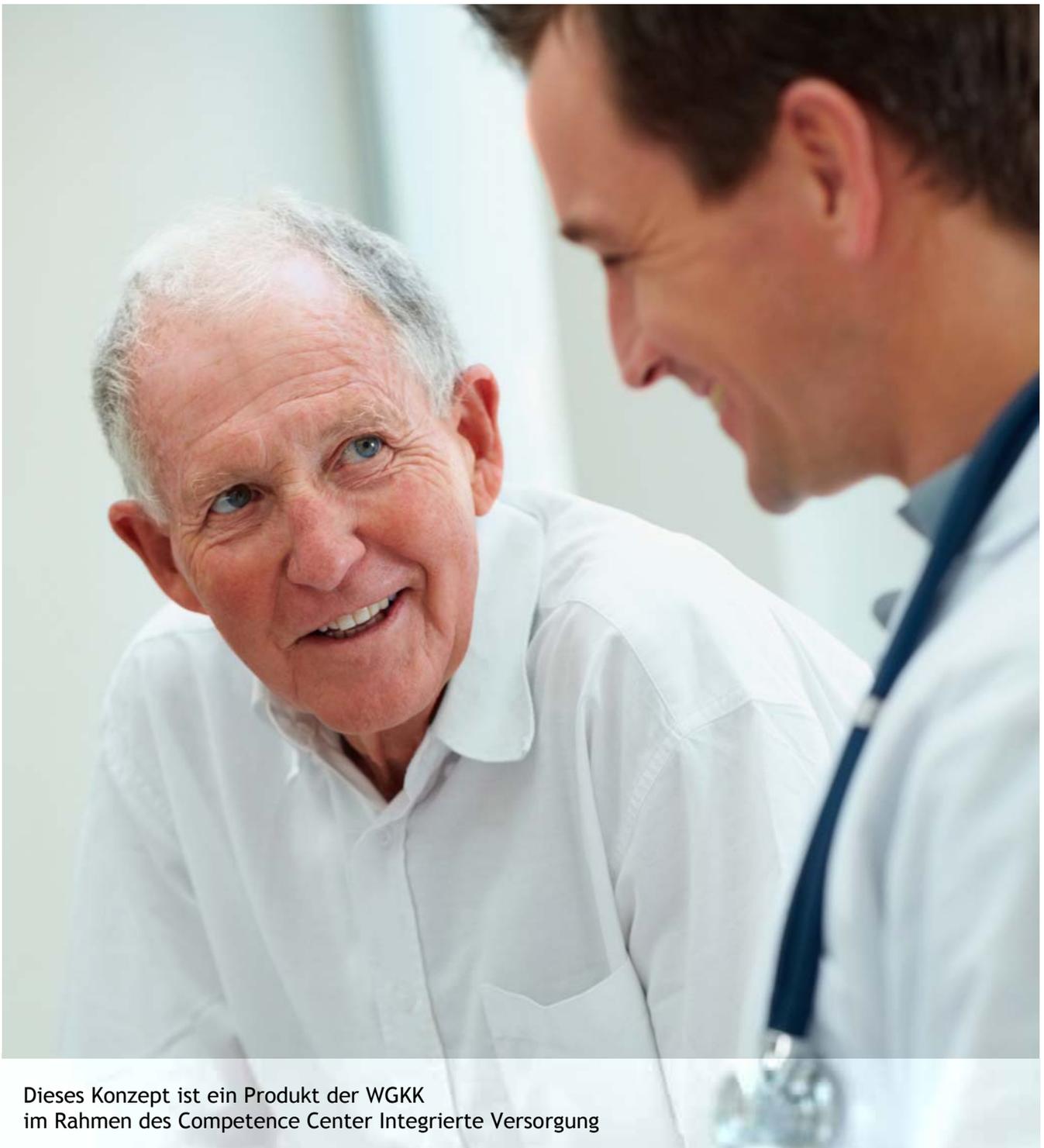


# BESSER LEBEN MIT DEMENZ



Abschlussbericht



Dieses Konzept ist ein Produkt der WGKK  
im Rahmen des Competence Center Integrierte Versorgung

# Impressum

**Herausgeber & Druck:**

Competence Center Integrierte Versorgung  
Wiener Gebietskrankenkasse  
Wienerbergstraße 15-19  
1100 Wien

**1. Auflage März 2011**

**Redaktion & Gestaltung**

Competence Center Integrierte Versorgung  
Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention (WGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Design: [www.rubicon.at](http://www.rubicon.at)



# Mitwirkende

## Projektleitung:

Mag.<sup>a</sup> Karin Eger (CCIV/WGKK)

## Autorenteam Projektkonzept:

Mag.<sup>a</sup> Karin Eger (CCIV/WGKK)

Mag.<sup>a</sup> (FH) Sabine Höfler (CCIV/WGKK)

Gerald Levinsky (WGKK)

Claudia Lohr (CCIV/WGKK)

Andrea Mayrhofer, MAS (CCIV/WGKK)

Mag.<sup>a</sup> Martina Rossa (CCIV/WGKK)

Die Entwicklung der medizinischen Leitlinie wurde durch die Medizinische Universität Wien koordiniert.

## Autorenteam medizinische Leitlinie:

Dr. Thomas Dorner (Medizinische Universität Wien)

Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Anita Rieder (Medizinische Universität Wien)

Dr.<sup>in</sup> K. Viktoria Stein (Medizinische Universität Wien)

## ZITIERVORSCHLAG

Competence Center Integrierte Versorgung. (2010). netzwerk aktiv - besser leben mit demenz. Abschlussbericht. Autorinnen und Autoren: Eger, K., Höfler, S., Levinsky, G., Lohr, C. Mayrhofer, A. & Rossa, M. Wien.

Unser besonderer Dank gilt allen Personen und Institutionen, die als Expertinnen und Experten wesentlich zur Entstehung dieses Projektkonzepts sowie der medizinischen Leitlinie beigetragen haben:

Mag.<sup>a</sup> Andrea Alder MBA

Dr.<sup>in</sup> Magdalena Arrouas

Dr.<sup>in</sup> Stefanie Auer

Roswitha Bartsch

Susanne Bayer

DI Dr. Peter Beck

Mag.<sup>a</sup> Corinna Christl

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Bundesministerium für Gesundheit, Abt.: II/A/1

Verein M.A.S.

Angehörige Alzheimer Austria

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH

Care-Ring GmbH

Mag. <sup>a</sup> Antonia Croy Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco	Angehörige Alzheimer Austria Österreichische Ärztekammer Österreichische Alzheimergesellschaft, Univ. Klinik f. Neurologie MUW, AKH Wien
Dr. <sup>in</sup> Barbara Degn	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedi- zin
Dr. Thomas Dorner Thomas Dornik Dr. Wolfgang Dufek Vera Em Univ. Prof. Dr. Peter Fischer	Medizinische Universität Wien Steiermärkische Gebietskrankenkasse Wiener Gebietskrankenkasse Fonds Soziales Wien Österreichische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
Dr. <sup>in</sup> Eva Friedler Mag. <sup>a</sup> Maria Gattringer Mag. Peter Hasenzagl	Wiener Krankenanstaltenverbund Wiener Rotes Kreuz Hauptverband der österreichischen Sozialversi- cherungsträger
Mag. <sup>a</sup> Birgit Heiderer	Hauptverband der österreichischen Sozialversi- cherungsträger
Dr. <sup>in</sup> Ilse Hellemann	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedi- zin
Heinz Hierzer, MAS	Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
Anita Hirschbeck	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpfle- geverband
Dr. <sup>in</sup> Astrid Knopp Mag. <sup>a</sup> Sanja Korac Dr.in Elisabeth Lehner MA	Steiermärkische Gebietskrankenkasse Universität Klagenfurt für Professional Teaching and Training, Hanusch Krankenhaus der WGKK, 4. Medizinische Abtei- lung
Univ. Ass. Mag. Dr. Johann Lehrner Gerald Levinsky Natalie Lottersberger Dr. <sup>in</sup> Eva Mann	Gesellschaft für NeuroPsychologie Österreich, Wiener Gebietskrankenkasse Care-Ring GmbH Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedi- zin
Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
Mag. Michael Müller	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
Dr. <sup>in</sup> Silvia Neumann-Ponesch Dr. <sup>in</sup> Ingrid Pichler	FH Oberösterreich Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedi- zin
Prim. Dr. <sup>in</sup> Katharina Pils	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Mag. <sup>a</sup> Renate Plasser	Bundesministerium für Gesundheit Abt.: II/A/1
Mag. <sup>a</sup> Elisabeth Pochobradsky	Gesundheit Österreich GmbH, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
Mag. <sup>a</sup> Dr. Gisela Pusswald	Gesellschaft für NeuroPsychologie Österreich
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Ransmayr	Österreichische Gesellschaft für Neurologie, Österreichische Ärztekammer
Dr. Erwin Rebhandl	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Anita Rieder	Medizinische Universität Wien
Mag. (FH) Martin Robausch	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Dr. <sup>in</sup> Iris Saliterer	Universität Klagenfurt
Dr. <sup>in</sup> Irmgard Schiller-Frühwirth	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Univ.-Prof. Dr. Reinhold Schmidt	Österreichische Alzheimergesellschaft, Österreichische Gesellschaft für Neurologie
Dr. <sup>in</sup> Cornelia Schneider	Wiener Krankenanstaltenverbund, Generaldirektion, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; FH Campus Wien, Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege
Mag. Jürgen Schwaiger	Ärztekammer für Wien
Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Elisabeth Seidl	Abt. Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz
Mag. <sup>a</sup> (FH) Edith Span	Verein M.A.S.
Dr. <sup>in</sup> K. Viktoria Stein	Medizinische Universität Wien
Mag. <sup>a</sup> Doris Stelzhammer	Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen
Andrea Vysoky	Fonds Soziales Wien
Prim. Dr. Andreas Walter	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrische Abteilung, Geriatriezentrum am Wienerwald
Dr. <sup>in</sup> Christina Wehringer	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Mag. <sup>a</sup> Sabine Wiesmühler	Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen
Dr. <sup>in</sup> Ingrid Wilbacher	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Mag. <sup>a</sup> Monika Wild MAS, MSc	Wiener Rotes Kreuz, Gesundheits- und Soziale Dienste

# Vorwort

Das vorliegende Projektkonzept dient als Grundlage für eine österreichweit möglichst einheitliche Umsetzung einer Integrierten Versorgung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen in den einzelnen Bundesländern. Abweichungen vom Projektkonzept sollen sich auf Neuerungen und regionale Besonderheiten bzw. Bedürfnisse beschränken. Basierend auf der begleitenden und abschließenden Projektevaluation ist das Projektkonzept durch das CCIV entsprechend weiterzuentwickeln und gegebenenfalls abzuändern.

Anhänge und Beilagen (wie z.B. die Einzelprozesse des Versorgungspfades, die medizinische Leitlinie etc.) stehen elektronisch zum Download von der Homepage bzw. auf CD zur Verfügung.

# Inhaltsübersicht

Management Summary .....	26
Netzwerk- und Organisationsbeschreibung (inkl. Versorgungspfad) .....	34
Schulung/Fortbildung.....	78
Case und Care Management .....	97
Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment.....	149
Informations- und Datenmanagement .....	170
Qualitätsmanagement und Evaluierung.....	226
Marketing.....	296
Projektkostenkalkulation .....	305
Glossar .....	324

# INHALTSVERZEICHNISSE

## Management Summary

1. Ausgangslage .....	27
2. Integrierte Versorgung Demenzerkrankter .....	27
3. Komponenten im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ .....	28
3.1. Medizinische Leitlinie und Versorgungspfad .....	30
3.2. Schulung/Fortbildung .....	30
3.3. Case/Care Management.....	31
3.4. Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment.....	31
3.5. Informations- und Datenmanagement .....	31
3.6. Qualitätsmanagement und Evaluierung .....	32
4. Marketing.....	33
5. Kosten .....	33

## Netzwerk- und Organisationsbeschreibung

1. Präambel .....	35
2. Netzwerk.....	35
2.1. Ziel des Netzwerks.....	36
2.1.1. Hauptziel.....	36
2.1.2. Unterziele.....	36
2.1.3. Nutzen des Projekts .....	37
2.2. Handlungsfelder des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ .....	38
2.3. Struktur des Netzwerks .....	38
2.3.1. Aufbau .....	38
2.3.2. Ausdehnung .....	39
2.3.3. Mögliche Mitglieder.....	40
2.3.4. Rollen der Mitglieder.....	41
2.3.5. Aufgaben der Mitglieder .....	63
2.4. Übersicht Komponenten des Netzwerks.....	63
2.5. Start des Netzwerks .....	64
2.6. Administration.....	64

2.6.1.	Netzwerkmanagement .....	64
2.6.1.1.	Aufgaben .....	65
2.6.1.2.	Anforderungsprofil .....	65
2.6.1.3.	Umsetzung .....	65
2.6.2.	Administrationssoftware .....	65
2.6.3.	Projekthotline - Administrationshotline für Akteure und Interessierte .....	66
2.7.	Funktionsweise .....	66
2.7.1.	Schritt 1: Beitritt der Gesundheits- und Sozialdienstleister .....	66
2.7.2.	Schritt 2: Einschreibung von Patientinnen/Patienten .....	67
2.7.2.1.	Einschreibung von Patientinnen/Patienten, welche sich in Betreuung bei einer Hausärztin/einem Hausarzt im Netzwerk bzw. einer patientenführenden Ärztin/einem patientenführenden Arzt im Netzwerk befinden .....	70
2.7.2.2.	Einschreibung von Patientinnen/Patienten, die in einer Spezialambulanz (Memory Klinik, Gedächtnisambulanz) diagnostiziert werden. (ohne Überweisung) .....	70
2.7.2.3.	Einschreibung von Patientinnen/Patienten, welche in einer Krankenanstalt diagnostiziert werden .....	70
2.7.2.4.	Einschreibung von Patientinnen/Patienten, wenn die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt nicht Mitglied im Netzwerk ist .....	71
2.7.2.5.	Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige wenden sich an Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen.....	71
2.8.	Netzwerkaustritt .....	72
2.9.	Arzt- bzw. Case Managementwechsel .....	72
<b>3.</b>	<b>Verträge und Vereinbarungen .....</b>	<b>73</b>
3.1.	Mit Leistungserbringern .....	73
3.2.	Mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen bzw. Vertretungsbefugten .....	74
3.2.1.	Teilnahme und Einwilligungserklärung .....	74
3.2.2.	Case Management-Vereinbarung .....	75
<b>4.</b>	<b>Formulare und andere Dokumente .....</b>	<b>75</b>
<b>5.</b>	<b>Versorgungspfad .....</b>	<b>76</b>

## Schulung/Fortbildung

1.	Einleitung und Zielsetzung .....	79
2.	Aufbau der Schulungsaktivitäten.....	79
2.1.	Bestandteile .....	79
2.2.	Schulungsteilnahme/Beitrittsvoraussetzung.....	81
2.3.	Übersicht Schulungsanforderungen im Zeitverlauf .....	83
3.	Basisschulung/Netzwerkschulung .....	84

3.1.	Basisschulung .....	84
3.1.1.	Rahmenbedingungen .....	84
3.1.2.	Ziele .....	84
3.1.3.	Zielgruppe .....	84
3.1.4.	Zeitpunkt der Absolvierung .....	85
3.1.5.	Inhalte .....	85
3.1.6.	Methodik .....	87
3.1.6.1.	Methodik Netzwerkschulung .....	87
3.1.6.2.	Methodik Inhalte aus Betreuung und Versorgung .....	88
3.1.6.3.	Methodik Klärung offener Fragestellungen zu organisatorischen netzwerkspezifischen Aspekten .....	88
3.1.7.	Dauer .....	88
3.1.8.	Organisation .....	88
3.1.9.	Notwendige Unterlagen.....	89
3.2.	Zusatzmodul „Medizinische Leitlinie“ für Ärztinnen/Ärzte .....	89
3.2.1.	Ziele .....	89
3.2.2.	Zielgruppe .....	90
3.2.3.	Zeitpunkt der Absolvierung .....	90
3.2.4.	Inhalt .....	91
3.2.5.	Methodik .....	91
3.2.6.	Dauer .....	91
3.2.7.	Notwendige Unterlagen.....	91
<b>4.</b>	<b>Fortbildungen .....</b>	<b>91</b>
4.1.	Inhalte .....	93
<b>5.</b>	<b>Qualitätszirkel .....</b>	<b>93</b>
5.1.	Rahmenbedingungen .....	93
5.2.	Ziel .....	93
5.3.	Zielgruppe.....	93
5.4.	Zeitpunkt der Absolvierung .....	94
5.5.	Inhalte .....	94
5.6.	Methodik .....	94
5.7.	Dauer .....	94
5.8.	Notwendige Unterlagen.....	94
<b>6.</b>	<b>Netzwerktreffen .....</b>	<b>95</b>
6.1.	Rahmenbedingungen .....	95
6.2.	Ziel .....	95
6.3.	Zielgruppe.....	95
6.4.	Zeitpunkt der Absolvierung .....	95

6.5.	Inhalte .....	95
6.6.	Methodik .....	95
6.7.	Dauer .....	96
6.8.	Notwendige Unterlagen.....	96
<b>7.</b>	<b>Organisationen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern .....</b>	<b>96</b>

## Case und Care Management

<b>1.</b>	<b>Hintergrund.....</b>	<b>98</b>
<b>2.</b>	<b>Terminologie .....</b>	<b>99</b>
<b>3.</b>	<b>Care Management .....</b>	<b>99</b>
3.1.	Ziele im Projekt.....	99
3.2.	Voraussetzungen .....	100
3.2.1.	Grundlagen .....	100
3.2.2.	Rollenbilder/Abgrenzungen .....	100
3.2.3.	Voraussetzungen .....	102
3.3.	Aufgaben .....	102
3.4.	Anforderungsprofil.....	105
<b>4.</b>	<b>Case Management .....</b>	<b>105</b>
4.1.	Ziel des Case Managements im Projekt .....	105
4.2.	Voraussetzungen für Case Management.....	106
4.3.	Funktionen und Rollen der Case Managerinnen/Case Manager.....	106
4.3.1.	Beschreibung der Funktionen und Rollen .....	106
4.3.1.1.	Rollenabgrenzung Beratung/Case Management.....	107
4.3.1.2.	Case Management und patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt ..	107
4.3.2.	Versorgungsablauf .....	107
4.3.3.	Interventionsbereiche der Beratung .....	110
4.3.4.	Interventionsbereiche des Case Managements.....	110
4.4.	Case Management-Regelkreis .....	113
4.4.1.	Intake .....	113
4.4.1.1.	Ablauf.....	113
4.4.1.2.	Case Management Vereinbarung .....	115
4.4.1.3.	Meldung an das Care Management/Netzwerkmanagement .....	116
4.4.1.4.	Datenerhebung und Dokumentation .....	116
4.4.2.	Assessment.....	116
4.4.2.1.	Basisassessment .....	117
4.4.2.2.	Bewertungskategorien der IADL und AEDL.....	119

4.4.2.3.	Erweitertes Assessment .....	120
4.4.2.4.	Datenerhebung und Dokumentation (Umsetzung der Dokumentation).....	120
4.4.2.5.	Zeitvorgaben.....	120
4.4.2.6.	Zusätzliche im Netzwerk verfügbare Daten .....	120
4.4.3.	Planung .....	122
4.4.3.1.	Datenanalyse .....	122
4.4.3.2.	Zielvereinbarung .....	122
4.4.3.3.	Hilfeplanung .....	123
4.4.4.	Umsetzung .....	124
4.4.5.	Monitoring und Anpassung.....	125
4.4.5.1.	Der informell-qualitative Zugriff .....	126
4.4.5.2.	Der formell-quantitative Zugriff.....	127
4.4.5.3.	Monitoring Instrumente .....	127
4.4.5.4.	Vorgehensweise .....	129
4.4.6.	Evaluation.....	129
4.4.6.1.	Hilfeplan im Bezug auf Zielerreichung und Resultate.....	130
4.4.6.2.	Arbeitsmethoden und das Funktionieren der Zusammenarbeit des Versorgungsteams; Feststellung, ob die Kooperation zwischen Case Managements und den Leistungserbringern funktioniert hat .....	131
4.4.6.3.	Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigen.....	132
4.4.6.4.	Gründe für vorzeitigen Abbruch .....	132
4.4.6.5.	Qualität des Case Managements.....	133
4.5.	Aufgaben des Case Managements .....	133
4.5.1.	Information und Beratung .....	133
4.5.1.1.	Unterschied zwischen Case Management und Beratung .....	134
4.5.2.	Case Management-Regelkreis .....	134
4.5.3.	Dokumentation .....	142
4.5.4.	Nicht-elektronisches Datenmanagement.....	144
4.5.5.	Kommunikation mit Netzwerkpartnern .....	144
4.5.6.	Rechtliche Belange .....	144
4.5.6.1.	Bei Einschreibung, Datenschutz .....	144
4.5.6.2.	Vereinbarung zum CM .....	145
4.5.6.3.	Abbruch des Case Managements.....	145
4.5.6.4.	Austritt aus dem Netzwerk.....	145
4.6.	Eingliederung in das Netzwerk.....	145
4.7.	Qualitätsanforderungen.....	146
4.8.	Anforderungsprofil Case Managerinnen/Case Manager .....	146
4.9.	Strukturelle Voraussetzung.....	147
4.9.1.	Organisationsform .....	147
4.9.2.	Institutionelle Anbindung.....	147
4.9.3.	Benötigte personelle und materielle Ressourcen.....	147

## Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment

<b>1. Einführung .....</b>	<b>150</b>
<b>2. Komponenten des Empowerments.....</b>	<b>153</b>
2.1. Informationsmappe .....	153
2.1.1. Basisinformationen für Patientinnen und Patienten .....	153
2.1.2. Basisinformationen für Angehörige .....	155
2.2. Zusatzinformationsmaterial .....	158
2.2.1. Broschüren .....	158
2.2.1.1. Broschüre „Zusatzinformation: Unterstützungsangebote I + II“ .....	158
2.2.1.2. Broschüre „Zusatzinformation: Rechtliche Information“ .....	159
2.2.1.3. Broschüre „Zusatzinformation: Finanzielle Information“ .....	159
2.2.2. Merkblätter .....	159
2.3. Folder .....	160
2.4. Beratungszentren .....	161
2.4.1. Beratungsstellen .....	161
2.4.2. Demenzberatung an Sprechtagen .....	162
2.5. Angehörigenschulungen .....	162
2.6. Unterstützungsangebote .....	163
2.7. Hotline .....	164
2.7.1. Regionale Hotlines.....	164
2.7.2. Österreichweite Hotline .....	164
2.8. Homepage.....	164
2.9. Handbuch .....	167
<b>3. Komponenten zur Schaffung von Awareness .....</b>	<b>167</b>
3.1. Plakate .....	168
3.2. Fernsehen/Radio .....	168
3.3. Zeitungen/Zeitschriften .....	168

## Informations- und Datenmanagement

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>171</b>
<b>2. Zielsetzung.....</b>	<b>171</b>
<b>3. Akteurinnen/Akteure im Versorgungsprozess .....</b>	<b>172</b>

<b>4. Daten- und Informationsbedarf.....</b>	<b>174</b>
<b>5. Dokumentationsstellen.....</b>	<b>177</b>
5.1. Patientinnen-/Patienteneinschreibung.....	177
5.2. Patientenführende Ärztinnen/Ärzte .....	182
5.3. Case Managerinnen/Case Manager .....	183
5.4. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte...	184
5.4.1. Netzwerkpartner.....	184
5.4.2. Regelversorgung .....	186
5.5. Memory Kliniken, Akutkrankenanstalten und Psychologinnen/Psychologen.....	186
5.6. Netzwerkmanagement .....	187
5.6.1. Administrationssoftware.....	189
5.6.1.1. Verwaltung von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten .....	189
5.6.1.2. Verwaltung von weiteren Akteuren .....	189
5.6.1.3. Protokollierung.....	189
5.6.1.4. Überprüfung der Patientenführung .....	190
5.6.1.5. Leistungsabrechnung .....	190
5.6.1.6. Auswertungen .....	190
<b>6. Nicht-elektronisches Datenmanagement .....</b>	<b>191</b>
<b>7. Elektronisches Datenmanagement.....</b>	<b>192</b>
7.1. Allgemeine Anforderungen an das Datenmanagement.....	192
7.1.1. Übernahme der Stammdaten .....	192
7.1.2. Benutzerverwaltung .....	192
7.1.3. Rollen.....	195
7.1.4. Berechtigungen .....	195
7.1.4.1. Funktionsweise von Berechtigungen .....	195
7.1.4.2. Berechtigungsprofile .....	195
7.1.5. Mandantenfähigkeit .....	200
7.1.6. Wartung und Systemparametrierung im Regelbetrieb .....	201
7.1.7. Felddefinitionen .....	202
7.1.8. Bildschirmmasken.....	203
7.1.9. Zeitraumbezug .....	204
7.1.10. Sperrkonzept .....	205
7.1.11. Diakritische Zeichen.....	205
7.1.12. Schnittstellen zu anderen Systemen.....	205
7.1.12.1. Inputschnittstelle .....	206
7.1.12.2. Outputschnittstelle .....	206
7.1.12.3. Periodizität .....	206
7.1.13. Pseudonymisierung .....	207
7.1.13.1. Ablauf der sicheren Datenübertragung.....	207

7.1.13.2. Zusammenführung verschiedener pseudonymerter Daten .....	208
7.1.14.    Leistungsabrechnung .....	208
7.1.15.    Auswertungen .....	209
7.1.16.    Rahmenbedingungen .....	209
7.1.17.    Funktionen .....	209
7.1.17.1. Feedbackversand.....	209
7.1.17.2. Zugriffsprotokollierung .....	210
7.1.17.3. Suchfunktionen.....	210
7.1.17.4. Attachmentfunktion .....	210
<b>8.    Umsetzungsvorschläge .....</b>	<b>211</b>
8.1.    Szenario 1: Nicht-elektronisches Datenmanagement .....	211
8.2.    Szenario 2: Zentrale Serverlösung .....	211
8.3.    Szenario 3: Datenmanagementlösung als e-card-Applikation.....	214
8.4.    Szenario 4: Dezentrales Datenmanagement PULL .....	216
8.5.    Bewertung der Umsetzungsvorschläge .....	217
8.5.1.    Empfehlung .....	222
8.5.2.    Beschreibung der e-card-Infrastruktur .....	222
8.5.2.1. Ausbaustufe 1 .....	222
8.5.2.2. Ausbaustufe 2 .....	223
8.5.2.3. Ausbaustufe 3 .....	223
8.5.2.4. Kombination mit nicht-elektronischer Dokumentation im Netzwerk .....	224
8.5.2.5. Kombination mit der Regelversorgung.....	224
<b>9.    Gesetzliche Grundlagen im Datenmanagement .....</b>	<b>225</b>
9.1.    Einwilligungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten .....	225
9.2.    Datenschutzgesetz.....	225
9.3.    Gesundheitstelematikgesetz .....	225

## Qualitätsmanagement und Evaluierung

<b>1.    Vorwort Qualitätsmanagement und Evaluierung.....</b>	<b>227</b>
<b>2.    Qualitätsmanagement .....</b>	<b>227</b>
2.1.    Einleitung .....	227
2.2.    Qualitätsmanagement.....	228
2.2.1.    Qualitätskriterien .....	230
2.2.1.1. Strukturqualitätskriterien .....	231
2.2.1.2. Prozessqualitätskriterien .....	232
2.2.1.3. Ergebnisqualitätskriterien .....	233
2.2.2.    Qualitätsindikatoren .....	235

2.2.3.	Qualitätsverbesserung .....	243
<b>3.</b>	<b>Evaluationskonzept .....</b>	<b>245</b>
3.1.	Ausgangssituation .....	245
3.2.	Definition des Evaluationsproblems.....	247
3.2.1.	Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen.....	247
3.2.2.	Klärung der Evaluationszwecke.....	248
3.2.3.	Nutzung und Nutzen der Evaluation .....	249
3.2.4.	Beschreibung des Evaluationsgegenstandes .....	249
3.3.	Planung der Evaluation .....	251
3.3.1.	Evaluationsfragestellungen.....	251
3.3.2.	Vorgehensweise .....	254
3.4.	Formative Prozess- und Ergebnisevaluation - kurzfristig angelegt.....	255
3.4.1.	Formative Evaluierung Implementierungsleitfaden .....	257
3.4.2.	Formative Evaluierung Medizinische Leitlinie/Versorgungspfad .....	258
3.4.3.	Formative Evaluierung Informations- und Datenmanagement.....	260
3.4.4.	Formative Evaluierung Schulung/Fortbildung .....	261
3.4.5.	Formative Evaluierung Empowerment.....	262
3.4.6.	Formative Evaluierung Case Management .....	265
3.4.7.	Formative Evaluierung Care Management/Netzwerkmanagement .....	269
3.5.	Summative Evaluation .....	270
3.5.1.	Dokumentation und Auswertung der Kosten- und Nutzenverteilung als Argumentationsgrundlage für die Überführung in eine Regelfinanzierung .....	271
3.5.2.	Summative Evaluation der Inanspruchnahme .....	273
3.5.3.	Summative Evaluation der Effizienz, Bedarfsgerechtigkeit und der Auswirkungen auf die Verbleibedauer im häuslichen Umfeld.....	275
3.5.4.	Summative Evaluation der Zufriedenheit .....	278
3.6.	Basiserhebung .....	279
3.6.1.1.	Ergänzender Forschungsbereich .....	280
3.7.	Kontrollgruppe .....	281
<b>4.</b>	<b>Erhebungsinstrumente .....</b>	<b>282</b>
4.1.	Bewertungsbögen .....	282
4.1.1.	Bewertungsraster Informationsmaterialien.....	283
4.1.2.	Bewertungsraster Ankunft der Patientinnen/Patienten .....	283
4.1.3.	Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell .....	284
4.1.4.	Verwendung und Anwendung der medizinischen Leitlinie .....	284
4.1.5.	Bewertungsbogen für die Verfügbarkeit und die Nutzung der medizinischen Daten basierend auf QISA: .....	285
4.1.6.	Bewertung der Prozesse an den Nahtstellen (nur formative Evaluation) .....	285
4.1.7.	Anbindung an das Informations- und Datenmanagementsystem (nur formative Evaluation).....	289

4.1.8.	Basiserhebung/Folgerhebungen Angehörige .....	289
4.1.9.	Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Netzwerk (ev. auch für Patientinnen/Patienten).....	290
4.1.10.	Weiterempfehlung des Netzwerks .....	291
4.2.	Befragungsinstrumente .....	291
4.2.1.	Standardisierte Befragungsinstrumente.....	291
4.2.1.1.	Belastungsgrad pflegender Angehöriger.....	292
4.2.1.2.	Lebensqualität pflegender Angehöriger.....	294
4.2.2.	Entwickelte Befragungsinstrumente/Erhebungsinstrumente .....	295
4.3.	Dokumentationsanleitungen .....	295
4.3.1.	Vorgehensweise Arbeitszeitdokumentation der Case Managerinnen/Case Manager.....	295

## Marketing

1.	Ziele.....	297
2.	Zielgruppen.....	297
3.	Maßnahmen .....	298
3.1.	Corporate Design.....	298
3.1.1.	Die Einbettung im CCIV .....	298
3.1.2.	Das Logo.....	299
3.1.3.	Der Projekttitel .....	300
3.2.	Internet.....	300
3.3.	Intranet.....	300
3.4.	Informationsmaterialien .....	300
3.4.1.	Sammelmappe mit Cover .....	301
3.4.2.	Folder.....	301
3.4.3.	Broschüren .....	301
3.4.4.	Merkblättter .....	301
3.4.5.	Plakate .....	301
3.4.6.	Unterlagen für Ärztinnen/Ärzte auf CD ROM.....	301
3.4.7.	Formulare .....	302
3.4.8.	Urkunden.....	302
3.4.9.	Berichte .....	302
3.4.10.	Briefpapier .....	302
3.4.11.	Visitenkarten .....	302
3.5.	Veranstaltungen.....	302
3.5.1.	Messen .....	303
3.5.2.	Abschlussveranstaltung Projektentwicklung und Pressekonferenz .....	303

3.6.	Pressearbeit .....	303
3.6.1.	Inserate.....	304
3.6.2.	Radio- und Fernsehspots.....	304
3.7.	Weitere Maßnahmen .....	304

## Kostenkalkulation

<b>1.</b>	<b>Vorschläge zur Honorierung der Leistungserbringer.....</b>	<b>306</b>
1.1.	Ausgangssituation .....	306
1.2.	Tarifikalkulation für das Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“.....	307
1.3.	Tarif Erstbetreuung (Einschreibung) .....	307
1.3.1.	Tarif für die laufende Betreuung.....	309
<b>2.</b>	<b>Finanzierung .....</b>	<b>310</b>
2.1.	Grundlagen.....	310
2.2.	Finanzierungsvereinbarung.....	310
<b>3.</b>	<b>Erwarteter Nutzen des Projekts „Netzwerk Aktiv - Besser leben mit Demenz“ .</b>	<b>311</b>
3.1.	Prävalenz und Zielpersonen des Programms .....	311
3.2.	Nutzen .....	312
<b>4.</b>	<b>Erwartete Kosten des Projekts „Netzwerk Aktiv - Besser leben mit Demenz“ ..</b>	<b>312</b>
4.1.	Kostendarstellung (Erläuterung der Positionen der Kostenkalkulation).....	312
4.1.1.	Vernetzung.....	312
4.1.1.1.	Projektleitung (strategisch).....	312
4.1.1.2.	Netzwerkmanagement und Care Management .....	313
4.1.1.3.	Administration und Projekthotline .....	313
4.1.1.4.	Schulungen (Basis, Netzwerktreffen, Qualitätszirkel) .....	313
4.1.2.	Medizinisch-therapeutische Komponenten .....	314
4.1.2.1.	Netzwerk-Honorierung für Ärztinnen/Ärzte verschiedener Fachgruppen.....	314
4.1.2.2.	Ambulanzen.....	315
4.1.2.3.	Krankenhäuser.....	315
4.1.2.4.	Therapeutinnen/Therapeuten .....	315
4.1.2.5.	Medikation .....	315
4.1.2.6.	Zusätzliche Untersuchungen .....	316
4.1.2.7.	Medizinische Leitlinie und Darstellung des Versorgungspfads .....	316
4.1.2.8.	Anbindung an bestehende Bewegungsprogramme .....	316
4.1.3.	Sozial- und Pflegekomponenten .....	316
4.1.3.1.	Case Management.....	316
4.1.3.2.	Mobile Dienste.....	317
4.1.3.3.	Betreuungs- und Beratungshotline .....	317

4.1.4.	Informationsinstrumente und Empowerment .....	317
4.1.4.1.	Informationsveranstaltungen und Marketing .....	317
4.1.4.2.	Homepage.....	318
4.1.4.3.	Formulare, Begrüßungsschreiben.....	318
4.1.4.4.	Dokumentationsbögen.....	318
4.1.4.5.	Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenunterlagen .....	318
4.1.4.6.	Netzwerk-Informationskarte .....	318
4.1.4.7.	Unterlagen für Akteurinnen/Akteure .....	319
4.1.4.8.	Angehörigenschulungen .....	319
4.1.5.	Datenverarbeitung.....	319
4.1.5.1.	Administrationssoftware .....	319
4.1.5.2.	Datenmanagement.....	320
4.1.5.3.	Case Management Software .....	320
4.1.5.4.	Evaluation.....	320
4.2.	Finanzbedarf (Gesamtkalkulation) .....	321
4.2.1.	Kalkulation nach Anlaufphase .....	321
4.2.2.	Kosten für Projekterrichtung .....	322

# ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Komponenten des Netzwerks .....	29
Abbildung 2	Netzwerk .....	36
Abbildung 3	Aufbau „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ .....	39
Abbildung 4	Mögliche Mitglieder des Netzwerkes .....	40
Abbildung 5	Versorgungspfad .....	77
Abbildung 6	Wirksamkeit von Fortbildungsmethoden .....	80
Abbildung 7	Aufbau Schulungskonzept .....	81
Abbildung 8	Übersicht Ablauf Schulung/Fortbildung .....	83
Abbildung 9	Schulungsanforderung Mediziner .....	90
Abbildung 10	Versorgungsablauf Case Management/Beratung .....	109
Abbildung 11	Interventionsbereiche und Erläuterungen .....	110
Abbildung 12	Ausprägungen: Informationstransfer innerhalb des Netzwerkes besteht .....	111
Abbildung 13	Ausprägungen: Individuelles Versorgungsnetzwerk besteht .....	111
Abbildung 14	Ausprägungen: Leistungserbringer sind aufeinander abgestimmt .....	112
Abbildung 15	Ausprägungen: Angehörige werden in die Lage versetzt die Versorgung im häuslichen Umfeld durchzuführen .....	112
Abbildung 16	Zusammensetzung des Empowerments .....	150
Abbildung 17	Komponentenübersicht .....	152
Abbildung 18	Anbindungsphasen des Stufenmodells .....	174
Abbildung 19	Ablauf der Patienteneinschreibung .....	181
Abbildung 20	Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 1 .....	196
Abbildung 21	Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 2 .....	197
Abbildung 22	Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 3 .....	198
Abbildung 23	Berechtigungen je Rolle .....	199
Abbildung 24	Pseudonymisierung im DMP .....	208
Abbildung 25	Umsetzungsvorschlag zentrale Serverlösung .....	212
Abbildung 26	Zentrale Serverlösung adaptiert auf ELGA-Erfordernisse .....	213
Abbildung 27	Variante Dezentrales Datenmanagement PULL .....	216
Abbildung 28	Reihung der Szenarien, Kosten und Funktionalität .....	219
Abbildung 29	Zuteilung der Unterziele .....	246
Abbildung 30	Aufbauende Wirkung der Projektkomponenten .....	249
Abbildung 31	Wirkungszusammenhänge der Komponenten .....	250
Abbildung 32	Verwendung und Anwendung der medizinischen Leitlinie .....	285
Abbildung 33	Struktur der Programme im CCIV .....	298
Abbildung 34	Das Logo „netzwerk aktiv“ .....	299
Abbildung 35	Das Logo „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ .....	299
Abbildung 36	Ansicht einer Broschüre .....	300

# TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Allgemeinmedizin ..	43
Tabelle 2 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Fachgebiete .....	45
Tabelle 3 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Gedächtnisambulanz, Case Management .....	46
Tabelle 4 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Psychologie .....	47
Tabelle 5 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Krankenanstalten ...	48
Tabelle 6 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - MTD .....	49
Tabelle 7 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Mobile Dienste .....	50
Tabelle 8 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Tageszentren .....	51
Tabelle 9 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Stationäre Pflege ...	52
Tabelle 10 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Beratungsstellen ..	53
Tabelle 11 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialberatung 1 ..	54
Tabelle 12 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialberatung 2 ..	55
Tabelle 13 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Gerontopsychiatrischer Dienst .....	56
Tabelle 14 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Rechtsberatung 1 .	57
Tabelle 15 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Rechtsberatung 2 .	58
Tabelle 16 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Selbsthilfegruppe .	59
Tabelle 17 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Apotheke .....	60
Tabelle 18 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialarbeit .....	61
Tabelle 19 Patientinnen-/Patienteneinschreibung .....	69
Tabelle 20 Überblick Funktionsweise des Netzwerkes .....	72
Tabelle 21 Szenarien der Unterzeichnungsmöglichkeit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ .....	75
Tabelle 22 Überblick Schulungskonzept .....	82
Tabelle 23 Inhalte Basisschulung .....	87
Tabelle 24 Fortbildungsumfang .....	92
Tabelle 25 Rollenabgrenzung Case/Care Management.....	101
Tabelle 26 Rollenabgrenzung Netzwerkmanagement/Care Management .....	101
Tabelle 27 Basisassessment - Datenerhebung .....	119
Tabelle 28 Datenverfügbarkeit im Netzwerk .....	121
Tabelle 29 Monitoringmodelle .....	127
Tabelle 30 Bewertungsschema Zielerreichung .....	128
Tabelle 31 Checkliste Teamarbeit und Kooperationen.....	132
Tabelle 32 Aufgaben Intake .....	136
Tabelle 33 Aufgaben Assessment .....	137
Tabelle 34 Aufgaben Planung .....	138
Tabelle 35 Aufgaben Umsetzung.....	139
Tabelle 36 Aufgaben Monitoring und Anpassung .....	140
Tabelle 37 Aufgaben Evaluation .....	141

Tabelle 38 Wirkung der Komponenten.....	151
Tabelle 39 Basisinformation für Patientinnen und Patienten .....	154
Tabelle 40 Basisinformation Angehörige - Informationen zur Demenz .....	155
Tabelle 41 Basisinformation Angehörige - Leben mit einer/einem Demenzerkrankten ....	156
Tabelle 42 Basisinformation Angehörige - Eigeninteressen der Angehörigen.....	156
Tabelle 43 Basisinformation Angehörige - Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten ....	157
Tabelle 44 Basisinformation Angehörige - Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten .....	157
Tabelle 45 Basisinformation Angehörige - Rechtliche und finanzielle Unterstützungsangebote .....	158
Tabelle 46 Merkblatt Hinweise und Empfehlungen .....	160
Tabelle 47 Homepage - Informationen zum Projekt.....	165
Tabelle 48 Homepage - Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenbereich .....	166
Tabelle 49 Homepage - Bereich für Leistungserbringer.....	166
Tabelle 50 Homepage - Servicebereich.....	167
Tabelle 51 Datenbedarf .....	176
Tabelle 52 Benutzerstammsatz .....	194
Tabelle 53 Lokaler Index/ELGA GDA-Index .....	194
Tabelle 54 Systemmöglichkeiten im Hinblick auf Mandantenfähigkeit.....	200
Tabelle 55 Beispiele für verschiedene Feldtypen.....	203
Tabelle 56 Beispiel für Wiederholungsstrukturen.....	203
Tabelle 57 Vor- und Nachteile des nicht-elektronischen Datenmanagements .....	211
Tabelle 58 Vor- und Nachteile der zentralen Serverlösung .....	214
Tabelle 59 Vor- und Nachteile der e-card-Lösung .....	215
Tabelle 60 Vor- und Nachteile des dezentralen Datenmanagements.....	217
Tabelle 61 Reihung der Szenarien, Qualität .....	219
Tabelle 62 Zusammenfassende Bewertung, Teil 1 .....	221
Tabelle 63 Zusammenfassende Bewertung, Teil 2 .....	221
Tabelle 64 Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	229
Tabelle 65 Qualitätsindikatoren .....	242
Tabelle 66 Bewertungsbogenübersicht Akteurinnen/Akteure.....	243
Tabelle 67 Informationsbedürfnis der Adressaten .....	248
Tabelle 68 Bewertung der Fragestellungen für Kernevaluation .....	255
Tabelle 69 Formative Evaluierung Implementierungsleitfaden.....	257
Tabelle 70 Formative Evaluierung der medizinischen Leitlinie.....	259
Tabelle 71 Formative Evaluierung des Informations- und Datenmanagements .....	260
Tabelle 72 Formative Evaluierung Schulung/Fortbildung.....	262
Tabelle 73 Formative Evaluierung des Empowerments .....	264
Tabelle 74 Formative Evaluierung des Case Managements.....	268
Tabelle 75 Formative Evaluierung des Netzwerkmanagements/Care Managements .....	270
Tabelle 76 Summative Evaluierung - Kostenverteilung .....	273
Tabelle 77 Summative Evaluierung Inanspruchnahme .....	274
Tabelle 78 Summative Evaluierung Effizienz, Bedarfsgerechtigkeit und Verbleibedauer ....	277
Tabelle 79 Summative Evaluierung Zufriedenheit .....	278

Tabelle 80 Kontrollgruppenbildung .....	281
Tabelle 81 Soziodemographische Variablen in Daten der Sozialversicherung .....	282
Tabelle 82 Bewertungsraster Informationsmaterialien .....	283
Tabelle 83 Bewertungsraster Ankunft Patientinnen/Patienten.....	284
Tabelle 84 Zufriedenheit der Anbieter .....	284
Tabelle 85 Bewertungsbogen Verfügbarkeit medizinischer Daten .....	285
Tabelle 86 Bewertungsraster Prozesse Medizinerinnen/Mediziner.....	287
Tabelle 87 Bewertungsraster Prozesse Case Management.....	288
Tabelle 88 Bewertungsraster Prozesse Pflege, Sozialarbeit, Unterstützungsdienste .....	289
Tabelle 89 Bewertungsraster Anbindung Informations- und Datenmanagementsystem ....	289
Tabelle 90 Basiserhebung/Folgerhebung Angehörige .....	290
Tabelle 91 Zufriedenheit Angehörige .....	291
Tabelle 92 Bewertungsskala Weiterempfehlung des Netzwerks.....	291
Tabelle 93 Laufende Kosten Honorierung .....	314
Tabelle 94 Projektkosten laufender Betrieb österreichweit .....	321
Tabelle 95 Projektkosten Bundeslandbeispiel .....	323

# ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitäts-campus
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisches-chemisches Klassifikationssystem für Arzneistoffe
AV	Angehörigenvertretung
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BEGDA	Beginndatum
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CD	Corporate Design
CDA	Clinical Document Architecture
CM	Case Management
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V.
DFP	Diplomfortbildungsprogramm
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DMP	Disease Management Programm
DM2	Diabetes mellitus Typ 2
DSG	Datenschutzgesetz
DV	Dachverband
eCS	e-card-System
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ENDDA	Enddatum
FOKO	Folgekostenrechnung
FSW	Fonds Soziales Wien
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GIN	Gesundheitsinformationsnetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IDOB	Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern
KH	Krankenhaus
KV	Krankenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssystem
LEICON	Leistungscontrolling
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
M.A.S.	Verein Morbus Alzheimer Syndrom
MA	Magistratsabteilung
MBDS	Minimum Basic Data System
MMSE	Mini-Mental State Examination
MTD	Medizinisch-technische Dienste
MUW	Medizinische Universität Wien
NL-Ärzte	Niedergelassene Ärzte
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management
ÖZVV	Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis
PA	Patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt
PAT	Patientin/Patient
PDF	Portable Document Format
PST	Pseudonymisierungsstelle
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
RAI HC	Resident Assessment Instrument Home Care
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SS12	Schnittstelle für Vertragspartnersoftware-Hersteller
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVC	Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und ErrichtungsgesmbH
SW	Sachwalterin/Sachwalter
TAV	Therapie Aktiv Verwaltung
VSNR	Sozialversicherungsnummer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHOQOL BREF	Instrument der Weltgesundheitsorganisation zur Messung der Lebensqualität
ZPV	Zentrale Partnerverwaltung

# MANAGEMENT SUMMARY

# 1. AUSGANGSLAGE

Aufgrund der demographischen Entwicklung der Gesellschaft rücken auch im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems verstärkt jene Problematiken in den Fokus, welche mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auftreten. Eine dieser großen Herausforderungen ist das Krankheitsbild Demenz.

Der Begriff „Demenz“ ist ein Überbegriff für eine Reihe von unterschiedlichen Erkrankungen. Unabhängig von der zugrundeliegenden Krankheit geht eine Demenz typischerweise mit einer Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Sprache und der Fähigkeit Alltagsprobleme zu lösen, einher. Typisch ist für diese Erkrankung der fortschreitende Verlauf über mehrere Stadien bis hin zum Tod der Erkrankten. Grund dafür ist nicht die Erkrankung an sich, sondern motorische Einschränkungen, die Immobilität, Schluckbeschwerden usw. zur Folge haben. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung kommt es zu einer Verstärkung der persönlichen Beeinträchtigungen. Zu Beginn der Demenz stehen lediglich geringere Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten im Vordergrund. Im Verlauf der Krankheit verstärken sich diese. Personen mit Demenz sind dann zunehmend auf fremde Unterstützung angewiesen. Im fortgeschrittenen Stadium benötigen Erkrankte eine dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung.

Charakteristisch in der Versorgung von an Demenz erkrankten Personen ist die Multimorbidität, eine Vielzahl von Arztkontakten und eine, auch durch die Erkrankung bedingte, ungenügende Compliance bei Behandlungen.

Die Prävalenz der Demenzerkrankungen beträgt in Österreich geschätzt 1,15 bis 1,27 Prozent, was einer Gesamtzahl von rund 100.000 Erkrankten entsprechen würde. Im Zuge der demographischen Entwicklung ist nach eigenen Hochrechnungen anhand aktueller Bevölkerungszahlen für das Jahr 2050 schon mit rund 270.000 bis 290.000 Erkrankten zu rechnen.

## 2. INTEGRIERTE VERSORGUNG DEMENZERKRANKTER

Im Rahmen eines Priorisierungsprozesses wurden Krankheitsbilder identifiziert, welche in der Versorgung ein besonders hohes Verbesserungspotential durch Integrierte Versorgung aufweisen. Die Demenz wurde als eines jener Krankheitsbilder mit dem höchsten Verbesserungspotential identifiziert.

Auf Basis einer umfassenden Ist-Stands-Erhebung, aus dem der „Erste Österreichische Demenzbericht“ hervorgegangen ist, konnten Problembereiche in der Demenzversorgung identifiziert werden. Ausgehend von diesen Problembereichen wurden Modellvarianten für integrierte Versorgungskonzepte entwickelt. Diese wurden in den Entscheidungsgremien

präsentiert und führten zur Empfehlung, ein Konzept der Integrierten Versorgung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zu entwickeln, das alle relevanten Versorgungsbereiche enthält, auch wenn sie nicht unmittelbar in den Kompetenzbereich der Krankenversicherung fallen.

Im Bereich der Demenzversorgung gibt es außerordentlich viele Schnittstellen. Durch mangelnde Kooperation und Koordination der einzelnen Beteiligten entstehen Informationsdefizite bis hin zur Störung der Kontinuität der Versorgung. Viele Probleme ergeben sich auch aus der Komplexität und der Progression der Erkrankung, in deren Verlauf die verschiedensten Berufsgruppen und Institutionen aus den einzelnen Leistungsebenen eingebunden sind. Ein überwiegender Teil der Erkrankten wird im häuslichen Umfeld versorgt, wodurch sich insbesondere hier ein erheblicher Informations- und Koordinationsbedarf ergibt. Daher wurde bei der Entwicklung des Versorgungsmodells „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ besonders berücksichtigt, dass vor allem dem Vernetzungsbedarf, dem Case-Management-Ansatz sowie einem umfassenden Informationsmanagement Rechnung getragen wird. Gemeinsam mit entsprechenden Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten können annähernd alle im „Ersten Österreichischen Demenzbericht“ identifizierten Problembereiche abgedeckt werden.

### **3. KOMPONENTEN IM „NETZWERK AKTIV - BESSER LEBEN MIT DEMENZ“**

Im Hinblick auf Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit wurde in der Konzeption die Integration von bestehenden Komponenten und Strukturen zur Optimierung und durchgängigen Gestaltung der Versorgung für Patientinnen/Patienten und Angehörige angestrebt.

Im Rahmen der Projektentwicklung wurde eine Kooperation mit dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, welches eine Bundesqualitätsleitlinie für Demenz erarbeitet hat, eingegangen. Diese bildet den gesamten Versorgungsprozess von an Demenz erkrankten Personen über Leistungs- und Sektorengrenzen ab. Alle Komponenten des Modells wurden auf diese Bundesqualitätsleitlinie abgestimmt und in Arbeitsgruppen mit Expertinnen/Experten aus der Demenzversorgung sowie Vertretungen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erarbeitet.

Einen Überblick über die einzelnen Komponenten im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ gibt die folgende Abbildung.

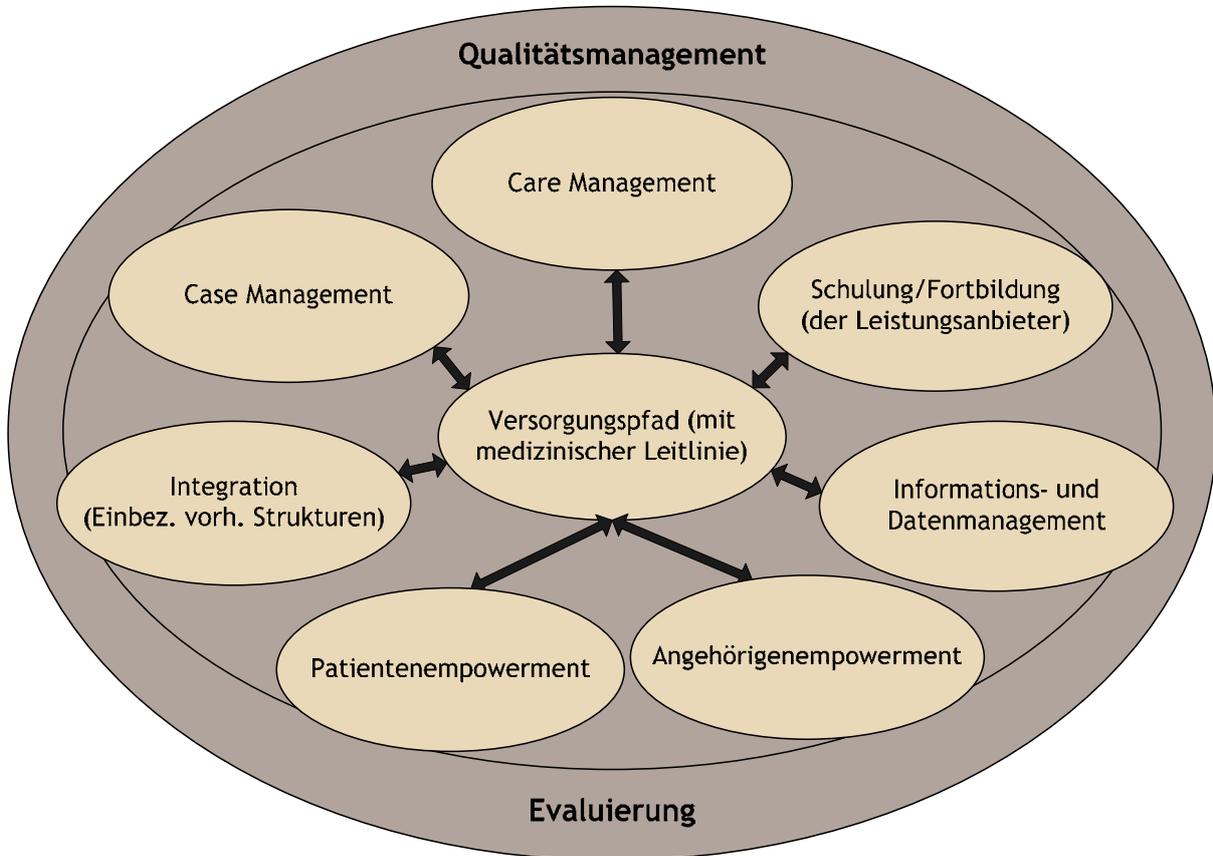


Abbildung 1 Komponenten des Netzwerks

Umgesetzt werden die Komponenten in einer Netzwerkstruktur. Gesundheitsdienstleister (Ärztinnen und Ärzte, mobile Dienste, Beratungsstellen, Case Management, Krankenanstalten, Tagespflegeeinrichtungen, etc.) können dieser Netzwerkstruktur beitreten, sofern sie die Beitrittsanforderungen erfüllen. Ein Netzwerkmanagement - jeweils auf Bundeslandebene - übernimmt die Administration und trägt zur Vernetzung der Netzwerkpartner bei. Patientinnen/Patienten können sich (bzw. unter Zustimmung der vertretungsbefugten Person) in das Netzwerk einschreiben und werden in weiterer Folge strukturiert versorgt. Sie erhalten nach der Einschreibung Zugang zum Case Management, welches zur individuellen Koordination der Versorgung maßgeblich beiträgt.

Vor einer Umsetzung des Projekts sollen Teile des Konzeptes bei Bedarf auf regionale Bedürfnisse und Besonderheiten des/der umsetzenden Bundeslandes/Bundesländer angepasst werden. Kommt es im Laufe der Projektumsetzung zu Änderungen in den Rahmenbedingungen, können Anpassungen im Sinne einer optimierten Praxistauglichkeit vorgenommen werden. Etwaige notwendige Änderungen werden nach Evaluation des ersten Pilotprojekts im Rahmen der Weiterentwicklung des Programms konzeptionell mit bearbeitet.

### 3.1. Medizinische Leitlinie und Versorgungspfad

Ausgangspunkt für die medizinische Versorgung von demenzkranken Personen im Netzwerk ist eine medizinische Leitlinie, welche es ermöglicht, Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen im Laufe ihrer Erkrankung evidenzbasiert, unter Berücksichtigung von medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsformen und auf andere Leistungserbringer abgestimmt zu versorgen. Die Leitlinie wurde für den niedergelassenen Versorgungsbereich erstellt und dient den Mitgliedern von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ als Leitfaden für die Versorgung von Erkrankten. Sie fokussiert auf die Bereiche Primärprävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und supportive Therapienformen primär ausgerichtet auf die häufigsten Demenzformen, namentlich die Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz. Für die Erstellung der medizinischen Leitlinie und die Abstimmung mit den relevanten Fachgesellschaften wurde die Medizinische Universität Wien beauftragt.

Grundlage für die Versorgung im Netzwerk ist weiters ein Versorgungspfad, der sowohl fächer- bzw. berufsgruppenübergreifend als auch unter Einbeziehung der einzelnen Leistungsebenen gestaltet wurde. Dieser Pfad bildet, auf Basis der medizinischen Leitlinie, Prozesse im Rahmen der Netzwerkversorgung von demenzerkrankten Personen ab.

### 3.2. Schulung/Fortbildung

Durch die Vernetzung der Anbieter ergeben sich Veränderungen und es entstehen Anforderungen an die teilnehmenden Akteurinnen/Akteure, die in der Regelversorgung nicht vorhanden sind (z.B. Patientinnen-/Patienteneinschreibung, Dokumentationspflichten, Einhaltung von Informationswegen, gezielte Zusammenarbeit). Um alle Akteurinnen/Akteure auf diese Art der Versorgungsleistung vorzubereiten sowie das Netzwerk und die darin enthaltenen Angebote und Leistungen kennenzulernen, ist bei Netzwerkeintritt eine Basisschulung zu absolvieren. Diese Basisschulung unterteilt sich in einen administrativen Teil, welcher mittels E-learning abgedeckt wird, und in eine Präsenzschulung, in welcher den Teilnehmerinnen/Teilnehmern Inhalte aus der Betreuung und Versorgung von demenzkranken Personen vermittelt werden. Für teilnehmende Medizinerinnen/Mediziner wird darüber hinaus ein verpflichtendes Zusatzmodul zur medizinischen Leitlinie angeboten.

Expertinnen/Experten identifizierten einen Fortbildungsbedarf verschiedener Berufsgruppen im Bereich Demenz. Dieser Fortbildungsbedarf bildet die Grundlage für die bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ empfohlenen Inhalte von demenzspezifischen Fortbildungsmaßnahmen, welche je nach Vereinbarung zwischen der regionalen Ärztekammer und der Umsetzungsregion für Teilnehmerinnen/Teilnehmer optional oder verpflichtend sind. Darüber hinaus sind von teilnehmenden Leistungserbringern Netzwerktreffen und Qualitätszirkel in regelmäßigen Abständen zu besuchen.

### 3.3. Case/Care Management

Demenzerkrankte Personen werden von zahlreichen verschiedenen Akteurinnen/Akteuren in unterschiedlichen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems versorgt. Daraus ergeben sich Probleme an den Nahtstellen und für die Patientin/den Patienten sowie pflegende Angehörige häufig Belastungen. Mittels einer gezielten Koordination des Versorgungsprozesses durch Case und Care Management kann dem entgegengewirkt werden. Zur Verbesserung der patientinnen-/patienten- und angehörigorientierten Versorgung ist für den Bereich der Pflege- und Sozialversorgung eine/ein Case Managerin/Case Manager koordinierend und als zentrale Ansprechstelle tätig.

Durch individuelle Fallsteuerung, welche durch das Case Management gewährleistet werden kann, wird eine Stabilisierung, Verbesserung und eine möglichst lange Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgungssituation von Erkrankten angestrebt.

Zusätzlich zum Case Management, welches auf der Fallebene agiert, ist übergeordnet auf der Systemebene die Implementierung des Care Managements nötig. Bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ findet das Care Management auf der Ebene des Netzwerkmanagements, welches den Aufbau, die Koordination und die Weiterentwicklung des Netzwerks anstrebt, statt. Es zielt darauf ab, ein handlungsfähiges Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern in der Demenzversorgung aufzubauen und die Entwicklung dieses Netzwerks voranzutreiben. Damit soll sowohl eine koordinierte Versorgung als auch ein, das Case Management förderndes Umfeld in Form eines Netzwerks entstehen.

### 3.4. Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment

Zu den im „Ersten Österreichischen Demenzbericht“ identifizierten Problembereichen in der Versorgung von an Demenz erkrankten Personen gehören vor allem ein Informationsdefizit, aber auch mangelnde Angebote zur Krisenintervention und zur Angehörigenbetreuung. Eine Möglichkeit diesen Problemen entgegenzuwirken, ist eine gezielte und systematische Weitergabe von Informationen durch angepasste Informationsmaterialien, durch die Vermittlung zu Angehörigenschulungen, die Empfehlung einer Hotline und die Empfehlung der Organisationsmöglichkeit von Beratungsstellen. Durch das Setzen dieser Empowermentmaßnahmen sollen Erkrankte und ihre pflegenden Angehörigen befähigt werden, die Krankheit und ihre Auswirkungen zu verstehen und Unterstützungsangebote bzw. Schulungen in Anspruch zu nehmen, um damit so weit wie möglich selbstbestimmt umgehen zu können. Einen hohen Stellenwert bei der Konzeptausarbeitung nahm dabei die Orientierung an den Bedürfnissen Betroffener und Angehöriger ein.

### 3.5. Informations- und Datenmanagement

Auf Grund der Vielzahl an Versorgungsbereichen, die von an Demenz erkrankten Personen durchlaufen werden, und der Beteiligung unterschiedlichster Berufsgruppen, entstehen sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser Nahtstellen Informationsdefizite, denen durch ein strukturiertes Informations- und Datenmanagement entgegengewirkt werden kann. Im

Rahmen der Konzeptentwicklung von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wurden die Abläufe einer nicht-elektronischen Datenmanagementlösung, Anforderungen und einige Umsetzungsvorschläge elektronischer Dokumentationsvarianten definiert, um ein strukturiertes Datenmanagement zu erreichen.

Über die Auswahl der konkreten Variante, die Erstellung sowie die Finanzierung muss im Zuge der Projektumsetzung in den teilnehmenden Pilotregionen auf übergeordneter Ebene von den finanzierenden Stellen zum Beispiel vom Bund, den umsetzenden Ländern, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie von umsetzenden Sozialversicherungsträgern entschieden werden. In diese Entscheidung sollen des Weiteren auch Berufsvertretungen (z.B. Ärztekammer) eingebunden werden.

Für die Umsetzung des nicht-elektronischen Datenmanagements werden den teilnehmenden Projektregionen die nötigen Unterlagen (z.B. Ablaufbeschreibung, Formulare) vom Competence Center Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt.

### 3.6. Qualitätsmanagement und Evaluierung

Die Versorgungsqualität bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird durch erarbeitete Kriterien und Indikatoren sichergestellt. Als Datengrundlage für die Berechnung der Qualitätsindikatoren werden einerseits Routinedaten, Administrationsdaten und Dokumentationsdaten des Netzwerks eingesetzt und andererseits ein Bewertungsbogen (Bewertungen der Komponenten/Netzwerkarbeit) erstellt, welcher von den teilnehmenden Akteurinnen/Akteuren jährlich auszufüllen und an das Netzwerkmanagement zu übermitteln ist. Um die Qualität des Netzwerks kontinuierlich zu verbessern, wird in einem ersten Schritt alle sechs Monate die Einhaltung der Qualitätskriterien aus Routinedaten überprüft. Bei Bedarf können so Maßnahmen zur Verbesserung gesetzt werden.

Im Rahmen der formativen Evaluation werden Parameter erhoben und ausgewertet, welche den Aufbau und das Zusammenwirken der Komponenten des Projekts betreffen. Außerdem werden die Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge der Mitglieder sowie der Patientinnen/Patienten und der Angehörigen erhoben. Diese Informationen dienen dem Netzwerkmanagement als Grundlage für die Initiierung von kontinuierlichen, bedarfsgerechten Anpassungen, welche auf eine Verbesserung der Qualität abzielen.

## 4. MARKETING

Der Erfolg von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist unter anderem davon abhängig, dass alle Beteiligten, aber auch die Öffentlichkeit über die Inhalte, Ziele und Maßnahmen des Netzwerkes informiert sind.

Zu den primären Zielen der Marketingmaßnahmen gehört es, die Nachfrage nach dem Netzwerk zu erzeugen und Patientinnen/Patienten, Angehörige und Leistungserbringer zur Teilnahme zu bewegen. Darüber hinaus soll in der breiten Öffentlichkeit Awareness für das Thema Demenz geschaffen werden.

Die wesentlichste Aufgabe im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist die Entwicklung eines Corporate Designs, welches die Wiedererkennbarkeit von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ gewährleistet. Dieses umfasst die Definition von Schriften und Farben, die Entwicklung der Logos, Vorlagen für diverse Dokumente, die grafische Gestaltung von Broschüren, Foldern, Plakaten und von weiteren Werbematerialien.

## 5. KOSTEN

Derzeit kann die Versorgung chronisch Kranker mit dem hausärztlichen Koordinationszuschlag sowie durch eine Pauschale für eine ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache abgerechnet werden. Die Honorierung von zusätzlichen Leistungen, welche bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten erbracht werden, ist durch die Verrechnung von zusätzlichen Pauschaltarifen vorgesehen.

# NETZWERK- UND ORGANISATIONSBESCHREIBUNG

# 1. PRÄAMBEL

Das hier vorliegende Konzept ist nach einer entsprechenden Pilotphase auf Basis der Evaluation sowie der Erfahrungen aus der Praxis anzupassen, um eine reibungslose/gut funktionierende/angemessene Umsetzung im Rahmen eines Regelbetriebes im österreichischen Gesundheitswesen sicherstellen zu können.

# 2. NETZWERK

Ein „Demenz-Netz“ basiert auf dem Netzwerk-Prinzip. Dabei werden viele verschiedene Stellen miteinander verbunden („vernetzt“), was eine enge Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den Stellen fördert. Das System basiert auf der Freiwilligkeit seiner Mitglieder. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder eines Netzwerkes bereit sind, sich einzubringen und die Regeln des Netzwerkes zu befolgen.

Während in Österreich im Gesundheitswesen noch kaum Netzwerke etabliert sind, wird dieser Ansatz in Deutschland - insbesondere auch für die Indikation Demenz - häufiger gewählt.<sup>1</sup>

Im Zentrum der Tätigkeiten des Netzwerkes steht die Patientin/der Patient, zusammen - sofern vorhanden - mit ihren/seinen Angehörigen. Alle Leistungserbringer sind konzentriert auf die Patientin/den Patienten und ihre/seine Angehörigen. Die wechselseitige Vernetzung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern sichert eine kontinuierliche Versorgung der Patientin/des Patienten innerhalb des Netzwerkes sowie reibungslose Informationsflüsse. Die einzelnen Behandlungs- und Betreuungsebenen bilden durch ihre intensive Zusammenarbeit im besten Fall einen nahtlosen Übergang und damit den stabilen Hintergrund für die Betroffenen.

<sup>1</sup> Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, Zugriff am 27.05.2010; und Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Zugriff am 26.05.2010

Die folgende Abbildung verdeutlicht den Ansatz grafisch:

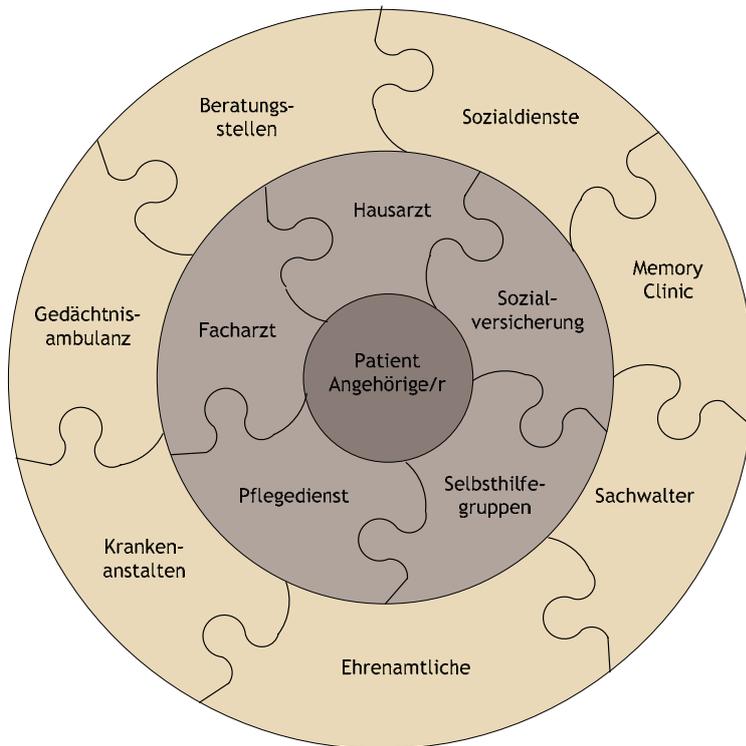


Abbildung 2 Netzwerk

## 2.1. Ziel des Netzwerks

### 2.1.1. Hauptziel

Ziel des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist es, die Versorgung im niedergelassenen Bereich zu optimieren, sowie die Prozesse an den Nahtstellen zu den angrenzenden Bereichen zu definieren, damit sowohl ein längerer Verbleib in häuslicher Pflege als auch eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden können.

### 2.1.2. Unterziele

- Sensibilisierung der Bevölkerung für das Krankheitsbild Demenz
- Verbesserung der Früherkennung
- Optimierung der Versorgungsqualität
- Zeitgerechter Zugang zu Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Patientinnen/Patienten als auch für pflegende Angehörige
- Verbesserung an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen und leistungsebenenübergreifend durch
  - bessere Koordination,
  - ein Informations- und Datenmanagement

- und die Einhaltung des Versorgungspfades
- Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen
- Verlängerung der Verbleibdauer im Wohnumfeld und eine daraus resultierende Reduzierung der Gesamtkosten der Versorgung

### 2.1.3. Nutzen des Projekts

Aus den im vorigen Kapitel dargestellten Zielen sind folgende positive Effekte durch das Netzwerk zu erwarten:

#### Optimierung der Versorgung:

- Geringere unkoordinierte Arztbesuche
- Geringere unkoordinierte Krankenhausaufnahmen als Folge der geringeren Überforderung von pflegenden Angehörigen
- Regelmäßige Facharztkontakte - bessere Einstellung der medikamentösen Therapie
- Vermehrung des Wissens über die Erkrankung durch Schulung der Netzwerkpartner
- Gezielte Informations- und Datenbereitstellung durch strukturierte Weitergabe
- Entlastung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten durch Wegfall von Koordinationsstätigkeiten, Beratungstätigkeit und Vermittlung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten

#### Optimierung von Nahtstellenprozessen:

- Weniger Reibungsverluste an den Nahtstellen
- Schnellere und gezieltere Versorgung nach Veränderungen
- Keine Therapieunterbrechungen aufgrund von Krankenseinweisungen mit Informationsverlust
- Weniger Doppeluntersuchungen aufgrund von Informationsdefiziten an den Nahtstellen

#### Längerer Verbleib in häuslicher Pflege:

- Verminderung von Einweisungen durch Überforderung der pflegenden Angehörigen
- Verzögerung der dauerhaften Institutionalisierung (Pflegeeinrichtung) der Patientinnen/Patienten
- Erhalt und Steigerung der Lebensqualität der Angehörigen durch Unterstützung und Entlastung

#### Effiziente und bedarfsgerechte Versorgung:

- Individuelle Versorgung - Vermeidung von Unter- und Überversorgung durch gezielte Koordination (Case Management und patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt)
- Unterstützte Angehörige sind weniger oft überfordert

### Erhöhung der Awareness für das Krankheitsbild:

- Sensibilisierung von Bevölkerung und Leistungserbringern für das Thema Demenz

Um den Nutzen des Programms abbilden zu können, und auch die finanziellen Auswirkungen messen zu können, wurden Grundlagen für eine Evaluation entwickelt. Diese sind im Konzeptteil Qualitätsmanagement und Evaluierung abgebildet.

## 2.2. Handlungsfelder des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

- Vernetzung der Akteurinnen/Akteure für eine koordinierte und strukturierte Versorgung der an Demenz erkrankten Personen, Gewährleistung einer Versorgungskontinuität
- Gezielter Aufbau demenzversorgungsspezifischen Wissens durch Basisschulungen und Ermöglichen von interdisziplinärem Austausch sowie zur Verfügung stellen einer medizinischen Leitlinie für die Versorgung in Österreich
- Einrichtung von Vernetzungs- und Koordinierungsstrukturen: Netzwerkmanagement, Care Management, Case Management
- Gezieltes Informations- und Datenmanagement - Information der Betroffenen, Vermittlung an Unterstützungs- und Hilfsangebote (auch Sozial- und Bewegungsangebote, Angehörigenschulungen, etc.) und Etablierung eines Datenmanagements

## 2.3. Struktur des Netzwerks

Im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ vernetzen sich Anbieter verschiedener Versorgungsebenen der Gesundheits- und Sozialdienste im Bereich Demenz. Kern der Netzwerkstruktur ist ein Management, welches die eingeschriebenen Netzwerkmitglieder und Patientinnen/Patienten verwaltet. Der Fokus des Netzwerks liegt im niedergelassenen Bereich, wobei auch teilstationäre und stationäre Einrichtungen dem Netzwerk beitreten sollen.

### 2.3.1. Aufbau

Im Netzwerk müssen mindestens patientenführende Ärztinnen/Ärzte (wenn möglich Hausärztinnen/-ärzte), Fachärzte/-ärztinnen für Neurologie und/oder Psychiatrie bzw. Gedächtnisambulanzen, ein Case und Care Management, mobile Dienste und Beratungsstellen sowie ein Netzwerkmanagement vorhanden sein (siehe Strukturqualitätskriterien für Mindestanforderungen).

Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten und Patientinnen/Patienten solange als möglich eingebunden in ein soziales Umfeld im niedergelassenen Bereich versorgen zu können, sollen darüber hinaus Sozial- und Bewegungsangebote (z.B. von Seniorenvereinen) im Rahmen der Netzwerkversorgung zur Verfügung stehen.

Eine Vernetzung gelingt dann besonders gut, wenn die einzelnen Akteurinnen/Akteure im Netzwerk einander kennen und die Möglichkeit geschaffen wird, Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit festzulegen.<sup>2</sup> Deshalb werden bundeslandweite Netzwerke in Teilregionen untergliedert (z.B. für Schulungen, Qualitätszirkel etc.).

Das Netzwerk ist wie folgt aufgebaut:

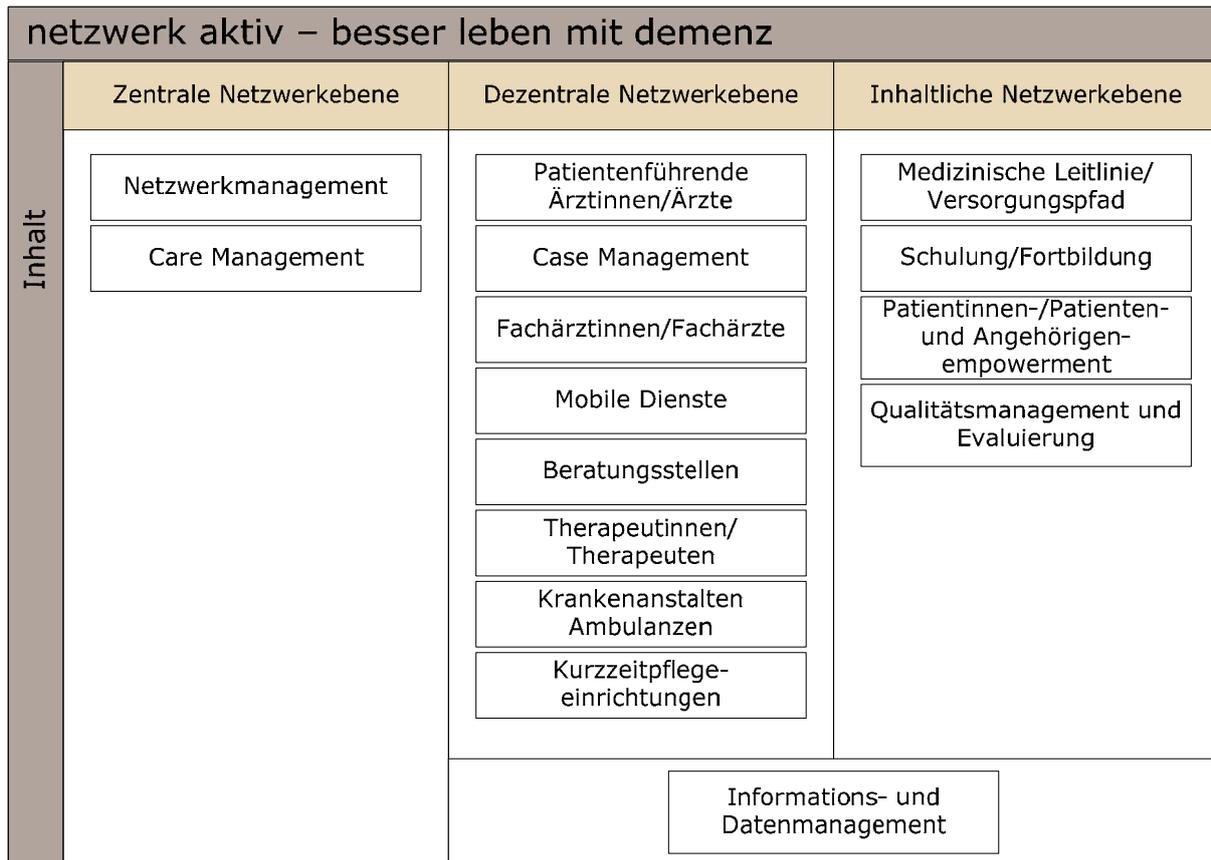


Abbildung 3 Aufbau „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

### 2.3.2. Ausdehnung

Ein Versorgungsnetzwerk wird jeweils - im Idealfall durch eine Kooperation zwischen Land und Sozialversicherungsträger - in einem Bundesland initiiert. Innerhalb des Bundeslandes sind regionale Untergliederungen des Versorgungsnetzwerks möglich und sinnvoll. Je nach Umsetzungsregion und Bedarf können Untergliederungen in Versorgungsregionen, Bezirke, Bezirksverbände und dergleichen vorgenommen werden. Bei der Aufteilung ist besonders darauf zu achten, dass demenzspezifische Versorgungsangebote (z.B. Memory Kliniken/Gedächtnisambulanzen, Fachärztinnen/-ärzte mit Demenzschwerpunkt) sowie Programmkomponenten (z.B. Case Management, Beratungsstellen, Unterstützungsangebote,

<sup>2</sup> Protokoll 1. der Arbeitsgruppensitzung Schulung und Fortbildung, am 05.10.2009

Empowermentangebote, etc.) in allen Teilregionen möglichst ausreichend vorhanden sind. Ist dies nicht möglich, so können/sollen diese Einrichtungen, auch wenn sie sich außerhalb der geografischen Teilregion des Netzwerks befinden, in dieses eingebunden werden.

### 2.3.3. Mögliche Mitglieder

Alle Gesundheits- und Sozialdienstleistungsanbieter, die in der Demenzversorgung im niedergelassenen Bereich tätig sind, sowie Spezialeinrichtungen in der Demenzversorgung, welche eine kurzzeitige/vorübergehende stationäre bzw. teilstationäre Versorgung leisten, können sich in „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ einschreiben und sind damit Kooperationspartner im Netzwerk. Darüber hinaus gibt es Gesundheits- und Sozialdienstleistungsanbieter, die an der Versorgung von Demenzerkrankten beteiligt sein können und damit ebenfalls Nahtstellenpartner darstellen, deren Beteiligung am Netzwerk im Sinne des Projektauftrages aber nicht zwingend notwendig ist, z.B. stationäre Langzeiteinrichtungen, etc.

Nahtstellenpartner sind jene Akteurinnen/Akteure in der Versorgung Demenzerkrankter, welche im Versorgungsverlauf aufeinander folgende oder parallel ablaufende Versorgungsaufgaben übernehmen und somit in Berührung kommen. Diese Bezeichnung orientiert sich am Versorgungsprozess von Demenzerkrankten, unabhängig davon, ob die Versorgung in einem Netzwerk oder in der Regelversorgung erfolgt. Nahtstellenprozesse sind demnach jene Prozesse, die von den Nahtstellenpartnern bei bzw. vor Übergabe bzw. bei oder nach Übernahme der/des Erkrankten durchgeführt werden müssen.

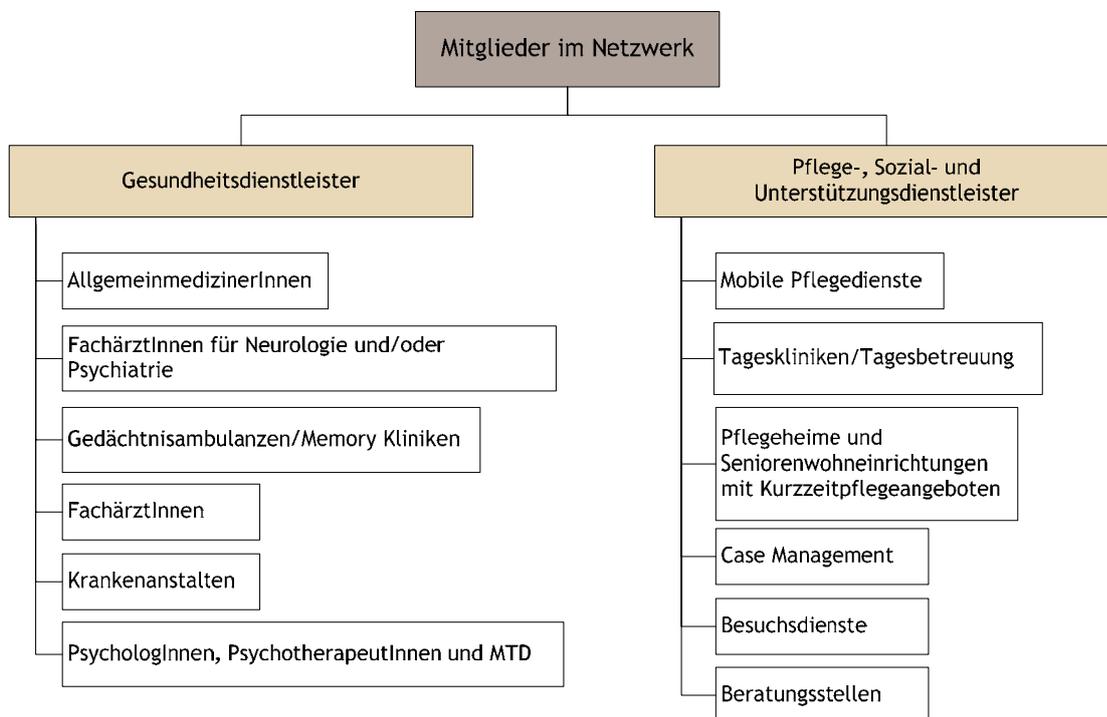


Abbildung 4 Mögliche Mitglieder des Netzwerkes

### 2.3.4. Rollen der Mitglieder<sup>3</sup>

Basierend auf einem Entwurf der Bundesqualitätsleitlinie Demenz können den Akteurinnen/Akteuren in der Demenzversorgung folgende Rollen zugeordnet werden:<sup>4</sup>

Die zugeordneten Rollen stellen eine Arbeitsgrundlage dar und können gegebenenfalls in den weiteren Arbeiten zur Erstellung der Bundesqualitätsleitlinie Demenz einer Adaptierung bedürfen. Um eine Kongruenz zu erreichen, werden für das „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ die jeweiligen Ergebnisse der Bundesqualitätsleitlinie verwendet.

Nahtstellenpartner, welche Aufgaben im Bereich Früherkennung, Prävention und Diagnostik erfüllen, sollen dies anhand der Vorgaben der Bundesqualitätsleitlinie Demenz sowie der im Projekt verwendeten medizinischen Leitlinie für Demenz tun.

<sup>3</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010)

<sup>4</sup> Dargestellt werden Rollen und Verantwortungsbereiche der einzelnen Nahtstellenpartner über den gesamten Versorgungs-/Betreuungsprozess hinweg. (Die folgende Tabelle ist eine Erweiterung der Arbeiten des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen, welche im Rahmen der Arbeiten an der Bundesqualitätsleitlinie Demenz, April 2010 erstellt wurde)

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin</p>	<p><u>Prävention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ genereller Ansprechpartner</li> <li>☛ allgemeine Empfehlungen</li> </ul> <p><u>Früherkennung (auch im Sinne von Früherkennung für nächste Krankheitsphase):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Symptomwahrnehmung</li> <li>☛ Eigen-/ Fremdanamnese</li> <li>☛ ggf. Demenz-Test</li> <li>☛ Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul> <p><u>Diagnostik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Bei Verdachtsdiagnose Demenz und unklaren kognitiven Defiziten und Verhaltensdefiziten Zuweisung an Fachärztin/Facharzt für Neurologie/Psychiatrie oder Spezialambulanz</li> <li>☛ Hausbesuch/Organisation von notwendigen Transporten für immobile Patientinnen/Patienten</li> </ul> <p><u>Aufnahme in „netzwerk aktiv“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Information und Aufklärung, Abklärung der Beitrittsmodalitäten</li> <li>☛ Bei Wunsch Aufnahme in das Programm</li> <li>☛ Einschreibung, Dokumentation</li> <li>☛ Information über Kontaktaufnahme durch Case Management</li> </ul>	<p>Informationstransfer zu Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen</p> <p>Zuweisung an Fachärztin/Facharzt</p> <p>Falls notwendig: Zuweisung an Psychologin/Psychologe</p> <p>Informationstransfer zu Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen</p> <p>Informationstransfer zu Care Management</p>	<p>Überweisungsschein, (Verdachts-) Diagnose und Symptome</p> <p>Befund (Vorbefunde, bisherige Therapie)</p> <p>Projektbroschüre</p> <p>Einwilligungserklärung</p> <p>Dokumentation</p>

	<p><u>Therapie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kontinuierliche Weiterbehandlung basierend auf fachärztlicher Diagnose/Therapie</li> <li>■ Hausbesuch/Organisation von notwendigen Transporten für immobile Patientinnen/Patienten</li> <li>■ Stadtiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen zu Erkrankung, Therapie, Unterstützungsangeboten und notwendigen Schritten</li> <li>■ Ggf. Initiierung von nichtmedikamentösen Therapien</li> <li>■ Ggf. Kontinuierlicher Informationstransfer an betreuende Gesundheitsdienstleister/Dienste sowie an das Case Management (falls tätig)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationstransfer zu Fachärztin/ Facharzt (mind. halbjährlich Überweisung) sowie MTD und mobile Dienste (wenn tätig)</li> <li>■ Informationstransfer zu Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen</li> <li>■ Informationstransfer an weitere Netzwerkpartner mittels Datenmanagement</li> <li>■ ggf. Zuweisung an MTD</li> <li>■ Informationstransfer MTD und mobile Dienste sowie an das Case Management (falls tätig), Informationstransfer an Netzwerkpartner mittels Datenmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Überweisungsschein</li> <li>■ Medizinische Vorinformation</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ggf. Informationsmaterial, Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen - projektinterne Materialien verwenden, auf Projektpartner verweisen)</li> <li>■ ggf. Zuweisungsschein/Verordnungsschein inkl. Diagnose</li> <li>■ Standardisierte Dokumentation</li> </ul>
--	--	--	--

Tabelle 1 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Allgemeinmedizin<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Fachärztin/ Facharzt für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie bzw. Psychiatrie</p>	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung:</u> siehe Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin</p> <p><u>Diagnostik/Differentialdiagnostik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosehoheit der Fachärztin/des Facharztes</li> <li>• Durchführung diagnostischer und differential-diagnost. Maßnahmen gemäß med. Leitlinie</li> <li>• <u>Hausbesuch für immobile Patientinnen/Patienten</u></li> <li>• Falls notwendig: Zuweisung zu Labor, Röntgen/bildgebenden Verfahren etc.</li> <li>• Demenz-Ursachenabklärung (Ätiologie)</li> <li>• Differenzierung des Schweregrades</li> <li>• Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen über Diagnose</li> </ul> <p>Bei Übernahme der Patientenführung: Aufnahme in „netzwerk aktiv“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information und Aufklärung, Abklärung der Beitrittsmodalitäten</li> <li>• Abklärung, ob Patientenführung durch Hausärztin/-arzt übernommen werden könnte</li> <li>• Bei Wunsch/Bedarf der Patientenführung durch Fachärztin/-arzt: Aufnahme in das Programm</li> <li>• Einschreibung, Dokumentation</li> <li>• Information über Kontaktaufnahme durch Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuweisung an Radiologen, Labor, Psychologin/Psychologen</li> <li>• Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen</li> <li>• Informationstransfer zu Patientin/Patient, und Angehörigen/Bezugspersonen</li> <li>• Informationstransfer zu Care Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überweisungsschein</li> <li>• Projektbroschüre</li> <li>• Einwilligungserklärung</li> <li>• Dokumentation</li> </ul>

	<p><u>Therapie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einleitung der medikamentösen Therapie (Erstverordnung Antidementiva)</li> <li>• Hausbesuch für immobile Patientinnen/Patienten</li> <li>• Rücküberweisung sowie Information an Hausärztin/Hausarzt bzw. an patientenführende/n Ärztin/Arzt</li> <li>• Informationstransfer an betreuende Gesundheitsdienstleister/Dienste/Case Management (falls tätig)</li> <li>• Verlaufskontrolle und Entscheidung über Weiterverordnung/Anpassung/Absetzen von Antidementiva</li> <li>• Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen insbesondere über Therapie sowie Änderungen der Therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rücküberweisung und Befundübermittlung an Hausärztin/Hausarzt bzw. an patientenführende/n Ärztin/Arzt</li> <li>• Informationstransfer an MTD und mobile Dienste/Case Management (falls tätig)</li> <li>• Informationstransfer zu Hausärztin/Hausarzt sowie</li> <li>• Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnissen, Therapievor-schlag, ggf. Kontrolltermin)</li> <li>• Befund bzw. schriftliche Information (Untersuchungsergebnisse, Therapieänderungen, weitere Vorgehensweise, ggf. Kontrolltermin. Wenn möglich mittels standardisierter Dokumentation)</li> <li>• Ggf. Informationsmaterial, Adressen, Kontaktper-sonen)</li> </ul>
--	--	--	--

Tabelle 2 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Fachgebiete<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Gedächtnisambulanz/Memory Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Siehe Fachärztin/-arzt für Neurologie/Psychiatrie Ausnahme: Es kann keine Patiententführung übernommen werden</li> <li>■ Information und Aufklärung über Netzwerk</li> <li>■ Bei möglichem Beitrittswunsch der Patientinnen/Patienten Kontaktaufnahme mit Care Management (Vermittlung zu Case Management zur Durchführung der vorläufigen Einschreibung)</li> <li>■ Bei Beitritt: Ausfüllen und Unterzeichnen der Teilnahme- und Einwilligungsfähigkeit</li> <li>■ Information der Patientin/des Patienten bzw. pflegenden Angehörigen/Bezugspersonen über Kontaktaufnahme durch Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationstransfer zu Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugspersonen</li> <li>■ Informationstransfer zu Care Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Befund inkl. Empfehlungen (siehe Fachärztin/-arzt für Neurologie/Psychiatrie)</li> <li>■ Projektbroschüre</li> </ul>
Case Management	<p>Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information und Beratung</li> <li>■ Abklärung, ob Case Management nötig, möglich und gewünscht</li> <li>■ Ggf. Unterzeichnung Case-Management-Vereinbarung</li> <li>■ Ggf. Kontakt beibehalten für Beratung ohne Case Management</li> <li>■ Ggf. Durchführen des Case Managements</li> <li>■ Verwahren der Kopie der Patientenmappe (nicht - elektronisches Datenmanagement)</li> <li>■ Unterstützung bei Datenaustausch</li> </ul> <p>Empowerment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationsweitergabe</li> <li>■ Zuleitung der Angehörigen zu Kursen/Schulungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationstransfer zu Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>■ Informationstransfer zu und zwischen Gesundheitsdienstleistungsanbietern</li> <li>■ Informationstransfer zu Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>■ Informationstransfer zu und zwischen Gesundheitsdienstleistungsanbietern/Selbsthilfegruppen, Schulungsanbietern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Case Management Vereinbarung</li> <li>■ Standardisierte Dokumentation</li> </ul>

Tabelle 3 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Gedächtnisambulanz, Case Management<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Klinische-/ Gesundheits- psychologin bzw. Klinischer-/ Gesundheits- psychologe, Neuropsychologin/ Neuropsychologe</p>	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung (auch im Sinne von Früherkennung für nächste Krankheitsphase):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomwahrnehmung</li> <li>• Eigen- / Fremdanamnese</li> <li>• ggf. Demenz-Test</li> </ul> <p><u>Diagnostik/Differentialdiagnostik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. (neuro-)psychologische Untersuchung (kognitiver Status, Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik)</li> </ul> <p><u>Therapie/Betreuung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologische Unterstützung von Patientin/Patient und/oder Angehörigen/Bezugspersonen</li> <li>• spezielle Angebote für Angehörige z.B. Burnout Prävention, stadiengerechte Angehörigenschulung, präventive Beratung (z B. Prävention chronischer Rücken-erkrankungen)</li> <li>• ggf. Verlaufsbeobachtung</li> </ul>	<p>Informationstransfer zu zuweisender Ärztin/zuweisendem Arzt</p>	<p>Befund</p>

Tabelle 4 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Psychologie<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Stationärer Bereich (Krankenanstalten)</p>	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung:</u> Symptomwahrnehmung</p> <p><u>Behandlung/Betreuung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlung/Betreuung nach Unfällen oder bei sonstigen Komplikationen</li> <li>▪ Abklärung und Behandlung von Komorbiditäten</li> <li>▪ Berücksichtigung der demenziellen Symptomatik im Spitalsalltag</li> <li>▪ Abklärung, ob Netzwerksversorgung besteht oder gewünscht wird - wenn ja, Kontaktaufnahme Care Management (Vermittlung zu Case Management zur Durchführung der vorläufigen Einschreibung)</li> <li>▪ Bei Beitritt: Ausfüllen und Unterzeichnen der Teilnahme- und Einwilligungsfähigkeit</li> </ul>	<p>Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationstransfer zu zuweisender Ärztin/zuweisendem Arzt (Haus-/Facharzt), zu mobilen Diensten und Angehörigen/Bezugspersonen/Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassungsbrief (inkl. Diagnose, erfolgte Untersuchungen/Therapien, Therapievorschlag, weitere Vorgehensweise)</li> <li>▪ Pflegetransferierungsbericht bzw. Situationsbericht</li> </ul>

Tabelle 5 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Krankenanstalten<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>MTD</p>	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Symptomwahrnehmung</li> <li>▣ Therapeutische Eigen- / Fremdanamnese</li> <li>▣ Empfehlung von Netzwerksärztinnen/ -ärzten bzw. Empfehlung der Abklärung von Krankheitsverdacht</li> </ul> <p><u>Diagnostik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Orthoptik</li> <li>▣ Schluckabklärung</li> </ul> <p><u>Therapie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Stadiengerechte Ergo- und Bewegungstherapie, diätologische Therapie sowie Logopädie in Absprache mit der Hausärztin/dem Hausarzt bzw. patientenführende/n Ärztin/Arzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer zu zuweisender Ärztin/zuweisendem Arzt (Haus-/Facharzt, patientenführende/n Ärztin/Arzt)</li> <li>▣ Ggf. Informationstransfer an Betreuungspersonen (z.B. Alten- und Pflegeheime) sowie Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Verordnungschein</li> <li>▣ Behandlungsbericht</li> <li>▣ Ev. Standardisierte Dokumentation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen</li> <li>▣ Schulung für Angehörige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul>	

Tabelle 6 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - MTD<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Mobile Betreuungsdienste und Pflegedienste (z.B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe)</p>	<p><u>Prävention:</u>  genereller Ansprechpartner  Früherkennung:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomwahrnehmung</li> <li>• Pflegerische Eigen-/Fremdanamnese</li> <li>• Ev. Empfehlung von Netzwerkärztinnen/-ärzte zur Diagnosestellung</li> </ul> Betreuung und Pflege:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Betreuung und Pflege (gemäß Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegegesetz)</li> <li>• Förderung der Patientin/des Patienten im Rahmen der Tätigkeit</li> </ul> <u>Initiierung therapeutischer Dienste:</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche medizinische Betreuung</li> <li>• Verlaufsbeobachtung</li> </ul> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationstransfer über Verlaufsbeobachtung zur betreuenden Ärztin/zum betreuenden Arzt</li> <li>• Informationstransfer an andere beteiligte Gesundheitsdienstleister</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsbericht</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglich in:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenmappe oder Informations-/Beobachtungs-/Mitteilungsblatt</li> <li>• Standardisierte Dokumentation</li> <li>• Ggf. Informationsmaterial, Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen)</li> </ul> </li> </ul>

Tabelle 7 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Mobile Dienste<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Tageszentren	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Symptomwahrnehmung</li> <li>▣ Ev. Weiterleitung an Netzwerkärztinnen/-ärzte zur Diagnosestellung</li> </ul> <p><u>Betreuung und Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Tagesbetreuung und Förderung von Patientinnen/Patienten</li> <li>▣ Hilfestellungen im täglichen Ablauf</li> <li>▣ Verlaufsbeobachtung</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Stadiengerechte Angehörigenschulung</li> <li>▣ Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer über Verlaufsbeobachtung zur betreuenden Ärztin/dem betreuenden Arzt</li> <li>▣ Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul> <p>▣ Behandlungsbefehl/Pflegebegleitschreiben</p> <p>▣ Ggf. Informationsmaterial, Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen)</p>	

Tabelle 8 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Tageszentren<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Alten- und Pflegeheim/ stationäre Pflege/ spezielle Wohnformen</p>	<p><u>Prävention:</u> genereller Ansprechpartner</p> <p><u>Früherkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Symptomwahrnehmung</li> <li>▣ Eigen- / Fremdanamnese</li> </ul> <p><u>Betreuung und Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Tages- und Nachtbetreuung</li> <li>▣ Durchführung von Betreuung und Pflege (gemäß der gesetzlichen Vorgaben)</li> <li>▣ Initiierung <u>therapeutischer Dienste</u></li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Kontinuierliche medizinische Betreuung</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Medizinische Hilfe im Anlassfall</li> <li>▣ Spezielle Angebote in der Demenzbetreuung erstrebenswert</li> <li>▣ Palliativbetreuung</li> <li>▣ Stadiengerechte, patientenindividualisierte Beratung und Aufklärung in enger Abstimmung mit Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ggf. Informationstransfer mit vormalig betreuenden Ärztinnen/Ärzten (Hausarzt/Facharzt)</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer zu Angehörigen/Bezugspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Behandlungsbericht/Pflegebegleitschreiben</li> </ul>

Tabelle 9 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Stationäre Pflege<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Informations- und Beratungsstellen (am Beispiel der M.A.S. Alzheimerhilfe Oberösterreich)</p>	<p><u>Sozialarbeiter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niederschwellige und anonyme Beratung (telefonisch und persönlich durch Bekanntgabe fixer Öffnungszeiten)</li> <li>▪ Weiterleitung zu Netzwerkärztinnen/-ärzten für Diagnostik</li> </ul> <p><u>Psychologe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Früherkennung, Prävention und Training nach Einwilligung des Betroffenen und der Familie, Angebot zu einem kognitiven Screening und Befragung der Angehörigen (z. B. Belastungsgrad)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besprechung der Befunde mit allen Familienmitgliedern (Konsequenzen der Diagnose für das tägliche Leben aller Beteiligten)</li> <li>▪ Einleitung einer medizinischen Diagnostik, (Weiterleitung zu Netzwerkärztinnen/-ärzten)</li> <li>▪ Information über Netzwerk und Versorgungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Jährliche Überprüfung der Situation (Verlaufsdagnostik für Betroffene und Angehörigen)</li> </ul> <p><u>Sozialarbeiter/Psychologe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufsuchender Dienst bei Bedarf</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit Case Management</li> </ul> <p><u>Sozialarbeiter/Psychologe/M.A.S Trainer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angebote psychosozialer Methoden (Angehörigengruppen und Wissensmodule , Training für die Betroffenen, etc.)</li> <li>▪ Beginn eines langfristigen Begleitungsangebotes für den Betroffenen, den primären Angehörigen und der erweiterten Familie (Aktivierung des Familienverbandes, sofern kein Case Management vorhanden ist oder eine Versorgung außerhalb des Netzwerks stattfindet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergebnisse des kognitiven Screenings an die/den Hausärztin/-arzt, Fachärztin/-arzt bzw. patientenführende/n Ärztin/Arzt (nur bei Einverständnis der Familie)</li> <li>▪ Information der Betroffenen sowie der Angehörigen/Betreuungspersonen über Zusatzdienstleistungen (z.B. Mobile Dienste, Tageszentren) und Netzwerk</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit Case Management</li> <li>▪ In Abstimmung mit Hilfeplan des Case Managements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befund</li> <li>▪ Befund für Pflegegeld</li> <li>▪ Ggf. Informationsmaterial, Adressen, Kontaktpersonen</li> <li>▪ Ggf. Weitergabe von wissenschaftlichen Daten an Datenbanken</li> </ul>

Tabelle 10 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Beratungsstellen<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Sozialberatung (allgemein, d.h. Inhalte gültig für alle nachfolgend dargestellten Beispiele)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anlaufstellen für Personen in Not- bzw. Krisensituationen</li> <li>■ Hilfestellung durch Beratung, Aufklärung und Information</li> <li>■ Vernetzung bestehender Angebote</li> <li>■ Teilweise konkrete Hilfestellung bei medizinischen Fragestellungen</li> <li>■ Konkrete Ausprägung siehe die folgenden Ausführungen zu Rechtsberatungsstellen im Detail.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen ggf. Informationstransfer zu bzw. Zusammenarbeit mit Angehörigen der Gesundheitsberufe</li> <li>■ Zusammenarbeit mit Case und Care Managern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ggf. Weitergabe von Befunden, Untersuchungs- und Beratungsergebnissen</li> <li>■ Ggf. Informationsmaterial, Anlaufstellen (Adressen, Kontaktpersonen)</li> </ul>
<p>Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Konsumentenschutz (BMAASK)</p>	<p>Info-Service in vier Publikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Österreich sozial</li> <li>■ Soziale Dienste</li> <li>■ Alten-/Pflegerheime</li> <li>■ Vereine/Gruppen</li> </ul> <p>Servicestellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sozialtelefon ist der allgemeine Bürgerservice des Sozialministeriums</li> <li>■ Pfl egetelefon (siehe nachfolgende Ausführungen)</li> </ul>		

Tabelle 11 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialberatung 1<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Pflegetelefon des BMASK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beratung und Information für pflegebedürftige Menschen, (pflegende) Angehörige und Betreuungspersonen, insbesondere zu:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegegeld</li> <li>➤ sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen</li> <li>➤ Betreuungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung</li> <li>➤ Kurzeitpflege, stationäre Weiterpflege, Urlaubspflege</li> <li>➤ Hilfsmittel, Heilbehelfe, Adaptierungen, finanzielle Hilfen und Förderungen, Familienhospizkarenz</li> </ul> </li> </ul> <p>Montag bis Freitag 8 bis 16 Uhr, gebührenfrei aus ganz Österreich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informationstransfer zu Patientinnen/Patienten, (pflegenden) Angehörigen/Betreuungspersonen</li> </ul>	
<p>Sozialzentren (am Beispiel der MA 40 Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anlaufstelle bei sozialen und finanziellen Problemen für Erwachsene ohne minderjährige Kinder im gemeinsamen Haushalt.</li> </ul>	<p>Informationstransfer zu bzw. Zusammenarbeit mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beratungszentren "Pflege und Betreuung zu Hause"</li> <li>➤ Entlassungsmanagement der KH</li> <li>➤ Dipl. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter der KH</li> <li>➤ Sozialberatungen privater Institutionen</li> <li>➤ Arbeitsmarktservice</li> <li>➤ Pensionsversicherungsanstalt</li> </ul>	<p>Beratung zur Weitergabe von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personaldokumenten</li> <li>➤ Einkommens- und Vermögensnachweisen durch die Betroffenen</li> </ul>

Tabelle 12 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialberatung 2<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Gerontopsychiatrischer Dienst (am Beispiel des gerontopsychiatrischen Zentrums Wien des Psychosozialen Dienstes)</p>	<p>Beratung und Betreuung im multiprofessionellen Team für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Patientinnen/Patienten mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter</li> <li>▣ Angehörige älterer Menschen mit psychosozialen Problemen</li> </ul> <p>Leistungsangebot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ambulante gerontopsychiatrische Beratung</li> <li>▣ klinisch-psychiatrische und neurologische Untersuchung</li> <li>▣ Abklärung der psychosozialen Problematik</li> <li>▣ neuropsychologische Untersuchung in eigener "Memory-Clinic"</li> <li>▣ telefonische Beratung und Information für Allgemeinärztinnen/-ärzte sowie medizinische, pflegerische und soziale Dienste</li> <li>▣ telefonische und persönliche Beratung für Angehörige</li> <li>▣ „Clearingstelle“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer zu zuweisender Ärztin/zweisendem Arzt (Hausärztin/-arzt)</li> <li>▣ Information und Beratung von Ärztinnen/Ärzten bzw. Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in Spezialfragen</li> </ul> <p>Informationstransfer zu bzw. Zusammenarbeit mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Bezirksverwaltung/Magistrat, etc.</li> <li>▣ Regionalen Servicestellen</li> <li>▣ Entlassungsmanagement der KH</li> <li>▣ Dipl. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter der KH</li> <li>▣ Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnissen, Therapievorschlag, ggf. Kontrolltermin)</li> </ul>

Tabelle 13 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Gerontopsychiatrischer Dienst<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
<p>Rechtsberatung (allgemein, d.h. Inhalte gültig für alle nachfolgend dargestellten Beispielen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anlaufstellen für Personen bei konkreten rechtlichen Fragestellungen</li> <li>▪ ggf. Anlaufstelle bei rechtlichen Problemen in Zusammenhang mit Demenzerkrankungen</li> <li>▪ bieten Beratung und Information bzw. weiterführende Hilfestellung</li> <li>▪ unterstützen die Vernetzung bestehender Angebote</li> </ul> <p>Für konkrete Ausprägung siehe die folgenden Ausführungen zu Rechtsberatungsstellen im Detail</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationstransfer zu Patientin/Patient sowie Angehörigen/Bezugspersonen ggf. Informationstransfer zu bzw. in Zusammenarbeit mit Angehörigen der Gesundheitsberufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ggf. Informationsmaterial, Anlaufstellen (Adresse, Kontaktpersonen)</li> </ul>
Arbeiterkammer	Beratung zu allen zuständigen Themengebieten, speziell Arbeits- und Sozialrecht		
Behinderteranwaltschaft	Beratung und Unterstützung für Personen, die sich aufgrund einer Behinderung im Rahmen des Behindertengleichstellungsrechtes diskriminiert fühlen		
Patientenanwaltschaft	Ombudsstellen des Gesundheitsbereiches zur Beratung und Unterstützung von Patientinnen/Patienten sowie Angehörigen/Bezugspersonen		

Tabelle 14 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner – Rechtsberatung 1<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Rechtsanwaltskammer	<p>Erste, kostenlose Rechtsberatung für alle Bürgerinnen/Bürger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Wien z.B. in der Rechtsanwaltskammer Wien sowie in den Magistratischen Bezirksämtern</li> </ul>		
VertretungsNetz (Sachwalterschaft, Patienten-anwalt-schaft, Bewohner-vertretung)	<p>Beratung von Betroffenen und Angehörigen/ Betreuungspersonen zu den Themen Sachwalterschaft, Patienten-anwalt-schaft und Bewohnervertretung</p> <p>Sachwalterinnen/Sachwalter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regeln Angelegenheiten von psychisch kranken und geistig behinderten (auch dementen) Menschen, die sich sonst nicht selbst helfen können</li> </ul> <p>Patientenanwältinnen/Patientenanwälte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stehen Menschen zur Seite, die in psychiatrischen Krankenhäusern zwangsweise untergebracht sind</li> <li>• Vertreten diese Menschen im Unterbringungsverfahren vor Gericht</li> </ul> <p>Bewohnervertreterinnen/Bewohnervertreter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertreten Menschen in Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen und Krankenanstalten, welche von Freiheitseinschränkungen betroffen sind</li> </ul>		

Tabelle 15 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Rechtsberatung 2<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Selbsthilfegruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allgemeine und individuelle/stadiengerechte Aufklärung und Beratung von Angehörigen/ Betreuungspersonen/teilw. auch Patientinnen/Patienten in allen alltagsrelevanten Bereichen und Fragen</li> <li>■ Empfehlung zur fachlichen Abklärung (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen) im Netzwerk</li> <li>■ Information zu sozialen Angeboten und die Versorgung im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“</li> <li>■ Begleitung der Angehörigen während des gesamten Krankheitsverlaufes, Aussprachemöglichkeit, Erfahrungsaustausch</li> <li>■ Niederschwelliger Zugang (auch anonym)</li> </ul>	Informationstransfer an Patientinnen/Patienten und Angehörige/Bezugspersonen (bezüglich Ärztinnen/Ärzte, Netzwerk, Gedächtnisambulanz, Therapeutinnen/Therapeuten, mobile Dienste etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Folder der Selbsthilfegruppen (machen auf deren Angebot aufmerksam)</li> <li>■ Ggf. Informationsmaterial</li> </ul>

Tabelle 16 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Selbsthilfegruppe<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv -besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Apothekerin/Apotheker	<p>Niederschwelligster Zugang zum Gesundheitssystem</p> <p><u>Prävention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ genereller Ansprechpartner</li> <li>☛ allgemeine Empfehlungen</li> </ul> <p><u>Früherkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und Aufklärung</li> <li>☛ Symptomwahrnehmung (Eigen- /Fremd-wahrnehmung)</li> </ul> <p><u>Begleitend zu Therapie, Betreuung und Versorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Unterstützung der Compliance</li> <li>☛ Arzneimittelversorgung/-beratung (z.B. Überprüfung und Erklärung der ärztlichen Verschreibung, Information über Neben- und Wechselwirkungen, Doppelschreibungen, Einschachteln [Auseinzeln] der Medikamente, Angehörigenbetreuung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Empfehlung, Ärztin/Art und Fachärztin/ -arzt aufzusuchen</li> <li>☛ Informationstransfer zu Patientin/Patient und Angehörigen/Bezugsperson</li> <li>☛ Informationstransfer Ärztin/Arzt und Fachärztin/ -arzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Dosierungsschemata (z.B. fürs Einschachteln der Medikamente)</li> <li>☛ Kassen-, Spitals- und Privatrezepte</li> </ul>

Tabelle 17 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Apotheke<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Nahtstellenpartner	Rolle und Verantwortungsbereich	Primäre Nahtstellenprozesse	Informationsweitergabe/ Dokumente
Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	<p>Prävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Allgemeine Beratung zum Thema Demenz (in Beratungsstellen, Alten- und Senioreneinrichtungen), Gesundheitsberatung</li> </ul> <p>Früherkennung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Beratung zum Thema Demenz in Beratungsstellen, Gesundheitseinrichtungen</li> <li>▣ Fortbildung und Schulung von Pflegepersonen</li> </ul> <p>Begleitend zu Therapie, Betreuung und Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Erhebungen im psychosozialen Umfeld (psychosoziale Stellungnahmen)</li> <li>▣ Zusammenarbeit mit Case Management z.B. Organisieren ausreichender Hilfs- und Unterstützungsangebote (Hauskrankenpflege, 24-Stunden-Pflege, stationäre Pflege, etc.)</li> <li>▣ Erheben/Berücksichtigen der Kapazitäten und Belastungskriterien bei Angehörigen/ Betreuungspersonen gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt erstellen</li> <li>▣ Regelmäßige Kontaktaufnahme und psychosoziale Beratung des Erkrankten und der Angehörigen/Betreuungspersonen in Abstimmung mit dem Case Management</li> <li>▣ Organisieren von Entlastungsangeboten/Psychosozialer Unterstützung für Angehörige/Betreuungspersonen in Zusammenarbeit mit dem Case Management</li> <li>▣ Finanzielle und rechtliche Beratung (z.B. betreffend Sachwalterschaft etc.)</li> <li>▣ Kontakt mit Pflegepersonen/mobilen Diensten und der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt/dem Case Management</li> <li>▣ Fortbildung und Schulung von Pflegepersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ Informationstransfer zu Patientin/Patient, Angehörigen/Betreuungspersonen sowie div. Anlaufstellen</li> <li>▣ Informationstransfer zu Patientin/Patient, Angehörigen/Betreuungspersonen sowie div. Anlaufstellen</li> <li>▣ Informationstransfer zu Pflegepersonen</li> <li>▣ Informationstransfer zu Patientin/Patient, Angehörigen/Betreuungspersonen</li> <li>▣ Informationstransfer zu Pflegepersonen Case Management</li> <li>▣ Informationstransfer zu Pflegepersonen</li> </ul>	

Tabelle 18 Rolle und Verantwortungsbereich der Nahtstellenpartner - Sozialarbeit<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Inkl. Adaptierungen an das Projektkonzept „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Fachärztin/Facharzt für Neurologie/Psychiatrie: umfasst Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie

Psychologin/Psychologe: umfasst klinische Psychologinnen/Psychologen, Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen, Neuropsychologinnen/Neuropsychologen

### 2.3.5. Aufgaben der Mitglieder

Neben den durch die vorab dargestellten Rollen entstehenden Aufgaben können weitere Aufgaben für Akteurinnen/Akteure den einzelnen Abschnitten des Konzepts entnommen werden.

Aufgaben für Medizinerinnen/Mediziner in der Demenzversorgung können der medizinischen Leitlinie sowie der Kooperationsvereinbarung entnommen werden. Die Aufgaben des Case und Care Managements sind ebenfalls im entsprechenden Konzeptteil dargestellt. Die Aufgaben des Netzwerkmanagements sind im Kapitel 2.6.1 dargestellt. Die detaillierten Dokumentations- und Informationsweitergabeaufgaben der Netzwerkmitglieder sind im Konzeptteil „Informations- und Datenmanagement“ angeführt.

## 2.4. Übersicht Komponenten des Netzwerks

Die Entwicklung der Komponenten basiert sowohl auf einer umfassenden Literaturrecherche als auch auf Expertenmeinungen. Eine Liste der jeweils beteiligten Expertinnen/Experten sowie ihrer entsendenden Organisationen sind den einzelnen Konzeptteilen vorangestellt.

### Medizinische Leitlinie/Versorgungspfad

Eine medizinische Leitlinie für eine Integrierte Versorgung demenzerkrankter Personen wurde entwickelt und mit den betreffenden Fachgesellschaften abgestimmt. Diese dient als Anhaltspunkt für Früherkennung, Diagnostik und Therapie im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“.

### Case und Care Management

Dieser Konzeptteil enthält eine durch eine Expertengruppe erarbeitete Beschreibung der Vorgehensweise, Aufgaben und Anforderungen im Rahmen des Case Managements und des Care Managements. Case Management soll im Netzwerk eingesetzt werden, um Patientinnen/Patienten einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen und somit eine frühzeitige Institutionalisierung zu verhindern. Es ist ferner davon auszugehen, dass zusätzlich zum Case Management, mit Etablierung des Netzwerks, dieses Aufgaben vom Case Management übernehmen kann und sich dadurch der Zeitaufwand für das Case Management vermindert.<sup>23</sup>

### Informations- und Datenmanagement

Der Konzeptteil Informations- und Datenmanagement beschreibt zum Einen die Organisation der Weitergabe von Informationen über Angebote, Unterstützungsleistungen bzw. über das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ an sich. Zum Anderen werden die Anforderungen an ein Datenmanagementsystem beschrieben, mögliche Lösungswege für Entscheidungsträger aufgezeigt und eine Empfehlung für eine elektronische Datenmanagementlösung abgegeben. Um einen Projektstart unabhängig von der Entwicklungszeit einer elektronischen Datenmanagementlösung zu ermöglichen, steht zusätzlich ein nicht-elektronisches Datenmanagement basierend auf Formularen und Patientenmappen zur Verfügung.

<sup>23</sup> Erfahrungsbericht Projekt Integrierte Demenzversorgung Oberbayern. 2009

### Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment

Dieser Konzeptteil bildet die Basis für die Patientinnen-/Patienten- und Angehörigeninformationsmaterialien, die im Netzwerk zur Verfügung stehen, empfiehlt die Integration von Unterstützungsangeboten in das Netzwerk und beschreibt Anforderungen an Beratungsstellen und Informationshotlines. Außerdem wird die Aufgabe der Case Managerin/des Case Managers im Rahmen des Empowerments kurz dargestellt. Sie nehmen die Aufgabe des Vermittlers ein, sind als informierende Stellen tätig und sollen dazu beitragen, dass sowohl Angehörige als auch Patientinnen/Patienten weiterhin am sozialen Leben teilnehmen und körperlich aktiv bleiben.

### Schulung/Fortbildung

Im Rahmen des Konzeptteils Schulung/Fortbildung werden die Schulungsanforderungen für Netzwerkakteure dargelegt. Die Inhalte und die Aufgliederung der Basisschulung sowie Qualitätszirkel und Netzwerktreffen werden beschrieben.

### Qualitätsmanagement und Evaluierung

Dieser Konzeptteil enthält ein in Netzwerken umsetzbares Qualitätsmanagement mit Qualitätskriterien, Qualitätsindikatoren und kontinuierlichem Verbesserungsprozess. Außerdem sind Parameter für eine Evaluation sowie deren Datenquellen enthalten.

### Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Dieser Konzeptteil bereitet grundlegende Fragen des Bereichs Marketing und Öffentlichkeitsarbeit auf und dient als Vorlage für ein koordiniertes Vorgehen bei der Umsetzung in den einzelnen Regionen.

## **2.5. Start des Netzwerks**

Durch das Netzwerkmanagement bzw. Care Management im jeweiligen Bundesland werden Akteurinnen/Akteure akquiriert, welche dem Netzwerk beitreten. Hierzu werden intensive Öffentlichkeits- und Marketingmaßnahmen notwendig sein. Mit dem Beitritt der patientenführenden Ärztinnen/Ärzte (nach Absolvierung der Basisschulung) kann mit der Einschreibung der Patientinnen/Patienten begonnen werden.

## **2.6. Administration**

Alle administrativen Aufgaben und Verpflichtungen der einzelnen Gesundheitsdiensteanbieter sind in den Netzwerkvereinbarungen verankert. Außerdem wird eine Netzwerkadministrationsstelle installiert, die die eigentliche Einschreibung und die Verwaltung der Patientinnen/Patienten sowie der Netzwerkpartner vornimmt. Diese Administrationsstelle steht auch für allgemeine Anfragen der Netzwerkpartner zur Verfügung.

### **2.6.1. Netzwerkmanagement**

Das Netzwerkmanagement trägt die Verantwortung für die operative Umsetzung des Netzwerks und ist gemeinsam mit dem Care Management dafür zuständig, dass sich das Netzwerk weiterentwickelt, wächst und sich entsprechend viele Akteurinnen/Akteure und Patientinnen/Patienten für die Netzwerkversorgung entscheiden.

### 2.6.1.1. Aufgaben

Dem Netzwerkmanagement können alle Aufgaben, die im Rahmen der

- Netzwerkverwaltung und Einschreibung der Patientinnen/Patienten und Mitglieder
- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
- Netzwerkinformationshotline (Auskunft bzw. Organisation, Abläufe, etc. - keine versorgungs-, pflege- oder betreuungsrelevante Auskunft wie bei einer Pflegehotline)
- Organisation von Veranstaltungen
- Bereitstellung von Druckwerken (Formulare, Broschüren, etc.)
- Einleiten der Einführung von Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenhotlines
- Evaluation
- Qualitätsmanagement
- Reporting
- Abrechnung, etc.

anfallen, zugerechnet werden. Administrative Tätigkeiten und Telefondienste können an Administrationskräfte ausgelagert werden.

### 2.6.1.2. Anforderungsprofil

Folgende Anforderungen können an einen Netzwerkmanager gestellt werden:

- Kenntnisse der Versorgungslandschaft im Bundesland bzw. der Umsetzungsregion
- Kenntnisse der Finanzierungsstrukturen
- Verhandlungsgeschick
- Mehrjährige Erfahrung im Gesundheits- und Sozialwesen (Wissen über Abläufe, Zusammenhänge, Anbieterstruktur)
- Erfahrung mit Managementtätigkeiten
- Koordinierungsfähigkeit
- Kenntnisse im Bereich Qualitätsmanagement
- Kenntnisse im Bereich Evaluation
- Grundlegende Kenntnisse im Bereich Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

### 2.6.1.3. Umsetzung

Empfohlen wird, das Netzwerkmanagement in Personalunion mit dem Care Management umzusetzen, da sich Aufgaben überschneiden und Synergien ergeben.

## 2.6.2. Administrationssoftware

Zur Administration der Akteurinnen/Akteure sowie der Patientinnen/Patienten und Angehörigen soll die Administrationssoftware „Therapie Aktiv“ in angepasster Version eingesetzt werden. Sollte das Netzwerkmanagement außerhalb der Sozialversicherung bei einem Kooperationspartner angesiedelt sein, muss mitbedacht werden, dass die Software außerhalb der Sozialversicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht eingesetzt werden kann und somit die Verwaltung der Akteurinnen/Akteure und Patientinnen/Patienten in der Sozialversicherung verbleiben muss.

### 2.6.3. Projekthotline - Administrationshotline für Akteure und Interessierte

Im Rahmen der Netzwerkversorgung können für Akteurinnen/Akteure sowie Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige und Bezugspersonen organisatorische Fragen auftreten, die vom Netzwerkmanagement bzw. einer vom Netzwerkmanagement beauftragten Person beantwortet werden können. Daher soll für das Netzwerk während der üblichen Büroöffnungszeiten eine Hotline zur Abklärung von z.B. einschreibungsrelevanten Fragen zur Verfügung stehen. Diese Administrationshotline unterscheidet sich von einer im Rahmen des Empowerments geplanten Hotline insbesondere dadurch, dass keine pflege- und betreuungsrelevanten Informationen oder Beratungen angeboten werden. Somit müssen für diese Hotline keine Fachkräfte zur Verfügung stehen.

## 2.7. Funktionsweise

Das Netzwerk ist eine freiwillige Kooperation verschiedener Akteurinnen/Akteure in der Demenzversorgung mit dem Ziel, eine durchgängige Versorgung für Patientinnen/Patienten anbieten zu können. Jede Akteurin/jeder Akteur im Versorgungsnetzwerk verpflichtet sich, mit anderen Akteurinnen/Akteuren gemeinsam eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen.

Ein weiterer Unterschied zur Regelversorgung von Demenzerkrankten ist die Übernahme der Koordinierungsfunktion im pflegerischen und sozialen Bereich durch eine Case Managerin/einen Case Manager, der eng mit der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt zusammenarbeitet. Es ist davon auszugehen, dass es auch Patientinnen/Patienten geben wird, die entweder (noch) kein Case Management benötigen bzw. diese Funktion durch eine Angehörige/einen Angehörigen oder Bezugsperson wahrgenommen wird.

### 2.7.1. Schritt 1: Beitritt der Gesundheits- und Sozialdienstleister

Gesundheits- und Sozialdienstleister können dem Demenznetzwerk in ihrem Bundesland beitreten, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Notwendige technische und organisatorische Voraussetzungen (z.B. Anbindung an ein elektronisches Datenmanagement bzw. Möglichkeit, ein nicht-elektronisches Datenmanagement zu betreiben)
- Absolvierung der Basisschulung sowie der weiteren Fortbildungsaktivitäten laut Beitrittserklärung
- Unterzeichnung einer Beitrittserklärung
- Verpflichtung zur Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen laut Beitrittserklärung
- Verpflichtung zur Dokumentation laut Beitrittserklärung
- Verpflichtung zur Einhaltung des Versorgungspfades, sofern der Gesundheits- und Sozialdienstleister davon betroffen ist
- Bei Medizinerinnen/Medizinern: Verpflichtung zur Behandlung anhand der medizinischen Leitlinie (Abweichungen sind in begründeten Fällen notwendig)
- Verpflichtung zur Kooperation mit den weiteren Netzwerkpartnern

Die Beitrittserklärung wird von der jeweiligen Akteurin/vom jeweiligen Akteur an das Netzwerkmanagement/Care Management übermittelt. Alle notwendigen Unterlagen können bei der Administrationsstelle bezogen werden.

### 2.7.2. Schritt 2: Einschreibung von Patientinnen/Patienten

Patientinnen/Patienten können unter folgenden Voraussetzungen in das Netzwerk eingeschrieben werden (Kriterien für Einschreibung):

- Einschreibende Ärztin/einschreibender Arzt bzw. Case Managerin/Case Manager ist Mitglied des Netzwerks
- Vorläufige Einschreibung durch Ambulanzen, Krankenhäuser und Memory Kliniken ist möglich, wenn:
  - die Patientin/der Patient bereit ist, durch eine patientenführende Ärztin/einen patientenführenden Arzt aus dem Netzwerk versorgt zu werden. In diesem Fall übernimmt das Case Management die erforderliche Koordination, um innerhalb von sechs Monaten die Übernahme der Patientenführung zu veranlassen.
- Gesicherte Demenzdiagnose
- Umfassende (nicht nur die Demenzerkrankung betreffende) Betreuung/Versorgung durch eine Netzwerksärztin/einen Netzwerkarzt muss gegeben sein (patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt ist vorhanden)
- Patientin/Patient ist nicht in dauerhafter stationärer Pflegeeinrichtung aufgenommen
- Freiwilligkeit - Wunsch, im Netzwerk betreut zu werden
- Rechtskräftige Einwilligung muss von Patientinnen/Patienten oder von ermächtigten Vertretungspersonen gegeben werden - Zustimmung zum Programm, zur Informations- und Datenweitergabe; Bereitschaft, Angebote in Anspruch zu nehmen

Folgende Stellen können die Patientinnen-/Patienteneinschreibung vornehmen:

- Patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt (PA)
- Krankenhäuser, Ambulanzen und Memory Kliniken sind im Netzwerk berechtigt, eine „vorläufige“, formale Patientinnen-/Patienteneinschreibung durchzuführen. In diesem Fall übernimmt das zugewiesene Case Management die erforderliche Koordination, um innerhalb von sechs Monaten eine patientenführende Ärztin/einen patientenführenden Arzt zu finden.

Um Netzwerkpatientinnen/Netzwerkpatienten einfach erkennen zu können und die wichtigsten Kontaktinformationen (patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt, Case Management, Netzwerkmanagement) einfach zugänglich zu machen, sollen die Patientinnen/Patienten eine Karte (Kreditkarten-Format) mit diesen Informationen vom Case Management im Rahmen des ersten Besuchs erhalten. Solange kein elektronisches Datenmanagementsystem besteht, wird vorgeschlagen, dass Patientinnen/Patienten eine Kartenhülle erhalten, in welcher sie die „netzwerk aktiv“-Karte gemeinsam mit ihrer e-card aufbewahren können.

Demenzpatientinnen/-patienten, die im Netzwerk versorgt werden möchten, können wie folgt in das Netzwerk aufgenommen werden:

Patient/Patientin erhält die Diagnose laut in der Leitlinie dafür vorgesehenen Prozess	Die Diagnose wird in einer Spezialambulanz gestellt	Die Diagnosestellung erfolgt im Krankenhaus	Die Diagnosestellung und Versorgung erfolgt bei einer/einem niedergelassenen Medizinerin/Mediziner außerhalb des Netzwerks	Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige wenden sich an Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppe
Demenzverdacht	Diagnosestellung	Diagnosestellung	Regelversorgung	Information und Beratung
Überweisung zur Diagnostik durch Fachärztin/-arzt	Abklärung, ob eine Hausärztin/ein Hausarzt bzw. PA vorhanden und involviert ist	Information und Abklärung, ob eine Versorgung im Netzwerk gewünscht wird. Falls ja: Ausfüllen und Weiterleiten der Einwilligungserklärung an Admissionsstelle, Case Management organisiert eine patientenführende Ärztin/einen patientenführenden Arzt, welche/welcher die Einschreibung innerhalb einer Frist von sechs Monaten bestätigt	Bei Wunsch beitrifft der Medizinerin/des Mediziners zum Netzwerk	Abklärung, ob eine Versorgung im Netzwerk gewünscht wird, wenn ja: Weiterleitung an Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner, bzw. Fachärztin/-arzt im Netzwerk, welche/welcher die Patientenführung übernehmen wird
Rücküberweisung an Hausarzt/-ärztin bzw. PA mit Diagnose und ev. Medikation und Therapieempfehlung	Falls diese/dieser Netzwerkmitglied ist, Weiterleitung und Verfahren wie in Spalte 1	Falls nein: Regelversorgung	Bei Wunsch Wechsel zu einer Medizinerin/einem Mediziner im Netzwerk	
Information über das Netzwerk (auch der Angehörigen)	Falls die Hausärztin/der Hausarzt bzw. PA nicht im Netzwerk ist, Information und Abklärung, ob eine Ver-			

	sorgung im Netzwerk gewünscht ist - Ausfüllen und Weiterleiten der Einwilligungserklärung an Administrationsstelle, Case Management organisiert eine patientenführende Ärztin/einen patientenführenden Arzt, welche/welcher die Einschreibung innerhalb einer Frist von sechs Monaten bestätigt			
Entscheidung zur Versorgung im Netzwerk				
Unterzeichnung der Einwilligungserklärung inkl. Ermächtigung für Datenweitergabe				

Tabelle 19 Patientinnen-/Patienteneinschreibung

#### 2.7.2.1. Einschreibung von Patientinnen/Patienten, welche sich in Betreuung bei einer Hausärztin/einem Hausarzt im Netzwerk bzw. einer patientenführenden Ärztin/einem patientenführenden Arzt im Netzwerk befinden

Die Patientin/der Patient befindet sich in allgemeinmedizinischer Versorgung im Netzwerk, während ein Demenzverdacht entsteht bzw. sucht fachärztliche Versorgung im Netzwerk nach Eigenverdacht oder Verdacht des Umfeldes auf. Nach Erhärtung des Verdachts (sollte die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt Allgemeinmedizinerin/-mediziner sein bzw. ein anderes Fachgebiet als Neurologie bzw. Psychiatrie haben) wird an eine Fachärztin/einen Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Abklärung und gegebenenfalls zur Einleitung/Empfehlung einer Therapie überwiesen. Sollte bereits eine fachärztliche Diagnose vorliegen, wird diese als Grundlage für die Einschreibung herangezogen. Nach Übermittlung des Befundes an die Hausärztin/den Hausarzt bzw. patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt wird die/der Betroffene (sofern möglich) über das Projekt informiert und gegebenenfalls mit Angehörigen gemeinsam über eine Versorgung im Netzwerk entschieden. Der Administrationsstelle wird die Einschreibeanfrage mitgeteilt (entweder elektronisch über das e-card-System oder durch Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung). Die Administrationsstelle des jeweiligen Bundeslandes prüft, ob die Patientin/der Patient evtl. schon bei einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt eingeschrieben ist und nimmt die eigentliche Einschreibung in das Programm vor. Von der/dem im Bundesland zuständigen Care Managerin/Care Manager wird der Patientin/dem Patienten eine Case Managerin/ein Case Manager zugeteilt, die/der mit den Betroffenen ein Informations- und Beratungsgespräch führt.

#### 2.7.2.2. Einschreibung von Patientinnen/Patienten, die in einer Spezialambulanz (Memory Klinik, Gedächtnisambulanz) diagnostiziert werden. (ohne Überweisung)

Patientinnen/Patienten erhalten die Diagnose Demenz durch eine Spezialambulanz. Von der Spezialambulanz wird abgeklärt, ob die Diagnostik aufgrund einer Überweisung stattgefunden hat. Sollte dies der Fall sein, so findet eine Rücküberweisung statt und eine Einschreibung wird wie in Punkt 2.7.2.1 durchgeführt. Kontaktierte die/der Erkrankte die Spezialambulanz ohne Überweisung, muss von dieser abgeklärt werden, ob eine patientenführende Ärztin/ein patientenführender Arzt vorhanden ist und ob diese/dieser Netzwerkmitglied ist. Falls diese/dieser im Netzwerk tätig ist, erfolgt die Weiterleitung und gegebenenfalls eine Aufnahme wie in Punkt 2.7.2.1. Sollte die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt nicht Mitglied des Netzwerkes sein bzw. keine patientenführende Ärztin/kein patientenführender Arzt vorhanden sein, wird die Patientin/der Patient über das Netzwerk informiert. Falls eine Versorgung im Netzwerk gewünscht wird, erfolgt die Unterzeichnung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die Administrationsstelle. Der Patientin/dem Patienten wird in weiterer Folge eine Case Managerin/ein Case Manager zugeteilt, die/der die Koordination übernimmt, um innerhalb von sechs Monaten eine Ärztin/einen Arzt zu finden, welche/welcher die Patientenführung übernimmt. In diesem Fall ist erneut eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung auszufüllen.

#### 2.7.2.3. Einschreibung von Patientinnen/Patienten, welche in einer Krankenanstalt diagnostiziert werden

Patientinnen/Patienten erhalten die Diagnose Demenz während der Versorgung in einer Krankenanstalt. Kann bei der Patientin/dem Patienten keine einweisende Ärztin/kein ein-

weisender Arzt bzw. Hausärztin/Hausarzt ermittelt werden, wird durch die Krankenanstalt über das Netzwerk informiert und daraufhin abgeklärt, ob eine solche Versorgung gewünscht wird. Falls eine Versorgung im Netzwerk gewünscht wird, erfolgt die Unterzeichnung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die Administrationsstelle. Der Patientin/dem Patienten wird in weiterer Folge eine Case Managerin/einen Case Manager zugeteilt, die/der die Koordination übernimmt, um innerhalb von sechs Monaten eine Ärztin/einen Arzt zu finden, welche/welcher die Patientenführung übernimmt. In diesem Fall ist erneut eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung auszufüllen.<sup>24</sup>

#### 2.7.2.4. Einschreibung von Patientinnen/Patienten, wenn die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt nicht Mitglied im Netzwerk ist

Hier werden Patientinnen/Patienten in der „Regelversorgung“ betreut. Sollte der Wunsch nach Betreuung im Netzwerk bestehen, so kann die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt dem Netzwerk beitreten - sofern er die Beitrittsvoraussetzungen erfüllt und wie in Punkt 2.7.2.1 Patientinnen/Patienten einschreiben. Eine zweite Möglichkeit ist ein Wechsel zu einer patientenführenden Ärztin/einem patientenführenden Arzt im Netzwerk. Die Aufnahme erfolgt wie in Punkt 2.7.2.1. beschrieben.

#### 2.7.2.5. Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige wenden sich an Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen

Nach Information und Beratung wird abgeklärt, ob eine Versorgung im Netzwerk gewünscht wird. Wenn dies der Fall ist, erfolgt eine Empfehlung an eine Ärztin/einen Arzt im Netzwerk. Die Einschreibung erfolgt danach wie in Punkt 2.7.2.1.

In folgender Tabelle wird die Funktionsweise des Netzwerkes im Überblick dargestellt:

Schritt	Inhalt
Schritt 1:	Akteurinnen/Akteure treten dem Netzwerk bei
Schritt 2:	Patientinnen und Patienten mit Demenzdiagnose können von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten (meist Hausärztinnen/-ärzte) eingeschrieben werden: Information - Entscheidung - Unterzeichnung der Betreuungseinwilligung für das Netzwerk (inkl. Ermächtigung zur Datenweitergabe/Dokumentation innerhalb des Netzwerkes) - Basisdokumentation
Schritt 3:	Care Management wird über jede Neueinschreibung informiert und teilt der Patientin/dem Patienten eine Case Managerin/einen Case Manager zu
Schritt 4:	Eine Information/Beratung der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten sowie eine anschließende Abklärung, ob ein Case Management notwendig und gewünscht ist, wird durch die Case Managerin/den Case Manager durchgeführt

<sup>24</sup> In der Arbeitsgruppensitzung AG Schulung/Fortbildung vom 5.10.2009 wurde berichtet, dass in Krankenanstalten oft nicht die Möglichkeit besteht, direkt auf eine/einen eventuell vorhandene Hausärztin/vorhandenen Hausarzt zuzugreifen.

	Mit Case Management	Ohne Case Management
Schritt 5:	Unterzeichnung der Case Management-Vereinbarung	Information und Beratung der Erkrankten und Angehörigen über Unterstützungsangebote (durch das Case Management)
Schritt 6:	Planen und Umsetzen des Case Managements	Information über Kontaktmöglichkeit, ev. Vereinbarung eines weiteren Beratungstermins, Möglichkeit der späteren Aufnahme in das Case Management betonen
Schritt 7:	Laufende Dokumentation	
Schritt 8:	Betreuung der Patientin/des Patienten bis zur dauerhaften Unterbringung in einer stationären Einrichtung bzw. bis zum Tod	
Schritt 9:	Auswertung der Dokumentation und Evaluation	

Tabelle 20 Überblick Funktionsweise des Netzwerkes

## 2.8. Netzwerkaustritt

Auf Wunsch der Patientin/des Patienten bzw. der vertretungsbefugten Person oder der Sachwalterin/des Sachwalters ist ein Netzwerkaustritt möglich. Dies kann in mündlicher als auch in schriftlicher Form als Meldung an die Administrationsstelle von der Patientin/dem Patienten selbst, den vertretungsbefugten Personen bzw. Sachwalterin/Sachwalters als auch von der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt erfolgen.

Werden Patientinnen/Patienten dauerhaft in einer Institution versorgt, so treten sie automatisch aus dem Netzwerk aus, da die Pflegeeinrichtung die koordinierende und vernetzende Funktion übernimmt. Um eine vollständige Evaluation zu ermöglichen, wird das Sterbedatum der betreffenden Patientinnen/Patienten dokumentiert.

Verstirbt eine Patientin/ein Patient während der Versorgung im Netzwerk, so wird das Sterbedatum als Netzwerkaustrittsdatum vermerkt.

## 2.9. Arzt- bzw. Case Managementwechsel

Wird ein Arztwechsel angestrebt, so ist das Formular zur Patienteneinschreibung erneut auszufüllen und das entsprechende Feld auszuwählen.

Sollte ein Wechsel der Case Managerin/des Case Manager gewünscht oder nötig sein, so kann dies, falls ausreichend Case Managerinnen/Case Manager vorhanden sind, nach Absprache mit dem Care Management durchgeführt werden.

## 3. VERTRÄGE UND VEREINBARUNGEN

### 3.1. Mit Leistungserbringern

Die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer im Netzwerk müssen vereinbart werden. Dies kann in Vereinbarungen mit den Landesberufsvertretungen auf Länderebene oder in Form einer österreichweiten Gesamtvereinbarung unter Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Österreichischen Ärztekammer geregelt werden. Diese Gesamtvereinbarungen können als Grundlage für die Vereinbarungen auf Länderebene dienen.

Aufgrund bisheriger Erfahrungen aus Disease Management Programmen sollen folgende Inhalte jedenfalls mit den Leistungserbringern vereinbart werden:

- Präambel
- Gegenstand der Vereinbarung
- Umfang der Betreuung im Netzwerk
- Voraussetzungen für die Einschreibung in das Netzwerk
- Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer am Netzwerk
- Versorgungspfade
- Durchführung der Netzwerkversorgung
- Schulung der Netzwerkmitglieder
- Honorierung der Netzwerkbetreuung
- Ablauf der Abrechnung
- Elektronische Dokumentation
- Evaluierung
- Marketingaktivitäten
- Gegenseitige Unterstützungspflicht
- Administrative Mitarbeit (Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Dokumentation bzw. Dokumentationsbögen)
- Abwicklung der Netzwerkbetreuung
- Zusammenarbeit mit dem Care und Case Management
- Zusammenarbeit mit dem Netzwerkmanagement
- Zusammenarbeit der Akteurinnen/Akteure untereinander (Aufgaben, Befugnisse sowie der Umgang mit Problemen)
- Netzwerkadministration
- Datenschutz
- Geltungsdauer und Kündigung der Vereinbarung

Zusätzlich sind folgende Anlagen in die Vereinbarung mit den Leistungserbringern aufzunehmen:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- Qualitätskriterien und Strukturvoraussetzungen

- Medizinische Leitlinie (bei Ärztinnen/Ärzten)
- Versorgungspfade
- Teilnehmende Krankenversicherungsträger
- Dokumentationsbögen (Definition der Dokumentationspflichten der einzelnen Berufsgruppen)

## 3.2. Mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen bzw. Vertretungsbefugten

### 3.2.1. Teilnahme und Einwilligungserklärung

Die Teilnahme am Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ erfordert das schriftliche Einverständnis von Patientinnen/Patienten sowie gegebenenfalls von deren gesetzlichen Vertretern. Weiters ist für die mit der Netzwerkversorgung einhergehende Sammlung und Weitergabe von Daten die ausdrückliche Zustimmung notwendig. Den Patientinnen/Patienten sowie deren gesetzlichen Vertreterinnen/Vertretern steht ein jederzeitiges Widerrufsrecht bzw. eine Eingrenzung der Zugriffsrechte auf bestimmte Akteure zu. Weiters kann bei der Umsetzung eines elektronischen Datenmanagements eine Übersicht über die Lese- und Schreibrechte angefordert werden.

Alle Personen müssen bei medizinischen Behandlungen ihre Einwilligung geben und gehen mit ihrer Zustimmung einen Behandlungsvertrag ein. Für das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ bedeutet dies, dass die Patientin/der Patient auch bei einer Demenz dem Netzwerk beitreten kann, sofern sie/er einwilligungsfähig (geschäftsfähig) ist. Diese Beurteilung obliegt der Ärztin/dem Arzt, ebenso ob die Patientin/der Patient einer medizinischen Behandlung zustimmen kann. Für die Einwilligungserklärung bedeutet dies, dass es ausreichend ist, wenn die Patientin/der Patient unterschreibt.

Gerade Menschen mit einer Demenzerkrankung verlieren im Hinblick auf die Progredienz der Krankheit früher oder später ihre Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit. Die nachfolgende Tabelle beschreibt die einzelnen Szenarien der Unterzeichnungsmöglichkeit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Einschreibung in das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“.<sup>25</sup>

Szenario	Einwilligung Netzwerkbeitritt
Die/der an Demenz erkrankte Patientin/ Patient wird durch eine Sachwalterin/einen Sachwalter vertreten	Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erfolgt durch die Sachwalterin/den Sachwalter
Die/der an Demenz erkrankte Patientin/ Patient wird durch einen vertretungsbefugten nächsten Angehörigen vertreten	Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erfolgt durch den vertretungsbefugten nächsten Angehörigen
Die/der an Demenz erkrankte Patientin/ Patient wird durch einen vertretungsbefugten nächsten Angehörigen vertreten	Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erfolgt durch den vertretungsbefugten nächsten Angehörigen

<sup>25</sup> Ergebnis einer Besprechung mit dem BM für Gesundheit, BM für Justiz und der Datenschutzkommission im Dezember 2009.

tin/Patient erscheint der Ärztin/dem Arzt einwilligungs- und geschäftsfähig	folgt durch die Patientin/den Patienten selbst
Die/der an Demenz erkrankte Patientin/Patient erscheint der Ärztin/dem Arzt nicht einwilligungs- und geschäftsfähig	Die Ärztin/der Arzt regt eine Angehörigenvertretung oder Sachwalterschaft an. Es erfolgt vorerst keine Einschreibung in das Netzwerk

Tabelle 21 Szenarien der Unterzeichnungsmöglichkeit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

### 3.2.2. Case Management-Vereinbarung

Die Case Management-Vereinbarung wird zwischen Case Managerin/Case Manager und Patientin/Patient bzw. vertretungsbefugter Person geschlossen. Sie dient der Regelung der Rechte und Pflichten der Beteiligten und dazu, dem Case Management ein Arbeiten unter klar festgeschriebenen Bedingungen zu ermöglichen. Folgende Punkte sind Inhalt der Case Management-Vereinbarung:

- Vertragspartner
- Metaziel
- Case Management-Rahmenbedingungen (Rechte und Pflichten der Beteiligten)
- Einwilligung der Case Managerin/des Case Managers, keine Interventionen ohne die Zustimmung der unterzeichnenden Person (Patientinnen/Patienten, Angehörige mit Vertretungsbefugnis, Sachwalterin/Sachwalter) zu setzen
- Einwilligung der unterzeichnenden Person (Patientinnen/Patienten, Angehörige mit Vertretungsbefugnis, Sachwalterin/Sachwalter), Interventionen im Sozialbereich nur in Abstimmung mit der Case Managerin/dem Case Manager einzuleiten
- Unterschrift von der Case Managerin/dem Case Manager
- Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der/des vertretungsbefugten Angehörigen oder der Sachwalterin/des Sachwalters (als bindende Unterschrift)
- Unterschrift des pflegenden Angehörigen bei Patientinnen/Patienten, welche noch selbst geschäftsfähig sind, zur Erhöhung der Verbindlichkeit auch für den Angehörigen
- Beilage: Zielvereinbarung und Hilfeplan

## 4. FORMULARE UND ANDERE DOKUMENTE

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten nach Absolvierung der Basisschulung sowie der Einschreibung in das Netzwerk eine Urkunde, die gleichsam als Nachweis der Netzwerkzugehörigkeit und als Qualitätsnachweis für eine demenzgerechte Versorgung dient.

Sollte ein nicht elektronisches Datenmanagement zum Einsatz kommen, so sind für die Datenweitergabe innerhalb des Netzwerks Formulare (als elektronische Formulare oder bei

Bedarf als Vordruck) für eine Patientenmappe vorhanden, die im Bedarfsfall ausgefüllt, kopiert und entsprechend weitergegeben und abgelegt werden sollen.

## 5. VERSORGUNGSPFAD

Grundlage für die Versorgung im Netzwerk sind die medizinische Leitlinie und die Versorgungspfade. Diese finden Sie in der separaten Beilage, um eine praxistaugliche Handhabung zu ermöglichen.

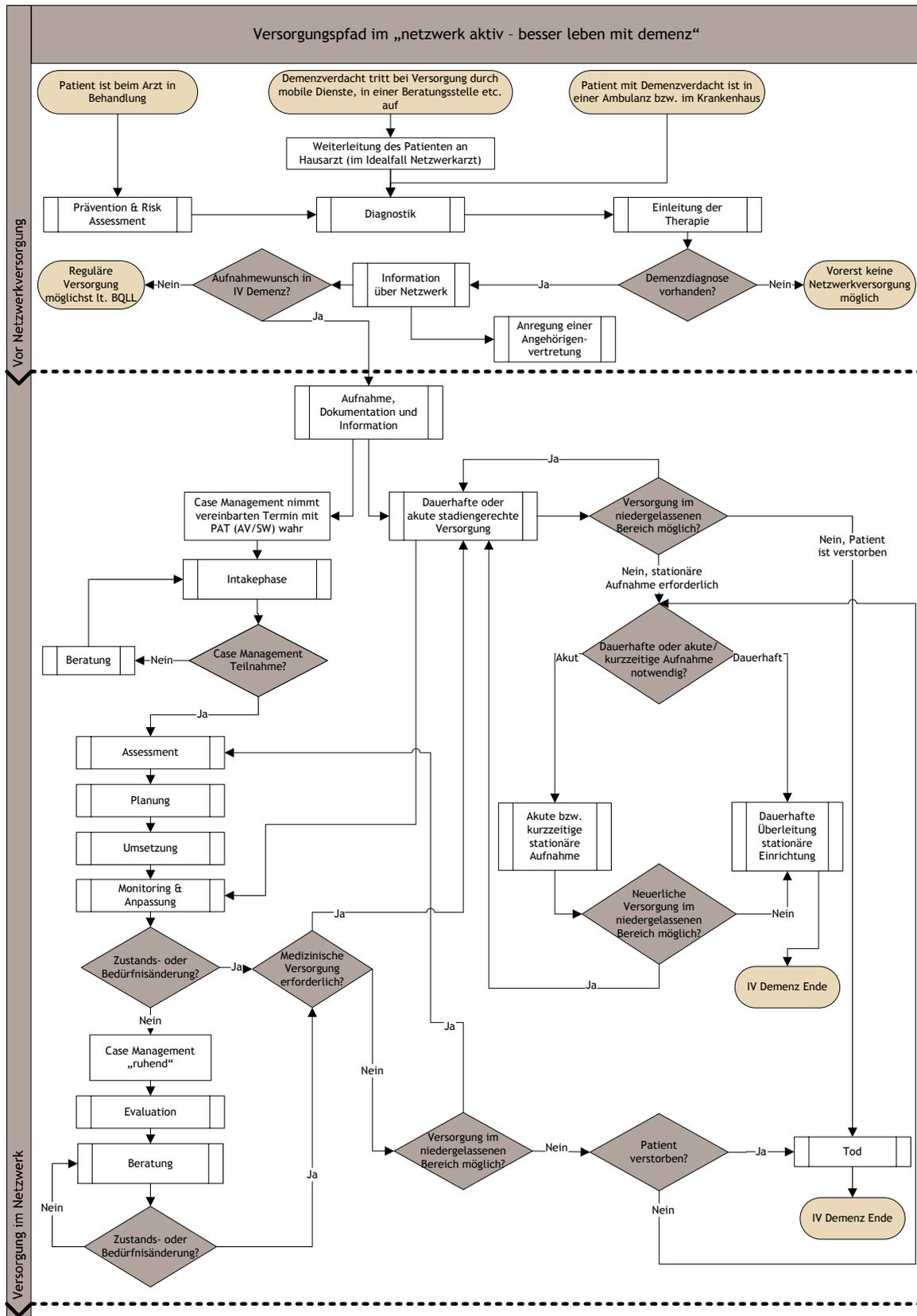


Abbildung 5 Versorgungspfad

# SCHULUNG/FORTBILDUNG

## Expertinnen/Experten

Mag.<sup>a</sup> Andrea Alder MBA, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Mag.<sup>a</sup> Antonia Croy, Angehörige Alzheimer Austria

Mag.<sup>a</sup> Maria Gattringer, Wiener Rotes Kreuz

Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Lehner, MA für Professional Teaching and Training, Hanusch Krankenhaus der WGKK, 4. Medizinische Abteilung

Univ. Ass. Mag. Dr. Johann Lehrner, Gesellschaft für NeuroPsychologie Österreich,

Natalie Lottersberger, Care-Ring GmbH

Dr.<sup>in</sup> Ingrid Pichler, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Dr.<sup>in</sup> Cornelia Schneider, Wiener Krankenanstaltenverbund, Generaldirektion, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; FH Campus Wien, Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege

Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl, Abt. Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz

Mag.<sup>a</sup> Doris Stelzhammer, Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen

# 1. EINLEITUNG UND ZIELSETZUNG

Die Netzwerkorganisation zur Versorgung Demenzerkrankter stellt ein Novum in der österreichischen Versorgungslandschaft dar. Durch die Vernetzung der Anbieter ergeben sich Veränderungen und es entstehen Anforderungen an die teilnehmenden Akteurinnen/Akteure, die in der Regelversorgung nicht vorhanden sind. So müssen zum Beispiel Patientinnen/Patienten in das Netzwerk eingeschrieben werden, Dokumentationspflichten und Informationswege eingehalten werden und auch eine gezielte Zusammenarbeit stattfinden. Um alle Akteurinnen/Akteure auf diese Art der Versorgungsleistung vorzubereiten sowie das Netzwerk und die darin enthaltenen Angebote und Leistungen kennenzulernen, ist bei Netzwerkeintritt eine Basisschulung zu absolvieren.

Die Problemfeldanalyse auf Basis von Expertengesprächen und Literaturrecherchen im Rahmen des „Ersten Österreichischen Demenzberichts“<sup>26</sup> zeigte auf, dass das Thema Demenz in der Lehre unterrepräsentiert ist. Es wurde häufig der Wunsch nach vermehrter Fortbildung im Bereich Demenz geäußert. Um die Qualität der Versorgung im Netzwerk auf hohem Niveau sicherzustellen, sind von den Netzwerkmitgliedern Fortbildungen, Qualitätszirkel und Netzwerktreffen in regelmäßigen Abständen zu besuchen.

Der Fortbildungsbedarf wurde in der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung und Fortbildung identifiziert.<sup>27</sup> Dieser Fortbildungsbedarf bildet die Grundlage für das Schulungskonzept des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“.

## 2. AUFBAU DER SCHULUNGSAKTIVITÄTEN

### 2.1. Bestandteile

Stock et al. stellen in folgender Tabelle die Wirksamkeit verschiedener Schulungsmaßnahmen dar:

Interventionsmethode	Wirksamkeit
Vorträge, Konferenzen	(+)
interaktive Fortbildungen	+++
Fortbildung mit Praxisbezug	+++

<sup>26</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 205 ff.

<sup>27</sup> 1. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 05.10.2009

Remindersysteme	unspezifisch (+) spezifisch ++
Feedback	unspezifisch (+) spezifisch ++
Lernen in der Peer-Group, Qualitätszirkel	+++
Lehrmaterial	auf Anfrage ++ zufällig (+)
Aktendurchsicht und Besprechung	++
lokale Konsensusbildung	+++
computerunterstützte Fortbildung	++
didaktisch aufbereitetes Lehrmaterial	alleine (+) in Kombination ++
Einsatz von Meinungsführern	+
Kombination mehrerer Methoden	+++

Abbildung 6 Wirksamkeit von Fortbildungsmethoden<sup>28</sup>

Demnach sind praxisbezogene, interaktive, in Gruppen (Qualitätszirkel, lokale Konsensusbildung) durchgeführte Fortbildungen am wirksamsten bzw. am erfolgversprechendsten. Auch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung unterstreichen diesen Ansatz.<sup>29</sup> Daher wird im hier dargestellten Schulungskonzept großer Wert auf den Einsatz von interaktiven und praxisbezogenen Schulungsbestandteilen gelegt.

<sup>28</sup> Stock, Redaelli, Lauterbach (2005). S. 123

<sup>29</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 11.11.2009

Folgende Abbildung stellt die Komponenten des Schulungskonzepts im Überblick dar:

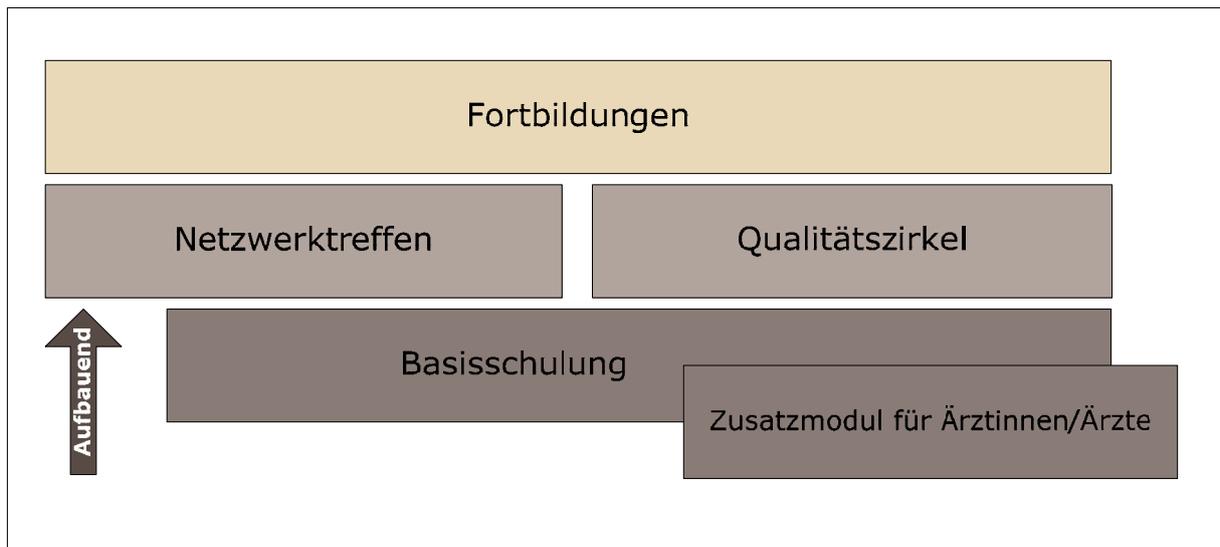


Abbildung 7 Aufbau Schulungskonzept

## 2.2. Schulungsteilnahme/Beitrittsvoraussetzung

Akteurinnen und Akteure, die am Netzwerk teilnehmen möchten, müssen Beitrittsvoraussetzungen erfüllen.<sup>30</sup> Zu diesen Beitrittsvoraussetzungen zählt auch die Absolvierung eines Schulungsprogramms.

Folgende Schulungsteile sind von den jeweiligen Akteurinnen/Akteuren zu absolvieren:

Schulungsteil	Akteure	Umfang
Basisschulung (Bestehend aus E-learning und Präsenzteil)	Alle	Einmal vor Beitritt
Zusatzmodul zur Basisschulung für Ärztinnen/Ärzte (medizinische Leitlinie)	Ärztinnen/Ärzte, die Patientinnen/Patienten in das Netzwerk einschreiben möchten	Zusätzliches E-learning zur Basisschulung
Demenzbezogene Fortbildungen - Zusatzmodule (aus bestehenden Bildungsangeboten im Bereich Demenz)	Alle	Stundenausmaß je nach Berufsgruppe - siehe Abschnitt Fortbildungen
Netzwerktreffen	Alle	Jährlich, bei Wunsch häufiger

<sup>30</sup> Siehe Abschnitt Beitritt von Netzwerkpartnern im Projektkonzept

Qualitätszirkel	<p>Hausärztinnen/Hausärzte, Fachärztinnen/Fachärzte, Case Managerin/Manager, DGKS/DGKP, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten</p> <p>Zusammensetzung bzw. Teilnahme der einzelnen Berufsgruppen je nach Problemstellung</p>	<p>Angebot vierteljährlich - einmal jährlich ist die Teilnahme für patientenführende Medizinerinnen/Mediziner verpflichtend. Alle weiteren genannten Berufsgruppen können optional, je nach Problemstellung daran teilnehmen</p>
-----------------	--	--

Tabelle 22 Überblick Schulungskonzept

Das Netzwerkmanagement stellt, gegliedert nach Berufsgruppen, für alle Mitglieder des Netzwerks eine Schulungsanforderungsübersicht (Schulungspass) zur Verfügung, auf welchem absolvierte Schulungen vermerkt werden können. Dieser dient der einfacheren und besseren Übersicht der Mitglieder über ihre Schulungs- und Fortbildungsaktivitäten.<sup>31</sup> Absolvierte Schulungen bzw. Fortbildungen (mit Ausnahme der Basisschulung - hier erfolgt die Bestätigung mittels Unterschrift im Rahmen der Basisschulung) müssen, zur Dokumentation der Anforderungserfüllung, mit Beleg an das Netzwerkmanagement gemeldet werden.

<sup>31</sup> Rückmeldung zur 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, vom 07.01.2010

## 2.3. Übersicht Schulungsanforderungen im Zeitverlauf

Der Zeitpunkt der Absolvierung sowie der grobe Umfang der Schulungen, Netzwerktreffen, Qualitätszirkel und fachlichen Fortbildung ist in den folgenden Kapiteln beschrieben. Folgende Abbildung zeigt einen Überblick:<sup>32</sup>

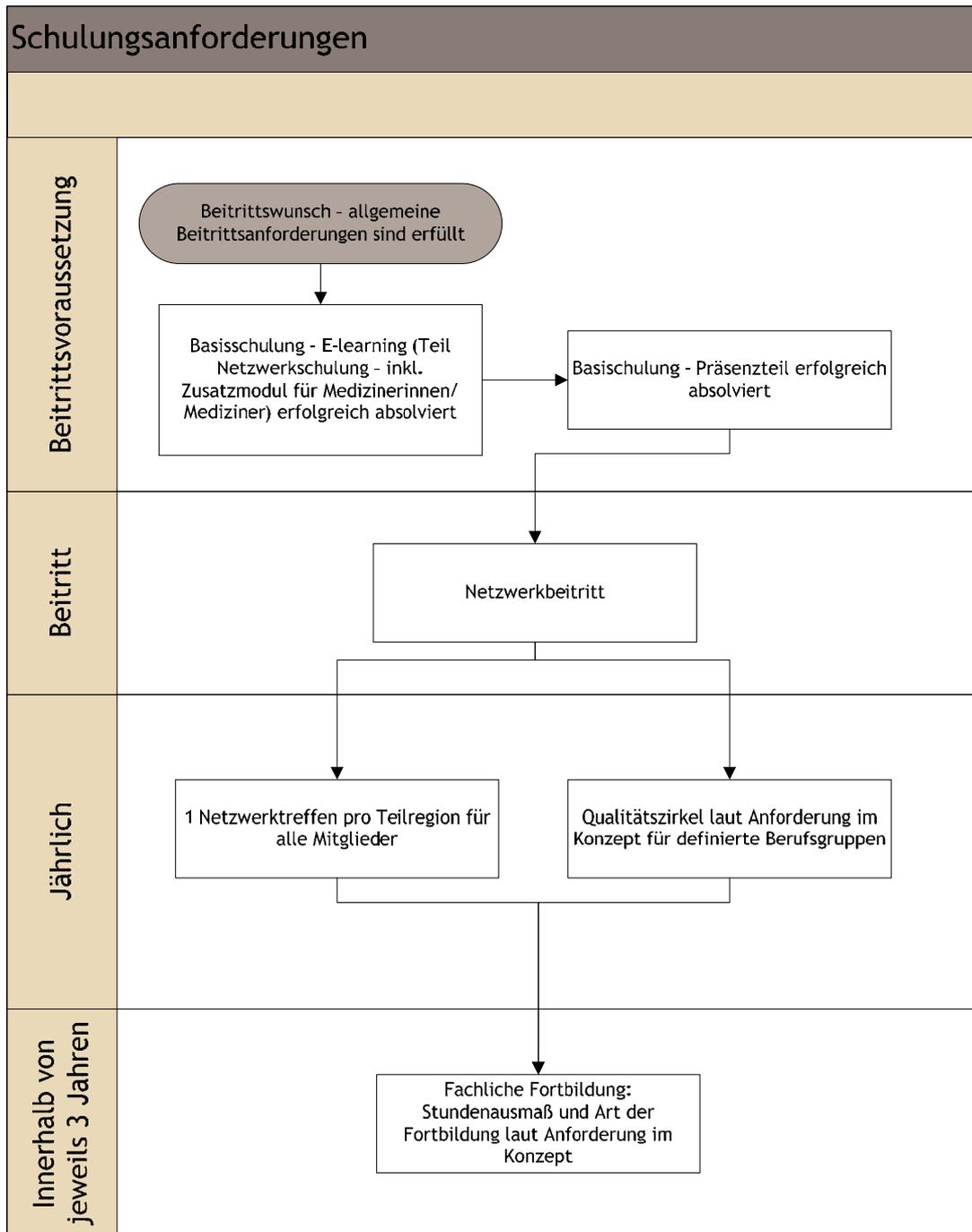


Abbildung 8 Übersicht Ablauf Schulung/Fortbildung

<sup>32</sup> Rückmeldung zur 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, vom 07.01.2010

# 3. BASISSCHULUNG/NETZWERKSCHULUNG<sup>33</sup>

## 3.1. Basisschulung

### 3.1.1. Rahmenbedingungen

Die Basisschulung im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend gestaltet und jeweils pro Kleinregion (z.B. Bezirksebene, Versorgungsregion, Zusammenschluss von Gebieten anhand von regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur - innerhalb eines Bundeslandes) durchgeführt.

### 3.1.2. Ziele

Ziele der Basisschulung sind:

- Die Grundlagen der Zusammenarbeit im Netzwerk zu erarbeiten
- Basisinformationen zur Integrierten Versorgung Demenzerkrankter zu vermitteln
- Die Auseinandersetzung mit den Besonderheiten bei der Versorgung und Betreuung von Demenzerkrankten aus interdisziplinärer Sicht
- Eine enge und strukturierte Zusammenarbeit der Netzwerkpartner zu ermöglichen

### 3.1.3. Zielgruppe

Zielgruppe der Basisschulung sind Akteurinnen/Akteure, die sich in das Versorgungsnetzwerk einschreiben möchten. Bei Bedarf/Wunsch können aber auch bestehende Nahtstellenpartner<sup>34</sup> des Netzwerks, sowie interessierte Personen und Organisationen, die mit dem Netzwerk zusammenarbeiten möchten, an der Schulung teilnehmen.

Teilnahmeverpflichtung bei Einschreibung für:

- Hausärztinnen/Hausärzte
- Fachärztinnen/Fachärzte
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Memory Kliniken/Spezialambulanzen - es besteht eine Verpflichtung zur Schulung aller Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der entsendenden Organisation, sofern sie im Demenznetzwerk tätig sind (nachgewiesene interne Schulung durch jene Mitarbeiterin/jenen Mitarbeiter, welche/welcher an der

<sup>33</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 11.11.2009

<sup>34</sup> Nahtstellenpartner sind jene Akteurinnen/Akteure in der Versorgung Demenzerkrankter, welche im Versorgungsverlauf aufeinander folgende oder parallel ablaufende Versorgungsaufgaben übernehmen und somit mit den Betroffenen in Berührung kommen. Diese Bezeichnung orientiert sich am Versorgungsprozess von Demenzerkrankten, unabhängig davon, ob die Versorgung in einem Netzwerk oder in der Regelversorgung erfolgt.

Netzwerkschulung teilgenommen hat - Unterlagen werden dafür zur Verfügung gestellt).

- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des jeweiligen mobilen Dienstes - es besteht eine Verpflichtung zur Schulung aller Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der entsendenden Organisation sofern sie im Demenznetzwerk tätig sind (nachgewiesene interne Schulung durch jene Mitarbeiterin/jenen Mitarbeiter, welche/welcher an der Netzwerkschulung teilgenommen hat- Unterlagen werden dafür zur Verfügung gestellt).
- Vertreterinnen/Vertreter bzw. Mitarbeiterin/Mitarbeiter von Krankenanstalten
- Freiberuflich tätige Personen in der Demenzversorgung
- Case Managerinnen/Case Manager

#### Optional für weitere Nahtstellenpartner:

- Vertreterinnen/Vertreter bzw. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Langzeitpflegeeinrichtungen, welche mit dem Netzwerk kooperieren
- Freiberuflich tätige Personen in der Demenzversorgung
- Personen, welche an einer Mitarbeit im bzw. Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Interesse haben (z.B. ehrenamtlich Tätige)

Die Schulungsteilnahme für Personen ohne Teilnahmeverpflichtung (Personen bzw. Organisationen, die dem Netzwerk nicht beitreten können oder werden) ist an freie Kapazitäten gebunden. Organisationen können anstelle der Durchführung der internen Schulung auch alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die ihre Tätigkeit auch im Rahmen des Netzwerks ausüben, in die Basisschulung entsenden, sofern hierfür Kapazitäten bestehen. Das Netzwerkmanagement ist für die Organisation und Teilnahmeregelung der Schulungen zuständig.

### 3.1.4. Zeitpunkt der Absolvierung

Die Basisschulung muss im Zuge des Beitritts zum Netzwerk, noch vor der Unterzeichnung der Beitrittsvereinbarung absolviert werden.

### 3.1.5. Inhalte

Die Inhalte der Basisschulung können in drei Hauptteile gegliedert werden:

- Netzwerkschulung
- Inhalte aus Betreuung und Versorgung
- Organisatorisches (Klärung offener Fragestellungen zu organisatorischen netzwerk-spezifischen Aspekten)

Dauer ca.	Inhalt	Schulende Institution/Vortragender
Selbststudium	<p>Netzwerkschulung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatorische, netzwerkspezifische Aspekte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist Integrierte Versorgung</li> <li>• Netzwerkaufbau, Komponenten der Netzwerkversorgung</li> <li>• Ziel des Netzwerks</li> <li>• Funktionsweise des Netzwerks</li> <li>• Verträge und Vereinbarungen</li> <li>• Versorgungspfad (medizinische Leitlinie/Zusatzmodul Medizin nur bei Medizinerinnen/Medizinern)</li> <li>• Dokumentationspflichten (welche Daten dienen der Datenübermittlung, welche der Evaluation - wie wird dokumentiert, welche Akteure erfassen welche Daten)</li> <li>• Patienteneinschreibung</li> </ul> </li> </ul>	Selbststudium, E-learning
Ca. 6 Stunden	<p>Inhalte aus Betreuung und Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung Demenz, kurzer medizinischer Abriss der Krankheit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheitsbild</li> <li>• Erste Anzeichen - Erkrankungsprozess</li> <li>• Diagnosestellung (inkl. Differentialdiagnostik)</li> <li>• Stadien</li> <li>• Therapie</li> </ul> </li> <li>• Verstehender Umgang mit Demenzpatientinnen/-patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Erscheinungsformen</li> <li>• Wahrnehmbare Verhaltensprobleme z.B. Rückzugstendenzen (die ein Angehöriger wahrnimmt, die die Ärztin/der Arzt wahrnimmt, die die/der Betreuende wahrnimmt)</li> <li>• Kommunikation</li> </ul> </li> <li>• Verstehen/Wahrnehmung der Situation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demenz aus Sicht der Patientinnen/Patienten</li> <li>• Demenz aus Sicht der Angehörigen</li> <li>• Demenz aus Sicht der betreuenden Person</li> </ul> </li> <li>• Angepasste Kommunikation - Gesprächsführung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktaufnahme</li> <li>• Kommunikation (Körperhaltung, Besonderheiten) - Kongruenz (Schwerhörigkeit, etc auch mitbeachten)</li> <li>• Sprachtempo, Wortgebrauch, Lautstärke,</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fachärztin/Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie</p> <p>Ca. 30 Minuten</p> <p>Schulungsteam bestehend aus mindestens zwei Expertinnen/Experten der Demenzversorgung: (Auswahl nach Bedarf und Qualifikation der Personen - Wissen über das Netzwerk ist Voraussetzung)</p> <p>z.B.: Medizin Case Management/Sozialarbeit Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ -pfleger Zusätzlich: Patientin-</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umfang             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführung und Inhalte</li> <li>• Verbesserungs-/Verschlechterungsmöglichkeiten bei Demenz (Sensibilisierung für Veränderungen, negativer Umwelteinfluss...)</li> <li>• Einflüsse auf den Verlauf der Krankheit</li> <li>• Demenzgerechte Umgebungsgestaltung (zu kleine Uhren, etc.)</li> <li>• Tagesablauf, Tagesstruktur (auch Angebote dazu)</li> </ul> </li> <li>• Selbsthilfegruppen</li> <li>• Soziale Angebote aus der Region</li> </ul>	nen/Patienten- und Angehörigenvertretung
45 min	Organisatorisches <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragerunde zu administrativen und organisatorischen Aspekten:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verträge und Vereinbarungen</li> <li>• Dokumentation: Pflichten und Durchführung</li> <li>• Patienteneinschreibung</li> </ul> </li> </ul>	Netzwerkmanagement

Tabelle 23 Inhalte Basisschulung

### 3.1.6. Methodik

Es gilt zu beachten, dass Inhalte jeweils von Personen vorgetragen werden, die in diesem Feld Expertise haben und darüber hinaus mit dem Netzwerk vertraut sind.<sup>35</sup> Außerdem soll jeweils ein/e Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenvertreterin/-vertreter Teil des Schulungsteams sein. Referentinnen/Referenten zu den Themenbereichen müssen in fachlicher Hinsicht einen Nachweis über ihre Qualifikationen erbringen und über einschlägige Berufserfahrung verfügen. Diese Vorgabe ist nicht auf Patientinnen- und Angehörigenvertreter anzuwenden.

#### 3.1.6.1. Methodik Netzwerkschulung

Um der Zielsetzung gerecht zu werden und die Teilnehmer auf eine Netzwerkarbeit vorzubereiten, muss auf interaktive Methoden Wert gelegt werden.<sup>36</sup> Der erste administrative Teil der Basisschulung (Abschnitt Netzwerkschulung) soll im Selbststudium, mittels E-learning<sup>37</sup> absolviert werden, um bei der Präsenzsulung den dafür nötigen Zeitaufwand so gering als möglich zu halten. Eine erfolgreiche Absolvierung ist Voraussetzung für die Teilnahme an der darauf folgenden Präsenzsulung. Als erfolgreich absolviert gilt der, im E-learning vermittelte Teil Netzwerkschulung, wenn ein (ebenfalls online verfügbarer) Fragebogen zu den Inhalten erfolgreich befüllt werden konnte. Fragestellungen, die sich durch das bearbeiten des E-learning-Tools ergeben, können im Anschluss an den Fragebogen er-

<sup>35</sup> Rückmeldung zur 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 22.11.2009

<sup>36</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 11.11.2009

<sup>37</sup> 2. Sitzung, der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 11.11.2009

fasst und so bereits vorab für die Präsenzschiilung an das Netzwerkmanagement übermiltelt werden.<sup>38</sup>

### 3.1.6.2. Methodik Inhalte aus Betreuung und Versorgung

Der Teilbereich „Inhalte aus Betreuung und Versorgung“ wird als Präsenzschiilung angelegt. Diese dient dem Aufbau und Austausch von Wissen und Erfahrung aus dem Bereich Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten, sowie der Teambildung und Förderung der Zusammenarbeit der Teilnehmerinnen/Teilnehmer. Die konkrete Methodenauswahl obliegt dem Schilungsteam.<sup>39</sup> Zu beachten ist, dass Methoden zum Einsatz kommen, die eine Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteurinnen/Akteure fördern und eine gute Wirksamkeit aufweisen. Diese können zum Beispiel sein:

- Gruppenarbeiten
- Von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern zu erarbeitende Kurzpräsentationen
- Diskussionsrunden
- Kurze Fachvorträge mit anschließender Diskussion
- Fallbesprechungen (z.B. unterstützt durch Videos)

### 3.1.6.3. Methodik Klärung offener Fragestellungen zu organisatorischen netzwerk-spezifischen Aspekten

Für diesen Abschnitt werden, je nach Bedarf, in Kleingruppen oder für alle Schilungsteilnehmer gemeinsam, Fragen beantwortet, die sich im Teil des Selbststudiums oder aufgrund der Inputs in der Präsenzschiilung zu organisatorischen und administrativen Belangen der Netzwerkarbeit ergeben haben.

### 3.1.7. Dauer

Die Basisschiilung soll die Dauer von sieben Stunden nicht überschreiten. Für das E-learning sind ca. zwei Stunden exklusive medizinische Leitlinie, bzw. zwischen drei und vier Stunden inklusive medizinische Leitlinie veranschlagt.

### 3.1.8. Organisation

Die Organisation der Basisschiilung obliegt dem Netzwerkmanagement. Es wird empfohlen, die Basisschiilung auf zwei Blöcke, welche an zwei Terminen veranstaltet werden, aufzuteilen. Auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ist bei der Terminwahl sowie bei der Entscheidung, ob die Basisschiilung geblockt oder an Teilterminen abgehalten wird, Rücksicht zu nehmen.

<sup>38</sup> Rückmeldung zur 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schilung/Fortbildung vom 07.01.2010

<sup>39</sup> Rückmeldung zur 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schilung/Fortbildung vom 22.11.2009

### 3.1.9. Notwendige Unterlagen

- Die Unterlagen zur Basisschulung (Netzwerkschulung und Inhalte aus Versorgung und Betreuung) werden online zur Verfügung stehen oder im Rahmen der Präsenzschulung verteilt.
- Feedbackbögen (diese werden im Anschluss an die Basisschulung verteilt und dienen der Evaluierung und Verbesserung der Basisschulung)

Zusätzlich zu diesen Unterlagen sollen im Rahmen der Basisschulung Broschüren mit rechtlichen Informationen, die für Betroffene und Angehörige bzw. Bezugspersonen innerhalb des Projekts erstellt werden, zur Verfügung gestellt werden. Bei Bedarf sollen auch Unterlagen zu finanziellen Belangen bereit gestellt werden. Die Inhaltsabgrenzung der Broschüren kann dem Konzept für Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment entnommen werden.<sup>40</sup>

## 3.2. Zusatzmodul „Medizinische Leitlinie“ für Ärztinnen/Ärzte<sup>41</sup>

Im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen dient die ärztliche Fortbildung als Unterstützung bei der Implementierung einer evidenzbasierten und kosteneffektiven Therapie. Die Schulung von Ärztinnen/Ärzten ist ein kontinuierlicher und systematischer Prozess, der über die bloße medizinische Wissensvermittlung hinausgeht. Sie dient vielmehr der Weiterentwicklung der Professionalität und fördert die Anpassung des ärztlichen Therapieverhaltens an den medizinischen Fortschritt. Weiters wird es den Ärztinnen/Ärzten ermöglicht, dass sie die Ansprüche an eine evidenzbasierte und kosteneffektive Medizin, an Qualitätsicherungsmaßnahmen in der Patientinnen-/Patientenversorgung sowie der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erfüllen. Die Fortbildung der Ärztinnen/Ärzte stellt somit eine wichtige Maßnahme der Qualitätssicherung dar.<sup>42</sup>

Bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ kommt eine eigens hierfür entwickelte, und mit den Fachgesellschaften abgestimmte medizinische Leitlinie zum Einsatz. Um die Behandlungen anhand der Leitlinie zu fördern, wird ein Zusatzmodul zur Basisschulung für Ärztinnen/Ärzte als E-learning-Modul angeboten.

### 3.2.1. Ziele

Ziel ist es, durch dieses Zusatzmodul eine evidenzbasierte Behandlung anhand der medizinischen Leitlinie, die in einen Versorgungspfad eingebettet ist, im Netzwerk sicherzustellen.

<sup>40</sup> Rückmeldung zur 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 07.01.2010

<sup>41</sup> Rückmeldung zur 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 22.11.2009

<sup>42</sup> Stock et al. (2005). S. 116

### 3.2.2. Zielgruppe

Ärztinnen und Ärzte im Versorgungsnetzwerk (mit patientenführender Funktion und Fachärztin/-arzt für Neurologie und/oder Psychiatrie).

### 3.2.3. Zeitpunkt der Absolvierung

Das Zusatzmodul „medizinische Leitlinie“ für Ärztinnen/Ärzte wird als Erweiterung des E-learning-Teils im Rahmen der Basisschulung absolviert.

Die im Zusatzmodul zu bearbeitenden Inhalte werden zur Gänze im E-learning-Tool abgebildet und somit als ergänzender Teil zum Abschnitt Netzwerkschulung noch vor Netzwerkbeitritt von den Ärztinnen/Ärzten absolviert.

Als Ergänzung zum E-learning Teil „medizinische Leitlinie“ soll einer der ersten Qualitätszirkel (innerhalb von neun Monaten nach Netzwerkbeitritt zu besuchen) mit einem der Themen Umsetzung der Leitlinie, Multimorbidität, Interaktionspotenzial von Antidementiva sowie ungünstige Zusatzmedikation absolviert werden. Ein entsprechendes Angebot an Qualitätszirkeln ist durch das Netzwerkmanagement sicherzustellen (siehe Qualitätszirkel).

Folgende Abbildung stellt die ersten Schulungen für Medizinerinnen/Mediziner dar. Abweichend von den allgemeinen Schulungsanforderungen für Netzwerkmitglieder sind sowohl das Zusatzmodul als auch, dass das Thema eines Qualitätszirkels in den ersten neun Monaten nach Netzwerkbeitritt vorgegeben ist.<sup>43</sup>

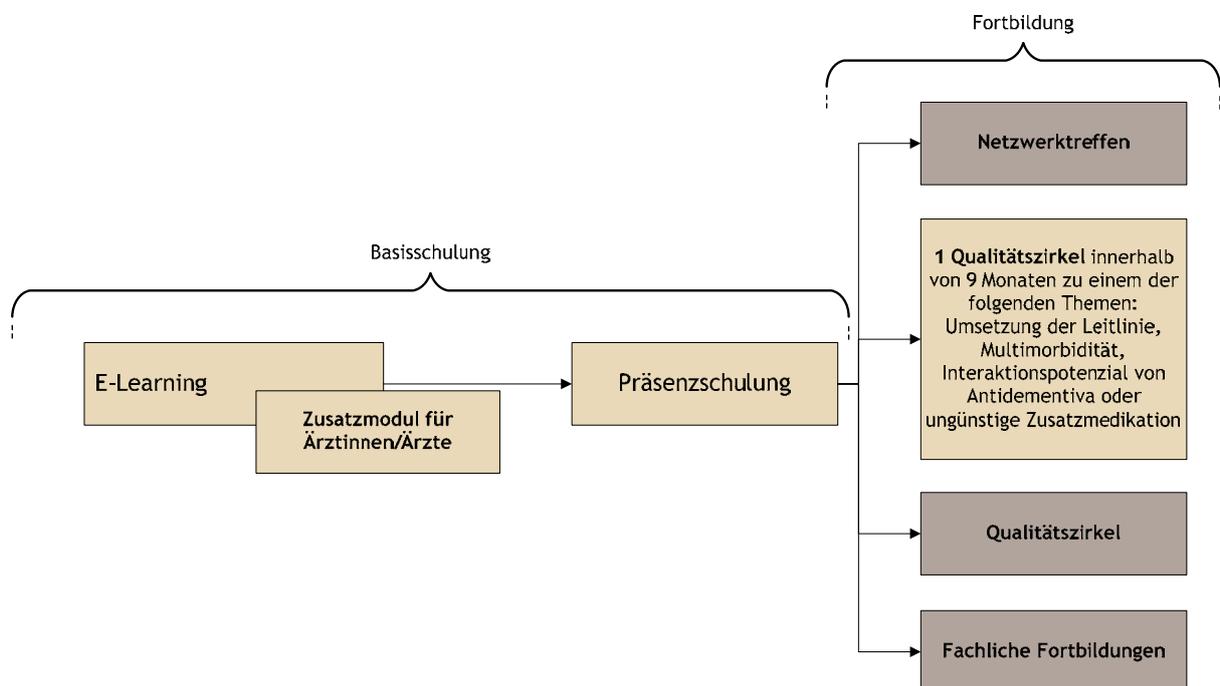


Abbildung 9 Schulungsanforderung Mediziner

<sup>43</sup> Rückmeldung zur 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 07.01.2010

### 3.2.4. Inhalt

- Medizinische Leitlinie

### 3.2.5. Methodik

- E-learning
- Qualitätszirkel

### 3.2.6. Dauer

E-learning:

2 Stunden

Qualitätszirkel:

1 Zirkel á 2 Stunden

### 3.2.7. Notwendige Unterlagen

- Medizinische Leitlinie

## 4. FORTBILDUNGEN

Um die Versorgungsqualität im Rahmen von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ auf möglichst hohem Niveau sicherzustellen, wurde die Absolvierung von anerkannten<sup>44</sup> Fortbildungen im Bereich Demenz (für Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Diplomfortbildungsprogramms DFP) für die Akteurinnen/Akteure im Netzwerk (aus den Bereichen: Pflege, Case Management, Therapie, Medizin) von den Expertinnen/Experten als Verpflichtung empfohlen. Folgendes Stundenausmaß sollte jeweils innerhalb des angegebenen Zeitraums pro Berufsgruppe absolviert werden:

Berufsgruppe	Fortbildungsstunden/-einheiten	Zeitraum
Patientenführende Ärztinnen/Ärzte (Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie, Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin)	24 Einheiten*	3 Jahre

<sup>44</sup> Rückmeldung zur 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 22.11.2009

Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie	24 Einheiten	3 Jahre
Fachärztinnen/Fachärzte anderer Fachrichtungen	12 Einheiten	3 Jahre
Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger	12 Einheiten	3 Jahre
Pflegehelferinnen/Pflegehelfer	6 Einheiten	3 Jahre
Sozialbetreuungsberufe	6 Einheiten	3 Jahre
Case Management	20 Einheiten	3 Jahre
Psychologinnen/Psychologen	20 Einheiten	3 Jahre
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	18 Einheiten	3 Jahre
Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	12 Einheiten	3 Jahre

\*Eine Einheit umfasst 45 Minuten

Tabelle 24 Fortbildungsumfang

Ausgangslage für die Festlegung des Fortbildungsstundenausmaßes waren Empfehlungen bzw. Gesetze der einzelnen Berufsgruppen.<sup>45 46 47 48 49 50</sup> Hier wurde ein Fünftel des empfohlenen bzw. vorgeschriebenen Gesamtfortbildungsausmaßes für demenzspezifische Fortbildungen angesetzt. Da diese Vorgaben für ärztliche Fortbildungen nicht mit dem tatsächlichen Anteil an Demenzpatientinnen/-patienten einhergehen, wurden die Stundenvorgaben für die ärztliche Fortbildung adaptiert. Die Fortbildungsvorschriften im Pflegebereich umfassen ein sehr geringes Stundenausmaß. Der Bedarf an Fortbildungen ist aber durch den engen Kontakt mit Patientinnen/Patienten größer. Die Fortbildungseinheiten wurden für alle beteiligten Berufsgruppen in der Sitzung entsprechend angepasst.<sup>51</sup> Es können sowohl die Netzwerktreffen, Fallbesprechungen als auch Qualitätszirkel dem Stundenausmaß zugerechnet werden.

Im Hinblick auf die Umsetzung des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ in den einzelnen Bundesländern muss diese Fortbildungsempfehlung Gegenstand der Vereinbarungen mit den Interessensvertretungen der Berufsgruppen bzw. Organisationen der potentiellen Netzwerkpartner sein und den regionalen Bedürfnissen entsprechen.

<sup>45</sup> Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs (2009), S.1-10

<sup>46</sup> Bundes Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2001), S. 1-7

<sup>47</sup> Art. 15a B-VG

<sup>48</sup> Bundes Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006), S. 1-6

<sup>49</sup> Österreichische Ärztekammer (2005). S. 4

<sup>50</sup> § 63. Art. 1 BGBl. I Nr. 108/1997 GuKG

<sup>51</sup> 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 09.12.2009

## 4.1. Inhalte

Demenzspezifische Fortbildungsveranstaltungen können sich beispielsweise mit folgenden Themenbereichen befassen:

- Krankheitsbild Demenz
- Diagnostik
- Therapie
- Schmerz und Demenz
- Ernährung und Hydratation bei Demenz
- Medikamentöse Interaktionen
- Pflegemodelle
- Kommunikationstheorien und -methoden bei Demenz
- Etc.

# 5. QUALITÄTSZIRKEL

## 5.1. Rahmenbedingungen

Als besonders effektive und bedarfsorientierte Schulungsmaßnahme werden Qualitätszirkel in Fortbildungskonzepten eingesetzt.<sup>52</sup> Qualitätszirkel ermöglichen eine an den Bedarf angepasste, interaktive und auf die Praxis im Versorgungsnetzwerk bezogene Arbeit an Themen und genügen somit auch dem Anspruch, die Vernetzung der Mitglieder zu fördern, sowie demenzspezifische Inhalte zu vermitteln.

## 5.2. Ziel

Ziel der Qualitätszirkel von „netzwerk aktiv - besser leben von demenz“ ist es, spezielle demenzbezogene Themen zu bearbeiten, dadurch Wissen aufzubauen und neue Erkenntnisse zu gewinnen. In weiterer Folge wird somit eine möglichst hohe Versorgungsqualität sichergestellt.

## 5.3. Zielgruppe

Qualitätszirkel richten sich in erster Linie an Medizinerinnen/Mediziner, Case Managerinnen/Manager und diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger sowie an Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. Je nach Problemstellung bzw. Bedarf werden die jeweils betroffenen Berufsgruppen in die Qualitätszirkel eingebunden. Qualitätszirkel können somit sowohl interdisziplinär als auch berufsgruppenspezifisch (z.B. für Medizinerinnen/Mediziner) ausgerichtet sein.

<sup>52</sup> Stock et al. (2005). S. 123 u. 127

## 5.4. Zeitpunkt der Absolvierung

Qualitätszirkel finden einmal pro Quartal statt, einmal pro Jahr ist die Teilnahme am Qualitätszirkel für Medizinerinnen/Mediziner verpflichtend. Andere Berufsgruppen können Qualitätszirkel optional für die Erfüllung ihrer Fortbildungsanforderungen einsetzen.

## 5.5. Inhalte

Das Thema des jeweiligen Qualitätszirkels muss sich auf die Optimierung der Patientenversorgung bzw. auf die Tätigkeit im Netzwerk beziehen und wird durch die Netzwerkmitglieder angeregt und gewählt. Die Organisation wird durch einen Vertreter des Netzwerks, die Ärztekammer oder das Netzwerkmanagement übernommen.

Mögliche Themenfelder können zum Beispiel sein:

- Fallkonferenzen (exemplarische Bearbeitung eines konkreten Falls unter Rücksichtnahme netzwerkspezifischer Aspekte, Integration, Zusammenarbeit)
- Neuerungen bzw. Optimierungspotential in der medizinischen Versorgung von Demenzerkrankten (z.B. Vorstellung von Studien und Aufarbeitung der Inhalte im Bezug auf das Netzwerk)
- Multimorbidität von Demenzpatientinnen/-patienten
- Umsetzung der medizinischen Leitlinie im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“
- Interaktionspotenzial der Antidementiva
- Ungünstige Zusatzmedikation/Medikationskonstellationen
- Einflussfaktoren auf Demenz (z.B. Schmerz)

## 5.6. Methodik

Der Qualitätszirkel wird von einer qualifizierten Moderatorin/einem qualifizierten Moderator moderiert und jeweils pro Teilregion durchgeführt.

## 5.7. Dauer

Die Dauer der Qualitätszirkel soll jeweils ca. zwei Stunden betragen.

## 5.8. Notwendige Unterlagen

- Tagesordnung/Thema
- Bei Bedarf eine zusammenfassende Hintergrundinformation
- Protokoll

## 6. NETZWERKTREFFEN<sup>53</sup>

### 6.1. Rahmenbedingungen

Um relevante Neuerungen im Netzwerk oder der Versorgung (neue medizinische, therapeutische, pflegerische Erkenntnisse, etc.) an alle Netzwerkteilnehmerinnen/-teilnehmer weitergeben zu können und auch die Vernetzung und Zusammenarbeit der Mitglieder im Netzwerk zu fördern, wird einmal pro Jahr ein Netzwerktreffen veranstaltet. Dieses Treffen wird vom Netzwerkmanagement organisiert.

### 6.2. Ziel

Das Netzwerktreffen soll den Mitgliedern im Netzwerk eine Plattform zum Austausch und zur Weitergabe wichtiger Informationen bieten sowie die Vernetzung fördern.

### 6.3. Zielgruppe

Alle im Netzwerk eingeschriebenen Mitglieder nehmen am Netzwerktreffen teil.

### 6.4. Zeitpunkt der Absolvierung

Netzwerktreffen finden einmal pro Jahr statt. Es ist ein Zeitpunkt zu wählen, welcher für einen Großteil der Mitglieder günstig ist.

### 6.5. Inhalte

Mögliche Inhalte sind zum Beispiel (je nach Bedarf):

- Neuerungen im Netzwerk oder der Versorgung
- Mitgliederzahlen/Patientenzahlen
- Mögliche Zwischenergebnisse
- Diskussion Veränderungs- und Verbesserungspotential
- Evtl. exemplarische Fallkonferenz

### 6.6. Methodik

Netzwerktreffen werden moderiert und jeweils pro Teilregion durchgeführt. Bei Organisationen besteht die Möglichkeit, eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des jeweiligen mobilen Dienstes bzw. der jeweiligen Institution in das Netzwerktreffen zu entsenden. Es besteht eine Verpflichtung zur Weitergabe der Inhalte an alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

<sup>53</sup> Rückmeldung zur 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung vom 22.11.2009

der entsendenden Organisation, sofern sie im Demenznetzwerk tätig sind (Nachweis über die Weitergabe muss erbracht werden).

## 6.7. Dauer

Die Dauer eines Netzwerktreffens kann je nach Inhalt gewählt werden und soll ca. zwei Stunden betragen.

## 6.8. Notwendige Unterlagen

- Tagesordnung/Thema
- Bei Bedarf eine zusammenfassende Hintergrundinformation
- Protokoll über Inhalte und Ergebnisse

# 7. ORGANISATIONEN MIT EHRENAMTLICHEN MITARBEITERN

Sollten Organisationen ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, welche keine spezifische Ausbildung (DGKS/DGKP, Pflegehelferinnen/Pflegehelfer, Validation, etc.) haben, einsetzen (z.B. im Rahmen von Besuchsdiensten), so müssen diese zu mindest eine Angehörigenschulung (siehe Empowerment) oder eine Schulung für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, welche den Bereich Demenz abdeckt, besuchen, um im Rahmen des Netzwerks ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit nachkommen zu können.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Schulung/Fortbildung, am 09.12.2009

# CASE UND CARE MANAGEMENT

## Expertinnen/Experten

Dr.<sup>in</sup> Magdalena Arrobas, Bundesministerium für Gesundheit, Abt.: II/A/1

Heinz Hierzer, MAS, Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management

Natalie Lottersberger, Care-Ring GmbH

Dr.<sup>in</sup> Eva Mann, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Mag. Michael Müller, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Mag.<sup>a</sup> Renate Plasser, Bundesministerium für Gesundheit, Abt.: II/A/1

Dr.<sup>in</sup> Cornelia Schneider, Wiener Krankenanstaltenverbund, Generaldirektion, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; FH Campus Wien, Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege

Mag.<sup>a</sup> Doris Stelzhammer, Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen

Andrea Vysoky, Fonds Soziales Wien

Dr.<sup>in</sup> Christina Wehringer, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung IV/8

# 1. HINTERGRUND

Demenzkranke Personen werden von zahlreichen verschiedenen Akteurinnen/Akteuren in unterschiedlichen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems versorgt. Daraus ergeben sich Probleme an den Nahtstellen und für die Patientin/den Patienten sowie pflegende Angehörige häufig Belastungen. Durch eine gezielte Koordination des Versorgungsprozesses durch Case und Care Management soll dem entgegengewirkt werden.

Es existieren zahlreiche Definitionen für Case und Care Management. Als Arbeitsdefinitionen zieht die Arbeitsgruppe eine Definition der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) für Case Management sowie zwei Definitionen für Care Management heran.

*Die ÖGCC sieht Case Management als einen Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass während des gesamten Krankheits- oder Betreuungsprozesses eines Klienten/Patienten („over time“) und über die Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen hinweg („across services“) ein individuell erstelltes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, ausgeführt, koordiniert und evaluiert werden soll.<sup>55</sup>*

Als Arbeitsdefinition für Care Management wurde die Aufnahme von zwei Begriffsbestimmungen beschlossen. Die Definition von Ewers ist wissenschaftlich publiziert aber sehr allgemein gehalten. Zur Schärfung wurde die Erklärung des Netzwerkes Case Management in der Schweiz mit aufgenommen.

*„Unter Care Management werden alle Entwicklungs- und Koordinierungsmaßnahmen verstanden, die grundlegende Rahmenbedingungen schaffen, damit im Einzelfall die Betreuung mit den notwendigen Leistungen optimal und möglichst effizient erbracht werden kann.“<sup>56</sup>*

*„Care Management bedeutet die Kooperation zwischen den Akteuren der kommunalen Sozial- und Gesundheitsversorgung verbindlich und dauerhaft zu strukturieren und hierbei vor allem auch soziale und bürgerschaftliche Initiativen einzubeziehen. Kommunikation, Kooperation, Koordination und Vernetzung lassen sich als Voraussetzungen sowohl für Case Management (personenzentriert) als auch für Care Management (systemzentriert) beschreiben.“<sup>57</sup>*

<sup>55</sup> Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (o.D.). S. 1-4

<sup>56</sup> Pelikan, Stacher, Grundböck, Krajic (1998). S. 142 zit. n. Ewers (1996).

<sup>57</sup> Deutsches Institut für Sozialwirtschaft (DISW) (2007). S. 23

Die Definitionen zeigen auf, dass Case Management auf Fallebene und Care Management übergeordnet auf Systemebene stattfindet. Betrachtet man die Konzeption von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“, so findet Care Management auf der Ebene des Netzwerkmanagements, welches Aufbau, Koordination und Weiterentwicklung des Netzwerks anstrebt, statt.

## 2. TERMINOLOGIE

Im Case Management werden Patientinnen/Patienten im Regelfall als Klientinnen/Klienten bezeichnet. Im hier vorliegenden Konzept für Case und Care Management wurde auf diese Bezeichnung verzichtet und der Terminus Patientin/Patient verwendet, um im gesamten Projektkonzept mit nur einer Bezeichnung auskommen zu können und mögliche Verwechslungen und Unklarheiten zu vermeiden. Es sei hier festgehalten, dass in der Umsetzung - entsprechend dem jeweiligen Berufsverständnis - entweder die Begriffe Patientin/Patient oder Klientin/Klient verwendet werden können.

## 3. CARE MANAGEMENT

Mit Blick auf bestimmte Bedarfsgruppen (Risikopatientinnen/-patienten, chronisch Erkrankte) zielt Care Management darauf ab,

- Nahtstellenprobleme bei Übergängen zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (z.B. Akutkrankenhaus - ambulante Versorgung oder Akutkrankenhaus - Rehabilitationseinrichtung) zu überwinden (prozessuale Ebene) oder Übergänge zwischen Versorgungssystemen (Gesundheitswesen - Langzeitpflege) und
- verbindliche Abstimmungen (z.B. Netzwerkbildung) zwischen den, an der Versorgung bestimmter Patientengruppen beteiligten Dienstleistern (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, DGKS/DGKP, etc.) innerhalb eines Sektors herbeizuführen.<sup>58</sup>

### 3.1. Ziele im Projekt

Das Care Management im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ zielt darauf ab, ein handlungsfähiges Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern in der Demenzversorgung aufzubauen und die Entwicklung dieses Netzwerks voranzutreiben. Damit soll sowohl eine koordinierte Versorgung als auch ein, das Case Management förderndes Umfeld, in Form eines Netzwerks entstehen.

<sup>58</sup> Kuhlmann (2005). S. 49

## 3.2. Voraussetzungen

### 3.2.1. Grundlagen

Das Care Management soll personell getrennt vom Case Management jeweils zentral pro Bundesland (Projektregion) durchgeführt werden. Diese Trennung eignet sich, um die Umsetzung des Case Managements in einer großen Netzwerkstruktur zu fördern. Bei Umsetzung in einer dünn besiedelten ländlichen Region (Projektgebiet, in welchem nur ein Teil eines Bundeslandes ein Pilotprojekt umsetzt) besteht die Möglichkeit, der Umsetzung des Case und Care Managements in Personalunion, um unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden.<sup>59</sup> Eine personelle Trennung von Case und Care Management ist ab 150 eingeschriebenen Patientinnen/Patienten notwendig, da anzunehmen ist, dass der Arbeitsaufwand für eine Person nicht mehr bewältigbar ist. Eine Bewertung dieses Grenzwertes in einer dünn besiedelten ländlichen Region ist durch das Care Management im Rahmen des ersten Pilotprojekts vorzunehmen.

Es wird empfohlen, das Care Management gemeinsam mit dem Netzwerkmanagement in Personalunion zur Umsetzung zu bringen, da sich viele Aufgaben decken oder Überschneidungen von Aufgabenbereichen bestehen. Jene Aufgaben, Voraussetzungen und Anforderungen, die sich aus der Position des Netzwerkmanagements ergeben, sind im entsprechenden Kapitel der Netzwerkbeschreibung dargestellt. Das Care Management könnte im jeweils umsetzenden Sozialversicherungsträger angesiedelt werden, da hier Synergien mit bereits bestehenden Programmen genutzt werden können (z.B. „Therapie Aktiv“ - Verwendung der „Therapie Aktiv“-Administrationssoftware in adaptierter Form). Aber auch eine teilweise Auslagerung in die Zentrale eines sozialen Dienstes oder Strukturen des Landes stellen Möglichkeiten dar. Die Administrationssoftware kann außerhalb der Sozialversicherung nicht verwendet werden. Es können daher nur Teilbereiche, nicht aber die eigentliche Patientinnen-/Patienten- und Akteuradministration ausgelagert werden.

### 3.2.2. Rollenbilder/Abgrenzungen

Folgende Aufstellungen zeigen im Überblick, wie sich die Rollen Case Management/Care Management/Netzwerkmanagement voneinander unterscheiden beziehungsweise wo sich Berührungspunkte ergeben. Die Aufgaben jeder einzelnen Rolle können den entsprechenden Aufgabenbeschreibungen entnommen werden und sind von der Organisationsstruktur abhängig.

<sup>59</sup> Protokoll, 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

## Case/Care Management

Case Management	Care Management
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit am Fall</li> <li>• Kooperationstätigkeit: Leistungserbringer für die Fallarbeit</li> <li>• Dokumentationstätigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit auf Systemebene (kein Patientinnen-/Patientenkontakt)</li> <li>• Koordinationstätigkeit: Einsatz der Case Managerinnen/Case Manager, Forcierung der Kooperationen der Leistungserbringer im Rahmen der Netzwerkbildung</li> <li>• Auswertung von netzwerkbezogenen Daten zur Weiterentwicklung des Netzwerks</li> </ul>

Tabelle 25 Rollenabgrenzung Case/Care Management

## Netzwerkmanagement/Care Management

Die Rollen Netzwerkmanagement und Care Management haben in vielen Bereichen ähnliche Aufgaben, die sich berühren oder teilweise sogar decken. Eine Abgrenzung ist schwierig und organisationsabhängig, soll aber hier zur Veranschaulichung vorgenommen werden. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass Care Management und Netzwerkmanagement nach Möglichkeit in Personalunion umgesetzt werden sollen:

Netzwerkmanagement	Care Management
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrationstätigkeiten im Netzwerk</li> <li>• Marketing</li> <li>• Aufgaben im Rahmen der Patientinnen-/Patienteneinschreibung</li> <li>• Erstellung von Berichten</li> <li>• Organisation der Bereitstellung von Printunterlagen</li> <li>• Organisation der Wartung der Homepage</li> <li>• Administrative Organisation von Veranstaltungen und Schulungen im Netzwerk (Netzwerktreffen, Qualitätszirkel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung von netzwerkbezogenen Daten</li> <li>• Akquise von Mitgliedern - gezielte Mitgliederwerbung zur Verbesserung der Anbieterstruktur im Netzwerk</li> <li>• Planung und Steuerung des Case Managements (Bedarfsplanung und Zuteilung von Case Managerinnen/Case Managern zu Patientinnen/Patienten)</li> <li>• Angebotserhebung - Angebotsplanung</li> <li>• Vernetzung der Anbieter auf Systemebene</li> <li>• Vereinbarung der Rahmenbedingungen für die Arbeit im Netzwerk</li> <li>• Erstellung von Feedbackberichten</li> <li>• Inhaltliche Gestaltung der Netzwerktreffen und Qualitätszirkel</li> <li>• Zusammenführungen von Informationen, welche aus dem Netzwerk (z.B. vom Case Management) übermittelt werden</li> </ul>

Tabelle 26 Rollenabgrenzung Netzwerkmanagement/Care Management

### 3.2.3. Voraussetzungen

Um eine zweckgemäße Umsetzung des Care Managements gewährleisten zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

**Ausstattung:**

- Büro mit entsprechender Ausstattung: Computer, Telefon, Internetanbindung, Drucker, Zugang zu Fax oder Scanner
- Patientenadministrationssoftware und benötigte ergänzende Programme
- Software zur Berechnung von Netzwerkstatistiken und Erstellung von Berichten (z.B. Office Paket)

**Telefon-Hotline:**

- Bekanntgabe einer Telefonnummer, unter welcher Netzwerkmitglieder Support in administrativen Angelegenheiten erhalten bzw. das Care Management kontaktieren können
- Besetzung des Telefons zu üblichen Büroöffnungszeiten

### 3.3. Aufgaben

Nachfolgend werden die Aufgaben der Care Managerin/des Care Managers, welche in Zusammenhang mit dem Case Management entstehen, beschrieben. Das Care Management soll, da sich Inhalte und Aufgabengebiete überschneiden, mit dem Netzwerkmanagement in Personalunion umgesetzt werden. Aufgaben des Netzwerkmanagements, welche sich nicht mit dem Care Management decken, sind im Abschnitt Netzwerkorganisation dargestellt.

- Vernetzung von Anbietern - Aufbau eines Netzwerks
  - Gezielte Gewinnung von Netzwerkmitgliedern
  - Abschließen verbindlicher Kooperationsvereinbarungen
  - Erstellung von Feedbackberichten für Teilregionen
  - Inhaltliche Gestaltung von Netzwerktreffen
  - Inhaltliche Gestaltung bzw. Unterstützung bei der inhaltlichen Gestaltung von Qualitätszirkeln
  - Sammlung von Themenvorschlägen für Qualitätszirkel
  - Erhebungen von fehlenden bzw. unzureichenden Angeboten innerhalb des Netzwerkes<sup>60</sup>
- Erstellung einer Angebotsübersicht des Netzwerks - Erhebung, Dokumentation und regelmäßige Aktualisierung von Angeboten aus allen betroffenen Bereichen<sup>61</sup>
- Planung des Bedarfs an Case Managerinnen/Case Managern

<sup>60</sup> Aufgaben der Meso- und Makroebene. Ergebnisse der 1. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 02.10.2009

<sup>61</sup> Engel & Engels (1999). S. 114ff

- Führung der Case Managerinnen-/Manager-Liste mit der Angabe, welche Patientinnen/Patienten welcher Case Managerin/welchem Case Manager zugeordnet sind
- Koordination der Case Managerinnen/Case Manager - Zuteilung zu neu eingeschriebenen Patientinnen/Patienten, bzw. zu Patientinnen/Patienten, welche durch nicht-einschreibende Netzwerkpartner dem Netzwerk zugeführt werden
- Mitteilung an Case Managerinnen/Case Manager, wer die unterzeichnende Person der Netzwerkbeitrittserklärung ist, damit diese auch eine etwaige Case Management-Vereinbarung unterzeichnen kann
- Erstellung einer Benchmark aus allen im Monitoring berechneten Indikatoren der Case Managerinnen/Case Manager in der Umsetzungsregion
- Kontakt und Austausch von für die Arbeit im bzw. die Weiterentwicklung des Netzwerks betreffenden Informationen mit den Case Managerinnen/Case Managern<sup>62</sup>
- Datenauswertung Netzwerk oder Case Management bezogener Daten
- Setzen von Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Netzwerks (Angebotserweiterung)
- Einleiten von regelmäßigen Qualitätsverbesserungen (Konzept Qualitätsmanagement und Evaluierung)
- Gewinnung von Empowerment-Maßnahmen-Anbietern für das Netzwerk, Erhebung von Empowerment-Angeboten in der Region, auf welche zurückgegriffen werden kann, wenn die Angebote nicht ausreichen, bzw. nicht die gerade benötigten Angebote im Netzwerk vorhanden sind (z.B. Angehörigenschulungen, Telefonhotline, etc. laut Empowermentkonzept)
- Erstellung und Versendung von Feedbackberichten
- Zuständigkeit für alle administrativen Tätigkeiten bis zur Unterzeichnung der Vereinbarung von Netzwerkpartnern zum Netzwerkbeitritt
- Erstellung von Vorlagen für Berichte oder Dokumentationsblätter (z.B. Evaluationsbericht für Case Managerinnen/Case Manager, Datendokumentationsblätter für Case Managerinnen/Case Manager) - diese werden in der Rohfassung vom CCIV zur Verfügung gestellt und an die regionalen Gegebenheiten der Pilotregion angepasst

Das Case Management nimmt im Rahmen seiner Tätigkeit in einer oder ggf. mehreren Teilregionen Aufgaben im Bereich der Kooperations- und Kontaktpflege mit den direkten Ansprechpartnern wahr und übernimmt somit im kleineren Bereich Aufgaben, die auch dem Care Management zugeordnet werden können.<sup>63</sup>

Im Rahmen des Aufbaus des Netzwerks übernimmt die Care Managerin/der Care Manager die Zusammenführung der Meldungen von Case Managerinnen/Case Managern (Bedarf an Leistungen im Netzwerk und Möglichkeit zur Bedarfsdeckung), wertet diese aus und leitet einen Ausbau bzw. eine mögliche Anpassung des Netzwerks ein.

Die Forcierung von Kooperationen auf übergeordneter Ebene (Netzwerkbildung) stellt eine wichtige Basis für die tägliche Arbeit der einzelnen Case Managerinnen/Case Manager dar.

<sup>62</sup> Engel et al. (1999), S. 114ff

<sup>63</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

Hiermit wird vermieden, dass Kontakte immer wieder neu geknüpft werden müssen<sup>64</sup> und auch ermöglicht, dass das Netzwerk an sich mit zunehmenden Vernetzungsgrad Koordinationsaufgaben teilweise vom Case Management wieder übernommen werden können (durch eine funktionierende Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern).

Der Bedarf an Case Managerinnen/Case Managern muss erhoben und durch entsprechende Rekrutierungen im Netzwerk gedeckt werden. Eine Berechnung auf Basis der Bevölkerungszahl, Prävalenzrate und potentiell einzuschreibenden Patientinnen/Patienten ist nicht möglich, da zu viele Variablen nicht entsprechend genau bestimmt werden können. Daher soll im Rahmen des ersten Pilotprojekts mit zwei Vollzeitäquivalenten gestartet werden. Ein Projektstart mit mindestens zwei Case Managerinnen/Case Managern wird empfohlen, um im Krankheitsfall, bei stark steigenden Patientenzahlen oder bei unerwarteten Ereignissen rasch reagieren zu können. Außerdem können nur so vergleichbare Daten bei Patientenvolumen, Arbeitszeitverteilung, etc. gewonnen werden. Es ist davon auszugehen, dass pro Vollzeitäquivalent rund 50<sup>65</sup> Patientinnen/Patienten mit einem aktiven Case Management gemäß Case Management Regelkreis (je nach Anzahl bzw. Verhältnis der aktiven/ruhenden Patientinnen/Patienten entsprechend mehr oder weniger) im Zeitverlauf betreut werden können. Eine Bewertung, wie viele Case Managerinnen/Case Manager tatsächlich benötigt werden bzw. ob sich ein Start mit zwei Vollzeitäquivalenten bewährt, soll im Rahmen des ersten Pilotprojekts vom Care Management erstellt werden. Die Evaluation der Komponente Case und Care Management soll zeigen, mit welchem Aufwand und Personaleinsatz eine Weiterführung im Regelbetrieb zielführend ist.

Die Zuteilung von Case Managerinnen/Case Managern zu Patientinnen/Patienten wird vom Care Management übernommen und erfolgt unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Teilregionszugehörigkeit
- Freie Kapazitäten der einzelnen Case Managerinnen/Case Manager
- Bestehende Zusammenarbeit mit der/dem betreffenden patientenführenden Ärztin/Arzt

Eine Zuteilung von Case Managerinnen/Case Managern muss zeitgerecht erfolgen. Innerhalb von 30 Tagen ab Einschreibung bei der patientenführenden Ärztin/beim patientenführenden Arzt muss die Case Managerin/der Case Manager mit der/dem betreffenden Patientin/Patienten Kontakt aufgenommen haben.

Um eine möglichst einheitliche Entwicklung des Case Managements in allen Umsetzungsregionen des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ zu erreichen, sollen in regelmäßigen Abständen Arbeitstreffen der Care Manager (und Netzwerkmanager) aller Umsetzungsregionen stattfinden. Im Rahmen dieser Sitzungen sollen Anforderungen für

<sup>64</sup> Ribeiro (2010). S. 70

<sup>65</sup> Grundlage für die Schätzung dieses Wertes waren Erfahrungswerte des FSW, des Projekts IDOB sowie eine Gegenüberstellung der Vorgehensweise der beiden Initiativen mit der geplanten Vorgehensweise im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ (mobile Tätigkeit, Mehraufwand durch Aufbauphase, Dokumentationsaufwand für Evaluierung)

Programmanpassungen gemeinsam erarbeitet werden und so eine österreichweit einheitliche Weiterentwicklung sichergestellt werden. Diese Arbeitstreffen werden vom Competence Center Integrierte Versorgung organisiert, das in weiterer Folge die Programmanpassungen in das Projektkonzept einarbeitet und notwendige Anpassungen der Arbeitsmaterialien vornimmt.

### 3.4. Anforderungsprofil

Die Position der Care Managerin/des Care Managers erfordert Kompetenzen und Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen:

- Kenntnisse der Versorgungslandschaft im Bundesland bzw. der Umsetzungsregion
- Kenntnisse der Finanzierungsstrukturen
- Die Care Managerin/der Care Manager soll bereits auf ein Netzwerk zurückgreifen können, Beteiligte am Versorgungsprozess kennen und in der Lage sein, diese zur Arbeit in einem strukturierten Netzwerk zu motivieren
- Verhandlungsgeschick
- Mehrjährige Erfahrung im Gesundheits- und Sozialwesen (Wissen über Abläufe, Zusammenhänge, Anbieterstruktur sowie umfangreiche Berufserfahrung)
- Erfahrung mit Managementtätigkeiten
- Koordinierungsfähigkeit
- Personalführungskompetenz (Zuteilung von Case Managerinnen/Case Managern zu Patientinnen/Patienten, Feedbackberichte an Case Managerinnen/Case Manager)

## 4. CASE MANAGEMENT

### 4.1. Ziel des Case Managements im Projekt

Die Anwendung von Case Management (CM) bei Menschen mit Demenz zielt darauf ab, die häusliche Versorgungssituation von Demenzerkrankten durch Fallsteuerung zu stabilisieren, zu verbessern und solange wie möglich aufrecht zu erhalten. Es soll eine Koordinierung und Organisation des Versorgungsprozesses im Sinne der Integrierten Versorgung, die auf Kontinuität abzielt, erreicht werden.<sup>66</sup>

Das Case Management im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ soll nicht als Krisenintervention dienen, sondern den Zugang zu unterstützenden und entlastenden Dienstleistungen sicherstellen.<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

<sup>67</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

## 4.2. Voraussetzungen für Case Management

Folgende Voraussetzungen für Case Management (Berufsethik) können für das Case Management im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ festgehalten werden:<sup>68</sup>

- Case Management verbindet die Elemente Anwaltschaft, Vermittlung und Selektion
- Case Management ist ein kontinuierlicher, dynamischer Prozess (Progredienz der Erkrankung)
- Das Case Management basiert auf einem humanistischen Menschenbild
- Zu beachten gilt, dass die Case Managerin/der Case Manager in möglichst neutraler Position verbleiben muss
- Case Management benötigt ethisches Verständnis und Selbstreflektion
- Eine größtmögliche Autonomie der/des Betroffenen muss erhalten bleiben

Zu beachten ist, dass die anwaltschaftliche Aufgabe des Case Managements nicht soweit gehen darf, dass spezielle Einzelinteressen in Einrichtungen für die Patientin/den Patienten verhandelt werden. Bei Problemen fällt dem Case Management im Rahmen dieser Aufgabe z.B. die Koordination eines Gesprächstermins zu. Unterstützung erhält das Case Management durch das Vorhandensein einer Kooperationsvereinbarung, die elementare Bereiche der Zusammenarbeit im Netzwerk regelt.

## 4.3. Funktionen und Rollen der Case Managerinnen/Case Manager

### 4.3.1. Beschreibung der Funktionen und Rollen

Im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ übernimmt die Case Managerin/der Case Manager neben dem eigentlichen Case Management auch eine beratende und informierende Funktion.

**Beraterin/Berater:** Nimmt zu Beginn Kontakt zu den Patientinnen/Patienten bzw. deren pflegenden Angehörigen, Bezugspersonen oder Personen mit Vertretungsbefugnis auf, informiert sie und führt gegebenenfalls das Intake durch. Außerdem steht die Beraterin/der Berater allen Patientinnen/Patienten, die nicht im Case Management versorgt werden, als Ansprechpartnerin/-partner zur Verfügung. Des Weiteren übernimmt sie/er in dieser Rolle Aufgaben im Empowerment und vermittelt Wissen und Informationen bzw. verweist auf Schulungen für Angehörige oder Stellen, welche gezielte Anleitung geben.

**Case Managerin/Case Manager:** Betreut die Patientinnen/Patienten ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung der Case Management-Vereinbarung als Case Managerin/Case Manager.

Diese beiden Funktionen/Rollen werden von der Case Managerin/vom Case Manager in Personalunion wahrgenommen. Die Patientin/der Patient bzw. die pflegenden Angehörigen

<sup>68</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

oder Bezugspersonen haben somit neben der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt (welche/welcher für eine Koordination der medizinischen Belange zuständig ist) eine kontinuierliche Ansprechperson, auch wenn sie erst zu einem späteren Zeitpunkt ein Case Management in Anspruch nehmen.

#### 4.3.1.1. Rollenabgrenzung Beratung/Case Management

Ein Beratungsverhältnis kann solange bestehen, wie sich die Tätigkeit ausschließlich auf ein reines Beratungsverhältnis beschränkt. Der Beratungsstatus im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ erlischt demnach, wenn die Case Managerin/der Case Manager als solche/solcher tätig werden muss. Vereinbarungen für Patientinnen/Patienten können/dürfen nur getroffen werden, wenn ein aufrechtes Case Management-Verhältnis mit gültiger Case Management-Vereinbarung besteht.<sup>69</sup>

#### 4.3.1.2. Case Management und patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt

Die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt und die Case Managerin/der Case Manager der bzw. des betreffenden Patientin/Patienten bilden ein Versorgungsteam. Dieses Team bietet individuelle, auf die aktuelle Bedarfslage abgestimmte Betreuung und Versorgung. Bei Bedarf soll sich dieses Team treffen und abstimmen. Insbesondere im Rahmen von Qualitätszirkeln soll ein reger Austausch stattfinden. Patientinnen/Patienten einer patientenführenden Ärztin/eines patientenführenden Arztes werden nach Möglichkeit von der gleichen Case Managerin/vom gleichen Case Manager betreut. Tritt im Rahmen der Versorgung ein Abklärungsbedarf zwischen Case Managerin/Case Manager und patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt auf, so soll dieser durch ein Gespräch, Telefonat, Schriftverkehr oder im Rahmen eines Qualitätszirkels abgedeckt werden. Ein empfehlener sowie maximaler zeitlicher Rahmen für diese Abstimmungstätigkeiten soll nach der Pilotphase auf Basis von Erfahrungswerten festgelegt werden.

### 4.3.2. Versorgungsablauf

Zu Beginn der Versorgung im Netzwerk werden alle Patientinnen/Patienten (wenn möglich mit ihren pflegenden Angehörigen, Bezugspersonen oder vertretungsbefugten Personen) von einer Case Managerin/einem Case Manager in der Funktion der Beraterin/des Beraters kontaktiert. In diesem ersten Informationsgespräch werden grundlegende Informationen über das Netzwerk gegeben, Basisdaten erhoben und die Entscheidung über eine Aufnahme in das Case Management vorbereitet bzw. getroffen.

Danach kann die Case Managerin/der Case Manager zwei Funktionen übernehmen. Patientinnen und Patienten, welche sich für ein Case Management entschieden haben, werden von der Case Managerin/vom Case Manager in ihrer/seiner Funktion als Case Managerin/Case Manager betreut. Alle Patientinnen/Patienten, die kein Case Management in Anspruch nehmen, können bei Bedarf Beratung und Informationsvermittlung in Anspruch nehmen und werden in einem definierten Intervall kontaktiert, um einerseits auftretenden

<sup>69</sup> Rückmeldung, Hierzer, am 23.02.2010

Informationsbedarf abzudecken und andererseits eine mögliche Aufnahme in das Case Management abzuklären.

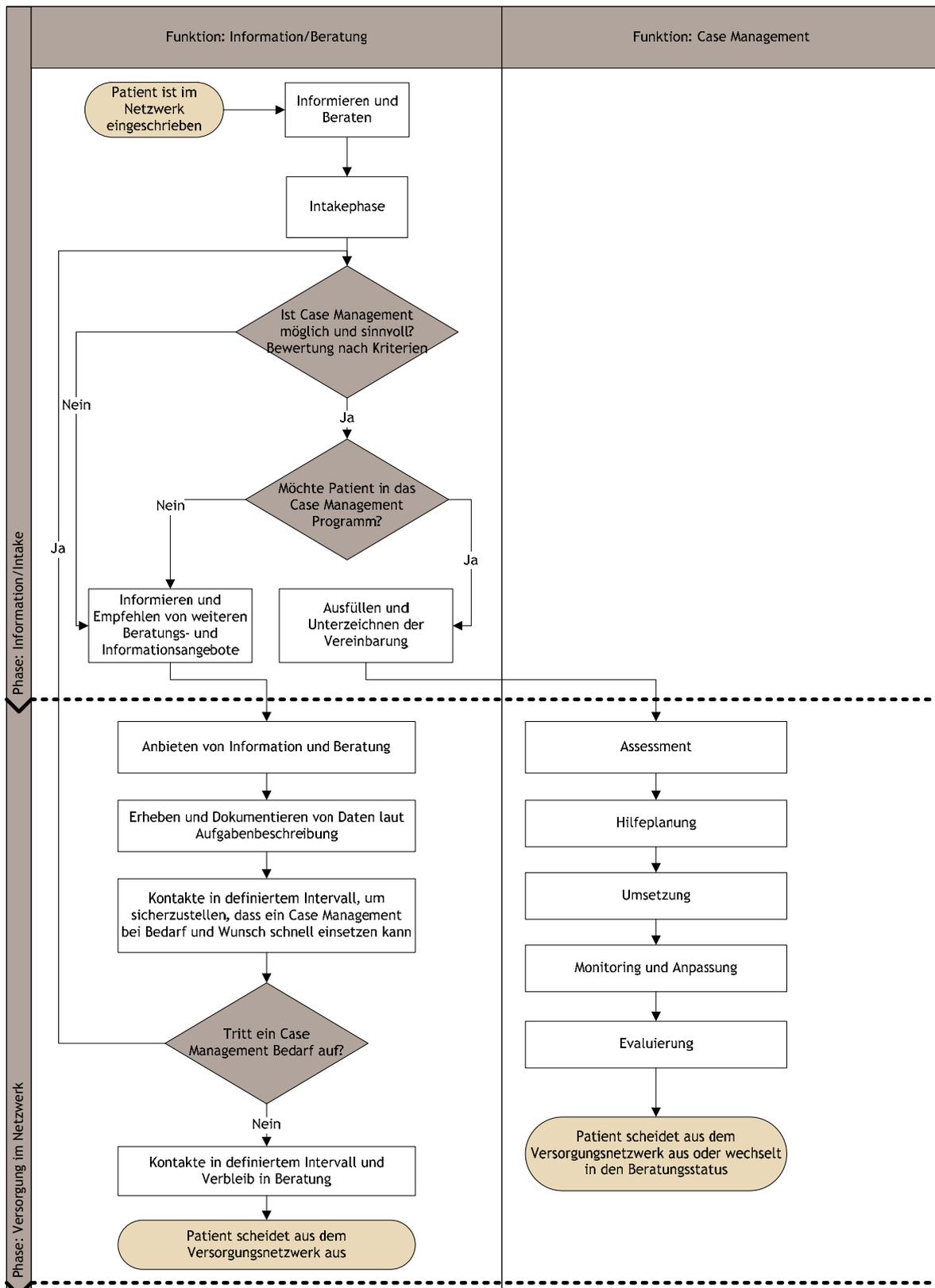


Abbildung 10 Versorgungsablauf Case Management/Beratung

### 4.3.3. Interventionsbereiche der Beratung

Folgende Interventionsbereiche werden in der Beratung abgedeckt:

- Information über die Ziele des Netzwerkes
- Ausgabe von Informationsmaterial des Netzwerkes im Rahmen von gezielten Beratungsgesprächen
- Beratung über Unterstützungsangebote (pflegerisch, sozial, finanziell, rechtlich)
- Hilfe bei Antragstellungen (Information, Verweis auf Stellen, welche operative Hilfe bei Antragsstellung bieten)
- Aufnahmeabklärung für das Case Management Programm
- Dokumentation von Daten
- Regelmäßiger Kontakt, Anlaufstelle bei Fragen
- Aufgaben im Bereich Empowerment (z.B. gezielte Informationsweitergabe im Rahmen von Beratungsgesprächen mit begleitenden Unterlagen, Vermittlung in Angehörigenschulungen oder zu Selbsthilfegruppen)

### 4.3.4. Interventionsbereiche des Case Managements<sup>70</sup>

Entsprechend dem Metaziel soll die häusliche Versorgungssituation von Menschen mit Demenz durch Fallsteuerung stabilisiert, verbessert und solange wie möglich aufrecht erhalten werden. Des Weiteren soll eine Koordinierung und Organisation des Versorgungsprozesses im Sinne der Integrierten Versorgung, die auf Kontinuität abzielt, erreicht werden. Darauf aufbauend können folgende Interventionsbereiche identifiziert werden:

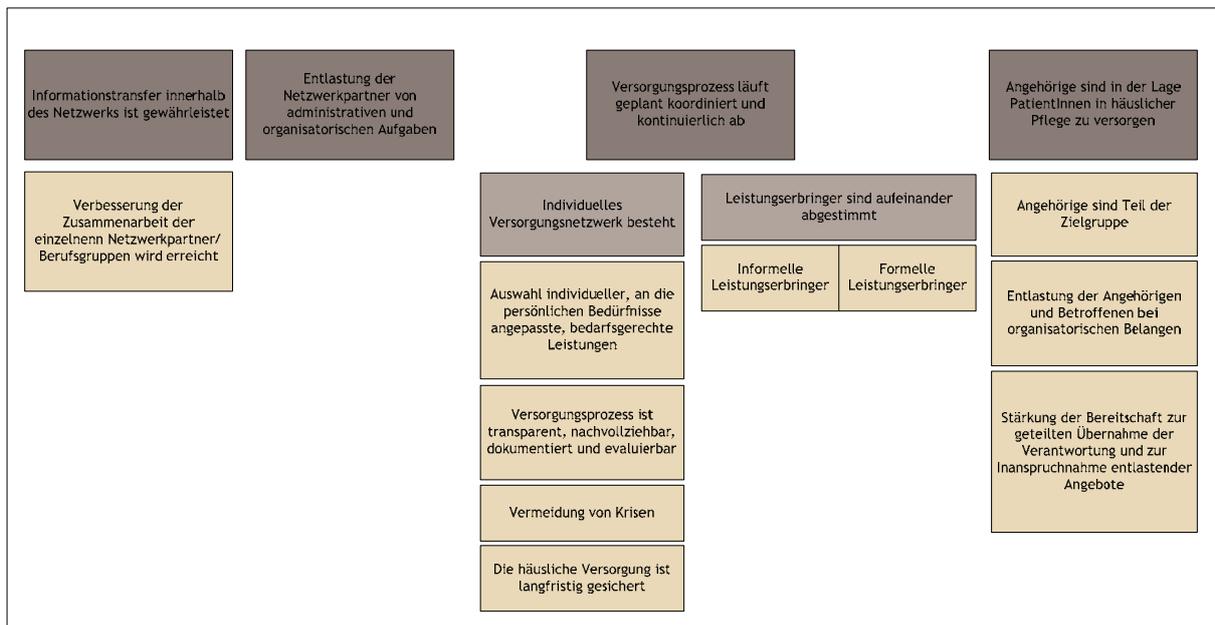


Abbildung 11 Interventionsbereiche und Erläuterungen

<sup>70</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

Die ersten beiden Interventionsbereiche (Informationstransfer und Entlastung der Netzwerkpartner) zielen darauf ab, die Koordination und Organisation des Versorgungsprozesses zu erreichen. Der Interventionsbereich „Versorgungsprozess läuft koordiniert ab“ trägt sowohl zur Koordination und Organisation des Versorgungsprozesses als auch zur Aufrechterhaltung häuslicher Pflege direkt bei. Der letzte Interventionsbereich (Angehörige sind in der Lage häusliche Pflege zu leisten) zielt auf die Aufrechterhaltung häuslicher Pflege ab.

Den Interventionsbereichen konnten folgende Ausprägungen zugeordnet werden:<sup>71</sup>

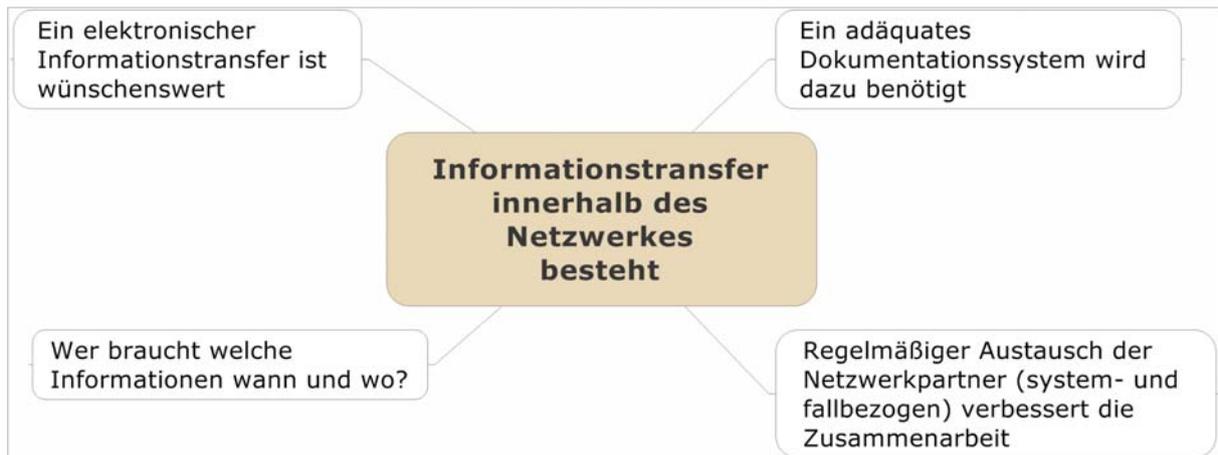


Abbildung 12 Ausprägungen: Informationstransfer innerhalb des Netzwerkes besteht

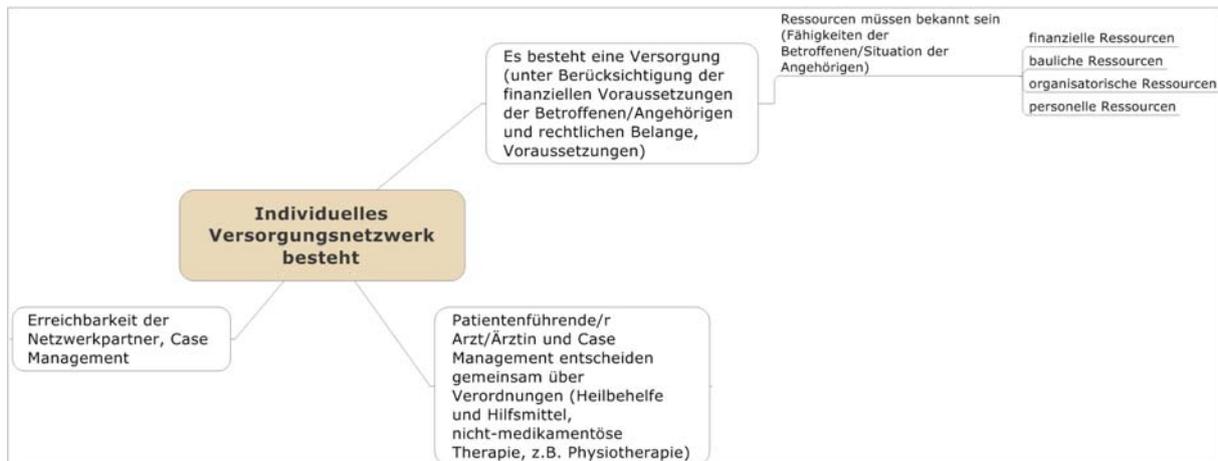


Abbildung 13 Ausprägungen: Individuelles Versorgungsnetzwerk besteht

<sup>71</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009



Abbildung 14 Ausprägungen: Leistungserbringer sind aufeinander abgestimmt

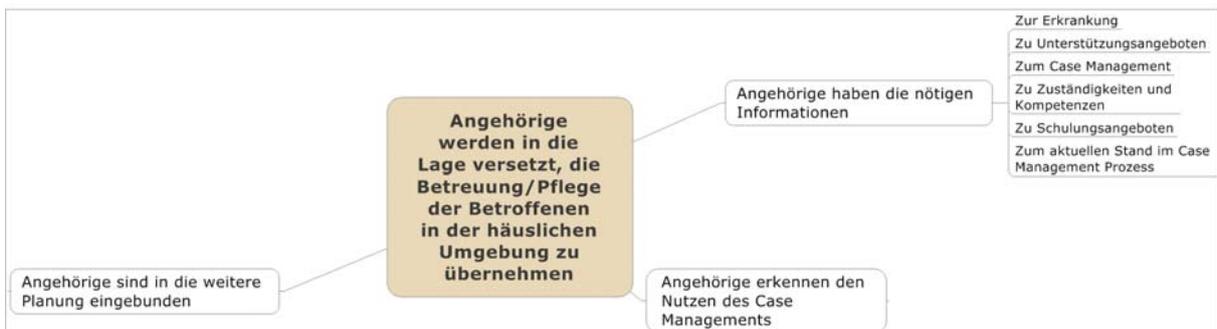


Abbildung 15 Ausprägungen: Angehörige werden in die Lage versetzt die Versorgung im häuslichen Umfeld durchzuführen

## 4.4. Case Management-Regelkreis

Der Case Management-Regelkreis umfasst Phasen, welche in der Literatur meist ähnlich bezeichnet werden<sup>72 73</sup> und im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ folgende Bezeichnungen erhalten:<sup>74</sup>

1. Intake
2. Assessment
3. Planung
4. Umsetzung
5. Monitoring und Anpassung
6. Evaluation

Diese Phasen folgen sinngemäß aufeinander, können aber in der Praxis zum Teil ineinander übergreifen.<sup>75</sup>

### 4.4.1. Intake<sup>76</sup>

#### 4.4.1.1. Ablauf

Unter Intake versteht man eine Grundberatung, ein erstes Informationsgespräch in dem auch mit einer Aufnahmeabklärung für das Case Management Programm begonnen wird.<sup>77</sup> Dieses Gespräch (bzw. eine Reihe von Gesprächen im Rahmen des Intakes) findet nach Vermittlung einer patientenführenden Ärztin/eines patientenführenden Arztes an eine Case Managerin/einen Case Managers statt. Die Zeitspanne zwischen Einschreibung und Vermittlung/Kontaktaufnahme einer Case Managerin/eines Case Managers soll nicht länger als maximal 30 Tage betragen, die Zeitspanne zwischen Kontaktaufnahme und Beginn der Intakephase nicht länger als maximal 14 Tage.

Im Rahmen des Intakes wird überprüft, ob es sich bei der Intervention um ein Case-Management handelt oder nicht. Grundlage dieser Überprüfung sind immer Kriterien. Für das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ konnten folgende Kriterien identifiziert werden:

<sup>72</sup> Riet & Wouters (2002). S. 99

<sup>73</sup> Wendt (2001). S. 97-99

<sup>74</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>75</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2004). S. 4

<sup>76</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>77</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 4-5

### Formal

- Diagnose Demenz muss vorliegen - die Patientin/der Patient muss in das Netzwerk eingeschrieben sein
- Zustimmung zum Case Management (Freiwilligkeit der Inanspruchnahme) und Bereitschaft, die Empfehlungen des Case Managements wahrzunehmen
- Keine stationäre Langzeitversorgung zum Zeitpunkt des Intakes

### Bedarfsbezogen

- Einschätzung des der Case Managerin/des Case Managers, dass eine Versorgung im niedergelassenen Bereich möglich ist
- Einschätzung der Case Managerin/des Case Managers, dass ein Case Management machbar ist
  - Wird ein Case Management wirklich gewünscht oder nur eine kurzzeitige Intervention bei Problemen?
  - Ist ein Case Management unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen im Einzelfall machbar? (Sind Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige kooperativ? Erhält das Case Management die Möglichkeit die Aufgaben zu erfüllen? Lassen sich die Beteiligten auf die Case Management-Vereinbarung ein?)
- Einschätzung der Case Managerin/des Case Managers, dass zumindest eines der folgenden zwei Kriterien erfüllt wird:
  - Ein pflegerischer Unterstützungsbedarf besteht
  - Ein sozialer Unterstützungsbedarf besteht

Ergänzend zu diesen Kriterien können die Anzahl der Stellen und Akteurinnen/Akteure, welche im aktuellen Versorgungsprozess aufeinander abgestimmt werden müssen, bzw. der Aspekt, ob zum Zeitpunkt der Prüfung der Kriterien Kommunikationsprobleme (z.B. mit einzelnen Dienstleistern) bestehen, überprüft werden. Die Betrachtung dieser Aspekte hilft der Case Managerin/dem Case Manager bei unklaren Situationen einzuschätzen, ob ein Case Management sinnvoll und machbar ist. Insbesondere der zweite Aspekt zeigt, ob ein Case Management nur kurzfristig zur Klärung akuter Probleme gewünscht wird oder tatsächlich ein gezieltes Case Management angestrebt wird.

Werden Patientinnen/Patienten nicht in das Case Management aufgenommen, kann eine Aufnahme bei Bedarf und Wunsch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. In einem zwischen Case Managerin/Case Manager und Patientin/Patient bzw. pflegenden Angehörigen/Bezugsperson vereinbarten Intervall, welches längstens sechs Monate beträgt, wird durch die Case Managerin/den Case Manager Kontakt zu den Betroffenen aufgenommen. Die Dauer des Intervalls kann bei Bedarf verkürzt werden. Patientinnen/Patienten, die nicht in das Case Management aufgenommen werden, erhalten grundlegende Informationen, Kontaktdaten und Öffnungszeiten von Informations- und Beratungsstellen sowie die Information, die Beraterin/den Berater (Case Managerin/Case Manager) bei Bedarf kontaktieren zu können. Sie werden bei Bedarf (wie auch Patientinnen/Patienten, die das Case Management Programm oder das Netzwerk verlassen möchten) an die entsprechenden Stellen in der Regelversorgung bzw. in der Netzwerkversorgung weitergeleitet.

Liegt eine Entscheidung für das Case Management, sowohl von der Case Managerin/dem Case Manager als auch von Patientinnen/Patienten bzw. deren vertretungsbefugten Angehörigen oder Sachwalterinnen/Sachwaltern vor, wird eine Vereinbarung unterzeichnet. In dieser Vereinbarung sind Rechte und Pflichten der Beteiligten geregelt. Mit dieser Vereinbarung übernehmen die Beteiligten das Metaziel und einigen sich darauf dieses zu verfolgen. Diese Vereinbarung wird nach dem Assessment jeweils um die persönliche Zielvereinbarung und den Hilfeplan ergänzt.

Unabhängig von der Aufnahme in das Case Management-Programm sind durch das Case Management, im Rahmen des Erstkontakts, folgende Daten für die Evaluation zu erheben:

- Derzeitige Wohn-, Versorgungs- und Pflegesituation
- Belastungssituation der pflegenden Angehörigen
- Wohnsituation der Patientin/des Patienten
- Fühlen sich Angehörige in Ihrer Situation unterstützt?
- Derzeitige Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen oder Angehörigenschulungen/Selbsthilfegruppen
- Evtl. soziodemographische Daten der Angehörigen (wird nur dem Netzwerkmanagement bekannt gegeben)

Diese Daten können zu einem großen Teil aus dem Basisassessment entnommen werden. Erhebungsinstrumente für die weiteren Daten sind im Konzept Qualitätsmanagement und Evaluierung beschrieben und werden vom Netzwerkmanagement zur Verfügung gestellt.

#### 4.4.1.2. Case Management Vereinbarung

Inhalt der Case Management Vereinbarung:

- Vertragspartner
- Metaziel
- Case Management-Rahmenbedingungen (Rechte und Pflichten der Beteiligten)
- Einwilligung der Case Managerin/des Case Managers, keine Interventionen ohne das Einverständnis der unterzeichnenden Person (Patientinnen/Patienten, Angehörige mit Vertretungsbefugnis, Sachwalterin/Sachwalter) zu setzen
- Einwilligung der unterzeichnenden Person (Patientinnen/Patienten, Angehörige mit Vertretungsbefugnis, Sachwalterin/Sachwalter), Interventionen im Pflege- und Sozialbereich nur in Abstimmung mit der Case Managerin/dem Case Manager einzuleiten
- Unterschrift von der Case Managerin/dem Case Manager
- Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. des vertretungsbefugten Angehörigen oder der Sachwalterin/des Sachwalters (als bindende Unterschrift)
- Unterschrift des pflegenden Angehörigen bei Patientinnen/Patienten, welche noch selbst geschäftsfähig sind, zur Erhöhung der Verbindlichkeit auch für den Angehörigen
- Beilage: Zielvereinbarung und Hilfeplan

#### 4.4.1.3. Meldung an das Care Management/Netzwerkmanagement<sup>78</sup>

Nach dem Beratungsgespräch bzw. nach der Intakephase erfolgt von der Case Managerin/vom Case Manager eine Meldung an das Care Management, ob im jeweiligen Fall ein Case Management durchgeführt wird oder nicht. Außerdem wird beim Care Management erfasst, welche Patientinnen/Patienten welcher Case Managerin/welchem Case Manager zugeordnet sind, sowohl für Beratung als auch für Case Management.

Sollte eine nicht-elektronische Datenmanagementlösung im Netzwerk umgesetzt werden, so ist die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt vom Case Management zu informieren, ob ein Case Management-Verhältnis besteht oder nicht. Kontaktdaten der Case Managerin/des Case Managers werden ebenfalls im Zuge der Information übermittelt. Bei zeitlicher Nähe kann diese Meldung bei Hilfeplanerstellung oder Übermittlung des Hilfeplans erfolgen.

#### 4.4.1.4. Datenerhebung und Dokumentation

Ein Teil des Assessments wird bereits im Rahmen des Intakes durchgeführt, um einerseits grundlegende Daten für eine spätere Auswertung aller Netzwerkpatientinnen/-patienten zu generieren und andererseits, um abwägen zu können, ob ein Case Management im vorliegenden Fall machbar bzw. nötig ist.

Jene Daten, die Teil des Assessments sind, und vorab erhoben werden sollen, sind in Tabelle 27 Basisassessment - Datenerhebung gekennzeichnet.

Jene Daten, die zusätzlich für die Projektevaluation erhoben werden müssen, sind im Abschnitt Aufgaben sowie detailliert im Datenmanagementkonzept festgehalten.

Assessmentdaten und Evaluationsdaten werden entweder im Datenmanagementsystem bzw. auf Dokumentationsbögen (bei Papierlösung) des Netzwerks oder in einem Case Management-System elektronisch erfasst.

#### 4.4.2. Assessment<sup>79</sup>

Das Assessment beginnt bereits im Zuge des Intakes, wo grundlegende Informationen zur Patientin/zum Patienten erhoben werden müssen, um einerseits abwägen zu können, ob ein Case Management angebracht bzw. nötig ist, und andererseits um grundlegende Daten für die Projektdokumentation zu gewinnen.

<sup>78</sup> Es ist angedacht, das Care Management und das Netzwerkmanagement in Personalunion zu implementieren.

<sup>79</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

Das Assessment dient als gründliche Ressourcen- und Netzwerkanalyse der zu betreuenden Person. Erhoben werden Informationen zur Patientin/zum Patienten, zu den Angehörigen bzw. Bezugspersonen sowie zum sozialen Umfeld. Außerdem muss die Interdisziplinarität in der Organisation der Versorgung sowie die Versorgung selbst abgeklärt werden. Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung des Assessments ist eine Vertrauensbasis, die zu Beginn geschaffen werden muss. Bei der Durchführung des Assessments ist Erfahrung ein wichtiger Aspekt. Sollte ein Kernteam das Assessment durchführen (weil z.B. die Case Managerin/der Case Manager aufgrund ihrer/seiner Ursprungsprofession nicht alle Bereiche abdecken kann), ist darauf zu achten, dass bei der Zielgruppe der an Demenz erkrankten Patientinnen/Patienten keine Überforderung hervorgerufen wird. Zu beachten gilt es weiters, dass bei allen Punkten auch die Sicht der Familienangehörigen bzw. Bezugspersonen und eventuell bereits vorhandener versorgender Professionen mit erfasst werden muss.<sup>80</sup>

Um eine Reduktion der Komplexität des Assessments zu erreichen, wird ein Zielfilter angewandt.<sup>81</sup> Dieser dient dazu, das Assessment auf relevante Bereiche einzuschränken.

Für das Case Management ist es wichtig zu wissen, welche Informationen für die eigene Tätigkeit essentiell sind, bzw. welche Informationen andere Leistungserbringer für ihre Arbeit benötigen. Die Ressourcen, die vorhandene Wohnsituation sowie bauliche und personelle Voraussetzungen müssen bekannt sein, um eine Versorgung im niedergelassenen Bereich zu planen.

#### 4.4.2.1. Basisassessment

In das Basisassessment soll - falls vorhanden - der Transferierungs- oder Situationsbericht aus den Krankenanstalten einfließen. Die Verpflichtung zur Bereitstellung von vorhandenen Transferierungs- oder Situationsberichten soll Bestandteil der Netzwerkvereinbarung sein.

Folgende Punkte decken den Basisinformationsbedarf ab (Basisassessment):

Assessment - Datenerhebung und Dokumentation	Ausprägung	Datengewinnung bei Intake
Angehörige (Bezugspersonen) und informelles Netzwerk		
Angehörige bzw. Bezugspersonen	(ja/nein, Art des Angehörigenverhältnisses, Name, Wohnort (Ort, im selben Haus ja/nein, im selben Haushalt lebend ja/nein)	
Familiäre Situation	(verheiratet, verwitwet, ledig, Kinder, Enkel, Wohnort der Kinder	

<sup>80</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>81</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

Vertrauenspersonen	und Enkel) (Name, Personenart [Nachbar, Freund, religiöse Gemeinschaft], Kontaktdaten)	
Kontaktperson	Name und Telefonnummer	
Erweitertes informelles Netzwerk/informelle Beteiligte	(z.B. Nachbarn, die Aufgaben übernehmen, etc.)	
Pflegegeld	(ja/nein, Stufe) - ev. schon durch Arzt dokumentiert	
Verfügungen und andere juristische Dokumente		
Sachwalterin/Sachwalter	(ja/nein, Name/Kontakt)	ja
Angehörige/Angehöriger mit Vertretungsbefugnis	(ja/nein, Name/Kontakt)	ja
<b>Lebenssituation</b>		
Wohnsituation: • Art der Wohnung • Mitbewohnerin/Mitbewohner	(Wohnung, Haus, Zimmer) (alleinlebend, mit Angehörigen, mit 24h-Pflege, betreutes Wohnen, mit Bekannten)	nein ja
Betreuung	(nein/ja, Angehörige nicht im Haus lebend, Angehörige im Haus lebend, Bekannte nicht im Haus lebend, Bekannte im Haus lebend, mobile Dienste, Tagesbetreuung, Nachtbetreuung)	ja
Betreuungsadresse	Freitext	
Muttersprache	(Sprachliste zur Auswahl)	
Sicherheit und Risiko	Bewertung mittels AEDL - sowie folgender Fragestellungen: Kann Person nach Betrachtung sicherheitsrelevanter Aspekte allein gelassen werden? (Weglaufgefährdung, Sturzgefährdung, Aspirationsgefahr, Compliance bei der	

<p>Haustiere</p> <p>Biographie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beruf</li> <li>• Ausbildung</li> <li>• Hobbys</li> </ul>	<p>Medikamenteneinnahme, Gefahrenquellen im unmittelbaren Umfeld - Wohnungsinneres sowie nähere Umgebung - Möglichkeit, dass Person alleine bleibt, wenn ja, wie lange?) Antwortkategorien jeweils ja/nein für Basisassessment. Weitere Spezifikationen individuell im erweiterten Assessment</p> <p>(Anzahl (0-N), Art - Auswahl aus Liste)</p> <p>(Auswahl aus Liste)</p> <p>(Auswahl aus Liste)</p> <p>(Auswahl aus Liste)</p>	
<p>Wirtschaftliche Situation</p>	<p>erhält Wohnbeihilfe erhält Heizkostenzuschuss erhält Sozialhilfe benötigt keine Unterstützung</p>	
<p>Formelle Beteiligte</p> <p>Involvierte Leistungserbringer - welche haben die Patientin/den Patienten schon jemals versorgt, mit ihm gearbeitet</p> <p>Unterstützungsleistungen (mobile Dienste, etc. - Zuständigkeiten)</p>	<p>Liste zur Auswahl der Art der Leistungserbringer für alle Bundesländer gleich und Liste zur Auswahl der Anbieter - bundeslandspezifisch, Optional: Kontaktperson/Betreuungsperson</p>	<p>ja</p>
<p>IADL und AEDL nach Krohwinkel</p>	<p>Kategorisierung je nach gewähltem Instrument</p>	<p>ja</p>

Tabelle 27 Basisassessment - Datenerhebung

#### 4.4.2.2. Bewertungskategorien der IADL und AEDL

Felddefinitionen für die Dokumentation (und Erhebung) der IADL und AEDL werden im Rahmen des Informations- und Datenmanagements erarbeitet. Im Anhang befinden sich diese Felddefinitionen.

#### 4.4.2.3. Erweitertes Assessment

Zusätzlich zum Basisassessment sollen im Laufe der Betreuung weitere betreuungsrelevante Informationen erhoben und dokumentiert werden, um je nach Berechtigung, den Akteurinnen/Akteuren im Netzwerk zur Verfügung zu stehen bzw. für Auswertungen herangezogen werden zu können.

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügungen

Sollte die Case Managerin/der Case Manager zusätzlich zu den im Netzwerk erforderlichen Informationen weitere Punkte im Assessment erheben, um ein differenzierteres Bild vom jeweiligen Fall zu bekommen, so soll für diesen Teil des Assessment das Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC 2.0) herangezogen werden. Dieses wird in einigen Bundesländern von mobilen Diensten verwendet und ist ein valides Instrument.<sup>82</sup>

Die Datenerhebung im Rahmen des Assessments kann entweder durch die Case Managerin/den Case Manager selbst erfolgen (sofern diese/dieser dafür die nötige Qualifikation/Expertise verfügt) oder in Kooperation mit beteiligten mobilen Diensten (durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger) erfolgen.

#### 4.4.2.4. Datenerhebung und Dokumentation (Umsetzung der Dokumentation)

Assessmentdaten und Evaluationsdaten werden entweder im Datenmanagementsystem oder in einem Dokumentationssystem des Case Managements elektronisch erfasst.

#### 4.4.2.5. Zeitvorgaben

Es wurde diskutiert, ob zeitliche Vorgaben für das Vervollständigen des Assessments benötigt werden. Hier wurde vorgeschlagen, keine zeitliche Begrenzung festzulegen, sondern diesen Punkt an Zielen festzumachen. Das Basisassessment müsste demnach so schnell abgeschlossen sein, wie es nötig ist, um die Zielerreichung sicherzustellen. Ein weiterer Vorschlag war es, das Basisassessment abzuschließen, bevor Maßnahmen geplant werden können.

Aufbauend auf das Basisassessment soll - abhängig von der Fragestellung bzw. der Versorgungssituation - auf mehreren Ebenen in die Tiefe gegangen werden können. Wichtig im Dokumentationssystem ist es, alle gewonnenen Informationen nachvollziehbar (z.B. mit Kopien von Dokumenten, Bescheiden, usw. -soweit vorhanden) zu hinterlegen.<sup>83</sup>

#### 4.4.2.6. Zusätzliche im Netzwerk verfügbare Daten

Folgende Daten sind zusätzlich im Informations- und Datenmanagementsystem des Netzwerks enthalten. Das Case Management ist für die Erfassung bzw. Vollständigkeit einiger Daten (siehe Konzeptteil Informations- und Datenmanagement) verantwortlich und kann

<sup>82</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>83</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

auf die jeweils planungsrelevanten Daten für die betreffende Patientin/den betreffenden Patienten zugreifen.

Datenbedarf	
Stammdaten	Name
	SVNR
	Geburtsdatum
	Versicherungsträger
	Adresse
	Telefonnummer
	Geschlecht
	Auflistung der Ärztinnen/Ärzte der Patientin/des Patienten und deren Rollen
	Case Managerin/ Case Manager (ja/nein, Name/Kontakt)
Medizinische Dokumentation	Involvierte Leistungserbringer
	Verdachtsdiagnosen und Fragestellungen für Überweisungen
	Überweisungen/Zuweisungen
	Diagnosen
	Diagnose Demenz (Typ und Grad)
	MMSE
	Allergien
	Größe
	Gewicht
	BMI
	Vorhandene Facharztbefunde
	Medikation
	Risiken
	Dekurs - Freitextfeld inkl. Erstellungsdatum
Dekurs - Freitextfeld für medizinisch-technische Dienste inkl. Erstellungsdatum	
Sozial- und Pflegeanamnese	Hautschäden
	Nicht medikamentöse Therapien

Tabelle 28 Datenverfügbarkeit im Netzwerk

### 4.4.3. Planung

#### 4.4.3.1. Datenanalyse

Voraussetzung für die Planung des Case Managements bzw. der Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen ist die Auswertung und Analyse der Daten des Assessments.<sup>84</sup> Nach der Auswertung des Assessments werden benötigte und verfügbare Hilfsangebote erhoben.<sup>85</sup> Hierbei sollen zuerst Hilfsangebote aus dem Netzwerk und erst in zweiter Linie, wenn der Bedarf im Netzwerk nicht abgedeckt werden kann, Leistungen außerhalb des Netzwerks berücksichtigt werden.

#### 4.4.3.2. Zielvereinbarung

Auf Basis des Assessments werden gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten den vertretungsbefugten Personen bzw. pflegenden Angehörigen/Bezugspersonen Ziele vereinbart, die dann durch geeignete Maßnahmen erreicht werden.<sup>86</sup> Zu beachten gilt, dass die Ziele mit der Lebensplanung und den Lebensvorstellungen der Patientinnen/Patienten sowie - falls vorhanden - ihren/seinen pflegenden Angehörigen vereinbar sind. Nur wenn vermieden wird, dass die Ziele Widerstand oder Resignation bzw. Teilnahmslosigkeit auslösen, kann ein auf den Zielen aufbauender Hilfeplan effektiv umgesetzt werden.<sup>87</sup> Darüber hinaus müssen voraussichtliche Kosten, die mit den Zielen verbunden sind, bereits zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung den Patientinnen/Patienten oder vertretungsbefugten Angehörigen mitgeteilt werden, um eine realistische, auf die wirtschaftliche Situation der Patientinnen/Patienten angepasste Ziel- und Hilfeplanung vornehmen zu können.<sup>88</sup>

Die Zielvereinbarung kann (muss aber nicht) im Rahmen einer Teamsitzung mit der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt, den Angehörigen, sowie den Patientinnen/Patienten durchgeführt werden. Vom Case Management wird in solchen Sitzungen ein Zielvorschlag eingebracht und im Anschluss diskutiert. Somit erhält die Case Managerin/der Case Manager einen fachlich abgestimmten Auftrag.<sup>89</sup>

Ziele müssen realistisch sein und so konkret formuliert werden, dass alle Beteiligten verstehen, was mit ihnen gemeint ist. Außerdem dient die explizite Angabe von Zielen ihrer Überprüfbarkeit. Nach Möglichkeit soll den Zielen jeweils eine Zeitraumangabe beigefügt werden, die vorgibt, bis wann ein Ziel erreicht werden soll. Zweck der Zielvereinbarung ist es, der Hilfeplanung eine Richtung zu geben.<sup>90</sup> Um diesen Zweck erfüllen zu können, werden aus den Zielen Teilziele formuliert. Hierbei wird die benötigte Hilfe und Unterstützung näher spezifiziert, um die Resultate tatsächlich realisieren zu können.<sup>91</sup>

<sup>84</sup> Engels & Engel (2000). S. 20ff

<sup>85</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>86</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 1-10

<sup>87</sup> Wendt (2001). S. 119

<sup>88</sup> Anmerkung zum Konzept vor 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010, Meldung, Hierzer, 23.02.2010

<sup>89</sup> Anmerkung zum Konzept vor 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010, Meldung, Hierzer, 23.02.2010

<sup>90</sup> Wendt (2001). S. 119f

<sup>91</sup> Riet et al. (2002). S. 189

Die Zielvereinbarung ist in jedem Fall durch die Case Managerin/den Case Manager der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt zu übermitteln, damit diese/dieser über die Ziele im Sozial- und Pflegebereich informiert ist und eine Kooperation ermöglicht wird.<sup>92</sup> Ein Einspruch der Ärztin/des Arztes ist somit möglich und eine Stimmigkeit kann, sofern kein Einspruch vorliegt, vom Case Management erwartet werden.<sup>93</sup>

#### 4.4.3.3. Hilfeplanung

Die Planung baut auf einer Analyse der gesammelten Daten auf. Es erfolgt eine Festlegung der konkreten Versorgungsziele in Absprache mit der/dem Patientin/Patienten, Klientin/Klienten; dabei werden die Wünsche der Patientin/des Patienten und gegebenenfalls der pflegenden Angehörigen berücksichtigt. Am Ende der Planungsphase ist bekannt, wie die im Assessment erhobenen Ressourcen eingesetzt und die individuellen Probleme und Defizite verbessert oder beseitigt werden können.<sup>94</sup>

Die Planung der Hilfeleistungen im Case Management ist ein Prozess, der meistens nicht in einem Schritt zu erledigen ist.<sup>95</sup>

In einem ersten Schritt werden anhand der Ziele und Teilziele benötigte Leistungen ausgewählt. Diese Ziele müssen mit einem Termin versehen werden. Anschließend werden die Aktivitäten und Maßnahmen geplant und die Herangehensweise mit den an der Versorgung und Betreuung beteiligten Partnern abgestimmt (Patientinnen/Patienten, Angehörige, Fachkräfte, etc.). Insbesondere bei der Planung von Leistungen, für welche die Case Managerin/der Case Manager über keine entsprechende Vorbildung verfügt, müssen entsprechenden Spezialistinnen/Spezialisten/Organisationen bereits bei der Planung mit einbezogen werden. Bei Bedarf kann die Abstimmung der Hilfsangebote im Rahmen einer Helferkonferenz stattfinden. Die Hilfeplanung schließt Absprachen über eine Aufgabenverteilung mit ein. Formelle und informelle Unterstützungen müssen aufeinander abgestimmt werden. Jede/jeder Beteiligte übernimmt einen Teil der Verantwortung und Aufträge werden fixiert. Dieser Teil der Hilfeplanung ist die Grundlage für das Monitoring und ermöglicht der Case Managerin/dem Case Manager, die Einhaltung von geplanten Leistungen auch einzufordern.<sup>96 97 98</sup>

Ein Diagramm zur Darstellung der Termine bzw. Dringlichkeit der Ziele sowie der zugehörigen Maßnahmen und Aktivitäten kann sowohl als Planungstool als auch als Grundlage für das Monitoring dienen.<sup>99</sup>

<sup>92</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>93</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 16.04.2010

<sup>94</sup> Engel et al. (2000). S. 20ff

<sup>95</sup> Wendt (2001). S. 120

<sup>96</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>97</sup> Wendt (2001). S. 121

<sup>98</sup> Riet et al. (2002). S. 192

<sup>99</sup> Riet et al. (2002). S. 193

Ein Hilfeplan ist eine verknüpfte Darstellung von Bedürfnissen, Zielen, Teilzielen, Aktivitäten und möglichen Resultaten. Im letzten Teil des Hilfeplans sind daher die angestrebten Veränderungen dargestellt.<sup>100</sup>

Das formale Ergebnis der Phase Planung ist ein Schriftstück, welches dokumentiert, wovon in der Planung ausgegangen wurde, was verabredet wurde und vorgesehen wird.<sup>101</sup> Dieser Hilfeplan beinhaltet:

- Zielperson(en)
- Name der Case Managerin/des Case Managers
- Bedürfnisse der Patientin/des Patienten (bzw. der Angehörigen)
- Ziele (im Bezug auf die einzelnen Bedürfnisaspekte)
- Prioritäten bzw. Reihenfolge
- Teilziele
- Zeitbezug für Ziele und Teilziele (Termin für Zielerreichung)
- Hilfeplan und Methodik: Maßnahmen und Aktivitäten zur Zielerreichung und Herangehensweise bzw. Ablaufplanung
- Zeitbezug für Maßnahmen und Aktivitäten (Termine)
- Beteiligte (informelle und formelle Hilfs-, Unterstützungs- und Versorgungsangebote)
- Verteilung der Verantwortung/Aufgaben - Dokumentation der Vereinbarungen
- Angestrebte Veränderungen
- Zeitpunkt und Art der Überprüfung des Versorgungsverlaufs

Dieses Schriftstück wird von den Patientinnen/Patienten bzw. vertretungsbefugten Angehörigen (bzw. bei Vorhandensein einer Sachwalterschaft von der Sachwalterin/vom Sachwalter) und von der Case Managerin/vom Case Manager unterzeichnet. Die Hilfeplanung ist der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt zur Information zu übermitteln.

Sind die Ziele eines Hilfeplans erreicht und zu diesem Zeitpunkt kein weiteres Case Management nötig, so erhalten Patientinnen/Patienten einen „ruhend“-Status in der Case Management-Software und der Administrationssoftware, welcher jederzeit durch einen Anlassfall wieder in einen „aktiv“-Status umgewandelt werden kann.

#### 4.4.4. Umsetzung

In der Durchführungsphase erfolgt die Umsetzung des individuell erstellten Versorgungsplans. Das Case Management leistet die geplanten Hilfen und Behandlungen nicht selbst, sondern lenkt den Ablauf des Hilfeplans. Diese beinhaltet sowohl Unterstützung bei der Organisation von notwendigen Veränderungen im Bereich der Wohnung, als auch Vertragsabschlüsse mit geeigneten Dienstleistungsanbietern im pflegerischen und sozialen Bereich.

<sup>100</sup> Riet et al. (2002). S. 193

<sup>101</sup> Wendt (2001). S. 120

Außerdem koordiniert die Case Managerin/der Case Manager (falls notwendig) andere Anbieter. Die Case Managerin/der Case Manager ist in dieser Phase Ansprechpartner für Patientinnen/Patienten und Dienstleister gleichermaßen.<sup>102 103</sup>

Zur Umsetzung des Hilfeplans wird ein Ausführungsteam (wenn möglich im Rahmen des Netzwerks) gebildet. Dieses kann/soll je nach Bedarfslage interdisziplinär besetzt sein und soll, sofern die Patientinnen/Patienten bzw. die Angehörigen dazu in der Lage sind, auch diese beinhalten. Unterschieden werden kann zwischen:<sup>104</sup>

- Ausführungsteams, die im Rahmen des Netzwerks in ihrer vorliegenden Zusammensetzung nur für eine individuelle Patientin/einen individuellen Patienten zuständig sind
- Ausführungsteams, die für mehrere Patientinnen/Patienten mit z.B. gleicher oder ähnlicher Bedarfslage vorgesehen sind und daher auf unbestimmte Zeit gebildet werden

Ziel der Teambildung im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist es, die jeweils an der Versorgung einer Patientin/eines Patienten beteiligten Akteure miteinander bekannt zu machen und einen Kontakt zwischen Ihnen aufzubauen, sofern dieser noch nicht durch die Zusammenarbeit im Netzwerk besteht. Im Netzwerk wird dieser Kontakt durch verschiedene Interventionen wie Netzwerktreffen, gemeinsame Schulungen und Qualitätszirkel generell gefördert, soll aber für den Einzelfall nochmals intensiviert werden. Es ist notwendig, dass die beteiligten Akteure voneinander wissen, um im Bedarfsfall Kontakt aufnehmen zu können und auch die Versorgungsleistungen aufeinander abstimmen zu können. Im Zuge der Umsetzungsphase ist es Ziel, dass der Koordinierungs- und Vermittlungsaufwand der Case Managerin/des Case Managers zwischen den Leistungsanbietern schrittweise zurückgeht und durch die Netzwerkstruktur ersetzt wird.

#### 4.4.5. Monitoring und Anpassung

Monitoring wird dann vom Case Management eingesetzt, wenn der Hilfeplan fertig gestellt ist, und sich die ersten Maßnahmen in der Umsetzung befinden. Überprüft wird, ob der Hilfeplan mit der Situation der Patientin/des Patienten noch in Einklang steht oder ob Veränderungen erforderlich sind. Im Hinblick auf die Zielgruppe des Projekts ist zu erwarten, dass sich die Problemsituation bzw. die Umstände (z.B. familiäre Situation) ändern, und daher die Hilfsangebote und Dienstleistungen angepasst werden müssen. Die überprüfende und überwachende Funktion (Monitoring) hierbei wird vom Case Management übernommen und bei Patientinnen/Patienten, welche den Status „aktiv“ haben, nach Bedarf, zumindest aber quartalsweise, durchgeführt. Patientinnen/Patienten mit dem Status „ruhend“ werden nicht im Rahmen des Monitorings sondern im Rahmen der regelmäßigen Kontaktaufnahmen, welche nach Vereinbarung mit den Patientinnen/Patienten bzw. mit den Angehö-

<sup>102</sup> Engel et al. (2000). S. 20ff

<sup>103</sup> Wendt (2001). S. 124

<sup>104</sup> Riet et al. (2002). S. 205f

rigen/Betroffenen, mindestens aber halbjährlich stattfinden müssen, betreut.<sup>105</sup> <sup>106</sup> Bei einer erneuten „Aktivsetzung“ muss ein neuer Hilfeplan erstellt werden.<sup>107</sup>

Während der Durchführungsphase ist das Monitoring besonders wichtig. Einerseits wird die Qualität des Case Managements kontrolliert, d.h. z.B. eine Beurteilung durchgeführt, ob die richtigen Maßnahmen geplant wurden. Andererseits wird auch der Zustand der Patientin/des Patienten überwacht. Bei eventuellen Änderungen des Zustandes (z.B. Verletzungen, Verlust von Fähigkeiten, wie z.B. Kochen, etc.) oder der Bedingungen im Umfeld der Patientin/des Patienten kommt es zum „Re-Assessment“: hier wird die neue Bedarfslage der Patientin/des Patienten erfasst, notwendige Hilfen neu geplant, umgesetzt und wieder überwacht.<sup>108</sup> <sup>109</sup> <sup>110</sup>

Im Monitoring des Case Managements im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ werden, basierend auf Riet & Wouters sowie den Ergebnissen der Arbeitsgruppensitzungen folgende Punkte beurteilt:<sup>111</sup> <sup>112</sup>

- Angemessenheit/Eignung des Plans
- Resultat anhand der Zielerreichung (Zielerreichungsgrade: absolut/teilweise/nicht erreicht)
- Indirekt: Qualität der Leistung (Die Qualität der einzelnen durch die Gesundheits- und Sozialdienstleister erbrachten Leistungen soll nicht bewertet werden, es ist aber davon auszugehen, dass eine indirekte Bewertung unbewusst stattfinden wird und sich z.B. durch vermehrte oder verringerte Zusammenarbeit zeigen wird)<sup>113</sup>

Grundsätzlich gibt es zwei Herangehensweisen um ein Monitoring durchzuführen.<sup>114</sup>

#### 4.4.5.1. Der informell-qualitative Zugriff

Bei diesem Ansatz wird Monitoring ohne formale Instrumente und Mittel durchgeführt. Case Managerinnen/Case Manager erkundigen sich nach dem Stand der Dinge, lesen Berichte, holen telefonische Informationen ein und nehmen Anpassungen vor, wenn sie Probleme entdecken.<sup>115</sup>

<sup>105</sup> Riet et al. (2002). S. 227

<sup>106</sup> Bericht der Vorgehensweise im Monitoring der Schädel Hirn Trauma Lobby von Heinz Hierzer, MAS,

<sup>107</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>108</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>109</sup> Engle et al. (2000). S. 20ff

<sup>110</sup> Wendt (2001). S. 120

<sup>111</sup> Riet et al. (2002). S. 230

<sup>112</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>113</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

<sup>114</sup> Riet et al. (2002). S. 229

<sup>115</sup> Riet et al. (2002). S. 229

#### 4.4.5.2. Der formell-quantitative Zugriff

Bei dieser Art des Monitorings verwendet die Case Managerin/der Case Manager nicht die eigenen Eindrücke und Urteile sondern standardisierte Verfahren zur Informationsgewinnung. Mögliche Mittel zur Informationsgewinnung sind:

- Strukturierte Fragebögen oder Interviewleitfäden
- Strukturierte Checklisten zur Beurteilung von Berichten
- Standardisierte funktionelle Skalen zur Erfassung der Entwicklung der Patientinnen-/Patientensituation<sup>116</sup>

#### 4.4.5.3. Monitoring Instrumente

Zur Bewertung der Angemessenheit des Hilfeplans (wie hilfreich eine Maßnahme im Bezug auf die Zielerreichung ist) sollen bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ folgende Methoden von der Case Managerin/vom Case Manager angewendet werden:

	Soziales Netzwerk	Professionelle Hilfe
Informell qualitativ	<p>Erfasst wird, welchen Beitrag das soziale Umfeld (Familie, Nachbarn) zur Erreichung des Hilfeplans hat. Beobachtet wird, ob und in welcher Weise die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten mit den Leistungen des sozialen Netzwerks in Einklang stehen.</p> <p>Techniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informelle Begegnungen</li> <li>• Unstrukturierte Fragen</li> <li>• Telefonische Kontakte</li> </ul>	<p>Das Handeln der Fachkräfte wird im Monitoring beleuchtet. Betrachtet werden: Erfüllen der vereinbarten Leistungen und Resultat (Bewertung des Beitrags zur Zielerreichung).</p> <p>Techniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informelle Zusammenkünfte</li> <li>• Punktuelle Besuche der Einrichtung</li> <li>• Telefonische Kontakte</li> <li>• Lesen der Berichte</li> </ul>

Tabelle 29 Monitoringmodelle<sup>117</sup>

Außerdem sind bei Bedarf Teile des Assessments als Re-Assessment anzuwenden.

<sup>116</sup> Riet et al. (2002). S. 229f

<sup>117</sup> Riet et al. (2002). S. 232f

Zur Bewertung der Resultate anhand der Zielerreichung sollen Indikatoren verwendet werden.

Ziel	Indikator
Metaziel im Quartal (bei aktivem Case Management)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Heimeinweisung = 100%</li> <li>• Vorübergehende Aufnahmen in Langzeitpflegeeinrichtungen (außer zur Kurzzeit- oder Urlaubspflege) führen zu einem Prozentpunkteabzug: Pro Aufenthaltstag Abzug von 1,11 Prozentpunkten<sup>118</sup></li> <li>• Zur Bewertung werden die Zeiträume jeweils ein Quartal im Nachhinein betrachtet. Nach einer Heimaufenthaltszeit von mehr als einem Quartal wird die Patientin/der Patient aus dem Case Management ausgeschieden.</li> </ul>
Metaziel gesamt (Summe der aktiven Case Management Phasen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung des Durchschnittsprozentsatzes aller Quartale (wird abschließend im Rahmen der Fallevaluation durchgeführt)</li> </ul>
Individualziele pro Quartal bei aktivem Case Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absolute Erreichung</li> <li>• Teilweise Erreichung</li> <li>• Nicht Erreichung</li> </ul> <p>Ob bzw. in wie weit Ziele erreicht wurden, wird sowohl durch Angehörige als auch Patientinnen/Patienten und die Case Managerin/den Case Manager beurteilt.</p> <p>Gesamt sollt berechnet werden, wie viel % von den gesamt vereinbarten Zielen erreicht wurden.</p>

Tabelle 30 Bewertungsschema Zielerreichung

Um beurteilen zu können, welche Ergebnisse als zufriedenstellend oder nicht-zufriedenstellend zu bewerten sind, können entweder der Durchschnitt der Werte der jeweils betreuten Patientinnen/Patienten oder eine durch die Care Managerin/den Care Manager für die gesamte Region erstellte Benchmark herangezogen werden. Um eine Erstellung der Benchmark zu ermöglichen, müssen die Daten an das Care Management übermittelt werden. Eine einheitliche Vorgehensweise soll im ersten Pilotprojekt erprobt werden.

<sup>118</sup> Als Basiswert diente ein Quartal mit 90 Tagen. Der Prozentwert entspricht somit dem Wert von einem Tag im Quartal wenn das Quartal mit 100% bewertet wird.

Zusätzlich können die Daten aus den Feedbackberichten (Krankenhausaufenthaltsstage der Patientinnen/Patienten in der Teilregion) des Netzwerkmanagements an die einzelnen Teilregionen interpretiert werden bzw. Daten der gesamten Projektregion gegebenenfalls als Benchmark herangezogen werden.

#### 4.4.5.4. Vorgehensweise

In einem ersten Schritt werden, wie oben dargestellt, Daten erhoben und Informationen eingeholt. Die gewonnenen Informationen werden geplanten Maßnahmen und dem Zeitplan des Hilfeplans sowie den aktuellen Bedürfnissen der Patientin/des Patienten gegenübergestellt und bewertet, ob und in welcher Form eine Anpassung vorgenommen werden muss. Sollte ein Defizit in der Versorgung mit Hilfs- oder Unterstützungsleistungen aufgezeigt werden, wird ein Re-Assessment durchgeführt und eine Anpassung des Hilfeplans sowie in weiterer Folge der Leistungen vorgenommen. Auch eine mögliche Zielerreichung kann dokumentiert werden und eine abschließende Evaluation eingeleitet werden. Sind alle Ziele erreicht, und zum Zeitpunkt der Erhebung keine neuen Bedarfslagen aufgetreten, so werden Case Management Patientinnen/Patienten „ruhend“ gesetzt. Bei Auftreten eines neuen Bedarfs kann dieser Status nach entsprechendem Assessment wieder „aktiv“ gesetzt werden.

#### 4.4.6. Evaluation

Im Zuge der Evaluation werden sowohl der Case Management-Prozess als auch die Ergebnisse dieses Prozesses bewertet. Die Evaluation im Rahmen des Case Management-Regelkreises liegt im Zuständigkeitsbereich der Case Managerin/des Case Managers.<sup>119 120</sup>

Evaluiert werden folgende Schwerpunkte:<sup>121</sup>

- Hilfeplan im Bezug auf Zielerreichung und Resultate (Zusammenführung der Ergebnisse aus dem Monitoring)
- Arbeitsmethoden und das Funktionieren der Zusammenarbeit des Versorgungsteams; Feststellung, ob die Kooperation des Case Managements mit den Leistungserbringern funktioniert hat
- Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten bzw. deren Angehörige/Bezugspersonen
- Gründe für vorzeitigen Abbruch
- Qualität des Case Managements<sup>122 123</sup>

Die Evaluation soll folgenden Rahmenbedingungen folgen, muss aber jeweils auf den individuellen Fall angepasst werden. Eine Evaluation bildet den Abschluss des Case Management Prozesses. Ein Abschluss liegt dann vor, wenn die gesetzten Ziele erreicht wurden, oder diese nicht mehr weiterverfolgt werden (z.B. durch Auflösung der Case Management

<sup>119</sup> Engel et al. (2000). S. 20ff.

<sup>120</sup> Riet et al. (2002). S. 239.

<sup>121</sup> Riet et al. (2002). S. 240.

<sup>122</sup> Wissert. (2008). S. 98f. zit. n. Ribeiro (2010). S. 28f

<sup>123</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

Vereinbarung, Wunsch, ökonomische Gründe, Netzwerkaustritt, etc.).<sup>124</sup> Demnach ist im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ eine Evaluation auch bei jeder „Ruhendsetzung“ vorgesehen. Im Rahmen der Evaluation soll jeweils pro Fall ein kurzer Evaluationsbericht für die Dokumentation der Case Managerin/des Case Managers angefertigt werden.<sup>125</sup> Zusätzlich soll dieser Evaluationsbericht dem Care Management übermittelt werden. Dieser Evaluationsbericht soll neben den genannten Schwerpunkten folgenden Aufbau aufweisen (Eine Vorlage wird vom Care Management zur Verfügung gestellt):

- Name der Case Managerin/des Case Managers (ggf. Nummer)
- Name, Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer der Patientin/des Patienten
- Datum der Unterzeichnung der Case Management-Vereinbarung
- Grund für Evaluationsbericht: Ruhendsetzung oder Beendigung des Case Management-Verhältnisses inkl. Grund für Beendigung
- Laufende Nummer des Berichts (erste Ruhendsetzung = Bericht Nr. 1, 2. Ruhendsetzung = Bericht Nummer 2, Abschluss durch Beendigung, z.B. Überführung in eine Langzeiteinrichtung = Bericht Nummer 3)

Zusätzlich zur Fallevaluation sollen im Evaluationsbericht Veränderung der Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Angehörigen mit erhoben werden. Es handelt sich dabei um einen Indikator, der anzeigt, warum eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr tragbar ist.

Die im Folgenden dargestellten Evaluationsbereiche sollen mit einem möglichst geringen Zeitaufwand bearbeitet werden. Die Darstellung der Ergebnisse der Evaluation soll kurz und prägnant gehalten werden.

#### 4.4.6.1. Hilfeplan im Bezug auf Zielerreichung und Resultate

Im Hilfeplan ist ein Ablaufplan (Prozessdarstellung) enthalten. Dieser stellt Ziele, Maßnahmen sowie jeweils relevante Termine dar. Der erste Schritt der Evaluation ist es, den Plan mit den tatsächlich eingetretenen Ereignissen zu vergleichen, wobei Veränderungen (z.B. Bedürfnisänderungen, welche zur Folge hatten, dass nicht alle Maßnahmen oder Ziele, die ursprünglich definiert wurden, auch tatsächlich umgesetzt wurden) mitbeachtet werden müssen.<sup>126</sup>

Zur praktischen Umsetzung der Evaluationsanforderung können Checklisten herangezogen werden, welche jeweils auf den vorliegenden Hilfeplan angepasst werden können.

Checkliste Hilfeplan:

- Aktualität des Hilfeplans
- Anpassungen im Rahmen von „Monitoring und Anpassung“

<sup>124</sup> DGCC (2008) S. 36f. zit. n. Ribeiro (2010). S. 28f

<sup>125</sup> Riet et al. (2002). S. 245

<sup>126</sup> Riet et al. (2002). S. 240f

- Aktualität und Relevanz der Patientinnen-/Patientenbedürfnisse und Ziele im Plan
- Wurden die geplanten Ergebnisse erzielt? (Gegenüberstellung der negativen und positiven Ergebnisse bzw. Bewertung der Wirksamkeit des Aufwands für die Erreichung der Ziele, abschließende bzw. kumulierte Berechnung der Indikatoren zur Zielerreichung)<sup>127</sup>

Vorgehensweise:

1. Auswahl der Ziele bzw. Ergebnisse mit der höchsten Priorität (aus dem Hilfeplan)
2. Definition der Schlüsselbegriffe (Konkretisieren, was evaluiert werden soll - Standardwerte oder Vergleichsgrößen identifizieren oder definieren)
3. Bestimmung der Indikatoren (Festlegung, welche Indikatoren für eine qualitative Beurteilung der erreichten Ziele maßgebend sind)
4. Darstellung der Mittel zur Datenerhebung (Bestimmung der Instrumente für die Untersuchung der einzelnen Teile des Plans z.B. Fragebögen, Interviewleitfaden, Tagebücher von Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigen, Verhaltensbeobachtung etc.) Hier können eventuell auch Instrumente aus dem Assessment eingesetzt werden (ermöglicht eine langfristige Beobachtung der Patientensituation)
5. Beschreibung der Datenherkunft<sup>128</sup>
6. Zeitpunkt bzw. Intervall und Häufigkeit der Datenerhebung
7. Kurze Darstellung der Ergebnisse

#### 4.4.6.2. Arbeitsmethoden und das Funktionieren der Zusammenarbeit des Versorgungsteams; Feststellung, ob die Kooperation zwischen Case Managements und den Leistungserbringern funktioniert hat

Checkliste Teamarbeit:

Die Checkliste enthält folgende Schwerpunkte:

- Effektivität der Teaminteraktion
- Effektivität der Handlungen in Bezug auf die Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigenproblematik<sup>129</sup>
- Kooperation mit Leistungserbringern<sup>130</sup>

<sup>127</sup> Riet et al. (2002). S. 241ff

<sup>128</sup> Riet et al. (2002). S. 242f

<sup>129</sup> Riet et al. (2002). S. 246f

<sup>130</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management am 01.03.2010

Werden Aspekte in der nachfolgenden Auflistung mit „Nein“ beantwortet, so ist dies im Anschluss an die Tabelle zu erläutern. (z.B. Grund warum Daten nicht bedarfs- oder zeitgerecht übermittelt werden konnten)

Ja	Nein	Aspekt
		Das Versorgungsteam der Patientin/des Patienten arbeitete zusammen und kennt sich.
		Informationen und Daten wurden bedarfsgerecht übermittelt.
		Informationen und Daten wurden zeitgerecht übermittelt.
		Aufgaben und Befugnisse der Teammitglieder wurden abgestimmt.
		Bei Bedarf wurden Qualitätszirkel abgehalten bzw. gemeinsam besucht.
		Änderungen der Patientinnen-/Patienten- bzw. Angehörigenbedürfnisse wurden an alle Beteiligten weitergegeben.
		Anpassungen der Versorgung wurden vorgenommen und relevante Aspekte den Versorgungsteammitgliedern mitgeteilt.
		Die Abstimmung mit Leistungserbringern (aus Case Management-Perspektive) funktionierte gut.
		Das Case Management wurde über Änderungen informiert.

Tabelle 31 Checkliste Teamarbeit und Kooperationen<sup>131</sup>

#### 4.4.6.3. Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigen

Folgende Punkte sollen durch die Case Managerin/den Case Manager erhoben werden:

- Wurde die Hilfe in Anbetracht der Bedürfnisse als relevant erfahren?
- Wird eine Befriedigung der Bedarfe und Bedürfnisse empfunden?
- Erfahren Patientinnen/Patienten bzw. Angehörige eine Steigerung der Selbstbestimmtheit?

Die Beantwortung dieser Fragestellungen erfolgt durch Befragung im Rahmen der „Ruhendsetzung“ bzw. der Beendigung des Case Management-Verhältnisses. Die Fragen sind entsprechend zu formulieren und die Ergebnisse im Evaluationsbericht zu vermerken.

#### 4.4.6.4. Gründe für vorzeitigen Abbruch

Wird das Case Management abgebrochen (vor Erreichung der Ziele) so sind die Gründe für den Abbruch zu erfragen und im Rahmen des Berichts anzuführen.

<sup>131</sup> In Anlehnung an Riet et al. (2002). S. 247

#### 4.4.6.5. Qualität des Case Managements

Aufbauend auf den Daten aus der begleitenden Dokumentation, dem Monitoring sowie den bereits bearbeiteten Bereichen der Fallevaluation soll abschließend die Qualität des Case Managements beurteilt werden. Betrachtet wird hierbei der Case Management-Regelkreis, die Einhaltung von Fristen sowie die Kooperationen mit den Leistungserbringern.

Eine praxistaugliche, verständliche und umsetzbare Richtlinie zur Gestaltung dieses Teils der Evaluation (inkl. Kriterien bzw. Indikatoren für jede Stufe im Regelkreis) soll im Rahmen des ersten Pilotprojekts durch das Care Management in Kooperation mit dem Case Management entwickelt werden. Diese Entwicklung kann z.B. im Rahmen von Teamsitzungen oder Qualitätszirkeln durchgeführt werden.

### 4.5. Aufgaben des Case Managements

Die Aufgaben des Case Managements im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ können in zwei Gebiete gegliedert werden:

- Information und Beratung (inklusive Empowerment)
- Case Management

Zusätzlich zu diesen Schwerpunkten übernimmt das Case Management auch Dokumentationsaufgaben im Rahmen der Projektevaluation.

#### 4.5.1. Information und Beratung

Der Zugang zur Patientin/zum Patienten erfolgt entweder durch Weiterleitung der Patientin/des Patienten von niedergelassenen Medizinerinnen/Medizinern an das Case Management oder über Kontaktaufnahme durch Krankenhäuser, Ambulanzen oder Memory Kliniken. Im letzt genannten Fall ist die Case Managerin/der Case Manager für das Vermitteln einer patientenführenden Ärztin/eines patientenführenden Arztes zuständig. Der Weg der Patientin/des Patienten durch das Versorgungssystem sowie die Einschreibung von Patientinnen/Patienten wird im jeweils betreffenden Abschnitt im Projektkonzept erläutert.

Im Rahmen des ersten Kontakts nach der Einschreibung zwischen Case Managerin/Case Manager und Patientin/Patient und ihren Angehörigen - sofern vorhanden - findet ein Informationsgespräch statt. Es werden Informationen zum Projekt und zum Case Management gegeben und mit der Abklärung begonnen, ob die Patientin/der Patient das Case Management in Anspruch nehmen möchte bzw. kann.

Sowohl die Case Managerin/der Case Manager als auch die Patientin/der Patient bzw. die vertretungsbefugte Person haben die Möglichkeit, einem Case Management zuzustimmen oder dieses abzulehnen.

Es gibt zwei Dienstleistungen, die nach dem Informationsgespräch in Anspruch genommen werden können: Beratung und/oder Case Management.

Unter Beratung versteht man den Patientenbeistand bei Alltagsproblemen mit dem Ziel der Förderung von Selbstkontrolle.<sup>132</sup> Im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird Beratung angeboten, um ergänzend zum Case Management oder aber, wenn kein Case Management in Anspruch genommen wird, wichtige, auf die Situation der Betroffenen abgestimmte Informationen zu geben. Des Weiteren werden im Rahmen der Beratungstätigkeit Aufgaben im Empowerment übernommen. Diese umfassen z.B. gezielte Informationsweitergabe, Information zu und Verweis auf Schulungen aber auch Unterstützung bei spezifischen Antragstellungen. Detaillierte Informationen dazu können dem Konzeptteil Empowerment entnommen werden.

Zu beachten ist, dass Beratung unabhängig vom Case Management eine eigene Dienstleistung für sich ist, welche aber von der Case Managerin/dem Case Manager angeboten werden kann.<sup>133</sup> Es ist davon auszugehen, dass insbesondere jene Patientinnen/Patienten bzw. ihre pflegenden Angehörigen Beratung in Anspruch nehmen, die das Case Management nicht nutzen. Daher ist diese Dienstleistung strikt vom Case Management getrennt zu sehen.

#### 4.5.1.1. Unterschied zwischen Case Management und Beratung

Für ein Case Management muss ein Auftrag im Sinne eines Vertrages (Case Management-Vereinbarung) vorliegen - dazu ist es nötig, dass mit den Betroffenen ein Erstgespräch durchgeführt wird, damit sie sich entscheiden können, ob sie ein Case Management in Anspruch nehmen möchten. Zum Anderen kann man nur von einem Case Management sprechen, wenn der gesamte Case Management-Regelkreis durchlaufen wird.<sup>134</sup>

#### 4.5.2. Case Management-Regelkreis

Im Rahmen des Case Management-Regelkreises werden die im folgenden Abschnitt beschriebenen Aufgaben durch das Case Management erfüllt. Diese Auflistung stützt sich hauptsächlich auf die Einbindung und Koordination professioneller Dienstleister. In jedem Schritt soll aber durch die Case Managerin/den Case Manager zusätzlich geprüft werden, welche Leistungen durch das informelle Netzwerk erbracht werden bzw. werden könnten, wo Unterstützungs- und Entlastungsangebote benötigt werden, bzw. welche Angehörigenschulungen zur Entlastung notwendig wären. Insbesondere solange noch keine bis wenig pflegerische Leistungen erforderlich sind, kann das informelle Netzwerk wertvolle Betreuungsaufgaben übernehmen oder aufrecht erhalten.

<sup>132</sup> Haisch et al. (1999). S. 61

<sup>133</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>134</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009



Die nachstehenden Tabellen bieten eine Zusammenfassung der Ziele der einzelnen Phasen des Case Management-Prozesses und stellen die Aufgaben gebündelt dar. Sie dienen als Wegweiser für die Arbeit als Case Managerin/Case Manager im Netzwerk.

Intake<sup>135 136</sup>

Ziel	Benötigte Ressourcen/Anforderungen	Aufgaben	Rolle: Beraterin/Berater
Herstellung eines Vertrauensverhältnisses	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführungskompetenz</li> <li>• Fähigkeit, persönliche Probleme und Bedarfslagen der Ratsuchenden zu erkennen und einzuordnen</li> <li>• Fähigkeit, eine tragfähige Beratungsbeziehung herzustellen</li> <li>• Interkulturelle Kompetenz</li> <li>• Fähigkeit auf Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstes Bild des Versorgungs- und Betreuungsbedarfs, der derzeitigen Versorgungssituation, sowie der Situation der pflegenden Angehörigen wird gewonnen (grundlegende Teile des Basisassessments werden durchgeführt), Dokumentationsaufgaben für Evaluation</li> <li>• Patientinnen/Patienten bzw. deren vertretungsbefugte Personen werden über Case Management informiert</li> <li>• Abklärung, ob Case Management gewünscht wird und ob eine Aufnahme ins Case Management möglich ist (Überprüfung der Kriterien)</li> <li>• Aufklärung über Rechte und Pflichten und Erklärung der Rolle der Case Managerin/des Case Managers</li> <li>• Information über weitere Vorgehensweise (sowohl für Patientinnen/Patienten, die mit Case Management weiter betreut werden als auch für jene ohne Case Management)</li> <li>• Erklärung des Metaziels und Aufnahme des Metaziels in die Case Managementvereinbarung</li> <li>• Ausfüllen/Ergänzen der Case Management-Vereinbarung und Unterzeichnen dieser</li> <li>• Information der patientenführenden Ärztin/des patientenführenden Arztes, ob Case Management in Anspruch genommen wird oder nicht</li> <li>• Meldung an das Case Management, ob Case Management oder Beratung weitergeführt wird</li> </ul>	
Entscheidung, ob Case Management stattfinden soll	<p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichend Ressourcen (personell, Infrastruktur)</li> <li>• Hinreichend Zeit für adäquate Fallbearbeitung</li> <li>• Kriterien für die Entscheidung, wann Case Management stattfinden soll</li> <li>• Bereitstellung der Formulare</li> </ul>		
Unterzeichnung der Case Managementvereinbarung			

Tabelle 32 Aufgaben Intake

<sup>135</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>136</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 5



Assessment <sup>137</sup> 138 <sup>139</sup>

Ziel	Benötigte Ressourcen	Aufgaben
<p>Zielorientierte Gewinnung von Informationen, die zur Bestimmung eines möglichen Betreuungs- und/oder Versorgungsproblems beitragen</p> <p>Gewinnung von Daten für die Dokumentation im Versorgungsnetzwerk (Datenbasis für Qualitätsmanagement und Evaluierung)</p>	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführungskompetenz</li> <li>• Konfliktfähigkeit</li> <li>• Fähigkeit, die persönlichen, sozialen, betreuungs- und versorgungsbedingten Umstände in die Bewertung des Falls einzubeziehen</li> <li>• Interkulturelle Kompetenz</li> <li>• Fähigkeit, auf Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen</li> <li>• Fähigkeit, Diagnose- und Assessmentinstrumente anzuwenden</li> </ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwendung festgelegter Diagnoseinstrumente (Assessmentinstrumente) sowie eines geeigneten Dokumentationssystems, Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffen einer Vertrauensbasis</li> <li>• Abklären, ob ein Transferierungs- oder Situationsbericht aus einem Krankenhaus vorhanden ist</li> <li>• Einbindung des Transferierungs- bzw. Situationsberichts in das Assessment</li> <li>• Vervollständigung des Basisassessments mit den dafür vorgesehenen Instrumenten (wurde beim Intake begonnen)</li> <li>• Einbeziehen von Angehörigen und Bezugspersonen</li> <li>• Bei Bedarf Einbeziehung von bereits involvierten mobilen Diensten</li> <li>• Innerhalb von zwölf Monaten Erhebung zusätzlicher Daten (erweitertes Assessment)</li> <li>• Bei Bedarf Erhebung von für die Planung bzw. Zielerreichung relevanter Daten (Entscheidung bleibt Case Management vorbehalten)</li> <li>• Systematische Dokumentation der Daten (kontinuierliche Weiterführung der Dokumentation)</li> </ul>

Tabelle 33 Aufgaben Assessment

<sup>137</sup> Protokoll der 2. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 13.11.2009

<sup>138</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 6

<sup>139</sup> Protokoll der 3. Arbeitsgruppensitzung Case/Care Management vom 04.12.2009

Ziel	Benötigte Ressourcen	Aufgaben
<p>Zielvereinbarung: Für beide Seiten verbindliche Festlegung, was (nach aktuellem Stand) in welchem Zeitraum erreicht werden soll</p> <p>Planung von Versorgungs-, Hilfs-, Unterstützungs- oder Schulungsangeboten in Abstimmung mit Patientinnen/Patienten und/oder pflegenden Angehörigen</p>	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführungskompetenz</li> <li>• Aushandlungskompetenz</li> <li>• Konfliktfähigkeit</li> <li>• Interkulturelle Kompetenz</li> <li>• Fähigkeit zur realistischen Einschätzung von Unterstützungsbedarf</li> <li>• Kenntnisse über das regionale Netzwerk und die bestehenden Hilfsangebote</li> <li>• Fähigkeiten, das regionale Netzwerk zu nutzen</li> <li>• Fähigkeit, mit den Netzwerkpartnern zusammenzuarbeiten</li> <li>• Fähigkeit und Bereitschaft, mit dem Care Management zusammenzuarbeiten und gemeinsam an einer Verbesserung des Netzwerks zu arbeiten</li> </ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellung eines aktuellen Überblicks über formelle Hilfsangebote sowie Selbsthilfegruppen, etc.</li> <li>• Einheitliches Formular-, Dokumentations- und Berichtswesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung der Assessmentdaten - Datenanalyse</li> <li>• Zieldefinition und -vereinbarung gemeinsam mit Patientinnen/Patienten bzw. pflegenden Angehörigen (vertretungsbefugten Angehörigen, Sachwalterin/Sachwalter)</li> <li>• Die Ziele müssen überprüfbar, messbar und längerfristig orientiert sein</li> <li>• Zeitrahmen für Zielerreichung festlegen</li> <li>• Die Ziele werden fortgeschrieben bzw. Änderungen werden begründet und dokumentiert</li> <li>• Entwicklung und Abstimmung des Hilfeplans mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen und übrigen Fallbeteiligten (z.B. mobile Dienste, aber auch informelle Beteiligte) bzw. gemeinsame Entwicklung des Hilfeplans mit allen Fallbeteiligten.</li> <li>• Erstellung eines schriftlichen Hilfeplans (laut Beschreibung)</li> <li>• Unterzeichnung des Hilfeplans</li> <li>• Ablage als Beilage zur Case Management-Vereinbarung</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hilfepläne müssen angepasst werden - siehe Monitoring und Anpassung</li> </ul>

Tabelle 34 Aufgaben Planung

<sup>140</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 7-8

Umsetzung<sup>141</sup>

Ziel	Benötigte Ressourcen	Aufgaben
Das benötigte Leistungsangebot wird bedarfsgerecht erbracht	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsführungskompetenz</li> <li>• Vermittlungskompetenz</li> <li>• Moderationskompetenz</li> <li>• Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen</li> <li>• Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten</li> </ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung relevanter Partner und Angebote in das Netzwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermitteln von professionellen Hilfs- und Pflegedienstleistungen</li> <li>• Bei Bedarf Herstellung von Kontakten</li> <li>• Bei Bedarf Organisation von Transporten</li> <li>• Unterstützung bei der Erlangung finanzieller Hilfe</li> <li>• Unterstützung bei Fragen zur Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten</li> <li>• Regelmäßige Information des Care Managements über benötigte Angebote (welche Partner müssen noch ins Netzwerk integriert werden)</li> </ul>

Tabelle 35 Aufgaben Umsetzung

<sup>141</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 9

## Monitoring und Anpassung<sup>142</sup>

Ziel	Benötigte Ressourcen	Aufgaben
Gewinnung von Informationen über den Fallverlauf, um gegebenenfalls rechtzeitig intervenieren zu können	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit, auch komplexe Daten auszuwerten und interpretieren zu können</li> <li>• Controllingkompetenz</li> <li>• Fähigkeit zur interdisziplinären Reflexion</li> <li>• Kenntnisse der Methoden einer Wirkungsanalyse</li> </ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagekräftiges Dokumentationssystem und Fall- und trägerübergreifendes Monitoring</li> <li>• Erhebung und Aufbereitung der für das Monitoring benötigten Daten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung und Dokumentation von Daten</li> <li>• Auswertung der Daten</li> <li>• Gegenüberstellung von Versorgungsdaten und Bedürfnissen/Bedarfen</li> <li>• Überprüfung der beachteten Auswirkungen (Auswertung der Daten im Hinblick auf die gewünschten Resultate)</li> <li>• Bei Bedarf Durchführung Re-Assessment</li> <li>• Überprüfung der Ziele - Anpassung, Ergänzung und gegebenenfalls Änderung der Ziele</li> <li>• Anpassung des Hilfeplans in Abstimmung mit Betroffenen und Angehörigen</li> <li>• Gegebenenfalls „Ruhendsetzung“ des Case Management Falls</li> <li>• Übermittlung der berechneten Monitoringindikatoren an das Care Management zur Erstellung einer Benchmark</li> </ul>

Tabelle 36 Aufgaben Monitoring und Anpassung

<sup>142</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 10

Evaluation<sup>143</sup>

Ziel	Benötigte Ressourcen	Aufgaben
<p>Bewertung des Falles und des Fallverlaufs</p>	<p>Individuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit, auch komplexe Daten auswerten und interpretieren zu können</li> <li>• Kenntnisse der Methoden einer Wirkungsanalyse</li> </ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagekräftiges Dokumentations- und Control-lingssystem</li> <li>• Fall- und trägerübergreifendes Evaluationsraster</li> <li>• Erhebung und Aufbereitung der für Evaluation benötigten Daten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eines Evaluationsplans (laut Vorgaben im Kapitel Evaluation 4.4.6)</li> <li>• Dokumentation bzw. Erhebung der Daten</li> <li>• Auswertung der Daten</li> <li>• Soll/Ist-Vergleiche bzw. alternative Bewertungen</li> <li>• Erstellung eines übersichtlichen Evaluationsberichts</li> <li>• Ablage und bei Bedarf Übermittlung des Berichts an das Care Management</li> </ul>

Tabelle 37 Aufgaben Evaluation

<sup>143</sup> Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). S. 10

### 4.5.3. Dokumentation

Das Case Management übernimmt im Rahmen der Dokumentation drei Hauptaufgaben:

- Dokumentation von Daten für das Versorgungsnetzwerk (gemeinsame Datenbasis, welche die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten ermöglicht)
- Datensammlung und Dokumentation im Rahmen des Case Management-Prozesses
- Dokumentationsaufgaben im Rahmen von Evaluation und Qualitätsmanagement im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Die Aufgaben im Rahmen der Dokumentation von Daten für das Versorgungsnetzwerk sind im Abschnitt Informations- und Datenmanagement des Projektkonzepts dargestellt. Einige Bereiche aus dem Assessment decken diese Dokumentationsanforderung ab.

Pflegebezogene Daten erhebt das Case Management im Regelfall nicht selbst, sondern übernimmt bei Bedarf diese Dokumentation im elektronischen Datenmanagementsystem für die mobilen Dienste. Bei einem nicht elektronischen Datenmanagementsystem übernimmt das Case Management zusätzlich zur Dokumentation der für Case Management relevanten Daten eine Ablage- bzw. Verwahrungsfunktion für eine Kopie der Patientenakte.

Die Dokumentationsaufgaben im Rahmen von Evaluation und Qualitätsmanagement und Evaluierung sind im Einzelnen im Abschnitt Qualitätsmanagement und Evaluierung dargestellt und umfassen grob folgende Punkte:

- Zeitaufzeichnungen im Rahmen der Evaluation (minutengenau laut Vorgaben für definierte Zeitintervalle):
  - Wegzeiten
  - Case Management Aufgaben (pro Fall)
  - Beratung
  - Care Management Aufgaben
  - Fortbildung
  - Qualitätszirkel
  - Dokumentation
  - Dokumentation im Rahmen der Basiserhebung für die Evaluation

Außerhalb der Dokumentationszeiträume der Arbeitszeiten für die Evaluation müssen die Arbeitszeiten ebenfalls dokumentiert werden, auf eine minutengenaue und sehr detaillierte Aufzeichnung kann allerdings verzichtet werden (Case Management pro Fall, Beratung, Abstimmung, Weg).

Die Datensammlung und Dokumentation im Rahmen von Beratungstätigkeit umfasst:

- Basisassessmentdaten, die im Rahmen des Erstkontakts (Intakephase) erhoben werden
- Tag der Kontaktaufnahme
- Tag des Erstgesprächs
- Datum der Zuordnung einer patientenführenden Ärztin/eines patientenführenden Arztes
- Dokumentation (inkl. Datum) der Empfehlung von Empowerment- und Unterstützungsleistungen
- Follow-up Daten zur Dokumentation, ob Empowerment- und Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen wurden (inkl. Zeitpunkt der Inanspruchnahme)
- Anzahl und Datum von Beratungsgesprächen

Die Datensammlung und Dokumentation im Rahmen des Case Managements umfasst:

- Daten zum Assessment
- Daten zum Hilfeplan und zu den vereinbarten Schritten
- Daten zum Monitoring und zur Evaluation<sup>144</sup>
- Dokumentation der Besprechungen mit patientenführenden Ärztinnen/Ärzten
- Dokumentation von Rahmendaten des Case Management-Prozesses zur Auswertung:
  - Tag der Kontaktaufnahme
  - Tag des Erstgesprächs
  - Tag der Unterzeichnung der Case Management-Vereinbarung
  - Begründung, warum bzw. warum kein Case Management in Anspruch genommen wird
  - Anzahl der Patientinnen-/Patientenkontakte pro Quartal (persönlich, telefonisch, schriftlich)
- Datum der Zuordnung einer patientenführenden Ärztin/eines patientenführenden Arztes
- Dokumentation (inkl. Datum) der Empfehlung von Empowerment- und Unterstützungsleistungen
- Follow-up-Daten zur Dokumentation, ob Empowerment- und Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen wurden (inkl. Zeitpunkt der Inanspruchnahme)
- Anzahl der Ziele
- Zielerreichungsgrad
- Anzahl und Datum von Beratungsgesprächen, welche nicht dem Case Management zugeordnet werden können.
- Bedarf des Angebots an Leistungen im Netzwerk (Bedarf gesamt der zu betreuenden Fälle, gedeckter Bedarf, nicht gedeckter Bedarf)
- Anzahl der einzelnen Leistungsarten am einzelnen Fall<sup>145</sup>

<sup>144</sup> Riet et al. (2002). S. 198.

<sup>145</sup> Leistungsart bezeichnet die unterschiedlichen Arten von Leistungen die durch einen oder mehrere Leistungserbringer erbracht werden, z.B. Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Besuchsdienste, aber auch solche von informellen Unterstützern wie nachbarschaftliche Besuche oder Pflege durch Angehörige

Eine Sammlung dieser Daten soll in für das Care Management auswertbarer Form erfolgen und jeweils quartalsweise übermittelt werden. Die Dokumentation kann entweder in einer für das Case Management bereitgestellten Software oder z.B. mittels Excelsheet (Vorlagen müssen vom Care Management zur Verfügung gestellt werden) erfolgen. Innerhalb eines Bundeslandes und nach Möglichkeit auch bundeslandübergreifend müssen die dokumentierten Daten dieselben formalen Kriterien aufweisen und mit demselben Dokumentationstool erfasst werden.

#### 4.5.4. Nicht-elektronisches Datenmanagement

Die/der jeweils der Patientin/dem Patienten zugeordnete Case Managerin/Case Manager übernimmt, wenn ein nicht-elektronisches Datenmanagement umgesetzt wird, die Verwahrung der Kopie der Patientenmappe. Diese Mappe liegt im Original bei der Patientin/beim Patienten auf. Befüllte Formulare werden jeweils vom Gesundheitsdienstleister der Patientin/dem Patienten mitgegeben und in Kopie an die Case Managerin/den Case Manager übermittelt. Eine Zustimmung der Patientin/des Patienten bzw. der vertretungsbefugten Person muss vorliegen und wird mit der Beitrittserklärung zum Netzwerk unterzeichnet. Um eine Vollständigkeit zu ermöglichen, ist es Aufgabe des Case Managements die Sammlung der Kopien mit der Originalmappe abzugleichen. Bei Bedarf kann das Case Management kontaktiert werden und Informationen aus der Patientenmappe können an berechtigte Leistungserbringer weitergegeben werden. Sollte kein Case Management-Verhältnis bestehen, übernimmt die zugeteilte Case Managerin/der zugeteilte Case Manager in der Rolle als Beraterin/Berater die Verwahrung der kopierten Patientenmappe.

#### 4.5.5. Kommunikation mit Netzwerkpartnern

Im Netzwerk besteht ein erhöhter Kommunikationsbedarf. Besonders in der Startphase des Netzwerks übernimmt das Case Management eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Kommunikation im Netzwerk und trägt gemeinsam mit dem Care Management dazu bei, dass eine Kommunikationskultur entsteht. Ziel ist es, dass Netzwerkpartner möglichst bald direkt miteinander kommunizieren und sich bei Bedarf kontaktieren. In der Anfangsphase wird diese Aufgabe durch das Case Management übernommen und eine direkte Kommunikation immer wieder angeregt (bei Gesundheitsdienstleistern, welche in direktem Kontakt zur Case Managerin/zum Case Manager stehen). Die Aufgaben des Case Managements umfassen somit:

- Informationsweitergabe
- Herstellung von Kontakten
- Beobachtung und Lenkung des Kommunikationsgeschehens und Erkennen von Lücken
- Schließen dieser Lücken durch Eigeninitiative
- Anregung von Kommunikation zwischen Leistungsanbietern

#### 4.5.6. Rechtliche Belange

##### 4.5.6.1. Bei Einschreibung, Datenschutz

In Österreich gibt es für die Registrierung der „Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger“ das „Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV)“ und ist in der Notariatsord-

nung gesetzlich verankert (§ 140h Notariatsordnung). In das ÖZVV haben nur Gerichte Einsicht. Gesetzlich geregelt ist aber, dass z.B. Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger und sonstigen Entscheidungsträgern in Sozialrechtssachen auf Anfrage an die Österreichische Notariatskammer Einsicht in das Verzeichnis zu gewähren ist. (§ 140h Notariatsordnung). Im Rahmen der Unterfertigung der Einwilligungserklärung für „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ muss von den vertretungsbefugten Angehörigen der einschreibenden Ärztin/dem einschreibenden Arzt bzw. Case Managerin/Case Manager die notarielle Urkunde vorgelegt wird. Sollte ein Zweifel an der Echtheit der Urkunde bestehen bzw. bei Verlust der Urkunde kann eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter der Sozialversicherung (z.B. Netzwerkmanagerin/Netzwerkmanager) eine Anfrage an das ÖZVV stellen, um der Einschreibung einen rechtlichen Rahmen zu geben.<sup>146</sup>

Im Rahmen der Beitrittserklärung, welche von der Patientin/dem Patienten bzw. Angehörigen mit Vertretungsbefugnis unterzeichnet wird, ist auch die Zustimmung zur Weitergabe sensibler Daten an andere Gesundheitsdienstleister inklusive der Case Managerin/des Case Managers enthalten. Hierfür besteht eine gesetzliche Grundlage lt. Datenschutzgesetz § 9, Punkt 6.<sup>147</sup>

#### 4.5.6.2. Vereinbarung zum CM

Die Vereinbarung zum Case Management muss, ebenso wie die Beitrittserklärung unterzeichnet werden. Sollte die Patientin/der Patient selbst nicht mehr geschäftsfähig sein, so muss die Unterzeichnung von einem Angehörigen mit Vertretungsbefugnis oder einer Sachwalterin/einem Sachwalter durchgeführt werden.

#### 4.5.6.3. Abbruch des Case Managements

Sollte ein Case Management auf Wunsch der Patientinnen/Patienten oder der vertretungsbefugten Angehörigen abgebrochen werden, so ist dieser Abbruch schriftlich zu vermerken.

#### 4.5.6.4. Austritt aus dem Netzwerk

Ein Austritt aus dem Netzwerk ist von der Patientin/dem Patienten bzw. von einer vertretungsbefugten Person ausdrücklich bekannt zu geben. Dieser ist in der Dokumentation schriftlich zu vermerken.

## 4.6. Eingliederung in das Netzwerk

Case Managerinnen/Case Manager arbeiten im Netzwerk in ihrem Bereich (dem Case Management) eigenverantwortlich. Sie müssen aber organisatorische bzw., falls dies im Rahmen des Projekts möglich ist, leistungsverrechnungsbezogene Anforderungen und Weisungen des Care Managements bzw. Vorgaben durch Sozialversicherung oder Sozialhilfeträger befol-

<sup>146</sup> Besprechung zum Datenschutz, Protokoll, am 15.12.2009

<sup>147</sup> Besprechung zum Datenschutz, Protokoll, am 15.12.2009

gen. Außerdem sind Case Managerinnen/Case Manager verpflichtet, möglichst kosteneffizient zu arbeiten.

Es bestehen eine enge Zusammenarbeit und ein Informationsaustausch zwischen Case Management und Care Management. Das Case Management ist verpflichtet, das Care Management über Angebotslücken, Name der betreuten und beratenen Patientinnen/Patienten zu informieren sowie Projektevaluationsdaten (wie z.B. Arbeitszeitaufzeichnungen, Veränderungsbedarf, welcher von Netzwerkmitgliedern an das Case Management herangetragen wurde, etc.) an das Care Management zu melden. Vom Care Management erhält das Case Management die Zuteilung zu Patientinnen/Patienten, eine Auflistung am Netzwerk beteiligten Akteurinnen/Akteure sowie generell eine jeweils aktuelle Übersicht über das Leistungsangebot im Netzwerk.

Die Case Managerin/der Case Manager ist in der Sozial- und Pflegekoordination ein unterstützender Partner der jeweiligen patientenführenden Ärztin/des jeweiligen patientenführenden Arztes. Während die Ärztin/der Arzt Aufgaben und Koordination in der medizinischen Versorgung übernimmt, ist das Case Management für die Koordination des Sozial- und Pflegebereichs im niedergelassenen Sektor zuständig.

## 4.7. Qualitätsanforderungen

- Personen mit Ausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich und Weiterbildung oder Erfahrung im Case Management können im Case Management tätig werden
- Das Case Management muss anhand des Case Management-Regelkreises erfolgen und stets Monitoring und Evaluation beinhalten

## 4.8. Anforderungsprofil Case Managerinnen/Case Manager

### Fachliche Anforderungen:

- Ausbildung bzw. Fort- oder Weiterbildung oder Erfahrung im Bereich Case Management
- Quellberuf, welcher eine eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich Case Management fachlich ermöglicht

### Stellenbezogene Anforderungen

#### Allgemein:

- Fähigkeit, selbständig Case Management anhand der Richtlinien im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ zu betreiben
- Fähigkeit, Dokumentationsanforderungen zu erfüllen
- Fähigkeit, auch komplexe Daten auswerten und interpretieren zu können (im Rahmen von Monitoring und Evaluation)
- Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten
- Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen
- Fähigkeit zur realistischen Einschätzung von Unterstützungsbedarf

- Fähigkeit, die persönlichen, sozialen, betreuungs- und versorgungsbedingten Umstände in die Bewertung des Falls einzuziehen
- Fähigkeit, auf Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen
- Fähigkeit, Diagnose- und Assessmentinstrumente anzuwenden
- Moderatorenausbildung (Moderation von Qualitätszirkeln)

#### Haltungen:

- Bereitschaft, Vorgaben im Projekt einzuhalten
- Zusammenarbeit mit dem Care Management und gemeinsame Arbeit an einer Verbesserung des Netzwerks

#### Persönliche Anforderungen:

- Teamfähigkeit
- Gesprächsführungskompetenz
- Vermittlungskompetenz
- Moderationskompetenz
- Konfliktfähigkeit
- Interkulturelle Kompetenz

## 4.9. Strukturelle Voraussetzung

### 4.9.1. Organisationsform

Für das Case Management im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist keine Organisationsform verpflichtend vorgesehen. Es obliegt der jeweiligen Umsetzungsregion eine für die Region geeignete, und eventuell auf vorhandenen Strukturen basierende Organisationsform zu wählen.

### 4.9.2. Institutionelle Anbindung

Die Entscheidung ob, beziehungsweise in welcher Form eine institutionelle Anbindung des Case Managements stattfindet, bleibt der umsetzenden Region (Bundeslandebene) vorbehalten. Es wird aber empfohlen, bereits etablierte Strukturen zu nutzen, anzupassen und in das Projekt zu integrieren.

### 4.9.3. Benötigte personelle und materielle Ressourcen

Es sind ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Je nach den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten ist laut Erfahrungsberichten davon auszugehen, dass pro Case Managerin/Case Manager etwa 50 Patientinnen/Patienten mit einem aktiven Case Management gemäß Case Management Regelkreis im Zeitverlauf betreut werden können.<sup>148</sup>

<sup>148</sup> Grundlage für die Schätzung dieses Wertes waren Erfahrungswerte des FSW, des Projekts IDOB sowie eine Gegenüberstellung der Vorgehensweise der beiden Initiativen mit der geplanten Vorgehensweise im Projekt

Dieser Patientenpool bildet sich nach und nach. Da besonders in der Eingangsphase sehr viel Zeitaufwand pro Patientin/Patient entsteht, können immer nur wenige Patientinnen/Patienten, welche sich in dieser Phase befinden, gleichzeitig betreut werden.

Wie bereits im Abschnitt Care Management dargestellt, muss im Rahmen des ersten Pilotprojekts bewertet werden, in wie weit die geschätzte Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Case Managerin/Case Manager im Projekt auch in der Praxis umsetzbar ist. Die Anforderungen müssen entsprechend den Erkenntnissen aus der ersten Pilotregion angepasst werden.

Um erfolgreich Case Management betreiben zu können, müssen mindestens folgende materiellen Ressourcen zur Verfügung stehen:

- Laptop mit Internetanschluss
- Drucker (zumindest in Bürozentrale)
- Mobiltelefon
- Datenmanagementsystem für Case Management
- Bürozentrale
- Mobilität - PKW oder wenn möglich öffentliche Verkehrsmittel
- Anbindung an das Datenmanagementsystem des Netzwerks

„netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ (mobile Tätigkeit, Mehraufwand durch Aufbauphase, Dokumentationsaufwand für Evaluierung)

# PATIENTINNEN-/PATIENTEN- UND ANGEHÖRIGENEMPOWERMENT

## Expertinnen/Experten

Dr.<sup>in</sup> Magdalena Arrouas, Bundesministerium für Gesundheit, Abt.: II/A/1

Roswitha Bartsch, Angehörige Alzheimer Austria

Susanne Bayer, Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Österreichische Ärztekammer Österreichische Alzheimergesellschaft, Univ. Klinik f. Neurologie, Medizinische Universität Wien, AKH Wien

Dr.<sup>in</sup> Barbara Degn, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Prim. Dr.<sup>in</sup> Katharina Pils, Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Mag.<sup>a</sup> Renate Plasser, Bundesministerium für Gesundheit, Abt.: II/A/1 (Vertretung)

Mag.<sup>a</sup> Dr. Gisela Pusswald, Gesellschaft für NeuroPsychologie Österreich

Dr. Erwin Rebhandl, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Seidl, Abt. Pflegeforschung des IPG der Universität Linz

Prim. Dr. Andreas Walter, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrische Abteilung, Geriatriezentrum am Wienerwald

Dr.<sup>in</sup> Christina Wehringer, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung IV/8

Mag.<sup>a</sup> Sabine Wiesmühler, Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen

Mag.<sup>a</sup> Monika Wild MAS, MSc, Wiener Rotes Kreuz, Gesundheits- und Soziale Dienste

# 1. EINFÜHRUNG

Auf Grundlage der Ergebnisse aus den Sitzungen der Arbeitsgruppen wird im Folgenden das Empowermentkonzept für das integrierte Versorgungsmodell Demenz dargestellt. Das Ziel des Konzeptes ist es, durch systematische Weitergabe von Informationen Patientinnen/Patienten und Angehörige bei der Stärkung bzw. Aufrechterhaltung ihrer Ressourcen zu unterstützen. Die Erkrankten und ihre pflegenden Angehörigen sollen befähigt werden, die Krankheit und ihre Auswirkungen zu verstehen und Unterstützungsangebote bzw. Schulungen in Anspruch zu nehmen, um damit so weit wie möglich selbstbestimmt umgehen zu können. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei die Orientierung an den Bedürfnissen Betroffener und Angehöriger ein.

Im Ersten Österreichischen Demenzbericht wurden vor allem ein Informationsdefizit, aber auch mangelnde Angebote zur Krisenintervention sowie zur Angehörigenbetreuung als Problemfelder aufgezeigt, welche durch Empowerment verbessert werden können. Daher fokussiert das Konzept eine gezielte Informations- und Wissensübermittlung durch angepasste Drucksorten, Schulungen und Beratungsstellen. Ergänzt wird es durch eine Empfehlung für eine Hotline.

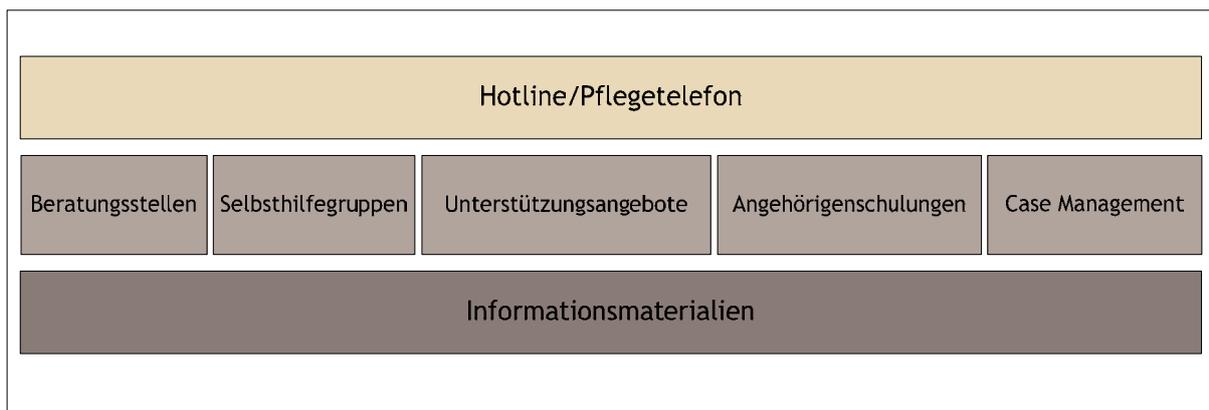


Abbildung 16 Zusammensetzung des Empowerments

In der folgenden Tabelle werden die Wirkungen, welche durch den Einsatz der Komponenten erzielt werden, dargestellt:

Komponenten	Wirkung
Informationsmaterialien <sup>149</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• Erhöhung der Adherence</li> </ul>
Beratungsstellen <sup>150</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine und individuelle Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• Angehörigenunterstützung</li> </ul>
Unterstützungsangebote: Selbsthilfegruppen und regionale Projekte und Initiativen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit zum informellen Austausch</li> <li>• Allgemeine und individuelle Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> </ul>
Angehörigenschulungen <sup>151 152</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen</li> <li>• Allgemeine und individuelle Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• Angehörigenunterstützung</li> <li>• Längerer Verbleib der Patientinnen/Patienten in häuslicher Pflege</li> </ul>
Case Managerin/Case Manager	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine und individuelle Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• Längerer Verbleib der Patientinnen/Patienten in häuslicher Pflege</li> </ul>
Hotline <sup>153</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine und individuelle Information von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> </ul>

Tabelle 38 Wirkung der Komponenten

Eine detaillierte Übersicht über im Projekt einzusetzende Komponenten ist in nachstehender Grafik ersichtlich. Es erfolgte dabei eine Unterteilung in jene, die primär der unmittelbaren Informationsweitergabe dienen, jene die Angehörige und Patientinnen-/Patienten unterstützen und auch befähigen können, und solche, die das Thema Demenz in der Öffentlichkeit bekannt machen sollen.

<sup>149</sup> Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). S. 355

<sup>150</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 48

<sup>151</sup> Auer, Donabauer, Zehetner, Span, (2007). S. 169-174

<sup>152</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 48

<sup>153</sup> Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). S. 379

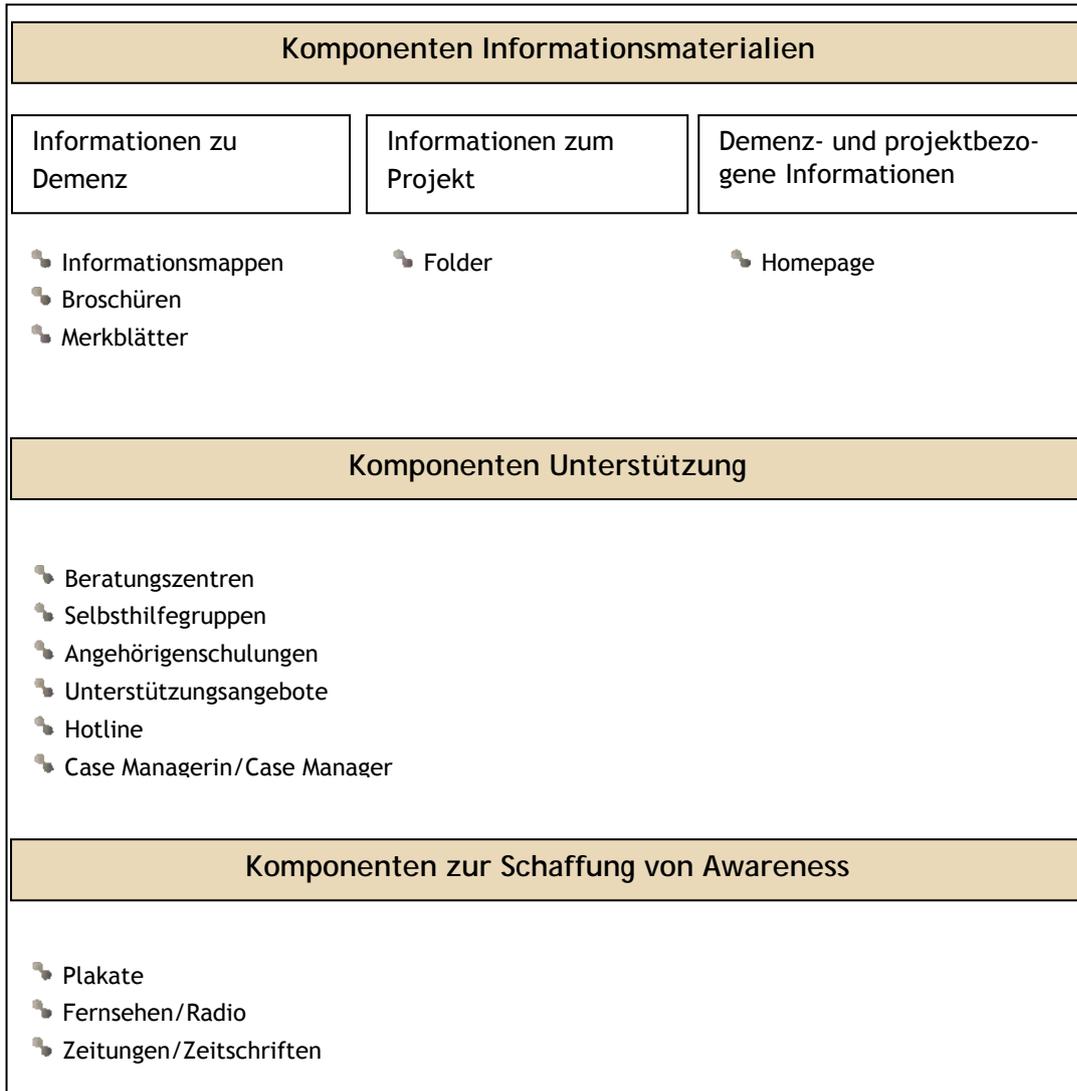


Abbildung 17 Komponentenübersicht

Neben der inhaltlichen Recherche und Erstellung der Drucksorten ist ein einheitliches Layout inklusive eines Logos essentiell, um den Wiedererkennungswert zu erhöhen. Auf diese Weise stellen alle Informationsmaterialien gleichzeitig Werbematerialien für das Versorgungsmodell dar.

## 2. KOMPONENTEN DES EMPOWERMENTS

### 2.1. Informationsmappe

Die Weitergabe der schriftlichen Informationen wird in Form einer Sammelmappe, in der Broschüren und Merkblätter abgelegt werden, erfolgen. Es handelt sich dabei um eine patientInnen- und bedürfnisorientierte Maßnahme des Empowerments, bei der nur jene Inhalte verwendet werden, welche für Patientinnen/Patienten aktuell und relevant sind. Durch die Erstellung einer Informationsgrundlage in Form einer Mappe, kann der Austausch oder die Ergänzung von Informationen schnell und einfach erfolgen, wodurch die Möglichkeit der Aktualisierung laufend gegeben ist.

Die Informationen gliedern sich im Versorgungsnetzwerk Demenz in patientInnen- bzw. angehörigenspezifische Basisinformationen und Zusatzinformationen. Diese werden je nach Bedarf durch die Hausärztin/den Hausarzt bzw. durch eine andere patientenführende Ärztin/einen anderen patientenführenden Arzt und durch Case Managerinnen/Case Manager im Rahmen von Gesprächen weitergegeben. Informationsmaterialien über „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ können von allen Netzwerkteilnehmern ausgegeben werden.

#### 2.1.1. Basisinformationen für Patientinnen und Patienten

Da die Erkrankung an Demenz in der Regel mit einer geringen Krankheitseinsicht einhergeht, werden von betroffenen Patientinnen/Patienten kaum Informationen gewünscht. Bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien hat sich gezeigt, dass Informationen von den Patientinnen/Patienten nicht mehr angenommen werden. Im weiteren Verlauf der Demenz gewinnen daher primär Unterstützungsleistungen an Bedeutung.<sup>154</sup>

Aufgrund des geringeren Informationsbedürfnisses werden den Betroffenen nur grundlegende Informationen zur Verfügung gestellt.

<sup>154</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

Folgende Inhalte werden in die Basisinformation aufgenommen:<sup>155</sup>

Inhalte	Anmerkungen
Erklärung des Krankheitsbildes	
Abgrenzung zur Vergesslichkeit	
Behandlung	Erklärung der nötigen Abläufe im medizinischen Bereich; Medikation und Einnahme
Hilfsangebote für den Alltag	Mobile Dienste, Essen auf Rädern, Unterstützungsangebote
Vorsorgevollmacht Testament Patientenverfügung	
Training (Möglichkeiten für den Alltag)	Möglichkeiten vorhandene Ressourcen aufrecht zu erhalten; Vereinszugehörigkeiten beibehalten; (therapeutische bzw. unterstützende Trainingsmöglichkeiten werden den Angehörigen mitgeteilt)
Fahrtauglichkeit	Hinweis, dass diese nachlässt
Normalität im Alltag erhalten Leben lebenswert gestalten	

Tabelle 39 Basisinformation für Patientinnen und Patienten

Alle weiteren Informationen werden primär den pflegenden Angehörigen zur Verfügung gestellt. Alternativ können diese Informationen an eine Sachwalterin/einen Sachwalter übermittelt werden. Wünschen Patientinnen/Patienten weiterführende und detaillierte Informationen, steht die Basisinformation für Angehörige bzw. das Zusatzinformationsmaterial zur Verfügung.

<sup>155</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

## 2.1.2. Basisinformationen für Angehörige

Die Inhalte der *Basisinformation für Angehörige* werden in den folgenden Tabellen dargestellt:<sup>156</sup>

Informationen zur Demenz	
Inhalte	Anmerkungen
Erklärung des Krankheitsbildes	Erklärung der Veränderungen im Gehirn
Abgrenzung zur Vergesslichkeit	
Verlauf der Erkrankung und Stadien	Wichtig für die Planung von Betreuung und Pflege
Häufige Demenzarten	
Individueller Verlauf der Krankheitsbilder	
Symptome und Verhaltensauffälligkeiten	
Wichtige Hinweise	Regelmäßige Besuche bei Fachärztinnen/Fachärzten Regelmäßige Untersuchungen/Kontrollen der Augen, Ohren, Zähne (in fortgeschrittenen Stadien sind diese Kontrollen kaum mehr durchführbar) Information des sozialen Umfeldes (z.B. Geschäfte, Apotheken, Bank, Nachbarinnen/Nachbarn und Bekannte,)

Tabelle 40 Basisinformation Angehörige - Informationen zur Demenz

<sup>156</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

Leben mit einer/einem Demenzerkrankten	
Inhalte	Anmerkungen
Akzeptanz der Krankheit und der Symptome	Umgang mit der Diagnose und mit den daraus folgenden Verhaltensänderungen
Verhaltensauffälligkeiten	Wie zum Beispiel: Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Depressionen, Ängste, Unruhe, Aggressivität, Bewegungsdrang und veränderter Tag-Nacht-Rhythmus, Rückzug Hinweis, auf Ausschöpfung der nicht medikamentösen Maßnahmen vor einer medikamentösen Therapie Informationen zu Sicherungssystemen bei Patientinnen/Patienten mit Gefahr, sich zu verirren
Veränderungen in der Beziehung	Rollentausch Klare Darstellung, dass die Patientin/der Patient ihr/sein Verhalten nicht verändern kann, Veränderung sexueller Bedürfnisse
Konzentration auf Ressourcen	Positive Gestaltung der verbleibenden Jahre
Gestaltung des Tagesablaufs	Tagesstrukturierung, Kleidung, Ernährung, Körperpflege, sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten und Aufgaben für Patientinnen/Patienten, Bewegung, Sicherheit zu Hause
Kommunikation mit Demenzerkrankten	Bis zum Ende möglich Besondere Kommunikationsmöglichkeiten z.B. Validation, basale Stimulation

Tabelle 41 Basisinformation Angehörige - Leben mit einer/einem Demenzerkrankten

Eigeninteressen der Angehörigen	
Persönlicher Freiraum	Rechtzeitiges Erkennen von Belastungen Betonung der Wichtigkeit, sich rechtzeitig formelle und informelle Unterstützung zu holen Recht auf Freizeit, Urlaub, Hobbys
Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige	Verweis auf Anlaufstellen, Selbsthilfegruppen; Angehörigengruppen, Beratungs- und Schulungsangeboten; Vollständige Auflistung pro Bundesland erfolgt in der Broschüre „Unterstützungsangebote“
Umgang mit Schuldgefühlen	Auch bei Umzug in eine Pflegeeinrichtung

Tabelle 42 Basisinformation Angehörige - Eigeninteressen der Angehörigen

Zusätzliche Hinweise:

- Prinzipiell nur grundlegende Informationen:
- Verweis auf Hotline oder auf vorhandene Literatur

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	
Inhalte	Anmerkungen
Behandlung kognitiver Symptome	
Behandlung nicht kognitiver Symptome	Nach Ausschöpfung aller nicht-medikamentösen Maßnahmen
Bedingungen für die Verschreibung von Medikamenten	Diagnose und Verordnung durch die Fachärztin/den Facharzt
Einnahme von Medikamenten	Keine ursächliche Heilung möglich Stabilisierung möglich

Tabelle 43 Basisinformation Angehörige - Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Zusätzliche Hinweise zu medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten:

- Keine Auflistung aller Medikamente

Nicht-medikamentöse Therapien und Maßnahmen	
Inhalte	Anmerkungen
Gedächtnistraining	
Realitätsorientierungstraining	
Milieutherapeutische Maßnahmen	
Bewegungstherapie	
Biographiearbeit	
Musiktherapie	
Tanztherapie	
Kunsttherapie	
Tierunterstützte Therapie	
Ergotherapie	

Tabelle 44 Basisinformation Angehörige - Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Zusätzlicher Hinweis zu nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten:

- Therapien müssen gezielt ausgewählt werden, da nicht alle Möglichkeiten für jederman gleichermaßen geeignet sind. Bei der Entscheidung müssen bisherige Interessen der Patientinnen/Patienten berücksichtigt werden.

### Rechtliche und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten

Kurze Darstellung mit Verweis auf die entsprechenden Broschüren

Vorsorge bei bürokratischen Handlungen solange noch Handlungsfähigkeit gegeben ist

Tabelle 45 Basisinformation Angehörige - Rechtliche und finanzielle Unterstützungsangebote

## 2.2. Zusatzinformationsmaterial

### 2.2.1. Broschüren

Broschüren fassen wichtige Informationen zu einzelnen Themen kurz und prägnant zusammen und haben einen Umfang von einigen wenigen Seiten. Die Erstellung von Broschüren eignet sich besonders für Inhalte, welche gelegentlich angepasst werden müssen.

Bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ werden Broschüren, welche auch in die Sammelmappe eingegliedert werden können, an Angehörige weitergegeben. Auf Wunsch werden diese auch interessierten Patientinnen/Patienten zur Verfügung gestellt.

Folgende Inhalte werden in den Broschüren dargestellt:<sup>157</sup>

#### 2.2.1.1. Broschüre „Zusatzinformation: Unterstützungsangebote I + II“

Aufgrund des Informationsumfanges werden die Unterstützungsangebote in zwei Broschüren aufgeteilt.

Inhalte für die Broschüre „Unterstützungsangebote I“ sind:

- Vollständige Auflistung der Unterstützungsangebote pro Bundesland
- Selbsthilfegruppen
- Beratungsstellen
- Schulungsangebote
- Urlaubsangebote

Die Broschüre „Unterstützungsangebote II“ beinhaltet folgende Themen:

- ambulante Dienste
- stationäre Pflege
- Tageszentren

<sup>157</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

Bei der Erstellung dieser Broschüren ist zu beachten, dass diese regional bzw. bundesland-spezifisch mit Angabe von Kontaktmöglichkeiten gestaltet werden müssen. Den Betroffenen wird es dadurch ermöglicht, Angebote in ihrem näheren Umfeld schnell und einfach zu finden.<sup>158</sup> Die Broschüren müssen in regelmäßigen Abständen auf Aktualität geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Die Inhalte der Broschüren sollen über die Sozialhilfeträger recherchiert werden.

#### 2.2.1.2. Broschüre „Zusatzinformation: Rechtliche Information“

- Regelungen zur Durchsetzung des eigenen Willens:
  - Vorsorgevollmacht, Testament
  - Patientenverfügung
  - Erweiterte Angehörigenvertretungsbefugnis
  - Sachwalterschaft
- Weitere Regelungen:
  - Sicherheitspolizeigesetz
  - Führerscheingesetz

#### 2.2.1.3. Broschüre „Zusatzinformation: Finanzielle Information“

- Finanzierung der Pflege zu Hause:
  - Pflegegeld
  - 24h-Betreuung
  - Zuwendungen für pflegende Angehörige
  - Sozialhilfeträger (Zugang zu mitfinanzierten Leistungen)
- Finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger:
  - Pensionsversicherung für pflegende Angehörige
  - Mitversicherung in der Krankenversicherung
- Steuerliche Absetzbarkeit - außergewöhnliche Belastungen

#### 2.2.2. Merkblätter

Merkblätter fassen einzelne Komponenten prägnant zusammen. Die Verwendung von Merkblättern bietet sich einerseits im Anschluss an ein ärztliches/pflegerisches Informationsgespräch an, um die besprochenen Informationen in kompakter Weise nochmals studieren zu können. Andererseits können mit Hilfe von Merkblättern zusätzlich Hinweise und Empfehlungen transportiert werden.

Merkblätter können von allen am Netzwerk beteiligten Akteurinnen/Akteure ausgegeben werden. Inhaltlich werden die Merkblätter folgende Themen berücksichtigen:<sup>159</sup>

- Non-verbale Kommunikationsformen
- Essen und Trinken
- Hautprobleme

<sup>158</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

<sup>159</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 21.10.2009

- Inkontinenz
- Begleitung am Lebensende
- Körperpflege
- Wohnungsadaptierung
- Eigeninteressen der Angehörigen
- Tipps und Tricks für den Umgang mit Demenzkranken
- Hinweise und Empfehlungen

Zusätzlich werden den an der Versorgung beteiligten Akteurinnen/Akteuren Rohformulare von Merkblättern für den individuellen Informationstransfer zur Verfügung gestellt.

Das Merkblatt „Hinweise und Empfehlungen“ wird folgende Inhalte umfassen:

Hinweise und Empfehlungen	
Inhalte	Anmerkungen
Betonung, dass etwas gegen die Krankheit getan werden kann	
Hinweis, dass Medikamente nicht heilen, aber den Krankheitsverlauf stabilisieren können	
Bestärken, regelmäßig zur Ärztin/zum Arzt zu gehen	Auch Betonung der Wichtigkeit von halbjährlichen Besuchen bei Fachärztinnen/Fachärzten
Empfehlung von regelmäßigen Untersuchungen der Augen, Ohren, Zähne	In fortgeschrittenen Stadien sind diese Kontrollen kaum mehr durchführbar
Hinweis auf die Vorsorge bei bürokratischen Handlungen solange noch Handlungsfähigkeit gegeben ist	
Information des sozialen Umfeldes (z.B. Geschäfte, Banken, Seniorenrunden usw.) am Anfang der Erkrankung	

Tabelle 46 Merkblatt Hinweise und Empfehlungen

## 2.3. Folder

Folder stellen - ähnlich wie Broschüren - kurze Informationssammlungen dar. Da sich der Umfang in der Regel auf zwei Seiten DIN-A4 beschränkt, können hier nur selektierte Informationen bzw. erste Anregungen geboten werden. Dennoch sind Folder ein gut geeignetes Mittel, um die Awareness zu steigern und das Projekt bekannt zu machen.

Im Versorgungsnetzwerk Demenz werden Folder zur Vorstellung des Programms eingesetzt. Folgende Inhalte bzw. Fragestellungen werden behandelt:

#### Folder „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

- Was ist Demenz?
- Was ist „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“?
- Darstellung der Projektziele
- Voraussetzungen zur Teilnahme
- Was können Patientinnen/Patienten und Angehörige erwarten?
  - Kontinuierliche und evidenzbasierte Betreuung
  - Case Management
  - Angehörigenberatungen und -schulungen
- Kontaktmöglichkeiten
  - Telefonnummer
  - E-Mail
  - Homepage

## 2.4. Beratungszentren

Einen wichtigen Beitrag zum Empowerment leisten wohnortnahe Beratungszentren, da diese einerseits durch die räumliche Nähe von Patientinnen/Patienten gut erreichbar sind und andererseits eine niederschwellige Anlaufstelle darstellen.

Um die Umsetzbarkeit zu gewährleisten und vorhandene Strukturen bzw. Synergien zu nutzen, sollen bestehende Beratungszentren adaptiert werden.

Es bieten sich folgende zwei Varianten an, Beratungszentren für das Empowerment einzusetzen:

### 2.4.1. Beratungsstellen

Voraussetzung für einen zielführenden Einsatz von Beratungsstellen mit dauerhafter Demenzberatung ist, dass diese kontinuierlich mit fachlich qualifiziertem und multiprofessionellem Personal besetzt sind. Insbesondere für Hausbesuche, Familienberatungen mit mehreren Personen und ähnlichen Angeboten sind Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit entsprechenden Zusatzausbildungen notwendig.<sup>160</sup>

Vertreter folgender Berufsgruppen werden empfohlen:

- Psychologin/Psychologe
- Diplomierte Pflegepersonen
- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
- Evtl. Case Managerin/Case Manager

<sup>160</sup> Ergebnisse der 1. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 08.09.2009

Beratungszentren sollen sich an einer „Komm-und-Geh-Struktur“ orientieren. Dadurch werden zum einen Beratungen vor Ort (Komm-Struktur) und zum anderen Hausbesuche (Geh-Struktur) ermöglicht.

Inhaltlich soll die Beratung folgende Themenschwerpunkte abdecken:

- Krankheitsbild Demenz
- Therapeutische, pflegerische, psychische sowie soziale Problemstellungen (je nach Berufsgruppe/Qualifikation)
- Regionale Unterstützungsangebote für Angehörige
- Individuelle Fallhilfe
- Beratung bei Krisen
- Rechtliche und finanzielle Unterstützungsleistungen

### 2.4.2. Demenzberatung an Sprechtagen

Ist die Nutzung von Beratungszentren mit durchgehender Demenzberatung nicht möglich, können Anlaufstellen, welche allgemeine Beratungstätigkeiten durchführen, im Rahmen von einmal wöchentlich stattfindenden Sprechtagen als Demenzberatungsstellen fungieren. Während dieser Zeit muss die Besetzung mit qualifiziertem Personal sichergestellt werden. Die Möglichkeit individuelle Termine im Sinne der „Komm-und-Geh-Struktur“ zu vereinbaren, muss auch in diesem Fall gegeben sein.

## 2.5. Angehörigenschulungen

Durch die Vermittlung entsprechender Kompetenzen sollen pflegende Angehörige gezielte, alltagsbezogene Unterstützung erhalten. Dadurch kann physischer und psychischer Überlastung entgegengewirkt werden. Daraus resultiert auch, dass Angehörige ihre Aufgabe als Pflegende langfristig wahrnehmen können.<sup>161 162</sup>

Der Zugang zu Schulungen soll allen interessierten Angehörigen ermöglicht werden. Dabei wird auf bestehende Angebote zurückgegriffen. Die Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Austria“ bietet seit 1997 in Zusammenarbeit mit der Memory Clinic im SMZ-Ost Trainingskurse für Betreuerinnen/Betreuer und pflegende Angehörige an. Das verwendete Schulungsprogramm basiert auf dem der Deutschen Alzheimergesellschaft und wurde für Österreich angepasst. Es steht allen Alzheimerselbsthilfegruppen in Österreich zur Verfügung. Inhaltlich werden dabei folgende Themen berücksichtigt:<sup>163</sup>

- Besseres Verständnis der Erkrankung
- Information zu sozialen und rechtlichen Fragen (Pflegegeld, Sachwalterschaft, Pflegeheime, soziale Dienste, Testament,...)
- Information und Schulung des Umgangs mit belastenden Verhaltensauffälligkeiten (Unruhe, Davonlaufen, Aggressivität, paranoide Ideen, Wahnphänomene, Halluzi-

<sup>161</sup> Auer et al. (2007). S. 169-174

<sup>162</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S.48

<sup>163</sup> Ergebnisse der 2. Arbeitsgruppensitzung Schulung und Fortbildung am 11.11.2009

nationen, nächtliche Unruhe mit Verwirrtheit, Schreien, Essens- und Flüssigkeitsverweigerung, ....)

- Praktische Pflegetipps über Ernährung, Inkontinenz, Dekubitusprophylaxe und allgemeine Pflegehandlungen
- Informationen über sinnvolle Tagesstrukturierung und kognitives Training
- Umgang mit eigenen Gefühlen, Schuldgefühlen, Verantwortung, fremde Hilfe annehmen können, Depression, Angst und Schlafstörung
- Vermittlung von Entspannungsübungen, um Stress abzubauen zu lernen
- Erlernen von Bewältigungsstrategien
- Erfahrungsaustausch

Beispiel einer Umsetzung in Wien: Die Inhalte werden auf zwei Schulungen aufgeteilt und werden halbjährlich wiederholt. Durchgeführt werden sie von einer Fachärztin/einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, einer diplomierten Psychologin/einem diplomierten Psychologen und einer Pädagogin/einem Pädagogen, von einer Fachtherapeutin/einem Fachtherapeuten für kognitives Training und einer diplomierten Pflegeperson.

Für die Durchführung von Angehörigenschulungen wird die Anlehnung an das erwähnte Schulungsprogramm empfohlen. Die Inhalte müssen auf die Zielgruppe zugeschnitten sein und der Transfer des Gelernten in den Alltag sollte Kernelement der Schulung darstellen. Generell ist zu beachten, dass nach Möglichkeit Schulungsinhalte jeweils von jener Berufsgruppe übermittelt werden sollen, deren primäre Kernaufgabe sie darstellen. Im Rahmen der Erstellung einer Leitlinie in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurden Verantwortungsbereiche von Netzwerkteilnehmern im Versorgungs- bzw. Betreuungsprozess definiert. Darin wurden Berufsgruppen festgelegt, die im Rahmen von berufsbezogenen fallspezifischen Schulungen Angehörige beraten.<sup>164</sup>

Die Schulungen können bei Ärztinnen/Ärzten, teilnehmenden Institutionen, bei Pflegediensten, Selbsthilfegruppen sowie in Beratungszentren durchgeführt werden.

## 2.6. Unterstützungsangebote

Für pflegende Angehörige stellen niederschwellige Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Angehörigenstammtische, Alzheimercafé usw. eine Möglichkeit zum informellen Austausch untereinander und zur fachlichen Beratung dar. Gruppen für Angehörige von demenzerkrankten Personen gibt es in Österreich bereits in jedem Bundesland.<sup>165</sup>

Die Einbindung regionaler Unterstützungsangebote wird durch die im Netzwerk beteiligten Akteurinnen/Akteure (Hausärztin/Hausarzt bzw. patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt, Case Managerin/Case Manager, Therapeutinnen/Therapeuten, Beratungsstellen usw.) forciert. Diese sollen betroffene Angehörige über entsprechende Angebote informieren und nach Möglichkeit die Inanspruchnahme dieser empfehlen.

<sup>164</sup> Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen: Rollen und Verantwortungsbereiche der einzelnen Nahtstellen über den gesamten Versorgungs-/Betreuungsprozess hinweg (Entwurf)

<sup>165</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 50

## 2.7. Hotline

Eine wesentliche Anforderung bei der Nutzung einer Hotline ist die zeitlich uneingeschränkte Erreichbarkeit. Häufig treten akute Probleme, welche zur Inanspruchnahme der Hotline führen, nachts bzw. in den Abendstunden auf.<sup>166</sup> Fragen von Patienten- bzw. Angehörigenseite müssen unmittelbar und spezifisch dann beantwortet werden können, wenn sie auftreten.

Um die Qualität der Beratung und Information sicherzustellen, muss die Hotline mit speziell geschultem Personal besetzt sein. Dieses muss in Bezug auf folgende Themenbereiche kompetent sein:

- Krankheitsbild Demenz
- Therapeutische, pflegerische, psychische sowie soziale Problemstellungen
- Regionale Unterstützungsangebote für Angehörige
- Individuelle Fallhilfe
- Beratung bei Krisen
- Rechtliche und finanzielle Unterstützungsleistungen

Für die Errichtung einer Hotline bieten sich zwei Varianten an:

### 2.7.1. Regionale Hotlines

Die Umsetzung des Versorgungsmodells Demenz in den Bundesländern liegt im Verantwortungsbereich der Länder selbst. Es sind daher primär regionale Hotlines, die pro Bundesland errichtet werden, anzustreben. Da eine Patientin/ein Patient bzw. Angehöriger nicht immer von derselben Person betreut werden kann, müssen klare Vorgaben in Bezug auf die Dokumentation von Informationen festgelegt werden.

### 2.7.2. Österreichweite Hotline

Wenn eine Umsetzung von regionalen Hotlines nicht realisierbar ist, wird als Alternative die Ausweitung des Pflgelefonats des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, welches momentan von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 bis 16 Uhr kostenlos erreichbar ist, empfohlen.

## 2.8. Homepage

Die Informationsübermittlung per Homepage ermöglicht, dass eine große Fülle an Informationen auf übersichtliche Weise präsentiert und laufend aktualisiert werden kann. Zudem kann eine Vielzahl von Personen gleichzeitig auf die Informationen zugreifen.

Eine Homepage stellt eine wertvolle Ergänzung zu anderen Informationsangeboten dar. Hier kann man sich insbesondere an Angehörige, an Leistungserbringer und an die breite Öffentlichkeit wenden um - im Sinne der Awareness - die Thematik präsent zu machen.

<sup>166</sup> Ergebnisse der 1. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 08.09.2009

Bei der Erstellung einer Homepage ist zu berücksichtigen, dass diese aktuelle und evidenzbasierte Informationen bereitstellt.<sup>167</sup>

Folgende Inhalte werden auf der Website veröffentlicht:

Informationen zum Projekt	
Inhalte	Anmerkungen
Was ist Integrierte Versorgung?	
Was ist Demenz?	
Was ist „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“?	Konkrete Projektbeschreibung
Ziele des Netzwerkes	
Kontaktmöglichkeiten Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner	Telefonnummer des Netzwerkmanagements, E-Mail-Adressen
News	Aktuelles zum Projekt
Häufig gestellte Fragen	

Tabelle 47 Homepage - Informationen zum Projekt

<sup>167</sup> Ergebnisse der 1. Arbeitsgruppensitzung Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment am 08.09.2009

Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenbereich	
Inhalte	Anmerkungen
Teilnahmevoraussetzungen für Patientinnen/Patienten	
Was können Patientinnen/Patienten und Angehörige erwarten? (Vorteile der Teilnahme)	Kontinuierliche und evidenzbasierte Betreuung/Versorgung Case Management Angehörigenschulungen
Aktuelles Verzeichnis der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen	Eventuell grafische Darstellung mit regionaler Suchmöglichkeit Adressen und Kontaktmöglichkeiten der Ärztinnen/Ärzte
Unterstützungsangebote	Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Tageszentren, Schulungsangebote, Urlaubsangebote, ambulante Dienste, stationäre Pflege Hotline Vollständige Auflistung der Unterstützungsangebote pro Bundesland inkl. Kontaktmöglichkeiten; grafische Darstellung mit regionaler Suchmöglichkeit oder als Datenbank mit Suchfunktion

Tabelle 48 Homepage - Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenbereich

Bereich für Leistungsanbieter	
Inhalte	Anmerkungen
Teilnahmevoraussetzungen für Ärztinnen/Ärzte bzw. Institutionen	
Aus- und Weiterbildung	
Aufgaben im Netzwerk	
Versorgungspfad, Medizinische Leitlinie	
Netzwerkinformationen	Grundlagen des Versorgungsmodells für teilnehmende Ärztinnen/Ärzte und Institutionen

Tabelle 49 Homepage - Bereich für Leistungserbringer

Servicebereich	
Inhalte	Anmerkungen
Demenzschnelltests	
Gedächtnistraining, -übungen	
Downloadbereich	Folder „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“, Demenzbericht, Formulare (z.B. Beitrittsformular)
Begriffserklärungen	Z.B. Case Management Eventuell aus dem Glossar
Kontaktmöglichkeiten	Telefonnummer des Netzwerkmanagements, E-Mail-Adressen
Aktuelles	Veranstaltungen, etc.
Links	

Tabelle 50 Homepage - Servicebereich

## 2.9. Handbuch

Im Versorgungsmodell Demenz erfolgt keine Erstellung eines eigenen Handbuchs. Bei Bedarf kann ergänzend zu den Inhalten der Informationsmappen ein bereits publiziertes Handbuch empfohlen werden:

- Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, Herausgeber: Alzheimer Europe, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York
- Leben mit Demenz, Herausgeber: BMASK und BAG
- Memories - Leben mit Alzheimer: Österreichische Alzheimer Gesellschaft, Verlagshaus der Ärzte, September 2008
- Alzheimer Europe Report: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende 2/2008<sup>168</sup>

## 3. KOMPONENTEN ZUR SCHAFFUNG VON AWARENESS

Eine gesteigerte Awareness in Bezug auf das Krankheitsbild Demenz verbessert nicht nur die Chancen auf möglichst frühe Erkennung, sondern führt auch dazu, dass das Verständnis für die Situation von Patientinnen/Patienten und Angehörigen steigt und ihnen mehr Wertschätzung entgegengebracht wird. Zur Erhöhung der Wahrnehmung der Erkrankung in der

<sup>168</sup> Empfehlungen der Arbeitsgruppe Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment

Bevölkerung ist eine kontinuierliche Informationskampagne, die sich an ein breites Publikum richtet, erforderlich. Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Komponenten dienen dazu, das Thema Demenz in der Öffentlichkeit zu präsentieren und das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ bekannt zu machen.

Die detaillierte Ausgestaltung der Inhalte für die Awareness-Komponenten erfolgt in Zusammenarbeit mit einem Grafikbüro sowie mit Expertinnen und Experten für Öffentlichkeitsarbeit. Eine ausführliche Bearbeitung und Darstellung dieser Aspekte erfolgt im Marketingkonzept des Projekts.

### 3.1. Plakate

Die Verwendung von Plakaten dient dazu, das Programm bekannt zu machen und die Bevölkerung für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Um einen möglichst großen Personenkreis auf das Versorgungsnetzwerk aufmerksam zu machen, werden die Plakate an öffentlichen Stellen sowie bei Bezirksämtern und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten platziert.

Inhalte der Plakate sind:

- Was ist das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“?
- Ziele des Projekts
- Zielgruppe
- Kontaktmöglichkeiten
  - Telefonnummer
  - E-Mail-Adressen
  - Homepage

Zu berücksichtigen ist hier besonders die Vermittlung der dargestellten Inhalte durch Verwendung prägnanter Schlagworte. Ziel des Plakates ist es, auf das Projekt aufmerksam zu machen und interessierten Personen die Möglichkeit zu geben, sich darüber weitergehend zu informieren. Dies erfolgt durch die Angabe der Kontaktdaten und sollte durch einen kombinierten Einsatz von Foldern unterstützt werden.

### 3.2. Fernsehen/Radio

Zur Erhöhung der Awareness stellen Fernsehen und Radio einen klassischen Weg der Informationsübermittlung dar, der insbesondere von älteren Personen primär genutzt wird. Die Ausstrahlung von Fernseh- bzw. Radiospots ermöglicht es, die Präsenz des Themas Demenz in der Öffentlichkeit zu erhöhen. Für die Durchführung wird eine Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit empfohlen.

### 3.3. Zeitungen/Zeitschriften

Die Platzierung von Berichten und/oder Inseraten in gängigen Medien ermöglicht es, eine größere Personengruppe zu erreichen. Dadurch kann die Bekanntheit des Versorgungsnetzwerkes gesteigert werden.

Inhalte für die Netzwerkwerbung sind:

- Was ist das „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“?
- Ziele des Projekts
- Zielgruppe
- Kontaktmöglichkeiten
  - Telefonnummer
  - E-Mail-Adressen
  - Homepage

Bei Bedarf können auch aktuelle Beiträge zum Projekt in Zeitungen bzw. Zeitschriften publiziert werden.

# INFORMATIONEN- UND DATENMANAGEMENT

## Expertinnen/Experten

Dr.<sup>in</sup> Stefanie Auer, Verein M.A.S.

Dr. DI Peter Beck, Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH

Mag.<sup>a</sup> Corinna Christl, Care-Ring GmbH

Mag.<sup>a</sup> Antonia Croy, Angehörige Alzheimer Austria

Thomas Dornik, Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Dr. Wolfgang Dufek, Wiener Gebietskrankenkasse

Vera Em, Fonds Soziales Wien

Dr.<sup>in</sup> Eva Friedler, Wiener Krankenanstaltenverbund

Mag. Peter Hasenzagl, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mag.<sup>a</sup> Birgit Heiderer, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Anita Hirschbeck, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Gerald Levinsky, Wiener Gebietskrankenkasse

Dr. Erwin Rebhandl, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Mag. Jürgen Schwaiger, Ärztekammer für Wien

Mag.<sup>a</sup> (FH) Edith Span, Verein M.A.S.

Dr. Andreas Walter, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrische Abteilung, Geriatriezentrum am Wienerwald

Mag.<sup>a</sup> Sabine Wiesmühler, Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen

# 1. EINLEITUNG

Im Rahmen dieses Konzeptes werden Anforderungen an das Datenmanagement im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ und Möglichkeiten, wie dieses umgesetzt werden kann, vorgestellt. Aus den dargestellten Szenarios wurde eine Empfehlung für eine elektronische Umsetzungsvariante ausgearbeitet. Über die Auswahl der konkreten Variante, die Erstellung sowie die Finanzierung muss jedoch im Zuge der Projektumsetzung in den teilnehmenden Pilotregionen auf übergeordneter Ebene von den finanzierenden Stellen zum Beispiel vom Bund, den umsetzenden Ländern, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie von umsetzenden Sozialversicherungsträger entschieden werden. In diese Entscheidung sollen des Weiteren auch Berufsvertretungen (z.B. Ärztekammer) eingebunden werden.

Für die Umsetzung des nicht-elektronischen Datenmanagements werden den teilnehmenden Projektregionen die nötigen Unterlagen (z.B. Ablaufbeschreibung, Formulare) vom Competence Center Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt.

Kommt es im Laufe der Projektumsetzung zu Änderungen in den Rahmenbedingungen, können Anpassungen im Sinne einer optimierten Praxis-tauglichkeit vorgenommen werden.

# 2. ZIELSETZUNG

Die Versorgung von Demenzerkrankten ist durch eine Beteiligung unterschiedlichster Berufsgruppen in allen Versorgungsebenen und -sektoren gekennzeichnet. Abhängig vom allgemeinen Gesundheitszustand und vom Stadium der Erkrankung durchlaufen Patientinnen/Patienten eine Vielzahl voneinander unabhängiger Versorgungsbereiche. Die Ergebnisse des „Ersten Österreichischen Demenzberichts“ zeigen, dass dabei sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser Nahtstellen Informationsdefizite entstehen. Für Patientinnen/Patienten bringt dies negative Auswirkungen auf die Kontinuität und Qualität der Behandlung mit sich.<sup>169</sup>

Um Informationsverlusten entgegenzuwirken, ist eine standardisierte Vorgehensweise im Umgang mit Daten und Informationen notwendig. Im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird dabei zwischen Daten- und Informationsmanagement unterschieden:

Datenmanagement bezeichnet die Dokumentation und die Organisation der Weitergabe der dokumentierten medizinischen und pflegerischen Daten an den Behandlungsnahtstellen.

<sup>169</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 205 ff.

Informationsmanagement bezieht sich auf die Organisation der Weitergabe von Informationen über Angebote, Unterstützungsleistungen bzw. über „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ an sich.

Beide Komponenten tragen zur Erreichung folgender Ziele bei:<sup>170</sup>

- Qualitätssteigerung der Versorgung durch zeitnahe Verfügbarkeit von administrativen und medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Daten von Patientinnen/Patienten im Behandlungsprozess
- Unterstützung der Entscheidungsfindung und Behandlung durch Kenntnis der Krankengeschichte
- Forcierung der Zusammenarbeit der Akteurinnen/Akteure im Netzwerk
- Ermöglichung einer standardisierten Kommunikation
- Verbesserung der Kommunikation und Information mit/für Patientinnen/Patienten und Angehörige
- Steigerung der Datenqualität und Informationsweitergabe durch Standardisierung
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Verringerung des Verwaltungsaufwandes für Patientinnen/Patienten (bei Entfall von Selbstabholung, Aufbewahrung und Weiterleitung von Befunden, Patientenbriefen usw.)

### 3. AKTEURINNEN/AKTEURE IM VERSORGUNGSPROZESS

In die Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten ist eine Vielzahl von Akteurinnen/Akteuren eingebunden. In das Datenmanagement im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ werden davon primär folgende Berufsgruppen bzw. Institutionen eingebunden:<sup>171</sup>

- Patientenführende Ärztinnen/Ärzte<sup>172</sup> (Vertragspartnerinnen/Vertragspartner oder Wahlärztinnen/Wahlärzte<sup>173 174</sup>, sofern sie als Netzwerkpartner in Betracht gezogen werden können<sup>175</sup>)

<sup>170</sup> Arbeitsgemeinschaft Elektronische Gesundheitsakte (2007).

<sup>171</sup> Die technische Anbindung von anderen Berufsgruppen an das e-card-System ist Voraussetzung (Ausstattung).

<sup>172</sup> Im Netzwerk sollte die Übernahme der Patientenführung in erster Linie von Hausärztinnen/Hausärzten angestrebt werden. Auf Wunsch kann die Patientenführung aber auch von Fachärztinnen/Fachärzten übernommen werden.

<sup>173</sup> Ob Wahlärztinnen/Wahlärzte am Netzwerk teilnehmen können, liegt im Ermessen der umsetzenden Regionen.

<sup>174</sup> Voraussetzung für die Übernahme von Patientenführungen durch Wahlärztinnen/Wahlärzte ist die technische Anbindung an das e-card-System, sofern diese über keine entsprechende Ausstattung verfügen.

<sup>175</sup> Wahlärztinnen/Wahlärzte haben kein primäres Überweisungsrecht (Überweisung muss von Versicherungsträger oder Vertragspartnerin/Vertragspartner umgeschrieben werden). Im Rahmen der Versorgung durch Wahlärztinnen/Wahlärzte kann eine Weiterleitung von Patientinnen/Patienten zu weiterführenden medizinischen Interventionen oder Überweisungen an niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen/Allgemein-

- Case Managerin/Case Manager
- Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner (Vertragspartnerinnen/Vertragspartner oder Wahlärztinnen/Wahlärzte)
- Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie (Vertragspartnerinnen/Vertragspartner oder Wahlärztinnen/Wahlärzte)
- Fachärztinnen/Fachärzte anderer Fachrichtungen (Vertragspartnerinnen/Vertragspartner oder Wahlärztinnen/Wahlärzte)
- Psychologinnen/Psychologen
- Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten
- Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten
- Logopädinnen/Logopäden
- Krankenanstalten
- Memory Kliniken
- Mobile Dienste
- Mobile Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS)/Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)<sup>176</sup>
- Tageszentren
- Einrichtungen mit stationärer Kurzzeitpflege

Der Datenbedarf von Pflegehelferinnen/Pflegehelfern und Heimhelferinnen/Heimhelfern umfasst pflege- und betreuungsrelevante Daten. Gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)<sup>177</sup> werden entsprechende Daten nicht direkt an Pflegehelferinnen/Pflegehelfer oder Heimhelferinnen/Heimhelfer übermittelt sondern an diplomierte Pflegekräfte, welche die Anleitung und Aufsicht für diese Berufsgruppen übernehmen. Da Pflegehelferinnen/Pflegehelfer und Heimhelferinnen/Heimhelfer somit nicht zu den direkten Adressaten im Datenmanagement gehören, werden diese in obiger Auflistung nicht angeführt.

Die Expertinnen/Experten der Arbeitsgruppe sprachen sich bei der Umsetzung des „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ für die Realisierung eines elektronischen Datenmanagements aus, da nur damit im Hinblick auf die Zielgruppe dem umfassenden Informationsbedarf der einzelnen Leistungserbringer gerecht werden kann.

Im Falle eines elektronischen Datenmanagements erfolgt die Umsetzung im Rahmen eines Stufenmodells. Dabei werden in der ersten Ausbaustufe patientenführende Ärztinnen/Ärzte, Case Managerinnen/Case Manager, Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte angebunden. In der zweiten Stufe wird das Datenmanagement auf Krankenanstalten und Memory Kliniken ausgeweitet. Die

mediziner mit Kassenvertrag notwendig werden. Dafür ist eine nur mündliche Weiterleitung nicht ausreichend. Diese muss auf schriftlichem Weg durch die Übermittlung von Befunden erfolgen.

<sup>176</sup> Die Bezeichnung „Mobile DGKS/DGKP“ umfasst hier jene DGKS/DGKP, welche freiberuflich tätig sind. Jene DGKS/DGKP, die in einer Organisation angestellt sind, fallen in die Gruppe der „Mobilen Dienste“.

<sup>177</sup> § 63 Art. 1 BGBl. I Nr. 108/1997. (GuKG)

Anbindung weiterer Dienstleister erfolgt in der dritten Ausbaustufe. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Anbindung der Akteurinnen/Akteure:

Anbindungsphasen	Akteure				
Ausbaustufe 1	Patienten-führende Ärzte	Case Manager*	Allgemein-mediziner	Fachärzte	
Ausbaustufe 2	Kranken-anstalten	Memory Kliniken			
Ausbaustufe 3	Mobile DGKS/ DGKP	Mobile Dienste**	Psychologen	Psycho-therapeuten	Physio-therapeuten
	Ergo-therapeuten	Logopäden	Tageszentren	Stationäre Kurzzeitpflege	

Abbildung 18 Anbindungsphasen des Stufenmodells

## 4. DATEN- UND INFORMATIONSBEDARF

Im Folgenden wird der Datenbedarf, welcher in Anlehnung an das ELGA-CDA „Entlassungs-information“ definiert und erweitert wurde, dargestellt.<sup>178 179</sup> Die benötigten Daten können in vier Bereiche gegliedert werden:

- Stammdaten
- Verfügungen und andere juristische Dokumente
- Medizinische Dokumentation
- Sozial- und Pflegeanamnese

Im Rahmen der Erstellung der nicht-elektronischen Datenmanagementlösung (Formulare) wurden Verfügungen und andere juristische Dokumente der folgenden Tabelle entsprechend ihrer Zugehörigkeit auf die Bereiche „Stammdaten“ und „Sozial- und Pflegeanamnese“ aufgeteilt.

<sup>178</sup> <http://www.arge-elga.at/index.php?id=32>, Zugriff am 21. Dezember 2009

<sup>179</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Informations- und Datenmanagement, am 03.11.2009

\* Der Zugang von Case Managerinnen/Case Manager sollte durch eine räumliche und infrastrukturelle Anbindung in Gesundheitszentren bzw. in Bezirksstellen der Versicherungsträger gewährleistet werden.

\*\* Die Anbindung von mobilen Diensten erfolgt auf Grund der aktuell sehr heterogenen technischen Ausstattung für Dokumentationszwecke erst in Ausbaustufe 3. Prinzipiell ist eine frühere Anbindung möglich, sofern die lokalen Gegebenheiten in den Umsetzungsregionen diese Möglichkeit bieten.

Datenbedarf	
Stammdaten	Name
	SVNR
	Geburtsdatum
	Versicherungsträger
	Adresse
	Betreuungsadresse
	Telefonnummer
	Geschlecht
	Muttersprache
	Auflistung der Ärztinnen/Ärzte der Patientin/des Patienten und deren Rollen
	Case Managerin/Case Manager (ja/nein, Name/Kontakt)
	Involvierte Leistungserbringer
Verfügungen und andere juristische Dokumente	Sachwalterin/Sachwalter (ja/nein, Name/Kontakt)
	Kontaktperson mit Telefonnummer
	Angehöriger mit Vertretungsbefugnis (ja/nein, Name/Kontakt)
	Vorsorgevollmacht (ja/nein)
	Patientenverfügungen (ja/nein, Ort der Aufbewahrung)
	Pflegegeldbezug (ja/nein, Stufe)
	Förderungen
Medizinische Dokumentation	Verdachtsdiagnosen und Fragestellungen für Überweisungen
	Überweisungen/Zuweisungen
	Diagnosen
	Diagnose Demenz (Typ und Grad)
	MMSE
	Allergien
	Größe

	Gewicht
	BMI <sup>180</sup>
	Vorhandene Facharztbefunde
	Medikation
	Risiken
	Dekurs <sup>181</sup> - Freitextfeld inkl. Erstellungsdatum
	Dekurs - Freitextfeld für MTD inkl. Erstellungsdatum
Sozial- und Pflegeanamnese	Angehörige (ja/nein, Art des Angehörigenverhältnisses, Name, Wohnort (Ort, im selben Haus ja/nein, selber Haushalt ja/nein))
	Familiäre Situation
	Vertrauenspersonen
	Erweitertes informelles Netzwerk/informelle Beteiligte
	Wohnsituation (Art der Wohnung, Mitbewohner)
	Betreuung (nein, ja, Angehörige nicht im Haus leben, Angehörige im Haus lebend, Bekannte nicht im Haus leben, Bekannte im Haus leben, mobile Dienste, Tagesbetreuung, Nachtbetreuung)
	Hautschäden
	Unterstützungsleistungen (mobile Dienste etc. - Zuständigkeiten)
	Nicht medikamentöse Therapien
	Sicherheit
	Haustiere
	Biographie (Beruf, Ausbildung, Hobbys)
	Beeinträchtigungen/Ressourcen (IADL/AEDL) <sup>182</sup>

 Tabelle 51 Datenbedarf <sup>183</sup>

<sup>180</sup> Bei einer elektronischen Umsetzung wird der BMI-Wert automatisch aus den Parametern Größe und Gewicht errechnet.

<sup>181</sup> Die Dateneingabe in Dekursfelder ersetzt nicht die Befund- und Informationsübermittlung. In Absprache mit beteiligten Gesundheits- und Sozialdienstleistern kann dieses Tool jedoch zur Übermittlung von Befunden eingesetzt werden. Dafür ist aber jedenfalls ein Informationsschreiben oder -telefonat erforderlich, um die entsprechenden Netzwerkpartner auf die erfolgte Dateneingabe aufmerksam zu machen.

<sup>182</sup> Mit diesen Instrumenten werden folgende Bereiche abgedeckt: Essen und Trinken, Ausscheiden, sich bewegen, sich sauberhalten und kleiden, sichere Umgebung, Kommunizieren, sich beschäftigen, Telefonkompetenz, Einkaufen, Kochen, Haushalt, Wäsche, Transportmittel, Medikamente, Geldhaushalt

<sup>183</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Informations- und Datenmanagement, am 03.11.2009

## 5. DOKUMENTATIONSSTELLEN

Für die Erreichung der Zielsetzungen des Informations- und Datenmanagements ist die Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis notwendig. Um dieser Forderung gerecht zu werden, wurden Zuständigkeitsbereiche für die Datenerfassung und -dokumentation definiert. Dadurch wird geregelt, welche Akteurinnen/Akteure für die Erfassung welcher Daten zuständig sind. Ein wesentlicher Teil der Datenerhebung wird im Netzwerk von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten und Case Managerinnen/Case Managern übernommen.<sup>184</sup>

Demnach wird die Erhebung von Stammdaten und Daten aus der medizinischen Dokumentation primär von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten durchgeführt. Die Erfassung von Verfügungen und anderen juristischen Dokumenten sowie sozial- und pflegebezogene Daten fallen in den Zuständigkeitsbereich des Case Managements bzw. werden je nach Zugang der Information von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten eingepflegt. Sofern im Rahmen der Erhebung der Stammdaten der patientenführende Ärztin/dem patientenführenden Arzt nicht alle notwendigen Daten bekannt sind, erfolgt die Ergänzung dieser Daten durch das Case Management.

Im Folgenden werden die Abläufe bei der Einschreibung von Patientinnen/Patienten sowie die von den einzelnen Akteurinnen/Akteuren zu erfassenden Daten im Detail dargestellt.

### 5.1. Patientinnen-/Patienteneinschreibung

Die eigentliche Einschreibung der Patientinnen/Patienten in das „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ erfolgt in der Administrationsstelle, deren Aufgaben in den nachfolgenden Kapiteln im Einzelnen beschrieben werden. Möchten Patientinnen/Patienten im Netzwerk versorgt werden, müssen sie sich an einschreibeberechtigte Akteure wenden.

Im Folgenden sind die beiden Vorgangsweisen der Patientinneneinschreibung/Patienteneinschreibung dargestellt.

*Ablauf der Patientinneneinschreibung/Patienteneinschreibung durch die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt:*

Nach Erhalt der von Patientinnen/Patienten bzw. von vertretungsberechtigten Angehörigen oder Sachwalterinnen/Sachwaltern unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenerfassung und -weitergabe durch die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt, ist diese/dieser berechtigt, die Stammdaten aus dem e-card-System über die gesicherte e-card-Leitung an die Administrationsstelle des Netzwerkes weiterzuleiten. Die unterzeichnete und originale Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist von ihr/ihm in der

<sup>184</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Informations- und Datenmanagement, am 03.11.2009

Patientendokumentation aufzubewahren.<sup>185</sup> Eine Kopie des Formulars ist in der Patientenmappe abzulegen.

Alternativ zur elektronischen Weiterleitung kann die Meldung der Patientinneneinschreibung/Patienteneinschreibung mit einer Kopie der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung postalisch an die Administrationsstelle erfolgen. Analog zur Vorgehensweise bei der elektronischen Anmeldung ist das Originalformular in der Patientendokumentation und eine Kopie des Formulars in der Patientenmappe abzulegen.

Dabei werden folgende Daten übermittelt:

- Patientennamenname
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Adresse
- Versicherungsträger
- Sozialversicherungsnummer
- Ersteinschreibung oder Arztwechsel
- Name, Kontaktdaten und ID-Nr. der/des patientenführenden Ärztin/Arztes
- Gegebenenfalls Name und Kontaktmöglichkeit der Angehörigenvertretung bzw. der Sachwalterin/des Sachwalters

Mit dieser Meldung ist die Patientin/der Patient in der Administrationssoftware erfasst. Die Administrationsstelle verifiziert die Teilnahmeberechtigung der Patientin/des Patienten (prüft beispielsweise, ob die Patientin/der Patient schon bei einer/einem anderen Ärztin/Arzt in das Netzwerk eingeschrieben ist). Ist die Patientin/der Patient zur Teilnahme am Netzwerk berechtigt, wird ihr/ihm eine Case Managerin/ein Case Manager zugeteilt. Anschließend werden die Bestätigung der Einschreibung sowie die Kontaktdaten des für die Patientin/den Patienten zuständigen Case Managements an die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt per Post retourniert.

Nach Erhalt der Einschreibebestätigung (oder nach telefonischer Abklärung mit der Administrationsstelle) kann die patientenführende Ärztin/der patientenführende Arzt mit der Erhebung und Dokumentation der erforderlichen Stammdaten und der medizinischen Daten beginnen.

*Ablauf der Patientinneneinschreibung/der Patienteneinschreibung ohne patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt*

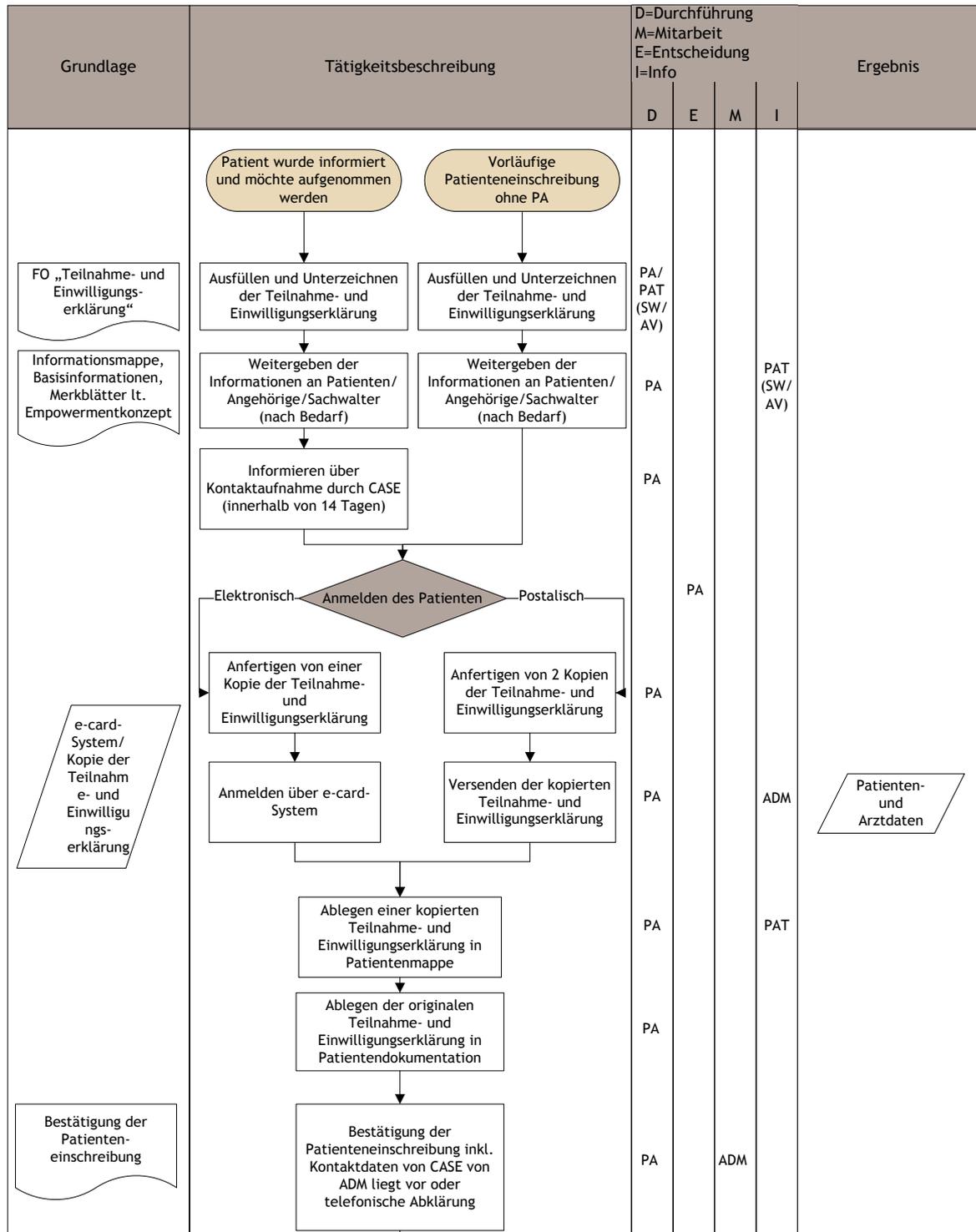
Im Netzwerk ist es möglich, die Einschreibung von Patientinnen/Patienten durchzuführen, wenn sich diese in einem Krankenhaus, einer Ambulanz oder einer Memory Klinik befinden. Nach Information der Patientinnen/Patienten über das „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ und bei Aufnahmewunsch ist von diesen Stellen zu klären, ob eine patientenfüh-

<sup>185</sup> Analog zu Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 2

rende Ärztin/ein patientenführender Arzt für die Patientin/den Patienten vorhanden ist, welcher in weiterer Folge eine reguläre Einschreibung vornimmt. Ist dies nicht der Fall, ist eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit den Patientinnen/Patienten bzw. mit vertretungsberechtigten Angehörigen oder der Sachwalterin/dem Sachwalter auszufüllen und zu unterzeichnen. Diese wird an die Administrationsstelle übermittelt, welche den Patientinnen/Patienten eine Case Managerin/einen Case Manager zuteilt. Diese/dieser übernimmt die erforderliche Koordination, um innerhalb von sechs Monaten eine Ärztin/einen Arzt zu finden, welcher die Patientenführung übernimmt. Die weitere Vorgehensweise entspricht in diesem Fall der bereits oben dargestellten (Einschreibung durch patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt). Kann innerhalb dieser Frist keine patientenführende Ärztin/kein patientenführender Arzt organisiert werden, wird die Patientin/der Patient in die Regelversorgung übergeleitet.

Im Folgenden befindet sich der Ablauf der Patienteneinschreibung in Form einer Prozessdarstellung:

## Aufnahme, Dokumentation und Information



## Aufnahme, Dokumentation und Information

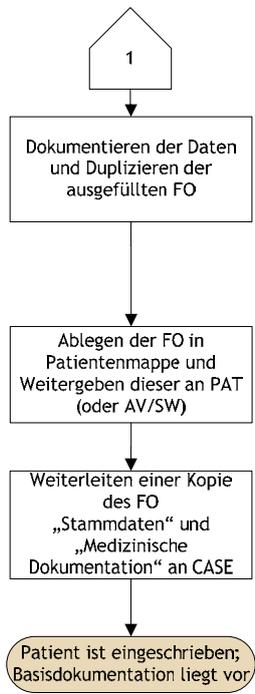
Grundlage	Tätigkeitsbeschreibung	D=Durchführung M=Mitarbeit E=Entscheidung I=Info				Ergebnis
		D	E	M	I	
FO „Stammdaten“ FO „Medizinische Dokumentation“	 <pre>           graph TD             Start([1]) --&gt; A[Dokumentieren der Daten und Duplizieren der ausgefüllten FO]             A --&gt; B[Ablegen der FO in Patientenmappe und Weitergeben dieser an PAT (oder AV/SW)]             B --&gt; C[Weiterleiten einer Kopie des FO „Stammdaten“ und „Medizinische Dokumentation“ an CASE]             C --&gt; End([Patient ist eingeschrieben; Basisdokumentation liegt vor])           </pre>	PA		PAT (SW/AV)		Ausgefülltes FO „Stammdaten“ >>1 Ausgefülltes FO „Medizinische Dokumentation“ >>2 Aktualisierte Patientenmappe Aktualisierte Kopie der Patientenmappe

Abbildung 19 Ablauf der Patienteneinschreibung

>>1 Das Formular „Stammdaten“ ist vom patientenführenden Arzt oder vom Case Management auszufüllen und zu duplizieren. Das Originalformular ist in die Patientenmappe einzuordnen und an den Patienten weiterzugeben. Wird die Patienteneinschreibung von einer patientenführenden Ärztin/ einem patientenführenden Arzt durchgeführt, ist eine kopierte Version des Formulars, nach Zuordnung einer Case Managerin/eines Case Managers, an diese/diesen weiterzuleiten.

Das Formular „Stammdaten“ enthält folgende Daten:

Patientenname, Sozialversicherungsnummer, Muttersprache, Betreuungsadresse, Ärztinnen/Ärzte des Patienten und deren Fachgruppe, Name und Kontaktmöglichkeit des Case Managements, Art und Organisation involvierter Leistungserbringer, Kontaktperson der Patientin/des Patienten mit Telefonnummer und gegebenenfalls Name und Kontaktmöglichkeit der Angehörigenvertretung bzw. des Sachwalters

Bei Änderungen in den Daten ist vom Case Management nur die aktuellste Formularversion in der Patientenmappe einzuordnen.

Das Formular ist von der ausfüllenden Person zu unterzeichnen und mit Datum zu versehen.

>>2 Das Formular „Medizinische Dokumentation“ ist von der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt auszufüllen und zu duplizieren. Eine Kopie des Formulars ist in die Patientenmappe einzuordnen und an den Patienten weiterzugeben. Eine kopierte Version des Formulars ist, nach Zuordnung einer Case Managerin/eines Case Managers, an diese/diesen weiterzuleiten.

Das Formular ist von der ausfüllenden Person zu unterzeichnen und mit Datum zu versehen.

Das Formular „Medizinische Dokumentation“ enthält folgende Daten:

Datum, Typ und Grad der Demenz, MMSE-Wert, sonstige Diagnosen, Verdachtsdiagnosen, notwendige Überweisungen/ Zuweisung, Allergien, Größe, Gewicht, BMI, Risiken, Name und Einnahmemodalität der Medikamente, vorliegende Befunde (inkl. Datum der Befunde, Befundart, Name des durchführenden Arztes/Instituts, Fachgruppe), Dekurs

Im Rahmen der medizinischen Dokumentation sind von patientenführenden Ärzten weiters folgende Daten zu dokumentieren, wenn diese dem patientenführenden Ärzten bekannt sind:

Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Patientenverfügungen, Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht und Name/ Telefonnummer der bevollmächtigten Person, Pflegegeldbezug und Einstufung

## 5.2. Patientenführende Ärztinnen/Ärzte

Im Zuge der Einschreibung sind patientenführende Ärztinnen/Ärzte für die Erhebung von Stammdaten zuständig. Dabei werden folgende Daten erfasst:

- Patientename
- Sozialversicherungsnummer
- Muttersprache
- Betreuungsadresse
- Ärztinnen/Ärzte des Patienten und deren Fachgruppe
- Art und Organisation involvierter Leistungserbringer (z.B. Ärztinnen und Ärzte die an der Behandlung beteiligt sind)
- Kontaktperson der Patientin/des Patienten mit Telefonnummer
- gegebenenfalls Name und Kontaktmöglichkeit der Angehörigenvertretung bzw. des Sachwalters

Weiters sind sie im Rahmen der *medizinischen Dokumentation* für die Einpflegung folgender Daten zuständig:

- Typ und Grad der Demenz (lt. fachärztlichem Befund) inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das im Netzwerk erfasste Stadium der Demenz dem Erstdiagnosedatum oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- MMSE-Ergebnis (lt. fachärztlichem Befund) inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das MMSE-Ergebnis dem „Ersttestdatum“ oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- Name und Einnahmemodalitäten der Antidementiva (Einnahmehäufigkeit, -dosis und -zeitpunkt lt. fachärztlichem Befund, Verordnungsdatum)
- Sonstige verordnete Medikation (Einnahmehäufigkeit, -dosis und -zeitpunkt)
- Sonstige Diagnosen inkl. Erstellungsdatum
- Verdachtsdiagnosen inkl. Erstellungsdatum
- Notwendige Überweisungen/Zuweisungen
- Verordnete nicht medikamentöse Therapien
- Allergien
- Größe
- Gewicht inkl. Erstellungsdatum
- BMI<sup>186</sup>
- Risiken inkl. Erstellungsdatum
- Auflistung vorliegender Befunde (inkl. Erstellungsdatum der Befunde, Befundart, Name der/des durchführenden bzw. auskunftsberechtigten Ärztin/Arztes, Psychologin/Psychologen, Instituts, Fachgruppe)
- Dekurs inkl. Erstellungsdatum

<sup>186</sup> Bei einer elektronischen Umsetzung wird der BMI-Wert automatisch aus den Parametern Größe und Gewicht errechnet.

Im Rahmen der Datenerfassung sind zusätzlich folgende Daten zu dokumentieren, wenn diese der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt bekannt sind:

- Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Patientenverfügungen
- Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht und Name/Telefonnummer der bevollmächtigten Person
- Pflegegeldbezug und Einstufung
- Ergänzung fehlender Daten, sofern diese bekannt sind

### 5.3. Case Managerinnen/Case Manager

In den Dokumentationsbereich des Case Managements fällt die Erhebung von *Verfügungen und juristischen Dokumenten, sozial- und pflegebezogenen Daten sowie die Ergänzung fehlender Daten*.

Die Dokumentation *juristischer Daten* beginnt zum Teil bereits im Zuge der Stammdatenerhebung, wenn den patientenführenden Ärztinnen/Ärzten entsprechende Daten bekannt sind. Die Zuständigkeit des Case Managements beschränkt sich daher im Bereich der juristisch relevanten Daten primär auf deren Ergänzung.

*Sozial- und pflegebezogene Daten* werden im Rahmen des Basisassessments, welches in der Intakephase des Case Managements stattfindet, erhoben und dokumentiert.

Nach Abschluss des Basisassessments stehen berechtigten Akteurinnen/Akteuren zusätzlich folgende Daten zur Verfügung:

- Inanspruchnahme des Case Managements und Kontaktdaten (Name, Kontaktadresse, Telefonnummer, Email)
- Ergänzte fehlende Daten, sofern diese bekannt sind

Des Weiteren ist im Falle eines elektronischen Datenmanagements vom Case Management anzugeben, ob bereits ein Hilfeplan erarbeitet wurde und wenn ja, ist zusätzlich das Datum der Erstellung zu erfassen. Bei nicht-elektronischer Umsetzung wird der Hilfeplan vom Case Management in die Patientenmappe eingeordnet.

*Verfügungen und andere juristische Daten:*

- Kontaktperson mit Telefonnummer
- Gegebenenfalls Name und Kontaktmöglichkeit der Angehörigenvertretung bzw. der Schwalterin/des Sachwalters
- Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Patientenverfügungen
- Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht und Name/Telefonnummer der bevollmächtigten Person
- Pflegegeldbezug und Einstufung
- Förderungen

*Daten aus der Sozial- und Pflegeanamnese:*

- Name, Kontaktmöglichkeit, Verwandtschaftsverhältnis und Wohnnähe von Angehörigen
- Familienstand und familiäres Netzwerk
- Name, Kontaktmöglichkeit und Bekanntschaftsgrad von Vertrauenspersonen
- Erweitertes informelles Netzwerk
- Art der Wohnsituation und Personen im Haushalt
- Betreuung
- Hautschäden
- Nicht medikamentöse Therapien
- Unterstützungsleistungen (mobile Dienste, etc. - Zuständigkeiten)
- Sicherheit
- Beeinträchtigungen/Ressourcen (IADL/AEDL)
- Haustiere
- Biografie (Beruf, Ausbildung, Hobbys)

Sollte die Patientin/der Patient bereits von einem mobilen Pflegedienst versorgt werden bzw. wird sie/er aus einem Krankenhaus entlassen, soll nach Möglichkeit auf die im jeweiligen Bereich erstellte Pflegeanamnese bzw. Pflegetransferierungsbericht zurückgegriffen werden.

Im Falle der Aufnahme von Patientinnen/Patienten in den Case Management-Prozess erfolgt im Laufe der Betreuung bei Bedarf ein erweitertes Assessment. Daten, die aus dieser Erhebung hervorgehen, werden voraussichtlich in einem gesonderten elektronischen Tool für das Case Management dokumentiert. Dazu gehören Daten, welche zusätzlich zum Beispiel mit dem Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC)<sup>187</sup> erhoben wurden sowie Informationen zur wirtschaftlichen Situation/Förderungsbedürftigkeit (z.B.: Wohnbeihilfe, Heizkostenzuschuss, Sozialhilfe usw.). Dieses Tool dient der Erfassung von Daten, welche für die Tätigkeit als Case Managerinnen/ Case Manager notwendig sind, aber nicht allen Akteurinnen/Akteuren im Datenmanagement zur Verfügung stehen sollen.

## 5.4. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte

### 5.4.1. Netzwerkpartner

Die Anbindung an das elektronische Datenmanagement von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und Fachärztinnen/Fachärzten, die sich in das Netzwerk ein-

<sup>187</sup> Das Instrument enthält Einschätzungsbögen zur Beurteilung der Bereiche Aktivität und Beschäftigung, Aktivitäten des täglichen Lebens, akute Verwirrtheit und Delir, Dekubitus und Hautzustand, Ernährungszustand und Dehydration, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, kognitive Beeinträchtigung und Demenz, Kontinenz, Mund- und Zahnstatus, psychosoziales Wohlbefinden, Psychopharmaka, Seh- und Hörfähigkeit, Stimmungslage, Stürze und Verhalten. Quelle: Messer (2008). S. 68f

schreiben aber nicht als patientenführende Ärztinnen/Ärzte tätig werden, erfolgt auf freiwilliger Basis. Sollten sich die Medizinerinnen/Mediziner für die Anbindung entschließen, bietet sich der Vorteil, dass sie Daten ihrer Patientinnen/Patienten, die im Projekt versorgt werden, mit Leserechten einsehen aber auch mit Schreiberechten aktualisieren können.

Sollten sich die Netzwerkpartner gegen eine Anbindung an das elektronische Datenmanagement entschließen, stehen ihnen Formulare zur Verfügung, die sie im Sinne von Befundberichten an die patientenführenden Ärztinnen/Ärzte übermitteln und in der Patientenmappe ablegen. Ihrerseits erhalten sie Informationen über die in den Patientenmappen abgelegten Anamnese- und Befundbögen. Dazu werden zwei Varianten zur Wahl gestellt.

#### *Variante 1*

Da diese Netzwerkpartner keine Anbindung an das elektronische Datenmanagement besitzen, werden diese verpflichtet,

- Befunde (oder Auszüge aus den Befunden)
- Demenzdiagnosen mit Krankheitseinstufung inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das Stadium der Demenz dem Ersttestdatum oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- MMSE-Ergebnis inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das MMSE-Ergebnis dem Erstdiagnosedatum oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- Name und Einnahmemodalitäten der Antidementiva (Einnahmehäufigkeit, -dosis und -zeitpunkt, Verordnungsdatum)

an die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt, zur Dokumentation durch diesen, weiterzuleiten. Voraussetzung für die Einpflege der Daten durch die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt ist, dass diese von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und Fachärztinnen/Fachärzten strukturiert dokumentiert übermittelt werden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass Akteurinnen/Akteure, welche Daten im Netzwerk zur Verfügung stellen, die Verantwortung für die Richtigkeit der Daten tragen. Weiters sind sie für die Auswahl der Daten, welche im Netzwerk veröffentlicht werden verantwortlich. Bei dieser Variante ist die Erfüllung dieser beiden Forderungen kritisch zu beurteilen.

#### *Variante 2*

Eine alternative Vorgehensweise besteht darin, Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und Fachärztinnen/Fachärzten zu verpflichten, die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt, sofern sie/er entsprechende Befunde angeordnet hat, über

- Art und Erstellungsdatum der vorliegenden Befunde, Name und Fachgruppe der durchführenden Ärztin/des durchführenden Arztes, Institutes bzw. einer auskunftsberechtigten Ansprechperson
- Demenzdiagnosen mit Krankheitseinstufung inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das Stadium der Demenz dem Erstdiagnosedatum oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- MMSE-Ergebnis inkl. Erstellungsdatum; bei erstmaliger Dokumentation Angabe, ob das MMSE-Ergebnis dem Ersttestdatum oder dem Datum des ersten bekannten Wertes entspricht
- Name und Einnahmemodalitäten der Antidementiva (Einnahmehäufigkeit, -dosis und -zeitpunkt, Verordnungsdatum)

zu informieren. Dieser stellt eine Auflistung der vorliegenden Befunde inklusive der Kontaktdaten für Rückfragen von berechtigten Akteurinnen/Akteuren im Netzwerk zur Verfügung. Im Unterschied zu Variante 1 werden bei dieser Vorgehensweise, mit Ausnahme der angeführten diagnostischen und therapeutischen Daten, keine weiteren medizinischen Befunddaten im Netzwerk veröffentlicht.

#### 5.4.2. Regelversorgung

Es wird auch Fälle geben, in denen in das Netzwerk eingeschriebene Patientinnen/Patienten Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte außerhalb des Netzwerkes konsultieren. Um einen Informationsverlust bei den patientenführenden Ärztinnen/Ärzten und damit auch allen anderen involvierten Leistungserbringer zu verhindern, sollten die Patientinnen/Patienten Überweisungen für die entsprechenden Medizinerinnen/Mediziner erhalten, die Platz für Befundberichte und Therapieempfehlungen bieten. Alternativ könnten die Formulare des Netzwerkes verwendet werden, die die Dateneinpfehlung durch patientenführende Ärztinnen/Ärzte gemäß Variante 1 oder 2 erleichtern.

### 5.5. Memory Kliniken, Akutkrankenanstalten und Psychologinnen/Psychologen

Die Anbindung von Memory Kliniken und Akutkrankenanstalten an das elektronische Datenmanagement ist in einer zweiten Ausbaustufe, die der Psychologinnen/Psychologen in einer dritten Ausbaustufe eines Stufenmodells angedacht. Damit wird diesen Akteurinnen/Akteuren der Zugriff auf bereits bestehende Daten mit Lese- und Schreibrechten ermöglicht. Für die Durchführung in der ersten Ausbaustufe sind ebenfalls die unter 4.4.1. beschriebenen Varianten möglich.

Bei der Umsetzung der ersten Variante (Übermittlung relevanter Befunde und Messergebnisse an die patientenführenden Ärztinnen/Ärzte und Einpflegeung durch diese in das elektronische Datenmanagement) muss aus datenschutzrechtlichen Gründen geklärt werden, welche psychologischen Daten im Netzwerk ersichtlich sein müssen bzw. dürfen.

## 5.6. Netzwerkmanagement

Die Aufgaben des Netzwerkmanagements orientieren sich zusätzlich auf Tätigkeiten des Informationsmanagements. Es ist somit für die Erfassung bzw. Aufbereitung der Bereiche des Informationsmanagements für die Homepage, Informationspapiere, Newsletter usw. zuständig. Dazu zählen:<sup>188</sup>

- Akteurinnen/Akteure im Netzwerk mit regionalen Ansprechpartnern inkl. Erreichbarkeit
- Funktionsweise des Netzwerks
- Schulungsangebote
- Leitlinien
- Kontakte zum Netzwerk
- Leistungen und Vorteile des Netzwerks
- Angebote
- Unterstützungsleistungen des Landes (z.B. Pflegegeld, Ruhilfe usw.)
- Bundes- und Landespflegegesetz

Informationen zum Netzwerk sollen jeweils aktualisiert auf der Homepage zur Verfügung stehen. Neuerungen bzw. Erfahrungen mit den Prozessen im Netzwerk können den Mitgliedern auch im Rahmen von Newslettern übermittelt werden.

Weiters ist das Netzwerkmanagement im Bereich des Datenmanagements für die Verifizierung der Patienteneinschreibung zuständig. Nach Einlangen der elektronischen oder postalischen Meldung zur Aufnahme der Patientin/des Patienten in der Administrationsstelle des jeweiligen Bundeslandes, prüft diese, ob die Patientin/der Patient evtl. schon bei einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt eingeschrieben ist. Sollte dies der Fall sein, wird die einschreibende Ärztin/der einschreibende Arzt von der Administrationsstelle kontaktiert und es wird die Richtigkeit der Meldung abgeklärt. Im Programm ist ein Arztwechsel möglich, allerdings muss dies im dafür vorgesehenen Feld auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung vermerkt werden. Außerdem ist eine neuerliche Unterzeichnung durch die Patientin/den Patient bzw. zeichnungsberechtigten Personen notwendig.

Erfolgt keine Klärung des Sachverhaltes, wird von der Administrationsstelle die Case Managerin/der Case Manager kontaktiert, die/der sich direkt an die Betroffenen wendet und die Entscheidung, durch welche Ärztin/welchen Arzt die Patientenführung erfolgen soll, der Administrationsstelle mitteilt.

Im Rahmen des Arztwechsels werden die bisherigen patientenführenden Ärztinnen/Ärzte von der Administrationsstelle über den Wechsel der Patientin/des Patienten informiert. Des Weiteren wird im Falle einer elektronischen Umsetzung des Datenmanagements der Entzug der Zugangsberechtigung der Ärztin/des Arztes zu den betreffenden Patientendaten veranlasst. Die/der neu gewählte Ärztin/Arzt erhält die Berechtigung zur Dokumentation

<sup>188</sup> 2. Sitzung der Arbeitsgruppe Informations- und Datenmanagement, am 03.11.2009

und hat, sofern ein Case Management beansprucht wird, dieses über den erfolgten Arztwechsel zu informieren.

Erfolgt ein Wechsel des Case Managements ist dies der Administrationsstelle mitzuteilen. Die erneute Zuteilung einer Case Managerin/eines Case Managers wird vom Care Management übernommen.

Der Wechsel erfordert auch die neuerliche Unterzeichnung der Case Management-Vereinbarung.

Die/der dabei neu zugeteilte Case Managerin/Case Manager ist für die Übernahme der Patientenmappe, welche beim bisherigen Case Management aufliegt, zuständig. Bei elektronischer Dokumentation wird die Zugriffsberechtigung auf das Datenmanagementsystem dem neuen Case Management übertragen.

Eine weitere Aufgabe der Administrationsstelle ist die Aktivierung des elektronischen Datenmanagementsystems im Zuge der Patienteneinschreibung, sofern dies im Netzwerk Einsatz findet. Dafür ist zwischen der Administrationssoftware und der Software für das Datenmanagement im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ eine automatisierte, evtl. anlassbezogene Datenübermittlung geplant. D.h. wird eine Patientin/ein Patient von der Administrationsstelle in das Netzwerk eingeschrieben, erfolgt eine Meldung an die Datenmanagement-Software und die Patientin/der Patient wird als solcher angelegt, die administrativen Daten<sup>189</sup> werden, nach einem Abgleich mit der Zentralen Partnerverwaltung (ZPV), übernommen und die entsprechenden Akteurinnen/Akteure können ihrerseits mit der Dateneingabe beginnen.

Weiters ist die Administrationsstelle für die Benutzerverwaltung im elektronischen Datenmanagement zuständig. Die Benutzer werden über die Administrationssoftware angelegt und verwaltet. Die Änderungen in den Benutzerdaten werden in der Administrationssoftware protokolliert.

Das jeweilige Netzwerkmanagement muss den beteiligten Akteurinnen/Akteuren als Ansprechpartner bei Fragen oder Problemen mit dem elektronischen Datenmanagementsystem zur Verfügung stehen. Bei technischen Problemen ist eine Weiterleitung an einen Supportdienst erforderlich. Wenn das Netzwerkmanagement nicht in der Administrationsstelle angesiedelt ist, können die detaillierten Aufgaben der beiden Stellen der Netzwerkbeschreibung entnommen werden.

<sup>189</sup> Dazu gehören: Patientennamen, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer, Versicherungsträger, Anschrift

### 5.6.1. Administrationssoftware

Die Verwaltung des Netzwerkes fällt in den Aufgabenbereich der Administrationsstellen, welche bei teilnehmenden Bundesländern in den jeweils zuständigen Gebietskrankenkassen angesiedelt werden sollen. Für die Durchführung der erforderlichen Tätigkeiten ist der Einsatz einer Administrationssoftware erforderlich.

Für das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ wurde eine Administrationssoftware entwickelt, die auch für andere Projekte der Integrierten Versorgung nach entsprechender Adaptierung verwendet werden kann. Die Funktion des DMP-Routeusers (Superuser) wird dabei von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) übernommen. Mit dieser Software wird es einerseits möglich sein, teilnehmende Netzwerkmitglieder zu verwalten, andererseits dient sie der Administration der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten.

Grundlegende Anpassungen wie die Integration weiterer Akteurinnen/Akteure erfolgt im Rahmen der Release-Umstellung gemeinsam mit der SVC. Anpassungen direkt in der Administrationssoftware (z.B. Anlegen des Projekts mit Patienteneinschreibefunktion) können in Zusammenarbeit mit der STGKK realisiert werden.

Im Folgenden werden die Anforderungen an die Administrationssoftware dargestellt:

#### 5.6.1.1. Verwaltung von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten

Die Erstellung von Stammdaten wird, wie bisher im DMP, durch einen Import der entsprechenden Daten aus dem e-card-System in der Administrationssoftware stattfinden. Durch diese Vorgehensweise können Stammdaten von Patientinnen/Patienten und patientenführenden Ärztinnen/Ärzten generiert werden. Anschließend wird ein Abgleich mit den Daten der Zentralen Partnerverwaltung (ZPV) erfolgen.

#### 5.6.1.2. Verwaltung von weiteren Akteuren

Da im Projekt zusätzliche leistungserbringende Akteurinnen/Akteure teilnehmen werden, ist eine Ausweitung der Administrationssoftware über die alleinige Verwaltung von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte hinaus, nötig. Dafür ist die Erweiterung der Eingabemaske um einen Bereich „Andere Akteure“ angedacht, in den entsprechende Benutzerdaten der teilnehmenden Leistungserbringer (außer der patientenführenden Ärztinnen/Ärzten) gespeichert werden. Den Daten der teilnehmenden Patientinnen/Patienten werden die jeweils beteiligten Leistungserbringer zugeordnet. Die Datenbank müsste dementsprechend auch erweitert werden.

#### 5.6.1.3. Protokollierung

Werden in den Benutzerdaten Änderungen vorgenommen, werden diese wie bisher in der Administrationssoftware protokolliert. Weiters werden Einschreibungen in der Administrationssoftware dokumentiert und können nicht gelöscht werden. Dabei wird protokolliert,

wann und bei welcher Ärztin/welchem Arzt die Einschreibung erfolgte. Bei Bedarf sind Erweiterungen der Protokollierfunktion seitens der STGKK möglich.

#### 5.6.1.4. Überprüfung der Patientenführung

Die Überprüfung, ob bei Patientinnen/Patienten, welche von einer Case Managerin/einem Case Manager eingeschrieben wurden, die Patientenführung in der vorgesehenen Frist von einer Ärztin/einem Arzt übernommen wurde, ist durch eine Controlling-Abfrage in der Administrationssoftware möglich. Dabei können alle durch das Case Management eingeschriebenen Patientinnen/Patienten der letzten sechs Monate pro Case Managerin/Case Manager aufgerufen werden. Es erfolgt ein Abgleich, ob bei diesen Patientinnen/Patienten eine patientenführende Ärztin/ein patientenführender Arzt vorhanden ist. Diese Möglichkeit kann im Rahmen der Release-Umstellung innerhalb der „Therapie Aktiv Verwaltung“ realisiert werden.

#### 5.6.1.5. Leistungsabrechnung

Die Anzeige von vorhandenen Dokumentationen für die Leistungsabrechnung ist im DMP DM2 derzeit bei elektronisch übermittelten Dokumentationen (e-card-Leitung und eSV-Portal) möglich. Der Eingang der übermittelten Dokumentationen wird mit Datum in der Administrationssoftware angezeigt (es werden keine medizinischen Daten in der Software gespeichert). Im Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist auf Grund mehrerer Dokumentationsstellen eine Differenzierung zwischen medizinischen, pflegerischen, sozialen und administrativen Daten notwendig.

#### 5.6.1.6. Auswertungen

Für die Generierung von quartalsweisen Statistiken und Auswertungen bietet die Administrationssoftware drei Möglichkeiten:

(1) Es können direkt aus der Administrationssoftware *Excel-Listen* von Auswertungen ausgegeben werden.

(2) Im Menü „*Controlling*“ können Abfragen erstellt werden. Dabei stehen grundsätzlich folgende Fragestellungen für Patientinnen/Patienten zur Verfügung:

- Neue Einschreibungen pro Zeitraum
- Gültige Einschreibungen pro Zeitraum
- Beendete Einschreibungen pro Zeitraum
- Einschreibungen mit Arztwechsel pro Zeitraum
- Gültige Einschreibungen pro Arzt in einem Bundesland

Darüber hinaus stehen für Ärztinnen/Ärzte Auswertungen zu Berechtigungen zur Teilnahme an Programmen zur Verfügung, bei dem die Voraussetzungen geprüft werden, z.B. Absolvierung nötiger Schulungen.

Für das „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ können die Fragestellungen entsprechend ergänzt werden.

(3) Die STGKK hat die Datenhoheit über die Datenbank mit den pseudonymisierten medizinischen Daten aus den Dokumentationsbögen des DMP DM2. Sofern es von den jeweiligen Trägern gewünscht ist, werden von der STGKK in etwa halbjährlichen Abständen aus dieser Datenbank die medizinischen Daten an LEICON weitergeleitet. Zum derzeitigen Stand ist geplant, dass sich LEICON in den entsprechenden Bundesländern für diese Übermittlung das Einverständnis einholt. Da es sich um pseudonymisierte Daten handelt, ist eine Anfrage an die zuständige Ärztekammer grundsätzlich nicht nötig. Die übermittelten Daten stehen dann zur eigenen Auswertung durch den Träger zur Verfügung. Dafür gibt es aus datenschutzrechtlicher Sicht Mindestvorgaben, die erfüllt werden müssen (mind. fünf Patientinnen/Patienten pro Bezirk, mind. Geschlecht und Geburtsjahr, mind. drei Ärztinnen/Ärzte pro Bezirk).

Diese Vorgehensweise könnte man auch für „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ nutzen.

## 6. NICHT-ELEKTRONISCHES DATENMANAGEMENT

Ausgangsbasis für die Implementierung eines Datenmanagementsystems wird eine nicht-elektronische Umsetzung sein. Sollte ein elektronisches Datenmanagement aufgrund umsetzungsbedingter, rechtlicher, technischer oder finanzieller Probleme nicht oder erst in späteren Projektphasen realisierbar sein, muss das Datenmanagement auf nicht-elektronische Elemente zurückgreifen. Dies würde die Verwendung von Formularen, Berichten, etc. in Papierform bedeuten.

Für das Gelingen von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird die Verwendung einer elektronischen Möglichkeit von der Expertengruppe unbedingt befürwortet. Andernfalls könnte das Projekt am bürokratischen Aufwand und an der Unzuverlässigkeit einer Papierlösung scheitern.

Im Falle einer Papierlösung werden vom Competence Center Integrierte Versorgung Formulare für die einzelnen Anwendungsfälle entwickelt und dem Netzwerkmanagement zur Verfügung gestellt. Diese Formulare werden auch in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, damit diese bei Bedarf am PC ausgefüllt und gedruckt werden können. Um unbeabsichtigte Veränderungen der Formulare zu vermeiden, wird bei der Erstellung im Textverarbeitungsprogramm die geschützte Formularfunktion verwendet.

Die einzelnen Netzwerkpartner sind im Falle der nicht-elektronischen Umsetzung für die Dokumentation in diesen Formularen und für die Weitergabe nach strukturierten Nahtstellenprozessen verantwortlich.

Für die Handhabbarkeit sollten bei jeder Patientin/jedem Patienten die gesammelten Dokumentationen in Form einer Patientenmappe aufliegen. Im Hinblick auf die Zielgruppe des Projekts erscheint es nötig, dass diese Dokumente in Kopie bei der/dem zuständigen Case Managerin/Case Manager aufliegen, um sie im Bedarfsfall an die behandelnden Akteurinnen/Akteure zeitgerecht übermitteln zu können.

## 7. ELEKTRONISCHES DATENMANAGEMENT

### 7.1. Allgemeine Anforderungen an das Datenmanagement

Im Folgenden werden einige Umsetzungsszenarios des Datenmanagements mit daraus eingehenden Anforderungen beschrieben.

#### 7.1.1. Übernahme der Stammdaten

Die Stammdaten der Patientinnen/Patienten werden mittels e-card von den einschreibenden Akteurinnen/Akteuren aus dem e-card-System ausgelesen und über die e-card-Leitung an die Administrationsstelle des Netzwerkes übermittelt. Dort erfolgt eine Prüfung der Einschreibeberechtigungen. Ist eine Patienteneinschreibung möglich, wird das Datenmanagementsystem aktiviert. Die Erstellung eines Patientenfiles im System setzt die Übernahme der von der Administrationsstelle übermittelten Stammdaten voraus.

Zu den Stammdaten, die aus dem e-card-System ausgelesen und über die Administrationssoftware an das Datenmanagementsystem übertragen werden, gehören:<sup>190 191</sup>

- Patientename
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Adresse
- Sozialversicherungsnummer (SVNR)
- Sozialversicherungsträger

#### 7.1.2. Benutzerverwaltung<sup>192</sup>

Mittels einer Benutzerverwaltung, welche durch die Administrationsstelle erfolgt, können die Zugriffe der Benutzer auf das System gesteuert werden.

<sup>190</sup> 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Informations- und Datenmanagement, am 10.12.2009

<sup>191</sup> SVC Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. Zugriff am 12.03.2010

<sup>192</sup> SAP Bibliothek. Berechtigungskonzept. Zugriff am 15.03.2010a

Dafür ist eine passwortgeschützte bzw. für Akteurinnen/Akteure mit Anbindung an das e-card-System eine o-card-geschützte Zugriffssperre erforderlich. Ein Anwender kann sich somit nur dann am System anmelden, wenn für ihn ein Benutzerstammsatz mit einem Kennwort existiert. Im Stammsatz werden dem Benutzer über Rollen die entsprechenden Berechtigungen zugeordnet. Dies gewährt über die in der Rolle angegebenen Berechtigungsprofile einen eingeschränkten Zugriff auf die Funktionen und Objekte (Daten) des Systems. Der Benutzerstammsatz enthält Informationen zu dem entsprechenden Benutzer, einschließlich der Rollen bzw. Berechtigungen.

Folgende Datenfelder werden benötigt, um eine grundsätzliche Benutzerverwaltung abbilden zu können.

(Stamm)Daten der Benutzer	Beschreibung
Benutzername	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennung des Benutzers im System</li> <li>• Es wird empfohlen nicht den Familiennamen als Benutzername zu verwenden (= nicht eindeutig) sondern ein alfanumerisch eindeutiges Kennzeichen</li> <li>• Zusätzlich wird empfohlen auch den Regionencode bzw. eine Institutskennung in den Benutzernamen mit aufzunehmen</li> </ul>
Gültig von gültig bis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Damit wird der Gültigkeitszeitraum für den Benutzerstammsatz angegeben</li> <li>• Für abgelaufene Benutzer darf eine Anmeldung am System nicht möglich sein</li> </ul>
Vorname & Zuname	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinterlegung des "Namens"</li> <li>• Daten beim Benutzer ident</li> </ul>
Telefonnummer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinterlegung der Telefonnummern beim Benutzer</li> <li>• mehrere Felder vorsehen</li> </ul>
E-Mail-Adresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinterlegung der E-Mail-Adresse des Benutzers für mögliche Rückfragen bzw. mögliche Verständigungen</li> </ul>
Institut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuordnung des Benutzers zu einem Institut (einer Firma)</li> </ul>
Berufsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuordnung bei selbständigen Erwerbstätigen zu einer Berufsgruppe, z.B. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, Fachärztinnen/Fachärzte, Case Managerinnen/Case Manager</li> </ul>
Rolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuordnung des Benutzers zu einer Rolle</li> <li>• Bei einer Rolle sind die Rechte des Benutzers hinterlegt</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der Zuordnung des Benutzers zu einer Rolle wird dieser für einzelne Funktionen berechtigt</li> </ul>
Region	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennzeichen zur Hinterlegung der Region des Benutzers</li> <li>• Kommt vor allem zum Tragen, wenn eine technische Lösung für ganz Österreich geschaffen wird</li> </ul>
Anmeldesperre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellt eine Möglichkeit dar, Benutzer mittels Kennzeichen (Flag) von der Systemanmeldung auszuschließen</li> </ul>

Tabelle 52 Benutzerstammsatz

Die Benutzer werden durch das Netzwerkmanagement über die Administrationssoftware angelegt und verwaltet. Die Änderungen in den Benutzerdaten werden protokolliert.

#### Künftige Berücksichtigung des ELGA GDA-Index

Für die künftige Berücksichtigung des GDA-Index ergeben sich 2 Möglichkeiten:

A) Permanenter Abgleich des ELGA GDA-Index mit der "Benutzerverwaltung" der neuen Lösung und Führung eines eigenen lokalen Indices im Datenmanagementsystem.

B) Verbindung mittels Service zum ELGA GDA-Index und Einlesen der hinterlegten GDA-Daten bei Bedarf

Führung eines eigenen lokalen Index im System	Serviceaufruf ELGA GDA-Index
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedeutet eine redundante Datenhaltung</li> <li>- Dadurch wird eine Abgleichlogik erforderlich</li> <li>- Derzeit noch im Widerspruch zur geplanten ELGA-Architektur</li> <li>+ Wenn keine aktive Verbindung zum GDA-Index besteht, ist ein uneingeschränktes Arbeiten weiterhin möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Einmalige Datenhaltung</li> <li>+ Keine Abgleichproblematik</li> <li>+ Entspricht geplanter ELGA-Architektur</li> <li>- Wenn keine aktive Verbindung zum GDA-Index besteht, ist kein bzw. nur ein eingeschränktes Arbeiten weiter möglich</li> </ul>

Tabelle 53 Lokaler Index/ELGA GDA-Index

### 7.1.3. Rollen<sup>193</sup>

Rollen sind Sammlungen von Aktivitäten und Aufgaben. Sie dienen der Zusammenfassung, Abbildung und Steuerung gleicher Anforderungen und Aufgaben im System. Hinter den Rollen werden Berechtigungen gelegt, die eine Anwendergruppe haben soll. Die Rollen wiederum werden im Benutzerstamm einem Benutzer zugeordnet.

*Vorgesehene Rollen im elektronischen Datenmanagement:*

- Systemadministrator
- Patientenführende Ärzte
- Case Manager
- Mediziner
- Akutkrankenanstalten
- Pflegedienste
- Psychologen/Psychotherapeuten
- MTD
- Stationäre Einrichtungen

### 7.1.4. Berechtigungen<sup>194</sup>

#### 7.1.4.1. Funktionsweise von Berechtigungen

Mit Hilfe von Berechtigungsprüfungen können beliebige Funktionen oder Objekte eines Systems geschützt werden. Bei einer Berechtigungsprüfung vergleicht das System beim Ausführen einer bestimmten Aktion die Werte zu den einzelnen Feldern eines Berechtigungsobjekts, die dem Benutzer zugeordnet sind, mit den Werten, die zur Ausführung einer Aktion im Programm vorgegeben sind. Ein Benutzer ist für eine Aktion nur berechtigt, wenn er die Berechtigungsprüfung für jedes Feld in einem Berechtigungsobjekt erfolgreich durchläuft. Auf diese Weise können komplexe Prüfungen der Benutzerberechtigung durchgeführt werden.

#### 7.1.4.2. Berechtigungsprofile

Wenn mehrere Berechtigungen/eine Berechtigungssammlung zusammengefasst werden sollen, werden diese in Berechtigungsprofilen (eine Art von Ordner für Berechtigungen) gesammelt und verwaltet. Die Berechtigungsprofile wiederum werden bei den Rollen hinterlegt.

Folgende Berechtigungsgruppen können im Netzwerk grundsätzlich unterschieden werden:

- Neuanlegen
- Schreiben
- Lesen
- Drucken
- Stornieren

<sup>193</sup> SAP Bibliothek. Berechtigungen mit der Rollenpflege einrichten. Zugriff am 15.03.2010b

<sup>194</sup> SAP Bibliothek. Bausteine des SAP Berechtigungskonzepts. Zugriff am 15.03.2010c

Aus Effizienzgründen wird ein Zusammenfassen von allgemeinen für alle gültigen Berechtigungen in ein Berechtigungsobjekt/-profil und Zuordnung zu den Rollen empfohlen.

Die Verwaltung und Pflege ist Aufgabe eines zentralen Systemadministrators für diese Applikation, die Beschaffung der Ressource ist in den jeweiligen Konzepten zu berücksichtigen und die nötigen Entscheidungen sind rechtzeitig herbeizuführen.

Nachfolgend ist eine Übersicht über die Benutzerrollen und die daraus resultierenden Berechtigungen für die Akteure im elektronischen Datenmanagementsystem dargestellt. Aus der anschließenden Tabelle sind die spezifischen Rechte bezüglich der einsehbaren und änderbaren Daten pro Rolle ersichtlich.

Anbindungsphase	Ausbaustufe 1			
Akteure	System-administrator	Patienten-führende Ärzte	Case Manager	Allgemein-mediziner  Fachärzte
Benutzerrollen	System-administrator	Patienten-führende Ärzte	Case Manager	Mediziner
Berechtigungen	Neuanlegen Sperren Schreiben Stornieren Lesen Drucken	Schreiben Stornieren Lesen Drucken	Schreiben Stornieren Lesen Drucken	Schreiben Stornieren Lesen Drucken

Abbildung 20 Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 1

Anbindungsphase	Ausbaustufe 2	
<b>Akteure</b>	Kranken- anstalten	Memory Kliniken
<b>Benutzerrollen</b>	Akutkranken- anstalten	Mediziner
<b>Berechtigungen</b>	Schreiben Stornieren Lesen Drucken	Schreiben Stornieren Lesen Drucken

Abbildung 21 Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 2

Anbindungsphase	Ausbaustufe 3			
<b>Akteure</b>	<div data-bbox="475 293 655 405">Mobile DGKS/ DGKP</div> <div data-bbox="475 450 655 562">Mobile Dienste</div>	<div data-bbox="703 293 884 405">Psychologen</div>	<div data-bbox="935 293 1115 405">Tageszentren</div> <div data-bbox="935 450 1115 562">Stationäre Kurzzeitpflege</div>	<div data-bbox="1166 293 1347 405">Physio- therapeuten</div> <div data-bbox="1166 450 1347 562">Ergo- therapeuten</div> <div data-bbox="1166 584 1347 696">Logopäden</div> <div data-bbox="1166 719 1347 831">Psycho- therapeuten</div>
<b>Benutzerrollen</b>	<div data-bbox="475 869 655 981">Pflegedienste</div>	<div data-bbox="703 869 884 981">Psychologen</div>	<div data-bbox="935 869 1115 981">Stationäre Einrichtungen</div>	<div data-bbox="1166 869 1347 981">MTD/ Psycho- therapeuten</div>
<b>Berechtigungen</b>	<div data-bbox="475 1059 655 1115">Schreiben</div> <div data-bbox="475 1137 655 1193">Stornieren</div> <div data-bbox="475 1216 655 1272">Lesen</div> <div data-bbox="475 1294 655 1350">Drucken</div>	<div data-bbox="703 1059 884 1115">Schreiben</div> <div data-bbox="703 1137 884 1193">Stornieren</div> <div data-bbox="703 1216 884 1272">Lesen</div> <div data-bbox="703 1294 884 1350">Drucken</div>	<div data-bbox="935 1059 1115 1115">Lesen</div> <div data-bbox="935 1137 1115 1193">Drucken</div>	<div data-bbox="1166 1059 1347 1115">Schreiben</div> <div data-bbox="1166 1137 1347 1193">Stornieren</div> <div data-bbox="1166 1216 1347 1272">Lesen</div> <div data-bbox="1166 1294 1347 1350">Drucken</div>

Abbildung 22 Benutzerrollen und Berechtigungen - Anbindungsphase 3

		Patientenführende Ärzte		Case Manager		Mediziner		Akutkrankenanstalten		Pflegedienste		Psychologen		MTD/ Psychotherapeuten		Stationäre Einrichtungen	
		L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S
Stammdaten	Name	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	SVNR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Geburtsdatum	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Versicherunsträger	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Adresse	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Betreuungsadresse	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Telefonnummer	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Geschlecht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Muttersprache	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Auflistung der Ärzte des Patienten und deren Rollen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Case Manager	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Involvierte Leistungserbringer	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verfügungen und andere juristische Dokumente	Sachwalter	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Kontaktperson	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Angehöriger mit Vertretungsbefugnis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Vorsorgevollmacht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Patientenverfügungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Pflegegeldbezug inkl. Stufe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Andere Forderungen			x	x												
Medizinische Anamnese	Verdachtsdiagnosen und Fragestellungen für Überweisungen	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Überweisungen/ Zuweisungen	x	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x	
	Diagnosen	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Diagnose Demenz Typ und Grad	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	MMSE	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Allergien	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Größe	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Gewicht	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	BMI	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vorhandene Facharztbefunde	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Medikation	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Risiken	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Dekurs - Freitextfeld	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Dekurs - Freitextfeld für MTD	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Pflegeanamnese	Angehörige	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Familiäre Situation	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Vertrauenspersonen	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Erweitertes informelles Netzwerk/ informelle Beteiligte	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Wohnsituation	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Betreuung	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Pflegediagnosen	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hautschäden	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Unterstützungsleistungen	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Nicht medikamentöse Therapien	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Sicherheit und Risiko (FAM)	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Haustiere	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Biografie	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Beeinträchtigungen/ Ressourcen (IADL/ AEDL)	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Abbildung 23 Berechtigungen je Rolle

### 7.1.5. Mandantenfähigkeit

Der Mandant ist das oberste Unterscheidungskriterium in einem EDV-System.<sup>195</sup> Auf Mandantenebene erfolgte Parametrierungen und System-einstellungen zeigen lediglich in der parametrisierten Mandanteneinheit ihre Auswirkung. In mandantenfähigen EDV-Systemen können mehrere Systemmandanten parallel verwaltet und betrieben werden.

System	Funktionalität	Voraussetzungen	Laufender Aufwand/Kosten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterscheidung der Regionen auf Mandantenebene</li> <li>• Implementierung der regionenspezifischen Unterschiede</li> <li>• Beispiel: ein System mit neun Mandanten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Saubere Regionentrennung auf Mandantenebene</li> <li>+ Abbildung der regionalen Unterschiede</li> <li>- Übergreifende Auswertungen</li> <li>- Verschieben von Patienten</li> </ul>	Erstellung von Mastermandantenkonzept und Verteilungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Betriebsführung für ein System</li> <li>+/- Applikatorische Betreuung für neun Mandanten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterscheidung mittels Regionenkennzeichen</li> <li>• Innerhalb eines Systems erfolgt keine Trennung mittels Mandanten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Abbildung der regionalen Unterschiede</li> <li>+ Übergreifende Auswertungen</li> <li>+ Verschieben von Patienten über Regionengrenzen hinweg</li> </ul>	Nutzung eines Regionenkennzeichens zur Abbildung regionenspezifischer Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Betriebsführung für ein System</li> <li>+ Applikatorische Betreuung für einen „Mandanten“</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neun regionenspezifische Systeme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Abbildung der regionalen Unterschiede</li> <li>+ Saubere Regionentrennung auf Systemebene</li> <li>- Übergreifende Auswertungen</li> <li>- Verschieben von Patienten über Regionengrenzen hinweg</li> </ul>	Erstellung von Mastersystemkonzept und Verteilungsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betriebsführung für neun Systeme</li> <li>- Applikatorische Betreuung für neun Systeme</li> <li>- Hardwareanschaffung</li> <li>- Lfd. Wartungskosten</li> <li>- Komplexität</li> <li>- Schlechte Kommunikation</li> <li>- Probleme bei Patientenübertritt in eine andere Region</li> </ul>

Tabelle 54 Systemmöglichkeiten im Hinblick auf Mandantenfähigkeit

<sup>195</sup> Beispielhaft: kann man sich unter Mandantenfähigkeit ein Mehrfamilienhaus vorstellen: Viele Parteien wohnen im selben Haus. Diese nutzen die gemeinsame Infrastruktur (Strom, Wasser, Heizung, Tiefgarage). Trotzdem haben diese getrennte Briefkästen, Wohn- und Kellerräume. Die unterschiedlichen Parteien können Mieter oder Eigentümer sein und grundsätzlich innerhalb ihrer Wohnung selbstständig agieren.

Empfohlen wird die Verwendung eines Mandanten bzw. zumindest eines Regionenkennzeichens, um eine Unterscheidung in dieser Ebene zu ermöglichen. Nicht empfohlen wird die Verwendung von n verschiedenen Systemen. Die Abbildung regional unterschiedlicher Prozesse muss mittels Tabellenpflege (nicht durch Programmierung) möglich sein.

### 7.1.6. Wartung und Systemparametrierung im Regelbetrieb

Hinterlegung, Erweiterung und Anpassung von zur Verfügung stehenden Feldwerten (Feldkatalog) der einzelnen Felder

Die Implementierung einer Lösung für „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ muss in parametrierbarer und einfach wartbarer Form erfolgen, vor allem in Hinblick auf einen künftigen Erweiterungs- und Anpassungsbedarf. Um auf zukünftige Anpassungs- und Erweiterungserfordernisse flexibel reagieren zu können, müssen die für die Datenfelder in den Bildschirmmasken zur Verfügung stehenden Werte mittels einfacher Pflege (z.B. mittels Tabellenpflege) angelegt, angepasst und gelöscht werden können.

Empfohlen wird hierfür die Schaffung von "Pflegetabellen" bzw. einer eigenen Pflegefunktionalität, mittels welcher die in den Bildschirmmasken zu Verfügung stehenden Werte bei den Datenfeldern hinterlegt, angepasst und angezeigt werden können.

#### Funktionalitätsprogrammierung

Um eine einfache Wartbarkeit der Lösung zu gewährleisten, ist bei Programmimplementierungen grundsätzlich ein generischer Ansatz zu beachten und ein „hartes“ Abfragen auf einzelne Feldinhalte ist in den einzelnen Programmen und Auswertungen zu vermeiden. Erfolgt dies nicht, bedeutet eine Erweiterung um einzelne Feldwerte in den Pflegetabellen (siehe oben) immer ein zusätzliches Anpassungserfordernis in den jeweiligen Programmteilen.

#### Hinzufügen und Löschen von Datenfeldern

Das Hinzufügen von weiteren Datenfeldern in das Datenmanagementsystem und in deren Bildmasken muss gewährleistet sein um weitere Anpassungen zu ermöglichen.

Zu beachten ist, dass vor Löschungen einzelner Datenfelder sichergestellt sein muss, dass die Datenfelder zum Löszeitpunkt keine Werte beinhalten. Die Folge wären fehlerhafte, korrupte Datensätze.

### 7.1.7. Felddefinitionen

Bei der Definition der Felder sind folgende Kriterien zu erarbeiten:

- Definition des Feldtyps
- Definition der Feldlänge
- Klassifizierung der Datenfelder als Eingabe, Worthilfen, Drop-Down, Anzeigefeld
- Worthilfen/Drop-Downs-Definition der zu hinterlegenden Werte
- Vorbelegung (wenn bereits Felder vorbefüllt werden sollen)
- Plausibilitätsprüfungen (Welche Eingaben schließen sich aus?, Welche Antwort ist zulässig?, Wertebereich für Gültigkeit, Korrektheit im Kontext)
- Wiederholungsstrukturen (mehrere Eingaben)

Eine Ausarbeitung von Felddefinitionen, der im Netzwerk vorhandenen Daten erfolgte bereits in einem gesonderten Dokument, welches bei Umsetzung eines elektronischen Datenmanagements zur Verfügung gestellt wird. Darin sind folgende Kriterien pro Datenfeld enthalten:

- Feldeigenschaft (Pflichtfeld oder optionales Feld)
- Zuständige Rolle für die Datenerfassung
- Eingabeform (manuell, automatische Generierung)
- Feldklassifizierung (Drop-Down-Menü, Freitextfeld, Datumsfeld usw.)
- Feldlänge
- Zulässige Zeichen (alphabetische Zeichen, Alphanumerische Zeichen usw.)
- Zulässige Wertebereiche bei numerischen Feldern
- Wiederholung (einmalige Eingabe, Änderung möglich)
- Inhaltliche Befüllung der Felder

#### *Beispiele für verschiedene Feldtypen*

Die Syntax der Feldtypen ist abhängig von der Entwicklungsumgebung, in welcher die Implementierung erfolgt. Unten beispielhaft angeführt ist die Definition der Feldtypen in einer SAP-Umgebung.<sup>196</sup>

Typ	Länge	Standardlänge	Beschreibung	Wertebereich
b	1 Byte		1-Byte-Integer (intern)	0-255
c	1 bis 65.535 Zeichen		Textfeld	
d	8 Zeichen		Datumsfeld	YYYYMMDD
f	8 Byte		Gleitpunktzahl	

<sup>196</sup> SAP AG. Eingebaute ABAP-Typen 2009

i	4 Byte		4-Byte integer	
n	1 bis 65.535 Zeichen	1 Zeichen	numerischer Text	
p	1 bis 16 Byte	8 Byte	gepackte Zahl	
string	variabel		Textstring	
s	2 Byte		2 Byte Integer intern	
t	6 Zeichen		Zeitfeld	
x	1 bis 65.535 Zeichen	1 Byte	Byte feld	
xstring	variabel		Byte string	

Tabelle 55 Beispiele für verschiedene Feldtypen

### Beispiel für Wiederholungsstrukturen

Ein Beispiel für eine Wiederholungsstruktur ist die Verwaltung mehrerer Termine, welche in einem Datenfeld verarbeitet werden sollen.

Datum	Art des Termins
17.01.2010	Gedächtnistraining
18.01.2010	Kontrolle bei der Hausärztin/dem Hausarzt
19.01.2010	.....

Tabelle 56 Beispiel für Wiederholungsstrukturen

Bei der Verwendung von Beginndatum und Enddatum (BEGDA, ENDDA) auf Maskenebene werden Wiederholungsstrukturen nur benötigt, wenn zwei Termine an einem Tag erfasst werden sollen. Zu überlegen ist eine einfache Erfassungslogik, damit die Benutzerfreundlichkeit im Hinblick auf das Verständnis gewahrt bleibt.

### 7.1.8. Bildschirmmasken

In diesem Schritt werden einzelne Felder zu Bildschirmmasken zusammengefasst, wobei folgende Kriterien zu berücksichtigen sind:

## 1. Thematische Trennung der Daten in fachliche Bereiche/Cluster z.B.

- Stammdaten
- Verfügungen und andere juristische Dokumente
- Medizinische Dokumentation
- Sozial- und Pflegeanamnese

Dabei sollte ein Bereich nach Möglichkeit eine Maske darstellen. Wenn dies aufgrund der Feldgrößen und Übersichtlichkeit nicht möglich ist und scrollen als Lösung nicht in Frage kommt (Benutzerfreundlichkeit), dann erhöht sich die Anzahl der Eingabemasken.

## 2. Die Datenfelder im Cluster sollten sich im Hinblick auf

- Zugriffe und Berechtigungen
- Protokollierung
- Druckfunktion
- Anzeigen/ändern  
gleich verhalten.

Voraussetzungen:

Die Felddefinitionen müssen bereits erfolgt sein und die Feldlängen zur Verfügung stehen.

Um die Übersichtlichkeit der Daten gewährleisten zu können, muss sichergestellt werden, dass die jeweiligen Akteurinnen/Akteure nur jene Datenfelder lesend einsehen können, die befüllt sind. Wenn im Sinne der Benutzerfreundlichkeit für einzelne Akteurinnen/Akteure weniger Daten angezeigt werden sollen, so sind die anzuzeigenden Datenfelder zu einzelnen Bildschirmmasken zusammenzufassen.

### 7.1.9. Zeitraumbezug

Die Verwendung von Beginndatum und Enddatum zur Zuordnung der Daten zu dem zugehörigen Zeitraum wird empfohlen.

Ohne Gültigkeitszeiträume erfolgt lediglich eine Verwaltung/Nutzung der zuletzt erfassten Daten. Die Darstellung eines historischen Verlaufs bzw. die Nachvollziehbarkeit der Krankengeschichte über einen längeren Zeitraum wären ansonsten nicht gegeben.

Die Verwendung/Abgrenzung mittels BEGDA/ENDDA sollte nicht je Datenfeld, sondern je Bildschirmmaske erfolgen.

Bedingt durch den Zeitraumsbezug wird man eigene Übersichtsmasken (grobe Darstellung und Zeitraum) benötigen, aus welchen dann die jeweilige Detailinformationen/Bildschirmmasken aufgerufen werden können.

Im Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit sollte auch die Möglichkeit geschaffen werden, direkt in der Maskenanzeige oder während der Maskenpflege, nach vorne oder nach hinten durchzublättern.

#### 7.1.10. Sperrkonzept<sup>197</sup>

Nachdem verschiedene Stellen auf die Daten der Patientinnen/Patienten pflegend zugreifen können, ist zur Gewährleistung der Datenqualität ein Sperrkonzept anzudenken. Ein Sperrkonzept stellt sicher, dass zu einem Zeitpunkt immer nur eine Person ändernd auf die Daten zugreifen kann. Solange die Änderungen an einem Datensatz nicht abgeschlossen sind, können andere Benutzer nur lesend auf den Datensatz zugreifen.

Wenn die technische Plattform dies bereits beinhaltet (in den meisten Datenbanken gibt es bereits Sperrkonzepte - diese haben meist nur eine andere Bezeichnung), müssen keine gesonderten Überlegungen bezüglich eines Sperrkonzepts angestellt werden. Daher sollte geprüft werden, ob ein Sperrkonzept in der Entwicklungsumgebung vorhanden ist

#### 7.1.11. Diakritische Zeichen<sup>198</sup>

Diakritische Zeichen sind Sonderbuchstaben bzw. Buchstaben, welche durch Umlaute, Akzente, usw. entstehen. Im europäischen Sprachraum werden derzeit rund 400 diakritische Zeichen eingesetzt. Um eine Nutzung dieser Zeichen zu ermöglichen, muss eine unicodefähige Datenmanagementlösung eingesetzt werden.

Auf Grund rechtlicher Bestimmungen ist die Verwendung von diakritischen Zeichen notwendig. Im Datenmanagementsystem ist dies auch für den korrekten Datentransfer zwischen den Schnittstellen bedeutend. Weiters sollte dieses Unicode unterstützen oder an den Schnittstellen Unicode erkennen und systemintern umwandeln.

#### 7.1.12. Schnittstellen zu anderen Systemen

Die Erstellung von Schnittstellen ermöglicht die Anbindung externer EDV-Systeme bzw. Teilnehmer an das Datenmanagementsystem im Netzwerk. Im Dokumentationssystem ist die Schaffung je einer Schnittstelle für den Dateneingang und -ausgang notwendig.

<sup>197</sup> SAP Bibliothek. Berechtigungskonzept. Zugriff am 16.03.2010d

<sup>198</sup> Bundeskanzleramt Österreich. Zugriff am 16.03.2010

### 7.1.12.1. Inputschnittstelle

Empfohlen wird die Definition einer einzigen Inputschnittstelle (mit allen Feldern im Angebot), welche in weiterer Folge als Standardschnittstelle für einen Datenimport von außen verwendet werden kann.

### 7.1.12.2. Outputschnittstelle

Außerdem ist die Definition einer Outputschnittstelle nötig. Diese wertet sämtliche Felder aus und erzeugt einen Datenbestand in Fileform als Schnittstellenstandard für einen möglichen Datenexport. Die erzeugten Daten können in Data Warehouse Systemen importiert werden, um Folgeauswertungen vorzunehmen.

Die Verwendung eines zusätzlichen (optionalen) Parameters für Datenausgaben, um die Daten bei Datenextrakten anonymisieren bzw. pseudonymisieren zu können, wird dringlich empfohlen.

### 7.1.12.3. Periodizität

Die Festlegung der Periodizität ist notwendig, um den Abgleich zwischen externen Systemen (z.B. Administrationssoftware) und dem Datenmanagementsystem festzulegen.

Möglichkeiten der Verwendung:

- Einmalig
- Periodisch wiederkehrend (stündlich, täglich, wöchentlich, monatlich, jährlich)

Bei einer "einmaligen" Verwendung erfolgt der Anstoß der Schnittstelle üblicherweise durch den Benutzer. Bei einer periodischen Verwendung ist die Nutzung einer Job-Steuerung empfehlenswert.

Im Hinblick auf die weiteren Arbeiten sind folgende Maßnahmen nötig:

1. Benennung von (verantwortlichen) Ansprechpartnern (zwei Personen/Schnittstelle)
2. Implementierung der Schnittstelle
3. Test und Abnahme der Schnittstellen durch nominierte Ansprechpartner
4. Klassifizierung der Schnittstelle (lebenswichtig, wichtig, nicht wichtig), um im Fehlerfall bereits eine Gewichtung des Impacts und für die Reihung der Wiederherstellung zu haben
5. Erstellung eines Ansprechpartnerverzeichnisses für die Schnittstelle (welche Schnittstelle, Kontaktdaten des ersten Ansprechpartners, Kontaktdaten des zweiten Ansprechpartners)
6. Veröffentlichen/kommunizieren offener Schnittstellenstandards

### 7.1.13. Pseudonymisierung

Die Weitergabe von Patientendaten darf nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form erfolgen.<sup>199</sup>

Auf Basis gesetzlicher Vorgaben (§ 84a Abs. 5 ASVG) ist im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) eine Pseudonymisierungsstelle eingerichtet.

Die Generierung des Pseudonyms ist die zentrale kryptographische Funktion der Pseudonymisierungsstelle. Die Funktion muss folgende Bedingungen erfüllen:

- Eindeutigkeit: gleiche Eingangsdaten (VSNR) müssen zu gleichen Ausgangsdaten führen, verschiedene Eingangsdaten müssen verschiedene Ergebnisse liefern
- Nichtrückrechenbarkeit: Es darf nicht möglich sein, aus den Ausgangsdaten die Eingangsdaten zu ermitteln. In der wissenschaftlichen Definition bedeutet dies, dass die Daten anonymisiert und nicht pseudonymisiert werden
- Nichtnachrechenbarkeit: Für unbefugte Personen soll es nicht möglich sein, ein Pseudonym nachzurechnen, d.h. aus bekannten Eingangsdaten ein Pseudonym zu berechnen<sup>200</sup>

#### 7.1.13.1. Ablauf der sicheren Datenübertragung<sup>201</sup>

Die verschlüsselten administrativen Daten werden über die Datendrehscheibe, wo die Daten entschlüsselt werden, zur „Therapie Aktiv“-Administration geleitet und in die Datenbank abgelegt. Zusätzlich sind die Daten zur Sicherstellung der Datenauthenzität und -integrität während der Übertragung signiert und gelangen über die Datendrehscheibe des HVB zur Pseudonymisierungsstelle. Dort wird die Verschlüsselung der VSNR aufgehoben und die Datenauthenzität und -integrität verifiziert. Für die VSNR wird ein Pseudonym erzeugt und dieses Pseudonym wieder verschlüsselt und signiert. Danach gelangen diese Datensätze wieder auf die Datendrehscheibe, wo sie entschlüsselt und die Signierung verifiziert werden. Von der „Therapie Aktiv“-Datenverarbeitung werden die pseudonymisierten Daten dann abgeholt und in der Datenbank gespeichert. Dort stehen sie für Auswertungszwecke zur Verfügung.

<sup>199</sup> Arbeitskreis 1 der österreichischen e-Health Initiative (EHI) (2005).

<sup>200</sup> Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). S. 544 ff.

<sup>201</sup> Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). S. 544 ff.

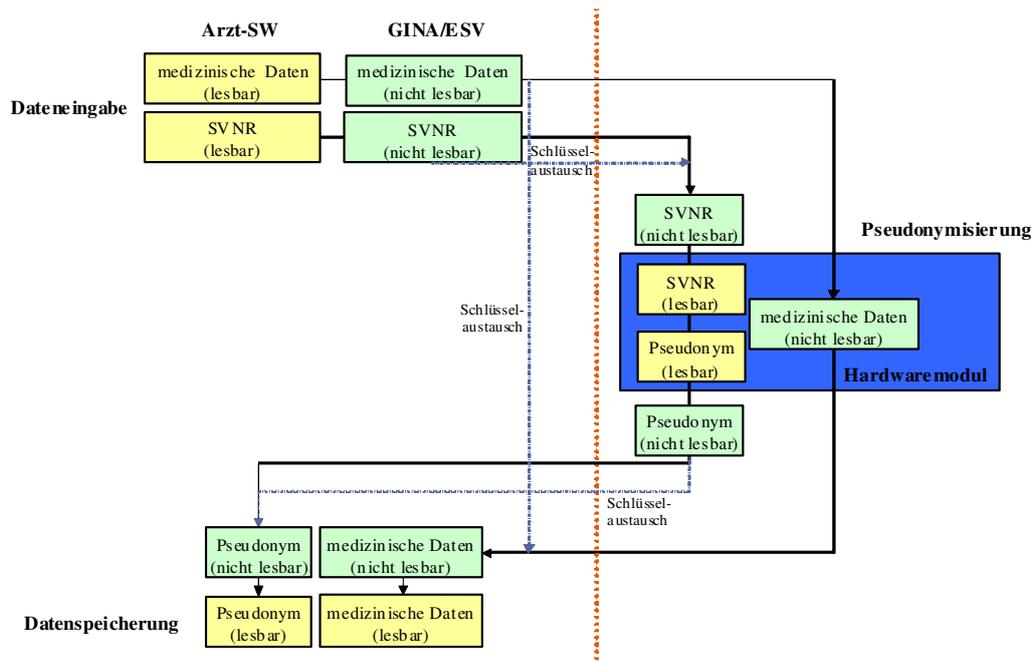


Abbildung 24 Pseudonymisierung im DMP<sup>202</sup>

### 7.1.13.2. Zusammenführung verschiedener pseudonymisierter Daten

Abhängig von der geplanten Pseudonymisierung entweder für alle DMPs bzw. Projekte oder für jedes einzelne DMP bzw. Projekt muss für die Verarbeitung der medizinischen Daten die „Therapie Aktiv“-Datenverarbeitungsdatenbank erweitert werden.

Falls ein DMP mit Daten eines anderen Projektes zusammengeführt werden soll, kann dies nur über die VSNR, die bei der Übernahme der Daten gleich wie im betreffenden DMP pseudonymisiert werden muss, geschehen. Die übernommenen Daten können dann über dasselbe Pseudonym wie die bereits in der Datenbank pseudonymisierten DMP-Daten zusammengeführt werden.<sup>203</sup>

### 7.1.14. Leistungsabrechnung

Für Mehrleistungen, wie beispielsweise zusätzliche Dokumentationen sind Aufwandsentschädigungen für die Vertragspartnerinnen/Vertragspartner (z.B. patientenführende Ärztinnen/Ärzte) denkbar. Höhe und Art dieser Entschädigungen sowie die nötigen Voraussetzungen, um diese mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnen, müssen noch abschließend definiert werden.

<sup>202</sup> Quelle: STGKK

<sup>203</sup> Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). S. 544 ff.

Für einen reibungslosen Ablauf und einen möglichst geringen bürokratischen Aufwand ist es nötig, dass die Überprüfung der Dokumentation technisch erfolgt. In weiterer Folge sollten diese Prüfungsergebnisse den Ärzteverrechnungsstellen der SV-Träger bzw. der jeweiligen Administrationsstelle vorliegen.

### 7.1.15. Auswertungen

Die Evaluierung des integrierten Versorgungsmodells erfordert den Zugriff auf die pseudonymisierten Daten. Dies kann einerseits durch die Datenbank, die der Pseudonymisierungsstelle im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nachgelagert ist, erfolgen. Andererseits könnte dafür das Datenmanagementsystem des Netzwerkes genutzt werden (nach Abstimmung mit der Datenschutzkommission).

### 7.1.16. Rahmenbedingungen

Sämtliche Teilnehmer (Netzwerkpartner) müssen mit einem Antivirusprogramm und einer Firewall ausgestattet sein.

### 7.1.17. Funktionen

#### 7.1.17.1. Feedbackversand

Durch das Netzwerkmanagement werden Aktivitäten im Netzwerk (z.B. Fortbildungen der Mitglieder), der Ablauf der Versorgung, die Qualität der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner sowie erbrachte Leistungen dokumentiert. Diese Inhalte geben einerseits Aufschluss über die Versorgungsstruktur und andererseits über mögliche Qualitätsverbesserungen. Die Erkenntnisse werden in Feedbackberichten pro Teilregion den Mitgliedern bzw. Mitgliedsorganisationen vierteljährlich vom Netzwerkmanagement zur Verfügung gestellt.

Folgende Inhalte werden in den Feedbackberichten abgebildet:

- Mitgliederzahlen (Zugänge und Austritte)
- Verteilung der Mitglieder auf Berufsgruppen
- Einschreibezahlen (und Austrittszahlen)
- Bericht über Nahstellenprozesse in der Teilregion (Datenbereitstellung, Überweisung und Ankommen der Patientinnen/Patienten, etc.)
- Anzahl Institutionalisierungen für Akutbehandlung (einmal jährlich)
- Anzahl der Institutionalisierungen für Kurzzeitpflege (einmal jährlich)
- Anzahl der Aufnahmen in eine stationäre Langzeitversorgung (einmal jährlich)
- Abgehaltene Qualitätszirkel und Netzwerktreffen (einmal jährlich)
- Neuerungen
- Berichte über Problemfelder
- Berichte über positive Rückmeldungen

Die quartalsweisen statistischen Zahlen können weitestgehend aus der Administrationssoftware generiert werden. Die jährlichen zu berichtenden Zahlen müssen aus dem elektronischen Datenmanagement bzw. aus der Evaluation entnommen werden.

#### 7.1.17.2. Zugriffsprotokollierung

Aus rechtlichen und datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Nachvollziehbarkeit und Protokollierung der Dateneingaben inklusiver aller getätigten Änderungen der Daten nötig. Darüber hinaus wird auch eine Protokollierung aller lesenden Zugriffe notwendig.

Es wird empfohlen, sämtliche Änderungen der Patientendaten technisch mit zu protokollieren. Dabei sind die geänderten Werte (von/auf), der Benutzer, der die Änderung vorgenommen hat und der Zeitpunkt (=Zeitstempel) mitzuschreiben.

Die Protokollanzeige sollte elektronisch am Bildschirm möglich sein und auch am Drucker ausgegeben werden können.

#### 7.1.17.3. Suchfunktionen

Die Programmierung einer Suchfunktion ermöglicht den zugriffsberechtigten Akteurinnen/Akteuren das Auffinden von Patientendatensätzen. Folgende Suchkriterien sind denkbar:

Namen - ja - optional

SVNR - ja - muss

Nutzung der e-card

Die Suche nach einer Person im System mittels Eingabe der vollständigen Versicherungsnummer bietet den Vorteil, dass jeweils nur ein Rückgabewert aller Datensätze im System als Ergebnis in Frage kommt. Alternativ zur manuellen Suche mittels Versicherungsnummer kann in e-card-Applikationen auch die e-card gesteckt werden (liefert ein analoges Ergebnis).

#### 7.1.17.4. Attachmentfunktion

Die Ergänzung des Datenmanagementsystems um eine Attachmentfunktion ermöglicht den Netzwerkpartnern das Anhängen von Dokumenten, wie beispielsweise Befunden. Diese Funktion kann bei elektronischer Umsetzung von jenen Akteurinnen/Akteuren genutzt werden, welche mit den nötigen EDV-Programmen bzw. Geräten (z.B. Scanner) ausgestattet sind. Für diese Anhänge wird das Dateiformat PDF empfohlen.

Zu beachten ist, dass es durch die Verwendung der Attachmentfunktion zu keiner Befreiung von der Befundpflicht kommt. Trotz elektronischer Zurverfügungstellung von entsprechenden Dokumenten muss zusätzlich eine Benachrichtigung der entsprechenden Netzwerkpartner erfolgen, um auf den Upload der Datei aufmerksam zu machen.

## 8. UMSETZUNGSVORSCHLÄGE

### 8.1. Szenario 1: Nicht-elektronisches Datenmanagement

Diese Umsetzungsmöglichkeit kommt besonders zu Beginn der Projektumsetzung bis zur Implementierung einer elektronischen Datenmanagementlösung zum Tragen. Wie bereits im entsprechenden Kapitel dargestellt, sieht die nicht-elektronische Vorgehensweise vor, dass die am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen/Akteure die erforderlichen Daten auf Formularen eintragen oder drucken. Diese Formulare werden seitens des Projektmanagements entworfen.

Die ausgefüllten Formulare werden von den Dokumentationsstellen zum einen in der Patientenmappe abgelegt und zum anderen in Kopie an die zuständigen Case Managerinnen/Case Manager weitergeleitet.

Vorteile	Nachteile
Geringere Umsetzungskosten als elektronische Datenmanagementlösungen	Keine ELGA Konformität
Schnelle Umsetzung ist möglich	Geringe Funktionalität
	Keine Möglichkeit die angegebenen Daten einer Qualitäts-/Plausibilitätsprüfungen zu unterziehen
	Geringe Zuverlässigkeit
	Geringe Benutzerfreundlichkeit

Tabelle 57 Vor- und Nachteile des nicht-elektronischen Datenmanagements

### 8.2. Szenario 2: Zentrale Serverlösung

Bei diesem Lösungsvorschlag wird ein zentraler Server verwendet, in welchem die Datenhaltung und Datenpflege für das Datenmanagementsystem im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ erfolgt. An diesem Server angebunden sind: Applikation Therapie Aktiv, vorgeschaltene Server von z.B. mobilen Diensten, einzelne PC und mobile Endgeräte.

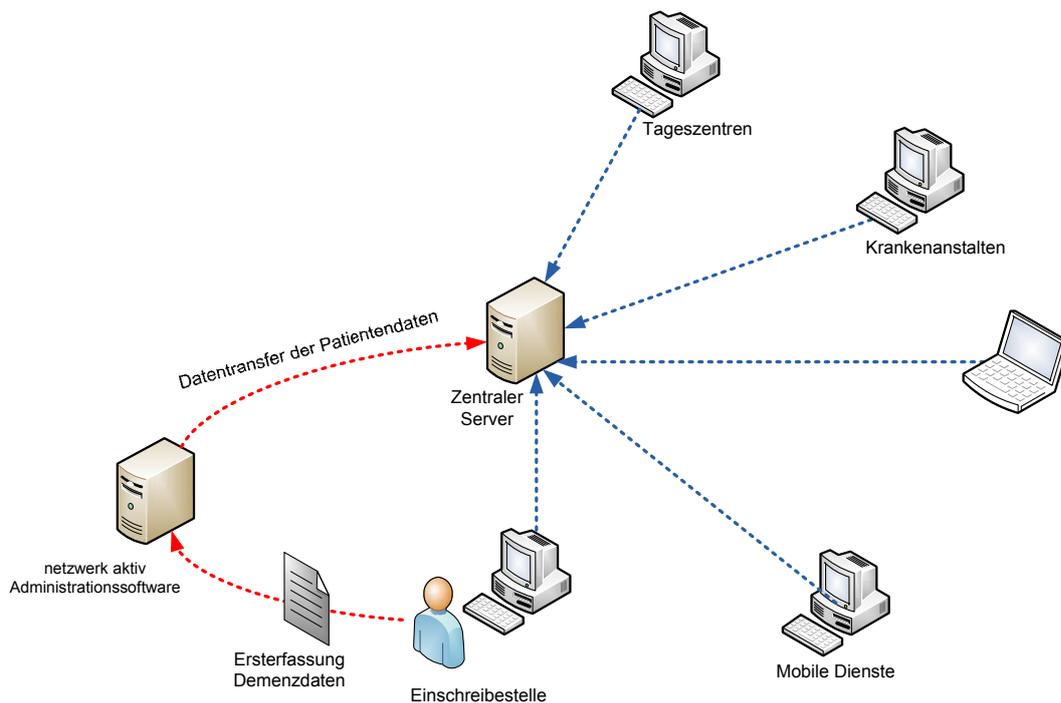


Abbildung 25 Umsetzungsvorschlag zentrale Serverlösung

### ELGA konforme Erweiterungsmöglichkeiten der zentralen Serverlösung

Die Erweiterung/Adaptierung der zentralen Serverlösung Demenz auf die Erstellung von ELGA konformen CDA-Dokumenten und die Ablage in einem Archiv kann optional auch als Folgephase erfolgen, sobald eine ELGA-Infrastruktur zur Verfügung steht.

Bei dieser Lösung werden die Daten im Datenmanagementsystem des Netzwerkes in den von ELGA vorgegebenen Standards in Dokumentenform auf einem Archivlaufwerk abgelegt und die jeweiligen Dokumentenverknüpfungen werden an das ELGA-Dokumentenregister übermittelt. In dieser Phase wird die Benutzerverwaltung des Datenmanagementsystems mit dem ELGA-GDA-Index verbunden und es erfolgt die Anbindung der Patientenverwaltung an einen lokalen Patientenindex in dem (dann) vorgesehenen und zur Verfügung gestellten ELGA-Cluster.

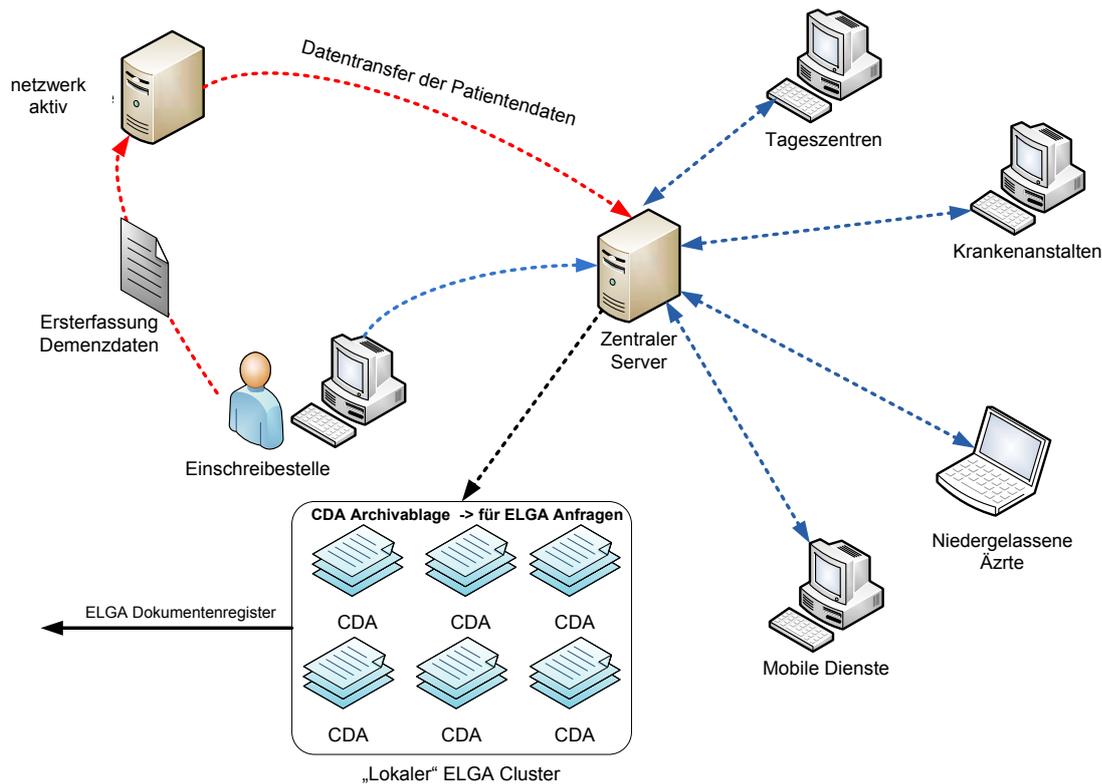


Abbildung 26 Zentrale Serverlösung adaptiert auf ELGA-Erfordernisse

### Anmeldung via e-card / Nutzung des e-card System (GIN)

Dieses Szenario sieht eine Erweiterung der zentralen Serverlösung um eine Anmeldefunktion via e-card-System vor. Dabei wird das e-card-Netzwerk (GIN) zur Anmeldung und Autorisierung via o-card und als Verbindung zum zentralen Datenmanagementsystem genutzt. Diese Lösung wird zurzeit schon in ähnlicher Form zur Verbindung des e-card-Systems mit externen Systemen eingesetzt.

Die Implementierung der zentralen Serverlösung kann sowohl in einer Phase als auch in mehrere Phasen unterteilt erfolgen.

Vorteile	Nachteile
Auch ohne ELGA bereits nutzbar	Künftige ELGA-Anpassungen und ELGA-Erweiterungen der Bestandlösung für ELGA erzeugen Zusatzaufwände
Zentrale Lösung bedeutet geringere Erstellungskosten	
Geringe Wartungs- und Betreuungskosten im laufenden Betrieb (eine zentrale Stelle, die wartet und betreut)	
Künftige Anpassungen für ELGA müssen an nur einer Stelle im Gesamtprozess erfolgen	
Die funktionale Abdeckung des Versorgungsprozesses im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird durchgängig gesichert	
Aufteilung in zwei Phasen ermöglicht unabhängig vom weiteren ELGA-Verlauf die EDV-technische Unterstützung der integrierten Versorgung	
Keine zusätzlichen Implementierungskosten für GDA (da keine Schnittstellen benötigt werden - es wird am Server bearbeitet)	
Keine Schnittstellenproblematik im laufenden Betrieb	
Kann an ELGA-Erfordernisse angepasst werden	

Tabelle 58 Vor- und Nachteile der zentralen Serverlösung

### 8.3. Szenario 3: Datenmanagementlösung als e-card-Applikation

Aufbauend auf der derzeit bestehenden e-card-Infrastruktur kann für „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ eine eigene e-card-Applikation entwickelt werden. Die Umsetzung ist an ein e-card-Release gebunden und daher frühestens im Jahr 2011 möglich. Um die Applikation nutzen zu können, müssen die Akteurinnen/Akteure des „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ mit dem e-card-System (eCS) ausgestattet sein. Die Anmeldung und Autorisierung am eCS erfolgt mit Hilfe von o-cards, über die jede/jeder ausgestattete Vertragspartnerin/Vertragspartner verfügt. Die Applikation „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ kann sowohl auf der e-card-Oberfläche (Browser-Lösung) als auch über die SS12 (Schnittstelle für Vertragspartnersoftware-Hersteller) angeboten werden. Damit ist in weiterer Folge eine Integration der Applikation in diverse Softwareprodukte (z.B. Arztsoft-

ware, Krankenhaus-Informationssysteme, etc.) möglich. Außerdem können die bereits vorhandenen e-card-Supportstrukturen für Vertragspartnerinnen/Vertragspartner und Softwarehersteller genutzt werden.

Bei der Entwicklung der Applikation „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ kann auf bereits bestehende e-card-Services aufgebaut werden. Die Einschreibung von Patientinnen/Patienten kann beispielsweise analog zum bereits bestehenden e-card-Service TAV (Therapie Aktiv Verwaltung) abgewickelt werden. Auch für die Übermittlung von medizinischen Daten in Form von Dokumentationsbögen - über die Pseudonymisierungsstelle (PST) des Hauptverbandes - steht bereits ein Service zur Verfügung. Alle weiteren Anforderungen müssen im Rahmen einer Anforderungsanalyse mit den beteiligten Personen abgestimmt und analysiert werden.

Vorteile	Nachteile
GIN ist ein hochverfügbares sicheres Netzwerk	Der Styleguide der e-card-Applikationen weist noch Optimierungspotential auf
Eigene o-cards können für Netzwerk GDA erstellt werden	
Daten stehen zentral zur Verfügung	
Wartung und Betrieb der Applikation erfolgt durch SVC als Serviceprovider	
Geringe Wartungs- und Betreuungskosten im laufenden Betrieb (eine zentrale Stelle die wartet und betreut)	
Künftige Anpassungen für ELGA müssen an nur einer Stelle im Gesamtprozess erfolgen	
Keine zusätzlichen Implementierungskosten für GDA, wenn die e-card-Oberfläche (Browser-Lösung) verwendet wird	
Keine Schnittstellenproblematik im laufenden Betrieb	

Tabelle 59 Vor- und Nachteile der e-card-Lösung

Die SVC ist als Dienstleister des Hauptverbandes (HVB) im Sinne des Datenschutzgesetzes berechtigt, Daten nach Beauftragung durch den HVB zu speichern. Im Rahmen einer Anforderungsanalyse ist zu klären, ob dies aus datenschutzrechtlicher Sicht auch auf die medizinischen, pflegerischen und sozialen Daten der Netzwerkpatientinnen/Netzwerkpatienten zutrifft. Ist dies nicht der Fall, muss die Datenhaltung an eine SVC-externe Stelle ausgelagert werden.

## 8.4. Szenario 4: Dezentrales Datenmanagement PULL

Bei diesem Lösungsansatz werden die Datenmanagementsysteme der Gesundheitsdiensteanbieter weiterverwendet. Als Schnittstellen werden noch zu erstellende ELGA konforme Adaptoren implementiert, welche an die GDA-Systeme angedockt werden und auf Anfrage des „Demenzportals“ die benötigten Daten aus den Vorsystemen abrufen, übersetzen und an das Datenmanagementsystem im Netzwerk übermitteln.

Die Schaffung eines technischen Netzwerkpartnerregisters (= Mini-GDA-Index) zur Adressierung der Systeme, in welchem die Daten liegen. Auf Anfrage durch den Netzwerkpartner im Webportal erfolgt das Einlesen sämtlicher Daten der Demenzerkrankten aus allen eingetragenen Systemen aller Netzwerkpartner. Ergänzend dazu kann die Verwendung eines eigenen „Demenz-Dokumentenregisters“ angedacht werden. In diesem Fall würden im Demenz-Dokumentenregister die Verknüpfung/Verlinkungen zu den Dokumenten gespeichert. Diese Dokumente würden in weiterer Folge gezielt abgerufen werden.

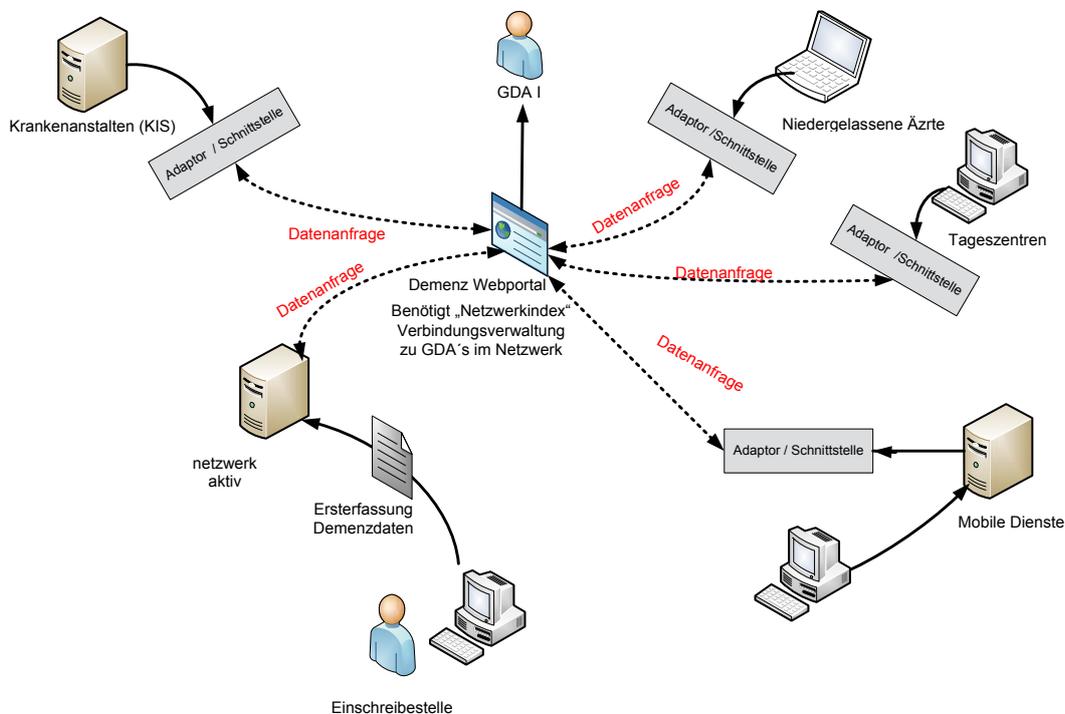


Abbildung 27 Variante Dezentrales Datenmanagement PULL

Diese Lösung hat keinen eigenen Server zur Datenhaltung - es erfolgt lediglich eine temporäre Anzeige der gerufenen und kollektierten Daten mittels Webportal - eventuell wird ein Webserver zur temporären Datenhaltung benötigt.

Die Datendarstellung/Datenzurverfügungstellung erfolgt ausschließlich via Webportal. Die Datenhaltung erfolgt ausschließlich bei den Gesundheitsdiensteanbietern, denen das Webportal als Präsentationsschicht zur Darstellung der Daten dient.

Vorteile	Nachteile
Keine redundante Datenhaltung	24-Stunden-Datenverfügbarkeit erforderlich, dies bedeutet für die Netzwerkpartner dass Services von Providern in Anspruch genommen werden müssen (Kostenfaktor), um eine 24-Stunden-Verfügbarkeit zu gewährleisten
ELGA-Konformität	Bedeutet grundsätzlich ein Arbeiten in zwei Systemen (Erfassung der Daten im eigenen System, Abfrage der Daten via Demenzportal) für die Netzwerkpartner.  Alternativ hierzu könnten bidirektionale Datenänderungen (Änderungen am Portal werden auch in der GDA-Software umgesetzt und vice versa) angestrebt werden, wobei dies aus Kostengründen und aufgrund der Komplexität von bidirektionalen Schnittstellen nicht empfohlen wird.
	Erweiterung der bestehenden EDV-Lösungen der GDA nötig, um die zusätzlichen Demenzdaten zu verwalten (=Kostenfaktor)
	Kosten für die Erstellung und Implementierung der Adaptoren für die jeweiligen Gesundheitsdiensteanbieter (kein Bestandteil von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“)
	Wenn keine technische Infrastruktur bei GDA vorhanden ist, laufen wiederum Prozessteile auf Papier
	Keine Datenänderungen via Demenzportal vorgesehen

Tabelle 60 Vor- und Nachteile des dezentralen Datenmanagements

## 8.5. Bewertung der Umsetzungsvorschläge

In die Bewertung der dargestellten Szenarien fließen sechs zentrale Beurteilungskriterien ein, welche in drei Übergruppen zusammengefasst werden können. Diese sind im Folgenden dargestellt:

#### Kosten:

- Errichtungs- und Implementierungskosten für das Gesamtsystem unter Berücksichtigung notwendiger Schnitt- und Nahtstellen,
- Infrastrukturkosten (Kosten für die Anschaffung von Servern zur Datenhaltung und -speicherung, Kosten für weitere notwendige Anschaffungen der teilnehmenden Akteurinnen/Akteure wie z.B. Leitungskosten, etc.)
- Kosten für (notwendige) ELGA-Anpassungen
- Laufende Kosten für Wartung, Lizenzen und Providerdienste
- Weiterentwicklung (Schnittstellenanpassungen, Wartungsverträge usw.),

#### Funktionalität:

- ELGA-Konformität
- Funktionale Abdeckung

#### Qualität:

- Risiken: unter Berücksichtigung möglicher technischer, umfeld- und organisationsbezogener Prozessrisiken wie unerlaubte Datenzugriffe, deren Auswirkungen, die Gesamtheit der gespeicherten Datenmengen, Verbreitung von Daten
- Zuverlässigkeit: Berücksichtigung von Systemverfügbarkeiten und möglicher Plausibilitätsprüfungen für Eingaben zur Steigerung der Datenqualität
- Benutzerfreundlichkeit: Berücksichtigung der Anzahl der Systeme mit welchen gearbeitet werden muss, um den Prozess durchzuführen

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Einzelbewertungen pro Umsetzungsmöglichkeit. Es wurden pro Kategorie Reihungen der einzelnen Szenarien vorgenommen. Dabei entspricht die Reihung 1 einer guten (z.B. geringe Kosten, geringes Risiko usw.), die Reihung 4 einer negativen Bewertung (z.B. hohe Kosten, hohes Risiko usw.). Konnten zwischen den Szenarios keine Rangordnung vorgenommen werden, wurden gleiche Platzierungen zugelassen.<sup>204</sup>

<sup>204</sup> Die Bewertung der Szenarios wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Experten der SVC, des HVB, der STGKK, der WGKK und der Ärztekammer für Wien erstellt.

Szenario	KOSTEN	FUNKTIONALITÄT	
		ELGA-Konformität	Funktionale Abdeckung
Zentrale Serverlösung	3	2	1
Datenmanagementlösung als e-card-Applikation	2	2	1
Dezentrales Datenmanagement PULL	4	1	1
Nicht-elektronisches Datenmanagement	1	4	4

Abbildung 28 Reihung der Szenarien, Kosten und Funktionalität

Szenario	QUALITÄT		
	Risiken	Zuverlässigkeit	Benutzerfreundlichkeit
Zentrale Serverlösung	2	2	3
Datenmanagementlösung als e-card-Applikation	2	1	1
Dezentrales Datenmanagement PULL	4	3	2
Nicht-elektronisches Datenmanagement	1	4	4

Tabelle 61 Reihung der Szenarien, Qualität

Eine Betrachtung der *Kosten* pro Szenario zeigt, dass eine nicht-elektronische Umsetzung grundsätzlich zu den geringsten Kosten führt, da keine EDV-technischen Anbindungen erforderlich sind. Von den drei elektronischen Varianten sind bei einer e-card-Applikation die geringsten Kosten zu erwarten. Hier gibt es bereits eine vorhandene Infrastruktur (Netzwerk, Hardware, Anbindungsausstattung und Schnittstellen). Des Weiteren werden im Rahmen des e-card-Systems bereits umfassende Supportservices (Nutzersupport, Support für den Betrieb, Support für Arztsoftwarehersteller) von der SVC angeboten, welche für das Datenmanagement der Demenz mitgenutzt werden könnten.

Der Lösungsansatz mittels einer zentralen Serverlösung bedeutet zusätzliche Infrastrukturkosten für den Aufbau von Netzwerk, Hardware und Support für das Datenmanagement der Demenz.

Analoges gilt für die Umsetzung des dezentralen Datenmanagements PULL. Zusätzlich bedeutet diese dezentrale Datenmanagementlösung Implementierungserfordernisse in den jeweiligen GDA-Systemen, auf Grund der erforderlichen 24-Stunden-Verfügbarkeit der Daten, die Nutzung von Providerdiensten, welche einen zusätzlichen Kostenfaktor für die Systempartner und damit für das Gesamtsystem bedeutet. Zum derzeitigen Zeitpunkt (ELGA ist im Entstehen: es gibt noch keinen einsatzbereiten GDA-Index, es gibt noch kein Dokumentenregister, etc.) wäre für ein dezentrales Datenmanagement die Schaffung einer demenzeigenen „ELGA Parallellösung“ notwendig (=zusätzlicher Kostenfaktor).

Bezüglich der Anpassung an *ELGA-Erfordernisse* ist ein dezentrales Datenmanagement grundsätzlich erstgereiht, da diese Lösung bereits eine mit ELGA vergleichbare Grundstruktur aufweist, welche bei der zentralen Serverlösung und bei der e-card-Lösung erst geschaffen werden muss.

Eine *funktionale Abdeckung* der beschriebenen Funktionen kann mit allen drei elektronischen Umsetzungsvorschlägen gut erreicht werden.

Die Bewertung der technischen *Prozessrisiken* umfasst zum Einen die Möglichkeit unerlaubter externer Systemzugriffe und zum Anderen umfeld- und organisationsabhängige Risiken. Auf Grund der nicht vorhandenen elektronischen Anbindung im Rahmen der Papierlösung ist hier grundsätzlich vom geringsten Risiko auszugehen. Elektronische Systeme weisen im Vergleich dazu ein deutlich höheres Risiko für unerlaubte Systemzugriffe auf. Ein unerlaubter Zugriff (z.B. Hacker) würde in diesem Fall einen größeren Personenkreis betreffen als der Verlust einer einzelnen Patientenmappe. Im Rahmen einer Umsetzung als e-card-Applikation kann hier auf ein hochsicheres und hochverfügbares Netzwerk zurückgegriffen werden. Gleiches gilt für das zentrale Datenmanagementsystem, da bei einer zentralen Implementierung mit einem Umsetzungspartner ein geringeres Risiko entsteht als bei der Implementierung einer dezentralen Lösung mit verschiedenen Anbietern und verschiedenen Providern im Regelbetrieb. Weiters wurde bei der Risikoabwägung die Einbindung privatrechtlicher/kommerzieller Providerdienste berücksichtigt. Hier ist im Gegensatz zu öffentlichen bzw. sozialversicherungsrechtlichen Providern, ein deutlich größeres Risikopotential (z.B. Auflösung des Betriebes aus wirtschaftlichen Gründen) zu erwarten.

Die *Zuverlässigkeit* der dargestellten Szenarien ist beim nicht-elektronischen Prozess nur stark eingeschränkt gegeben. Die Umsetzung als e-card-Applikation wurde auf Grund der bereits vorhandenen hochverfügbaren Infrastruktur erstgereiht. Des Weiteren ist das Netzwerk des e-card-Systems bereits eine in der Öffentlichkeit priorisierte und anerkannte Lösung für IT-Services im Gesundheitsbereich. Sowohl bei der zentralen Serverlösung als auch beim dezentralen Datenmanagement PULL müssen diese Infrastrukturen erst geschaffen werden, wobei die Zuverlässigkeit der zentralen Lösung höher einzuschätzen ist als eine dezentrale Datenmanagementlösung mit mehreren Schnittstellen.

Die *Benutzerfreundlichkeit* der vorgestellten Szenarios ist bei der nicht-elektronischen Lösung am geringsten einzustufen. Bei der Umsetzung als eigene e-card-Applikation ist auf Grund der bereits bekannten e-card-Systemumgebung bei Ärztinnen/Ärzten und Ambulan-

zen<sup>205</sup> eine hohe Akzeptanz gegeben. Beim dezentralen Datenmanagement erfolgt die Datenpflege grundsätzlich in der gewohnten GDA-Systemumgebung, Abfragen der Demenzdaten erfolgen hierbei mittels eines eigenen Systems.

Die zentrale Serverlösung bedeutet eine Datenpflege in mehreren verschiedenen Systemen (GDA-System und Demenzserver) und wurde bei der Benutzerfreundlichkeit dem dezentralen Datenmanagement Pull nachgereiht.

Aus den vorgenommenen Bewertungen lässt sich folgendes Ergebnis ableiten:

Szenario	Bewertung	
	Summe der Platzierungen	Reihung (Ergebnis)
Zentrale Serverlösung	13	2.
Datenmanagementlösung als e-card-Applikation	9	1.
Dezentrales Datenmanagement PULL <sup>206</sup>	15	3.
Nicht-elektronisches Datenmanagement	18	4.

Tabelle 62 Zusammenfassende Bewertung, Teil 1

Szenario	Anmerkung
Zentrale Serverlösung	Dieses Szenario führt zu höheren Kosten, bietet eine gute funktionale Abdeckung bei einer guten Qualität
Datenmanagementlösung als e-card-Applikation	Dieses Szenario bedeutet auf Grund vorhandener Infrastrukturen geringere Kosten und ermöglicht eine gute funktionale Abdeckung bei einer sehr guten Qualität
Dezentrales Datenmanagement PULL	Dieses Szenario führt zu den höchsten Kosten der dargestellten Möglichkeiten, weist die höchste Funktionalität (funktionale Abdeckung & ELGA-Konformität) aber lediglich eine geringe Qualität auf
Nicht-elektronisches Datenmanagement	Stellt aus Kostensicht die günstigste Lösung dar, welche allerdings keine funktionale Abdeckung und lediglich geringe Qualität bietet

Tabelle 63 Zusammenfassende Bewertung, Teil 2

<sup>205</sup> In den Ambulanzen des Wiener Krankenanstaltenverbundes ist der Einsatz der e-card bereits flächendeckend möglich. <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeAktuell.asp?ID=7032>, Zugriff am 29.04.2010

<sup>206</sup> Die Vorteile dieser Variante bestehen in der gezielten Informationsbereitstellung und der hohen Strukturähnlichkeit mit ELGA. Im Hinblick auf die zukünftige Implementierung von ELGA wurde unter Berücksichtigung der hohen entstehenden Kosten von der Schaffung einer Doppelstruktur abgeraten.

### 8.5.1. Empfehlung

Aufgrund der Bewertungsergebnisse der Szenarien anhand der dargestellten Kriterien ergeht grundsätzlich eine Umsetzungsempfehlung für eine Datenmanagementlösung als eigene Applikation im bereits vorhandenen e-card-System.

Da derzeit nicht feststeht, ob die SVC in Ihrer Eigenschaft als Gesundheitsprovider der Sozialversicherung die Befugnis für die Datenspeicherung und Datenverwaltung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Daten der Patientinnen/Patienten besitzt, muss geklärt werden, ob die Datenhaltung direkt von der SVC durchgeführt werden darf oder, ob diese in einem externen System, welches außerhalb der SVC angesiedelt ist, erfolgen muss. Es sind hierfür unbedingt weiterführende Abklärungen mit der Datenschutzkommission erforderlich, um festzustellen, wo und welche der im Dokumentationsprozess benötigten Daten gespeichert werden dürfen.

Wenn die Umsetzung des Datenmanagements über das e-card-System aufgrund der geltenden Datenschutzrechtslage nicht möglich sein sollte, wird die Umsetzung der zentralen Serverlösung für „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ empfohlen.

### 8.5.2. Beschreibung der e-card-Infrastruktur

Mit der Einführung des e-card-Systems wurde eine österreichweit flächendeckende elektronische Plattform geschaffen, welche zunehmend für unterschiedliche e-health-Dienste (z.B. Arzneimittel-Bewilligungs-Service, Arzneimittel-Sicherheitsgurt) in Anspruch genommen wird. Durch eine Breitbandvernetzung dient das System bereits als Basis für zukünftige Folgeprojekte. Teil der Infrastruktur des e-card-Systems ist das Gesundheitsinformationsnetz (GIN). Dabei handelt es sich um ein geschlossenes Netz, das Anwendern im Gesundheitsbereich (z.B. Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Apotheken) zur Verfügung steht. Im Unterschied zu anderen privaten oder öffentlichen Netzwerken sind dabei hohe Sicherheits-, Qualitäts- und Verfügbarkeitsansprüche zentral.<sup>207</sup> Wie bereits dargestellt, besteht ein weiterer Vorteil der e-card-Applikation darin, dass die bereits vorhandene Infrastruktur sowie die Supportservices mitgenutzt werden können.

#### 8.5.2.1. Ausbaustufe 1

Die erste Implementierungsphase sieht eine Integration von patientenführenden Ärztinnen/Ärzten, Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern, Fachärztinnen/Fachärzten und des Case Managements vor.

Sofern diese Akteurinnen/Akteure eine Vertragspartnerschaft mit einem Sozialversicherungsträger aufweisen, sind diese bereits an das e-card-System angebunden. Ebenso können Wahlärztinnen/Wahlärzte, welche entweder einen Sondervertrag mit einem Versicherungsträger abgeschlossen haben oder mindestens 150 Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr durchführen, angeschlossen werden. Diese Einbindung erfolgt auf freiwilliger Basis, sofern

<sup>207</sup> Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Zugriff am 29.04.2010

die notwendige Ausstattung (Kartenlesegerät, GINA-Box) gekauft oder von einem Provider angemietet wird.

Das Case Management ist als nicht-ärztliche Berufsgruppe nicht an dieses System angebunden. Um die notwendige Integration von Case Managerinnen/Case Managern sicherzustellen, muss eine räumliche und infrastrukturelle Anbindung dieser an das e-card-System in Gesundheitszentren bzw. Bezirksstellen von Versicherungsträgern geschaffen werden.

#### 8.5.2.2. Ausbaustufe 2

In der zweiten Implementierungsphase werden Krankenanstalten und Memory Kliniken an das Netzwerk angeschlossen.

Seit einigen Jahren wird die e-card-Anbindung von Krankenanstalten und Ambulanzen forciert. Es kann eine Integration in die jeweiligen Krankenhausinformationssysteme (KIS) erfolgen.

Der Einsatz des e-card-Systems ist in den Ambulanzen des Wiener Krankenanstaltenverbundes flächendeckend möglich.<sup>208</sup>

Jene Krankenanstalten und Ambulanzen, welche in das Datenmanagement des Netzwerks eingebunden werden möchten, müssen mit der nötigen e-card-Infrastruktur versorgt werden, sofern noch keine Anbindung an das Netzwerk besteht.

#### 8.5.2.3. Ausbaustufe 3

Im Zuge der dritten Ausbaustufe erfolgt die Anbindung von teilnehmenden mobilen Diensten, mobilen Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, medizinisch-technischen Diensten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Tageszentren und Einrichtungen der stationären Kurzzeitpflege.

Die in dieser Ausbaustufe zu integrierenden Berufsgruppen verfügen in der Regel (außer bereits angeschlossene Institutionen) über keine e-card-Anbindung. Um diesen Akteurinnen/Akteuren eine Teilnahme am elektronischen Datenmanagement zu ermöglichen, können diese über Backend-Schnittstellen in den Dokumentationsprozess eingebunden werden. Diese Schnittstellen können das e-card-System mit externen Servern verbinden. Dadurch könnte beispielsweise ein Datenaustausch mit Servern von Pflegediensten ermöglicht werden.

<sup>208</sup> Wiener Krankenanstaltenverbund. Zugriff am 29.04.2010

Der elektronische Zugang von medizinisch-technischen Diensten kann auch durch in der Praxis übliche Kooperationen mit Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Tageszentren oder Einrichtungen der stationären Kurzzeitpflege erfolgen, sofern diese an das e-card-System angebunden sind.

#### 8.5.2.4. Kombination mit nicht-elektronischer Dokumentation im Netzwerk

Auf Grund der schrittweisen Implementierung des elektronischen Datenmanagements in mehreren Ausbaustufen sind besonders zu Beginn nicht alle teilnehmenden Akteurinnen/Akteure miteinander vernetzt. Des Weiteren erfolgt besonders im pflegerischen Bereich die Dokumentation zurzeit noch sehr unterschiedlich. Während einige Institutionen bereits elektronisch dokumentieren, erfolgt dies bei anderen in Papierform.

Um trotz dieser unterschiedlichen Dokumentationsvarianten Informationsverluste im Netzwerk zu vermeiden, ist es notwendig diese miteinander zu kombinieren.

Im Bereich der medizinischen und psychologischen Dokumentation kann eine Integration von nicht elektronisch angebundenen Netzwerkteilnehmern mit Hilfe von Formularen erfolgen. Wie bereits im Kapitel Dokumentationsstellen beschrieben wurde, werden diesen Akteurinnen/Akteuren Formulare zur Verfügung gestellt, die sie im Sinne von Befundberichten an die patientenführenden Ärztinnen/Ärzte übermitteln und in der Patientenmappe ablegen. Patientenführende Ärztinnen/Ärzte sind für die Einpflege einiger Basisdaten (z.B. Vorhandensein des Befundes) in das elektronische System verantwortlich. Um den umgekehrten Informationstransfer zu gewährleisten, erhalten sie ihrerseits Informationen über die in den Patientenmappen abgelegten Anamnese- und Befundbögen.

Für die Übermittlung pflegerischer Daten von teilnehmenden Pflegeinstitutionen empfiehlt sich eine ähnliche Vorgehensweise. Die Übermittlung der Daten erfolgt demnach mit Formularen, welche an die zuständigen Case Managerinnen/Case Manager weitergeleitet und von diesen in das elektronische Dokumentationssystem eingegeben werden.

#### 8.5.2.5. Kombination mit der Regelversorgung

Werden Patientinnen/Patienten von Ärztinnen/Ärzten oder medizinischen Institutionen außerhalb des Netzwerkes versorgt, erfolgt der Informationstransfer durch Überweisungen, auf welchen Befundberichte und therapeutische Empfehlungen vermerkt werden. Nach Möglichkeit sollte allerdings alternativ der Einsatz von Formularen angestrebt werden. Dadurch kann eine standardisierte Informationsweitergabe ermöglicht werden, welche in weiterer Folge die Dateneingabe durch patientenführende Ärztinnen/Ärzte erleichtert.

Für den Transfer pflegerischer Daten sind die zuständigen Case Managerinnen/Case Manager die zentralen Ansprechpartner. Entsteht im Rahmen der Patientenversorgung ein Informationsbedarf seitens der beteiligten Pflegedienste, kann dieser durch Auskunft des Case Managements gedeckt werden. Umgekehrt sind versorgungsrelevante Informationen

nach Möglichkeit dem Case Management mitzuteilen, um in weiterer Folge im elektronischen Datenmanagementsystem dokumentiert zu werden.

## 9. GESETZLICHE GRUNDLAGEN IM DATENMANAGEMENT

### 9.1. Einwilligungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten

Die Projektteilnahme sowie die damit einhergehende Sammlung und Weitergabe von Daten erfordert die Einwilligung von Patientinnen/Patienten bzw. gegebenenfalls von deren vertretungsbefugten Personen. Weiterführende Informationen dazu sind im entsprechenden Kapitel der Netzwerk- und Organisationsbeschreibung enthalten.

### 9.2. Datenschutzgesetz

Im Datenschutzgesetz (DSG) 2000 idgF § 4, Punkt 13 sind Informationsverbundsysteme wie folgt definiert: „Informationsverbundsystem: die gemeinsame Verarbeitung von Daten in einer Datenanwendung durch mehrere Auftraggeber und die gemeinsame Benützung der Daten in der Art, dass jeder Auftraggeber auch auf jene Daten im System Zugriff hat, die von den anderen Auftraggebern dem System zur Verfügung gestellt wurden“.<sup>209</sup>

Lt. § 18 Abs. 2 DSG müssen Informationsverbundsysteme vor ihrer Inbetriebnahme der Datenschutzkommission gemeldet werden und können erst nach einer Prüfung durch diese ihren Betrieb aufnehmen.<sup>210</sup>

Auch für die Adaptierung und Verwendung der Administrationssoftware muss eine Meldung einer Datenanwendung an die Datenschutzkommission erfolgen.

### 9.3. Gesundheitstelematikgesetz

Die Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes werden bei der Entwicklung des elektronischen Datenmanagements berücksichtigt.

<sup>209</sup> DSG 2000 idgF. Zugriff am 14.01.2010

<sup>210</sup> DSG 2000 idgF. Zugriff am 14.01.2010

# QUALITÄTSMANAGEMENT UND EVALUIERUNG

## Expertinnen/Experten

Dr.<sup>in</sup> Stefanie Auer, M.A.S.

Dr. DI Peter Beck, Joanneum Research

Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Österreichische Ärztekammer Österreichische Alzheimer-  
gesellschaft, Univ. Klinik f. Neurologie MUW, AKH Wien

Mag.<sup>a</sup> Sanja Korac, Universität Klagenfurt

Dr.<sup>in</sup> Silvia Neumann-Ponesch, FH Oberösterreich

Mag.a Elisabeth Pochobradsky, Gesundheit Österreich GmbH, Bundesinstitut für Qualität im  
Gesundheitswesen

Mag.<sup>a</sup> (FH) Martin Robausch, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Dr.<sup>in</sup> Iris Saliterer, Universität Klagenfurt

Dr.in Cornelia Schneider, Wiener Krankenanstaltenverbund, Generaldirektion, Geschäfts-  
bereich Qualitätsarbeit; FH Campus Wien, Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege

Mag.<sup>a</sup> Edith Span, M.A.S.

# 1. VORWORT QUALITÄTSMANAGEMENT UND EVALUIERUNG

Die folgenden Konzeptteile „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ sind für eine Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojekts konzipiert und dienen dem Aufbau und der Bewertung des Projekts. Im Rahmen der ersten Umsetzung in einem Pilotprojekt sind Teilbereiche noch an die Projektpraxis anzupassen bzw. bis zur Einsetzbarkeit abschließend zu entwickeln. Die tatsächlich angewandte Vorgangsweise sowie die durchzuführenden Entwicklungen sind mit dem CCIV abzustimmen und dem CCIV als zentrale Informationsdrehscheibe für die Abstimmung mit weiteren Pilotprojekten zugänglich zu machen. Alle Umsetzungsregionen sollen die gleichen Standards im Qualitätsmanagement und die gleiche Vorgehensweise bei der Evaluierung verwenden, um eine Vergleichbarkeit der Daten und Ergebnisse und somit einen Informationsgewinn und eine sinnvolle Anpassung und Verbesserung der Projekte gewährleisten zu können. Es soll hier darauf hingewiesen werden, dass eine Vergleichbarkeit zwischen Trägern schwer zu erreichen ist, und daher insbesondere auf eine einheitliche Datenstruktur und Erhebung der Daten Wert gelegt werden müssen. Bei einer Weiterführung der Projekte nach der Pilotphase bzw. einer Überführung in den Regelbetrieb ist eine Anpassung der Komponenten Qualitätsmanagement und Evaluierung notwendig, um den Aufwand für Qualitätsmanagement und Evaluierung in einem für alle beteiligten durchführbaren Rahmen zu halten.

## 2. QUALITÄTSMANAGEMENT

### 2.1. Einleitung

Qualität kann anhand verschiedener Kriterien eingeteilt werden. Eine weit verbreitete Einteilung stammt von Donabedian (1986) und gliedert sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität beschreibt die Grundvoraussetzungen in einem System, um eine effektive Gesundheitsversorgung durchführen zu können. In integrierten Versorgungsmodellen sind das zum Beispiel:

- Aus-, Fort-, und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte
- Ausstattung von Praxisräumen und Krankenhäusern
- Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals
- Anzahl behandelter Fälle pro Krankenhaus, Abteilung, Ärztin/Arzt, etc. <sup>211</sup>

<sup>211</sup> Stock et al. (2005). S. 174

Prozessqualität bezieht sich auf die Erbringung der Versorgungsleistung selbst<sup>212</sup>, z.B.

- Einhaltung von standardisierten Vorgehensweisen
- Erfassung von Wartezeiten (bei Terminvergaben und bei der Leistungserbringung selbst)
- Informationsweitergabe

Ergebnisqualität bezieht sich auf den Output der Intervention oder des Versorgungsprozesses. Gemessen werden unter anderem folgenden Aspekte der Ergebnisqualität<sup>213</sup>:

- Patientenzufriedenheit
- Mortalität
- Klinische Ergebnisse
- Funktioneller Status
- Lebensqualität
- Kosten

„Qualitätsmanagement als Sammlung von Methoden und Prinzipien der Qualitätsverbesserung ermöglicht aufgrund seiner spezifischen Ausrichtung und Konzeption die direkte Arbeit an der Verbesserung der Leistungsqualität und gleichzeitig eine Veränderung der organisationalen Grundlagen von Gesundheitseinrichtungen in Richtung auf verbesserte Integration der Organisationseinheiten. Damit unterscheidet es sich von anderen Ansätzen der Qualitätssicherung die einen solchen organisationsverändernden Beitrag nicht leisten“.<sup>214</sup>

Folgende Elemente sind in Qualitätsmanagementsystemen vorhanden:<sup>215</sup>

- Prozessorientierung
- Kundenorientierung
- Kontinuierliche Verbesserung
- Fehlerprävention und „Zero-Defekt-Prinzip“
- Organisationsentwicklung

## 2.2. Qualitätsmanagement

Die Qualität der Versorgung im „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird durch einen aufeinander abgestimmten Mix an Maßnahmen gewährleistet, anhand von Kriterien und Indikatoren sichergestellt und durch eine Anpassung anhand der Erkenntnisse aus der formativen Evaluation verbessert.

<sup>212</sup> Baur, Stock (2002). S. 146

<sup>213</sup> Baur et al. 2002). S. 147-149

<sup>214</sup> Köck (2004). S. 292

<sup>215</sup> Köck (2004). S. 291-293

Diese Maßnahmen umfassen:

Qualitätssicherungsmaßnahme	Ausprägung
Zugangskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung</li> <li>• Ausstattung</li> <li>• Verbindliche Vereinbarung</li> <li>• Wille zur Einhaltung der „Netzwerkregeln“</li> <li>• Basisschulung</li> </ul>
Schulung/Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisschulung</li> <li>• Empfehlung für fachliche Fortbildungen</li> <li>• Netzwerktreffen</li> <li>• Qualitätszirkel</li> <li>• Wissensüberprüfung im Rahmen des E-learning bei Basisschulung</li> </ul>
Medizinische Leitlinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenzbasierte medizinische Versorgung</li> <li>• Einheitliche Standards für das Vorgehen bei Diagnostik und Behandlung</li> </ul>
Versorgungspfad	Definierte Sollversorgung (Weg durch das System) = vergleichbar und messbar
Netzwerkfeedbackberichte pro Teilregion	Zusammenfassende Leistungsdarstellung der Teilregion
Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	Jeweils pro Teilregion und für das jeweilige Umsetzungsbundesland

Tabelle 64 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Basis für eine gute Versorgungsqualität sind die Zugangsvoraussetzungen für Leistungsanbieter. Noch vor Netzwerkbeitritt absolvieren die Mitglieder eine Basisschulung und verpflichten sich darüber hinaus, sich in regelmäßigen Abständen fortzubilden. Die Fortbildungsanforderung beinhaltet Netzwerktreffen und Qualitätszirkel. Darüber hinaus wird empfohlen, optionale fachliche Fortbildungen zu besuchen (je nach Vereinbarung zwischen der regionalen Ärztekammer und Umsetzungsregion können fachliche Fortbildungen optional oder verpflichtend sein). Die genauen Anforderungen sind im Abschnitt Schulungskonzept des Projektkonzepts dargestellt.

Um die medizinische Versorgungsqualität sicherzustellen, basiert die Behandlung im Netzwerk auf einer medizinischen Leitlinie. Die medizinische Leitlinie ist Teil der Basisschulung

für Ärztinnen/Ärzte und steht allen Ärztinnen/Ärzten sowohl elektronisch als auch in Papierform zur Verfügung. Somit kann eine evidenzbasierte Behandlung sichergestellt werden. Die gesamte Versorgung ist an Versorgungspfaden ausgerichtet, wodurch eine adäquate und bedarfsgerechte Behandlung aber auch ein möglichst reibungsloser Übergang zwischen Leistungserbringern und Leistungsebenen gewährleistet werden kann.

Durch das Netzwerkmanagement werden Aktivitäten im Netzwerk (z.B. Fortbildungen der Mitglieder), der Ablauf der Versorgung, die Qualität der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner sowie erbrachte Leistungen dokumentiert bzw. aus bestehenden Daten generiert. Diese Inhalte geben einerseits Aufschluss über die Versorgungsstruktur und andererseits über mögliche Qualitätsverbesserungen. Die Erkenntnisse werden in Feedbackberichten pro Teilregion den Mitgliedern bzw. Mitgliedsorganisationen vierteljährlich in elektronischer Form vom Netzwerkmanagement zur Verfügung gestellt.

Folgende Inhalte werden in den Feedbackberichten abgebildet:

- Mitgliederzahlen (Zugänge und Austritte)
- Verteilung der Mitglieder auf Berufsgruppen
- Einschreibezahlen (und Austrittszahlen)
- Bericht über Nahstellenprozesse in der Teilregion (Datenbereitstellung, Überweisung und Ankommen der Patientinnen/Patienten, etc.)
- Anzahl Institutionalisierungen für Akutbehandlung (einmal jährlich)
- Anzahl der Institutionalisierungen für Kurzzeitpflege (einmal jährlich)
- Anzahl der Aufnahmen in eine stationäre Langzeitversorgung (einmal jährlich)
- Abgehaltene Qualitätszirkel und Netzwerktreffen (einmal jährlich)
- Neuerungen
- Berichte über Problemfelder
- Berichte über positive Rückmeldungen
- Darstellung der Ergebnisse der Berechnung der Qualitätsindikatoren im Überblick

Die quartalsweisen statistischen Zahlen können weitestgehend aus der Administrationssoftware generiert werden. Die jährlichen zu berichtenden Zahlen müssen aus dem (elektronischen) Datenmanagement bzw. aus der formativen Evaluation entnommen werden.

### 2.2.1. Qualitätskriterien

Als Maßstab für Qualität im Versorgungsnetzwerk, sowie als Grundlage zur Überprüfung der Qualität der Versorgung wurden für die Teilbereiche des Projekts Qualitätskriterien entwickelt. Diese Kriterien können jeweils zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene zugeordnet werden.

### 2.2.1.1. Strukturqualitätskriterien<sup>216</sup>

Strukturqualitätskriterien beschreiben die Rahmenbedingungen, unter denen die Behandlung der Patienten erfolgen soll.

Kriterium	Datenherkunft
<u>Fortbildung/Schulung</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Basisschulungen werden angeboten (für jede Teilregion bzw. bei Bedarf Teilregionen übergreifend)</li> <li>• Qualitätszirkel werden pro Teilregion viermal pro Jahr angeboten</li> <li>• Netzwerktreffen werden pro Teilregion einmal pro Jahr angeboten</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p> <p>Netzwerkmanagement</p> <p>Netzwerkmanagement</p>
<u>Ausstattung mit Informationsmaterial</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsmaterialien zu den verschiedenen Themenbereichen sind in ausreichendem Maße vorhanden (bei den Akteurinnen/Akteuren im Netzwerk): mindestens fünf Exemplare von jeder Broschüre, Merkblatt, etc.</li> <li>• Die Informationsplattform (Homepage) ist vorhanden</li> <li>• Die Informationsplattform ist strukturiert auswertbar (z.B. nach Regionen oder Bezirken)</li> </ul>	<p>Bewertungsbogen</p> <p>GDA</p> <p>Netzwerkmanagement</p> <p>Netzwerkmanagement</p>
<u>Netzwerkmanagement</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Kapazität für alle Patientinnen/Patienten, welche im Netzwerk versorgt werden möchten, ist vorhanden (durchschnittlich eine patientenführende Ärztin/ein patientenführender Arzt pro 25 Patientinnen und Patienten, mobile Dienste mit der Kapazität für die eingeschriebenen bzw. interessierten Patientinnen/Patienten, ein Krankenhaus, Case Managerin/Case Manager laut Konzept, mind. eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie oder eine Spezialambulanz)</li> <li>• Ein für die Behandlung und Betreuung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen erforderliches Leistungsspektrum ist vorhanden</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p> <p>Netzwerkmanagement</p>

<sup>216</sup> Basierend auf den Ergebnissen der 1. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung vom 3.11.2009

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine definierte Mindestgröße des Netzwerkes (Teilnetzwerk bzw. Bundeslandweites Netzwerk - eine patientenführende Ärztin/ein patientenführender Arzt, ein Fachärztin/Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie, eine Krankenanstalt, eine Case Managerin/ein Case Manager, ein mobiler Dienst) ist erreicht</li> <li>• Informationen über Netzwerkpartner stehen allen Akteuren zur Verfügung (Informations- und Datenmanagement/Netzwerkmanagement)</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p> <p>Netzwerkmanagement</p>
<p><u>Feedbackberichte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedbackberichte werden einmal pro Quartal erstellt und an die Netzwerkmitglieder übermittelt (als Basis für Qualitätsverbesserungen)</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p>

### 2.2.1.2. Prozessqualitätskriterien<sup>217</sup>

Prozessqualitätskriterien bezeichnen die Verwendung von Ressourcen bei den in Zusammenhang mit der Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stattfindenden Aktivitäten (patienten- oder organisationsbezogen).

Kriterium	Datenherkunft
<p><u>Behandlung/Versorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Patientinnen/Patienten werden unter Berücksichtigung der medizinischen Leitlinie und des Versorgungspfades versorgt (medizinische Leitlinie/Versorgungspfad)</li> <li>• Ein bedarfsgerechter Zugang zu Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Patientinnen/Patienten als auch für pflegende Angehörige wird ermöglicht (Empowerment, Case Management)</li> <li>• Zeitnahe Übermittlung der Patientinnen/Patienten von der Hausärztin/vom Hausarzt, diagnostizierenden Ärztin/Arzt, patientenführenden Ärztin/patientenführender Arzt an die Case Managerin/den Case Manager: innerhalb eines Monats nach Einschreibung bzw. Übermittlung von der Case Managerin/vom Case Manager an die patientenführende Ärztin/den patientenführenden Arzt (innerhalb von sechs Monaten nach provisorischer Einschrei-</li> </ul>	<p>Bewertungsbogen</p> <p>Patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt</p> <p>Bewertungsbogen</p> <p>Case Management</p> <p>Netzwerkmanagement</p> <p>Care Management aus Dokumentationen des Case Managements</p>

<sup>217</sup> Basierend auf den Ergebnissen der 1. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung vom 3.11.2009

<p>bung durch die Case Managerin/den Case Manager) (Versorgungspfad, Case Management)</p>	
<p><u>Informations- und Datenmanagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informationen und Daten werden zeit- und bedarfsgerecht an Kooperationspartner weitergegeben (Eintreffen der Informationen und Daten spätestens beim Patientenkontakt)</li> <li>Der Informations-, Kommunikations- und Datenfluss erfolgt standardisiert</li> </ul>	<p>Bewertungsbogen Patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt</p> <p>Bewertungsbogen Gesundheits- und Sozialdienstleister</p>
<p><u>Netzwerkmanagement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Koordination an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen und leistungsebenenübergreifend wird ermöglicht - Kontinuität der Versorgung wird sichergestellt (Care Management/Netzwerkmanagement)</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p>

### 2.2.1.3. Ergebnisqualitätskriterien<sup>218</sup>

Ergebnisqualitätskriterien beschreiben die Wirkung von Gesundheitsleistungen.

Kriterium	Datenherkunft
<p><u>Patientenbezogen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patientinnen/Patienten können möglichst lange - länger als bei Regelversorgung - im Wohnumfeld verbleiben (Empowerment, Case Management, Care Management)</li> </ul>	<p>Netzwerkmanagement</p>
<p><u>Netzwerkbezogen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Mitgliedschaft im Netzwerk ist für Leistungserbringer attraktiv</li> <li>Das Leistungsspektrum im Netzwerk ist bedarfsorientiert</li> <li>75% der Netzwerkmitglieder nehmen an den Netzwerktreffen teil</li> </ul>	<p>Bewertungsbogen</p> <p>Netzwerkmanagement, Care und Case Management</p> <p>Netzwerkmanagement</p>

<sup>218</sup> Basierend auf den Ergebnissen der 1. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung vom 3.11.2009

<u>Angehörige</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenstandstage der Angehörigen sind geringer als in der Vergleichsgruppe (Empowerment)</li> </ul>	Formative Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Auftreten von Depressionen bei Angehörigen ist geringer als in der Vergleichsgruppe bzw. im Vergleichszeitraum (Empowerment)</li> </ul>	Formative Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der subjektive Belastungsgrad ist geringer als bei der Vergleichsgruppe bzw. bei Netzwerkeintritt (Empowerment, Case Management)</li> </ul>	Formative Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen wird erhalten bzw. verbessert. (Vergleich vor und nach Pilotprojekt oder mit einer Vergleichsgruppe) (Empowerment, Case Management)</li> </ul>	Lebensqualitätserhebung Formative Evaluation

## 2.2.2. Qualitätsindikatoren

Die Zusammenstellung der Qualitätsindikatoren basiert auf QISA, den Ergebnissen der Arbeitsgruppensitzungen sowie Ergänzungen aus der Konzeption der Komponenten.<sup>219</sup> Qualitätsindikatoren, welche auf Routine- oder Administrationsdaten beruhen, werden quartalsweise berechnet, Qualitätsindikatoren, welche auf Erhebungen beruhen, halbjährlich oder jährlich.

Legende: ↑ = Steigerung, ↓ = Senkung, Zielwert = Erreichung eines Zielwertes ist angestrebt, Evaluation = Es muss evaluiert werden, welche Werte eine gute Qualität belegen

Fokus	Indikatoren	Indikatorart	Formel	Berechnungsintervall	Datenherkunft	Veränderung gegenüber Ausgangswert
Attraktivität für Patientinnen/Patienten	Anteil eingeschriebene Patientinnen/Patienten einer Region	Struktur	$\Sigma$ eingeschriebene Netzwerkpatientinnen/-patienten/ $\Sigma$ potentiell einschreibefähige Patientinnen/Patienten <sup>220</sup>	Quartalsweise	Administrationssoftware	↑
	Patientenfuktuation	Ergebnis	$\Sigma$ ausgetretene Netzwerkpatientinnen/-patienten/ $\Sigma$ eingeschriebene Netzwerkpatientinnen/-patienten	Quartalsweise	Administrationssoftware	↓
Attraktivität für	Anteil eingeschriebene/n Ärztinnen/Ärzte einer Region (Größe)	Struktur	$\Sigma$ am Netzwerk teilnehmende Ärztinnen/Ärzte/ $\Sigma$ alle Ärztinnen/Ärzte der	Quartalsweise	Administrationssoftware	↑

<sup>219</sup> Szecsenyi, Broge & Stock (2009).

<sup>220</sup> Potentiell einschreibefähige Patientinnen/Patienten können mittels Prävalenzschätzung und Bevölkerungszahlen der Region hochgerechnet werden.

Dienstleister	des Netzwerks)		entsprechenden Fachgruppen der Region <sup>221</sup>		software/FOKO/LEICON	
	Zahl der eingeschriebenen Ärztinnen/Ärzte einer Region bzw. im Bundesland	Struktur	Σ alle Netzwerkärztinnen/-ärzte der Region bzw. des Bundeslandes	Quartalsweise	Administrationssoftware	↑
	Arztfluktuation	Ergebnis	Σ ausgetretene Ärztinnen/Ärzte/Σ eingeschriebene Ärztinnen/Ärzte	Quartalsweise	Administrationssoftware	↓
	Zahl der anderen eingeschriebenen Gesundheitsdienstleister einer Region bzw. eines Bundeslandes (Basis Homepage Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)	Struktur	Σ am Netzwerk teilnehmende Gesundheitsdienstleister pro Bundesland bzw. Region	Quartalsweise	Administrationssoftware	↑
	Zahl der eingeschriebenen Sozialdienstleister (in der Demenzversorgung) einer Region bzw. eines Bundeslandes (Basis Homepage Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)	Struktur	Σ am Netzwerk teilnehmende Sozialdienstleister (in der Demenzversorgung) pro Bundesland bzw. Region	Quartalsweise	Administrationssoftware	↑
	Fluktuation der anderen Gesundheits- und Sozial-	Ergebnis	Σ ausgetretene Dienstleister/Σ eingeschriebene Dienstleister	Quartalsweise	Administrationssoftware	↓

<sup>221</sup> Nur Vertragspartner der WGKK können mittels FOKO abgefragt werden. Das Tool BIG des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger bietet diesbezügliche eine Übersicht über alle Träger.

	dienstleister				software	Zielwert
Qualitätszirkelarbeit	Steuerung der Qualitätszirkelarbeit	Struktur	Σ Zahl der durchgeführten Qualitätszirkel pro Teilregion bzw. pro Bundesland	Jährlich	Netzwerkmanagement	Zielwert
Information der Netzwerkpatienten/-patienten	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Netzwerkpatientinnen/-patienten	Struktur	Σ Zahl der in den Organisationen vorhandenen Informationsmaterialien gemäß Bewertungsbogen/Σ aller Informationsmaterialien laut Bewertungsbogen	Jährlich	Bewertungsbogen	Zielwert
	Anteil der Patientinnen/Patienten mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert wurden und deren Angehörige/Betreuer einbezogen wurden.	Prozess	Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Demenz innerhalb der letzten 12 Monate, die über Diagnose, Prognose und Unterstützungsangebote informiert wurden und deren Angehörige/Betreuer einbezogen wurden/Anzahl aller Patientinnen/Patienten mit neu diagnostizierter Demenz im Netzwerk innerhalb der letzten 12 Monate	Jährlich	Dokumentation Case Management bzw. Ärztin/Arzt	↑
Kommunikation im Versorgungsmodell	Anteil Netzwerkmitglieder, die am Netzwerktreffen teilgenommen haben	Ergebnis	Σ Anzahl der Mitglieder mit Anwesenheit bei Netzwerktreffen/Σ Anzahl aller eingeschriebenen Netzmitglieder	Jährlich	Netzwerkmanagement/Adm inistrationssoftware	↑

	Anteil der Ärztinnen/Ärzte, welche ihre Patientinnen/Patienten an Netzwerkpartner weiterleiten	Prozess	$\Sigma$ Anzahl der Befragungsteilnehmer, die hauptsächlich an Netzwerkpartner überweisen/ $\Sigma$ Anzahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Bewertungsbo- gen	↑
	Anteil der Ärztinnen/Ärzte, welche den Erfolg ihrer Überweisung an Netzwerkpartner überprüft (Ist der Patient angekommen?)	Prozess	$\Sigma$ Anzahl der Befragungsteilnehmer, die das Ankommen ihrer überwiesenen Patientinnen/Patienten überprüfen/ $\Sigma$ Anzahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Bewertungsbo- gen	↑
Zufriedenheit der Netzwerkpatientinnen/-patienten	Anteil der zufriedenen Netzwerkpatientinnen/-patienten/Angehörigen	Ergebnis	$\Sigma$ Zahl der zufriedenen Befragungsteilnehmer/ $\Sigma$ Zahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Befragung/Bewertungsbo- gen	↑
	Anteil der Netzwerkpatientinnen/-patienten/Angehörigen, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden	Ergebnis	$\Sigma$ Zahl der Befragungsteilnehmer (Netzwerkpatientinnen/-patienten oder Angehörige), die das Netz weiterempfehlen würden/ $\Sigma$ Zahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Befragung/Bewertungsbo- gen	↑
Zufriedenheit der Netzwerkmitglieder	Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die mit dem Versorgungsmodell im vergangenen Jahr zufrieden sind	Ergebnis	$\Sigma$ Anzahl der Befragungsteilnehmer, die mit den Netzergebnissen zufrieden sind/ $\Sigma$ Anzahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Bewertungsbo- gen	↑
	Anteil der Dienstleister, die mit dem Versorgungsmodell im ver-	Ergebnis	$\Sigma$ Anzahl der Befragungsteilnehmer, die mit den Netzergebnissen zufrieden	Jährlich	Bewertungsbo- gen	↑

	gangenen Jahr zufrieden sind		sind/Σ Anzahl aller Befragungsteilnehmer		gen	
Verwendung der Leitlinie	Anteil der Ärztinnen/Ärzte, welche ihre Patientinnen/Patienten anhand der medizinischen Leitlinie versorgen	Prozess	Σ Anzahl der Befragungsteilnehmer, die ihre Patientinnen/Patienten anhand der Leitlinie versorgen/Σ Anzahl aller Befragungsteilnehmer	Jährlich	Bewertungsbo- gen	↑
Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	Anteil der eingeschriebenen Ärztinnen/Ärzte an den vorhandenen Ärztinnen/Ärzten der entsprechenden Fachrichtungen pro Teilregion bzw. Bundesland	Struktur	Σ Zahl der eingeschriebenen Ärztinnen/Ärzte/Σ Zahl aller Ärztinnen/Ärzten der entsprechenden Fachrichtungen der Teilregion bzw. Bundesland <sup>222</sup>	Quartalsweise	Administ- rations- software / FOKO/LEI CON	↑
	Anteil der patientenführenden Ärztinnen/Ärzte an den eingeschriebenen Ärztinnen/Ärzten pro Teilregion bzw. Bundesland	Struktur	Σ Zahl der eingeschriebenen patientenführenden Ärztinnen/Ärzte/Σ Zahl aller eingeschriebenen Ärztinnen/Ärzte	Quartalsweise	Administ- rations- software	Zielwert bzw. Evaluieren
	Zahl der eingeschriebenen Netzwerkpatientinnen/-patienten je patientenführender Ärztin/patientenführender Arzt	Struktur	Σ eingeschriebene Netzwerkpatientinnen/-patienten/Σ eingeschriebene patientenführende Ärztinnen/Ärzte	Quartalsweise	Adminis- trations- software	Evaluieren
	Zahl der Patientinnen/Patienten im Case Management Programm pro Case Managerin/Case Manager	Struktur	Σ eingeschriebene Netzwerkpatientinnen/-patienten mit Case Management Vereinbarung/Σ Case Managerinnen/Case Manager im Netzwerk	Quartalsweise	Administ- rations- software	Evaluieren und Range festlegen für Zielerreichung

<sup>222</sup>Werte können aus dem BIG des HVB generiert werden.



	Zahl der Patientinnen/Patienten mit ausschließlich Beratungsleistungen pro Case Managerin/Case Manager	Struktur	Σ eingeschriebene Netzwerkpatientinnen/-patienten ohne Case Management-Vereinbarung aber mit Beratungsverhältnis/Σ Case Managerinnen/Case Manager im Netzwerk	Quartalsweise	Dokumentation Case Management/Administrationssoftware	Evaluierten und Range festlegen für Zielerreichung
	Verfügbarkeit morbiditätsbezogener Informationen zu den Netzwerkpatientinnen/-patienten	Struktur	Σ Zahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen/Σ alle Kriterien des entsprechenden Bewertungsbogens	Jährlich	Bewertungsbogen	↑
	Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Netzwerkpatientinnen/-patienten	Prozess	Σ Zahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen/Σ alle Kriterien des entsprechenden Bewertungsbogens	Jährlich	Bewertungsbogen	↑
Patientensteuerung	Zahl der verschiedenen konsultierten Ärztinnen/Ärzte je eingeschriebenen Netzwerkpatientinnen/-patienten	Struktur	Σ Anzahl der verschiedenen konsultierten Ärztinnen/Ärzte je Netzwerkpatientinnen/-patienten/Σ Anzahl der verschiedenen konsultierten Ärztinnen/Ärzte der Vergleichsgruppe im Bezugszeitraum (je Fachgruppe) <sup>223</sup>	Jährlich	FOKO/LEI CON	Evaluierten und Range festlegen um Patientinnen/Patienten mit Problemen und speziellen Hilfebedarf herausfinden zu können - Info an Case Ma-

<sup>223</sup> Aus dem Tool FOKO können jeweils nur die Arztkontakte der Versicherten des eigenen Trägers ausgewertet werden. Nehmen Versicherte Leistungen bei Ärztinnen/Ärzten in anderen Bundesländern wahr (Vertragspartner anderer Sozialversicherungsträger), so stehen diese Daten dem Versicherungsträger der Patientin/des Patienten im FOKO nicht zur Verfügung und können demnach bei einer Auswertung mittels FOKO nicht mitberücksichtigt werden. Sollen Daten bundesweit ausgewertet werden, bzw. Daten der GKK und der bundesweiten Träger gemeinsam für regionale Auswertungen verwendet werden, kann dies mittels LEICON durchgeführt werden.

						nagement
	Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Patientinnen/Patienten	Ergebnis	Σ Anzahl der Facharztkonsultationen mit Überweisung von der/dem patientenführenden Ärztin/Arzt des Netzwerkpatientinnen/-patienten/Σ Anzahl aller Facharztkonsultationen	Jährlich	FOKO-LEICON-Auswertung	↑
	Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten	Ergebnis	Σ Zahl der stationären Krankenhausaufnahmen für eingeschriebene Versicherte <sup>224</sup> /Σ Anzahl der eingeschriebenen Netzwerkpatientinnen/-patienten	Jährlich	FOKO/LEICON	Evaluieren und Range festlegen um Patientinnen/Patienten mit Problemen und speziellen Hilfebedarf herausfiltern zu können - Info an Case Management. Der Wert sollte sinken, da Aufnahmen auf Grund von Überforderung wegfallen sollten
	Zahl der Aufnahmen in stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen der eingeschriebenen Netzwerk-	Ergebnis	Σ Zahl der Aufnahmen in stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen für eingeschriebene Versicherte/Σ Anzahl aller eingeschriebenen Netzwerkpatientin-	Halbjährlich	Dokumentation Case Ma-	↓

<sup>224</sup> Es stehen im FOKO Daten zur Dauer des Aufenthalts sowie zur Entlassungsdiagnose zur Verfügung. Referenzwerte nach Altersgruppen gegliedert können Auswertungen aus BIG (Business intelligence im Gesundheitswesen) entnommen werden.

patientinnen/-patienten	patientinnen/-patienten	Ergebnis	nen/-patienten		nagement	
Anteil der angenommenen an den gesamt vermittelten Unterstützungsangeboten durch die Case Managerin/den Case Manager	Σ Anzahl in Anspruch genommene Unterstützungsangebote/Σ Anzahl der durch die Case Managerin/den Case Manager vermittelten bzw. empfohlenen Unterstützungsangeboten pro Patientin/Patient	Ergebnis	Halbjährlich	Dokumentation Case Management	↑	
Anzahl der Kontakte zur Case Managerin/zum Case Manager im Verhältnis zur Betreuungsdauer	Σ Anzahl der Kontakte zur Case Managerin/zum Case Manager/Betreuungsdauer in Wochen	Prozess	Halbjährlich	Dokumentation Case Management	Evaluieren und Range festlegen für Zielerreichung	
Anteil der aufsuchenden Kontakte im Verhältnis zur den Gesamtkontakten	Σ Anzahl der aufsuchenden Kontakte der Case Managerin/ des Case Managers pro Quartal / Σ Anzahl der Gesamtkontakte	Prozess	Halbjährlich	Dokumentation Case Management	Evaluieren und Range festlegen für Zielerreichung	

Tabelle 65 Qualitätsindikatoren

Die erste Auswertung der Indikatoren in der jeweiligen Umsetzungsregion (Bundeslandweit und pro Teilregion) dient als Basiswert. Dieser Basiswert soll im Rahmen des Qualitätsmanagements durch gezielte Maßnahmen kontinuierlich verbessert werden (also entsprechend gesteigert (↑) oder gesenkt (↓) werden). Einige Indikatoren beziehen sich auf einen Zielwert, hier soll ein Erreichen dieses Wertes angestrebt werden. Parameter, welche nicht eindeutig einem Qualitätsniveau zugeordnet werden können (z.B. Zahl der Fälle pro Case Managerin/Case Manager) sollen evaluiert und bewertet werden. Im Anschluss daran kann eine Qualitätsverbesserung eingeleitet werden.

Um diese Qualitätsindikatoren berechnen zu können, werden einerseits Routinedaten, Administrationsdaten und Dokumentationsdaten des Netzwerks eingesetzt und andererseits ein Bewertungsbogen (Bewertungen der Komponenten/Netzwerkarbeit) erstellt, welcher von den teilnehmenden Akteurinnen/Akteuren jährlich auszufüllen und an das Netzwerkmanagement zu übermitteln ist. Sofern es möglich ist, sollen diese Bewertungsbögen als Teil der Fragebogenerhebung im Rahmen der Evaluierung bzw. als Ergänzung zu dieser verteilt werden.

Inhalte des Bewertungsbogens/Befragungsbogens für Akteure:

Bewertungsbogen/Teilbereiche	Erhebungsintervall	Zielgruppe
Angabe der in der Organisation zum Zeitpunkt der Erhebung verfügbaren Informationsmaterialien. (Auswahl aus Liste - inkl. Anzahl)	Jährlich	Organisationen die gezielt Informationen weitergeben
Überprüfung, ob Patientinnen/Patienten auch tatsächlich nach Überweisung beim folgenden Gesundheitsdiensteanbieter ankommen.	Jährlich	Ärztinnen/Ärzte
Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell	Jährlich	Alle
Erfolgt die Versorgung nach den Vorgaben der medizinischen Leitlinie?	Jährlich	Ärztinnen/Ärzte
Kriterienkatalog für die Verfügbarkeit und die Nutzung der medizinischen/pflegerischen/sozialen Daten (Erhalt der Daten spätestens bei Patientenkontakt, Verwendung der Daten, etc.)	Jährlich	Relevante Akteurinnen/Akteure

Tabelle 66 Bewertungsbogenübersicht Akteurinnen/Akteure

Auch Angehörige bzw. Hauptbezugspersonen der Patientinnen/Patienten sollen zum Netzwerk befragt werden. Ein Bewertungsbogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit dem Netzwerk kann anderen Befragungen (Lebensqualität, Belastungssituation) beigefügt werden.

### 2.2.3. Qualitätsverbesserung

Um die Qualität des Netzwerks kontinuierlich zu verbessern, wird in einem ersten Schritt alle sechs Monate die Einhaltung der Qualitätskriterien überprüft. Bei Bedarf können so Maßnahmen zur Verbesserung gesetzt werden. Die Auswertung der Qualitätsindikatoren wird an die Erhebungen im Rahmen der formativen Evaluation gekoppelt, sofern für die Indikatoren Daten aus den Befragungen für die Evaluation benötigt werden. Qualitätsindikatoren, welche aus Routine- oder Administrationsdaten erhoben werden können, werden quartalsweise berechnet, um gegebenenfalls Maßnahmen sowohl zur Verbesserung der Qualität als auch zum Marketing setzen zu können.

Im Rahmen der formativen Evaluation werden Parameter erhoben und ausgewertet, welche den Aufbau und das Zusammenwirken der Komponenten des Projekts betreffen. Außerdem werden die Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge der Mitglieder sowie der Patientinnen/Patienten und Angehörigen erhoben. Diese Informationen dienen dem Netzwerkmanagement als Grundlage für die Initiierung von kontinuierlichen, bedarfsgerechten Programmanpassungen, welche auf eine Verbesserung der Qualität abzielen.

Darüber hinaus wird die Qualität durch die Ausrichtung an der Bundesqualitätsleitlinie Demenz sichergestellt. Diese Leitlinie enthält Angaben, die über den Bereich der medizinischen Leitlinie für die Integrierte Versorgung Demenzerkrankter hinausgehen, und Versorgungsbereiche außerhalb des Kompetenzbereichs der Sozialversicherung betreffen.<sup>225</sup>

Derzeit werden im Rahmen der Bundesqualitätsleitlinie keine Leitlinien für den nicht-medizinischen Bereich empfohlen. Eine Ausrichtung der pflegerischen und therapeutischen Versorgung von Demenzpatientinnen/Demenzpatienten ist jedoch wünschenswert. Es wird daher empfohlen, bei Vorliegen entsprechender Leitlinien, diese ebenfalls als Grundlage für eine qualitätsgesicherte Versorgung im Netzwerk heranzuziehen.<sup>226</sup>

<sup>225</sup> Protokoll der 4. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung, am 23.06.2010

<sup>226</sup> Protokoll der 4. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung, am 23.06.2010



## 3. EVALUATIONSKONZEPT

### 3.1. Ausgangssituation

Ziel des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist es, die Versorgung im niedergelassenen Bereich zu optimieren, sowie die Prozesse an den Nahtstellen zu den angrenzenden Bereichen zu definieren, dass sowohl ein längerer Verbleib in häuslicher Pflege der Betroffenen als auch eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden können.

Um dieses Projektziel evaluierbar zu machen, wurden daraus Teilziele abgeleitet (die Reihenfolge der Ziele ist anhand der Reihenfolge ihres Einflusses auf das Hauptziel aufbauend vorgenommen):

- Sensibilisierung der Bevölkerung für das Krankheitsbild Demenz
- Verbesserung der Früherkennung
- Optimierung der Versorgungsqualität
- Zeitgerechter Zugang zu Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Patientinnen/Patienten als auch für pflegende Angehörige
- Verbesserung an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen und leistungsebenenübergreifend durch
  - bessere Koordination,
  - ein Informations- und Datenmanagement
  - und die Einhaltung des Versorgungspfades
- Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen
- Verlängerung der Verbleibedauer der Demenzerkrankten im Wohnumfeld und eine daraus resultierende Reduzierung der Gesamtkosten der Versorgung

Diese Teilziele können, wie in folgender Grafik dargestellt, den Komponenten des Projekts zugeordnet werden:

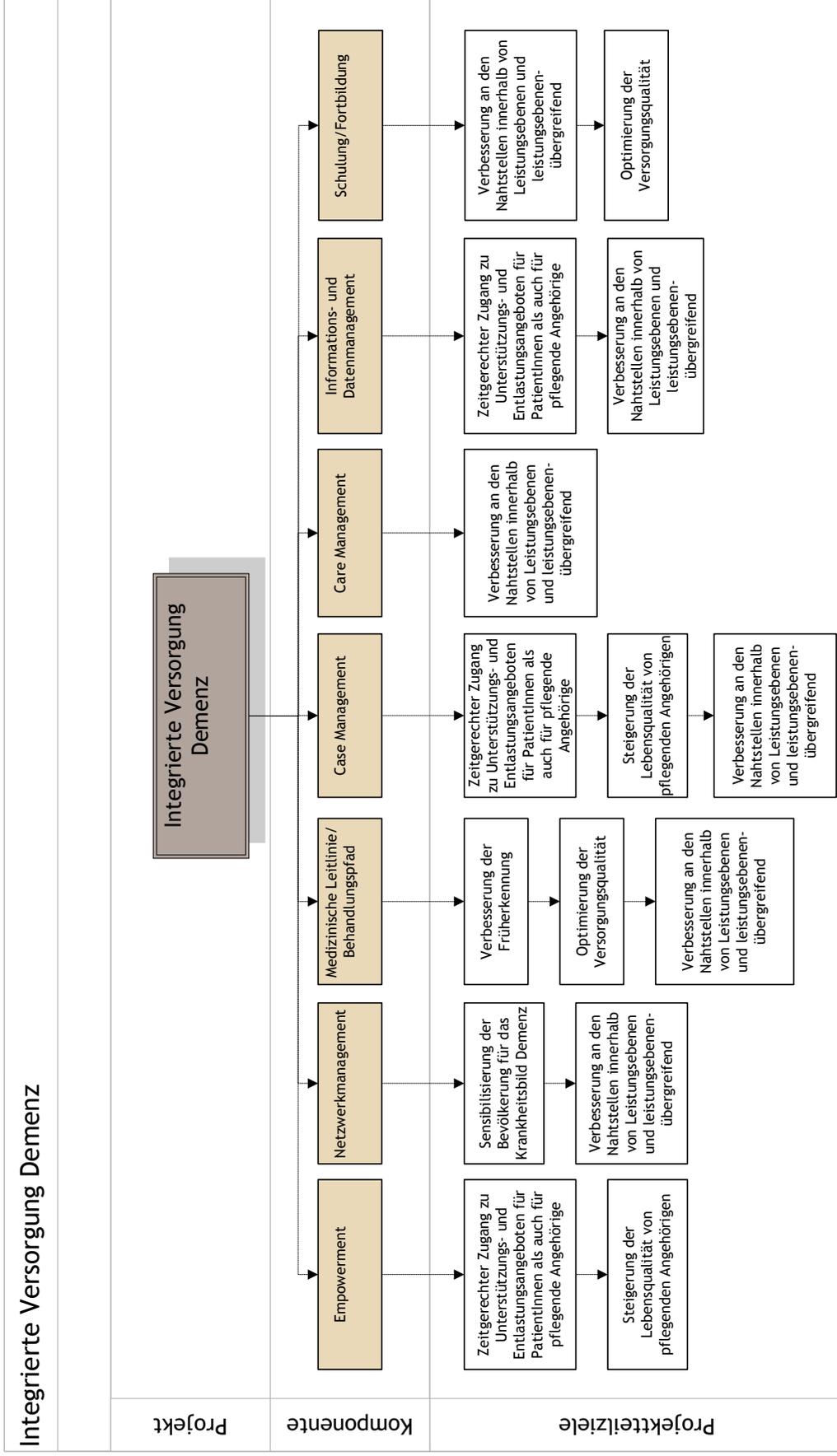


Abbildung 29 Zuteilung der Unterziele



Die Konzeption der Evaluation beruht auf den Ergebnissen der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement und Evaluierung. Um diese Ergebnisse in einen nachvollziehbaren Rahmen zu gießen, werden für die Erstellung des Evaluationskonzepts die Standards für Evaluation von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) herangezogen.<sup>227</sup>

## 3.2. Definition des Evaluationsproblems

### 3.2.1. Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen

Am Evaluationsvorhaben beteiligt sind die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement und Evaluierung, das Competence Center Integrierte Versorgung, die Krankenversicherungsträger sowie Ländervertretungen der umsetzenden Pilotregion und bei Bedarf externe Experten. Die Evaluation betrifft die Mitglieder von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“, die umsetzenden Sozialversicherungsträger und generell die Financiers des Projekts. Außerdem können die Ergebnisse in Forschung und Lehre eingesetzt werden und sind für Personen, welche direkt oder indirekt von Demenz betroffen sind (Patientinnen/Patienten -sofern sich diese noch nicht in einer Langzeitpflegeeinrichtung befinden - und deren Angehörige), Selbsthilfegruppen und Institutionen in der Demenzversorgung von Interesse.

Adressat	Informationsbedürfnis
Competence Center Integrierte Versorgung	Veränderungsbedarf, Wirkung, Stärken und Schwächen, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Qualitätssteigerungen in der Versorgung, Kosten
Krankenversicherungsträger der Umsetzungsregion, sowie am Umsetzungsprojekt beteiligte bundesweite Krankenversicherungsträger	Veränderungsbedarf, Wirkung, Stärken und Schwächen, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Qualitätssteigerungen in der Versorgung, Kosten
Andere Krankenversicherungsträger	Wirkung, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Kosten
Länder Umsetzungsregion	Veränderungsbedarf, Wirkung, Stärken und Schwächen, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Qualitätssteigerungen in der Versorgung, Kosten
Andere Länder	Wirkung, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Kosten
Forschung und Lehre	Wirkung, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Stärken und Schwächen, Qualitätssteigerungen in der Versorgung

<sup>227</sup> DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008)

Betroffene (mit einer milden Demenz und Angehörige)	Wirkung, Stärken und Schwächen, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Qualitätssteigerungen in der Versorgung
Selbsthilfegruppen	Wirkung, Stärken und Schwächen, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Qualitätssteigerungen in der Versorgung
Gesundheitsdienstleister (Mitglieder des Netzwerks)	Wirkung, Inanspruchnahme, Mitgliederzahlen, Zielerreichung, Stärken und Schwächen, Qualitätssteigerungen in der Versorgung

Tabelle 67 Informationsbedürfnis der Adressaten

Mit dem Begriff „Wirkung“ in der vorangegangenen Tabelle ist das Ergebnis hinsichtlich der angestrebten Verlängerung des Verbleibes der Demenzerkrankten im häuslichen Umfeld gemeint.

### 3.2.2. Klärung der Evaluationszwecke

Die Evaluation soll folgenden Zwecken dienen (die untenstehende Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in der Umsetzung der Evaluation)

- A. Bewertung des Implementierungsleitfadens zur Beurteilung der Umsetzbarkeit und Anwendbarkeit der vorgeschlagenen Prozesse

---

- B. Datengewinnung und Interpretation zur Projektanpassung - Informationsbereitstellung zur schrittweisen Gestaltung des Evaluationsgegenstandes: Optimierung des Konzepts bzw. von Prozessen im Projekt, etc.
- C. Bewertung der Teilkomponenten - im Bezug auf ihre Funktionsweise und ihren Beitrag zur Zielerreichung

---

- D. Dokumentation und Auswertung der Kostenverteilung als Argumentationsgrundlage für die Überführung in eine Regelfinanzierung
- E. Erhebung und Interpretation der Inanspruchnahme des Netzwerkes und Mitgliederzahlen
- F. Überprüfung der Zielerreichung - es sollen Informationen bereit gestellt werden, die geeignet sind, einer grundlegenden Entscheidung zum Evaluationsgegenstand Orientierung zu geben, z.B. Weiterführung, Ausweitung oder Einstellung des Programms
- G. Zufriedenheit der Mitglieder, Patientinnen/Patienten und Angehörigen soll ermittelt werden

### 3.2.3. Nutzung und Nutzen der Evaluation

Die Evaluation wird, wie bereits im Abschnitt Qualitätsmanagement dargestellt, als Datengrundlage für das Qualitätsmanagement dienen. Außerdem werden die gewonnenen Daten als Basis für weitere Entwicklungen im Bereich der Integrierten Versorgung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen sowie die Anpassung des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ herangezogen.

### 3.2.4. Beschreibung des Evaluationsgegenstandes

Der Aufbau des Projekts sowie die Ausgestaltung der Einzelkomponenten können der Netzwerkbeschreibung, sowie den Konzepten der Einzelkomponenten entnommen werden. Die Wirkung der einzelnen Bestandteile des Projekts wird in den nachfolgenden Grafiken dargestellt:

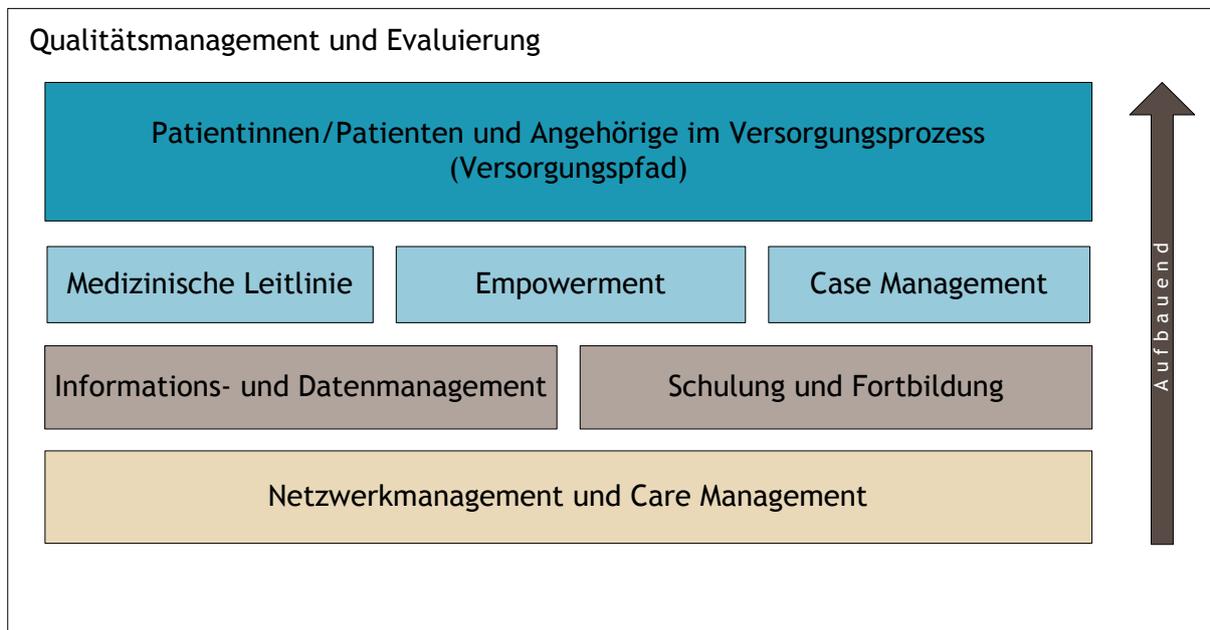


Abbildung 30 Aufbauende Wirkung der Projektkomponenten

In Abbildung 30 zeigt sich der hierarchische Aufbau der Komponenten, wobei das Netzwerkmanagement mit dem Care Management die organisatorische Basis darstellt und die einzelnen Komponenten auf die Optimierung der Versorgung der Patientin/des Patienten mit den Angehörigen bzw. Bezugspersonen im Versorgungspfad abzielen.

Die folgende Grafik zeigt, in welcher Weise die Komponenten zur Zielerreichung beitragen.

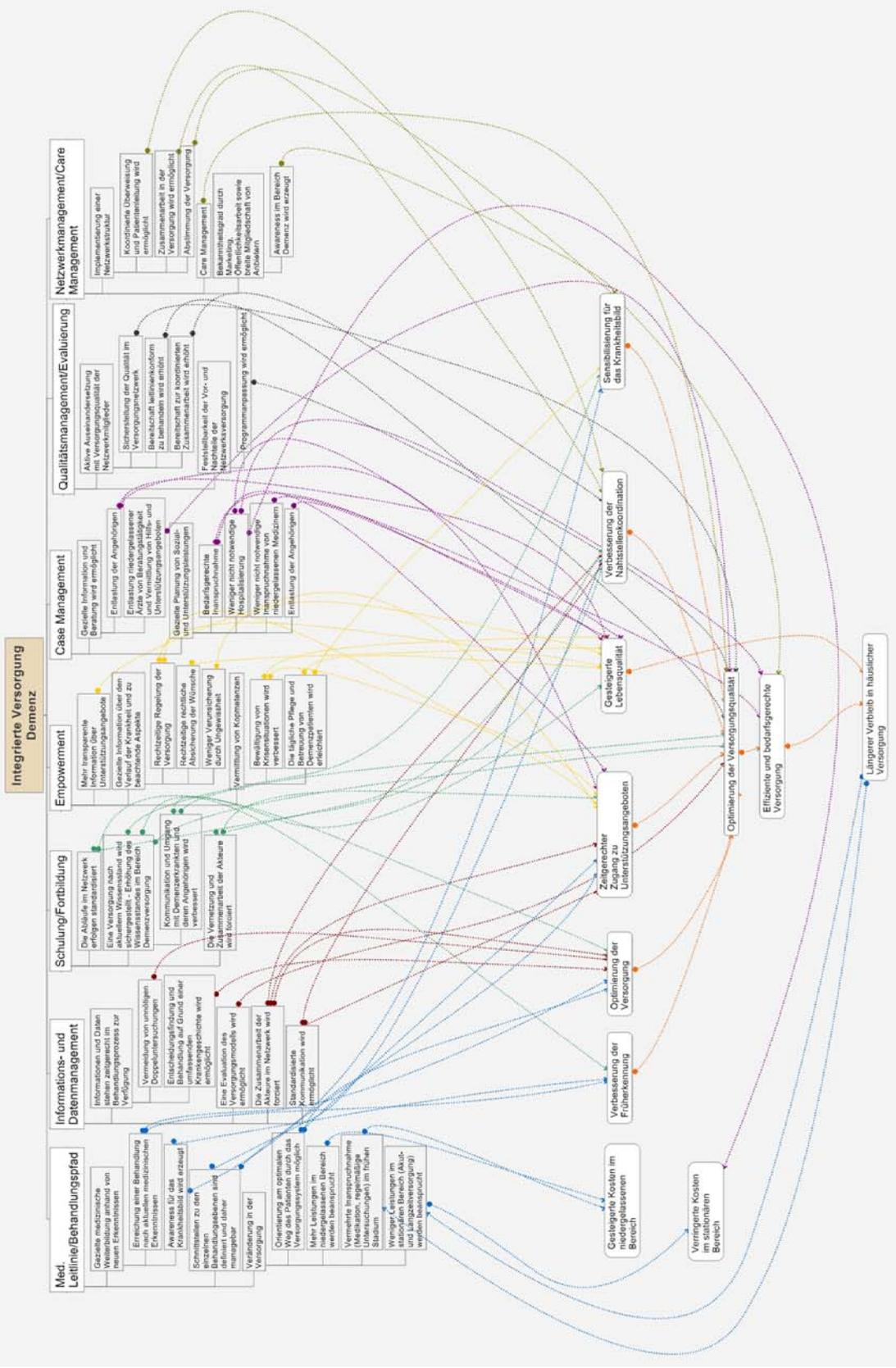


Abbildung 31 Wirkungszusammenhänge der Komponenten

## 3.3. Planung der Evaluation

### 3.3.1. Evaluationsfragestellungen

Basierend auf den Evaluationszwecken bzw. auf den Zielsetzungen des Projekts können folgende Evaluationsfragestellungen formuliert werden:

Forschungsfragen (Gliederung nach Evaluationszwecken)

A Bewertung des Implementierungsleitfadens zur Beurteilung der Umsetzbarkeit und Anwendbarkeit der vorgeschlagenen Prozesse

- Deckt der Implementierungsleitfaden alle Hauptbereiche der Einführungs- und Umsetzungsphase ab?
- Sind die Implementierungsschritte vollständig dargestellt?
- Sind die Implementierungsschritte umsetzbar?

B Datengewinnung und Interpretation zur Projektanpassung - Informationsbereitstellung zur schrittweisen Gestaltung des Evaluationsgegenstandes: Optimierung des Konzepts, von Prozessen im Projekt, etc.

Komponente Empowerment

- In welchem Ausmaß werden Informationsmaterialien und Beratungsangebote angenommen?
- Nehmen Angehörige an empfohlenen und/oder vermittelten Angeboten von Gesundheits- und Sozialdienstleistern teil?

Komponente Care Management/Netzwerkmanagement:

- Sind ausreichend Vertreter aller relevanten Gesundheitsdienstleister im Netzwerk (in allen Teilnetzwerken) eingeschrieben? (nach sechs Monaten, einem Jahr, eineinhalb Jahren, zwei Jahren);
- Welcher Anteil an Demenzpatientinnen/-patienten pro Region wird im Netzwerk versorgt?

Komponente Case Management:

- Wie verteilt sich die Arbeitszeit einer Case Managerin/eines Case Managers auf die einzelnen Arbeiten?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Case Managerinnen/Case Manager und patientenführenden Ärztinnen/Ärzten?
- Konnte das Case Management zeitgerecht seine Tätigkeit aufnehmen?

- Wie gestaltet sich die Vermittlung von als notwendig identifizierten Unterstützungsleistungen durch das Case Management?
- Wie viele Fälle kann eine Case Managerin/ein Case Manager betreuen?

#### Medizinische Leitlinie/Versorgungspfad:

- Sind die Versorgungspfade in der Praxis umsetzbar?

#### Informations- und Datenmanagement:

- Ist das Informations- und Datenmanagementtool anwenderorientiert/anwendungsorientiert?

#### Schulung/Fortbildung:

- In wie weit sind die potentiellen Netzwerkpartner mit den Inhalten und der Gestaltung des E-learning-Tools zu frieden?
- In wie weit sind die potentiellen Netzwerkpartner mit den Inhalten und der Gestaltung der Präsenzsulung zufrieden?
- In welchem Ausmaß haben die Schulungsinhalte Praxisrelevanz?
- Wurden die Fortbildungsanforderungen von den Mitgliedern erfüllt (im 1. Jahr, im 2. Jahr)?

#### C Bewertung der Teilkomponenten - im Bezug auf ihre Funktionsweise und Beitrag zur Zielerreichung

##### Komponente Empowerment:

- Können durch die Komponente Empowerment Belastungen der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten verringert werden?
- Welchen Einfluss hat die Komponente Empowerment auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen bzw. der Betroffenen, falls keine Angehörigen vorhanden sind und eine Befragung möglich ist?
- Werden Unterstützungs- und Entlastungsangebote bzw. Schulungsangebote zeitgerecht in Anspruch genommen?

##### Komponente Care Management/Netzwerkmanagement:

- Werden die definierten Prozesse an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen bzw. leistungsebenenübergreifend eingehalten?
- Wie verändert sich die Awareness im Bezug auf das Thema Demenz während des Pilotprojekts in der Bevölkerung? (evtl. nicht durchführbar)

##### Komponente Case Management:

- Können durch die Komponente Case Management Belastungen der Angehörigen von De-

menzerkrankten verringert werden?

- Welchen Einfluss hat die Unterstützung der Case Managerin/des Case Managers auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen bzw. der Betroffenen, falls keine Angehörigen vorhanden sind und eine Befragung möglich ist?
- Konnten, und wenn ja in wie fern, die Prozesse an den Nahtstellen durch die Tätigkeit der Case Managerin/des Case Managers verbessert werden?
- In wie weit konnten durch die Tätigkeit des Case Managements die Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigen befriedigt werden?

Komponente medizinische Leitlinie/Versorgungspfad:

- Zeigen sich Veränderungen bei der Verschreibung von Antidementiva im Vergleich zur Regelversorgung?
- Nehmen Patientinnen/Patienten die laut Leitlinien nötigen Untersuchungen/Facharztkontrollen in Anspruch?
- Wurde eine Diagnose im frühen Stadium der Erkrankung gestellt?
- Werden Informationen an Patientinnen/Patienten, Angehörige und Netzwerkpartner weiter gegeben?
- Werden die Prozesse an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen und leistungsebenenübergreifend eingehalten?

Informations- und Datenmanagement:

- Wie funktioniert die Informations- und Datenweitergabe an den Nahtstellen?

Schulung/Fortbildung:

- Wird durch die Komponente Schulung eine Steigerung des Wissens um eine optimale Versorgung erreicht?

D Dokumentation und Auswertung der Kostenverteilung als Argumentationsgrundlage für die Überführung in eine Regelfinanzierung

- Welche Projektkosten werden von der Sozialversicherung getragen?
- Welche Projektkosten werden von den Ländern getragen?
- Welche Kosten fallen für Krankenhausleistungen an?
- Welche Kosten fallen für Case und Care Management an?
- Welches Einsparungspotential bieten verzögerte Institutionalisierungen?
- Wie stellen sich die Kosten im Vergleich zur Regelversorgung bei Medikation, Transport, Labor, Arztkosten, Krankenhauskosten dar?

## E Erhebung und Interpretation der Inanspruchnahme- und Mitgliederzahlen

- Wie gestaltet sich die Anbieterstruktur des Netzwerks?
- Wie wird das Netzwerk in Anspruch genommen?

## F Überprüfung der Zielerreichung - Informationsbereitstellung um einer grundlegenden Entscheidung zum Evaluationsgegenstand Orientierung geben zu können

- Ist die Versorgung im Netzwerk effizient?
- Ist die Versorgung bedarfsgerecht?
- Wird ein möglichst langer Verbleib in häuslicher Pflege ermöglicht?

## G Zufriedenheit

- Zufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) mit der Netzwerkmitgliedschaft/dem Netzwerk?
- Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, sofern keine Angehörigen vorhanden sind
- Zufriedenheit der Angehörigen oder anderer informeller Hauptbetreuungspersonen, sofern vorhanden

In den Kapiteln 3.4 und 3.5 werden die Fragestellungen konkretisiert, Ausprägungen und Messgrößen dargestellt sowie ein Überblick über die Herangehensweise zur Beantwortung der Fragestellungen gegeben.

### 3.3.2. Vorgehensweise

Es ist davon auszugehen, dass aussagekräftige Ergebnisse in Bezug auf die Versorgungsqualität und Verhinderung einer Institutionalisierung erst nach längerer Projektlaufzeit zur Verfügung stehen können. Grund dafür sind Dauer und Verlauf der Erkrankung. Erfahrungen aus Deutschland lassen zudem darauf schließen, dass zu Projektbeginn vermehrt Personen im mittleren und schweren Stadium im Netzwerk betreut werden.<sup>228 229</sup> Da das Projektkonzept die frühzeitige Entlastung der Angehörigen durch Beratung, Case Management und Empowerment vorsieht, ist bei Patientinnen/Patienten im fortgeschrittenen Stadium mit einer geringeren Verlängerung der Verbleibedauer im häuslichen Umfeld zu rechnen. Auch der Nachweis einer effizienten und bedarfsgerechten Versorgung ist in kurzen Zeiträumen schwer möglich, da hier möglichst die gesamte Krankheitsdauer betrachtet werden sollte.

<sup>228</sup> Schäfer-Walkmann, Deterding, Nißl-Gambihler & Krause (2009).

<sup>229</sup> Erfahrungsaustausch (23.11.2009)

Aus diesen Gründen sprach sich die Expertengruppe für die Aufteilung der Evaluation in eine formative und eine summative Evaluation aus.<sup>230</sup>

Vor Projektstart soll eine Basiserhebung durchgeführt werden. Diese Basiserhebung dient als Referenzwert und um die Ausgangssituation adäquat abbilden zu können. Während der Pilotphase wird eine formative Evaluation durchgeführt. Diese wird kurzfristig angelegt und pro Komponente separat durchgeführt. Die Ergebnisse der formativen Evaluation fließen, sofern sie die Zielerreichung beleuchten, als Teilergebnisse in die summative Evaluation ein.

Die Ergebnisse nach der Pilotphase (bzw. jeweils alle weiteren zwei oder drei Jahre je nach Projektlaufzeit) werden mittels summativer Evaluation dargestellt. Die summative Evaluation ist langfristig ausgelegt und zielt darauf ab, Ergebnisse auf Wirkungsebene zu beschreiben.

Nachfolgend werden die Forschungsfragen mit ihren Messgrößen/Ausprägungen, der geplanten möglichen Herangehensweisen sowie einer Bewertung nach Machbarkeit (leicht, mittel, schwer) und Priorität (Schulnotensystem 1-5) dargestellt. Nur jene Fragestellungen, die eine Bewertung von leicht 1,2,3, mittel 1,2 oder schwer 1 haben, sind jedenfalls in den umsetzenden Pilotregionen im Rahmen der Evaluation zu beantworten und in einem Evaluationsbericht darzustellen. Die weiteren Fragestellungen können beantwortet werden, es ist aber mit größerem Aufwand bei der Bearbeitung beziehungsweise weniger Aussagekraft der Ergebnisse zu rechnen.

Kernevaluation - Beantwortung der Fragestellungen in allen Pilotregionen	
Bewertung nach Machbarkeit	Bewertung der Priorität
Leicht	1, 2, 3
Mittel	1, 2
Schwer	1

Tabelle 68 Bewertung der Fragestellungen für Kernevaluation

### 3.4. Formative Prozess- und Ergebnisevaluation - kurzfristig angelegt

Der Begriff formative Evaluation bezeichnet eine Evaluation während der Entwicklung eines Projektes.<sup>231</sup> Mit der formativen Prozess- und Ergebnisevaluation sollen sowohl der Implementierungsleitfaden vorab, als auch die Komponenten des Projekts in der Pilotphase bewertet werden. Es ist davon auszugehen, dass sich eine positive Auswirkung des Projekts

<sup>230</sup> 2. Arbeitsgruppensitzung Qualitätsmanagement und Evaluierung am 10.12.2009

<sup>231</sup> Haisch et al. (1999). S. 129

auf die Versorgung nicht sofort zu Projektbeginn sondern erst nach und nach zeigen wird. Daher sollen die Teilkomponenten auf Prozess- und Ergebnisebene evaluiert werden. Diese Ergebnisse sollen im Anschluss in eine summative Evaluation einfließen.

Die zu evaluierenden Teilkomponenten sind:

- Medizinische Leitlinie/Versorgungspfad
- Informations- und Datenmanagement
- Schulung/Fortbildung
- Empowerment
- Case Management
- Care Management und Netzwerkmanagement

Die Erhebung und Auswertung der Daten für die formative Evaluation wird während der Pilotprojektphase, abhängig vom zu untersuchenden Aspekt auch weniger häufig, nach sechs, zwölf, 18 und/oder 24. Monaten durchgeführt, um rechtzeitige Anpassungen im Projektkonzept vornehmen zu können bzw. auch die Organisationsentwicklung des Netzwerks über den Pilotzeitraum darstellen zu können. Um eine Vollständigkeit der Daten gewährleisten zu können, sind in wenigen Teilbereichen auch Erhebungen nach bereits einem Monat vorgesehen (siehe Aufstellungen in den folgenden Kapiteln).

Die formative Evaluation soll im Rahmen der beschriebenen Bereiche jeweils die nötigen Programmänderungen aus Sicht der Betroffenen bzw. der Leistungsanbieter erheben und entsprechend darstellen. Die Ergebnisse dienen der Verbesserung des Programms.

### 3.4.1. Formative Evaluierung Implementierungsleitfaden

Legende:

L = leicht (Auswertungen aus Routinedaten, einfache Befragungen im Netzwerk, einfache Auswertungen aus Administrationsdaten), M = mittel (Befragungen im Netzwerk zu komplexen Bereichen, komplexere Auswertungen aus Administrationsdaten), S = schwer (Auswertungen mit mehreren Parametern, Befragungen außerhalb des Netzwerks, schwer erfassbare Parameter); Priorität im Bezug auf Zielerreichung 1 = sehr hoch, 2 = hoch, 3 = mäßig, 4 = gering, 5 = sehr gering

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
A	Deckt der Implementierungsleitfaden alle Hauptbereiche der Einführungs- und Umsetzungsphase ab?	Vollständigkeit/Umfang	Expertenbewertung	M	2
	Sind die Implementierungsschritte vollständig dargestellt?	Vollständigkeit/Prozessablauf	Expertenbewertung	M	2
	Sind die Implementierungsschritte umsetzbar?	Machbarkeit	Expertenbewertung	M	1

Tabelle 69 Formative Evaluierung Implementierungsleitfaden

### 3.4.2. Formative Evaluierung Medizinische Leitlinie/Versorgungspfad

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	Sind die Versorgungspfade in der Praxis umsetzbar?	Anwendbarkeit (fachlich und organisatorisch), Integrierbarkeit in den Praxisalltag, Betrachtung der Lösungsansätze in der Praxis im Sinne von „Erfolgsmustern“	Befragung der GDA im Netzwerk Evaluierung und Bewertung der Strukturen im Hintergrund	M	2
C	Zeigen sich Veränderungen bei der Verschreibung von Antidementiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderung bei Einmalverordnungen</li> <li>Anzahl der Personen mit Antidementivverordnung in der Umsetzungsregion</li> <li>Decken Verordnungen den Jahresbedarf ab?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertungen aus FOKO/LEICON - Vergleich mit Ausgangswert/Daten vor der Netzwerkversorgung</li> <li>Auswertung aus FOKO/LEICON, Dokumentation während der Projektlaufzeit sowie vorher/nachher Vergleiche</li> </ul>	L	2
	Nehmen Patientinnen/Patienten die laut Leitlinien nötigen Untersuchungen/Facharztkontrollen in Anspruch?	Abrechnungsdaten von Fachärztinnen/Fachärzten für Neurologie und/oder Psychiatrie	Abrechnungsdaten aus FOKO/LEICON und Dokumentation (MMSE Wert), Vergleich mit Anforderungen aus der medizinischen Leitlinie, Ver-	L	3

			gleich mit Kontrollgruppe	S	3
Wurde eine Diagnose im frühen Stadium der Erkrankung gestellt?	MMSE-Wert zum Diagnosezeitpunkt	Auswertung der Dokumentation (evtl. Studie vergeben, die eine Vergleichsgruppe aus nicht im Projekt betreuten Personen untersucht)			
Werden Informationen an Patientinnen/Patienten, Angehörige und Netzwerkpartner weitergegeben?	Vergleich von Ist-Wert mit Anforderungen aus der medizinischer Leitlinie/dem Versorgungspfad bzw. dem Informations- und Datenmanagementkonzept	Befragung der Angehörigen	S		4
Werden die Prozesse an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen und leistungsebenenübergreifend eingehalten?	Vergleich des Ist-Stands mit den Anforderungen aus der medizinischen Leitlinie/Versorgungspfad (finden Überweisungen und Weiterleitungen zu anderen GDA statt?)	Vergleich Bewertungsbogen („Versorgung anhand medizinischer Leitlinie“) mit medizinischer Leitlinie und Versorgungspfad	M		1

Tabelle 70 Formative Evaluierung der medizinischen Leitlinie

### 3.4.3. Formative Evaluierung Informations- und Datenmanagement

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	Ist das Informations- und Datenmanagementtool anwenderorientiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind die Anwender damit zufrieden?</li> <li>• Haben Case Managerinnen/Case Manager Zugriff (funktioniert der Zugriff)?</li> <li>• Haben alle medizinischen Dienstleister Zugriff (funktioniert der Zugriff)?</li> </ul>	Zufriedenheitsbefragung der Anwender, Befragung der Anwender, ob Zugriff funktioniert	M M M	2 2 2
C	Wie funktioniert die Informations- und Datenweitergabe an den Nahtstellen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werden Informationen (z.B. über Angebote, vorhandene Pflegedienstanbieter der Patientin/des Patienten) an den Nahtstellen weitergegeben?</li> <li>• Stehen die Daten der Patientinnen/Patienten zeitgerecht (zum Zeitpunkt des Patientenkontakts) zur Verfügung?</li> </ul>	Auswertungen der Bewertungsbögen	M M	1 1

Tabelle 71 Formative Evaluierung des Informations- und Datenmanagements

### 3.4.4. Formative Evaluierung Schulung/Fortbildung

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	In wie weit sind die potentiellen Netzwerkpartner mit den Inhalten und der Gestaltung des E-learning-Tools zufrieden?	Inhalt, Aufbereitung, Handhabung, Lernerfolg	Auswertung des Feedbackboogens Teil 1	L	2
	In wie weit sind die potentiellen Netzwerkpartner mit den Inhalten und der Gestaltung der Präsenzschulung zufrieden?	Inhalt, Aufbereitung, Gestaltung, Organisation, Lernerfolg, Beitrag zur Vernetzung	Auswertung des Feedbackboogens Teil 2	L	2
	In welchem Ausmaß haben die Schulungsinhalte Praxisrelevanz?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendbarkeit</li> <li>• Welche Inhalte sollten zusätzlich angeboten werden, welche sollten nicht vermittelt werden?</li> </ul>	Auswertung des Feedbackboogens Teil 3	L	1
	Wurden die Fortbildungsanforderungen von den Mitgliedern erfüllt (im ersten Jahr, im zweiten Jahr)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil der Netzwerkpartner, welche alle Anforderungen erfüllt haben</li> <li>• Welche Anforderungen wurden erfüllt</li> </ul>	Auswertung aus der Dokumentation des Netzwerkmanagements	M	3

			Welche Anforderungen wurden nicht erfüllt		
C	Wird durch die Komponente Schulung eine Steigerung des Wissens um eine optimale Versorgung erreicht?	Wie hoch ist der erreichte Prozentsatz bei der Überprüfung des Wissens der Gesundheitsdiensteanbieter nach Absolvierung des E-learning-Tools?	Auswertung der abschließenden Befragung nach der Schulung im Rahmen des Feedbackbogens	M	2

Tabelle 72 Formative Evaluierung Schulung/Fortbildung

### 3.4.5. Formative Evaluierung Empowerment

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	In welchem Ausmaß werden Informationsmaterialien und Beratungsangebote angenommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der durch Netzwerkmitglieder weitergegebenen Informationsmaterialien/Anzahl der Netzwerkpatientinnen/-patienten,</li> <li>Anzahl der Beratungen /Patientin/Patient, Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung aus Dokumentationen des Netzwerkmanagements - Zahl der verbrauchten Informationsmaterialien durch die Zahl der eingeschriebenen Patientinnen /Patienten</li> <li>Anzahl der Beratungen aller Case Managerinnen/Case Manager/Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten</li> </ul>	L	5
				L	2

<p>Nehmen Angehörige an Empowerment-Angeboten (wie z.B. Schulungen, Selbsthilfegruppen, Informationsmaterialien, etc.) von Anbietern im bzw. außerhalb des Netzwerks teil?</p> <p>Sind Patientinnen/Patienten und Angehörige mit den Informationsmaterialien zufrieden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Teilnehmer aus dem Netzwerk - Aussage über Attraktivität bzw. Akzeptanz des Angebots (ev. Anzahl der Teilnehmer auf Empfehlung / Summe der ausgesprochenen Empfehlungen - Dokumentation der Case Manager)</li> <li>• Grund für Nicht-Inanspruchnahme von empfohlenen Angeboten?</li> <li>• Zufriedenheitsbefragung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befragung Angehörige bzw. Auswertung der Dokumentation der Case Managerinnen/Case Manager</li> <li>• Befragung der Angehörigen bzw. bei Möglichkeit der Patientinnen/Patienten, sofern sie noch befragt werden können</li> </ul>	<p>S</p> <p>S</p> <p>M</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>C</p> <p>Können durch die Komponente Empowerment Belastungen der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten verringert werden?</p>	<p>Veränderung des Belastungswertes (Netzwerkbeitritt, zwölf Monate danach, 24 Monate danach) - Vergleich Angehörige mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Information</li> <li>• Beratung und Schulungen, Kurse, Anleitung, Seminare, etc.</li> <li>• Beratung und Unterstützungsangebote (mobile Dienste z.B. Essen auf Rädern, mobile Pflege, etc.)</li> <li>• Beratung und Case Management (wird nicht hier ausgewertet sondern im Rahmen der formativen Evaluation von Case Management)</li> <li>• Beratung und Kombination von</li> </ul>	<p>Erhebung Belastungssituation - standardisiertes Instrument (Häusliche Pflege Skala) und Auswertung gegliedert nach den links dargestellten Kategorien</p>	<p>S</p>	<p>2</p>

	<p>Welchen Einfluss hat die Komponente Empowerment auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen bzw. der Betroffenen, falls keine Angehörigen vorhanden sind und eine Befragung möglich ist?</p>	<p><b>Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Außer grundlegende Beratung keine weiteren Angebote</li> <li>• Veränderung der Lebensqualität (Netzwerkbeitritt, zwölf Monate danach, 24 Monate danach) - Vergleich Angehörige mit:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Information</li> <li>• Beratung und Schulungen, Kurse, Anleitung, Seminare, etc.</li> <li>• Beratung und Unterstützungsangebote (mobile Dienste z.B. Essen auf Rädern, mobile Pflege, etc.)</li> <li>• Beratung und Case Management (wird nicht hier ausgewertet sondern im Rahmen der formativen Evaluation von Case Management)</li> <li>• Beratung und Kombination von Maßnahmen</li> </ul> </li> <li>• Außer grundlegende Beratung keine weiteren Angebote</li> </ul>	<p>Erhebung der Lebensqualität mittels standardisiertem Instrument und Auswertung gliedert nach den links dargestellten Kategorien</p>	<p>S</p> <p>2</p>
--	---	--	--	-------------------

Tabelle 73 Formative Evaluierung des Empowerments

### 3.4.6. Formative Evaluierung Case Management

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	Wie verteilt sich die Arbeitszeit einer Case Managerin/eines Case Managers auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche?	Wegzeiten, Case Management, Beratung, Care Management Aufgaben, Fortbildung, Qualitätszirkel, Dokumentation	Minutengenaue Dokumentation der Zeiten für Anfahrt, Beratung, Case Management, Beratung, Fortbildung, Qualitätszirkel, Dokumentation jeweils für zwei Wochen (im ersten Monat der Pilotprojektphase, sechs, zwölf, 18, 24 Monate nach Projektstart)	S	1
	Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Case Managerinnen/Case Manager und patientenführenden Ärztinnen/Ärzten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit von Besprechungen (persönlich/telefonisch), Häufigkeit von gemeinsamen Qualitätszirkeln</li> <li>• Welche Probleme treten auf?</li> <li>• Welche Aspekte funktionieren gut?</li> </ul>	Auswertung aus der Dokumentation des Case Managements bzw. Befragung	M	2
	Konnte das Case Management zeitgerecht seine Tätigkeit aufnehmen?	Haben Kontaktaufnahme und Intakephase innerhalb der im Case Managementkonzept festgelegten Frist stattgefunden?	Auswertung aus Dokumentation des Case Managements	L	1

	<p>Wie gestaltet sich die Vermittlung von als notwendig identifizierten Unterstützungsleistungen durch das Case Management?</p> <p>Wie viele Fälle kann eine Case Managerin/ein Case Manager betreuen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfolg der Vermittlung</li> <li>• Zeitspanne zwischen Bedarfsidentifizierung und tatsächlich erfolgter Vermittlung von Unterstützungsangeboten</li> <li>• Konnte eine Leistung im Netzwerk vermittelt werden oder mussten Leistungen aus der Regelversorgung hinzugezogen werden?</li> </ul> <p>Wie viele Beratungsfälle?</p> <p>Wie viele Case Managementfälle aktiv?</p> <p>Wie viele Case Managementfälle ruhend?</p>	<p>Auswertung aus Dokumentation des Case Managements</p> <p>M</p> <p>4</p>
C	<p>Können durch die Komponente Case Management Belastungen der Angehörigen von Demenz-erkrankten verringert werden?</p>	<p>Veränderungen der Belastungssituation. Erhebung zu Netzwerkbeitritt sowie zwölf und 24 Monate danach. Auswertung der Ergebnisse - Vergleich Angehörige mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Case Management</li> <li>• Folgende Punkte werden für die Komponente Empowerment ausgewertet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Information</li> <li>• Beratung und Schulungen, Kurse, Anleitung, Seminare, etc.</li> <li>• Beratung und Unterstützungsangebote</li> </ul> </li> </ul>	<p>Erhebung der Fallzahlen im Rahmen von regelmäßigen Informationsübermittlungen und Bewertung, Vergleich der Fallzahlen mit Stundenaufzeichnungen, Bewertung der Machbarkeit</p> <p>M</p> <p>2</p> <p>Erhebung Belastungssituation - standardisiertes Instrument (z.B. Häusliche Pflege Skala) und Auswertung gegliedert nach den links dargestellten Kategorien</p> <p>S</p> <p>2</p>

	<p>Welchen Einfluss hat die Komponente Case Management auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen bzw. der Betroffenen, falls keine Angehörigen vorhanden sind und eine Befragung möglich ist?</p>	<p>(mobile Dienste z.B. Essen auf Rädern, mobile Pflege, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Kombination von Maßnahmen</li> <li>• Außer grundlegende Beratung keine weiteren Angebote</li> </ul> <p>Veränderungen der Lebensqualität. Erhebung zu Netzwerkbeitritt sowie zwölf und 24 Monate danach. Auswertung der Ergebnisse - Vergleich Angehörige mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Case Management</li> <li>• Folgende Punkte werden für die Komponente Empowerment ausgewertet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Information</li> <li>• Beratung und Schulungen, Kurse, Anleitung, Seminare, etc.</li> <li>• Beratung und Unterstützungsangebote (mobile Dienste z.B. Essen auf Rädern, mobile Pflege, etc.)</li> <li>• Beratung und Kombination von Maßnahmen</li> <li>• Außer grundlegende Beratung keine weiteren Angebote</li> </ul> </li> </ul>	<p>Erhebung der Lebensqualität mittels standardisiertem Instrument und Auswertung gegliedert nach den links dargestellten Kategorien</p>	<p>S</p> <p>2</p>
--	---	--	--	-------------------

<p>Konnten, und wenn ja in wie fern, die Prozesse an den Nahtstellen durch die Tätigkeit der Case Managerin/des Case Managers verbessert werden?</p>	<p>Informationsweitergabe, Vermittlungstätigkeit</p>	<p>Auswertung der Befragung der Nahtstellenpartner nach zwölf und 24 Monaten</p>	<p>M</p>	<p>3</p>
<p>In wie weit entspricht die Tätigkeit der Case Managerin/des Case Managers den Bedürfnissen der Patientinnen und Angehörigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedürfnisabdeckung</li> <li>• Zufriedenheit mit dem Case Management</li> <li>• Auswertung der Fallevaulation Zielerreichungsgrad Metaziel, Zielerreichungsgrad weiterer Ziele?</li> <li>• Wie viele Patientinnen/Patienten wurden informiert bzw. beraten?</li> <li>• Wie viele Patientinnen/Patienten wurden in das Case Management Programm aufgenommen und unterscheiden sich aufgenommene von nicht aufgenommenen? (z.B. Schweregrad der Erkrankung, familiäre Situation etc)</li> </ul>	<p>Dokumentationsauswertung anhand der definierten Messgrößen, Auswertungen aus der Administrationssoftware und dem Datenmanagementsystem</p> <p>Befragung der Angehörigen</p>	<p>M</p>	<p>1</p>

Tabelle 74 Formative Evaluierung des Case Managements

### 3.4.7. Formative Evaluierung Care Management/Netzwerkmanagement

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
B	Sind ausreichend Vertreter aller relevanten Gesundheitsdienstleister im Netzwerk (in allen Teilnetzwerken) eingeschrieben? (nach sechs Monaten, einem Jahr, eineinhalb Jahren, zwei Jahren);  Welcher Anteil an Demenzzpatientinnen/-patienten pro Region wird im Netzwerk versorgt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewertung anhand der definierten Qualitätskriterien</li> <li>Sind jene Leistungen im Netzwerk, die dem Bedarf (erhoben durch das Case Management) entsprechen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung der Mitgliederzahlen inkl. Berufsgruppen</li> <li>Gegenüberstellung Bedarf und Leistungsspektrum</li> </ul>	L  M  M	1  2  1
C	Werden die definierten Prozesse an den Nahtstellen innerhalb von Leistungsebenen bzw. Leistungsebenenübergreifend eingehalten oder gibt es andere Lösungen?  Wie verändert sich die Awareness im Bezug auf das Thema	<p>Funktionieren der Informationsübermittlung, Datenübermittlung (aus organisatorischer Sicht), Zusammenarbeit, Überweisungsverhalten, Terminabstimmung (Werte aus Leitlinie)</p> <p>Veränderung gegenüber Basiswert</p>	<p>Befragung der Nahtstellenpartner zu diesen Parametern bzw. Auswertungen aus FOKO/LEICON</p> <p>Befragung der Bevölkerung in der Umsetzungsregion: Basis-</p>	S  S	1  4

<p>Demenz währen des Pilotprojekts in der Bevölkerung? (evtl. nicht durchführbar)</p> <p>Attraktivität des Netzwerks für Leistungserbringer</p>	<p>Bewertung der Mitgliederzahlen, Aktivitäts-/Inaktivitatsrate, Drop-Out-Rate</p>	<p>erhebung, nach zwölf Monaten, nach 24 Monaten</p> <p>Auswertungen aus Administrationssoftware</p>	<p>1</p>
--	--	---	----------

Tabelle 75 Formative Evaluierung des Netzwerkmanagements/Care Managements

### 3.5. Summative Evaluation

Mittels summativer Evaluation soll das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ als Ganzes im Bezug auf Ergebnisse und Zielerreichung bewertet werden. Die im Kapitel 3.3.1 dargestellten Evaluationsfragestellungen der Zweckgruppen D bis G sollen hierfür angewendet werden.

Demnach besteht die summative Evaluation aus:

- Kostendarstellung und -bewertung (Kosten-Nutzenbewertung)
- Darstellung der Inanspruchnahme- und Mitgliederzahlen
- Überprüfung der Zielerreichung
- Zufriedenheitserhebung

### 3.5.1. Dokumentation und Auswertung der Kosten- und Nutzenverteilung als Argumentationsgrundlage für die Überführung in eine Regelfinanzierung

Der Begriff „Gesundheitsökonomie“ umfasst die wirtschaftliche Beschäftigung mit den wirtschaftlichen Aspekten der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung.<sup>232</sup> Daher soll eine gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt werden. Um einen Grundstock in der Kostenbeurteilung darstellen zu können, sollen aus dem Projekt die Kosten für die Versorgung im Netzwerk, Krankenhauskosten, ein Kostenvergleich mit Regelversorgung sowie nach Möglichkeit die Kostenbewertung einer verspäteten Institutionalisierung abgebildet werden.

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
D	Welche Kosten werden von der Sozialversicherung getragen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzneimittelverordnungen, Vertragspartnerkosten (inkl. ergänzender Zulagen), Kosten für Diagnostik</li> <li>• Kosten für Arbeitsunfähigkeit/Krankheit der Angehörigen<sup>233</sup> (Fallzahl und Dauer von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, Arzneimittelkosten der Angehörigen)</li> </ul>	Kostenermittlung auf Basis der Dokumentation des Netzwerkmanagement, Abrechnungsdaten und FOKO-/LEICON-Auswertung (Voraussetzung ist die Zustimmung der Angehörigen sowie die Übermittlung ihrer Sozialversicherungsnummer)	L	1
	Welche Kosten werden von den Ländern getragen?	Kosten für mobile Dienste, Pflegeaufenthalte	Kostenermittlung auf Basis von Dokumentationen in Kooperation mit dem bzw. durch das umsetzende Bundesland	M	2

<sup>232</sup> Leidl, R. (1994). S. 137 zit. n. Fricke, F.-U. (2008). S. 510

<sup>233</sup> Voraussetzung für die Machbarkeit ist es, dass Angehörige der Patientinnen/Patienten einwilligen, dass ihre Sozialversicherungsdaten ausgewertet werden dürfen. Sie müssen ferner ihre Sozialversicherungsnummer zur Verfügung stellen, da aus den Daten der Sozialversicherung ein Angehörigenverhältnis nicht hervorgeht.

	<p>Welche Kosten fallen für Krankenhausaufenthalte an?</p>	<p>Fallzahl, durchschnittliche Dauer und Kosten (oder LKF-Punkte) von Krankenhausaufenthalten<sup>234</sup></p>	<p>Kostenermittlung auf Basis von Spitalsaufenthalten (für LKF-Punkte sind die MBDS-Daten der Gesundheitsfonds notwendig)</p>	S	3
<p>Wie stellen sich die Kosten im Vergleich zur Regelversorgung bei Medikation, Transport, Labor, Arztkosten, Krankenhauskosten dar?</p>	<p>Kostenvergleich</p>		<p>FOKO/LEICON, Projektdokumentation, evtl. zusätzliche Erhebungen bei Bedarf</p>	M	1
<p>Welche Kosten fallen für Case und Care Management an?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie verteilt sich die Arbeitszeit der Case Managerinnen/Case Manager, der Netzwerkmanagerinnen/Netzwerkmanager und der Care Managerinnen/Care Manager?</li> <li>• Auf welche Aufgabenbereiche entfallen welche Personalkosten?</li> <li>• Welche Kosten (zusätzlich zu den Personalkosten) entstehen? (Transport, Ausstattung, Weiterbildung)</li> </ul>		<p>Auswertung der Zeitaufzeichnung der Case Managerin/Case Manager aus formativer Evaluation, Zuordnung der Zeiten zu Gruppen (Fahrwege, Case Management, Beratung, Planung, etc.) und Hinterlegung mit Kosten</p>	L	2
<p>Welchen Nutzen kann man den Kosten gegenüberstellen?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensqualität, Belastungssituation, Krankenhausaufenthalte, Institutionalisierungen, Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich (Case Management), etc.</li> </ul>	<p>Auswertung der Lebensqualität und Belastungserhebungen, Zusammenführung mit Kostenvergleichen; evtl. Auswertung der Dokumentation für Gruppen</p>	S	1

<sup>234</sup> Eine Kostenermittlung auf Basis von Sozialversicherungsdaten ist nicht möglich, da hier nur Dauer des Aufenthalts und Entlassungsdiagnose vorhanden sind. Eine Kooperation mit dem Land der Umsetzungsregion wäre hierfür nötig. Generelle Referenzwerte können den Auswertungen aus dem Tool BIG des HYB entnommen werden.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostensituation und Kostenveränderung</li> <li>• Einsparungen</li> </ul>	<p>pierung, bei Bedarf zusätzlich Erhebung außerhalb des Netzwerks</p>	
--	--	---	--	--

Tabelle 76 Summative Evaluierung - Kostenverteilung

### 3.5.2. Summative Evaluation der Inanspruchnahme

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
E	Wie gestaltet sich die Anbieterstruktur des Netzwerks?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie viele Mitglieder arbeiten als Netzwerkpartner?</li> <li>• Welchen Berufsgruppen gehören sie an?</li> <li>• Sind alle eingeschriebenen Mitglieder aktiv?</li> <li>• Wie hoch ist die Drop-Out-Rate bei den Netzwerkpartnern?</li> <li>• Was ist der Grund für Inaktivität?</li> </ul>	Auswertung Administrationsdaten bzw. der Dokumentation der Nicht-Inanspruchnahmegründe	L	1
	Wie wird das Netzwerk in Anspruch genommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie viele Patientinnen und Patienten werden im Netzwerk versorgt?</li> <li>• Wie können sie eingeordnet werden (Einkommen, Bildung, Wohnsituation - allein oder in Gemeinschaft lebend, etc.)?</li> </ul>	Auswertung Administrationsdaten, Sozial- und Pflegedokumentation	L	1
				M	2

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Angehörige vorhanden?</li> <li>• Wie hoch ist die Drop-Out-Rate bei Patientinnen/Patienten (Überführung in eine Langzeitpflegeeinrichtung/Tod/Austritt aus dem Netzwerk)?</li> </ul>	L M	1 1

Tabelle 77 Summative Evaluierung Inanspruchnahme

### 3.5.3. Summative Evaluation der Effizienz, Bedarfsgerechtigkeit und der Auswirkungen auf die Verbleibedauer im häuslichen Umfeld

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
F	Ist die Versorgung im Netzwerk effizient?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie viele Arztkontakte (gesamt und gegliedert nach Fachgruppe) hat eine Patientin/ein Patient im Netzwerk? (mit und ohne Antidementivverordnung)</li> <li>Wie verändert sich die Behandlung im Vergleich zur Kontrollgruppe bzw. ursprünglichen Versorgung der Betroffenen? (Veränderung in Medikation, Diagnosestellung, Überweisungen, bei Übernahme des Case Managements durch die Sozialversicherung auch Case Management, etc.)</li> <li>Wie verändern sich die Kosten gegenüber der Regelversorgung innerhalb der Sozialversicherung (Heilmittelkosten, Medikation, Arztkosten)</li> <li>Wie verändern sich die Kosten gegenüber der Regelversorgung außerhalb der Sozialversicherung (Krankenhausaufenthalte, Pflege und Betreuung, bei Verortung des Case Managements außerhalb der Sozialversicherung auch Case Management)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung aus FOKO-/LEICON-Daten (Vergleich mit Basiswert aus dem Demenzbericht bzw. vor Netzwerkversorgung)</li> <li>Vergleich verrechneter Leistungen der Netzwerkpatientinnen/-patienten laut FOKO/LEICON mit verrechneten Leistungen der Kontrollgruppe (FOKO oder LEICON) bzw. Vergleich mit Daten vor der Netzwerkversorgung</li> <li>Betrachtung der Kosten innerhalb der Sozialversicherung</li> <li>Betrachtung der Kosten außerhalb der Sozialversicherung - Kooperation mit Land</li> </ul>	L	1
				M	1
				L	1
				S	2

	<p>Ist die Versorgung bedarfsgerecht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In wie weit fühlen sich Angehörige durch das Projekt unterstützt?</li> <li>• Sind alle relevanten Berufsgruppen im Netzwerk vertreten? (Teilregion und Bundesland)</li> <li>• Was ist der Grund für die Annahme oder Ablehnung von Unterstützungsangeboten?</li> <li>• Gibt es einen schichtspezifischen Unterschied bei Angebotsinanspruchnahme oder Zeitpunkt der Institutionalisierung?</li> <li>• Wie haben sich die Kennzahlen aus Routinedaten verändert? (Eine Auflistung dieser Kennzahlen befindet sich im Abschnitt Basiserhebung)</li> </ul>	<p>Auswertung der Datenerhebung für die formative Evaluation bzw. ergänzende Befragung</p> <p>Vergleich Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten mit soziodemographischen Daten (sehr begrenzte SV-Daten oder Eingangsbefragung)</p> <p>Auswertung der Befragung bzw. Auswertung der Dokumentation des Netzwerkmangement zum Institutionalisierungzeitpunkt</p> <p>Auswertung aus FOKO/LEICON nach Einkommen der Patientinnen/Patienten, Angehörigen</p> <p>Auswertungen aus FOKO oder LEICON (zusammenführende Darstellung der über die Projektlaufzeit hinweg berechneten Kennzahlen)</p>	<p>M</p> <p>S</p> <p>L</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p>
--	---	--	--	---



	<p>Wird ein möglichst langer Verbleib in häuslicher Pflege ermöglicht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wann und nach welchem Auslöser/aus welchem Grund werden Personen institutionalisiert?</li> <li>Zeigt sich hier eine Veränderung über die Projektlaufzeit hinweg (Langzeit oder Akut)?</li> <li>Wie viele Unterstützungsangebote werden in Anspruch genommen?</li> <li>Verändert sich die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen - evtl. Vergleich mit Kontrollgruppe?</li> <li>Verändert sich die Belastungssituation pflegender Angehöriger?</li> <li>Haben sich die Prozesse an den Nahtstellen durch das Netzwerk verbessert?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung der Daten über Krankenhausaufenthalte bzw. Auswertung der Dokumentation der Case Managerin/des Case Managers über Pflegeaufenthalte</li> <li>Auswertung Vergleich Krankenhausaufenthalte Netzwerkpatienten und Kontrollgruppe oder Situation vor Netzwerkversorgung</li> <li>Auswertung Dokumentation</li> <li>Zusammenführung der Auswertungen im Rahmen der formativen Evaluation</li> <li>Zusammenführung der Bewertungsbögen der formativen Evaluation</li> </ul>	<p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p>	<p>2</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
--	--	---	---	--	--

Tabelle 78 Summative Evaluierung Effizienz, Bedarfsgerechtigkeit und Verbleibedauer

### 3.5.4. Summative Evaluation der Zufriedenheit

Evaluationszweck	Forschungsfrage	Messgröße/Ausprägung	Herangehensweise	Machbarkeit	Priorität
G	Zufriedenheit der Gesundheits- und Sozialdienstleister? Zufriedenheit der Angehörigen - sofern vorhanden? Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten - sofern keine Angehörigen vorhanden sind?		Zufriedenheitsbefragung der GDA Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen/Patienten	M M S	1 1 3

Tabelle 79 Summative Evaluierung Zufriedenheit

### 3.6. Basiserhebung

Um die gewonnenen Ergebnisse einer Ausgangssituation gegenüberzustellen, ist es notwendig, eine Basiserhebung durchzuführen.

Folgende Parameter müssen in der Pilotregion vor Projektstart dafür erhoben bzw. ausgewertet werden:

1. Demenzerkrankte mit Antidementivverordnung in der Umsetzungsregion
2. Anzahl der Antidementivverordnungen pro Patientin/Patient (Wird der Jahresbedarf gedeckt?)
3. Anzahl der Einmalverordnungen
4. Heilmittelkosten gesamt
5. Anzahl der Arztkontakte (Arztbesuche gesamt, bzw. gegliedert nach Fachgruppen)
6. Anzahl der Arztkontakte mit Überweisung
7. Arztkosten
8. Krankenhausaufenthalte (Dauer und Entlassungsdiagnose, wenn möglich: MMSE-Wert, Angehörige ja/nein)
9. Versorgung der Region mit mobilen Diensten (Art, Angebotsdichte und Vielfalt, evtl. Kapazität)
10. Awareness im Bezug auf das Thema Demenz in der Umsetzungsregion (sofern die Awareness zusätzlich zur Kernevaluation erhoben werden soll)

Routinedaten, welche aus FOKO/LEICON generiert werden können, sollen für den Zeitraum von zwei Jahren vor Netzwerkgründung in der Umsetzungsregion vorliegen. Dadurch wird sichergestellt, dass Vorher-/Nachher-Vergleiche möglich sind. Darüber hinaus können diese Daten für eine Kontrollgruppenbildung herangezogen werden (Methodik des Projekts „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“). Diese Routinekennzahlen (Auflistung 1-8) sollen auch im Laufe des Projekts berechnet werden, um Entwicklungen ersichtlich zu machen.<sup>235</sup> Eine Berechnung soll jährlich stattfinden und im Rahmen der summativen Evaluation dargestellt werden.

<sup>235</sup> Rückmeldung zum Rohkonzept. Robausch. 18.02.2010

Folgende Parameter müssen im Rahmen der Basiserhebung bei pflegenden Angehörigen erhoben werden:

- Lebensqualität
- Derzeitige Wohn-, Versorgungs- und Pflegesituation (Erhebung durch die Case Managerin/den Case Manager im ersten Beratungsgespräch bzw. mittels Fragebogen)
- Belastungssituation der pflegenden Angehörigen
- Soziodemographische Daten der Angehörigen und Patientinnen/Patienten bzw. Annäherung über Gliederungsvariablen aus den Daten der Sozialversicherung
- Wohnsituation der Patientin/des Patienten (durch Case Management in Erstgespräch erhoben)
- Erwerbsfähigkeit/Erwerbstätigkeit (Alter)
- Sozialversicherungsnummer (inkl. Einverständniserklärung zur Datenauswertung)
- Fühlen sich Angehörige in Ihrer Situation unterstützt? (Basiswert)
- Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen oder Angehörigenschulungen/Selbsthilfegruppen (aus der Dokumentation des Case Managements beim Erstkontakt), etc.

Folgende Parameter sollen, wenn möglich - bzw. wenn keine Angehörigen vorhanden sind - bei Patientinnen/Patienten erhoben werden:

- Lebensqualität (in erster Pilotregion: Überprüfung, ob dies im Rahmen des Netzwerks möglich und praktikabel ist)
- Derzeitige Wohn-, Versorgungs- und Pflegesituation (durch die Case Managerin/den Case Manager im ersten Beratungsgespräch bzw. mittels Fragebogen)
- Soziodemographische Daten
- Wohnsituation (durch Case Management im Erstgespräch)
- Angehörige ja/nein
- MMSE-Wert

Folgende Parameter müssen vor Eintritt der Netzwerkpartner erhoben werden:

- Derzeitige Nahtstellensituation: Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistern. Sind Kooperationen vorhanden? Wie werden Informationen weitergegeben?

### 3.6.1.1. Ergänzender Forschungsbereich

Informationen und Daten zur Situation der Angehörigen von Demenzerkrankten sind kaum erhältlich. Daher sollte in den Pilotregionen (zu Projektstart bzw. bei Angehörigen von Patientinnen/Patienten, welche nicht im Rahmen des Netzwerks versorgt werden) oder in Kontrollregionen zusätzlich eine Studie zur Belastungs- und Gesundheitssituation der pflegenden Angehörigen durchgeführt werden. Insbesondere sind hier folgende Aspekte in Betracht zu ziehen:

- Krankenstandstage
- Depression (Auftreten von Depressionen bei pflegenden Angehörigen: Mitbetrachtung des Zeitraums vor Projektstart bzw. Kontrollgruppe)
- Andere Gesundheitsbelastungen (Erhebung der Gesundheitsbelastungen von pflegenden Angehörigen)
- Gesundheitsressourcen (Erhebung der Gesundheitsressourcen von pflegenden Angehörigen)
- Lebensqualität
- Grund für die Annahme oder Ablehnung von Unterstützungsangeboten

Eine mögliche Umsetzungsvariante für diese Studie wäre die Vergabe an eine Universität bzw. Fachhochschule im Rahmen eines Forschungsprojektes oder einer Diplomarbeit.

### 3.7. Kontrollgruppe

Um die Daten der Evaluation interpretieren zu können, müssen diese entweder einem Ausgangswert (Werte aus Basiserhebung) oder einer Kontrollgruppe gegenübergestellt werden. Beide Varianten finden im vorliegenden Konzept in einigen Teilbereichen ihre Anwendung, wobei in einigen Teilbereichen Daten sowohl über die Basiserhebung als auch mittels Kontrollgruppe gewonnen werden können.

Möglichkeiten der Kontrollgruppenbildung (für Lebensqualität, Belastungssituation, Versorgung):

Bereich	Kontrollgruppenbildung	Ausprägung	Überschneidung mit Basiserhebung
Medizinische Versorgung	Aus FOKO oder LEICON	Der Studienpopulation werden Personen mit vergleichbaren Kriterien zugeordnet	Nein
Lebensqualität	Vergleichbare Region ohne Pilotprojekt	Befragung von Angehörigen bzw. Patientinnen/Patienten	Ja
Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	Vergleichbare Region ohne Pilotprojekt oder Daten der selben Region vor Projekteinführung	Evtl. Auswertung der Daten von sozialen Diensten, sofern diese elektronisch und strukturiert vorliegen	Ja

Tabelle 80 Kontrollgruppenbildung

Sollen Auswertungen nach soziodemographischen Daten gegliedert bzw. eine Kontrollgruppe nicht nur Anhand von ähnlichen medizinischen Verläufen (z.B. Heilmittelverordnungen)

gebildet werden, so stehen folgende Parameter in den Daten der Sozialversicherung zur Verfügung:

Datenart	Erläuterung
Alter	
Geschlecht	
Verordnete Heilmittel	Ähnlichkeit bei verordneten Heilmitteln nach ATC-Code
Rezeptgebührenbefreiung	Verwendung als Schichtungsvariable (ca. 8% der Versicherten sind von den Rezeptgebühren befreit)
Gehalt	Die Verwendung der Variable Gehalt (beitragspflichtiges Einkommen) ist unter Vorbehalt möglich: Wenn jemand als Angehöriger mitversichert ist, erscheint bei der Variable Gehalt der Wert 0. Es gibt aber keine Möglichkeit nachzuvollziehen, welches Einkommen die Person hat, bei der die Mitversicherung besteht (somit ist auch keine Auskunft über das Haushaltseinkommen oder das Hauptverdienerereinkommen möglich)
Versichertenkategorie („Beruf“)	Angestellte/Angestellter, Arbeiterin/Arbeiter, Pensionistin/Pensionist, Arbeitslose/Arbeitsloser - Diese Kategorien sind nur dann vorhanden, wenn die Person selbst versichert ist bzw. war
Bezirk (Wohnort)	
Todestag	

Tabelle 81 Soziodemographische Variablen in Daten der Sozialversicherung

Eine mögliche Kontrollgruppenbildung könnte demnach auf Heilmittelverordnungen sowie der Zuordnung zu Gehaltsgruppen (bei Angehörigenmitversicherung auf Basis des Gehalts des entsprechenden Angehörigen - sofern bekannt und Einverständnis des Betroffenen zur Datenauswertung vorliegt) (ev. Erhebung bei Einschreibung) - durchgeführt werden.

## 4. ERHEBUNGSINSTRUMENTE

### 4.1. Bewertungsbögen

Folgende Bewertungsraster können je nach Vorgabe bzw. Bedarf zu Bewertungsbögen für die verschiedenen am Versorgungsnetzwerk beteiligten Gesundheits- und Sozialdienstleister bzw. im Netzwerk versorgten Patientinnen/Patienten und Angehörige zusammengestellt werden. Ausschlaggebend für die Zusammenstellung sind die Vorgaben für Qualitätsmanagement und Evaluierung. Bewertungsraster/-bögen dienen der Erhebung von Daten und Informationen zur Bewertung des Netzwerks. Bewertungsraster müssen vor An-

wendung getestet und gegebenenfalls angepasst werden. Die hier dargestellten Raster geben nur einen inhaltlichen Überblick.

#### 4.1.1. Bewertungsraster Informationsmaterialien

Basisinformation für Patientinnen und Patienten	Anzahl 0-n
Basisinformation für Angehörige	
Zusatzinformationsbroschüren:	
Unterstützungsangebote I	
Unterstützungsangebote II	
Rechtliche Information	
Finanzielle Information	
Folder „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“	
Merkblätter	
Non-verbale Kommunikationsformen	
Essen und Trinken	
Hautprobleme	
Inkontinenz	
Begleitung am Lebensende	
Körperpflege	
Wohnungsadaptierung	
Eigeninteressen der Angehörigen	
Tipps und Tricks für den Umgang mit Demenzkranken	
Hinweise und Empfehlungen	

Tabelle 82 Bewertungsraster Informationsmaterialien

#### 4.1.2. Bewertungsraster Ankunft der Patientinnen/Patienten

Haben die von Ihnen überwiesenen oder weitergeleiteten Patientinnen/Patienten die Leistungen folgender Dienstleister in Anspruch genommen?	Überprüfung überwiegend möglich	Überprüfung überwiegend nicht möglich
Allgemeinmedizinerin/-mediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztinnen/-ärzte anderer Fachrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezialambulanzen (Demenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Physiotherapeutinnen/-therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeutinnen/-therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologinnen/Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 83 Bewertungsraster Ankunft Patientinnen/Patienten

### 4.1.3. Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell

Bewertung 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = wenig zufrieden, 4 = nicht zufrieden

Zufriedenheitskategorie	1	2	3	4
Projekt Gesamtbetrachtung				
Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern gesamt				
Zusammenarbeit mit patientenführenden Ärztinnen/Ärzten				
Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen/Ärzten				
Zusammenarbeit mit Case Managerinnen/Case Managern				
Zusammenarbeit mit Therapeutinnen/Therapeuten				
Zusammenarbeit mit mobilen Diensten				
Zusammenarbeit mit Krankenanstalten				
Zusammenarbeit mit Spezialambulanzen				
Zufriedenheit mit der Versorgungsleistung des Netzwerks				
Zufriedenheit mit den Organisationsabläufen				

Tabelle 84 Zufriedenheit der Anbieter

### 4.1.4. Verwendung und Anwendung der medizinischen Leitlinie

Bewertung: 1 = immer, 2 = häufig, 3 = manchmal/selten, 4 = nie, ka = keine Angabe (bitte wählen Sie diese Kategorie für Nahtstellenpartner und Prozesse, mit welchen Sie bis jetzt nicht befasst waren).

Bewertungskategorie (Bogen für Medizinerinnen/Mediziner)	1	2	3	4	ka
Verwenden Sie die Leitlinie bei der Behandlung, Diagnosestellung und Überweisung ihrer Netzwerkpatientinnen/-patienten?					

Empfinden Sie die Leitlinie als hilfreich bei Entscheidungen im Rahmen der Behandlung oder Versorgung?					
Wie häufig müssen Sie von den Empfehlungen der Leitlinie abweichen?					

Abbildung 32 Verwendung und Anwendung der medizinischen Leitlinie

#### 4.1.5. Bewertungsbogen für die Verfügbarkeit und die Nutzung der medizinischen Daten basierend auf QISA:<sup>236</sup>

Frage	Antwortkategorien
Stehen die folgenden morbiditätsbezogenen Informationen über die eingeschriebenen Netzwerkpatientinnen/-patienten zur Verfügung? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Diagnosen</li> <li>• Arztbriefe</li> </ul>	Ja/nein
Stehen diese Informationen für alle Patientinnen/Patienten der Region zur Verfügung (auch außerhalb des Versorgungsnetzwerks?)	Ja/nein
Verwenden Sie diese Informationen bei der Behandlung, Diagnosestellung und Überweisung ihrer Netzwerkpatientinnen/-patienten?	Ja/nein

Tabelle 85 Bewertungsbogen Verfügbarkeit medizinischer Daten

#### 4.1.6. Bewertung der Prozesse an den Nahtstellen (nur formative Evaluation)

Nach Fertigstellung des Entwurfs der medizinischen Leitlinie bzw. nach Abstimmung dieser muss diese Tabelle angepasst werden. Die Bewertung der Prozesse soll einen Vergleich mit den Vorgaben aus der medizinischen Leitlinie ermöglichen. Durch mehrmaliges Ausfüllen im Laufe des Projekts sollen hiermit auch die Veränderungen an den Nahtstellen abgebildet werden können.

Bewertung: 1 = immer, 2 = häufig, 3 = manchmal/selten, 4 = nie, ka = keine Angabe (bitte wählen Sie diese Kategorie für Nahtstellenpartner und Prozesse, mit welchen Sie bis jetzt nicht befasst waren).

<sup>236</sup> Szecsenyi et al. (2009). S. 35.

Bewertungskategorie (Bogen für Medizinerinnen/Mediziner)	1	2	3	4	ka
<p>Werden die Prozesse an den Nahtstellen im Netzwerk laut medizinischer Leitlinie durchgeführt? (nur von Medizinerinnen/Medizinern auszufüllen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Überweisungen zu Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>☛ Überweisungen zu Spezialeinrichtungen (z.B. Gedächtnisambulanzen)</li> <li>☛ Rücküberweisung an patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt</li> <li>☛ Zugang und Informationsüberleitung zu diagnostizierenden Stellen</li> <li>☛ Übermittlung der Diagnose und Informationsübermittlung</li> <li>☛ Nahtstelle zum Case Management</li> </ul>					
<p>Funktionieren die Prozesse an den Nahtstellen?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>☛ Spezialeinrichtungen</li> <li>☛ Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>☛ Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>☛ Case Management</li> <li>☛ Therapie</li> <li>☛ Pflege</li> <li>☛ Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Werden relevante Daten an den Nahtstellen weitergegeben?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>☛ Spezialeinrichtungen</li> <li>☛ Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>☛ Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>☛ Case Management</li> <li>☛ Therapie</li> <li>☛ Pflege</li> <li>☛ Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Erhalten Sie Informationen über von Patientinnen/Patienten in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen von relevanten Netzwerkpartnern?</p> <p>Von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>☛ Spezialeinrichtungen</li> <li>☛ Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>☛ Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>☛ Case Management</li> <li>☛ Therapie</li> <li>☛ Pflege</li> <li>☛ Sozialeinrichtungen</li> </ul>					

Wie häufig treten Probleme mit den Case Managerinnen/Case Managern auf?					
Welche Probleme treten bei der Zusammenarbeit mit den Case Managerinnen/Case Managern auf?					
Welche Aspekte funktionieren gut in der Zusammenarbeit mit den Case Managerinnen/Case Managern?					

Tabelle 86 Bewertungsraster Prozesse Medizinerinnen/Mediziner

Bewertungskategorie (Bogen: Case Management)	1	2	3	4	ka
<p>Funktionieren die Prozesse an den Nahtstellen?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li><input type="checkbox"/> Spezialeinrichtungen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li><input type="checkbox"/> Care Management</li> <li><input type="checkbox"/> Therapie</li> <li><input type="checkbox"/> Pflege</li> <li><input type="checkbox"/> Tagesbetreuung</li> <li><input type="checkbox"/> Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Werden relevante Daten an den Nahtstellen weitergegeben?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li><input type="checkbox"/> Spezialeinrichtungen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li><input type="checkbox"/> Care Management</li> <li><input type="checkbox"/> Therapie</li> <li><input type="checkbox"/> Pflege</li> <li><input type="checkbox"/> Tagesbetreuung</li> <li><input type="checkbox"/> Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Erhalten Sie Informationen über von Patientinnen/Patienten in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen von relevanten Netzwerkpartnern?</p> <p>von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li><input type="checkbox"/> Spezialeinrichtungen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li><input type="checkbox"/> Care Management</li> <li><input type="checkbox"/> Therapie</li> <li><input type="checkbox"/> Pflege</li> <li><input type="checkbox"/> Tagesbetreuung</li> <li><input type="checkbox"/> Sozialeinrichtungen</li> </ul>					

Wie häufig treten Probleme mit dem patientenführenden Ärztinnen/Ärzten auf?					
Welche Probleme treten bei der Zusammenarbeit mit der/dem patientenführenden Ärztin/Arzt auf?					
Welche Aspekte funktionieren gut in der Zusammenarbeit mit der/dem patientenführenden Ärztin/Arzt?					

Tabelle 87 Bewertungsraster Prozesse Case Management

Bewertungskategorie (Bogen: Pflege, Sozialarbeit, Unterstützungsdienste)	1	2	3	4	ka
<p>Funktionieren die Prozesse an den Nahtstellen?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>• Spezialeinrichtungen</li> <li>• Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>• Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>• Case Management</li> <li>• Therapie</li> <li>• Pflege</li> <li>• Tagesbetreuung</li> <li>• Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Werden relevante Daten an den Nahtstellen weitergegeben?</p> <p>Zu und von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>• Spezialeinrichtungen</li> <li>• Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>• Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>• Case Management</li> <li>• Therapie</li> <li>• Pflege</li> <li>• Tagesbetreuung</li> <li>• Sozialarbeit</li> </ul>					
<p>Erhalten Sie Informationen über von Patientinnen/Patienten in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen von relevanten Netzwerkpartnern?</p> <p>Von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>• Spezialeinrichtungen</li> <li>• Patientenführender Ärztin/patientenführendem Arzt</li> <li>• Diagnostizierender bzw. zuweisender Stellen</li> <li>• Case Management</li> <li>• Therapie</li> <li>• Pflege</li> <li>• Tagesbetreuung</li> </ul>					

 Sozialeinrichtungen Wie häufig treten Probleme mit dem anderen Netzwerkpartnern auf?					
Welche Probleme treten bei der Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern auf?					
Welche Aspekte funktionieren gut in der Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern?					

Tabelle 88 Bewertungsraster Prozesse Pflege, Sozialarbeit, Unterstützungsdienste

#### 4.1.7. Anbindung an das Informations- und Datenmanagementsystem (nur formative Evaluation)

Bewertung: 1 = immer, 2 = häufig, 3 = manchmal/selten, 4 = nie

Bewertungskategorie	1	2	3	4
Erhalten Sie die regelmäßigen Informationen des Netzwerkmanagements?				
Funktioniert Ihr Zugriff auf das Datenmanagementsystem?				
Verwenden Sie diesen Zugriff?				
Was sind die Gründe dafür, dass Sie es nicht verwenden?				

Tabelle 89 Bewertungsraster Anbindung Informations- und Datenmanagementsystem

#### 4.1.8. Basiserhebung/Folgerhebungen Angehörige

Bewertung: 1 = sehr gut, 2 = ausreichend, 3 = mäßig, 4 = nicht ausreichend

Bewertungskategorie	1	2	3	4
In wie weit fühlen Sie sich derzeit unterstützt? Durch: <ul style="list-style-type: none"> <li> Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li> Spezialeinrichtungen</li> <li> Patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt</li> <li> Diagnostizierende bzw. zuweisende Stellen</li> <li> Case Management</li> <li> Therapie</li> <li> Mobile Dienste</li> <li> Tagesbetreuung (außer Haus)</li> <li> Sozialeinrichtungen</li> <li> Privates Umfeld</li> </ul>				
In wie weit werden Informationen an Sie weitergegeben?				

Durch:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li>• Spezialeinrichtungen</li> <li>• Patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt</li> <li>• Diagnostizierende bzw. zuweisende Stellen</li> <li>• Case Management</li> <li>• Therapie</li> <li>• Mobile Dienste</li> <li>• Tagesbetreuung (außer Haus)</li> <li>• Sozialeinrichtungen</li> </ul>				
Falls Sie/Ihr Angehöriger Case Management in Anspruch nehmen: In wie weit entspricht das Case Management Ihren Bedürfnissen?				

Tabelle 90 Basiserhebung/Folgerhebung Angehörige

#### 4.1.9. Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Netzwerk (ev. auch für Patientinnen/Patienten)

Bewertung: 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = wenig zufrieden, 4 = nicht zufrieden, Trifft nicht zu = bitte wählen sie diese Antwort, wenn Sie diese Berufsgruppe oder dieses Angebot nicht benötigen oder noch nicht benötigt haben.

Wie sehr sind Sie zufrieden mit folgenden Punkten?	1	2	3	4	Trifft nicht zu
Mit der medizinischen Versorgung im Netzwerk durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie?</li> <li>• Hausärztin/Hausarzt oder patientenführende Ärztin/patientenführenden Arzt?</li> <li>• Gedächtnisambulanz/Memory Klinik?</li> <li>• Den anderen im Netzwerk tätigen Ärztinnen/Ärzten?</li> </ul>					
Mit der Unterstützung im Netzwerk?					
Mit dem Case Management?					
Mit der Beratung?					
Mit den angebotenen weiteren Leistungen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Übermittlung der Daten</li> <li>• Den Informationsmaterialien</li> <li>• Der Vermittlung zu Kursen und Unterstützungsangeboten</li> </ul>					
Mit den Informationen, die Sie im Netzwerk bekommen? Von: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der patientenführenden Ärztin/dem patientenführenden Arzt</li> </ul>					

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Der Fachärztin/dem Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie</li> <li><input type="checkbox"/> Anderen Fachärztinnen/Fachärzten</li> <li><input type="checkbox"/> Von Ambulanzen</li> <li><input type="checkbox"/> Von Krankenanstalten</li> <li><input type="checkbox"/> Von Pflegediensten</li> <li><input type="checkbox"/> Von anderen mobilen Diensten</li> <li><input type="checkbox"/> Vom Case Management</li> <li><input type="checkbox"/> Von der Beratung</li> <li><input type="checkbox"/> Von Sozialerbeiterinnen/Sozialarbeitern</li> </ul>					
--	--	--	--	--	--

Tabelle 91 Zufriedenheit Angehörige

#### 4.1.10. Weiterempfehlung des Netzwerks

Bewertung: 1 = ja, 2 = ja großteils, 3 = ja mit Einschränkungen, 4 = nein

Bewertung des Netzwerks	1	2	3	4
Würden Sie das Netzwerk weiterempfehlen?				
Deckt das Netzwerk Ihre Bedürfnisse/die Bedürfnisse Ihrer an Demenz erkrankten Angehörigen ab?				
Welche Leistungen/Unterstützung, die Sie benötigen, bietet das Netzwerk derzeit noch nicht an?				

Tabelle 92 Bewertungsskala Weiterempfehlung des Netzwerks

## 4.2. Befragungsinstrumente

### 4.2.1. Standardisierte Befragungsinstrumente

Es sollen in allen Umsetzungsregionen dieselben standardisierten und validierten Instrumente angewendet werden.

#### 4.2.1.1. Belastungsgrad pflegender Angehöriger

Vorgeschlagen wird die Verwendung der „Häuslichen Pflege-Skala“ nach Gräbel 2001 in adaptierter Version für die DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ 2005 als standardisiertes Instrument zur Erfassung der Pflegebelastung.

Diese Kurzfassung mit zehn Items wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, in Zusammenarbeit mit dem Autor der Langfassung E. Gräbel, auf einen für die hausärztliche Praxis passenden Umfang gekürzt. Grundlage für die Kürzung war die Trennschärfen-Korrelation der großen Stichproben. Dieses Instrument kann von den pflegenden Angehörigen selbst ausgefüllt werden und ist einfach auszuwerten. Mit dem Summenwert kann die pflegerische Belastung über einen Zeitverlauf hinweg dokumentiert werden.<sup>237</sup>

<sup>237</sup> DEGAM (2005).

Formular Häusliche Pflegeskala der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin<sup>238</sup>

## HPS – Häusliche Pflege-Skala

(nach Gräfel 1993) Übernahme für die DEGAM-Leitlinie 'Pflegerische Angehörige' 2005

<b>Angaben zu Ihrer Person</b>		Datum: _____
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
<b>Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person:</b>		
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
Ursache der Pflegebedürftigkeit: _____		
(wenn möglich, in Form der ärztl. Diagnose)		

**Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort "Pflege" ist beides gemeint.**

**Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!**

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	③	②	①	0
2. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	③	②	①	0
3. Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation "auszubrechen".	③	②	①	0
4. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	③	②	①	0
5. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	③	②	①	0
6. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	③	②	①	0
7. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	③	②	①	0
8. Ich fühle mich "hin- und hergerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	③	②	①	0
9. Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	③	②	①	0
10. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	③	②	①	0
Summe	Anzahl x 3 = _____	Anzahl x 2 = _____	Anzahl x 1 = _____	

© copyright DEGAM 2005

<sup>238</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. (2005). S. 1f

## HPS – Häusliche Pflege-Skala

### Kurzüberblick

Summenwert der Antworten von	entsprechen Belastung durch die häusliche Pflege:
0 - 9	niedrig
10 - 20	mittel
21 - max. 30	hoch

### Bemerkungen:

1. Der Summenwert der Häuslichen Pflege-Skala HPS stellt ein **globales Maß für die wahrgenommene Belastung** durch die häusliche Pflege dar.
2. Die Häusliche Pflege-Skala liefert **objektive**, d. h. vom Anwender unabhängige Ergebnisse.
3. Die Werte für die **Zuverlässigkeit** liegen zwischen 0,8 und 0,9 und die Werte der **Gültigkeit** um 0,5. Sie entsprechen damit denen eines "psychometrisch gut konstruierten Tests".
4. Der HPS-Summenwert differenziert zwischen **verschiedenen Schweregraden** der pflegerischen Belastung.
5. Die Häusliche Pflege-Skala ist für **wiederholte Befragungen** zur Erfassung von Belastungsveränderungen geeignet.
6. Durch die **standardisierte Auswertung** kann der Summenwert schnell errechnet werden.
7. Die Beurteilung des HPS-Summenwertes erfolgt nach den Kategorien "**niedrige**", "**mittlere**" und "**hohe pflegerische Belastung**" durch festgelegte Summenwert-Bereiche.
8. Die Häusliche Pflege-Skala dient der **Feststellung des Ausmaßes der pflegerischen Belastung** sowie der Abschätzung, wie dringlich Entlastung benötigt wird. Außerdem können **zeitliche Veränderungen der Belastung**, insbesondere im Sinne von "Erfolgskontrollen", bei Interventionsmaßnahmen jeglicher Art registriert werden.

#### 4.2.1.2. Lebensqualität pflegender Angehöriger

Ein validiertes Instrument soll ausgewählt werden.

Es wird vorgeschlagen, das Tool WHOQOL BREF mit Ergänzungstool OLD für pflegende Angehörige über 60 Jahren zu verwenden. Es eignet sich zu Forschungszwecken und zur Qualitätssicherung in ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlungssettings. Eingesetzt werden kann das Tool bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Darüber hinaus liegen altersgestaffelte Referenzwerte vor. Für das Tool WHOQOL BREF kann von einer Bearbeitungsdauer von ca. sieben Minuten ausgegangen werden.<sup>239</sup>

<sup>239</sup> World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Zugriff am 23.05.2010

## 4.2.2. Entwickelte Befragungsinstrumente/Erhebungsinstrumente

Befragungsinstrumente für folgende Bereiche müssen entwickelt und ebenso wie die Entwürfe der Bewertungsbögen vor der Umsetzung getestet und angepasst werden.

- Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit - in wie weit fühlen sich Angehörige bzw. wenn keine Angehörigen vorhanden sind, Patientinnen/Patienten die noch alleine leben, unterstützt?
- Zufriedenheit der Angehörigen oder Verwendung eines Bewertungsbogens wie oben dargestellt
- Entwicklung einer Ärztebefragung - besteht eine Unterstützung durch das Case Management? Sind Versorgungspfade umsetzbar?
- Feedbackbögen für Schulungskomponenten

## 4.3. Dokumentationsanleitungen

### 4.3.1. Vorgehensweise Arbeitszeitdokumentation der Case Managerinnen/Case Manager

Für die Evaluation des Projekts muss, wie bereits dargestellt, eine exakte Arbeitszeitdokumentation des Case Management vorliegen. Um große zusätzliche Belastungen zu verhindern, soll daher die Dokumentation in Wellen genauer vorgenommen werden und außerhalb der Erhebungszeiträume eine einfach herkömmliche Arbeitszeitdokumentation stattfinden.

In den Erhebungszeiträumen soll die Dokumentation mittels eines arbeitswissenschaftlichen Erhebungsinstruments durchgeführt werden. Zur Erstellung dieses Erhebungsinstruments sollen die Tätigkeitsbündel (Wegzeiten, Case Management, Beratung, Care Management Aufgaben, Fortbildung, Qualitätszirkel, Dokumentation) in Tätigkeitsbereiche und einzelne Tätigkeiten gegliedert werden. So können Minutenwerte für die einzelnen Tätigkeiten erfasst und ausgewertet werden. Case Managerinnen/Case Manager benötigen eine Einschulung für die Führung der Zeitprotokolle. Es hat sich bewährt, in der Pretest-Phase den Case Managerinnen/Case Managern jeweils eine wissenschaftliche Mitarbeiterin/einen wissenschaftlichen Mitarbeiter zur Seite zu stellen, welche/welcher auf Basis von Beobachtungen ebenfalls ein Zeitprotokoll befüllt. Dieses Zeitprotokoll dient, im Vergleich zum direkt durch das Case Management erstellten Zeitprotokoll, zur Feststellung der Reliabilität.<sup>240</sup>

<sup>240</sup> Schäfer-Walkmann et al. (2009). S. 26 ff.

# MARKETING

Der Erfolg von „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ ist auch maßgeblich davon abhängig, dass alle Beteiligten, aber auch die breite Öffentlichkeit bestens über die Inhalte, Ziele und Maßnahmen informiert sind.

Im Rahmen des vorliegenden Marketingkonzeptes werden die Aspekte einer österreichweiten Umsetzung mit berücksichtigt und bereits erste Schritte dazu eingeplant. Dies betrifft insbesondere Bereiche wie die allgemeine Awareness.

# 1. ZIELE

Was soll durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Marketing erreicht werden?

- Awareness in der breiten Öffentlichkeit schaffen
- Nachfrage nach dem Netzwerk erzeugen
- Verständnis für das Krankheitsbild Demenz schaffen
- Netzwerkmitglieder gewinnen
- Weitergabe und Transport wichtiger Informationen
- Patientinnen/Patienten und Angehörige zur Teilnahme motivieren

# 2. ZIELGRUPPEN

An wen sollen sich die Kampagnen und Botschaften richten?

- Ärztinnen/Ärzte
- Ärztekammern
- Mobile Dienste
- Beratungsstellen
- Patientinnen/Patienten
- Angehörige von Patientinnen/Patienten
- Pflegepersonal
- Zuständige im Sozialversicherungsbereich
- Zuständige in den Landesgesundheitsstellen/Behörden
- Selbsthilfegruppen
- Vereine, die sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen
- Apotheken
- Breite Öffentlichkeit
- Journalistinnen/Journalisten
- Pflegeheime
- Seniorenheime
- Medizinische Institutionen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen
- Politikerinnen/Politiker
- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter

## 3. MAßNAHMEN

### 3.1. Corporate Design

Ein Corporate Design (CD) wurde durch eine Agentur nach genauen Vorgaben bereits entwickelt. Dies umfasst die Definition von Schriften und Farben, Entwicklung der Logos, Vorlagen für diverse Dokumente, die Entwicklung von Broschüren, Foldern, Plakaten und von weiteren Werbematerialien.

Sinn eines CD ist die leichte Wiedererkennbarkeit des Projekts/Programms und somit eine breite und rasche Positionierung als „Marke“. Bei der Erstellung des Corporate Design wurde auf eine einfache Handhabung und Praxistauglichkeit Bedacht genommen. All diese Angaben und Entwicklungen wurden in einem User-Manual festgehalten, das allen Partnerinnen/Partner zur Verfügung gestellt wird.

#### 3.1.1. Die Einbettung im CCIV

Unter dem Dach des CCIV befinden sich bereits die Disease Management Programme von „Therapie Aktiv“. Nun sollen in einer zweiten Schiene die Vernetzungsprogramme unter dem Titel „netzwerk aktiv“ zusammengefasst werden.

Was die Umsetzung des Corporate Design und des Webauftritts der zweiten Ebene anbelangt, so wird diese erst dann in der Praxis relevant, wenn in der dritten Ebene jeweils mehrere Programme aufscheinen.

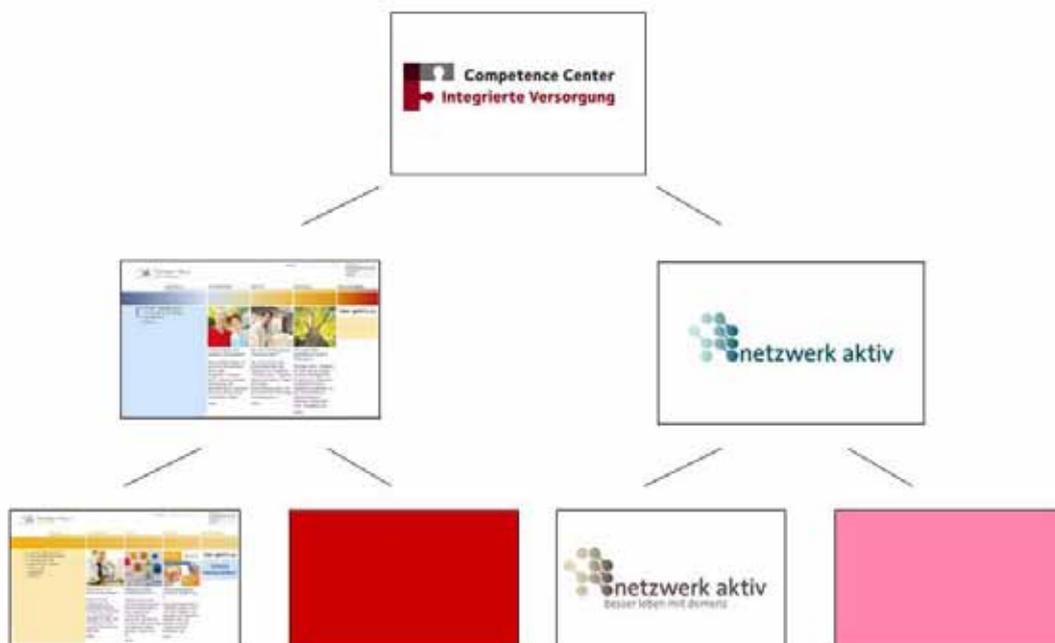


Abbildung 33 Struktur der Programme im CCIV

### 3.1.2. Das Logo

Für die Dachmarke „netzwerk aktiv“ wurde bereits ein Logo entwickelt, die genaue Definition erfolgt erst, wenn mehrere Programme entwickelt sind.

Die einzelnen Programme werden einfach mit Namen (z.B. „besser leben mit demenz“) die Dachmarke „netzwerk aktiv“ gehängt, wobei jedes Projekt durch eine eigene Farbe definiert wird. Im Fall der Demenz ist dies eine Kombination aus braun und beige.



Abbildung 34 Das Logo „netzwerk aktiv“



Abbildung 35 Das Logo „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

### 3.1.3. Der Projekttitle

Das Projekt wird zukünftig unter dem Titel „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ aufscheinen.



Abbildung 36 Ansicht einer Broschüre

## 3.2. Internet

Für das Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wird eine eigene Website erstellt. Die Gliederung wird sich am Layout der österreichischen Sozialversicherung orientieren. Anpassungen erfolgen mittels der definierten Farben und durch das Logo des Projekts. Die Seiten werden in einen Bereich für Patientinnen/Patienten und einen für Partnerinnen/Partner gegliedert sein. Insbesondere der Bereich für Patientinnen/Patienten wird besonders einfach und benutzerfreundlich gestaltet werden. Im Bereich für Partnerinnen/Partner werden sämtliche Unterlagen zum downloaden zur Verfügung stehen sowie ein eigener e-learning-Bereich eingerichtet. Die darüber liegende Seite des „netzwerk-aktiv“ wird erst zum Einsatz kommen, wenn weitere Vernetzungsprogramme gestartet werden.

## 3.3. Intranet

Auf den Intranetseiten der diversen beteiligten Institutionen soll ebenfalls über die laufenden Fortschritte und Veranstaltungen des Projekts berichtet werden. Dazu werden Mustertexte konzipiert und allen Beteiligten auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

## 3.4. Informationsmaterialien

Um sämtliche Zielgruppen entsprechend informieren und betreuen zu können, sind zahlreiche unterschiedliche und zielgruppenspezifische Informationsmaterialien notwendig.

### 3.4.1. Sammelmappe mit Cover

Eine Sammelmappe steht den Patientinnen/Patienten und Angehörigen zur Verfügung, um die erhaltenen bedarfsgerechten Drucksorten zu sammeln und zu einem individuellen Patientenhandbuch zusammenzustellen.

### 3.4.2. Folder

Prinzipielle Informationen zum Projekt werden in einem A4 Wickelfalz-Folder zusammengefasst. Dieser eignet sich als Erstinformation und zum Auflegen in Arztpraxen, Apotheken, Senioren-Wohnheimen, etc.

### 3.4.3. Broschüren

Es wird insgesamt sechs unterschiedliche Broschüren geben: je eine Basisbroschüre für Patientinnen/Patienten und pflegende Angehörige. Eine Broschüre wird finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und Ansprechpartnerinnen/-partner zusammenfassen, eine weitere die rechtlichen Möglichkeiten und Anforderungen. Schließlich werden die umfassenden Unterstützungsangebote in zwei weiteren Broschüren strukturiert angeboten. Diese Broschüren wurden in einer Ursprungsversion entwickelt und müssen pro Bundesland bei Bedarf angepasst werden.

Die Broschüren werden je nach Bedarf im Rahmen von Informationsgesprächen weitergegeben.

### 3.4.4. Merkblätter

Im Rahmen des Projekts wird es notwendig sein, diverse Merkblätter zu erstellen. Um dies möglichst flexibel handhaben zu können, wird ein Basislayout im Word Format entwickelt und den diversen Institutionen bzw. Ärztinnen/Ärzten zum Selbstbefüllen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus steht ein Basispaket an bereits erstellten Merkblättern zur Verfügung.

### 3.4.5. Plakate

Für den Außenauftritt des Projekts sind Plakate unerlässlich. Diese sollen im Format A3 für Ordinationen, Apotheken, etc. zur Verfügung stehen. Im Format A2 bzw. A1 für Ambulanzen, Kundenstopper, u.ä.

### 3.4.6. Unterlagen für Ärztinnen/Ärzte auf CD ROM

Sämtliche für Ärztinnen/Ärzte relevanten Unterlagen wie beispielsweise Folder, Broschüren, Merkblätter, Formulare, Berichte, Bestellblätter, etc. werden diesen elektronisch auf CD ROM zur Verfügung gestellt. Dies ist in der Handhabung einfacher und spart den Akteurinnen/Akteuren Platz. Außerdem ist dies eine das Budget schonende Variante.

### 3.4.7. Formulare

Für einen reibungslosen Ablauf sind Formulare unerlässlich (Bestellformulare, Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, Dokumentationsblätter, etc.). Das Basislayout wird im Word Format entwickelt, so dass hausintern die jeweiligen notwendigen Formulare jederzeit adaptiert und zur Verfügung gestellt werden können.

### 3.4.8. Urkunden

Jede/jeder teilnehmende Ärztin/Arzt oder Institution erhält eine Art Teilnahmebestätigung in Form einer Urkunde im Corporate Design.

### 3.4.9. Berichte

Es wird ein Basislayout im Word Format sowohl für interne als auch für externe Berichte entwickelt. Dabei wird auf ein wieder erkennbares Design Bedacht genommen, das Hauptaugenmerk liegt aber auch hier auf der Praktikabilität.

### 3.4.10. Briefpapier

Ein Layout für ein einheitliches Briefpapier für die Außenkommunikation wird zur Verfügung gestellt. Dies wird in zwei Varianten erfolgen: einerseits elektronisch zum Ausdrucken, andererseits soll der farbliche Teil als Vordruck zur Verfügung stehen und der eigentliche Brief mittels vorgegebenem Word Format eingedruckt. Dies spart vor allem bei großen Mengen Kosten.

### 3.4.11. Visitenkarten

Relevante Netzwerkakteure (Case Management, Care Management, Netzwerkmanagement, etc.) sollen Visitenkarten im Corporate Design erhalten.

## 3.5. Veranstaltungen

Um das Projekt der breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen, sind Eigenveranstaltungen aber auch das Auftreten auf Fremdveranstaltungen unerlässlich. Es empfiehlt sich, bereits vor dem eigentlichen Bundesländerstart mit der Bewerbung zu beginnen, um gleichzeitig mit der Medienarbeit eine breite Awareness für das Thema zu schaffen.

### 3.5.1. Messen

Messen und Veranstaltungen im Gesundheitsbereich bieten eine gute Möglichkeit um das Projekt systematisch den Zielgruppen näher zu bringen. Mögliche Beispiele:

- Frauengesundheitstage
- FemVital
- Seniorenmessen
- Gesundheitsmessen
- Regionale Gesundheitsveranstaltungen

Zur genauen Planung in den einzelnen Bundesländern müssen die jeweiligen Messe- und Veranstaltungskataloge durchgesehen werden.

### 3.5.2. Abschlussveranstaltung Projektentwicklung und Pressekonferenz

An der Projektentwicklung waren viele unterschiedliche Gruppen beteiligt. Um die gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse der Öffentlichkeit vorzustellen und somit die Projektentwicklung zu beenden, wird eine Abschlussveranstaltung mit anschließender Pressekonferenz geplant.

Generell ist angedacht, dass in jedem Bundesland zu Beginn der Umsetzungsphase eine Kick-off-Veranstaltung und eine Pressekonferenz stattfinden.

## 3.6. Pressearbeit

Um die Öffentlichkeit umfassend zu informieren und eine Sensibilität für das Thema zu schaffen, ist es unumgänglich in diversen Medien vertreten zu sein. Dies geschieht in erster Linie durch Artikel, in weiterer Folge aber auch mittels Inseraten. Generell werden das Projekt und „netzwerk aktiv“ in bundesweiten Medien vorgestellt, in der Umsetzungsphase kommen bevorzugt regionale Medien zum Einsatz.

Beispiele für überregionale Magazine:

- Ärzte Woche (Springer Verlag)
- Medical Tribune (Medizin Medien Austria GmbH)
- Ärzte exklusiv
- Ärzte Krone
- Gesund&Vital
- Gesundheit
- Woman

Beispiele für überregionale Tageszeitungen:

- Kronen Zeitung
- Kurier
- Presse
- Standard
- Österreich
- Salzburger Nachrichten

Beispiele für regionale Medien:

- Bezirksjournal
- Bezirkszeitung
- Doktor in Wien
- Heute
- Kleine Zeitung

### 3.6.1. Inserate

Inserate sind ein wichtiges Instrument, um auf Projekte aufmerksam zu machen und diese kompetent zu bewerben. Es empfehlen sich Kooperationen mit regionalen Medien, damit eine Inseratenkampagne über eine bestimmte Zeitspanne geschaltet werden kann. Dies ist einerseits kostengünstiger, andererseits geht aus Erhebungen hervor, dass es mindestens zehn Kontakte bedarf, bis eine Botschaft bei einer Leserin/einem Leser auch wirklich präsent ist. Mit einer solchen Inseratenkampagne einher gehen zumeist zahlreiche redaktionelle Artikel zum Thema.

### 3.6.2. Radio- und Fernsehspots

Ein besonders effizientes Werbemedium stellen Radio und Fernsehen dar. Es empfiehlt sich diese besonders zu Beginn einer Kampagne zu nutzen um breite Aufmerksamkeit zu erregen. Bei der Auswahl der Radiosender ist auf regionale, besonders bei alten Menschen beliebte Sender Bedacht zu nehmen. Weiters empfiehlt es sich, eine entsprechende Finanzierbarkeit vorausgesetzt, einen bundesweiten Spot zu kreieren, der in allen Regionen eingesetzt werden kann.

## 3.7. Weitere Maßnahmen

- Einspielen eines Wartezimmer-TV-Spot

Wenn eine Finanzierung eines Wartezimmerspots möglich ist, soll dieser in allen Einrichtungen der regional vertretenen Krankenkassen, aber auch in diversen Warteräumen abgespielt werden.

- Auflegen von Foldern in Apotheken, bei Ärztinnen/Ärzten, Ambulanzen, Senioreneinrichtungen, Gesundheitsämtern, Pensionistenklubs, Pfarren, Kuranstalten, eigene Einrichtungen, etc.

# KOSTENKALKULATION

# 1. VORSCHLÄGE ZUR HONORIERUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

Im folgenden Kapitel werden Vorschläge für Tarife, eine Projektkostenkalkulation und ein Vorschlag für einen Verteilungsschlüssel zwischen möglichen Kostenträgern dargestellt. Diese dienen als Grundlage für Kostenkalkulationen nach der Abklärung von Variablen im jeweiligen Bundesland. Die derzeitige Kostenkalkulation beruht auf begründeten Annahmen (z.B. Höhe der Tarife), die vor einer Umsetzung noch zu bestätigen und gegebenenfalls zu korrigieren sind. Summen wurden auf 100 gerundet.

Die Inhalte des Kapitels Honorierung beziehen sich auf Vorschläge, die durch Recherchen, Expertenmeinungen oder anhand von Sozialversicherungsvorgaben und Erfahrungen erstellt wurden.

## 1.1. Ausgangssituation

Das österreichische Gesundheits- und Krankenversorgungssystem wird von verschiedenen Kostenträgern finanziert. Chronische Krankheiten verursachen steigende, bereits jetzt hohe Kosten, die von diesen unterschiedlichen Kostenträgern übernommen werden. Im „Ersten Österreichischen Demenzbericht“ konnte aufgezeigt werden, dass durch die ständig steigende Zahl an Demenzerkrankten die Kosten im Rahmen der derzeitigen Regelversorgung, insbesondere Kosten für institutionelle Versorgung, enorm steigen werden.

Die Versorgung von Demenzpatienten findet vor allem in folgenden Bereichen statt:

- Ambulante Versorgung (sowohl medizinisch als auch im Sozial- und Pflegebereich)
- Stationäre Akutversorgung (Komorbiditäten, Stürze, etc.)
- Stationäre Langzeitpflege

Diese Bereiche werden von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert. Um eine Integrierte Versorgung zu ermöglichen, ist es notwendig, die Teilung der Kompetenzen und Finanzierung bestmöglich auszugleichen. Im Rahmen der Umsetzung sollte daher eine Finanzierung zwischen Land und Sozialversicherung angestrebt werden, die dem potenziellen Einsparungspotential in der stationären Langzeitversorgung und dem Mehraufwand im niedergelassenen Bereich Rechnung trägt.

Versorgungsnetzwerke treten in anderen europäischen Ländern als Gesellschaften oder Vereine auf. Diese werden häufig über Budgets oder Kopfpauschalen finanziert und versu-

chen durch Einsparungen mittels Integrierter Versorgung einen Gewinn zu erzielen.<sup>241 242</sup>  
<sup>243</sup> Da beim Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ die Initiative zur Vernetzung nicht von den Leistungserbringern sondern von den Financiers des Gesundheitssystems ausgeht, eignen sich Netzwerkbudgets nur bedingt. Es wird daher auf ein bereits im Disease Management Programm „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ bewährtes Honorierungssystem mittels Pauschalen zurückgegriffen.

## 1.2. Tarifikalkulation für das Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“

Analog zu den bereits entwickelten Disease Management Programmen sind auch für das Projekt „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ Pauschaltarife vorgesehen. Diese Pauschaltarife sollen den administrativen Mehraufwand der patientenführenden Ärztinnen/Ärzten honorieren. Die Tarife gliedern sich in eine Pauschale für die Erstbetreuung von Demenzpatienten im Netzwerk sowie einen Pauschaltarif für die weiterführende, laufende Betreuung pro Quartal. Dieses Konzept umfasst nur Vorschläge für die Tarifgestaltung für patientenführende Ärztinnen/Ärzte. Zur Unterstützung der Netzwerkbildung und Abgeltung eines möglichen Mehraufwands von Pflegediensten können Pauschalen eingeführt werden, welche durch den jeweils betreffenden Financier zu kalkulieren sind.

Im Rahmen der Tarifgestaltung wird ein Schwerpunkt auf die laufende Betreuung gesetzt, da die kontinuierliche Betreuung im niedergelassenen Bereich den Schwerpunkt der Netzwerkversorgung bildet.

## 1.3. Tarif Erstbetreuung (Einschreibung)

Im Rahmen der Erstbetreuung erfolgt eine Abklärung, ob die Patientin/der Patient im Rahmen des Programms betreut werden kann und dies auch wünscht. Außerdem erfolgt eine umfassende Aufklärung der Patientin/des Patienten sowie (falls vorhanden) der Angehörigen über die Teilnahme an der Versorgung im Programm. Darüber hinaus steht die Dokumentation von bestehenden Komorbiditäten sowie das Anlegen der Patientenmappe für das nicht-elektronische Datenmanagement bzw. der Patientenakte im elektronischen Datenmanagementsystem im Vordergrund. Die Übermittlung eines Dokumentationsbogens ist Voraussetzung für die Ausbezahlung der Pauschale.

<sup>241</sup> Güssow (2007) zit. n. Braun, Güssow, Schumann, & Heßbrügge (2009). S. 11

<sup>242</sup> Braun et al. (2009). S. 13

<sup>243</sup> Gröbner & Güssow (2009). S.249 -261

Für die Erstbetreuung werden folgende Leistungen erbracht:

- Abklärung der Ein- und Ausschlusskriterien
- Umfassende Information über die Versorgung und Teilnahme am Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“
- Abklärung des Patientenwunsches zur Einschreibung
- Durchführung der Einschreibung (Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Information der Administrationsstelle über Beitrittswunsch der Patientin/des Patienten)
- Durchführung der Anamnese und Erhebung der medizinischen Versorgungssituation
- Bei Bedarf medizinische Untersuchung (siehe Dokumentation) und Abklärung von Komorbiditäten
- Dokumentation der erhobenen Befunde im Datenmanagementsystem oder bei nicht elektronischem Datenmanagementsystem, Anlegen der Patientenmappe und Dokumentation auf den dafür vorgesehenen Formularen
- Übermittlung eines Dokumentationsbogens (pseudonymisiert)
- Information über weitere Vorgehensweise (Kontakt durch Case Management)
- Ausgabe von Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenunterlagen im Rahmen eines Informationsgespräches

Bei der Kalkulation wurde von folgenden Basiswerten, entsprechend den Kalkulationsvorgaben der Wiener Gebietskrankenkasse (Adaptierung und Aktualisierung des Kalkulationshandbuchs des Hauptverbandes), ausgegangen:

Minutensatz Ärzte: €1,13

Zeitbedarf Ärzte: 44 Minuten

Zuschlag für sonstige Kosten: 5% auf fixe und variable Kosten (z.B. Mehraufwand für Kopien bei nicht elektronischem Datenmanagement)

Eine gleichzeitige Verrechnung der Position ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache sollte für die im Netzwerk eingeschriebenen Patientinnen/Patienten im gleichen Quartal nicht möglich sein. Auch eine gleichzeitige Verrechnung der Pauschale für Erstbetreuung und der Pauschale für die laufende Betreuung im selben Quartal ist nicht möglich.

Auf Basis des Zeitbedarfs ergibt sich für die Erstbetreuung ein Pauschaltarif von 52,21.

Der Schwerpunkt der Betreuung von Demenzerkrankten liegt für Ärztinnen/Ärzte in der Koordination der medizinischen Versorgung, der Behandlung der Demenz sowie der Komorbiditäten. Der Zeitaufwand für die Erhebung der notwendigen Informationen für die Koordinationsaufgaben sowie für Informationstätigkeiten wurde in der Kalkulation entsprechend berücksichtigt. Besondere medizinische Geräte sind für die Erstbetreuung nicht erforderlich.

### 1.3.1. Tarif für die laufende Betreuung

Im Rahmen der Weiterbetreuung wird die Koordinationstätigkeit für die medizinische Versorgung wahrgenommen. Besonders wichtig ist es darüber hinaus den Erfolg der Versorgung zu unterstützen z.B. abklären, ob die Medikamente eingenommen werden und diese vertragen werden.

Folgende Leistungen werden für die Weiterbetreuung erbracht:

- Erhebung des aktuellen Allgemeinzustandes der Patientin/des Patienten im Sinne einer Verlaufsbeobachtung
- Erhebung der zwischenzeitlich erfolgten medizinisch Maßnahmen
- Koordination der medizinischen Versorgung (z.B. notwendige Überweisungen, etc.)
- Adaptierung der Therapie
- Bei Bedarf Abstimmung mit Case Management bzw. mobilen Diensten oder Therapeuten
- Dokumentation im Datenmanagementsystem oder bei nicht elektronischem Datenmanagementsystem in der Patientenmappe (Dokumentation auf den dafür vorgesehenen Formularen), Übermittlung von Kopien an relevante Stellen
- Dokumentation im praxiseigenen Patientenakt, falls eine Implementierung des Datenmanagements in der Arztsoftware nicht möglich ist

Bei der Kalkulation wurde von folgenden Basiswerten, entsprechend den Kalkulationsvorgaben der Wiener Gebietskrankenkasse (Adaptierung und Aktualisierung des Kalkulationshandbuchs des Hauptverbandes), ausgegangen:

Minutensatz Ärzte: €1,13

Zeitbedarf Ärzte: 25 Minuten

Zuschlag für sonstige Kosten: 5% auf fixe und variable Kosten (z.B. Mehraufwand für Kopien bei nicht elektronischem Datenmanagement)

Eine gleichzeitige Verrechnung der Position ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache sollte für die im Netzwerk eingeschriebenen Patientinnen/Patienten im gleichen Quartal nicht möglich sein.

Auf Basis des Zeitbedarfs ergibt sich für die laufende Betreuung ein Pauschaltarif von 29,66.

Eine Abrechnung des Pauschalbetrags für die laufende Betreuung ist maximal einmal pro Quartal möglich. Voraussetzung für eine Abrechnung ist die jährliche Übermittlung des Dokumentationsbogens (jeweils zum Abschluss eines Betreuungsjahres +/- ein Quartal). Trifft der Dokumentationsbogen nicht nach vier (im ersten Jahr) bzw. fünf (in den Folge-

jahren) abgerechneten Quartalen ein, so wird der Tarif für die laufende Betreuung nicht weiter ausbezahlt, bis ein neuerlicher Dokumentationsbogen übermittelt wurde.

## 2. FINANZIERUNG

### 2.1. Grundlagen

Für das vorliegende Projekt ist eine gemeinsame Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung (Bereich Gesundheit, Krankheit und Pflege) sinnvoll. Basierend auf den Ergebnissen des „Ersten Österreichischen Demenzberichts“ sind die meisten Einsparungen in der Demenzversorgung im Bereich stationäre Langzeitpflege durch verzögerte Institutionalisierungen zu erzielen. Im ambulanten Bereich ist allerdings aufgrund der intensiveren und bedarfsgerechten Betreuung der Demenzpatientinnen/-patienten mit einer Mehrbelastung sowohl für die Sozialversicherung als auch für die Länder als Financier der mobilen Dienste zu rechnen.

Demnach sollte die Finanzierung, ähnlich wie bei bereits bestehenden Disease Management Programmen, aus Mitteln der Sozialversicherung und der umsetzenden Länder erfolgen. Gemäß Artikel 31 der Vereinbarung Art. 15a B-VG sollen Projekte Integrierter Versorgung, Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben sowie sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs aus dem gemeinsamen Reformpool finanziert werden.<sup>244</sup>

Die Festlegung der Tarife (Pauschalbeträge) muss in Verhandlungen zwischen der Sozialversicherung und den lokalen Ärztekammern bzw. der österreichischen Ärztekammer erfolgen. Die Tarife der einzelnen Bundesländer sollten eine möglichst geringe Abweichung aufweisen.

### 2.2. Finanzierungsvereinbarung

Um Projekte aus dem Reformpool finanzieren zu können, ist eine Einigung zwischen Land und Sozialversicherung zu treffen. Diese Finanzierungsvereinbarung regelt die Mittelaufbringung und die Mittelabrechnung. Während der Laufzeit der vereinbarten Projekte sind für deren Laufzeit die erforderlichen Mittel in den jeweiligen Budgets der Länder und der Sozialversicherung vorzusehen.

<sup>244</sup> 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Artikel 31, Ziffer 1&2

In der Finanzierungsvereinbarung sind vor allem folgende Inhalte zu berücksichtigen:

- Gegenstand der Vereinbarung
- Bereitstellung der Mittel
- Aufteilungsschlüssel
- Verantwortung für Verwaltung der Projektmittel und das Projektmanagement
- Procedere der Rechnungslegung
- Modalitäten des Berichtswesens
- Festlegung der Evaluierung des Programms anhand der Vorgaben aus dem Konzeptteil Qualitätsmanagement und Evaluierung
- Schlussbestimmungen
- Gültigkeitsdauer

## 3. ERWARTETER NUTZEN DES PROJEKTS „NETZWERK AKTIV - BESSER LEBEN MIT DEMENZ“

### 3.1. Prävalenz und Zielpersonen des Programms

Um die Auswirkungen des Programms „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ bewerten zu können, müssen die Zielgruppe des Programms zahlenmäßig bestimmt werden.

Derzeit wird in Österreich von einer Anzahl von rund 100.000 Demenzpatientinnen/-patienten ausgegangen, welche bis 2050 auf 270.000 anwachsen wird. Derzeit werden annähernd 30% der geschätzten 100.000 Demenzerkrankten mit Antidementiva versorgt und können so im Gesundheitssystem identifiziert werden.<sup>245</sup>

Da aus verschiedenen Gründen (Stadium und Schweregrad der Erkrankung, mangelnde Bereitschaft zur Diagnosestellung und fehlende Facharztkontakte zur Verordnung der Antidementiva) nicht alle Demenzerkrankten Antidementiva erhalten, kann nur ein Teil der Patientinnen/Patienten über Abrechnungsdaten identifiziert werden. Eine Ableitung der erreichbaren Zielgruppe von den identifizierten Demenzerkrankten ist schwierig, weil angenommen werden muss, dass durch die Netzwerkversorgung und die Sensibilisierung für das Thema Demenz viele Demenzpatientinnen/-patienten in das Netzwerk aufgenommen werden, die bislang nicht medikamentös versorgt wurden.

Um einen entsprechenden ökonomischen Effekt zu erzielen und einen sinnvollen Einsatz der Projektkosten sicherstellen zu können, sollte die Beteiligung zumindest 30% der ge-

<sup>245</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 18

schätzten Demenzpatientinnen/-patienten aus dem Jahr 2007 (100.000) betragen. Dieser Wert entspricht ungefähr dem der identifizierbaren Demenzerkrankten in Österreich.

Die folgenden Kalkulationen beziehen sich demnach auf 30.000 Patientinnen/Patienten, welche in Netzwerken in 9 Bundesländern versorgt werden.

## 3.2. Nutzen

Der Nutzen des Projekts wurde bereits im Konzeptteil „Netzwerk- und Organisationsbeschreibung“ dargestellt. Als Nutzen bezogen auf die Projektkosten wird primär erwartet, dass die Mittel für die Demenzversorgung bedarfsgerechter eingesetzt werden und durch eine gezielte Mittelverwendung eine Qualitätssteigerung zu erzielen ist. Durch die steigende Anzahl an Demenzpatientinnen/-patienten ist insgesamt betrachtet keine Kostensenkung zu erwarten. Aufgrund von verzögerten dauerhaften Institutionalisierungen und eine abgestimmte Versorgung mit weniger unkoordinierten Arztkontakten sind aber positive Kosteneffekte pro Fall zu erwarten.

Um den Nutzen des Programms fundiert abbilden zu können und die finanziellen Auswirkungen messen zu können, wurden Grundlagen für eine Evaluation entwickelt. Diese sind im Konzeptteil „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ ausgeführt und sollen durch eine externe gesundheitsökonomische Evaluation ergänzt werden.

# 4. ERWARTETE KOSTEN DES PROJEKTS „NETZWERK AKTIV - BESSER LEBEN MIT DEMENZ“

## 4.1. Kostendarstellung (Erläuterung der Positionen der Kostenkalkulation)

Die wichtigsten Kostenfaktoren sind nachstehend erläutert und bewertet.

### 4.1.1. Vernetzung

#### 4.1.1.1. Projektleitung (strategisch)

Die Umsetzung des Programms „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ soll auf Landesebene erfolgen. Um hier übergeordnete strategische Entscheidungen treffen zu können, wurde eine Person der Leitungsebene im ersten Jahr mit 8 Stunden und in den Folgejahren mit vier Stunden pro Monat kalkuliert.

#### 4.1.1.2. Netzwerkmanagement und Care Management

Das Netzwerkmanagement ist gemeinsam mit dem Care Management für die operative Projektleitung vorgesehen. Wie in den vorangegangenen Konzeptteilen dargestellt, gibt es Überschneidungen und Berührungspunkte in den Aufgabenbereichen von Netzwerkmanagement und Care Management. Daher wird eine Umsetzung in Personalunion vorgeschlagen. Pro Netzwerk (Bundeslandebene) wurde in der Kalkulation davon ausgegangen, dass ein Vollzeitäquivalent verteilt auf 40% für Netzwerkmanagement und 60% für Care Management zur Organisation eines Netzwerks in der dargestellten Größe ausreicht. Kalkuliert wurde mit einer Einreihung in der Gehaltsgruppe E III.

#### 4.1.1.3. Administration und Projekthotline

Die Durchführung der Administrationstätigkeiten (z.B. Patienteneinschreibung, Abrechnung, etc.) sowie das Betreuen der Projekthotline (Administrative Anfragen, Abrechnung, Anfragen zur Einschreibung, Anfragen zum Projektinhalt) können vom Netzwerkmanagement an Administrationsmitarbeiterinnen/-mitarbeiter weitergegeben werden. Nach einer entsprechenden Anlaufphase mit höheren Kosten pro Patientin/Patient (z.B. durch eine höhere Frequenz der Projekthotline bei weniger Patientinnen/Patienten) ist von rund 3,50 Euro pro Patientin/Patient und Jahr auszugehen.

#### 4.1.1.4. Schulungen (Basis, Netzwerktreffen, Qualitätszirkel)

##### Basisschulung Teil I E-Learning

Um eine möglichst einfache und kostengünstige Durchführung der Administrationsschulung sicherzustellen, soll dieser Teil durch ein E-Learning abgedeckt werden. Die Entwicklungskosten hierfür belaufen sich auf rund 10.000,- Euro und wurden aus dem CCIV Budget gedeckt. Für den Betrieb sowie für laufende Anpassungen ist mit Kosten von rund 3.000,- Euro pro Jahr zu rechnen. Dieser Teil des E-Learnings kann österreichweit genutzt bzw. bei Bedarf an kleine Bundesländerunterschiede angepasst werden. Das Zusatzmodul „Medizinische Leitlinie“ für Ärztinnen/Ärzte wird über die Akademie der Ärzte angeboten. Derzeit sind dafür keine Kosten zu erwarten.

##### Basisschulung Teil II Präsenzschiilung

Der zweite Teil der Netzwerkschulung soll laut Schulungskonzept als Präsenzschiilung abgehalten werden. Diese Schulungen sollen nach Möglichkeit jeweils pro Teilregion durchgeführt werden. Für eine Präsenzschiilung sind Kosten von ca. 1.600,- Euro kalkuliert. Diese enthalten Kosten für Unterlagen, Getränke und eine Aufwandsentschädigung für Vortragende.

##### Netzwerktreffen

Netzwerktreffen sollen einmal pro Jahr und Teilregion stattfinden und moderiert werden. Um Kosten bei der Durchführung zu sparen, sollen diese entweder in den Räumlichkeiten der Netzwerkpartner, der Sozialversicherung oder des kooperierenden Bundeslandes stattfinden. Pro Netzwerktreffen kann von Kosten in der Höhe von 1.500,- Euro ausgegangen werden. Diese enthalten Kosten für Unterlagen, Moderation und Organisation.

## Qualitätszirkel

Qualitätszirkel werden im DMP Diabetes mellitus Typ 2 durch DMP-Ärztinnen/-Ärzte organisiert und durchgeführt. Diese erhalten dafür eine Abgeltung durch die Ärztekammer. Da im Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ auch Qualitätszirkel unter Beteiligung von weiteren Berufsgruppen vorgesehen sind, wird vorgeschlagen, dass zwei der geplanten vier Qualitätszirkel pro Teilregion und Jahr durch das Netzwerkmanagement organisiert und von Case Managerinnen/Case Managern moderiert werden. Hierfür kann von Kosten in der Höhe von rund 550,- Euro pro Zirkel für Unterlagen und Organisation ausgegangen werden.

### 4.1.2. Medizinisch-therapeutische Komponenten

#### 4.1.2.1. Netzwerk-Honorierung für Ärztinnen/Ärzte verschiedener Fachgruppen

Für das Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ sind Pauschaltarife für die Erstbetreuung und die weiterführende laufende Betreuung bei patientenführenden Ärztinnen/Ärzten vorgesehen. Diese können bei Inanspruchnahme durch die Patientin/den Patienten einmal pro Quartal abgerechnet werden. Die Tarifvorschläge wurden im Kapitel 1.2 dargestellt.

Nach einer entsprechenden Anlaufphase ist bei einer österreichweiten Umsetzung mit folgenden jährlichen Zusatzkosten zu rechnen. Angenommen wird, dass pro Quartal 1.250 Personen dem Netzwerk neu beitreten und diese daher entsprechend weniger Folgebetreuungsquartale im Beitrittsjahr in Anspruch nehmen.

Bezeichnung	Tarif	Quartale	Anzahl	Kosten
Erstbetreuung	52,21		5.000	261.150,--
Laufende Betreuung bestehender Patientinnen/Patienten und verbleibende Quartale bei Neuzugängen	29,66	4	25.000	2.966.000,--
	29,66	3	1250	111.263,--
	29,66	2	1250	74.175,--
	29,66	1	1250	37.088,--
<b>Gesamt</b>				<b>3.450.700,--</b>

Tabelle 93 Laufende Kosten Honorierung

In den ersten Jahren sind aufgrund von geringern Patientenzahlen wesentlich weniger Kosten zu erwarten. Die hier dargestellten Kosten sind nach sechs bis sieben Projektjahren für 30.000 eingeschriebene Patientinnen/Patienten österreichweit zu erwarten.

#### 4.1.2.2. Ambulanzen

Kosten für Gedächtnisambulanzen und andere nicht spezialisierte Spitalsambulanzen fallen bereits derzeit an. Ziel ist es, unkoordinierte Patientenkontakte zu senken und Nahtstellen zwischen den Ambulanzen und den betreuenden niedergelassenen Akteurinnen/Akteuren zu verbessern. Obwohl eine Steigerung der Frequenzen durch vermehrte Demenzdiagnosestellungen auch in den Ambulanzen möglich ist, ist durch die Einsparungen bei unkoordinierten Besuchen und nicht notwendigen Doppeluntersuchungen (Informations- und Datenmanagement) insgesamt keine Erhöhung der Kosten zu erwarten.

#### 4.1.2.3. Krankenhäuser

Krankenhäuser sind als Leistungserbringer der Versorgungsebene drei auch als Netzwerkpartner für die Versorgung aber auch die möglichst frühzeitige Erkennung von Demenzpatientinnen/-patienten vorgesehen. Eine Abrechnung erfolgt wie bisher. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten der stationären Krankenbehandlung in Akutkrankenanstalten für Demenzpatienten zurückgehen, da diese aufgrund der besseren Versorgung im niedergelassenen Bereich weniger häufig zur Entlastung der Angehörigen eingewiesen werden. Darüber hinaus stehen den Krankenhäusern mehr Informationen über die bisherige Versorgung der Demenzerkrankten zur Verfügung, die eine Kontinuität in der Versorgung ermöglichen. Hierdurch sollten unnötig verlängerte Krankenhausaufenthalte sowie Heimeinweisungen, welche aufgrund einer unterbrochenen Demenztherapie und dem Ortswechsel ins Krankenhaus zu Stande kommen, verhindert werden.

#### 4.1.2.4. Therapeutinnen/Therapeuten

Eine eventuelle Abrechnung von Therapeutinnen/Therapeuten im Netzwerk erfolgt wie bisher. Durch Mitgliedschaft dieser Berufsgruppe verändern sich die Kosten bzw. die Finanzierung nicht. Änderungen sind im Bereich der Qualität zu erwarten, da durch gezielte Information über die Patientin/den Patienten eine Qualitätssteigerung bei der Versorgung zu erwarten ist.

#### 4.1.2.5. Medikation

Im Krankheitsverlauf können die jeweils entsprechenden Antidementiva eine Wirkung auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den Allgemeinzustand der Patientin/des Patienten haben.<sup>246</sup> Dadurch kann eine Versorgung im niedergelassenen Bereich länger möglich und für die Pflegepersonen weniger belastend sein. Auswertungen der WGKK zeigen, dass bereits zwischen 2004 und 2007 ein Trend zu mehr Verordnungen und somit zu einer Kostensteigerung gegeben ist.<sup>247</sup> Durch die Netzwerkversorgung wird nach einigen Jahren Anlaufzeit, die möglichst frühzeitige Diagnose der Demenzerkrankung angestrebt. Damit einher geht auch die Annahme, dass durch eine frühere Diagnose und eine leitliniengerechte Behandlung die Kosten für Demenzmedikamente steigen werden. Insbesondere durch die medizinische Leitlinie sowie die bessere Koordination im niedergelassenen Bereich wird erwartet, dass ein größerer

<sup>246</sup> Medizinische Leitlinie für das Projekt „netzwerk aktiv“

<sup>247</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). Teil 2. S. 60

Anteil an Patientinnen/Patienten als bisher Verordnungen zur Deckung des Jahresbedarfs erhalten.

#### 4.1.2.6. Zusätzliche Untersuchungen

Im Programm „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ sind keine zusätzlichen Untersuchungen vorgesehen. Eine Vergütung kann entsprechend der Regelversorgung erfolgen.

#### 4.1.2.7. Medizinische Leitlinie und Darstellung des Versorgungspfads

Im Rahmen der Entwicklung des Programms „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ wurde die Erstellung einer medizinischen Leitlinie beauftragt. Ergänzend dazu wurde aus dem Projektkonzept und den Eckpunkten der medizinischen Leitlinie ein Versorgungspfad erstellt. Beide Dokumente dienen als Grundlage für die Netzwerkversorgung und sind im Rahmen der Netzwerkversorgung verpflichtend zu verwenden. In begründeten Fällen kann und muss allerdings von den Vorgaben abgegangen werden, was entsprechend zu dokumentieren ist. Die medizinische Leitlinie ist Bestandteil der Basisschulung für Ärztinnen/Ärzte. Der Versorgungspfad ist Bestandteil der allgemeinen Basisschulung für alle Gesundheitsdienstleister im Netzwerk. Insbesondere durch die Verwendung der medizinischen Leitlinie ist mit einer höheren Anzahl an Diagnosen sowie an mit Medikamenten versorgten Patientinnen/Patienten und einer damit verbundenen Kostensteigerung zu rechnen. Durch den Versorgungspfad können die Patientinnen/Patienten koordiniert versorgt werden, wodurch nach einer Anlaufphase mit einer Kostensenkung zu rechnen ist.

#### 4.1.2.8. Anbindung an bestehende Bewegungsprogramme

Da körperliche Aktivität zum Erhalt der Alltagsfunktionen, Beweglichkeit und Balance beitragen kann und als Methode zur positiven Beeinflussung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz empfohlen wird, ist die Anbindung an bestehende Bewegungsprogramme wie z.B. „BEWEGT GESUND“ der WGKK möglich. Da die Angebotsstruktur in den einzelnen Bundesländern sehr variiert, wurde dieser Aspekt nicht in der Kostenkalkulation berücksichtigt.

### 4.1.3. Sozial- und Pflegekomponenten

#### 4.1.3.1. Case Management

Das Case Management dient als individuelle und bedarfsbezogene Unterstützungskomponente für Patientinnen/Patienten und deren Angehörige bzw. Bezugspersonen im Netzwerk. Für das Case Management können entweder bestehende Strukturen (SV intern oder SV extern) genutzt oder neue aufgebaut werden. Die Herangehensweise bleibt den umsetzenden Bundesländern überlassen, wobei auf eine konzeptgetreue Umsetzung zu achten ist. Für die Kalkulation wurde basierend auf Expertenmeinungen davon ausgegangen, dass

- 40% der Patientinnen/Patienten im Netzwerk ein Case Management gemäß Case Management-Regelkreis und die verbleibenden 60% lediglich Beratungsleistungen benötigen

- eine Case Managerin/ein Case Manager rund 50 Patientinnen/Patienten im Case Management und 75 in einem Beratungsverhältnis betreuen kann
- die Honorierung der Case Managerinnen/Case Manager eines Dienstpostens der Einreihung D I innerhalb der Sozialversicherung entspricht.

Das für ein funktionierendes Case Management notwendige Care Management wird im Regelfall nicht von den Case Managerinnen/Case Managern durchgeführt, sondern von einer Care Managerin/einem Care Manager. Es ist davon auszugehen, dass durch eine übergeordnete Bündelung des Care Managements weniger Ressourcen verbraucht und Synergieeffekte genutzt werden können. Bei sehr kleinen Umsetzungsregionen mit wenigen Patientinnen/Patienten wäre eine gemeinsame Durchführung des Case und Care Managements denkbar.

#### 4.1.3.2. Mobile Dienste

Mobile Dienste sind ein wichtiger Bestandteil der Versorgung von Demenzpatientinnen/-patienten im niedergelassenen Bereich. Da diese im Zuständigkeitsbereich der Länder agieren, wurden in der Projektkostenkalkulation mögliche Mehraufwände nicht berücksichtigt. Diese sind bei Bedarf und nach Abstimmung mit dem betreffenden Land zu ergänzen.

#### 4.1.3.3. Betreuungs- und Beratungshotline

Bei Betreuungs- und Beratungshotlines haben Patientinnen/Patienten sowie Angehörige und Bezugspersonen die Möglichkeit, rasch Antworten auf (dringende) Fragen zu erhalten. Die Ausgestaltung sowie fachliche Besetzung einer Hotline wurde im Konzeptteil „Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenempowerment“ beschrieben. Da eine Einrichtung einer Beratungshotline nur für das Netzwerk aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu empfehlen ist, ist eine Kooperation mit bereits bestehenden Hotlines anzudenken. Da hier eventuelle Kosten nicht abgesehen werden können, wurden diese in der Kalkulation nicht berücksichtigt.

### 4.1.4. Informationsinstrumente und Empowerment

#### 4.1.4.1. Informationsveranstaltungen und Marketing

Informationsveranstaltungen werden vor allem zu Projektbeginn, aber auch in weiterer Folge zur Vergrößerung des Netzwerks eingesetzt. Diese sollen im Rahmen von ca. ein bis zwei Stunden über das Netzwerk informieren und mehr Netzwerkpartner bzw. Patientinnen/Patienten für das Netzwerk gewinnen. Zusätzlich zum Personalaufwand (Netzwerkmanagement/Care Management) kann mit Kosten von ca. 200,- Euro für Getränke, Musterbrochüren und Raummiete gerechnet werden.

Darüber hinaus ist mit Aufwand für Inserate (4 Inserate pro Jahr zu je ca. 900,- Euro), Urkunden für Akteurinnen/Akteure (ca. 4,- Euro pro Stück), Projektfolder (0,20 Euro pro Stück), Briefpapier (0,03 Euro pro Stück) und Visitenkarten (0,35 Euro pro Stück) kalkuliert worden. In den ersten beiden Jahren der Kalkulation für ein Pilotprojekt wurden Kosten für

die Produktion von CDs mit Unterlagen über das Netzwerk für Akteurinnen/Akteure berücksichtigt.

Zusätzlich soll mit Artikeln in diversen Zeitschriften auf das Programm aufmerksam gemacht werden. Diese werden durch das Netzwerkmanagement bzw. Care Management erstellt und sind somit durch die regulären Personalkosten abgedeckt und müssen nicht separat im Budget berücksichtigt werden.

#### 4.1.4.2. Homepage

Es ist mit einem Anpassungsaufwand von insgesamt 160 Stunden pro Jahr sowie Betriebskosten von 10 % der Errichtungskosten (rund 700,- Euro) zu rechnen. Diese sind im Budget des CCIV vorzusehen.

#### 4.1.4.3. Formulare, Begrüßungsschreiben

Für den Druck der Begrüßungsschreiben und der Kuverts sowie das Kuvertieren und Versenden wurden 1,56 Euro pro Schreiben kalkuliert.

#### 4.1.4.4. Dokumentationsbögen

Die Dokumentation wird voraussichtlich anfangs auf Papier erfolgen, soll aber sobald als möglich elektronisch durchgeführt werden. Dokumentationsbögen sind bei Netzwerkeintritt der Patientinnen/Patienten sowie jedem abgeschlossenen Betreuungsjahr zu übermitteln. Um mögliche Kosten durch eine Papierdokumentation zu berücksichtigen, wird vorgeschlagen, in den ersten beiden Projektjahren jeweils Kosten für einen Dokumentationsbogen (ca. 0,2 Euro) sowie für die Erfassung der Dokumentationsbögen (3,- Euro pro Bogen) zu kalkulieren. Bei Verwendung eines elektronischen Datenmanagements oder von elektronischen übermittelten Dokumentationsbögen entfallen diese Kosten.

#### 4.1.4.5. Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenunterlagen

Für Patientinnen/Patienten sind im Empowermentkonzept Unterlagen beschrieben, welche innerhalb eines Informationsgespräches bedarfsgerecht übergeben werden sollen. Diese umfassen eine Sammelmappe, Basisinformation für Patientinnen/Patienten, Basisinformation für Angehörige, Zusatzinformationen sowie Merkblätter. Mit Ausnahme der Merkblätter bilden diese Unterlagen zusammengesetzt ein flexibles Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenhandbuch, das mit Hilfe der Mappe individuell gestaltet werden kann. Da zum Zeitpunkt der Budgetkalkulation der Umfang der Unterlagen im Layout noch nicht zur Gänze abgeschätzt werden konnte, wurde eine vorsichtige Kostenschätzung vorgenommen. Es ist mit Kosten von ca. 23,- Euro pro Patientin/Patient zu rechnen.

#### 4.1.4.6. Netzwerk-Informationskarte

Um Netzwerkpatientinnen/-patienten einfach erkennen zu können und die wichtigsten Kontaktinformationen (patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt, Case Manage-

ment, Netzwerkmanagement) einfach zugänglich zu machen, sollen die Patientinnen/Patienten eine Karte im Kreditkarten-Format mit diesen Informationen vom Case Management im Rahmen des ersten Besuchs erhalten. Solange kein elektronisches Datenmanagementsystem besteht, wird vorgeschlagen, dass Patientinnen/Patienten eine Kartenhülle erhalten, in welcher sie die „netzwerk aktiv“-Karte gemeinsam mit ihrer e-card aufbewahren können. Pro Patientin/Patient wird hierfür mit maximalen Kosten von 3 Euro gerechnet. Diese wurden in der Kalkulation dem Punkt Patientinnen-/Patienten- und Angehörigenunterlagen zugerechnet.

#### 4.1.4.7. Unterlagen für Akteurinnen/Akteure

Die Unterlagen für Akteurinnen/Akteure werden elektronisch verbreitet. Diese können online im Mitgliederbereich der Homepage bezogen werden bzw. werden auf einer CD zur Verfügung gestellt und mittels Begleitbrief versandt. Diese Vorgehensweise spart Druckkosten und erleichtert die tägliche Arbeit der Akteurinnen/Akteure, da alle nötigen Unterlagen sofort und (jeweils bei Bedarf) verarbeitbar zur Verfügung stehen. Darüber hinaus steht es den umsetzenden Bundesländern frei, auch Drucksorten zur Verfügung zu stellen. Die Kosten für die Erstellung einer CD belaufen sich auf ungefähr 4,45 Euro (Brennen, Bekleben, Deckblatt für die Hülle). Druck, Kuvertieren und Versenden des Begleitschreibens mit der CD wurden mit 1,2 Euro kalkuliert. Für die Produktion einer Taschenform der medizinischen Leitlinie wird mit 5,- Euro gerechnet. Um eine entsprechend hohe Teilnahmebereitschaft bei Akteurinnen/Akteuren zu erreichen, wird vorgeschlagen, diese CD mit Begleitschreiben zu Projektstart an jene potentiellen Teilnehmer und Institutionen als Marketingmaßnahme zu versenden, die für das Projekt angeworben werden sollen.

#### 4.1.4.8. Angehörigenschulungen

Angehörigenschulungen werden derzeit von karitativen Organisationen sowie vom Verein Alzheimer Angehörige Austria angeboten. Im Netzwerk soll hier eine Kooperation aufgebaut werden und auf das zusätzliche Angebot derartiger Schulungen nach Möglichkeit verzichtet werden.

### 4.1.5. Datenverarbeitung

#### 4.1.5.1. Administrationssoftware

Für die Administration des Netzwerks ist die Verwendung der Software der Disease Management Programme in angepasster Form angedacht. Hierbei ist bundesweit ein gemeinsames Vorgehen notwendig.

Die Anpassungen der Software sind umfangreicher als bei einer Anpassung für ein weiteres Disease Management Programm, da pro Patientin/Patient mehreren Akteurinnen/Akteuren (Ärztin/Arzt, Case Managerin/Case Manager, mobile Dienste etc.) anstatt bisher nur der einschreibenden Ärzten/dem einschreibenden Arzt zugeordnet werden müssen. Basierend auf einer Kostenkalkulation von Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH wird für die Anpassung von Kosten in der Höhe von 230.400,- Euro ausgegangen.

Für den Betrieb der angepassten Administrationssoftware wird eine Kostensteigerung gegenüber den derzeitigen Betriebskosten für die Administrationssoftware des Disease Management Programms ausgegangen. Grund für die Kostensteigerung ist, dass durch die umfangreichere Gestaltung des Programms auch mit mehr Korrekturen und Wartungsarbeiten zu rechnen ist. Eine Kostenschätzung für die Betriebskosten der Administrationssoftware ist laut Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH derzeit nicht möglich.

Analog zu bereits bestehenden Disease Management Programmen ist eine Integration des Programms in das e-card-System für einen reibungslosen Betrieb innerhalb der EDV-Landschaft der Sozialversicherung, mit den Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern und für die Abrechnung und Evaluierung Voraussetzung. Diese Anpassungen sind von der SVC durchzuführen und dort im e-card-Budget zu berücksichtigen.

#### 4.1.5.2. Datenmanagement

Ziel ist es, für das Netzwerk eine in jedem umsetzenden Bundesland anwendbare und praktikable elektronische Datenmanagementlösung zu finden. Hierfür ist es notwendig, dass eine gemeinsame Entscheidung und Finanzierung auf übergeordneter Ebene veranlasst wird. Um zeitgerecht mit der Umsetzung des Projekts „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ starten zu können, wurde eine Papierlösung mittels Patientenmappen konzipiert. Im Jahr des Netzwerkbeitritts ist hierfür mit rund 5,- Euro pro Patientin/Patient zu rechnen, für Folgejahre mit zusätzlichen jährlichen Formularkosten von 0,20 Euro.

#### 4.1.5.3. Case Management Software

Das Case Management benötigt zur Ausführung seiner Aufgaben eine Software zur Dokumentation der Case Management bezogenen Patientendaten bzw. Arbeitsschritte. Da in den einzelnen Bundesländern bereits Case Management-Strukturen vorhanden sind und den umsetzenden Bundesländern freigestellt wird, wo und in welcher Organisationsform das Case Management angesiedelt wird, wurden keine Kosten für diese Software kalkuliert. Sollte auf keine bestehende Softwarelösung zurückgegriffen werden können, so müssen eventuelle Kosten in die Projektkostenkalkulation mit aufgenommen werden.

#### 4.1.5.4. Evaluation

Die Anforderungen an eine Evaluation des Netzwerks wurden im Konzeptteil „Qualitätsmanagement und Evaluierung“ dargestellt. Viele der aufgelisteten Parameter können sozialversicherungsintern durch Auswertungen aus FOKO oder LEICON abgedeckt werden. Für zusätzliche Erhebungen sowie die Berichtserstellung ist mit rund 9,- Euro pro Patientin/Patient zu rechnen.

Teile der Evaluation sollen mittels einer externen gesundheitsökonomischen Evaluation abgedeckt werden. Dies bietet den entscheidenden Vorteil, dass eine Bewertung von unabhängiger Stelle durchgeführt wird und eine umfassende Kosten-Nutzen-Darstellung zur Entscheidung über einen Regelbetrieb zur Verfügung steht.

## 4.2. Finanzbedarf (Gesamtkalkulation)

### 4.2.1. Kalkulation nach Anlaufphase

Stelle	Kosten
<b>Netzwerkstruktur</b>	
Projektleitung (strategisch)	17.300 €
Netzwerkmanagement (operative Projektleitung) und Care Management	643.800 €
Projektassistentz (VZÄ CIII)	413.646 €
Administration (Einschreibung und Verrechnung)	74.300 €
<b>Laufende Fortbildungsmaßnahmen</b>	
Basisschulung	17.000 €
Netzwerktreffen	41.400 €
Qualitätszirkel	29.500 €
<b>Medizinische Leistungen</b>	
Betreuung 1. Jahr (5000)	261.100 €
Laufende Betreuung (25000 plus jeweils 1250 der 5000 pro fortschreitendem Quartal)	3.188.500 €
<b>Pflege- und Sozialbetreuung</b>	
Case Management (für 40% der Patienten - Rest nur einfache Beratung)	12.769.100 €
Erweiterung bestehender Hotline	- €
<b>Printmedien und Marketing</b>	
Informationsveranstaltungen und Marketing	173.200 €
Homepage	6.200 €
Begrüßungsschreiben	7.800 €
Patientenunterlagen	129.000 €
Unterlagen für Akteure	2.100 €
<b>Datenverarbeitung</b>	
Administrationssoftware (Betrieb)	- €
Datenmanagement (nicht elektronisch)	31.000 €
Case Management Software (Betrieb)	- €
Dokumentationsbögen (nur bei nicht elektronischem Datenmanagement)	- €
Evaluation	270.000 €
<b>Summe</b>	<b>18.074.900 €</b>
<b>Kosten pro Patient und Jahr</b>	<b>602 €</b>

Tabelle 94 Projektkosten laufender Betrieb österreichweit

Diese Kostenkalkulation bezieht sich auf den laufenden Betrieb von neun Netzwerken in Österreich mit einer Patientenzahl von insgesamt 30.000 nach einer Anlaufphase von mindestens fünf Jahren.

## 4.2.2. Kosten für Projekterrichtung

Die Kosten pro Patientin/Patient sind zu Beginn des Projekts etwas höher, da in der Aufbauphase trotz gleichem Personalaufwand für die Netzwerkstruktur noch weniger Patientinnen/Patienten versorgt werden können. Außerdem können Kosten für die Anschaffung von Sturkturvoraussetzungen (z.B. Software- und Datenmanagementlösungen), welche unabhängig von der Patientenzahl zu betrachten sind, in dieser Phase anfallen.

Folgende Kostenkalkulation für die Umsetzung des Pilotprojekts wurde beispielhaft anhand eines Bundeslandes erstellt. Die Pilotierung wurde auf fünf Jahre angelegt.

	Projektjahr 1 300 Patienten	Projektjahr 2 700 Patienten	Projektjahr 3 1700 Patienten	Projektjahr 4 2700 Patienten	Projektjahr 5 3700 Patienten	Kumulierte Projektkosten für 5 Jahre
<b>Leistungen</b>						
Patienten gesamt	300	700	1700	2700	3700	
davon neu	300	400	1000	1000	1000	
<b>Akteure gesamt</b>	30	130	170	200	220	
davon neu	30	100	40	30	20	
Projektleitung (strategisch)	3.838 €	1.919 €	1.919 €	1.919 €	1.919 €	11.514 €
Netzwerkmanagement (operative Projektleitung) und Care Management	71.536 €	71.536 €	71.536 €	71.536 €	71.536 €	357.679 €
Projektabstimmung (VZÄ CIII)	45.961 €	45.961 €	45.961 €	45.961 €	45.961 €	229.803 €
Administration des Projekts	2.214 €	2.915 €	5.535 €	6.303 €	10.262 €	27.229 €
Betrieb Administrationssoftware in angepasster Version	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<b>Case Management</b>	34.051 €	249.707 €	601.567 €	1.055.580 €	1.509.593 €	3.450.499 €
Arzthonorare einmalig und laufend für Fallführung etc. Erweiterung bestehender Hotline	15.663 €	74.272 €	179.748 €	298.388 €	417.028 €	985.099 €
<b>Informationsveranstaltungen und Marketing</b>	24.550 €	18.362 €	18.591 €	19.826 €	19.246 €	100.575 €
Formulare, Begrüßungsschreiben	515 €	686 €	1.716 €	1.607 €	1.591 €	6.115 €
Patientenunterlagen	7.740 €	10.320 €	25.800 €	25.800 €	25.800 €	95.460 €
Unterlagen für Akteure	100 €	463 €	361 €	270 €	178 €	1.372 €
<b>Nicht-elektronisches Datenmanagement</b>	1.620 €	2.220 €	5.540 €	5.740 €	5.940 €	21.060 €
Dokumentationsbögen	960 €	2.240 €	0 €*)	0 €*)	0 €*)	0 €*)
<b>Kosten Basisschulung (Annahme: 3 Teilregionen)</b>	2.312 €	7.694 €	6.139 €	4.585 €	4.585 €	25.315 €
Kosten Netzwerktreffen (Annahme: 3 Teilregionen)	4.602 €	4.602 €	4.602 €	4.602 €	4.602 €	23.008 €
Kosten Qualitätszirkel (Annahme: 3 Teilregionen)	545 €	3.272 €	3.272 €	3.272 €	3.272 €	13.635 €
<b>Evaluation</b>	5.085 €	2.476 €	6.242 €	9.974 €	18.686 €	42.463 €
<b>Summe</b>	<b>221.300 €</b>	<b>498.600 €</b>	<b>978.500 €</b>	<b>1.555.400 €</b>	<b>2.140.200 €</b>	<b>5.394.000 €</b>
Kosten pro Patient	738 €	712 €	576 €	576 €	578 €	1.458 €

Tabelle 95 Projektkosten Bundeslandbeispiel<sup>\*)</sup>

<sup>\*)</sup> Es wurde angenommen, dass nach entsprechender Anlaufphase auf Papier-Dokumentationsbögen verzichtet werden kann. Daher entstehen nur in den ersten beiden Jahren Kosten für die Erstellung und Erfassung von Dokumentationsbögen.

# GLOSSAR

## Adherence

Adherence ist die aktive Beteiligung der Patientin/des Patienten am Prozess der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung. Entgegen der mit Compliance ausgedrückten Hoffnung auf passives Befolgen von Arztanweisungen wird mit Adherence die von der Patientin/vom Patienten gesteuerte Auswahl unter geeigneten gesundheitsförderlichen und -wiederherstellenden Strategien und Verhaltensweisen betont. Adherence unterstützt insbesondere die selbstkontrollierte Bewältigung chronischer Krankheiten im individuellen psychosozialen Kontext.<sup>248</sup>

## Ambulanter Bereich

Der ambulante Bereich umfasst die ärztliche und pflegerische Versorgung außerhalb von stationären Einrichtungen, insbesondere in den Spitalsambulanzen der Akutkrankeanstalten, in selbstständigen Ambulatorien (SV-eigene Einrichtungen sowie Vertragsinstitute) sowie durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen und mobile Dienste.<sup>249</sup>

## Ausbildung

Der Begriff Ausbildung bezeichnet die Vermittlung von Wissen zum Erwerb von grundlegenden Fachkenntnissen als Voraussetzung für die Ausübung eines Berufs (z.B. Medizinstudium, Krankenpflegeausbildung, Pflegehilfe usw.).

## Bundesqualitätsleitlinien

Mit Bundesqualitätsleitlinien wird das Ziel verfolgt, Standards für die Patientenbetreuung bei einem speziellen Gesundheitsproblem oder einem organisatorischen Problem zu definieren, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Bundesqualitätsleitlinien orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten, privater Betreuungspersonen, Angehörigen und der praktischen Anwendung. Sie gehen daher über die rein medizinische Versorgung hinaus.

## Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG)<sup>250</sup>

Das Tool BIG (Business Intelligence im Gesundheitswesen) des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unterstützt durch eine Bündelung von Daten und Informationen das Management und die Fachleute der KV-Träger bei der Gewinn-

<sup>248</sup> Haisch et al. (1999). S. 14

<sup>249</sup> Gesundheit Österreich GmbH (ÖBIG) (Hrsg.) (2009). S. 29.

<sup>250</sup> Ganjezadeh-Rouhani, A. (2010).

nung von Erkenntnissen. Es stellt somit die Grundlage für Planungs-, Steuerungsmaßnahmen und zweckmäßige Entscheidungen dar.

### Care Management

Unter Care Management werden alle Entwicklungs- und Koordinierungsmaßnahmen verstanden, die grundlegende Rahmenbedingungen schaffen, damit im Einzelfall die Betreuung mit den notwendigen Leistungen optimal und möglichst effizient erbracht werden kann.<sup>251</sup>

„Care Management (Versorgungsmanagement) soll die Kooperation zwischen den Akteuren der Gesundheits-, Sozial- und Versicherungsinstitutionen verbindlich und dauerhaft strukturieren, um insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen, sektoren- und disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu steuern bzw. zu rationalisieren. Dabei geht es um die Vermeidung von Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Care Management hat die Optimierung der Versorgung im jeweiligen Bereich zum Ziel.“<sup>252</sup>

### Case Management

Case Management ist ein Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass während des gesamten Krankheits- oder Betreuungsprozesses einer Klientin/Patientin bzw. eines Klienten/Patienten („over time“) und über die Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen hinweg („across services“) ein individuell erstelltes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, ausgeführt, koordiniert und evaluiert werden soll.<sup>253</sup>

### Compliance

Unter Compliance wird die Fähigkeit und Bereitschaft von Patientinnen und Patienten zur Erfüllung von Therapieanforderungen und aktiven Therapiebegleitung verstanden.<sup>254</sup>

### Datenmanagement

Datenmanagement bezeichnet die Dokumentation und die Organisation der Weitergabe der dokumentierten medizinischen, pflegerischen bzw. versorgungsbezogenen Daten an den Behandlungsschnittstellen.

<sup>251</sup> Ewers (1996). S. 5

<sup>252</sup> Netzwerk Case Management Schweiz. Zugriff am 27.07.2009

<sup>253</sup> Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (o.D.).

<sup>254</sup> The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993).

## Empowerment

Der Begriff Empowerment bedeutet Bekräftigung, Stärkung und Befähigung der Patientin/des Patienten zur Selbsthilfe durch Schulung, Aufklärung und Übertragung von Eigenverantwortlichkeit; Bedürfnisse, Ziele und Fähigkeiten des Betroffenen stehen im Mittelpunkt.<sup>255</sup> Empowerment umfasst Maßnahmen, um Erkrankte und ihre pflegenden Angehörigen zu befähigen, die Krankheit und ihre Folgen zu verstehen, um damit selbstbestimmt umgehen zu können

## Folgekostenrechnung (FOKO)<sup>256</sup>

Unter FOKO versteht man ein EDV-Tool zur Ermittlung von altersklassenspezifischen Eigen- und Folgekosten ärztlicher Leistungen und Verordnungen. Damit wird die individuelle Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die individuelle Abbildung der Tätigkeit einzelner Ärztinnen/Ärzten und der Anwendungsfrequenzen einzelner Leistungen oder Güter möglich.

## Formelle Leistungserbringer bzw. Versorgung (professionelle Leistungserbringer bzw. Versorgung):

Die Begriffe professionelle und formelle Versorgung bezeichnen jeweils eine Versorgung durch einen dafür ausgebildeten Gesundheitsdienstleister. Leistungen, welche formelle Leistungserbringer verrichten, werden verrechnet.<sup>257</sup>

## Fortbildung

Unter Fortbildung wird bei „netzwerk aktiv - besser leben mit demenz“ die Vermittlung von Wissen durch Spezialmodule, welche auf der Basisschulung aufbauen bzw. diese ergänzen, verstanden.

## Informationsmanagement

Informationsmanagement bezeichnet im vorliegenden Konzept die Organisation der Weitergabe von Informationen über Angebote, Unterstützungsleistungen bzw. das Netzwerk an sich.

## Informelle Leistungserbringer:

Informelle Leistungserbringer sind zum Beispiel Angehörige, Freunde, ehrenamtlich Tätige, Gemeinde- bzw. Nachbarschaftshilfe. Sie erbringen nicht verrechenbare Leistungen.<sup>258</sup>

<sup>255</sup> Scherbaum (2003). S. 58

<sup>256</sup> Bencic & Kastner (2010).

<sup>257</sup> 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management, am 4. 12. 2009

<sup>258</sup> 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Case und Care Management, am 4. 12. 2009

## Klientin/Klient, Patientin/Patient

Die Begriffe Klientin/Klient sowie Patientin/Patient werden im Projektkonzept aus Gründen der Vereinheitlichung, Lesbarkeit sowie der Einfachheit synonym verwendet. Verschiedene Berufsgruppen verwenden oder bevorzugen entweder den einen oder den anderen Begriff, im Rahmen dieses Projektkonzepts konnte darauf leider keine Rücksicht genommen werden.

## Leistungsart

Leistungsart bezeichnet die unterschiedlichen Arten von Leistungen, die durch eine oder mehrere Leistungserbringer erbracht werden. Z.B. Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Besuchsdienste, aber auch solche von informellen Unterstützern wie nachbarschaftliche Besuche oder Pflege durch Angehörige.

## Leistungscontrolling (Leicon)<sup>259</sup>

LEICON dient als Controllinginstrument bei der Kosten-Nutzen-Analyse von Krankheitsbildern. Es erlaubt die ökonomische Evaluation eines bestimmten Krankheitsbildes oder einer Diagnosegruppe.

## Medizinische Leitlinie

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und an der Praxis ausgerichtete Handlungsempfehlungen zur ärztlichen Vorgehensweise im Rahmen der Versorgung von Patientinnen/Patienten.

## Niedergelassener Bereich

Siehe ambulanter Bereich

## Patientin/Patient, Klientin/Klient

Siehe Klientin/Klient, Patientin/Patient

## Patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt

Der Begriff patientenführende Ärztin/patientenführender Arzt bezeichnet jene Medizinerin/jenen Mediziner, welche/welcher die medizinische Versorgung einer Patientin/eines Patienten koordiniert.<sup>260</sup>

<sup>259</sup> Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2008).

<sup>260</sup> 3. Arbeitsgruppe Bundesqualitätsleitlinie Demenz des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen

## Schulung

Unter dem Begriff der Schulung wird die Vermittlung von Wissen im Rahmen von Basis-schulungen als Voraussetzung für die Einschreibung in das Netzwerk verstanden.

## Stationärer Bereich

Der Begriff „Stationärer Bereich“ umfasst alle bettenführenden Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung, welche Patientinnen/Patienten betreuen.

Im Bereich der Demenzversorgung sind das: <sup>261</sup>

- Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen
- Nicht speziell für Psychiatrie/Neurologie eingerichtete Abteilungen von Krankenhäusern
- Psychiatrisch/neurologische Abteilungen von Akutkrankenhäusern
- Geriatriezentren, Wohn- und Pflegeheime
- Kurzzeitpflegeeinrichtungen

## Teilstationäre Pflege<sup>262</sup>

Teilstationäre Pflege bedeutet, dass die zu pflegende Person nur einen Teil der Tageszeit in der Pflegeeinrichtung verbringt. Im Bereich der Demenzversorgung sind folgende Formen vorhanden:

- Tageszentren
- Nachtpflegeeinrichtungen
- Tageskliniken

## Versorgungsnetzwerk<sup>263</sup>

Ein Versorgungsnetzwerk ist eine Kooperationsstruktur im Rahmen der Integrierten Versorgung, welche Gesundheitsdienstleister zur Verbesserung in der Patientenversorgung vernetzt.

## Versorgungspfad

Dieser Pfad bildet, auf Basis der medizinischen Leitlinie, Prozesse im Rahmen der Netzwerkversorgung von demenzerkrankten Personen ab. Er wurde sowohl fächer- bzw. berufsgruppenübergreifend als auch unter Einbeziehung der einzelnen Leistungsebenen gestaltet.

## Weiterbildung

Siehe Fortbildung

<sup>261</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 54 ff.

<sup>262</sup> Wiener Gebietskrankenkasse (2009). S. 54 f.

<sup>263</sup> Hellmann (2009). S. 283f

# Literaturverzeichnis

## Beiträge aus Büchern:

Arbeitsgemeinschaft Elektronische Gesundheitsakte (2007). Die elektronische Gesundheitsakte in Österreich. Ausblick auf die erste Umsetzungsphase. Zugriff am 21.12.2009 unter [http://www.arge-elga.at/fileadmin/user\\_upload/uploads/download\\_Papers/Arge\\_Papers/ELGA\\_Umsetzung\\_Phase1\\_\\_V2.0.pdf](http://www.arge-elga.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Arge_Papers/ELGA_Umsetzung_Phase1__V2.0.pdf)

Arbeitskreis 1 der österreichischen e-Health Initiative (EHI) (2005). e-Health-Initiative: Die österreichische e-Health Strategie. Eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen. Zugriff am 22.12.2010 unter [http://ehi.adv.at/fileadmin/user\\_upload/adv\\_author/pdfs/konferenz20051202/Strategie\\_Empfehlung\\_der\\_e-Health-Initiative\\_Oesterreich\\_20051202.pdf](http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/konferenz20051202/Strategie_Empfehlung_der_e-Health-Initiative_Oesterreich_20051202.pdf)

Bencic, W. & Kastner, K. (2010). Versorgung mit Arzneimitteln gegen Demenz in Oberösterreich. Zugriff am 20.08.2010 unter [http://www.oegkk.at/media/DB/692098\\_Dokument\\_Demenz.pdf](http://www.oegkk.at/media/DB/692098_Dokument_Demenz.pdf)

Braun, G.E., Güssow, J. Schumann, A. & Heßbrügge, G. (2009). Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Baur R., Stock, J. (2002). Neue Formen der Krankenversicherung in der Schweiz - zur Evaluation der ersten HMOs in Europa. In Preuß, K. Rübiger, J. Sommer, J. (Hrsg.) Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA (135 ff.). Stuttgart: Verlag Schattauer

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999). Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Bearb.: Engel, H. & Engels, D. Schriftenreihe des BFSFJ. Band 189/1. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2001). Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zugriff am 06.04.2010 unter [http://www.aap.co.at/akademie/fort-\\_und\\_weiterbildungsrichtlinie.pdf](http://www.aap.co.at/akademie/fort-_und_weiterbildungsrichtlinie.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006). Fort - und Weiterbildungsrichtlinie für klinische Psychologinnen und klinische Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen. Zugriff am 26.03.2010 unter [http://www.boep.eu/fileadmin/editor\\_upload/FBA/ Fortbildungsrichtlinien.pdf](http://www.boep.eu/fileadmin/editor_upload/FBA/ Fortbildungsrichtlinien.pdf)

Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs (2009). Das Physio Austria Weiterbildungsdiplom. Zugriff am 1.12.2009 unter

<http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/uebersichtweiterbildungsdiplom2009endfassung.pdf>

DEGAM (2005). DEGAM-Leitlinie Nr. 6: Pflegende Angehörige. Zugriff am 20.05.2010 unter [http://www.degam.de/leitlinien/LL\\_PA\\_web.pdf](http://www.degam.de/leitlinien/LL_PA_web.pdf)

DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008) (Hrsg.). Standards für Evaluation, 4. unveränderte Auflage. Mainz 10-13. Zugriff am 21.05.2010 unter <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19076>

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. (2005). Häusliche Pflegeskala. Zugriff am 20.05.2010 unter [http://www.degam.de/leitlinien/LL-PA%20HPS\\_001.pdf](http://www.degam.de/leitlinien/LL-PA%20HPS_001.pdf)

Deutsches Institut für Sozialwirtschaft (DISW) (2007). Zugriff am 27.07.2009 unter <http://www.institut-sozialwirtschaft.de/Regionales%20CARE%20Management.pdf>

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2004). Qualitätsstandards für das Fallmanagement Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Zugriff am 02. 03. 2010 unter [http://www.dgcc.de/download/dv\\_qs\\_cm.pdf](http://www.dgcc.de/download/dv_qs_cm.pdf)

Engel, H. & Engels, D. (1999). Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. (Hrsg.) vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenreihe Bd. 189: Stuttgart

Engel, H. & Engels, D. (2000). Case Management in der Altenhilfe. Internationale Erfahrungen, nationale Perspektiven. Dokumentation der Fachtagung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln

Ewers, M. (1996). Case Management: Angloamerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Gesundheit Österreich GmbH (ÖBIG) (Hrsg.) (2009). Österreichischer Strukturplan Gesundheit Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 6.03.2009. Wien

Gröbner, M. & Güssow, J. (2009). Aufbau eines strategisch ausgerichteten sowie erfolgsorientierten Vergütungssystems für Integrierte Versorgungsformen. In Braun, G.E., Güssow, J. Schumann, A. & Heßbrügge, G. (Hrsg.). Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Ganjeizadeh-Rouhani, A. (2010). Business Intelligence im Gesundheitswesen. In Soziale Sicherheit Online. Juli/August (S.366-371). Zugriff am 20.08.2010 unter [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168\\_GanjeizadehRouhani\\_BIG\\_Business\\_Intelligence\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168_GanjeizadehRouhani_BIG_Business_Intelligence_im_Gesundheitswesen.pdf)

Haisch, J., Weitkunat, R. & Wildner, M. (1999). Wörterbuch Public Health. Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber

Hellmann, W. (Hrsg.) (2009). Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.

Köck, C. (2004). Qualitätsmanagement: Definition und Abgrenzung. In Lauterbach K.W. (Hrsg.). Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. (287 ff.) Stuttgart: Schattauer

Kuhlmann, A. (2005). Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Münster: Lit. Verlag

Fricke, F.-U. (2008). Der gesundheitspolitische Nutzen von Evaluationsstudien. In Schöffski, O. (Hrsg.) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Dritte vollständig überarbeitete Auflage. Berlin :Verlag Springer

Messer, B. (2008). Die Expertenstandards im Pflegealltag. Wie sich die Empfehlungen in der Altenpflege praktisch nutzen lassen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2008). Jahresbericht. Zugriff am 20.08.2010 unter [http://www.ooegkk.at/mediaDB/575852\\_JABE\\_2008.pdf](http://www.ooegkk.at/mediaDB/575852_JABE_2008.pdf)

Österreichische Ärztekammer (2005). Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von Ärzten. Zugriff am 01. 12. 2009 unter [http://www.med-diplom.at/pdf/Richtlinien\\_DFP.pdf](http://www.med-diplom.at/pdf/Richtlinien_DFP.pdf)

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (o.D.). Grundlagenpapier. Zugriff am 23.07.2009 unter [http://www.oegcc.at/OEGCC\\_Grundlagenpapier\\_1208.pdf](http://www.oegcc.at/OEGCC_Grundlagenpapier_1208.pdf)

Wiener Gebietskrankenkasse (2009). Erster Österreichischer Demenzbericht. Competence Center Integrierte Versorgung Teil 1. Zugriff am 21.12.2009 unter [http://www.wgkk.at/mediaDB/539709\\_Demenzbericht.pdf](http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf)

Wiener Gebietskrankenkasse (2009). Erster Österreichischer Demenzbericht. Competence Center Integrierte Versorgung Teil 2. Wien: WGKK Hausdruckerei

Ribeiro, M. (2010). Case Management im österreichischen Gesundheitswesen. Zukunftsszenarien anhand von Experteninterviews. (Hrsg.) Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität. Linz: OÖGKK Hausdruckerei

Riet, N. & Wouters, H. (2002). Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern: Interact

Schäfer-Walkmann, S., Deterding, D.T., Nißl-Gambihler, M. & Krause, S. (2009). Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Zwischenbericht. Zugriff am 22.02.2010 unter [http://www.leuchtturm-idob.de/Downloads/IDOB\\_Zwischenbericht.pdf](http://www.leuchtturm-idob.de/Downloads/IDOB_Zwischenbericht.pdf)

Scherbaum, W. A. (2003). Pschyrembel. Wörterbuch Diabetologie. Berlin: de Gruyter Verlag

Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2008). Disease Management Programm Post Myokardinfarkt. Abschlussbericht

Stock, S., Redaelli, M. & Lauterbach, K. (2005). Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Stuttgart: Kohlhammer

Szecsényi, J., Broge, B. & Stock, J. (2009). QISA. Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft

Wendt, W.R. (2001). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i.Br.: Lambertus Verlag

#### Beiträge aus Zeitschriften:

Auer, S., Donabauer, Y., Zehetner, F., Span, E. (2007). Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 20 (2/3), S. 169-174

The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993). Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. In New England Journal of Medicine. 329: (977-986)

#### Beiträge aus dem Internet:

Arbeitsgemeinschaft Elektronische Gesundheitsakte (2009). ELGA Kernanwendungen. CDA Dokumente für das österreichische Gesundheitswesen. Implementierungsleitfaden. Zugriff am 21.12.2010 unter <http://www.arge-elga.at/index.php?id=32>

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem. 55. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe Zugriff am 23.04.2010 unter [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)

DSG 2000 idgF. Zugriff am 14.01.2010 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597>

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Zugriff am 29.10.2010 unter [http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=68039&p\\_tabid=5](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=68039&p_tabid=5)

Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin. Zugriff am 27.05.2010 unter <http://www.projekt-ida.de/>



Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Zugriff am 26.05.2010 unter <http://www.leuchtturm-idob.de/index-Dateien/Projektbeschreibung.htm>

Netzwerk Case Management Schweiz. Zugriff am 27.07.2009 unter <http://www.netzwerkcm.ch/index.php?id=129>

SAP Bibliothek. Berechtigungskonzept. Zugriff am 15.03.2010a unter [http://help.sap.com/saphelp\\_nw04/helpdata/DE/52/671285439b11d1896f0000e8322d00/frameset.htm](http://help.sap.com/saphelp_nw04/helpdata/DE/52/671285439b11d1896f0000e8322d00/frameset.htm)

SAP Bibliothek. Berechtigungen mit der Rollenpflege einrichten. Zugriff am 15.03.2010b unter [http://help.sap.com/saphelp\\_nw04/helpdata/DE/80/1a6873e07211d2acb80000e829fbfe/content.htm](http://help.sap.com/saphelp_nw04/helpdata/DE/80/1a6873e07211d2acb80000e829fbfe/content.htm)

SAP Bibliothek. Bausteine des SAP Berechtigungskonzepts. Zugriff am 15.03.2010c unter [http://help.sap.com/saphelp\\_smehp1/helpdata/de/be/076f3b6c980c3be10000000a11402f/content.htm](http://help.sap.com/saphelp_smehp1/helpdata/de/be/076f3b6c980c3be10000000a11402f/content.htm)

SAP Bibliothek. Das SAP Sperrkonzept. Zugriff am 16.03.2010d unter [http://help.sap.com/saphelp\\_nw04/helpdata/DE/c2/2d7037ecc92a7ee10000009b38f8cf/frameset.htm](http://help.sap.com/saphelp_nw04/helpdata/DE/c2/2d7037ecc92a7ee10000009b38f8cf/frameset.htm)

Bundeskanzleramt Österreich. Zugriff am 16.03.2010 unter: [http://www.ag.bka.gv.at/index.php/E-Gov:Diakritische\\_Zeichen](http://www.ag.bka.gv.at/index.php/E-Gov:Diakritische_Zeichen)

SVC Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. Zugriff am 12.03.2010 unter [http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=51909&p\\_tabid=4](http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=51909&p_tabid=4)

Wiener Krankenanstaltenverbund: e-card im Krankenhaus. Zugriff am 29.04.2010 unter <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeAktuell.asp?ID=7032>

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Zugriff am 23.05.2010 unter <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infstest/WEBInformationssystem/de/4de001/5547320299d511d4b5280000b4909ce2/hb.htm>

#### Beiträge aus Gesetzestexten:

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. (GuKG) 5. Abschnitt Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen. BGBl. I Nr. 108/1997. Art. 1 § 63. Österreich. 01.09.1997

105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Artikel 31, Ziffer 1&2. Zugriff am 23.05.2010 unter [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at).

Beiträge aus (un-)veröffentlichten Arbeiten:

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010). Entwurf der Bundesqualitätsleitlinie, unveröffentlichter Text, Zugriff am 26.04.2010