- und Projektmanagement sind Themen der Weiterbildung. Insgesamt müssen im Rahmen der Weiterbildung, welche aus einem Basis-, einem Vertiefungs- und einem Reflexionsmodul besteht, 219 Unterrichtseinheiten absolviert werden. Abgeschlossen wird sie mit einem zweiteiligen Prüfungsverfahren. Die österreichische Zertifizierung zum:zur Care und Case Manager:in wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management anerkannt und umgekehrt (Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management, 2022, S. 5ff.).

Die Bezeichnung "Case Manager:in" ist jedoch nicht geschützt, was bedeutet, dass im Prinzip jeder sich so nennen kann, unabhängig von vorhandenen Qualifikationen. Die ÖGCC und die DGCC empfehlen jedoch die Weiterbildung, um über die notwendigen Kenntnisse, die die Arbeit erfordert, zu verfügen. Hinsichtlich der Ausbildungsstätte ist darauf zu achten, dass diese auch von der ÖGCC oder der DGCC anerkannt/zertifiziert ist.

3.4 Regelkreis des Case Managements

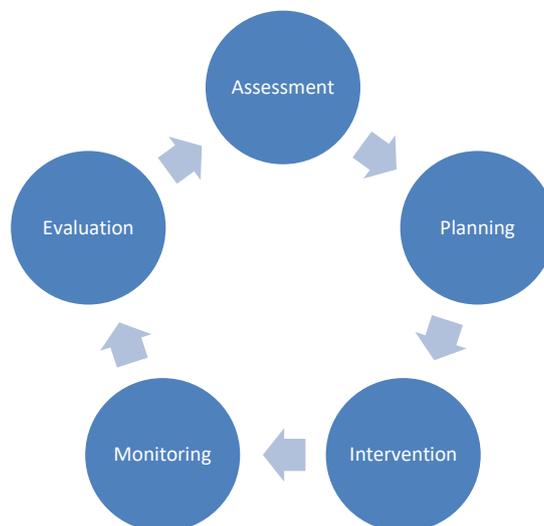
Da ein Case Management nur dann indiziert ist, wenn es sich um einen vielschichtigen Versorgungsbedarf handelt, findet vor der Anwendung zunächst ein sogenanntes *Clearing* oder auch *Intake* statt, in welchem die Komplexität des Falles erhoben wird, um abzuklären, ob das Case Management die geeignete Methode ist. Die Teilnahme ist stets freiwillig, sodass eine Person sich selbst dazu entscheiden kann, ob ein Case Management in Anspruch genommen wird. Für das Intake stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung wie etwa ein Kriterienkatalog, ein Ampelsystem oder ein Überleitungsbogen. Ein Kriterienkatalog ist eine tabellarische Auflistung von Begründungen, welche ein Case Management indizieren können. Gemeinsam mit der unterstützungsbedürftigen Person wird erhoben wie viele Kriterien zutreffen, um die Komplexität des Falles zu bestimmen. Unter anderem kann auch ein Ampelsystem zur Einschätzung der Dringlichkeit herangezogen werden. Ein äußerst hilfreiches Tool ist der Überleitungsbogen, der die Stammdaten einer Person, Pflegediagnosen, medizinische Diagnosen, sowie Einschränkungen im täglichen Leben widerspiegelt. Der Überleitungsbogen dient zur

Übergabe von einer Institution zur nächsten (zum Beispiel, wenn Patient:innen vom Krankenhaus nach Haus entlassen werden, wo extramurale Dienste die weitere Versorgung übernehmen). Stimmt eine Person dem Case Management zu, so sollten eine Auftragsklärung, Rechte und Pflichten beider Parteien, eine Kommunikationsvereinbarung sowie eine Datenschutzerklärung und eine Schweigepflichtentbindung schriftlich aufgesetzt werden (Kollak & Schmidt, 2019, S. 13ff.).

Die Methode des Case Managements bedient sich einer phasenorientierten Struktur, welche planbar und prozesshaft angeordnet ist. Die Arbeitsschritte, welche in Abbildung 4 grafisch dargestellt sind, können wie folgt benannt werden (Wendt, 2015, S. 128f.):

1. Assessment
2. Planning
3. Intervention
4. Monitoring
5. Evaluation

Abbildung 4: Regelkreis des Case Managements



Quelle: eigene Darstellung

3.4.1 Assessment

Der erste Schritt des Case Managements Regelkreises ist das Assessment, dessen Ziel die Problemanalyse und Bedarfsfeststellung ist. In dieser Phase geht es um eine vollständige Einschätzung der Problemlagen und die Bedarfsklärung der Klient:innen. Aber auch die Stärken

und Ressourcen der Betroffenen werden erhoben, um die Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu fördern. Es wird der IST-Zustand beschrieben, analysiert und bewertet. Mögliche Defizite in der Versorgung, der familiäre Hintergrund und die eventuell bereits vorhandene formelle und informelle Pflege und Betreuung einer einzelnen Person werden erfasst und dokumentiert. Ein Instrument des Assessments ist die Erstellung einer Netzwerkkarte, welche unterschiedlich aufgebaut sein kann. Zur besseren Übersicht können zum Beispiel Klient:innen und deren Umfeld grafisch dargestellt werden. Unterschiedliche Verbindungslinien signalisieren dabei, ob es sich um eine starke oder schwache Beziehung handelt (Kollak & Schmidt, 2019, S. 19ff.; Wendt, 2015, S. 142ff.).

Weitere Instrumente, welche für das Assessment herangezogen werden können, sind laut Kollak und Schmidt (2019, S. 26f.) eine klient:innenorientierte Gesprächsführung und Beurteilungskataloge, mit welchen man die Fähigkeiten einer Person erhebt und festhält. Ebenso können Ressourcen-Mindmaps, Lebensereignisskalen und Emotionsskalen verwendet werden.

3.4.2 Planning

Im nächsten Schritt, der Planung, erfolgt eine gemeinsame Zielformulierung durch den:die Case Manager:in und den/die Klient:in ist. Es sollen hierbei kurz- und langfristige Ziele definiert werden, die realisierbar und überprüfbar sind. Im Vordergrund stehen hierbei das gesundheitliche, soziale und ökonomische Wohlbefinden einer Person. Es wird sozusagen ein Hilfeplan erstellt, nach welchem dann weiter vorgegangen wird. Diesem ist zu entnehmen, welches Ziel die jeweilige Maßnahme verfolgt, wer an dieser beteiligt ist und der zeitliche Rahmen der Maßnahme. Der Bereich der Altenbetreuung fokussiert sich beispielsweise auf eine angepasste Versorgung ohne die Person dabei ‚überzuversorgen‘ (ressourcenorientiertes Arbeiten ist hier wichtig; Hilfsmittel, die die Selbstständigkeit fördern), die Aufrechterhaltung eines sozialen Netzwerkes (Angehörige miteinbeziehen, Kontakt zu Nachbarn/Bekanntem aufrechterhalten) und die Ausschöpfung finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten (je nach Pflegebedürftigkeit: Pflegegeld, Behindertenpass etc.; je nach Einkommen: Rezeptgebührenbefreiung, GIS-Befreiung, sonstige Zuschüsse) (Ehlers & Kollak, 2011, S. 58; Korvas & Wiedenhofer, o.J., S. 18f.).

Ein Instrument zur Unterstützung der Ziel- und Hilfeplanung ist, so Kollak und Schmidt (2019, S. 31f.), zunächst der Ziel- und Hilfeplan selbst, welcher die Zielvereinbarung, die dafür verantwortliche(n) Person(en), die Kosten und einen festgelegten Zeitrahmen für die Durchführung der vereinbarten Schritte beinhaltet. Für die Formulierung der Ziele wird die SMART-

Formel als Unterstützung herangezogen, diese lautet: spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert. Ebenso ist eine Helfer:innenkonferenz sehr dienlich, da sie die Beteiligten zusammenbringt, um alle über die geplanten Maßnahmen in Kenntnis zu setzen.

3.4.3 Intervention

Laut Wendt (2015, S. 160ff.) werden in dieser Phase die geplanten Schritte des erstellten Hilfeplans umgesetzt. Case Manager:innen handeln hierbei als Bindeglied zwischen den Klient:innen und den notwendigen Unterstützungssystemen. Die Aufgabe der Klient:innen und/oder der Angehörigen ist die Durchführung des Arbeitskonzepts mit Unterstützung durch den:die Case Manager:in. Im Bereich der Altenbetreuung fallen in diesen Arbeitsschritt das Stellen diverser Anträge (Pflegegeld, Behindertenpass, Parkausweis etc.), die Organisation von Pflege und Betreuung (mobile Pflege und Betreuung, 24h-Betreuung etc.), die Organisation von Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.), die Organisation notwendiger Arztbesuche, die Organisation benötigter Hilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Leibstuhl, Notrufuhr etc.), aber auch die Organisation notwendiger Umbaumaßnahmen, um das Zuhause der betreuungsbedürftigen Person zu adaptieren.

3.4.4 Monitoring

Das Monitoring beinhaltet die Kontrolle bzw. Überprüfung des Versorgungsverlaufs, welcher gegebenenfalls angepasst werden muss, je nachdem, ob die vereinbarten Ziele, Leistungen und der geplante zeitliche Ablauf eingehalten werden. Ergeben sich im Verlauf andere Wünsche oder Bedürfnisse, so können sowohl die Ziele als auch die Dienstleistungen und der Zeitplan abgeändert werden. Das Ziel des Monitorings ist somit das rechtzeitige Erkennen und Verhindern von Qualitätsmängeln in der Versorgung. Case Manager:innen müssen demnach eine Verbindung zu ihren Klient:innen und den Angehörigen aufrechterhalten, um relevante Informationen über die einzelnen Leistungen in Hinblick auf die vereinbarten Ziele und die zu erwartenden Ergebnisse erfassen zu können. Kommt es durch die Unterstützung zu einer Verbesserung der Situation der betreuten Person, werden nicht mehr notwendige Maßnahmen wieder abgesetzt. Bei einer gleichbleibenden Situation werden die Hilfestellungen derart angepasst, dass sich eine Verbesserung ergeben kann. Ist ein terminaler Ausgang (was im Bereich der Altenbetreuung auch oftmals der Fall sein kann) vorherzusehen, dann werden die Maßnahmen auf eine stabile Umgebung ausgerichtet, um die Person selbst und deren Angehörige weitestgehend zu unterstützen. Das Monitoring dient somit der Qualitätssicherung der Zusammenarbeit und des weiteren Verlaufs (Von Reibnitz, 2015, S. 87ff.).

Laut Kollak und Schmidt (2019, S. 36ff.) sind hilfreiche Instrumente im Rahmen der Intervention und des Monitorings diverse Checklisten, welche die Anforderungen des Betroffenen an die Dienstleister:innen erfassen. Auch Erweiterungen der Netzwerkkarte sind indiziert, da sich

das Netzwerk ständig erweitert, aber auch Personen oder Dienstleister:innen wieder wegfallen können. Ein Patient:innentagebuch kann beispielsweise zur Dokumentation von Symptomen, Schmerzen und der Zufriedenheit von Klient:innen herangezogen werden. Ein weiteres wichtiges Instrument ist ein Fallbesprechungsprotokoll, welches Ergebnisse von Absprachen festhält, damit man sich bei Unklarheiten zu bereits besprochenen Themen darauf beziehen kann. Zur Unterstützung der Kommunikation eignen sich je nach Kenntnisse der Beteiligten und zur Verfügung stehenden Hard- und Software, Video- oder Telefonkonferenzen, aber auch der Austausch über E-Mail und Kurznachrichten ist möglich. Es ist bei allen Kommunikationsformen unbedingt auf die Wahrung des Datenschutzes zu achten.

3.4.5 Evaluation

Der letzte Schritt im Regelkreis des Case Management ist die Evaluation, deren Ziel die Auswertung und Bewertung der Hilfe ist. Evaluert werden laut Schulz (2009, S. 92ff.) unter anderem die Effektivität des Hilfeplans und die erbrachten Dienstleistungen. Dieser Schritt endet, so Ehlers und Kollak (2011, S. 69f.) mit der sogenannten Entpflichtung des:der Case Manager:in, welche das Ende der Unterstützung darstellt, sofern die Ziele erreicht werden konnten. Besteht weiterhin ein Unterstützungsbedarf, so kann laut Wendt (2015, S. 167f.) ein Reassessment stattfinden, auf welches eine erneute Hilfeplanung folgt.

Ein geeignetes Tool zur Durchführung der Evaluation ist ein Abschlussgespräch aller Beteiligten, welches Erfolge und Misserfolge im Rahmen des Case Management Prozesses festhält, aber auch die Zufriedenheit der Beteiligten. Aus diesem Gespräch können Verbesserungsmöglichkeiten für die zukünftige Arbeit abgeleitet werden. Case Manager:innen müssen nach Beendigung der Zusammenarbeit mit ihren Klient:innen einen ausführlichen Abschlussbericht verfassen, welcher den Verlauf des Case-Management-Prozesses widerspiegelt. Zur Unterstützung der betreuten Person kann noch ein Notfallplan erstellt werden, welcher Kontaktdaten jener Personen beinhaltet, die im Notfall unterstützen können. Als letztes wird noch eine Entpflichtungsvereinbarung aufgesetzt und von beiden Parteien unterzeichnet, welche die Beendigung der Zusammenarbeit festhält (Kollak & Schmidt, 2019, S. 41f.).

All diese Schritte sind notwendig, um Klient:innen mit einem Pflege- und/oder Betreuungsbedarf qualitativ und adäquat zu versorgen, so Schulz (2009, S. 57f.). Laut dem Zentrum für Qualität in der Pflege (2016, S. 10) sind viele bereits bestehende Beratungsangebote auf einen zeitlich eher kurzen Beratungszeitraum ausgelegt, wohingegen Case Management darauf abzielt, die Klient:innen über einen längeren Zeitraum zu betreuen. Mit einem bürgernahen Case Management auf Gemeindeebene könnte es somit gelingen, Angehörige adäquat zu unterstützen und der älteren Generation aufgrund eines maßgeschneiderten Versorgungsplans ein langes selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, so Ehlers und Kollak (2011, S. 92). Man sieht

also, dass Case Management nicht nur in der Jugendhilfe, am Arbeitsmarkt oder bei der Unterstützung von Migrant:innen eine geeignete Methode ist, sondern auch im Bereich der Altenbetreuung angewandt werden kann (Wendt, 2015, S. 215ff.). Ein Vorteil liegt laut Ehlers und Kollak (2011, S. 112ff.) hier auch ganz klar auf der Vernetzung der einzelnen Bezugspersonen und Betreuer:innen der Klient:innen. In der Praxis stehen die unterschiedlichen Behandler:innen gar nicht oder oft nur wenig in Kontakt. Durch das Case Management kann es gelingen, die Personen entsprechend zu vernetzen, damit stets alle auf dem neuesten Informationsstand sind, was wiederum die Qualität der Arbeit des Einzelnen verbessern und Doppelgleisigkeiten vermeiden kann.

3.5 Kernfunktionen im Case Management

Case Manager:innen können im Rahmen ihrer Arbeit unterschiedliche Rollen einnehmen, je nachdem in welchem Aufgabenbereich sie tätig sind und wie der Auftrag lautet. Laut Ehlers und Kollak (2011, S. 19f.) orientieren sich die Rollen an folgenden 4 Schlüsselfunktionen:

1. Fürsprecherfunktion (advocacy)
2. Vermittlerfunktion (broker)
3. Unterstützende Funktion (supporter)
4. Selektierende Funktion (gate-keeper)

Ad 1) Fürsprecherfunktion (Advocacy)

Die anwaltschaftliche Rolle richtet sich vor allem an Personen, die sich in herausfordernden Lebensumständen befinden und welchen eine eigenständige Vertretung ihrer Bedürfnisse nicht möglich ist. Case Manager:innen übernehmen in diesem Fall die Befürworterrolle für ihre Klient:innen. Sie vertreten deren Anliegen gegenüber Ämtern oder anderen Organisationen, setzen sich für eine bedarfsgerechte Versorgung ein und helfen systembedingte Barrieren zu überwinden. Die zentrale Aufgabe ist also die Durchsetzung von Interessen der Klient:innen und die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs zu Ressourcen. Dabei ist es wichtig, die Unabhängigkeit von der Leistungserbringer:innen zu wahren. Die Fürsprecherrolle zu übernehmen soll jedoch nicht bewirken, dass Klient:innen gänzlich abhängig sind von ihrem/ihrer Case Manager:in, sondern man will sie vielmehr dabei unterstützen wieder selbstständig Entscheidungen treffen zu können und für sich selbst einzustehen (Ehlers & Kollak, 2011, S. 19; Wendt, 2015, S. 193f.).

Ad 2) Vermittlerfunktion (Broker)

In dieser Rolle informieren Case Manager:innen ihre Klient:innen über verfügbare Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich und leiten deren Vermittlung in die Wege.

Als Broker sollten Case Manager:innen stets unparteiisch sein und neutral handeln, um zu verhindern, dass den Klient:innen Leistungen vorenthalten werden, zum Beispiel aufgrund von Einsparungen. Für diese Rolle ist es also von Vorteil, wenn Case Manager:innen nicht bei einem:einer bestimmten Leistungsanbieter:in angestellt sind, sondern unabhängig agieren können (Ehlers & Kollak, 2011, S. 19).

Ad3) Unterstützenden Funktion (Supporter)

Laut Ehlers und Kollak (2011, S. 20) unterstützen Case Manager:innen in dieser Rolle ihre Klient:innen dabei Ressourcen zu aktivieren und zu fördern. Betroffene sollten also hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeiten unterstützt und gefördert werden im Sinne von Empowerment.

Ad4) Selektierende Funktion (Gate-Keeper)

Diese Funktion legt den Fokus auf die Steuerung des Zugangs zu Leistungsangeboten durch die Case Manager:innen und wird daher auch als "Gate-Keeper"-Funktion bezeichnet. Eine wesentliche Aufgabe ist die Sicherstellung der finanziellen Mittel, welche für die Versorgung notwendig sind, sowie die Kontrolle und Verwaltung derer. In dieser Rolle kann es gelegentlich zu Interessenkonflikten kommen, beispielsweise wenn ein:e Case Manager:in, welche:r bei einem/r Leistungserbringer:in angestellt ist, den Zugang zu dessen Leistungen regeln soll. Das bedeutet, dass sie möglicherweise zwischen ökonomischen Motiven der Arbeitgeber:innen und individuellen Wünschen der Klient:innen entscheiden müssen. Case Manager:innen sollten jedoch stets klient:innenorientiert handeln (Ehlers & Kollak, 2011, S. 20).

3.6 Extramurales Case Management

Durch die Etablierung von Case Management im extramuralen Bereich, etwa auf Gemeindeebene oder integriert in die Angebote von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten, könnte man Bürger:innen einen niederschweligen Zugang zu den Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems ermöglichen. Im Wiener Modellprojekt ‚Ganzheitliche Hauskrankenpflege‘ untersuchte man bereits zwischen 1996 und 1998 den Nutzen von Case Management für die ambulante Versorgung von Patient:innen mit komplexem Betreuungsbedarf. Aufgrund knapper Personalressourcen wurde in dem Projekt kein ausgewähltes Personal, welches ausschließlich für das Case Management zuständig war eingesetzt, sondern es arbeiteten alle Pflegefachkräfte nach dieser Methode. Die Anwendung von Case Management wurde durchwegs als positiv empfunden seitens der Pflegefachkräfte und der Hausärzt:innen jener Klient:innen, welche im Rahmen des Projekts begleitet wurden. Eine qualitative Versorgung von Menschen mit komplexem Betreuungsbedarf erfordert eine gut strukturierte und rasche Koordination der

unterschiedlichen Akteur:innen. Es zeigte sich im Projekt, dass dies durch die Anwendung von Case Management möglich ist (Grundböck et al., 2011, S. 217ff.).

Die meisten mobilen Pflege- und Betreuungsdienste bieten zwar bereits Beratungen zu Pflege- und Betreuungsangeboten und deren Finanzierungsmöglichkeiten an, für Angehörigen-Sprechstunden und Beratungsgespräche unabhängig zum Bedarf an mobiler Pflege und Betreuung fehlen jedoch personelle und zeitliche Ressourcen. Nachdem Case Management auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet ist, fehlen auch hierfür den Pflegeberater:innen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste die notwendigen zeitlichen Ressourcen. Diese Tatsachen sprechen also ebenfalls für die Etablierung von Case Management in den Gemeinden (Wild, 2020).

3.7 Bedeutung des Case Managements für die ältere Bevölkerung

Case Management findet laut Wendt (2015, S. 215) in verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise im Jugendhilfesektor, bei der beruflichen Wiedereingliederung, im medizinischen Bereich und in der (Alten-)Pflege Anwendung. Menschen mit komplexen Problemlagen profitieren von der professionellen Methode des Case Managements. In vielen sozialen Situationen ist der Prozess für Klient:innen oft undurchsichtig, da sie durch die hohe Akteur:innendichte im Gesundheits- und Sozialbereich mit verschiedenen Betreuer:innen zu tun haben und sich immer wieder auf neue Gegebenheiten einstellen müssen, so Schulz (2009, S. 34ff.). Diese Herausforderungen können durch den Einsatz von Case Management professionell unterstützt werden. In der Arbeit mit älteren Menschen bietet Case Management laut Löcherbach (2004, S. 27) den Benefit, dass es ihnen ermöglicht werden kann, länger in ihrer vertrauten Umgebung zu verbleiben. Gleichzeitig bieten Case Manager:innen auch Unterstützung, wenn ältere Menschen aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in ihrem eigenen Zuhause verbleiben können. Durch Case Management wird, so Wendt (2003, S. 27), aus einem unübersichtlichen Angebot an Dienstleistungen ein bedarfsgerechtes, umfassendes und effizientes Versorgungspaket zusammengestellt.

Case Manager:innen dienen hierbei als Vermittler:innen zwischen dem System der sozialen und gesundheitlichen Versorgung, den Klient:innen und den pflegenden Angehörigen. Sie vernetzen sich mit Pflegediensten und sorgen so für eine altersgerechte Unterbringung ihrer Klient:innen. Die Case Manager:innen begleiten die Klient:innen bei diesem Prozess und bieten die notwendige Unterstützung. Für die Betreuung älterer Menschen bietet die Fallarbeit auch den Vorteil, dass Case Manager:innen eng mit den Angehörigen zusammenarbeiten und diese über aktuelle Probleme und mögliche Lösungen auf dem Laufenden halten. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Angehörigen angesichts der auftretenden Schwierigkeiten weniger isoliert oder überfordert fühlen (Ehlers & Kollak, 2011, S. 112ff.).

4 Relevante Aspekte des extramuralen Case Managements für ältere Menschen

Um die Methode des Case Managements optimal auf die ältere Bevölkerung anpassen zu können gilt es zunächst abzuklären, welchen Informationsbedarf die ältere Bevölkerung und deren Angehörige hinsichtlich Pflege und Betreuung haben, wie die Koordination und Integration von Dienstleistungen optimal erfolgen kann, welche Ziele eine Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkräfte und Stakeholder verfolgt und wie die Überwachung und Evaluation durchgeführt werden kann beziehungsweise welchen Nutzen diese hat.

4.1 Informationsbedarf der älteren Bevölkerung und deren Angehörigen

Nickel et al. (2011, S. 109ff.) erhoben in einer Studie die Informationsbedürfnisse älterer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegenden Angehörigen, welche in folgende 4 Hauptkategorien zusammengefasst werden konnten: Informationen zum Pflege- und Versorgungssystem, Informationen zu Zugangsmöglichkeiten, Informationen zu wohnortnahen Angeboten im Pflege- und Betreuungsbereich und Informationen zur individuellen Situation. Insgesamt wurden 89 Beratungsgespräche durchgeführt, in welchen 109 Anliegen besprochen wurden.

Bezüglich der Informationen zum Pflege- und Versorgungssystem umfassten laut Nickel et al. (2011, S. 110f.) die Anliegen, Themen zu Aspekten des Sozialrechts und Fragen zu Ansprüchen aus der Pflegekasse sowie der Versorgungsstruktur. Pflegebedürftige selbst und deren Angehörige wollten sich gerne in der Versorgungslandschaft besser orientieren können, indem sie sich über stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote informierten. Auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer:innen unterschiedlicher Organisationen war Thema in den Beratungsgesprächen. Weitere Schwerpunkte in den Pflegeberatungen waren die Antragstellung zur Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes, Betreuungsmöglichkeiten eingeschränkter Personen und Hilfsmittelberatungen. Weniger Interesse hingegen bestand an Schulungsangeboten zur Erhöhung der Selbstpflegefähigkeiten.

In der Kategorie der individuellen Zugangsmöglichkeiten bestand vor allem Interesse an lokalen Anbieter:innen des Pflege- und Betreuungsbereichs. Pflegebedürftige und deren Angehörige erkundigten sich über formelle und informelle Unterstützungsmöglichkeiten. Im formellen Bereich etwa über medizinische, pflegerische und therapeutische Angebote und im informellen Sektor über Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbände. Obwohl die Nachfrage der Pflegebedürftigen selbst nach Schulungen sehr gering war, interessierten sich pflegende Angehörige sehr wohl für Schulungsmöglichkeiten zur Steigerung ihrer pflegerischen Kompetenz. Des

Weiteren bestand Bedarf zu Klärung von Fragen zur Wohnraumadaptierung und deren Fördermöglichkeiten und zu Fragen rund um das Thema Ehrenamt (Nickel et al., 2011, S. 111f.).

Zum Thema wohnortnahe Angebote im Pflege- und Betreuungsbereich informierten sich Betroffene über Strukturen, Serviceangebote und Preisgestaltungen der unterschiedlichen Anbieter:innen sowie über Personalqualifikationen. Pflegebedürftige und Angehörige wollten sich einen guten Überblick sowie Vergleichsmöglichkeiten verschaffen. Detailliertes Interesse bestand vor allem an den Kosten für Betreuungsleistungen und betreutes Wohnen, an Angeboten zur Tagespflege, an Fahrtendiensten und deren Kosten und an stationären Pflegeeinrichtungen. Hierzu informierte man sich vor allem über den Prozess der Antragstellung und die Kosten bzw. Finanzierungsmöglichkeiten (Nickel et al., 2011, S. 112).

Anfragen zur individuellen Situation gingen laut Nickel et al. (2011, S. 112) über das einfache Suchen von Informationen hinaus und betrafen persönliche Herausforderungen in Bezug auf einer bereits vorhandenen oder sich entwickelnden Pflegebedürftigkeit. Oft wurden Schwierigkeiten zum Thema Demenz behandelt, einschließlich der Symptome, welche diese Erkrankung mit sich bringt, wie etwa Veränderungen in der Kommunikation, aggressives Verhalten, Gedächtnisverluste und das Gefühl der Angehörigen der Situation nicht gewachsen zu sein. Auch Unterstützung bei der Entscheidung über die optimale Wohnform (Verbleib im eigenen Zuhause, Betreutes Wohnen, stationäre Langzeitpflegeeinrichtung etc.) für die pflegebedürftige Person war Thema in den Beratungsgesprächen. Weitere Punkte waren Angebote und Anwendungsmöglichkeiten von Hilfsmitteln, Informationen über Rufhilfesysteme und Fragen zu spezifischen Krankheitsbildern.

4.2 Koordination und Integration von Dienstleistungen

Im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen ist eine gute Kooperation aufgrund der Vielschichtigkeit der Probleme unerlässlich, da eine getrennte Bearbeitung oft ineffizient und kostenintensiv ist. Im Sozial- und Gesundheitswesen setzt man deshalb auf eine integrierte Versorgung, die bereichsübergreifend und zweckmäßig erfolgen soll, um die Qualität zu sichern und die Kosten zu minimieren. Strukturelle Integration erfordert Managementkompetenzen, da alle an der Versorgungskette Beteiligten miteingebunden werden müssen. Case Management hat sich entwickelt, um die Koordination von Leistungen und die Kooperation zu verbessern, insbesondere im Sozialbereich, wo formelle und informelle Hilfen miteinander verknüpft werden sollen. Im Gesundheitswesen sollen ambulante, stationäre und extramurale Behandlungen koordiniert und die Bereiche Pflege, Rehabilitation und Prävention miteinander vernetzt werden. Case Management betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Kooperation, Kommunikation, Koordination und Integration. Im Bereich der Kommunikation

sind wichtige Aspekte eine ausreichende Aufklärung der Klient:innen, eine angemessene Information der Dienstleistungserbringer:innen über die Bedürfnisse der Klient:innen, eine adäquate Gesprächsführung mit den Klient:innen und die Beziehungsgestaltung zu ihnen, die Umgangskultur mit allen Beteiligten und die Verbindlichkeit von Abmachungen. Koordination bedeutet, dass Prozesse und Interventionen zwischen den an der Versorgung Beteiligten aufeinander abgestimmt und miteinander verknüpft werden. Bei der Koordination auf der Einzelfallebene kann zwischen ‚objekt- und subjektzentrierte‘ Ansätzen unterschieden werden. Beim objektzentrierten Arbeiten erfolgt eine Zusammenführung der notwendigen Dienstleistungen im Versorgungssystem, wohingegen bei der Subjektzentrierung mit Klient:innen vereinbart wird, welche Maßnahmen zur Bewältigung der Problematik beitragen können. Case Manager:innen identifiziert Dienstleistungen für ihre Klient:innen, organisieren diese und vermitteln zu den ausführenden Stellen. Diese Vermittlungsaufgabe erfordert umfassende Kenntnisse der Case Manager:innen über das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem und über Leistungsansprüche (Wendt, 2015, S. 108ff.).

4.3 Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte und Stakeholder

Der Care und Case Management Prozess bedingt laut Kollak und Schmidt (2019, S. 7ff.) die Zusammenarbeit von betroffenen Personen, deren Angehörigen, Leistungserbringer:innen und Case Manager:innen. Gemeinsam möchte man die festgelegten Ziele erreichen. Die Teilnahme an diesem Netzwerk ist freiwillig und trägt dazu bei, die Bedürfnisse der Klient:innen besser zu berücksichtigen und Versorgungsangebote effizient miteinander zu verknüpfen. Case Manager:innen agieren als Fürsprecher:innen ihrer Klient:innen, überwinden Organisationsbarrieren und fördern eine gerechte Leistungsverteilung. Case Manager:innen sollten die bestehenden Netzwerke ihrer Klient:innen kennen und bei Bedarf in der Lage sein, diese zu erweitern. Erfolgreiches Case Management erfordert eine gute Vernetzung, Kenntnisse im Gesundheits- und Sozialsystem und die Fähigkeit zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.

Ehlers und Kollak (2011, S. 115) unterscheiden zwischen einem formellen und einem informellen Netzwerk. Das informelle Netzwerk besteht meist ausgehend von den Klient:innen selbst aus Angehörigen, Freunden, Nachbarn, aber auch aus Kontaktpersonen aus der schulischen oder beruflichen Laufbahn. Wohingegen das formelle Netzwerk ausgehend vom: von der Case Manager:in aus professionellen Gesundheitsdienstleister:innen besteht, wie etwa Ärzt:innen, Therapeut:innen, Krankenpflegepersonen, dem Krankenhauspersonal, Beratungsstellen und Kostenträger:innen.

4.4 Überwachung und Evaluation der Versorgung

Im Rahmen des Monitorings werden Hilfen und Behandlungen koordiniert, überwacht und bei Bedarf abgeändert. Wenn notwendig, intervenieren Case Manager:innen, um Stillstände zu vermeiden und Konflikte zu lösen. Im Rahmen des Fallmonitorings trägt eine sorgfältige Dokumentation wesentlicher Ereignisse zur Qualitätssicherung bei. Case Manager:innen fungieren auch als 'Anwälte' für ihre Klient:innen, indem sie die Einhaltung der Leistungen sicherstellen und Beschwerden bearbeiten. Zum Monitoring gehört auch ein Beschwerdemanagement, welches zur Qualitätssicherung herangezogen wird (Wendt, 2015, S. 160ff.).

Der Evaluation kommt im Zusammenhang mit Case Management, insbesondere im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, eine große Bedeutung zu. Der Erfolg, der im Rahmen von Case Management erbrachten Leistungen kann an Veränderungen von körperlichen und psychischen Zuständen sowie am Verhalten der betroffenen Personen gemessen werden. Die Evaluation als Instrument zur Beurteilung von Interventionsmöglichkeiten ist entscheidend für die Überprüfung der Maßnahmen, ihrer Effizienz und ihrer kontinuierlichen Verbesserung. Case Management ist ein zielgerichteter Prozess, bei dem Case Manager:innen Veränderungsmöglichkeiten aufzeigen und koordinieren, um eine adäquate Versorgung und kosteneffiziente Resultate zu ermöglichen. Leitkriterien für die Evaluation sind die Ermittlung und Verfolgung von Zielen im Rahmen des Case Managements, die Einbindung der Klient:innen und des Netzwerks sowie die Berichterstattung über die Ergebnisse. Die Evaluation als letztes Glied der Prozesskette des Case Managements ermöglicht die Überprüfung des Prozesses und der Zielsetzung. Evaluation dient nicht nur der Qualitätsentwicklung innerhalb der Organisation, sondern ermöglicht auch Aussagen über die Wirkungen von Case Management. Sie dient also nicht nur als betriebswirtschaftliches Kontrollverfahren, sondern auch der Rechenschaftslegung gegenüber den Auftraggeber:innen (Schulz, 2009, S. 92ff.).

Ergebnisse aus Projekten weisen darauf hin, dass Case Management mit der Vermeidung von stationärer Pflege, der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und einer Steigerung des Wohlbefindens verbunden ist. Dennoch ist die Forschungslage uneinheitlich, da klare Definitionen von Case Management fehlen, was die Vergleichbarkeit von Studien erschwert. Da diese Methode in vielen unterschiedlichen sozialen Bereichen Anwendung findet, ist eine eindeutige Formulierung schwierig. Eine klare Definition von Case Management und die Entwicklung von Evaluationsinstrumenten sind notwendig, um eine umfassende Evaluation zu ermöglichen. Verschiedene Forschungsergebnisse deuten ebenfalls auf positive Effekte von Case Management in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit, die Pflegesituation, Pflegeheimweisungen und die Kosteneffizienz hin (Schulz, 2009, S. 105ff.).

5 Chancen von Case Management für die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich

Das Bundeskanzleramt Österreich (2020, S. 173) setzt im derzeitigen Regierungsprogramm auf die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch den Ausbau von kostenlosen und regionalen Case-Management-Angeboten, welche bezüglich individueller Pflege- und Betreuungsoptionen und Finanzierungsmöglichkeiten beraten und unterstützen sollen. Putra und Sandhi (2021, S. 1ff.) eruierten, dass die Pflegekoordination und -planung die wichtigsten Komponenten des Case Managements im Pflege- und Betreuungsbereich sind. Case Manager:innen erleichtern der Bevölkerung durch ihre Unterstützungsmaßnahmen sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum den Zugang zu Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Die Anwendung von Case Management in den unterschiedlichen Bereichen bringt viele Chancen mit sich. Im Bereich der älteren Bevölkerung sind dies etwa eine Verbesserung der Lebensqualität, die Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie, eine Steigerung der Effizienz und Effektivität der Versorgung, die Verhinderung von Alterseinsamkeit und eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen und Hinauszögerung beziehungsweise Verhinderung von Pflegeheimweisungen.

5.1 Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen

Schümmelfeder und Hampel-Kalthoff (2015, S. 167ff.) erläutern anhand von Fallbeispielen, dass durch den Einsatz von Case Management die Lebensqualität gesteigert werden kann. Möglich wird dies durch eine individuelle Unterstützung. Case Manager:innen achten auf die Ressourcen und Bedürfnisse der Klient:innen, wodurch beispielsweise eine Kostensenkung für die Betroffenen und eine Erhöhung der Mobilität bedingt durch eine optimale medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung stattfinden kann.

Das Überleitungsmanagement im Rahmen des Case Managements ermöglicht finanzielle Vorteile, da Unterstützungsgelder frühzeitig beantragt werden und verbessert die Lebensqualität der Klient:innen, indem es ihre Rückkehr ins häusliche Umfeld trotz Einschränkungen fördert. Case Management spielt eine zentrale Rolle, da es Entlassungsprozesse verbessert und eine individuelle Patient:innenversorgung einrichtungsübergreifend sicherstellt. Eine erfolgreiche Integration von Case-Management-Prozessen in die bestehenden Krankenhausstrukturen gewährleistet eine gut organisierte Entlassung und stellt Informationen über getätigte Interventionen und die weiteren geplanten Schritte für nachversorgende Einrichtungen bereit. Case Manager:innen können aufgrund ihrer guten Kenntnisse im Gesundheits- und Sozialbereich

ihre Klient:innen und Angehörige kompetent über häusliche Betreuung informieren und in Entscheidungsprozessen unterstützen (Von Reibnitz, 2015, S. 178f.).

5.2 Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie

Die ethische Grundlage des Case Managements betont die Achtung und Förderung der Selbstständigkeit von hilfebedürftigen Menschen. Sowohl im direkten Kontakt als auch im Auftreten gegenüber der am Netzwerk Beteiligten wird die Selbstbestimmung der Betroffenen gewahrt und gefördert. Case Manager:innen ermöglichen ihren Klient:innen selbstbestimmte Entscheidungen, informieren, unterstützen und fördern deren Fähigkeit, Aufgaben eigenständig zu bewältigen (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V., 2020, S. 7). Durch den Einsatz von Case Management gelingt es, älteren Menschen ein hohes Maß an Autonomie zu ermöglichen, sodass sie in ihrer Lebensführung größtmöglich selbstständig sein können, so das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (1999, S. 125).

5.3 Steigerung der Effizienz und Effektivität der Versorgung

Die Methode des Case Managements zielt darauf ab, dass die notwendigen Unterstützungsangebote sich an den Bedürfnissen der Klient:innen orientieren und diese zeitgerecht organisiert werden. Dies steigert wiederum die Effektivität und Effizienz der Versorgung von älteren Menschen und trägt gleichzeitig zur Vermeidung einer Überversorgung bei, so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999, S. 125). Mostardt et al. (2012, S. 642ff.) bestätigen ebenfalls, dass Case Management bei Klient:innen mit Demenz die Effektivität der Versorgung steigern kann. Ebenso wurde eine positive Auswirkung auf die Kosteneffektivität beobachtet.

5.4 Verhinderung von Alterseinsamkeit und Förderung sozialer Teilhabe

Eine potenzielle Strategie zur Einbindung älterer Menschen in öffentliche Versorgungsnetzwerke sieht das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2022, S. 109) im Care und Case Management. Es stellt den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die Betroffenen sicher und trägt dazu bei, gesundheitsbezogene Barrieren zu überwinden und das Risikopotential für soziale Isolation im Alter zu senken.

Im Rahmen des Case-Management-Prozesses werden soziale Kontakte erhoben (Netzwerkkarte) und bei einer drohenden Vereinsamung (re-)aktiviert. So gelingt es den Case Manager:innen der Alterseinsamkeit entgegenzuwirken und die soziale Teilhabe zu fördern. Case Manager:innen beraten ihre Klient:innen bei Bedarf über Selbsthilfegruppen, aber auch über Aktivitäten, welche eigens für die ältere Gesellschaft konzipiert sind.

5.5 Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Pflegeheimweisungen

Laut Joo und Liu (2016, S. 12) ist es durch die Anwendung von Case Management möglich Krankenseinweisungen, die Verweildauer im Krankenhaus und Wiederaufnahmen zu reduzieren. Ebenso beschreibt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999, S. 125) die positiven Aspekte von Case Management mit einer Verkürzung der Dauer der Behandlungen im Krankenhaus, der Vermeidung von Krankenseinweisungen und der Vermeidung oder Hinauszögerung einer Unterbringung in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung. Auch Burns et al. (2007, S. 1ff.) kommen zu der Schlussfolgerung, dass durch die Anwendung von Case Management Einweisungen in ein Krankenhaus verringert werden.

5.6 Darstellung des Nutzens von Case Management anhand des Evaluationsberichtes zum Projekts *Age-friendly Region*

Kahlert und Böhler (2019) verfassten den Evaluationsbericht zum Projekt Age-friendly Region, welches von 2017 bis 2019 in Teilen der Steiermark und Ungarns durchgeführt wurde. Das Projekt verfolgte das Ziel ältere Menschen und deren Angehörige durch die Einführung von Case Management im extramuralen Bereich bedürfnisorientiert zu unterstützen und so die Versorgung zu Hause zu sichern. Dem Evaluationsbericht sind einige positive Veränderungen durch die Etablierung von Case Management in den Projektregionen zu entnehmen, welche im Folgenden angeführt werden.

Die beteiligten Akteur:innen gaben an, dass pflegebedürftige Personen, welche im Rahmen des Projekts durch ein Case Management unterstützt wurden, nach Ende des Projektes besser über Leistungsangebote und Zugangsmöglichkeiten zu diesen Bescheid wussten. Weiters wurde angegeben, dass bestehende Angebote besser die jeweiligen Zielgruppen und zum richtigen Zeitpunkt erreichen. Ebenso wurde die räumliche Aufteilung der Leistungsangebote als ausgeglichener wahrgenommen. Den Akteur:innen wurde positives Feedback von den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen rückgemeldet, da sich durch das Projekt ihr Wissen über regionale Unterstützungsangebote erhöhte. Ein weiterer Nutzen, welcher sich in der Befragung zeigte, ist, dass durch den Einsatz von Case Management Angebote rascher angepasst werden konnten, wenn sich die Bedürfnisse der Betroffenen veränderten. Die individuell angepassten Dienstleistungen für ältere Menschen in der Region durch Case Management, sei es im pflegerischen, sozialen oder rechtlichen Bereich, führten zu einer Reduktion von Beschwerden über die Versorgungsqualität. Gleichzeitig boten sie Entlastung für pflegende Angehörige und ermöglichten älteren Menschen, ein qualitativ hochwertiges Leben in ihrem

zu Hause. Dies wurde möglich durch eine gezielte Abstimmung der Angebote auf deren pflegerischen und gesundheitlichen Anliegen (Kahlert & Böhler, 2019, S. 9ff.).

6 Community Nursing

Nach internationalen Vorbildern sollen in Österreich Community Nurses auf Gemeindeebene tätig werden, um niedrigschwellige, bedarfsorientierte Dienste anzubieten. Dieses Angebot richtet sich an ältere Menschen, die zu Hause leben und Unterstützung in Form von Informationen, Beratung, Pflege und/oder Betreuung benötigen, sowie an deren pflegende Familienangehörige. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Programms ist der präventive Hausbesuch für Personen ab dem 75. Lebensjahr. Als Community Nurse herangezogen werden Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, welche idealerweise über gute Kenntnisse über das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem verfügen (Horak & Haubitzer, 2021, S. 13ff.). Laut dem Bundeskanzleramt Österreich (2020, S. 174) sollen Community Nurses für ältere Menschen und deren Angehörige als Hauptansprechpersonen in Pflege- und Betreuungsfragen fungieren und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Gemeinden umsetzen.

Die Hauptziele des Projekts Community Nursing bestehen darin, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, das allgemeine Wohlbefinden zu steigern und älteren Menschen zu ermöglichen, in ihrem eigenen Zuhause zu bleiben. Dies soll unter anderem durch die Förderung der Selbsthilfe von Betroffenen und deren Angehörigen erreicht werden (Gesundheit Österreich GmbH, 2021, S. 2f.).

6.1 Definition Community Nursing

Die Gesundheit Österreich GmbH orientiert sich hinsichtlich der Definition an der WHO und definiert das Berufsfeld der Community Nurse wie folgt: *„Community (Health) Nursing ist ein Spezialbereich von Gesundheits- und Krankenpflege sowie Public Health, welcher die Gesundheit der Bevölkerung fokussiert, indem Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Ausrichtung an Gesundheitsdeterminanten betont werden. Es ist die Praxis zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit von Individuen und Familien sowie Gruppen und Gemeinschaften durch Anwendung von Wissen aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft sowie Public Health. Dieser Ansatz umfasst die Fürsprache für Individuen und Familien, für Gruppen und Gemeinschaften und deren Gesundheitsanliegen und -probleme sowie die Entwicklung und Planung von Netzwerken im öffentlichen Leben, die sich mit Fragen des barrierefreien Zugangs zu Pflege-, Gesundheits- und Sozialdienstleistungen beschäftigen. Mit einem mehrperspektivischen Zugang zu Gesundheit erfolgt die Pflege in der Gemeinde, also in den Wohn- und Lebenswelten von Menschen.“* (zitiert nach <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/ansaeetze-und-grundlagen>, Abruf am 8.9.2023).

Die Bezeichnung Community Nursing wird international in vielfältiger Weise interpretiert. Sie kann entweder verglichen werden mit "Community Health Nursing" oder mit der Gesundheits- und Krankenpflege im extramuralen Pflegebereich, wie sie in Österreich praktiziert wird. Im internationalen Raum führen Community Nurses Dienstleistungen im sozialen Bereich durch. Die Bezeichnung *Community Health Nursing* ist ein eigener Fachbereich der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege, welcher ein breites und vielschichtiges Aufgabenfeld umfasst. In Abbildung 5 werden die Gesundheitskompetenzen der Community Nurses und die Perspektiven in den Gemeinden dargestellt. Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen ist es möglich, in dieser Fachrichtung selbstständig tätig zu sein. Generell unterliegt Community Nursing derzeit keiner vom Gesetz geregelten Spezialisierung, weshalb es auch keine speziellen Anforderungen gibt (<https://cn-oesterreich.at/community-nursing/ansaeetze-und-grundlagen>, Abruf am 8.9.2023).

Abbildung 5: Tätigkeiten einer Community Nurse



Quelle: www.cn-oesterreich.at (Abruf am 8.9.2023)

6.2 Entwicklung und Bedeutung von Community Nursing in Österreich

6.2.1 Über den Projektbeginn

Sozialhilfeverbänden, Städten und Gemeinden war es von 21. Oktober bis 2. Dezember 2021 möglich einen Antrag zur Förderung für die Umsetzung von Projekten im Bereich Community Nursing zu stellen. Die Koordinierungsgruppe des Projekts beurteilte gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die Anträge und das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz traf schließlich die finale Entscheidung über die Projektzusagen an die werbenden Stellen (<https://cn-oesterreich.at/das-projekt/pilotprojekte-oesterreich>, Abruf am 8.9.2023).

Geplant ist die derzeit laufende Ausbaustufe 1 des Pilotprojekts bis Ende 2024, worauf zunächst eine umfassende Evaluierung folgen wird. Sollte sich das Projekt als erfolgreich erweisen, so würde das Berufsbild der Community Nurses weiter ausgerollt werden und die Kosten könnten in die Regelfinanzierung übergeführt werden.

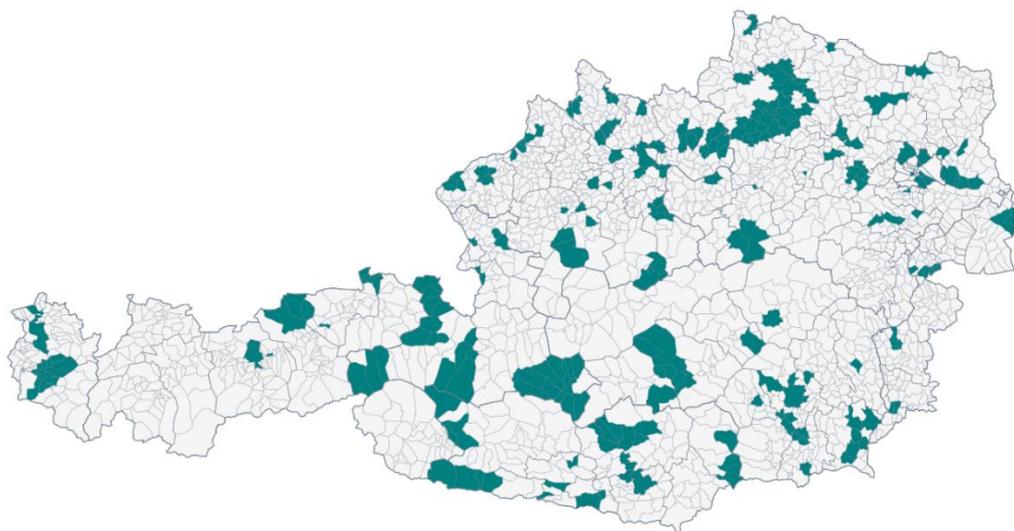
6.2.2 Finanzierung des Projekts

Finanziert wird das von 2022-2024 laufende Projekt durch die Europäische Kommission im Zuge des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans. Wie die Finanzierung nach Ende der Projektlaufzeit gesichert sein soll bzw. ob das Berufsbild der Community Nurse überhaupt bestehen bleibt ist derzeit noch unklar (https://cn-oesterreich.at/das_Projekt, Abruf am 8.9.2023). Verläuft das Pilotprojekt erfolgreich, so wird daran gedacht, die Möglichkeiten einer Übernahme in die Regelfinanzierung prüfen zu lassen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021, S. 3).

6.2.3 Aktuelle Zahlen zum Projekt

Insgesamt bewarben sich 145 Stellen zur Projektumsetzung, von welchen sich im Juni 2023 noch 116 Projekte in der Umsetzung befanden (vgl. Abbildung 6). Etwa 180 Vollzeitäquivalente und zirka 270 Personen sind, Stand Juni 2023, als Community Nurse tätig. Für die Durchführung der Hausbesuche wurden seitens der Europäischen Kommission auch 90 E-Autos und 40 E-Bikes gefördert, um die Wege der Community Nurses umweltfreundlich zu gestalten. Insgesamt stehen Österreich 54,2 Mio. Euro für die Durchführung des Projekts zur Verfügung (https://cn-oesterreich.at/das_Projekt, Abruf am 8.9.2023).

Abbildung 6: Verteilung der Projekte ‚Community Nursing‘ in Österreich, Stand Juni 2023



Quelle: <https://cn-oesterreich.at/das-projekt/pilotprojekte-oesterreich>

6.2.4 Zielgruppen

Die Zielgruppe beschränkt sich im Rahmen des Projekts derzeit auf ältere und hochaltrige Menschen, welche Beratungen, Informationen und/oder Pflege und/oder Betreuung benötigen. Eine weitere Zielgruppe stellen die pflegenden Angehörigen dar. Für die Zukunft ist jedoch geplant, dass die Zielgruppen erweitert werden, da die Community Nurses auch einen wichtigen Beitrag in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention leisten (Gesundheit Österreich GmbH, 2021, S. 3).

6.3 Rolle und Aufgaben einer Community Nurse in Österreich

Aufgaben einer Community Nurse anhand des Public Health Interventionsrades

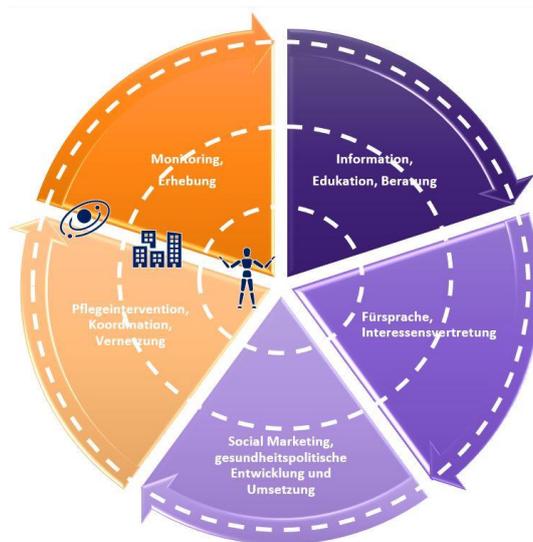
Laut dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021, S. 7) sind die Hauptaufgaben einer Community Nurse folgende (vgl. Abbildung 7):

1. **Monitoring und Erhebung:** Die gegenwärtige Lebenslage und der Gesundheitsstatus einer Person werden erfasst, um den Bedarf zu ermitteln und die dazugehörigen Maßnahmen zur Deckung zu entwickeln.
2. **Information, Edukation und Beratung:** Unterstützt bei der Vorbereitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen auf bevorstehende Herausforderungen und führt Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung durch.
3. **Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung:** Organisation und Vermittlung von Pflege- und Betreuungsleistungen, sowie von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung.
4. **Fürsprache und Interessensvertretung:** Engagiert sich für die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und fungiert als Hauptansprechpartner:in und Vertreter:in für diese Anliegen.

Für die nächste Ausbaustufe des Projekts Community Nursing sind noch folgende zusätzliche Aufgaben geplant:

5. **Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung**

Abbildung 7: Public Health Intervention Wheel



Quelle: <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse>

Laut Wild (2020) ergeben sich für eine Community Nurse also folgende 3 Hauptaufgabenfelder: Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, Leistungskoordination und Tätigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Die Beratungen einer Community Nurse umfassen Informationen zu verschiedenen Betreuungssettings und beziehen die gesamte Familie, sowie das soziale Netz eines Betroffenen mit ein, um Ressourcen zu aktivieren und eine bestmögliche Versorgung in die Wege zu leiten. Überforderungen der Angehörigen sollen durch eine umfassende Beratung und Unterstützung frühzeitig erkannt oder vermieden werden. Auch Konflikte, welche sich durch eine schwierige Betreuungssituation innerhalb der Familie ergeben können, soll so vorgebeugt werden. Die Koordination von Leistungen umfasst sowohl rechtliche als auch finanzielle Aspekte, welche für eine adäquate pflegerische und medizinische Versorgung notwendig sind. Community Nurses agieren als Bindeglied zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbieter:innen, um Pflegebedürftigen und deren Angehörigen die Organisation des Versorgungsprozesses zu erleichtern und eine Betreuungskontinuität zu sichern. Tätigkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten den präventiven Hausbesuch zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vorbeugung der Vereinsamung, Workshops zu unterschiedlichen Themen (zum Beispiel zur Sturzprävention oder Ernährung), Beratungen zur Wohnraumadaptierung und die Förderung sozialer Aktivitäten der älteren Bevölkerung, wie beispielsweise die Initiierung von Gruppengesprächen und Stammtischen, wo sich Betroffene selbst und deren Angehörige vernetzen können.

Köllner (2023, S. 52ff.) bestätigt, dass Community Nurses einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung von Alterseinsamkeit leisten, indem sie Personen mit einem erhöhten Risiko zur Vereinsamung identifizieren und Maßnahmen setzen, um dem entgegenzuwirken. Ältere Menschen tendieren oftmals zu sozialen Rückzug was wiederum zu sozialer Isolation führt und das Risiko einer Alterseinsamkeit erhöht. Dies geschieht meist sehr schleichend und Betroffene nehmen dies erst wahr, wenn der Leidensdruck durch die Einsamkeit bereits sehr groß ist. Community Nurses setzen bereits frühzeitig Maßnahmen, um der sozialen Isolation vorzubeugen, indem sie Hausbesuche durchführen, Stammtische abhalten und das soziale Netzwerk der Betroffenen wieder aktivieren.

Eine Community Nurse, welche auf Gemeindeebene tätig ist, wäre eine geeignete Person, um die Methode des Case Managements auf die ältere Bevölkerung anzuwenden, um ihnen in Fragen und notwendiger Organisation von Pflege und Betreuung zur Seite zu stehen. Optimalerweise sollten Community Nurses über entsprechende Ausbildungen im Bereich des Case Managements verfügen, um ihre Fachkenntnisse und Qualifikationen noch auszuweiten. Community Nurses sollten idealerweise an bereits vorhandene Strukturen, wie etwa den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten, angeknüpft werden, da diese Anlaufstellen bereits in der Bevölkerung bekannt sind und auch Fehlzeiten durch Urlaub oder Krankheit besser abgedeckt werden könnten. Bei einer Ansiedelung der Community Nurses losgelöst von bereits bekannten Strukturen, etwa in einer eigenen Beratungsstelle oder in einem Büro im Gemeindeamt, ist zu befürchten, dass es zu Unsicherheiten bei den Betroffenen und Doppelgleisigkeiten führen könnte (Wild, 2020).

Auch Köllner (2023, S. 56) sieht Community Nurses als ideale Personen zur Umsetzung eines wohnortnahen Case Managements, da sie zentrale Ansprechpersonen sind, als Schnittstelle dienen und unterschiedliche Akteur:innen miteinander vernetzen.

7 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit beleuchtet unterschiedliche Aspekte von Case Management in Bezug auf die ältere Bevölkerung im extramuralen Bereich. Es wird aufgezeigt, dass ältere Menschen mit einer drohenden oder bestehenden Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit mit vielfältigen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialbereich konfrontiert sind. Durch zahlreiche Akteur:innen in diesem System fällt es Älteren und deren Angehörigen oftmals schwer sich zurecht zu finden, so Schulz (2009, S. 34ff.). Die Methode des Case Managements erweist sich als wirksames Instrument und bietet viele Chancen, um den Herausforderungen gerecht zu werden. Insbesondere bietet sie einen erheblichen Mehrwert bei der Schließung von Versorgungslücken und der Bewältigung der Schnittstellenproblematik. Ineffizienten Versorgungsabläufen und dem Verlust wertvoller Informationen kann demnach durch Case Management entgegengewirkt werden, so Wendt (2015, S. 105ff.). Die Literaturrecherche zeigt, dass Case Manager:innen in der Lage sind, die Bedürfnisse älterer Menschen optimal zu erfassen, um so ein adäquates Versorgungspaket für diese erstellen zu können. Dies ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung und verhindert, dass ältere Menschen im extramuralen Bereich unterversorgt sind.

Ein Nutzen ist laut Von Reibnitz (2015, S. 178f.) zum Beispiel die nachgewiesene Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen durch den Einsatz von Case Management. Die individuelle Betreuung und Unterstützung ermöglichen es, individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche der älteren Bevölkerung einzugehen, was zu einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens führt. Auch die Effektivität und Effizienz der Versorgung wird durch die Unterstützung von Case Manager:innen positiv beeinflusst, so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999, S. 125). Durch die Koordination unterschiedlicher Dienste und die Integration von Versorgungsangeboten kann eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden. Dies trägt nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit bei, sondern optimiert auch den Ressourceneinsatz im Gesundheits- und Sozialwesen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass Case Management nicht nur den Zugang zu Gesundheitsleistungen unterstützt, sondern laut dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2022, S. 109) auch die soziale Teilhabe älterer Menschen fördert und so der Altersinsamkeit vorbeugt. Die angeführten Ergebnisse zeigen auch, dass Case Management einen wichtigen Beitrag zur Minimierung von Krankenhausaufenthalten und zur Vermeidung von Pflegeheimweisungen leistet, indem es den Verbleib im gewohnten Umfeld durch eine adäquate Versorgung sichert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1999, S. 125; Burns et al., 2007, S. 1ff.; Joo & Liu, 2016, S. 12). Case Manager:innen handeln stets klient:innenorientiert und ermöglichen den Betroffenen ein hohes Maß an Autonomie be-

ziehungsweise unterstützen sie die Klient:innen dabei durch Maßnahmen wie eine Wohnraumadaptierung oder den Einsatz von geeigneten Hilfsmittel beim Erhalt der Selbstständigkeit.

Die Ergebnisse des Projektes *Age-friendly Region* zeigen ebenfalls auf, welche Chancen Case Management im extramuralen Bereich für die ältere Bevölkerung und deren Angehörige bieten kann. Der Vergleich von Befragungen zu Beginn und zu Ende des Projektes zeigte, dass die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, die durch Case Manager:innen Unterstützung erhalten, besser über regionale Unterstützungsangebote informiert sind und sie die Zugangsmöglichkeiten zu diesen kennen. Case Management trägt insgesamt dazu bei, dass bei Bedarfsänderungen umgehend reagiert werden kann und eine Anpassung der Versorgung rasch erfolgt. Pflegende Angehörige fühlen sich durch die Unterstützung von Case Manager:innen entlastet und Pflegebedürftige äußern eine subjektive Verbesserung der Lebensqualität durch eine auf ihre Bedürfnisse angepasste Versorgung (Kahlert & Böhler, 2019, S. 9ff.).

Laut Rappold (2022, S. 1ff.) leisten Community Nurses einen wichtigen Beitrag in Bezug auf Netzwerkarbeit, indem sie den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Netzwerken in die Wege leiten und versuchen Versorgungslücken zu schließen. Community Nurses bemühen sich um Kooperationen in interdisziplinären Teams und versuchen in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesellschaft unterstützend tätig zu sein. Es lässt sich also erkennen, dass ein Teil der Arbeit von Community Nurses durchaus dem Konzept von Case Management entspricht, da es eine ihrer Aufgaben ist, den Unterstützungsbedarf einer Person zu erheben und diese bei der Organisation einer adäquaten Versorgung zu unterstützen. Unterschiedliche Akteur:innen im formellen und informellen Bereich werden miteinander vernetzt, wobei die Community Nurse als zentrale Ansprechperson fungiert, wie auch die Case Manager:innen im Rahmen des Case Management Prozesses. Beratung zu und Unterstützung sowie Organisation von finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich Pflege und Betreuung zählen ebenfalls zu den Tätigkeiten einer Community Nurse wie auch zu jenen von Case Manager:innen. Zusätzlich übernehmen Community Nurses laut Wild (2020, S. 2) noch Tätigkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, welche im Rahmen des Case Management Prozesses nicht direkt angewandt werden, jedoch im Handlungsplan berücksichtigt werden können. Ebenso zu den Aufgaben einer Community Nurse gehören laut Gesundheit Österreich GmbH (2021, S. 6f.) ein begleitendes Monitoring, in welchem die gesetzten Maßnahmen bewertet und deren Durchführung anschließend evaluiert werden. Auch diese Tätigkeiten sind im Case-Management-Prozess abgebildet (vgl. Ehlers & Kollak, 2011, S. 31ff.). Eine weitere Hauptaufgabe einer Community Nurse, welche sich mit jener von Case Manager:innen deckt ist die Fürsprache und Interessensvertretung (vgl. Gesundheit Österreich GmbH, 2021, S. 8). Community Nurses haben es zur Aufgabe sich für die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse

Einzelner einzusetzen und diese gegenüber Leistungserbringern zu vertreten. Aus all diesen Punkten lässt sich ableiten, dass Community Nurses nach der Methode des Case Managements arbeiten, denn beide Tätigkeiten beinhalten die Arbeitsschritte Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation, sowie auch die Aufgaben Beratung, Vernetzung und Fürsprache.

8 Schlussfolgerung und Ausblick

Anhand der Chancen, welche die Anwendung von Case Management für die ältere Bevölkerung und deren Angehörige bietet, lässt sich gut ableiten, wie gewinnbringend eine flächendeckende Etablierung dieser Methode im extramuralen Bereich wäre. Community Nurses haben durch ihre umfassenden Kenntnisse im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich die idealen Voraussetzungen, um die Methode des Case Managements in ihrer Tätigkeit anzuwenden. Obwohl es derzeit noch keine Weiterbildung benötigt, um als Community Nurse tätig zu sein, wäre es doch für die Zukunft sinnvoll einen fachlichen und persönlichen Kompetenzaufbau zu verfolgen. Laut Gesundheit Österreich GmbH wird sich das Aufgabenprofil der Community Nurses noch erweitern und da kann es von Vorteil sein, wenn die Möglichkeit einer adäquaten Weiterbildung bestünde. Einige Ausbildungsstätten etablieren bereits erste Weiterbildungen zum Thema Community Nursing, wie etwa die Akademie für Gesundheitsberufe in Graz (Weiterbildung Community Nurse (CHN) - Familien- und Gemeinwesenorientierte Gesundheitspflege), die Fachhochschule Oberösterreich (Familienorientierte/Gemeindeorientierte Pflege - Family Health Care/Community Health Care) und die FH Kärnten (Community Health Nurse – Handlungsfelder der Pflege im Kontext von Public Health). Eine einheitliche professionelle Weiterbildung für alle 9 Bundesländer wäre in dem Bereich gewinnbringend, da das Projekt österreichweit läuft und die Community Nurses auch überall die gleichen Aufgaben übernehmen.

Obwohl noch viel Aufklärungsarbeit sowohl im formellen als auch im informellen Bereich über die Rolle und die Aufgaben einer Community Nurse geleistet werden muss, ist es ein zukunftsweisendes Projekt, um die ältere (und in Zukunft die gesamte) Bevölkerung Österreichs in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Pflege und Betreuung zu unterstützen mithilfe der Methode des Case Managements.

Die Evaluation des Projektes Community Nursing wird zeigen, welchen Einfluss die Etablierung auf die ältere Bevölkerung hat und welchen Nutzen sie für Prävention, Gesundheitsförderung und die Versorgungssituation älterer Menschen bringt. Die Frage der Finanzierung und der langfristigen Etablierung in den Gemeindeverbänden muss weiter geklärt werden, sofern das Aufgabenfeld der Community Nurses nach Projektende bestehen bleibt.

Die vorliegende Arbeit weist jedoch auch Grenzen auf, insbesondere die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf verschiedene extramurale Bereiche und die langfristigen Effekte von Case Management zeigen, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Interessant wäre es auch, in zukünftigen Studien sowohl die Perspektive der älteren Menschen und deren Angehörigen

selbst als auch die der beteiligten Akteur:innen zu berücksichtigen, um eine noch umfassendere Sichtweise auf die Wirksamkeit von Case Management zu ermöglichen. Die Bachelorarbeit betont die Wichtigkeit und Effektivität der Methode des Case Managements im extramuralen Bereich für die ältere Bevölkerung. Die gewonnenen Erkenntnisse können als Grundlage für die Gestaltung zukünftiger Versorgungsstrategien dienen, die darauf abzielen, die Lebensqualität älterer Menschen langfristig zu steigern und die Herausforderungen im extramuralen Bereich erfolgreich zu bewältigen.

Literaturverzeichnis

- Bundeskanzleramt Österreich (2020). *Aus Verantwortung für Österreich*. https://www.dievolks-partei.at/Download/Regierungsprogramm_2020.pdf
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019). *Demographischer Wandel: geänderte Rahmenbedingungen für den Sozialstaat*. file:///C:/Users/sandr/Downloads/dokument_demographischer_wandel_22_11_2019_barrierefrei.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999). *Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen* [Band 189/1]. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95010/93e7d50c010f08f2029d2da3b92095c7/prm-24450-sr-band-189-1-data.pdf>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2021). *Fact-sheet zu Community Nursing*. https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/fact-sheet_CommunityNursing_final_barrierefrei.pdf
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A. & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335(7615), <https://doi.org/10.1136/bmj.39251.599259.55>
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2020). *Ethische Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management*. https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2014/10/DGCC_Ethische_Grundlagen_2020.pdf
- Ehlers, C. & Kollak, I. (2011). *Care und Case Management in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Cornelsen Verlag.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2011). Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In M. Ewer & D. Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (S. 7-27). Hans Huber Verlag.
- Gessl, A. S., Flörl, A. & Schulc, E. (2022). Demand for community-based Case Management in Austria: a qualitative analysis. *BMC Nursing*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00775-0>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2021). *Aufgaben- und Rollenprofil: Community Nurse*. https://goeq.at/sites/goeq.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf

- Grundböck, A., Krajic, K., Stricker, S. & Pelikan, J. M. (2011). Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexen Behandlungsbedarf. In M. Ewer & D. Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (S. 217-249). Hans Huber Verlag.
- Horak, M. & Haubitzer, S. (2021). *Community Health Nurse: Handlungsfelder der Pflege im Kontext von Public Health*. Facultas Verlag.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2022). Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter: Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken?. https://www.iqwig.de/download/ht20-03_massnahmen-gegen-soziale-isolation-und-einsamkeit-im-alter_vorlaeufiger-hta-bericht_v1-0.pdf
- Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2016). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review*, 64, 296-308. <https://doi.org/10.1111/inr.12335>
- Kahlert, R. & Böhler, C. (2019). *Begleitende Evaluation aus der Perspektive von Akteuren als Teil der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projekts „Age-friendly Region“ – Case und Care Management in West-Ungarn und in der Steiermark*. European Centre for Social Welfare Policy and Research. https://interreg-athu.eu/fileadmin/be_user_uploads/Age-friendly_Region/Evaluation_Bericht_Akteure.pdf
- Kollak, I. & Schmidt, S. (2019). *Instrumente des Care und Case Management Prozesses* (2. Auflage). Springer Verlag.
- Korvas, H. & Wiedenhofer, I. (o.J.). *Diplomlehrgang Zertifizierte(r) Care und Case ManagerIn*. Berufsförderungsinstitut Wien.
- Köllner, H. P. (2023). Community Health Nurses: Alterseinsamkeit verhindern. *Pflege Zeitschrift*, 76, 52-56. <https://doi-10.1000014d008a.han.fernfh.ac.at/10.1007/s41906-023-2181-8>
- Löcherbach, P. (26.-27.11.2004). *Innovation in und durch Case Management* [Vortrag]. Jahrestagung 2004 der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit, Berlin. http://www.pantucek.com/seminare/200801kwp/loecherbach_innovation2004.pdf
- Mostardt, S., Matusiewicz, D., Schröer, W., Wasem, J., & Neumann, A. (2012). Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit eines Case-Management-Programms bei Patienten mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(7), 642–646. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0298-2>

Wild, M. (2020). *Die Community Nurse als Teil der Versorgungslandschaft*. Pflege Professionell. <https://pflege-professionell.at/cn>

Zentrum für Qualität in der Pflege (2016). *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf

Internetquellen

Gesundheit Österreich GmbH. <https://cn-oesterreich.at/> [Abruf am 8.9.2023]

Gesundheit Österreich GmbH. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/ansaetze-und-grundlagen> [Abruf am 8.9.2023]

Gesundheit Österreich GmbH. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse> [Abruf am 8.9.2023]

Gesundheit Österreich GmbH. https://cn-oesterreich.at/das_Projekt [Abruf am 8.9.2023]

Gesundheit Österreich GmbH. <https://cn-oesterreich.at/das-projekt/pilotprojekte-oesterreich> [Abruf am 8.9.2023]

Statistik Austria – Bundesanstalt Statistik Österreich https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/ [Abruf am 23.12.2023]

Statistik Austria – Bundesanstalt Statistik Österreich <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/demographische-zeitreihenindikatoren> [Abruf am 23.12.2023]

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 1961 und 2022 im Vergleich..... | 4 |
| Abbildung 2: Lebenserwartung in Österreich | 5 |
| Abbildung 3: Fertilität Österreich seit dem Jahr 1961 | 6 |
| Abbildung 4: Regelkreis des Case Managements | 10 |
| Abbildung 5: Tätigkeiten einer Community Nurse | 26 |
| Abbildung 6: Verteilung der Projekte ‚Community Nursing‘ in Österreich, Stand Juni 2023 | 27 |
| Abbildung 7: Public Health Intervention Wheel | 29 |