

# **Masterarbeit**

## **Case Management in der neuen österreichischen Primärversorgung**

eingereicht von

Maximilian Krassnitzer, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science  
(MSc)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Mag. Dr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS

Graz, 22.05.2017

## Eidesstattliche Erklärung

---

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

---

Graz, am 22.05.2017

---

Maximilian Krassnitzer eh.

# Danksagung

---

Die Fertigstellung der vorliegenden Arbeit wäre ohne Unterstützung vieler Menschen nicht möglich gewesen. Ich möchte deswegen an dieser Stelle meinen Dank ihnen gegenüber aussprechen.

Ich danke meiner Betreuerin Mag. Dr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS und ihrem Mann Mag.rer.soc.oec Heinz Neumann, die Geduld und Besonnenheit bei ihrer Betreuung an den Tag legten und mich mit konstruktiven Vorschlägen unterstützten.

Meiner Partnerin Madeleine möchte ich besonders für ihren andauernden Beistand und ihrer fachlichen Hilfe während des Studiums und besonders bei der Entstehung dieser Arbeit danken. Ebenso möchte ich mich bei meinen Eltern für ihre finanzielle und moralische Unterstützung bedanken, ohne die mein Studium nicht möglich gewesen wäre. Der Dank gebührt auch meinem Bruder und meinen Freunden, die mir immer wieder den Rücken stärkten.

Des Weiteren will ich erneut allen InterviewpartnerInnen Danke sagen, die mir ihre Zeit und Wissen zur Verfügung gestellt haben.

# Inhaltsverzeichnis

---

Eidesstattliche Erklärung .....	I
Danksagung .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abkürzungsverzeichnis .....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	V
Zusammenfassung .....	VI
Abstract.....	VII
1 Einleitung .....	1
2 Begriffseinführung .....	4
2.1 Das österreichische Gesundheitssystem .....	4
2.2 Case Management .....	15
2.3 Primary Health Care .....	22
3 Methodik .....	28
3.1 Systematische Literatursuche.....	28
3.2 Halbstrukturierte Interviews .....	29
4 Ergebnisse .....	30
4.1 Kanada .....	30
4.2 Niederlande .....	35
4.3 Finnland .....	39
4.4 Österreich.....	41
5 Diskussion .....	43
5.1 Implikationen für Österreich.....	43
5.2 Limitationen .....	53
5.3 Conclusio .....	53
5.4 Schlusswort.....	55
6 Literaturverzeichnis.....	56
A-Interviewleitfaden.....	I
B-Case Management Assessment Form .....	II
C- Care Plan .....	VI

# Abkürzungsverzeichnis

---

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Case und Case Management
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
GUKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Case und Case Management
WHO	Weltgesundheitsorganisation
GuK-LFV	Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung
GuK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung
FHGuK-AV	FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung

## **Abkürzungen der InterviewpartnerInnen**

AMI	AllgemeinmedizinerIn
AMU	Allgemeinmediziner an Universität tätig
CME	Case Management Expertin
DGKS-1/-2	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
DIÄ	Diätologin
GFCM	Geschäftsführung Case Management Organisation
PHY	Physiotherapeutin
PWU	Pflegewissenschaftlerin in Urologiepraxis

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Organisationsstruktur und Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen.....	6
Abbildung 2: Finanzierung des Gesundheitssystems .....	12
Abbildung 3: Gesundheitsausgaben in Österreich 2014.....	13
Abbildung 4: Funktionen von Case Management, V.L.N.R. „Advocate“, „Broker“ und „Gatekeeper“ Funktion.....	17
Abbildung 5: Case Management Regelkreis .....	18
Abbildung 6: Systematische Literatursuche, Kanada / Niederlande / Finnland.....	28

## Zusammenfassung

---

Steigende Kosten, überlastete HausärztInnen und überfüllte Ambulanzen machen eine Reformierung des Primärversorgungsbereiches dringend nötig, dies wird aktuell von der Bundesregierung mit dem Konzept „Team rund um den Hausarzt“ angestrebt. Neben den genannten Problemen ist momentan eine gezielte Informationsweitergabe und Koordination über Schnittstellen zu FachärztInnen oder Krankenhäusern nicht möglich. Vor allem chronisch erkrankte bzw. psychologisch eingeschränkte PatientInnen oder MigrantInnen leiden unter dieser Tatsache, mehr als der Rest der PatientInnen. Case Management bietet für diese Gruppe eine Unterstützung, um gezielt geeignete Hilfe von den richtigen Professionen zu erhalten.

So versucht diese Arbeit die Möglichkeiten von Case Management in der Primärversorgung zu ermitteln und aufzuzeigen, wie dies bereits in anderen Ländern zum Einsatz kommt und welche Implikationen für Österreich daraus abgeleitet werden können. Hierzu wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken OVID, CINAHL und PubMed sowie Interviews mit PraktikerInnen durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits eine Vielzahl an Sachverhalten untersucht wurden, die sich vor allem mit der Einfügung von Case Management in eine Teamdynamik beschäftigen und es zusätzlich den Informationsaustausch im Team unterstützt. Eine Erhöhung der PatientInnen- und AnwenderInnenzufriedenheit steht dabei jedoch ebenfalls einer Erhöhung der Kosten für die Koordination der PatientInnen gegenüber. Es zeigt sich auch, dass der Einsatz und die Einfügung in das Behandlungsteam von Case Management entscheidend für dessen Erfolg und Effektivität ist.

# Abstract

---

Rising costs, overburdened general practitioners and overflowing outpatient departments are indicators for much needed reformation of the primary health sector in Austria. To meet these challenges the federal government is currently working on a primary health law, which is based on the so-called concept “Team rund um den Hausarzt”. Alongside the aforementioned problems a directed information transfer and the coordination of patients via interfaces to hospitals or other health workers outside the hospital are currently not possible. Due to these circumstances, especially patients with chronic health conditions, handicapped people as well as immigrants are suffering. The method of case management supports these individuals in order to find the best care they can get.

The aim of this thesis is to identify and show the possibilities of case management in primary health care in other countries in order to deduce implications for Austria. A systematic literature review in the databases “OVID“, “CINAHL“ und “PubMed“ and interviews with people working in the primary health sector were conducted for this purpose.

The results illustrate that numerous studies examined the inclusion of case management into a team of professionals and the way it supports the exchange of information within the team. A rise of patient and user satisfaction were also identified, but were associated with higher costs regarding the coordination of patients. It was also revealed that the application and integration of case management into the working health team is decisive for its success and efficiency.

# 1 Einleitung

---

Die Reformierung des österreichischen Gesundheitssystems ist ein Punkt in der Agenda jedes und jeder BundesministerIn für Gesundheit und Frauen gewesen. Die Umsetzung besagter Reformen stellt sich jedoch aufgrund von stark verzweigten Strukturen und blockierenden Berufsgruppen als nur schwer umsetzbar dar. Neben Reformen auf Landesebene, wie zum Beispiel der Restrukturierung des Gesundheitsversorgungssystems in der Steiermark bis ins Jahr 2035 [1–3], die auch stark die Primärversorgung von PatientInnen fokussiert [1] ist auch die Reformierung des Primärversorgungsbereichs auf Bundesebene ein von der Bundesregierung angestrebtes Ziel. Dieses ist vor allem durch den Protest der Ärztekammer auch in den Medien stark präsent [4–11]. Die österreichische Primärversorgung liegt im Vergleich zu anderen Ländern eher im unteren Bereich bezüglich struktureller und prozessoraler Kriterien [12].

Um ihrem Anliegen Ausdruck zu verleihen und auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts einzugehen, liefert das Gesundheitsministerium das Konzept des „Teams rund um den Hausarzt“. Hierbei wird der oder die ÄrztIn mit einem multiprofessionellen Team verknüpft, um seine oder ihre Kompetenzen zu erweitern sowie ein besseres Angebot für die PatientInnen zu schaffen [13].

Ein weiterer Aspekt, der sich stark auf die Gestaltung der Primärversorgung auswirkt, ist die zunehmende Überalterung unserer Gesellschaft und die dadurch höhere Zahl an multimorbiden und oder chronisch erkrankten Personen. Durch den zunehmenden Verlust an familiären Strukturen, die sich um Angehörige kümmern, wird es nötig, Methoden zu implementieren, die dahingehend Abhilfe schaffen können [14].

Vor allem PatientInnen, die eine komplexe oder mehrere Diagnosen aufweisen, bei denen mehrere Professionen an der Behandlung beteiligt sind oder für die ein schwaches Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist, kann mit Case Management geholfen werden. Diese, aus der Sozialarbeit kommende Methode, konzentriert sich auf einen Case (dt. = Fall), widmet diesem die größtmögliche Aufmerksamkeit und hilft dadurch den einzelnen PatientInnen oder auch Familien die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am passenden Ort zukommen zu lassen. Case Management hilft den Betroffenen sich im Versorgungssystem zurecht zu finden, deren Versorgung zu koordinieren und einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den Professionen zu unterstützen [15–18].

## **Zielstellung**

Ziel der Arbeit ist es, das Potential des Case Managements im Bereich der primären Gesundheitsversorgung zur Koordination und Begleitung der PatientInnen aufzuzeigen und auf dessen Vorteile für PatientInnen, AnwenderInnen und für das Gesundheitssystem hinzuweisen.

## **Problemstellung**

Primary Health Care Zentren werden von der WHO schon seit längerem als flächendeckende Methode für moderne Gesundheitssysteme beschrieben, um explodierenden Kosten entgegenzuwirken und den Zugang zum System regulieren zu können [19–21]. Das von der Bundes-Zielsteuerungskommission verfasste „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ stellt das „Team rund um den Hausarzt“ als das Primärversorgungskonzept Österreichs vor und ist demnach ein Fortschritt für die seit Jahren andauernde Debatte über die Einführung von Primary Health Care Zentren [13].

Auf dieses Team kommen, neben den aktuell üblichen ärztlichen Aufgaben, des Weiteren auch die Koordination und Begleitung der PatientInnen durch das Gesundheitssystem zu. Jedoch werden hierbei nur bedingt konkrete Handlungsweisen gegeben, die vom „Team rund um den Hausarzt“ übernommen bzw. in der Praxis angewendet werden können. So werden auch Empfehlungen für die Weiterbegleitung sowie die Koordination der weiterführenden Behandlungen außen vorgelassen, wodurch beispielsweise die Möglichkeit eines Informationsverlustes oder einer Doppelbehandlung durch die Schnittstelle zwischen dem „Team rund um den Hausarzt“ und anderen Institutionen (Krankenhäuser, Seniorenheim etc.) besteht [13].

Mittels der Methode des Case Managements könnte diese entstehende Schnittstelle administriert werden, um genannte Probleme zu vermeiden. Case Management kann nicht nur für die Koordinierung der weiteren Behandlung der oder des PatientIn zur Anwendung kommen, sondern ebenso für den Kernprozess. Vor allem die Gruppe der vulnerablen PatientInnen (multimorbid Erkrankte, chronisch Kranke, MigrantInnen, etc.) profitieren von dieser Einführung, da sie mithilfe der oder des Case ManagerIn einen Professionisten zur Seite gestellt bekommen, der ihnen beim Zurechtfinden im Gesundheitssystem behilflich ist [15, 16].

Wissenschaftlich gesehen kann eine klare Forschungslücke zum Thema Primary Health Care Zentren in Bezug auf Österreich und Case Management identifiziert werden. Zusätzlich sind kaum Arbeiten in Österreich vorhanden, die sich mit der koordinativen Einbindung von Primary Health Care Zentren in das österreichische Gesundheitssystem beschäftigen.

### **Fragestellung**

Durch die zuvor gezeigten Sachverhalte ergibt sich folgende Hauptforschungsfrage:

*Wie kann Case Management für die Koordination der Schnittstelle zwischen dem primären, sekundären bzw. tertiären Sektor in das „Team rund um den Hausarzt“ integriert werden?*

Zusätzlich leiten sich die folgenden Nebenforschungsfragen ab:

*Welche Erfahrungen haben andere Länder mit der Verknüpfung von Primary Health Care und Case Management gemacht?*

### **Ausblick**

Zu Beginn der Arbeit wird das österreichische Gesundheitssystem, dessen Aufbau, Entscheidungsfindung und Finanzierung dargestellt. Um die Inhalte umfassend zu verstehen, wird ebenso ein kurzer Überblick über das österreichische politische System gegeben. Des Weiteren werden die Begriffe Primary Health Care bzw. Primärversorgung und Case Management definiert, hierbei wird die Herkunft, aktuelle wissenschaftliche Definition und deren Wirksamkeit beleuchtet. Anschließend folgt die Erläuterung der angewandten Methoden zur Datenerhebung und -analyse.

Nachfolgend werden die Ergebnisse einer systematischen Literatursuche beschrieben, hierbei werden Forschungsergebnisse aus drei anderen westlichen geprägten Ländern auf Implikationen für das österreichische Gesundheitssystem untersucht.

Die Diskussion zeigt schlussendlich Implikationen für die Einbindung von Case Management in das „Team rund um den Hausarzt“ auf und berichtete von Limitationen der Arbeit.

In dieser Arbeit erfolgt kein Diskurs über die Sinnhaftigkeit einzelner Konzepte wie Primary Health Care, Case Management oder des „Teams rund um den Hausarzt“.

## 2 Begriffseinführung

---

### 2.1 Das österreichische Gesundheitssystem

In diesem Kapitel wird der Aufbau des österreichischen Gesundheitssystems erklärt.

#### 2.1.1 Allgemeines zu Österreich

Im Jahr 2015 lebten in Österreich 8.629.519 Personen, davon sind 19,6 % zwischen 0-19 Jahre alt, 61,9 % zwischen 20-64 und 18,5 % älter als 65 Jahre [22]. Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf betrug im Jahr 2015 39.390 €, Österreich zählt dadurch zu den 20 reichsten Ländern der Welt [23].

Österreich ist eine föderale Republik und wird in neun Bundesländer unterteilt [24]. Die Legislative besteht aus dem, vom Volk direkt gewählten, Parlament auf Bundesebene und den neun Landtagen auf Landesebene [25]. Die Exekutive wird durch die Bundesregierung bzw. Landesregierung gebildet. Diese Regierungen werden vom Nationalrat auf Bundesebene und vom Landtag auf Landesebene bestimmt [26].

Die Zuständigkeiten der Länder und des Bundes sind in der Bundesverfassung Artikel 10–15 geregelt. Im Gesundheitswesen hat der Bund in den meisten Fällen die Gesetzgebungskompetenz; eine Ausnahme stellen die Krankenanstalten dar [26, Art. 10 B-VG], die Vollziehungskompetenzen liegen bei den Ländern [Art. 10 B-VG]. Vor allem durch die Aufteilung der Kompetenzen im Krankenanstaltsbereich ist es nötig vor Reformen ausgedehnte Verhandlungsrunden zwischen Land, Bund und den Sozialpartnern abzuhalten [24].

Durch die Sozialpartnerschaft werden unter anderem Lohnverhandlungen zwischen Arbeitnehmervertreterorganisationen (z. B. Österreichischer Gewerkschaftsbund oder Ärztekammer) und Arbeitgeberorganisationen (z. B. Wirtschaftskammer Österreichs) abgewickelt. Diese Sozialpartnerschaft ist gesetzlich nicht verankert und basiert auf Freiwilligkeit. Die Sozialpartner werden auch in der Sozialpolitik in einer Vielzahl von Entscheidungen miteingebunden und besetzen wichtige Positionen im Arbeitsmarktservice sowie in den Sozialversicherungsträgern. Jegliche Gesetzesentwürfe werden von den Sozialpartnern gutachtlich geprüft [26].

## **2.1.2 Das Gesundheitssystem**

### **2.1.2.1 Geschichtlicher Hintergrund**

Bereits im Spätmittelalter organisierten sich die BergarbeiterInnen oder KnappInnen in sogenannten „Knappenschaftskassen“ oder „Bruderläden“. Alle beteiligten Bergleute zahlten einen gewissen Teil ihres Einkommens ein, um im Falle von Invalidität durch die häufigen Unfälle vorsorglich finanziell abgesichert zu sein oder um im Falle des Todes Sterbegeld zu erhalten. Des Weiteren gab es für freie BäuerInnen und HandwerkerInnen das sogenannte „Ausgedinge“ oder „Bruderläden“ zur Vorsorge [24].

Im Jahr 1878/88 begann die Geschichte des eigentlichen Sozialversicherungssystems, wie wir es heute kennen, mit der Einführung der Kranken- und Unfallversicherung der ArbeiterInnen. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Drittel von der ArbeiterInnenschaft und zu einem Drittel von der ArbeitgeberInnenschaft. Die Sozialversicherungsanstalt erhielt keinen staatlichen Zuschuss und wurde der Selbstverwaltung überlassen. Im Jahr 1920 wurde die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die Angehörigen der Versicherten eingeführt. Die Zahl der versicherten Personen stieg dadurch zwischen den Jahren 1890 bis 1930 von 7 % auf 60 % der Bevölkerung [24].

Während der Ära des Ständestaates wurde 1935 das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) eingeführt, welches alle bis dahin bestehenden ArbeiterInnen- und Angestelltenversicherungen unter einem Reichsverband zusammenführte. Von 1945 bis 1955 wurde das sogenannte „Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz“ ratifiziert, welches als Ziel hatte, alle Sozialversicherungen in einer „Volksversicherung“ zu integrieren. Ab 1. Jänner 1956 trat, das bis heutige geltende, Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) in Kraft und löste alle bisher geltenden Gesetze ab. Bis 1980 waren 99 % aller ÖsterreicherInnen versichert [24].

### **2.1.2.2 Struktur des österreichischen Gesundheitssystems**

Durch das Vorhandensein von Sozialversicherungen sowie durch den Föderalismus ergibt sich ein sehr komplexes und verwobenes Netzwerk an Beteiligten im Gesundheitssystem, welches in der Abbildung 1 exemplarisch vereinfacht dargestellt wird. Vor allem im Bereich der Krankenanstalten ist das Gesundheitssystem als Querschnittmaterie zwischen Land und Bund zu sehen [24]. Die Erläuterung der Aufgabebereiche der beteiligten Institutionen erfolgt in den folgenden Kapiteln.

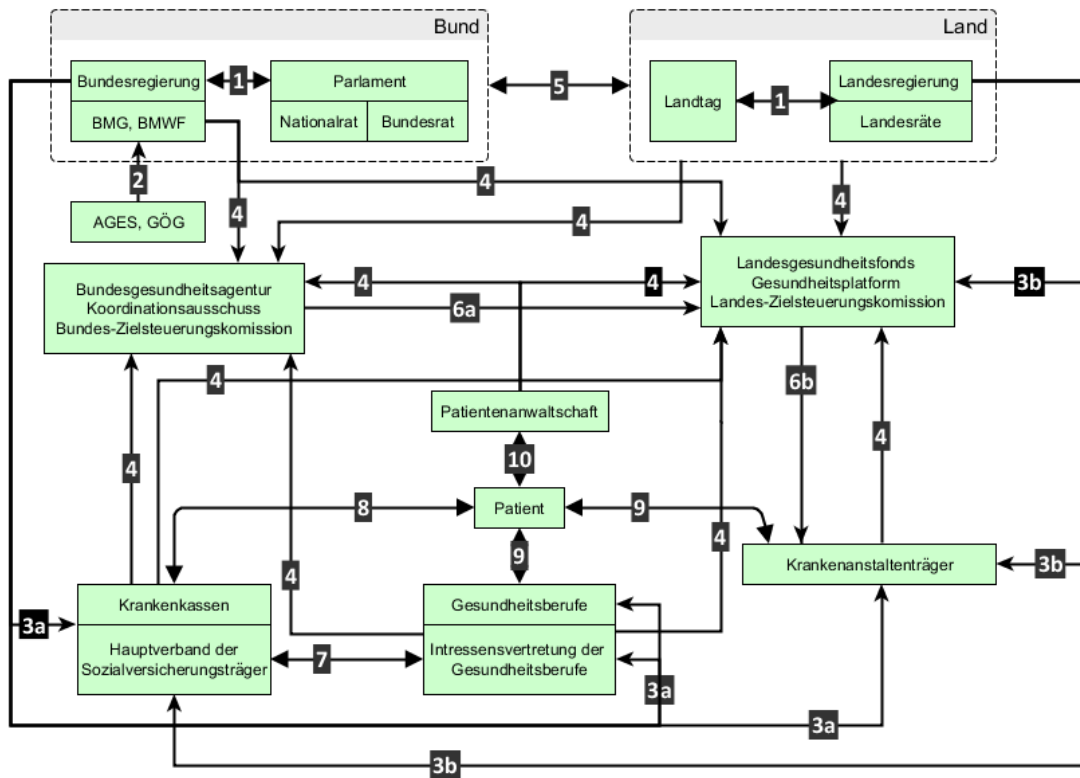


Abbildung 1: Organisationsstruktur und Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen

1: Gesetzesvorschläge der Bundesregierung oder einem Angehörigen Minister an das Parlament bzw. Landesregierung oder einem LandesrätIn an den Landtag; Beschluss der Landes- oder Bundesgesetze durch Parlament bzw. Landtag.

2: Unterstützung des BMGF durch GÖG und AGES.

3: Gesundheitsverwaltung a.) auf Bundesebene: Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretung b.) auf Landesebene: Errichtung und Betriebsbewilligung für Krankenanstalten Umsetzung der Planung in den Ländern, Investitionsfinanzierung, Aufsicht über Sozialversicherungsträger.

4: Bestellung von Mitgliedern der Landesgesundheitsfonds bzw. Bundesgesundheitsagentur.

5: Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Land bezüglich Rechtssprechender Akte

6a: Sanktionsmechanismus der Bundesgesundheitsplattform gegenüber den jeweiligen Landesgesundheitsfonds bei Verstößen gegen verbindliche Planung und Vorgaben im Bereich der Qualität und Dokumentation (Z. B. Streichung von Fondsmitteln. 6b: Sanktionsmechanismus von Landesgesundheitsplattform gegenüber Krankenanstaltenträger

7: Verhandlungen über Markteintritt und Leistungen sowie Tarife (Gesamtvertrag oder Einzelverträge)

8: Verpflichtende Mitgliedschaft bei Krankenkassen

9: Freie Wahl aus Behandlungsangebot von Krankenanstalten oder im niedergelassenen Bereich [26]

## **Vereinbarung gemäß 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit**

Herzstück des Gesundheitssystems beziehungsweise der Teile des Gesundheitssystems, deren Kompetenz zwischen Bund und Land aufgeteilt sind, ist die Vereinbarung gemäß „15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit“. Die Vereinbarung enthält Bestimmungen zur Erhöhung der Qualität, Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sowie politische Ziele. Forderungen in der Vereinbarung umfassen unter anderem: die Entlastung des stationären Bereichs durch Ambulatorien o. ä. und Ausbau der Primärversorgung („Primary Health Care“) nach internationalem Vorbild [25].

Die enthaltenen Ziele werden im vier Jahresrhythmus neu verhandelt und verbindlich festgelegt, beim Verfehlen der Ziele kommen Sanktionsmechanismen zum Einsatz. Die Ziele werden auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Im Bereich der Struktur kommt der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) auf Bundesebene, respektive der „Regionale Strukturplan Gesundheit“ (RSG) auf Landesebene zum Einsatz. Für die Festlegung der Prozessqualität werden bundesweit einheitliche Qualitätsstandards festgelegt. Die Ergebnisqualität wird im stationären Bereich bereits mittels dem Indikator A-IQI durchgeführt, auf Ebene des ambulanten oder niedergelassenen Bereichs sind keine Indikatoren vorhanden, die Entwicklung dieser wird in der Vereinbarung gefordert [25].

Verantwortlich für die Umsetzung auf Landesebene ist eine Kooperation aus den Ländern sowie den Sozialversicherungsträgern, die mittels des Landes-Zielsteuerungsvertrages geregelt ist [25].

Zur Erfüllung der Umsetzung sind auf Bundes- sowie Landesebene verschiedene Organe zuständig, diese sind auf Bundesebene der Koordinationsausschuss und die Bundes-Zielsteuerungskommission (siehe unten). Die Länder wiederum errichten die Organe der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission (siehe unten) [28].

### **Bundesebene**

#### *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*

Da für die Gesetzgebung sowie für die Vollziehung im österreichischen Gesundheitssystem der Bund zuständig ist, stellt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) die oberste Bundesbehörde für Angelegenheiten im Gesundheitswesen dar. Die Aufgaben des Gesundheitsministeriums umfassen unter anderem: allgemeine Gesundheitspolitik, Gesundheitssystementwicklung, leistungsorientierte Finanzierung von Gesundheits-

dienstleistungen, Informations- und Klassifikationssysteme und Qualität im Gesundheitswesen [25].

Dem Ministerium stehen weitere Institutionen zur Verfügung, die dieses in verschiedensten Bereichen unterstützen. Zu ihnen zählen:

- Oberster Sanitätsrat (OSR): berät das BMGF in wissenschaftlichen Belangen [25]
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): ist „*Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung*“ [29]
- Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK): berät das BMGF über die Annahme oder Ablehnung von Angeboten der pharmazeutischen Industrie bezüglich der Erstattungsfähigkeit einzelner Heilmittel [25]
- Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES): ist im Bereich der Lebensmittel- und Arzneysicherheit tätig und überwacht Qualität in den genannten Bereichen [25]

#### *Bundesgesundheitsagentur, -zielsteuerungskommission und Koordinierungsausschuss*

Die Bundesgesundheitsagentur ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit Rechtspersönlichkeit, dessen Aufgaben die Weiterentwicklung und Planung der leistungsorientierten Finanzierung im Gesundheitssystem sowie die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsvorgaben sind [24]. In der Bundesgesundheitsagentur sind die Organe des Koordinierungsausschusses sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission vertreten. Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschließt unter anderem die Grundsätze, Ziele und Methoden zur Planung des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Abrechnungen [25]. Zusätzlich wandern die von der Bundesgesundheitskommission, bis 2017, wahrgenommenen Aufgaben zur Bundes-Zielsteuerungskommission ab, zu diesen zählen unter anderen Beschließung von Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fond (z. B.: Wartungen und Aktualisierungen der Finanzierungssysteme, Finanzierung und Vorgaben von zweckgewidmeten Mitteln) und gesundheitspolitischer Belangen (z. B.: Entwicklung von Gesundheitszielen, Vorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den Versorgungsebenen), [§26 G-ZG].

Der Koordinierungsausschuss koordiniert und bereitet Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission vor, akkordiert gemeinsame Standpunkte von Bund, Land und Sozialversicherungen, erstellt Zeitpläne für ihm übertragene Aufgaben, forciert die

einheitliche Datenbewirtschaftung und überwacht die E-Health Entwicklung in Österreich neben anderen Tätigkeiten[§27 G-ZG].

Im Koordinierungsausschuss befinden sich je neun Mitglieder von Bund, Land und Sozialversicherungen, der Vorsitz wird von dem oder der aktuellen BundesgesundheitsministerIn geführt [§27 G-ZG].

### **Landesgesundheitsfonds, Gesundheitsplattform, Landeszielsteuerungskommission**

Die Landesgesundheitsfonds sind von dem jeweiligen Bundesland eingerichtet, diese sind öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. In den Landesgesundheitsfonds sind die Organe der Gesundheitsplattform sowie der Landeszielsteuerungskommission vertreten. Die Aufgaben des Landesgesundheitsfonds sind in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschrieben [24]. Zu diesen zählen unter anderem: *„Versorgungsforschung um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten [...] Systematische Gesundheitsberichterstattung [...] Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern.“ [Art. 4 28]*

Der Gesundheitsplattform kommen dieselben Aufgaben auf Landesebene, wie der Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene zu. Selbiges gilt für die Landeszielsteuerungskommission [24].

### **Sozialversicherungsträger**

Die Sozialversicherungen sind neben Land und Bund die dritte große Kraft im Gesundheitssystem. Sie sind in Selbstverwaltung organisiert, stellen eine Körperschaft öffentlichen Rechts dar und werden in Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung gegliedert. Dem Bund steht eine reine Aufsichtsfunktion zu. Kennzeichen der Selbstverwaltung sind unter anderem: Pflichtmitgliedschaft inklusive gesetzlich vorgegebener Beiträge, Weisungsfreiheit gegenüber staatlichen Behörden und Bestellung eigener Organe aus Verbandsangehörigen.

Alle 19 in Österreich vorhandenen Sozialversicherungen (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungen) sind unter dem „Hauptverband der Sozialversicherungsträger“ zusammengefasst [24].

## **Interessensvertretung der Gesundheitsberufe**

Die Gesundheitsberufe werden von drei Kammern mit Pflichtmitgliedschaft (Ärzte-, Apothekerkammer und das österreichische Hebammengremium) vertreten. Andere Gesundheitsberufe als die oben genannten sind in Berufsverbänden organisiert, deren Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis basiert. Die Ärztekammer ist als Holding organisiert, der neun Landeskammern angehören. Die Hauptaufgabe ist die Vergabe von Kassenverträgen an niedergelassene ÄrztInnen und sie hat ein Mitspracherecht bei der Ausbildung von ÄrztInnen [24]. Des Weiteren nehmen Mitglieder der Ärztekammer eine Vielzahl an Positionen in verschiedenen Organen des Gesundheitssystems (Bundesgesundheitsplattform, Landesgesundheitsfonds etc.) ein und haben ebenso ein Stimmrecht [25].

### **2.1.2.3 Leistungserbringer im Gesundheitssystem**

Die Leistungserbringung im österreichischen Gesundheitssystem gliedert sich in den intra- und extramuralen Bereich; im extramuralen Bereich sind Arztpraxen aller Art und Apotheken tätig. Der intramurale Bereich besteht aus den Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen sowie Rettungs- und Krankentransportdienste, Alten- und Pflegeheime und Kuranstalten [25]. Zusätzlich kann man die Leistungserbringer in primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgungsebenen gliedern.

#### **Primäre Versorgungsebene**

Die primäre Ebene stellt in den meisten Fällen den Erstkontakt mit dem System dar und wird meist [31], wie in Österreich durch einen oder eine AllgemeinmedizinerIn repräsentiert, der oder die PatientInnen an weitere spezielle Einrichtungen überweist [32]. Die hier praktizierenden ÄrztInnen sind in eigenen Praxen tätige, ausgebildete AllgemeinmedizinerInnen und werden in den meisten Fällen als HausärztIn bezeichnet. Die Wahl der aufgesuchten Arztpraxis ist frei und hat nicht, wie in manchen anderen Ländern, eine strikte Gatekeeping<sup>1</sup> Funktion [33].

Die rechtliche Beziehung zwischen dem oder der HausärztIn und PatientIn ist eine privatrechtliche, wobei der oder die PatientIn durch die Krankenkasse vertreten wird. Die AllgemeinmedizinerInnen schließen Einzelverträge mit den Krankenkassen ab, die sich an Gesamtverträgen zwischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherung

---

<sup>1</sup> D.h. dass PatientInnen vor dem Besuch in einer höheren Versorgungsebene eine oder einen AllgemeinmedizinerIn besuchen müssen.

orientieren [24]. Rund 50 % der HausärztInnen verfügen über einen sogenannten „Kassenvertrag“, die übrigen sind sogenannte „WahlärztInnen“. Wenn sich PatientInnen entscheiden einen oder eine WahlärztIn zu konsultieren, müssen sie die Kosten für Behandlung selbst tragen, wobei circa 80 % der Kosten (die meist über jenen von VertragsärztInnen liegen) von den Krankenkassen rückvergütet werden [25].

Durch den freien Zugang zum System stehen dem oder der PatientIn weitere Möglichkeiten der primären Versorgung zur Verfügung. Hierzu zählen Ambulatorien, Praxen von anderen Gesundheitsberufen (z. B.: Physiotherapie) sowie Spitalsambulanzen. Letztere sind im Gegensatz zu allen zuvor genannten Einrichtungen, dem intramuralen Bereich zuzuordnen [33]. Vor allem in den Randöffnungszeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen sind Spitalsambulanzen das Hauptanlaufziel von PatientInnen [25]. Ebenso wurde im Jahr 2010 das Bilden von Gruppenpraxen rechtlich zugelassen, um Wartezeiten zu verringern und Öffnungszeiten zu verlängern [33].

### **Sekundäre Versorgungsebene**

FachärztInnen repräsentieren die sekundäre Ebene der Versorgung. PatientInnen werden von AllgemeinmedizinerInnen überwiesen, da das benötigte Spezialwissen das vorhandene Wissen in der primären Versorgungsebene übersteigt [32, 34]. Die sekundäre Versorgungsstufe ist von niedergelassenen FachärztInnen geprägt, die Zahl dieser übersteigt sogar die der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (ca. 19.000 FachärztInnen stehen ca. 13.000 AllgemeinmedizinerInnen gegenüber) [33]. Wie HausärztInnen haben auch FachärztInnen einen Kassenvertrag oder sind als Wahlärzte tätig (siehe oben) [24].

### **Tertiäre Versorgungsebene**

Die höchste und letzte Ebene wird durch Krankenanstalten repräsentiert, die eine große Menge an Spezialwissen vorweisen und ebenso PatientInnen für einen längeren Zeitraum aufnehmen [32, 35]. Die eindeutige Definition der Krankenanstalten findet sich im Krankenanstalten- und Kuranstalten Gesetz (KaKuG) § 1. Diese sind Einrichtungen die den Gesundheitszustand feststellen, operative Eingriffe vornehmen, Organtransplantationen durchführen oder bei der Entbindung und bei Fruchtbarkeitsproblemen assistieren [§1 KaKuG].

Krankenanstalten werden in allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten, Krankenanstalten und Ambulatorien unterteilt. Allgemeine Krankenanstalten werden wiederum in Standard-, Schwerpunkt- und

Zentralkrankenanstellen bzw. Universitätskliniken untergliedert. Diese unterscheiden sich hinlänglich ihrer medizinischen Departments, wobei die Zentralkrankenanstalt und die Universitätsklinik über alle dem aktuellen Standard der Medizin entsprechenden Einrichtungen verfügen müssen. [25, §2a KaKuG].

Der stationäre Bereich ist mit einem Anteil von 40,5 % an den gesamten Gesundheitskosten (4,5 % des BIP) der teuerste im Gesundheitsbereich [25].

#### 2.1.2.4 Finanzierung

Wie die Entscheidungsstruktur im Gesundheitssystem ist ebenso die Finanzierung zwischen Bund, Land und den Sozialversicherungen aufgeteilt [25]. Einen Überblick gibt die untenstehende Abbildung 2.

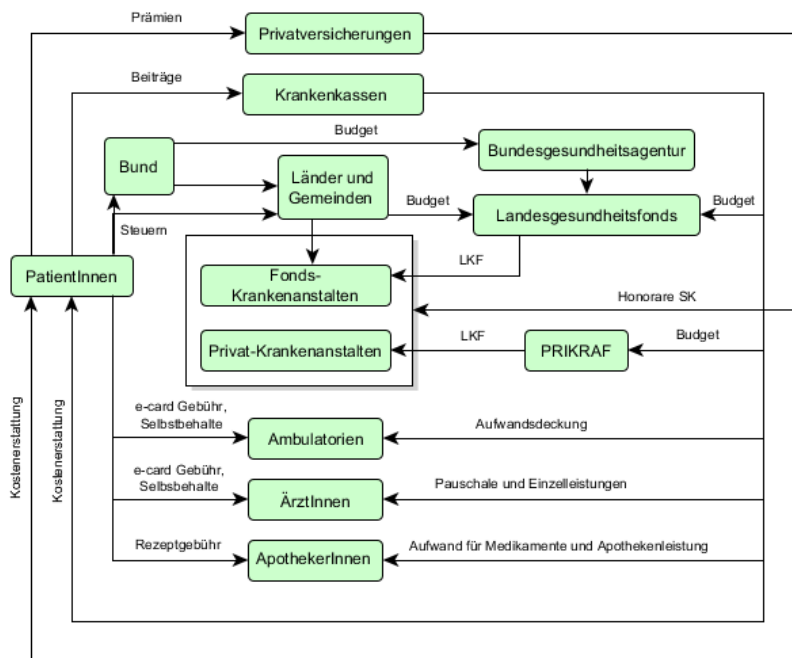


Abbildung 2: Finanzierung des Gesundheitssystems [25]

#### 2.1.2.5 Einnahmen

Einnahmen die in das Gesundheitssystem fließen, werden über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Selbstbehalte und Zusatzversicherungen generiert. Steuern dienen hauptsächlich zur Finanzierung der öffentlichen Spitäler, da die Beiträge, die diese aus den Landesfonds erhalten, gedeckelt sind. Steigen also die Kosten über die einkalkulierten Beträge im Fond muss der fehlende Restbetrag durch Steuern ausgeglichen werden. Sozialversicherungsbeiträge stellen die Haupteinnahmequelle des Gesundheitssystems dar (ca. 45 %) , werden von den Sozialversicherungen erhoben und orientieren sich am Einkommen der oder des Versicherten [25]. Der aktuelle Prozentsatz der

Beiträge beträgt 7,65 % und hat als Höchstbeitragsgrundlage 4.860 € [37]. Selbstbehalte müssen von PatientInnen übernommen werden, wenn in Anspruch genommene Leistungen nicht in den aktuellen Leistungskatalog der Sozialversicherungen fallen. Ebenso müssen Selbstbehalte in Form von Gebühren wie Rezeptgebühren entrichtet werden. Zusatzversicherungen bieten PatientInnen die Möglichkeit, sich über die Pflichtversicherung hinaus, privat zu versichern. Dieser Service wird von circa einem Drittel der Bevölkerung wahrgenommen. Vorteile einer Zusatzversicherung sind vor allem die Behandlung durch einen oder eine ÄrztIn eigener Wahl (also auch vertragsfreie ÄrztInnen) und ein höherer Komfort im Krankenzimmer [25].

### 2.1.2.6 Ausgaben

Der größte Teil der Ausgaben ist, wie in Abbildung 3 ersichtlich, dem stationären Bereich zuzuordnen. Der Anteil der Ausgaben am BIP beträgt 2014 11 % und ist somit seit 1990 um 2,6 % gestiegen [38].

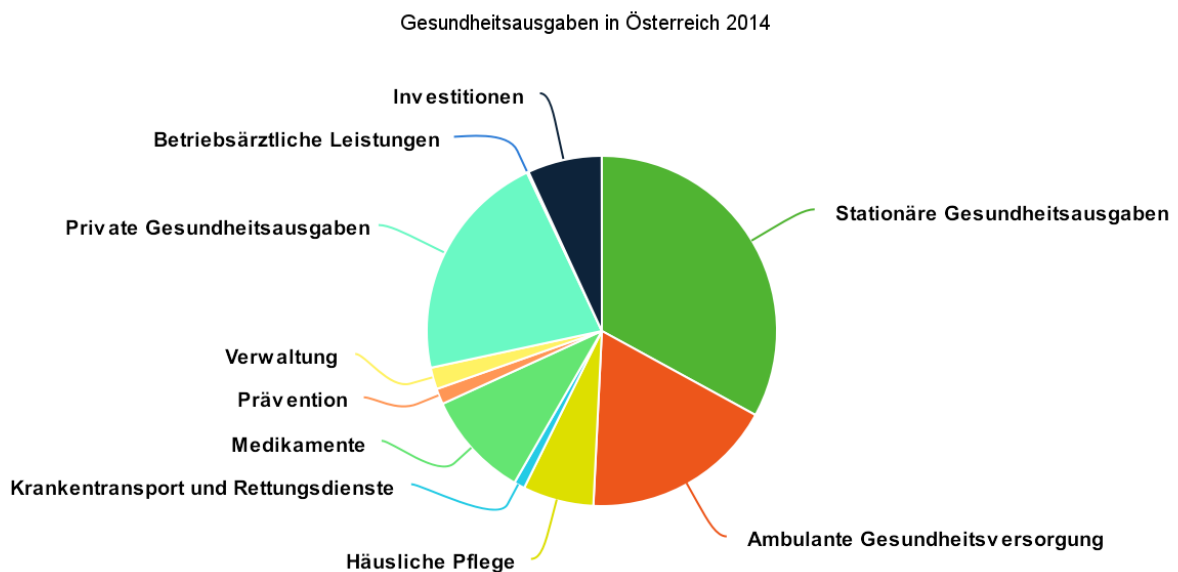


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben in Österreich 2014 [38]

### **2.1.2.7 Abrechnungsunterschiede zwischen intra- und extramuralem Bereich**

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, werden Fondskrankenanstalten über den jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanziert, dieser wird unter anderem mithilfe der Krankenkassen finanziert. Die Vergütung der erbrachten Leistungen der Krankenanstalten werden mittels der Leistungsorientierten Krankenanstalten Finanzierung (LKF) abgerechnet. Hierbei werden bestimmten erbrachten Hauptdiagnosen eines oder einer PatientIn einem bestimmten pauschalen Punktwert (LKF-Punkte) zugeordnet. Der Gegenwert dieser Punkte wird mithilfe der Mittel im Landesgesundheitsfonds ermittelt. Folglich sinkt mit der Zahl der erbrachten LKF-Punkte der reale Gegenwert dieser, da der Betrag im Landesgesundheitsfonds gedeckelt ist [25].

Im extramuralen Bereich werden niedergelassene ÄrztInnen über Tarife vergütet oder über erbrachte Einzelleistungen, die einem Katalog entsprechen. Der Gegenwert der Tarife des Kassenvertrages wird zwischen dem oder der ÄrztIn und der jeweiligen Krankenkasse bestimmt. Kosten für Einzelleistungen werden vom oder von der ÄrztIn festgelegt [39].

## **2.2 Case Management**

Case Management dient im Gesundheits- und Sozialbereich dazu, die Kontinuität der Unterstützung von Menschen rational zu bewerkstelligen [16]. Im folgenden Kapitel werden die Entstehung, Definition und Wirksamkeit von Case Management beleuchtet.

### **2.2.1 Entstehung**

Erste Ansätze des Case Managements zeigen sich bereits im Jahre 1863 in Massachusetts, USA. Um den Versorgungsbedarf eingetrossener Einwanderer zu erheben und diese den richtigen Leistungserbringern zuzuführen, wurde das „Board of Charities“ installiert. So waren die Anfänge des Case Managements stark mit dem Sozial- bzw. dem Sozialarbeitsbereich verknüpft. 1940 tauchten die ersten Modelle auf, die als „Medical Case Management“ bezeichnet wurden, diese waren auch essentiell für die Betreuung von Kriegsverletzten, Behinderten und deren Familien [15].

Das heute bekannte Case Management entstand in den siebziger Jahren in den USA, als es zu einer Umstrukturierung des Sozial- und Gesundheitssektors kam. Zu jener Zeit wurden psychisch Kranke, geistig Behinderte und Pflegebedürftige massiv aus vorhandenen stationären Einrichtungen entlassen. Die Entlassenen wurden einer ambulanten Behandlung zugeführt, wobei der ambulante Sektor durch ein unkoordiniertes Nebeneinander von Leistungen geprägt war. Als Folge wurde ein Dienstleistungssystem eingeführt, welches unter anderem auch das Case Management hervorbrachte. Ursprünglich war die Aufgabe des Case Managements behinderten Menschen einen Dienst zur Verfügung zu stellen, der ihnen erzieherische, soziale und medizinische Unterstützung verschafft und diese ebenfalls koordiniert. Dies wurde im Development Disabilities Act im Jahre 1975 gesetzlich verankert [16].

### **2.2.2 Definition**

Durch seine weiten Anwendungsmöglichkeiten im Gesundheits- sowie Sozialbereich gibt es eine Vielzahl von Definitionen, die sich in ihren Aussagen teilweise unterscheiden [15, 40]. Eine erweiterte Darstellung sowie Diskussion der verschiedenen Definitionen wird in dieser Arbeit nicht durchgeführt.

Die Case Management Society of America (CMSA) definiert 2010 Case Management wie folgt:

*„Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality costeffective outcomes.“ [17]*

Zum Vergleich hier Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), die auch von Österreichischen Gesellschaft (ÖGCC) verwendet wird:

*„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ [18]*

Auffallend ist die unterschiedliche Auswahl von Zielgruppen in den Definitionen. Stellt für die CMSA nicht nur das Individuum, sondern auch die Familie eine Zielgruppe dar, so wird in der Definition der DGCC rein das Individuum als Ziel von Case Management genannt.

In dieser Arbeit wird aufgrund der weiteren behandelten Thematik die Definition der CMSA verwendet, da diese nicht nur Individuen, sondern ebenso involvierte Gruppen miteinbezieht.

### **2.2.2.1 Case Management und Care Management**

Die teilweise synonyme Verwendung der Begriffe Care Management und Case Management macht es nötig sie eindeutig voneinander zu differenzieren.

Die grundsätzlichen Aufgaben des Care Managements sind ähnlich denen des Case Management, unterscheiden sich jedoch in einem entscheidenden Sachverhalt. Im Zentrum des Case Management Konzepts steht die einzelne Person oder der Fall, im Gegensatz dazu steht beim Care Management der Prozess der Versorgung im Vordergrund [16]. Die Institutionen sind also für die „[...]Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und Koordination der Versorgung zuständig, nicht direkt für die personenbezogene Leistungserbringung.“ [16]

### 2.2.3 Funktionen

Case Management kann, wie bereits erwähnt, in vielen Gebieten zum Einsatz kommen, zum Beispiel: Sozialbereiche, Rehabilitationsbereich und Primärversorgung. In der Primärversorgung kommt dem Case Management die Aufgabe der Koordinierung und Integrierung verschiedener Dienstleistungen zu. Grundsätzlich kann jedoch im Case Management nach noch abstrakteren Kriterien unterschieden werden und zwar zwischen der Funktion als „advocacy“, „broker“ oder „gatekeeper“. Da es sich um theoretische Konstrukte handelt, ist davon auszugehen, dass es in der realen Welt zu Mischformen dieser Funktionen kommt [15].

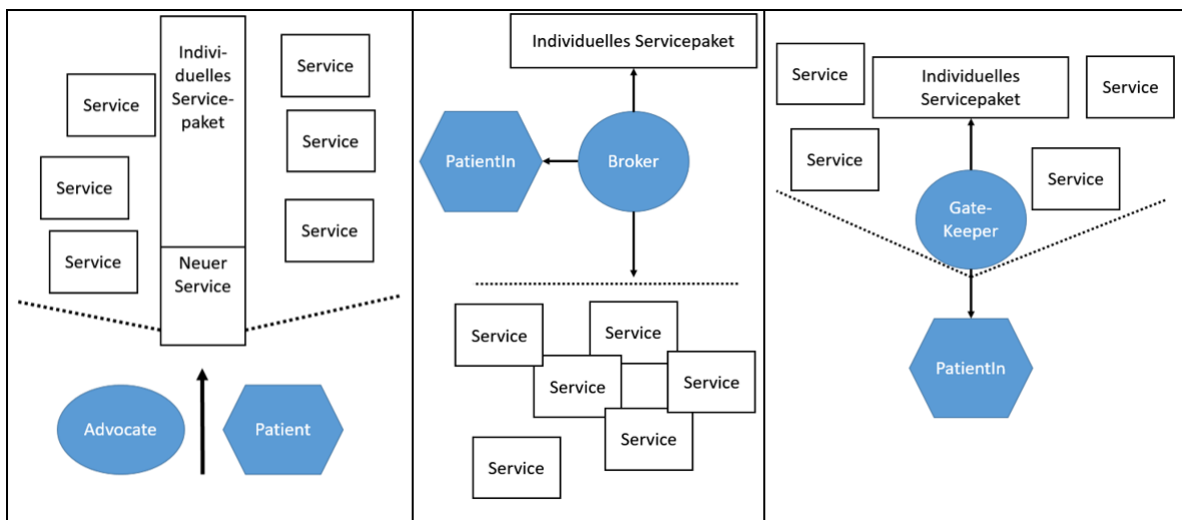


Abbildung 4: Funktionen von Case Management, v.l.n.r. „Advocate“, „Broker“ und „Gatekeeper“ Funktion [15]

#### 2.2.3.1 „Advocacy“

Bei der „advocacy“ Funktion fungiert der oder die Case ManagerIn als Anwältin der oder des PatientIn und versucht dessen Interessen zu vertreten, durchzusetzen und schlussendlich zu realisieren. Als persönliche Ansprechperson der oder des PatientIn muss der oder die Case ManagerIn sehr empathisch vorgehen und eine starke Beziehung zwischen sich und seinem oder seiner KlientIn aufbauen. Zusätzlich zu der Betreuung ist der oder die Case ManagerIn ebenso aufgefordert, Mängel im System aufzudecken, diese aufzuzeigen bzw. publik zu machen, um eine Verbesserung zu erwirken. Das Ziel dieser Methode ist das Befähigen der oder des KlientIn hin zur Autonomie [15].

#### 2.2.3.2 „Broker“

Der oder die Case ManagerIn fungiert hier als MaklerIn und VermittlerIn zwischen den Bedürftigen und den benötigten Dienstleistungen. Ihm oder ihr kommt eine rein

organisierende Aufgabe zu und er oder sie tritt, im Gegensatz zur anwaltschaftlichen Funktion, stärker in der Vermittlung der oder des Klientin auf, als in deren Befähigung zur Autonomie [15, 16].

### 2.2.3.3 „Gatekeeper“

Diese Funktion hat vor allem zusätzlich einen ökonomischen Aspekt. Ziel ist es, PatientInnen gezielt in die von ihnen benötigten Einrichtungen zu leiten und dadurch eine effektive sowie effiziente Behandlung zu ermöglichen. Der oder die Case ManagerIn nimmt also hier eine Schlüsselfunktion für den oder die PatientIn ein, indem er bzw. sie ihm oder ihr erst den Zugang zum System ermöglicht. Des Weiteren erhebt der oder die Case ManagerIn so Informationen über finanzielle Aspekte und berichtet diese der Versorgungseinrichtung [15].

### 2.2.4 Case Management Regelkreis

Das methodische Vorgehen im Case Management kann mittels des Case Management Regelkreises illustriert werden (siehe Abbildung 6). Die Anzahl der Phasen variiert je nach

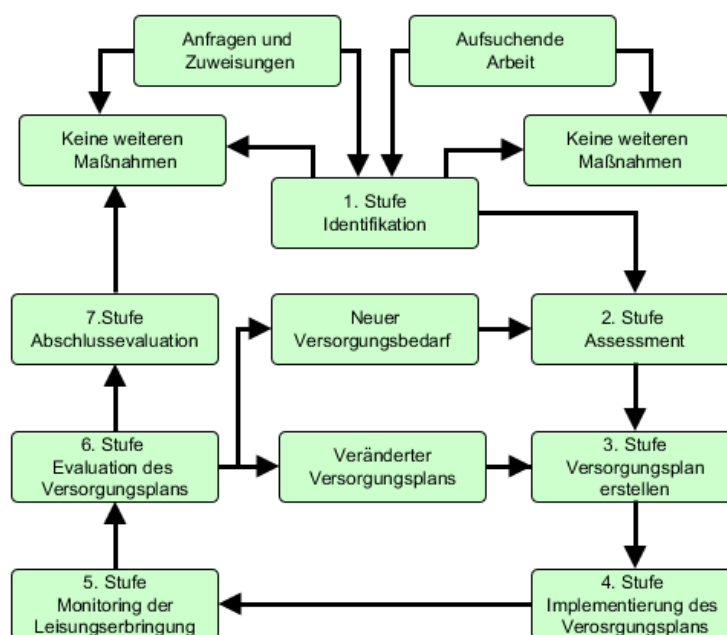


Abbildung 5: Case Management Regelkreis [15,42]

Anwendung, aber grundsätzlich kann von mindestens fünf Phasen (Assessment, Planung, Intervention, Monitoring, Evaluation) ausgegangen werden [41]. In dieser Arbeit wird das Modell der 7 Phasen (siehe Abbildung 6) verwendet, da es einen guten Überblick über die Arbeitsweise des Case Managements gibt.

#### **2.2.4.1 Identifikation**

Diese Phase wird auch als „Selection“ [17] oder „Engagement“ [42] bezeichnet, meint aber auf jeden Fall das Identifizieren der KlientInnen, die das Case Management benötigen bzw. von dessen Anwendung profitieren. Diese KlientInnen können durch Eigeninitiative auf die Case Management Institution zugehen, durch andere Versorgungsebenen zugewiesen werden [15] oder aktiv von besagter Institution aufgesucht werden, dies wird als „outreach“ bezeichnet [16]. Um für das Case Management in Frage zu kommen, muss meist ein Kriterienkatalog erfüllt werden, der zum Beispiel finanzielle Probleme, wiederholte Aufnahmen, Alter oder chronische Krankheit umfasst [17]. Zusätzlich muss vor dem Beginn der nächsten Phase des Assessments ein Gespräch mit dem oder der KlientIn geführt werden, um deren Bedürfnisse, vorhandene Probleme und Erwartungen zu klären und um über die Möglichkeiten und Grenzen des Case Managements zu informieren [16, 17]. Wie überall im Gesundheits- und Sozialbereich ist auch im Case Management Compliance von größter Wichtigkeit [16].

#### **2.2.4.2 Assessment**

Nach der Aufnahme wird ein Informationssammelungsprozess gestartet, der den gesundheitlichen und psychosozialen Status sowie historische Daten der oder des KlientIn erfasst [16, 17, 42]. Wichtig ist hier nicht nur das reine Abfragen von Daten, sondern ebenso, dass der betroffenen Person das Gefühl gegeben wird, dass ihr oder ihm zugehört wird [42]. Zusätzlich zur betroffenen Person werden ebenso die Familienmitglieder sowie weitere Personen des engeren sozialen Netzwerkes befragt [17, 42]. Für das Durchführen des Assessments sollten einschlägige Instrumente verwendet werden, um ein strukturiertes Vorgehen zu ermöglichen [17].

Das Assessment bildet die Ausgangsgrundlage für alle weiteren Schritte des Case Managements und sollte deswegen so ausführlich wie möglich gestaltet sein, um den oder der KlientIn ein maßgeschneidertes Maßnahmenpaket zu ermöglichen [15, 42]. Die Werkzeuge für das Assessment müssen an den jeweiligen Bedürfnissen des oder der PatientIn angepasst sein, hier gibt es für viele Arten von Defiziten passende Tools [42]. Ein Beispiel für eines dieser Hilfsmittel ist der „Case Management Assessment Tool“, hierbei handelt es sich um einen 12-seitigen Fragebogen zur Erhebung des Bedarfes von AIDS Erkrankten [43]. Ein Auszug aus diesem Fragebogen ist im Anhang zu finden (siehe Anhang B).

#### **2.2.4.3 Erstellen eines Versorgungsplans**

Durch die zuvor gewonnenen Informationen werden zwischen dem oder der Case ManagerIn und dem oder der KlientIn lang- und/oder kurzfristige Ziele bzw. gewünschte Outcomes formuliert [16, 17, 42]. Diese sollten so konkret wie möglich gehalten werden, um überprüfbar zu sein. Wendt betont, dass diese ebenso in die weitere Lebensplanung der oder des KlientIn eingepasst werden müssen, um keinen Widerstand zu erzeugen [16]. Eine Priorisierung der Ziele durch die Zusammenarbeit zwischen KlientIn und Case ManagerIn ist wiederum unverzichtbar, damit ein optimales Outcome erreicht wird [42].

Von den Zielen abgeleitet, wird von dem oder der Case ManagerIn eine Liste der in Frage kommenden Dienstleistungen erstellt und die Positionierung von anderen Personen (Angehörige, Professionisten) oder Ressourcen in der weiteren Versorgung geklärt [16].

Der Plan kann mit Hilfe von „care pathways“ erstellt werden. Dieses Werkzeug hilft konkrete Tätigkeiten zu bestimmten Zeitpunkten zu planen und an konkreten Outcomes zu messen. In der Primärversorgung kann dieses Tool ebenso angewendet werden. Die Planung muss zeitlich gesehen jedoch weiter gesteckt werden als jene eines „care pathways“. Die Inkraftsetzung eines „care pathways“ wird im Krankenhaussetting mit allen Teammitgliedern besprochen, da dies im primären Setting schwieriger ist, sollte bei Fallkonferenzen der Versorgungsplan evaluiert werden und Input von allen gefordert werden [15, 44]. Ein Beispiel für einen „care pathways“ kann im Anhang gefunden werden, dieser beschäftigt ausschließlich mit der COPD PatientInnen, ebenso sind Einstufungskriterien für die Schwere der Krankheit und Behandlungsvorschläge enthalten (siehe Anhang C).

#### **2.2.4.4 Implementierung des Versorgungsplans**

Nach der Zustimmung von KlientIn und Angehörigen zum Versorgungsplan wird dieser in Kraft gesetzt. Dem oder der Case ManagerIn kommen nun, je nach Funktion (siehe Kapitel 2.2.3), verschiedene Aufgaben zu, die aber auf jeden Fall die Vermittlung zwischen Leistungserbringern und dem oder der KlientIn beinhalten [15, 17, 42].

#### **2.2.4.5 Monitoring des Versorgungsplans**

Nach der Implementierung kommt dem oder der Case ManagerIn aufgrund der nicht aktiven Beteiligung an der Leistungserbringung die Funktion des Überwachens des Prozesses zu. Hier ist die Anbindung an das soziale Netzwerk der oder des KlientIn von großer Wichtigkeit, um Mängel oder unpassende Leistungsangebote zu identifizieren [16, 42].

#### **2.2.4.6 Evaluation des Versorgungsplans**

Durch während des Monitorings aufgedeckte Mängel kann in der Phase der Evaluation eine Anpassung des Versorgungsplans bzw. eine Umformulierung der Ziele an sich erfolgen [15, 42]. Zusätzlich sollte in dieser Phase ein Gespräch mit dem oder der KlientIn durchgeführt werden, um das persönliche Gefühl und den Erfolg der erbrachten Leistungen zu erfahren. Dadurch können sich erneut Änderungen für den Versorgungsplan an sich ergeben. Des Weiteren kann eine Evaluation bereits zu einem früheren Zeitpunkt angesetzt werden, wenn sich die Situation der oder des KlientIn akut verschlechtert, oder komplexere Sachverhalte an den Tag treten [42].

#### **2.2.4.7 Abschlussevaluation**

Nach dem Erreichen der Ziele oder der Gesundheit des oder der KlientIn wird der Kreislauf beendet und von dem oder der Case ManagerIn evaluiert, um individuelle Schwächen zu identifizieren [15].

### **2.2.5 Wirksamkeit**

Durch die vielen verschiedenen Anwendungsgebiete des Case Managements von der Medizin bis hin zur Sozialarbeit [15, 16], sind Forschungsarbeiten, die sich mit der Auswirkung beschäftigen zahlreich vorhanden. Aufgrund dessen wird hier nur auf jene eingegangen, welche sich mit einer für diese Arbeit relevanten Materie auseinandersetzen. Grundsätzlich ist für alle Ergebnisse zu sagen, dass aufgrund der starken Differenzen von angewandtem Case Management Methoden, diese nicht universell auf das gesamte Case Management bezogen werden können [45].

Eine Auswirkung auf die PatientInnenzufriedenheit wird von Stokes et al. in einer systematischen Übersichtsarbeit nachgewiesen [46]. Ebenso führt die Einführung von Case Management im Primärversorgungsberiech zu einer höheren Zufriedenheit aller Beteiligten [47–49] sowie zu einem individuell empfundenen besseren Kontakt mit den PatientInnen [50] zu anderen Institutionen [47, 48].

Stokes et al. konstatieren ebenso, dass es zu keiner Kostensenkung durch die Anwendung von Case Management kommt und die Mortalität kaum gesenkt wird. Sie geben ebenso an, dass Forschung auf dem Gebiet der Implementierung des Case Managements kaum vorhanden ist und es vor allem in Ländern mit geringer Ausprägung von primären Strukturen von größter Bedeutung sein kann, Case Management Methoden zu implementieren [46].

## **2.3 Primary Health Care**

Primäre Gesundheitsversorgung kann grob als die erste Anlaufstation im Gesundheitssystem gesehen werden, mit der ein oder eine PatientIn Kontakt aufnimmt [31]. Um den Begriff genauer differenzieren zu können, erfolgt im Verlauf dieses Kapitels eine Definition des Begriffs sowie seine Entstehungsgeschichte, aktuelle Anwendungen und die Beschreibung des österreichischen Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“.

### **2.3.1 Geschichte**

Der erste Einsatz von Primary Health Care geht in die 1930er Jahre zurück, als drei Ärzte die Versorgung einer Gemeinde im damals stark verarmten China übernahmen. Nach der Durchführung von Befragungen zur Erhebung von Problemen bei der Gesundheitsversorgung wurden Bauern in rudimentärer medizinischer Versorgung (z. B.: Pockenimpfung oder Gesundheitserziehungsmaßnahmen) geschult [51]. Aus diesem Konzept entwickelten sich die sogenannten „Barefoot Doctors“, die flächendeckend in China eingesetzt wurden, um eine landesweite niederschwellige Gesundheitsversorgung sicher zu stellen [52].

Der Begriff „Primary Health Care“ wird um das Jahr 1970 erstmals verwendet, als die USA für ihre gesundheitsbezogene Entwicklungspolitik in Entwicklungsländern kritisiert wurde. Hauptkritikpunkt war die starke Krankenhausorientierung und die damit verbundene Benachteiligung von ruralen Landesteilen [53].

Die erstmalige konkrete Definition von Primary Health Care fand während der „International Conference on Primary Health Care“ in Alma-Ata (heute Almaty) statt. Durch die fehlende Pragmatik und daraus folgender Kritik an dieser Definition kam es zu einer Herausbildung zweier unterschiedlicher Begriffe von Primary Health Care, zum einen „Selective Primary Health Care“ [53], eine Methode bei der es in erster Linie um die Behandlung von Krankheiten geht und nur sehr gering auf die Bedürfnisse der Zielbevölkerung eingegangen wird [51]. Auf der anderen Seite „Comprehensive Primary Health Care“ [53] oder „Alma-Ata Primary Health Care“ [51], wobei ein breiterer Ansatz verfolgt wird, um die Gesundheit auch auf der gesellschaftlichen bzw. wirtschaftlichen Ebene betrachtet und die Fokussierung des jeweiligen Gesundheitssystems auf Primary Health Care verlangt wird [51, 53].

### 2.3.2 Definition

Wie bereits zuvor erwähnt, fand die erste Definition von Primary Health Care in der Declaration of Alma-Ata“ statt. Diese lautet:

*„Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.“ [54]*

Die Definition ist stark geprägt von der Idee des Einsatzes von Primary Health Care in Entwicklungsländern, sie kann aber ebenfalls bereits in dieser Formulierung auf Gesundheitssysteme von Industrieländern angewandt werden.

In der Vereinbarung gemäß „Artikel 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit“ findet sich die in Österreich angewandte Definition von Primary Health Care (hier Primärversorgung):

*„Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ [28]*

Ersichtlich ist, dass hier ein Augenmerk auf die Koordinierung des Behandlungsprozesses gelegt wird, welche in der Definition der „Declaration of Alma-Ata“ nicht erwähnt wird.

### **2.3.3 „Das Team rund um den Hausarzt“**

Im Folgenden findet eine Darstellung des Konzeptes des „Teams rund um den Hausarzt“ statt. Zur Erleichterung des Lesens wird das „Teams rund um den Hausarzt“ im folgenden Teil als „Team“ bezeichnet.

Als „Team rund um den Hausarzt“ wird das im Jahr 2014 beschlossene, multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungskonzept von der Bundeszielsteuerungskommission genannt [13]. Gründe für die Erstellung dieses Konzeptes sind das allgemein schlechte Abschneiden der Primärversorgung im internationalen Vergleich [12], das Einführen einer Koordinationsstelle in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung und die hohe Krankenhauslastigkeit in Österreich [13], die sich mit der höchsten Entlassungsquote unter allen OECD Ländern auszeichnet [55].

#### **2.3.3.1 Ziele**

Die Ziele, die durch die Einführung des Konzeptes erreicht werden wollen sind:

- Abdeckung der Behandlung an Tagesrandzeiten und Wochenenden
- Unterstützung der oder des PatientIn bei der Wegfindung durch die Ebenen der Gesundheitsversorgung sowie deren Koordinierung
- Verbesserung des Arbeitsumfeldes im Primärversorgungsbereich für ärztliches sowie pflegerisches Personal
- Stärkung der Allgemeinmedizin
- Stärkung der präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben der Primärversorgung
- zielgerichtete Versorgung ermöglichen, um Krankenhauslastigkeit und Aufsuchen von Spitalsambulanzen zu vermindern [13]

#### **2.3.3.2 Aufgaben**

Hauptaufgabe des Teams ist es, die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem darzustellen. Realisiert wird dies mittels einer verlängerten Öffnungszeit gegenüber den aktuellen Arztpraxen, einer besseren örtlichen Erreichbarkeit, Hausbesuchen und Einrichtung von Internet oder Telefon basierten Diensten. Des Weiteren sollen durch Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen (z. B.: Still- und Raucherberatung) vorsorgliche Maßnahmen ausgebaut werden. Zu den medizinischen Aufgaben zählen unter anderem: die Erstdiagnostik und -behandlung, Weiterleitung an einen oder eine FachärztIn

und Übernahme der Weiterversorgung nach Behandlung in einer anderen Behandlungsinstitution [13].

Ein weiteres Augenmerk wird auf die Koordinierung und kontinuierlichen Begleitung der zu behandelnden Personen gelegt. Diese Personen sollen mithilfe des Teams der richtigen Versorgungsebene (siehe Kapitel 2.1.2.3) zugeordnet werden, die Übersicht über die vorhandenen Angebote im Sozial- und Gesundheitsbereich erhalten sowie deren Kontaktaufnahme erleichtern [13]. Das konkrete Leistungsspektrum ist, laut Konzept, mit den „[...]Sozialversicherungen und sonstigen Finanzierungsträgern zu vereinbaren“ [13] und wird nicht klar definiert [13].

### **2.3.3.3 Aufbau**

Im Zentrum des Teams steht das Kernteam, welches mindestens ein oder eine ÄrztIn für Allgemeinmedizin, diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal und einen oder eine OrdinationsassistentIn umfassen. Des Weiteren müssen bestimmte Kernkompetenzen im Team vorhanden sein, die von der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Versorgung von PalliativpatientInnen reichen. Laut dem Konzept können besagte Kompetenzen aber auch dezentral angeboten werden, zum Beispiel von freien MitarbeiterInnen. Zu diesem Kernteam können weitere Berufsgruppen in das sogenannte Primärversorgungsteam eingegliedert werden, zum Beispiel DiätologInnen, mobile Dienste oder PhysiotherapeutInnen. Diese Berufsgruppen stehen im engen Austausch mit dem Kernteam und nehmen an regelmäßigen Besprechungen teil. Welche Berufsgruppen Teil des Primärversorgungsteams sind, ist von den regionalen Rahmenbedingungen und dem Versorgungsbedarf abhängig. Ein weiterer Teil der Primärversorgung wird von den Primärversorgungspartnern übernommen, die in regelmäßigem Kontakt mit dem Primärversorgungsteam sind, aber kein organisatorischer Bestandteil davon sind [13].

### **2.3.3.4 Aufbauorganisation**

Das „Team rund um den Hausarzt“ kann entweder in einer „Primärversorgungseinrichtung“ oder einem Primärversorgungs-Netzwerk tätig werden. Die Primärversorgungseinrichtung konzentriert das gesamte Kernteam an einem Standort und kann mittels aller möglichen gesellschaftsrechtlichen Organisationformen gegründet werden. Im Primärversorgungs-Netzwerk sind die einzelnen Mitglieder an verschiedenen Standorten tätig (z. B. in eigenen Ordinationen oder Gruppenpraxen), arbeiten aber

vertraglich verbindlich zusammen und treten gegenüber den Sozialversicherungen sowie den PatientInnen als Einheit auf [13].

#### **2.3.3.5 Ablauforganisation**

Die Organisation der Abläufe zwischen Primärversorgungsteam und den Primärversorgungspartnern wird vom Primärversorgungs-Management übernommen, welches durch das Primärversorgungsteam bedient wird. Ziel des Primärversorgungs-Managements ist es, das Team so weit wie möglich von organisatorischen sowie operativen Managementaufgaben zu entlasten, um eine Konzentration auf den Kernprozess zu ermöglichen. Zu diesen Aufgaben zählen unter anderem: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, Informations- und Kommunikationsstrukturen zu administrieren, Finanzplanung, Budgetverwaltung und Personalplanung [13].

#### **2.3.3.6 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Die Organisations- und Rechtsform sollte den regionalen Gegebenheiten angepasst werden, um eine hohe Flexibilität zu erreichen. Nach aktueller Rechtslage kommen folgende Konstruktionen in Frage:

- Ordinationen bzw. Praxen von freiberuflich tätigen Gesundheitsberufen, die strukturiert und vertraglich verbindlich zusammenarbeiten und den PatientInnen gegenüber als Einheit auftreten
- Ärztliche Gruppenpraxen, die andere Berufsgruppen angestellt oder diese vertraglich als Kooperationspartner integriert haben
- Ambulatorien

Es wird herausgehoben, dass diese Rechtsformen keine optimale Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes ermöglichen und daher eine neue Rechtsgrundlage entstehen muss [13].

Bereits vorhandene Kassenverträge von ÄrztInnen behalten weiterhin Gültigkeit, wenn diese sich entschließen in einer Primärversorgungsstruktur zu arbeiten. Für die vertragliche Beziehung zwischen Sozialversicherung und der Primärversorgungsstruktur sind noch keine rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden. Die Erstellung dieser wird aber im Konzept gefordert und es wird darauf hingewiesen, dass diese ähnlich jener im ASVG geltenden Regelung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und Sozialversicherung ähneln sollten. Ebenso wie die vertragliche Beziehung ist auch noch keine endgültige Entscheidung

über die Honorierung der Primärversorgungsstruktur getroffen worden. Im Konzept werden aber verschiedene Varianten der Finanzierung diskutiert [13].

#### **2.3.4 Stellung im österreichischen Gesundheitssystem**

Primary Health Care wird zu einem Großteil von dem vorhandenen Hausarztssystem abgedeckt (siehe Kapitel 2.1.2.3). Eine Studie von Stiegler et al. untersuchte das österreichische Gesundheitssystem nach den fünfzehn Indikatoren von Primary Health Care (z. B.: Ganztägige Verfügbarkeit, Bezahlung von ÄrztInnen der Primärversorgungsebene). Das Ergebnis zeigt, dass Österreich bei der Bewertung von 30 möglichen Punkten 7 erhält und damit zu den „low primary health countries“ zählt [12].

#### **2.3.5 Wirksamkeit**

Kringos et al. belegen in ihrer Studie, dass die höhere Zentrierung von Primary Health Care im Gesundheitssystem mit erhöhten Kosten assoziiert werden kann, jedoch ebenso mit einer geringeren Kostensteigerung gegenüber Systemen, die Primary Health Care weniger zentrieren. Ebenso konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass es zu einer Verringerung der Krankenhausbesuche in der Bevölkerung kommt [56].

Des Weiteren besteht ein negativer Zusammenhang von der Stärke der Primary Health Care Zentrierung und Inzidenz von Todesfällen allgemein [57, 58], durch Herzerkrankungen [56, 57] und chronischen Lungenerkrankungen [56].

Zusätzlich zeigt sich, dass eine Verringerung der sozioökonomischen Ungleichheit in der medizinischen Behandlung durch Primary Health Care verringert wird [56, 58, 59].

Die WHO verweist auf die höhere Kosteneffektivität, die durch den Einsatz von Primary Health Care gewonnen werden kann, sowie auf eine positive Auswirkung auf PatientInnenzufriedenheit [58].

# 3 Methodik

---

Um zu ermitteln wie Case Management am besten in die Primärversorgung integriert werden kann, wurden zwei Arten der Datenerhebung gewählt. Zum einen wurden halbstrukturierte Interviews und zum anderen eine systematische Literatursuche durchgeführt.

## 3.1 Systematische Literatursuche

Die Implementierung bzw. Anwendung von Case Management in Österreich kann nur ermittelt werden, wenn die systematische Suche auf Länder begrenzt wird, die bestimmte Kriterien für die Vergleichbarkeit erfüllen. Für die vorgenommene Suche wurden folgende Kriterien identifiziert:

1. Länder, die wie Österreich ein Versicherungssystem zur Gesundheitsversorgung nutzen.
2. Länder, die in der Studie von Starfield und Shi höher als Österreich bei ihrer Primärversorgungsausprägung eingestuft wurden [60].
3. Länder, die dem westlichen Kulturkreis angehören, um soziale bzw. kulturelle Differenzen gegenüber Österreich zu minimieren.

Nach dem Anwenden dieses Kriterienkatalogs wurden die Länder Canada, Niederlande und Finnland ausgewählt.

Im Zeitraum von 28. März 2017 bis 1. April 2017 wurden drei systematische Literatursuchen in den Datenbanken PubMed, OVID und CINAHL mit den Suchbegriffen: „Case Management“, („primary health\*“ or „primary care“) bzw. (Canada or canadian) oder (Finland or finish) oder (Netherlands or dutch) durchgeführt. Die Suchbegriffe wurden mit dem Suchoperator „and“ verknüpft. Der Ablauf sowie die Zahl der identifizierten Titel der systematischen Suchen kann in Abbildung 6 abgelesen werden.

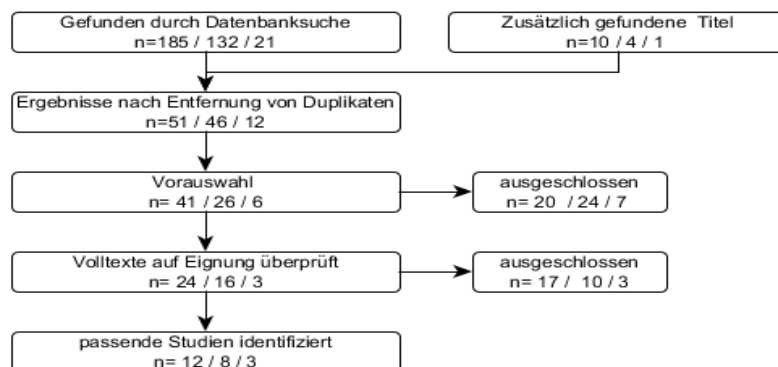


Abbildung 6:1 Systematische Literatursuche, Kanada / Niederlande / Finnland

## **3.2 Halbstrukturierte Interviews**

Die Interviews wurden zur vertiefenden Darstellung der gefundenen Ergebnisse durchgeführt und erfüllen keinen essentiellen Teil bei der Beantwortung der Forschungsfrage.

### **3.2.1 Sampling**

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde mittels der Methode des Convenience Sampling vorgegangen [61]. Hierbei werden weitere InterviewpartnerInnen von bereits interviewten Personen vermittelt oder mittels sozialer Netzwerke wie „Facebook“ gefunden.

Die Kriterien nach denen Interviewpartner gewählt wurden, waren die vergangene oder gegenwärtige selbstständige Tätigkeit in einer Primärversorgungsinstitution in Österreich und die Bereitschaft ein 30-minütiges Interview zu führen. Zusätzlich wurden weitere Personen ausgewählt, die als ExpertInnen im Gebiet des Case Managements zu sehen sind.

### **3.2.2 Datenerhebung**

Die Daten wurden mittels standardisierte Leitfadenterviews [62] erhoben. Folglich wurde ein Leitfaden mit fünf Interviewfragen erstellt, welche vorhandene Strukturen und Prozesse abfragen sowie den optimalen Einsatz für Case Management erläutern (siehe Anhang A). Die Interviews wurden, je nach Möglichkeit, per Telefon oder persönlich im Jänner und Februar 2017 durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 10-30 Minuten. Insgesamt wurden neun Personen interviewt, die gegenwärtig im Primärversorgungsbereich tätig sind oder waren bzw. die Expertinnen für Case Management sind. Es wurden zwei freiberufliche diplomierte Pflegekräfte (DGKS-1 und DGKS-2), eine Physiotherapeutin (PHY), eine Diätologin (DIÄ), eine Allgemeinmedizinerin (AMI) und ein ehemaliger Allgemeinmediziner, der an der Universität tätig ist (AMU), eine Pflegewissenschaftlerin, die in einer urologischen Praxis tätig ist (PWU), eine Geschäftsführerin einer Pflegeorganisation, die ebenfalls Case Management anbietet (GFCM) sowie eine Lehrkraft für Case Management eines Bildungsinstituts (CME) interviewt.

### **3.2.3 Datenanalyse**

Die durchgeführten Interviews wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Hierbei werden mittels der induktiven Variante aus dem Transkript Kategorien gebildet, welche mit den gefundenen Ergebnissen abgeglichen wurden [63].

# 4 Ergebnisse

---

## 4.1 Kanada

Starfield und Shi ordnen Canada als „intermediate Primary Care“ Land ein [60].

Die Bevölkerung ist über ein staatliches Versicherungssystem abgesichert, welches regional ausgerichtet ist. AllgemeinmedizinerInnen sind in Gruppenpraxen oder in Netzwerken organisiert, in denen auch andere Berufsgruppen tätig sind. Die Zusammenstellung dieser Praxen oder des Netzwerkes wird von der jeweiligen zuständigen föderalen Regierung bestimmt. Der Zugang zu diesen Praxen ist für die Bevölkerung frei, jedoch sind in manchen Regionen, aufgrund von knappen Ressourcen, Registrierungen bei bestimmten Praxen verpflichtend geworden. Nach den normalen Öffnungszeiten ist ausgebildetes Pflegepersonal 24 Stunden täglich telefonisch erreichbar, um Auskunft zu geben. Zusätzlich sind private Notfallkliniken sowie Notfallaufnahmen von Krankenhäusern verfügbar [64]

Aufgrund des stark ausgeprägten Föderalismus in Kanada, wird im Folgenden rein auf die Provinz Ontario eingegangen, da das angewendete Primärversorgungskonzept in groben Zügen dem österreichischen Konzept des „Teams rund um den Hausarzt“ ähnelt.

### 4.1.1 Primäre Versorgung und Koordination

Die sogenannten „Family Health Teams“ sind in Ontario an 182 Standorten vertreten, um der Bevölkerung von circa 13 Millionen Menschen [65] eine bestmögliche Versorgung bieten zu können. Diese Teams bestehen immer aus einem Kernteam, welches mindestens aus einem oder einer AllgemeinmedizinerIn, Nurse Practitioners<sup>2</sup> und einer normalen Pflegekraft besteht. Je nach den Bedürfnissen der Bevölkerung im Umkreis werden andere benötigte Gesundheitsberufe zusätzlich angestellt, zum Beispiel PhysiotherapeutInnen oder DiätologInnen. Ein „Family Health Team“ ist für mindestens 1400 Personen zuständig, diese Zahl steigt mit der Zahl der angestellten ÄrztInnen sowie anderem Gesundheitspersonal [67].

Um eine verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Beteiligten im Gesundheitssystem zu erreichen, wurden elektronische Krankenakten eingeführt, auf diese haben alle, die den oder die PatientIn behandeln, Zugriff. Zusätzlich werden Teammeetings

---

<sup>2</sup> Nurse Practitioners sind vertieft ausgebildete Pflegekräfte die sich auf bestimmte Gebiete spezialisieren, wie zum Beispiel Sportmedizin oder Kardiologie ([66])

durchgeführt, um leichter Informationen innerhalb des „Family Health Teams“ auszutauschen [68].

PatientInnen können sich in weiterer Folge bei den jeweiligen „Family Health Teams“ einschreiben und verpflichten sich damit, im Falle einer Erkrankung, zuerst das Team in Anspruch zu nehmen, für welches sie sich eingetragen haben [67].

#### **4.1.2 Finanzierung**

Die Finanzierung der ÄrztInnen erfolgt gemischt, zu 60 % mittels jährlicher Kopfpauschalen, wobei verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedliche hohe Abgeltungen besitzen (z. B. für einen Mann zwischen 15-19 Jahren ungefähr 58 Can\$ = 40,73 € oder für eine Frau über 95 Jahre 444,96 Can\$ = 309 €). Die restlichen 40 % werden aus Provisionen und Boni erwirtschaftet. Provisionen werden zum Beispiel für die Behandlung über 75-Jähriger, für die Durchführung von Hausbesuchen oder für eine Zahl präventiv durchgeführter Maßnahmen ausbezahlt (z. B.: wenn ein bestimmter Anteil über 50-jährige PatientInnen mittels Stuhlprobe auf Magen-Darm-Krebserkrankungen getestet wird, desto höher der prozentuelle Anteil an Untersuchten ist, desto höher ist die Provision). Die Bezahlung weiterer angestellten Gesundheitsberufe wird direkt vom Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege übernommen [68].

#### **4.1.3 Ausführende Personen des Case Managements**

Es fällt auf, dass bei den meisten der gefundenen Studien, das Case Management von einer Pflegekraft durchgeführt wird [69–74]. In manchen wird auf spezifische Personen, wie zum Beispiel PharmazeutInnen [72, 73] oder PhysiotherapeutInnen [75] zurückgegriffen.

Die Kompetenzen von Pflegekräften, wie Nursing Practitioners, sind sehr weit und reichen von der selbständigen Anordnung von Untersuchungen bis hin zur Verschreibung von Medikamenten. Registered Nurses<sup>3</sup> können mit speziellen Ausbildungsverfahren die Kompetenz erlangen, selbständig bildgebende Untersuchungen wie Koloskopien durchzuführen [76].

Für den erfolgreichen Abschluss einer Case Management-Ausbildung in Ontario wird mindestens die Ausbildung zur Registered Nurse, SozialarbeiterIn oder PhysiotherapeutIn benötigt. Alle diese Ausbildungen setzen in Ontario sowie in ganz Kanada ein abgeschlossenes Bachelorstudium voraus. Bereits im Jahr 2006 wurde die Agentur

---

<sup>3</sup> Vergleichbar mit einer Diplomierten Pflegefachkraft in Österreich.

„Community Care Access Center“ gegründet, eine Institution, die die Koordination von Services für Personen durchführt, die dazu nicht selbst in der Lage sind [77, 78].

Die Ausbildung sowie Zertifizierung von Case ManagerInnen ist in Kanada nicht einheitlich geregelt und unterliegt keiner Behörde. Zur Ausübung des Berufes müssen gesetzlich die oben genannten Kriterien erfüllt, sowie kognitive Fähigkeiten zur Durchführung dieser Tätigkeit vorhanden sein [77].

Des Weiteren ist Case Management Bestandteil der Ausbildung zur Registered Nurse und in weiterer Folge vertieft auch zur Ausbildung als Nursing Practitioner [79, 80].

#### **4.1.4 Hemmende und fördernde Faktoren für Case Management im Primärbereich**

Kahan et al. untersuchten, wie sich die Einführung von Case ManagerInnen in Notaufnahmen für PatientInnen, die diese überproportional oft in Anspruch nahmen, auswirkte. Es wurden hemmende wie unterstützende Faktoren identifiziert, die bei der Einführung eines sektorenübergreifenden Case Managements vorhanden sind. Zu den unterstützenden Faktoren zählen unter anderem: eine enge Partnerschaft mit staatlichen Organisationen, Engagement der Beteiligten sowie Qualifikation der Case ManagerInnen. Die hemmenden Faktoren lauten: fehlende Identifikation der Zielpopulation sowie ein unzureichender Überweisungsprozess, dezentrale Strukturen, lange Wartezeiten in anderen Einrichtungen auf Behandlungen und unzureichende Ausbildung [81].

Die Erfahrungen die Pflegekräfte in der primären Gesundheitsversorgung bezüglich der Teamarbeit machten, war Mittelpunkt der Untersuchung von Al Sayah et al. Die verändernde Rolle der PflegerInnen in „primary care networks“ (ähneln dem „Team rund um den Hausarzt“) zeigt, dass in diesem Versorgungssektor ein größeres Maß an Kreativität, Entscheidungsfähigkeit bzw. Eigenständigkeit gefordert ist und es, im Gegensatz zu klassischer Anstaltspflege, eine stärkere Konzentration auf das Management gibt [69].

Des Weiteren wurden Barrieren und begünstigende Faktoren erfragt, die Teamarbeit hemmen bzw. unterstützen. Zu den Barrieren zählen: physische Trennung von anderen Teammitgliedern (bei dezentraler Struktur) und unzureichende Ausbildung im Primärversorgungsbereich. Als begünstigend wurde genannt: starke Führung sowie das Vorhandensein gemeinsamer Ziele [69].

Die qualitative Studie von Goldman et al. untersuchte die Erfahrungen, die Mitglieder eines multiprofessionellen Primärversorgungsteams bezüglich Zusammenarbeit machen und welche Vorteile daraus entstehen können. Resultierend aus Interviews wurden fünf

Kategorien gebildet. Diese waren: veränderte Rollenwahrnehmung (1), Management und Führung (2), Raum und Zeit (3), interprofessionelle Initiativen (4) und Wahrnehmung von multiprofessionellem Arbeiten (5). Die Kategorie (1) beschreibt vor allem wie sich die Professionisten zuerst neu orientieren müssen und dass es vor allem an Aufklärung bedarf, welche Profession über welche Expertise verfügt. Dadurch wird ihr Vorteil für das Team dargestellt und eine bessere Zusammenarbeit ermöglicht, da alle Beteiligten wissen an wen sie sich in welcher Situation wenden können. Kategorie (2) hebt besonders hervor, dass es eine Führungsperson oder eine Managementebene geben muss, die den Austausch zwischen den Professionisten fördert, dafür Zeit einräumt und währenddessen als MediatorIn fungiert. Es wird beschrieben, dass Teams ohne eine solche Person, fehlenden Teamentwicklungsglauben aufwiesen. Kategorie (3) bezieht sich vor allem auf die Problematik, die durch getrennte Arbeitsräumlichkeiten entsteht und auf die fehlende Zeit, die für allfällige Diskussionen und die Ausdifferenzierung der einzelnen Professionen zur Verfügung steht. Kategorie (4) beschreibt die Zusammenarbeit und wie diese durch die Interprofessionalität verändert wird, so werden nun PatientInnen eher zu anderen Professionen im Team weitervermittelt, deren Expertise besser an die Bedürfnisse der zu Behandelnden angepasst ist. Des Weiteren wird hier auch die Durchführung von Case Management Sitzungen zur Besprechung einzelner Fälle als positiv hervorgehoben [82].

#### **4.1.5 PatientInnenerfahrungen**

Hudon et al. untersuchten in einer qualitativen Studie die Erfahrung von PatientInnen und deren Angehörigen mit Case Management im Primärversorgungsbereich. Die TeilnehmerInnen gaben an, dass der oder die Case ManagerIn ihre Hauptanspruchsperson war und sie sich diesem oder dieser eher anvertrauten als ihren HausärztInnen. Dies traf vor allem zu, wenn es um Beschwerden ging. Ebenso wurde die Beteiligung bei der Erstellung des individuellen Versorgungsplans positiv hervorgehoben, sowie die bessere Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen und vor allem den HausärztInnen. Die Beteiligten meinten dazu explizit, dass: *“Even the doctor, the cardiologist, the nurse, it was like a group. I found they worked well together.”* [70]. Als Hürde der Akzeptanz der Intervention stand vor allem das Unwissen über Case Management an erster Stelle [70].

#### 4.1.6 Outcomes

Zwei in Kanada durchgeführte Studien untersuchten den Effekt von pflegebasiertem Case Management (Kontrollgruppe) gegenüber Case Management, das von PharmazeutInnen (Interventionsgruppe) bei der Nachsorge von SchlaganfallpatientInnen durchgeführt wurde. Die Pflegepersonen überwachten die PatientInnen und hielten Rücksprache mit deren HausärztIn bzw. übermittelten relevante Daten über die PatientInnen. Die PharmazeutInnen übernahmen dieselben Tätigkeiten, wie die Pflegeperson, mit dem Unterschied, dass es ihnen erlaubt war, die Medikation der PatientInnen umzustellen. Nach sechs Monaten zeigte sich in der Interventionsgruppe ein größerer Anteil an Personen (12,5 %), deren Blutdruck und Blutfettanteil im Normalbereich lag, gegenüber der Kontrollgruppe. Bezüglich des allgemeinen Risikos einen erneuten Schlaganfall zu erleiden, zeigte sich bezüglich der genannten Intervention kein Unterschied. Die Autoren verweisen jedoch darauf dass das Case Management unabhängig von PharmazeutIn oder Pflegenden, die Nachsorge verbessere [72, 73]. Eine weitere Studie zeigte, dass das Einführen eines oder einer Case ManagerIn keinen signifikanten Effekt auf die Wiederaufnahmerate, Arztbesuchsanzahl oder Facharztbesuchsanzahl hat [74].

Die Doppelstudie von Majumandar et al. und Moorish et al. untersuchte die Auswirkung von Case Management auf die Nachsorge von PatientInnen mit Hüftfrakturen durch evidenzbasierte Osteoporose Behandlung. Es zeigte sich, dass in der Kontrollgruppe (kein Case Management) gegenüber der Interventionsgruppe 61 % weniger PatientInnen die evidenzbasierten Maßnahmen erhielten. Durch die Anwendung konnte das Auftreten weitere Frakturen verhindert und dadurch erneute Krankenhausbesuche minimiert werden. Majumandar et al. und Moorish et al. berechneten Mehrkosten für die Maßnahme des Case Managements, gegenüber einem normalen Behandlungsablauf, 54 Can\$ (~41 €) pro Patient [83, 84].

Jaglal et al. untersuchten den Effekt eines zentralen Koordinators in der Nachsorge nach Brüchen aller Art in kleinen ruralen Kliniken. Es zeigte sich, dass 19 % mehr Personen angemessene Pflege erhielten, denen ein zentraler Koordinator zur Verfügung stand, der sie auf vorhandene Maßnahmen aufmerksam machte und sie anwies darüber mit ihrem oder ihrer ÄrztIn bzw. Arzt zu sprechen [75].

Johnson et al. beleuchteten in ihrer Kontrollstudie, ob der Einsatz von Case Management zur Koordination eine Verbesserung von depressiven Symptomen bei an Diabetes Typ 2 erkrankten Person ergibt. Hierbei wurden drei Gruppen gebildet, eine die Case Management erhielt, in einer weiteren wurde der oder die HausärztIn schriftlich über erhobene Daten

benachrichtigt und in der letzten Gruppe wurden keine Interventionen getätigt. Es zeigte sich, dass die größte Verbesserung der Symptome in der Case Management Gruppe stattfand. Hierbei muss gesagt werden, dass das eingesetzte Tool zur Messung depressiver Symptomatik nicht als Gold-Standard gilt, da bis dato noch keine randomisierten Studien zur Überprüfung der Validität stattgefunden haben [71].

#### **4.1.7 Interventionen**

Lalonde et al. versuchten anhand eines partizipativen Forschungsansatzes, Interventionen zu finden, die bei der Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen zum Einsatz kommen. Anhand von Gruppendiskussionen wurden unter anderem Interventionen wie: die Einführung einer oder eines Case ManagerIn zur Koordination und Unterstützung der PatientInnen, gemeinsame Verschreibung von Medikamenten (Pflege, PharmazeutInnen haben Möglichkeit Medikamente zu verschreiben bzw. Dosen von Medikamenten zu ändern), Einführung eines PatientInnenbuches, welches der oder die PatientIn bei sich trägt und bessere Möglichkeiten bzw. Aufklärung von PatientInnen über die vorhandenen Angebote bezüglich Prävention (Diabetes Schulungen etc.) untersucht. Diese Studie beschäftigte sich rein mit dem Finden solcher Interventionen, die Wirksamkeit dieser wird in einer zukünftigen randomisierten Studie überprüft [85].

## **4.2 Niederlande**

Starfield und Shi bezeichnen die Niederlande, in ihrer Analyse zur Primärversorgungsausprägung als „high primary care country“ [60].

Das niederländische Gesundheitssystem ist ein auf einer Pflichtversicherung basierendes System, alle niederländischen Staatsbürger und Personen, die in den Niederlanden Einkommenssteuer zahlen, müssen eine Versicherung in Anspruch nehmen. Diese wird teilweise vom Staat und Versicherungsbeiträgen der Versicherten finanziert. Die Versicherungen haben die Pflicht, jede Person als Versicherten anzunehmen, Versicherte können jährlich die Versicherung wechseln. Zusätzlich können private Versicherungen abgeschlossen werden, um mehr Leistungen abzudecken [86].

### **4.2.1 Primäre Versorgung und Koordination**

Im Primärversorgungsbereich steht der oder die AllgemeinmedizinerIn im Vordergrund, 28 % der gesamten AllgemeinmedizinerInnen arbeiten in einer Einzelpraxis, 33 % in Gruppenpraxen und 39 % in Doppelpraxen. In den meisten Fällen sind die ÄrztInnen

selbstständig oder arbeiten in Partnerschaften zusammen, nur 11 % sind direkt von einem oder einer weiteren ÄrztIn angestellt. Zusätzlich zum ärztlichen Personal werden auch in vielen Fällen Pflegekräfte in den Praxen angestellt. Die Pflegekräfte übernehmen in der Praxis meistens spezielle Tätigkeiten, wie zum Beispiel Care Management von chronisch erkrankten Personen [87], diese Pflegekräfte werden als Practice Nurse bezeichnet [88]. Zusätzlich zur Practice Nurse können ebenso Nurse Practitioner angestellt werden; diese übernehmen unter anderem Tätigkeiten, wie Untersuchungen, Überweisungen und teilweise auch Verschreibungen, jedoch meist nur in Rücksprache mit dem AllgemeinmedizinerIn [88].

Des Weiteren wurden sogenannte „Care Groups“ ins Leben gerufen, welche als juristische Person gegenüber dem Gesetzgeber auftreten und die finanzielle wie klinische Verantwortung für PatientInnengruppen, die an chronischen Erkrankungen leiden, übernehmen. Diese „Care Group“ besteht meistens aus AllgemeinmedizinerInnen, wird aber durch weitere Gesundheitsberufe erweitert, um alle Bedürfnisse der Zielpopulationen abzudecken (z. B.: PhysiotherapeutInnen oder PsychotherapeutInnen) [86, 87].

Der Zugang zu einem Krankenhaus oder FachärztInnen ist nur per Überweisung des oder der HausärztIn möglich [86]. Jedoch werden 95 % aller Fälle in der Primärversorgung behandelt und nicht an weitergelagerte Gesundheitssektoren verwiesen [87].

Die Koordinierung über Schnittstellen hinweg wird, wenn nicht von der Case ManagerIn, mittels elektronischer Krankenakten von den sogenannten District Nurses vollzogen, die bei Bedarf die Betreuung dieser Schnittstelle übernehmen [86].

#### **4.2.2 Finanzierung**

Die Finanzierung von Gruppenpraxen wie „Care Groups“ erfolgt zu 75 % durch Kopfpauschalen, wobei weitere finanzielle Boni durch die Ausführung bestimmter Behandlungsprogramme z. B. COPD Präventionsprogramme (15 %) oder durch individuelle Vergütungen von Versicherungen z. B. zur Behandlung bestimmter PatientInnenzahlen (10%) erreicht werden können [86].

Für die Anstellung einer Pflegekraft erhalten die ÄrztInnen eine Kompensation, wodurch die AllgemeinmedizinerInnen von allen Leistungen, die durch die Pflegekraft erbracht werden, finanziell profitieren [86].

### **4.2.3 Ausführende Personen des Case Managements**

Das Case Management wird auch in den Niederlanden in den meisten Studien von Pflegekräften durchgeführt [89–94], des Weiteren werden auch SozialarbeiterInnen [90], AllgemeinmedizinerInnen [91] oder PhysiotherapeutInnen [93] für Case Management eingesetzt.

Das Case Management wird außerhalb von Studien meistens von der Practice Nurse ausgeführt [90, 93]. Eine Practice Nurse muss zumindest als Registered Nurse ausgebildet sein, diese Ausbildung findet in den Niederlanden entweder an der Universität mit einem 4-jährigen Bachelorstudium oder außeruniversitär in bis zu 3-jährigen Lehrgängen statt [95].

### **4.2.4 Hemmende und fördernde Faktoren für Case Management im Primärbereich**

Lange et al. untersuchten in ihrer qualitativen Studie Faktoren, die Case Management fördern und kamen durch die Anwendung von Online Focus Gruppen zu ähnlichen Ergebnissen wie Kahan et al. in Kanada [81, 91]. Zusätzlich fanden Lange et al., dass es durch die Einbettung des Case Managements in eine größere Organisation (z. B.: für Demenzpflege), der Druck auf die ausführende Person steigt PatientInnen an eigene Einrichtungen weiter zu vermitteln, anstatt objektiv die bestgeeignetste Organisation zu wählen [91].

### **4.2.5 PatientInnenerfahrung**

Eine Prozessevaluation eines Case Managements Programms, zur Versorgung von Patientinnen, die als „frail“ bezeichnet werden, stand im Zentrum der Studie von Metzelthin et al. Die Ergebnisse zeigten, dass das Programm nicht vollkommen korrekt ausgeführt wurde, es jedoch die Zufriedenheit der beteiligten Gesundheitsberufe und PatientInnen erhöhte. Zusätzlich hatten PatientInnen das Gefühl, dass ihre Probleme wahrgenommen wurden und sie bei der Lösung dieser mehr Unterstützung erhielten [93].

### **4.2.6 Outcomes**

Ruikes et al. untersuchte in einer Kontrollstudie die Anwendung eines Multikomponentenprogramms zur Verlustprävention von funktionellen Fähigkeiten bei älteren Personen. Dieses Programm enthielt neben Case Management andere Interventionen, wie internetbasierte Kommunikation und der Bildung eines Kernteams aus ÄrztIn und Pflegekraft sowie einem oder einer SpezialistIn für geriatrische Behandlungen. Es zeigte

sich, im Vergleich zur Kontrollgruppe, kein Unterschied hinsichtlich kognitiver, soziodemographischer Eigenschaften, Quality of Life oder Anzahl der Krankenhausaufenthalte [90].

Die Kosteneffektivität von Case Management für Kinder von psychisch erkrankten Personen stand bei Wansink et al. im Zentrum. Es konnte gezeigt werden, dass es durch den Einsatz von Case Management zu einer Verbesserung der Situation von betroffenen Familien kommt. Dieser Verbesserung steht aber auch eine relative Teuerung gegenüber, im Bereich der Primärversorgung circa 150 € mehr als bei der Kontrollgruppe. Bezüglich aller überprüften Sektoren (Sozialkosten, Kinderbetreuungskosten und Gesundheitskosten) zeigt sich eine Steigerung der Kosten um 600 € gegenüber einer 1,93-fachen Senkung der individuell empfundenen Last der Situation (Kontrollgruppe 1,89-fache Verschlechterung) [96].

Jansen et al. untersuchten in ihrer randomisierten Kontrollstudie die Effektivität von Case Management, welches bei Demenzerkrankungen mit frühen Symptomen und deren informellen PflegerInnen angewandt wurde. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe (erhielt Case Management) und der Kontrollgruppe (erhielt normale Pflege) hinsichtlich der wahrgenommen Lebensqualität oder der individuell wahrgenommenen Fähigkeit, der informell pflegenden Person, zu pflegen, gab [97].

#### **4.2.7 Palliativversorgung**

Die Niederlande haben in den vergangenen Jahren zur erweiterten Betreuung von PalliativpatientInnen im Eigenheim Palliativ Case ManagerInnen eingeführt, welche den oder die HausärztIn und die Pflegekraft unterstützen sollen [98]. Die Einbindung jener Case ManagerInnen ist Gegenstand verschiedener Studien, Van der Plas et al. untersuchten wie diese neu eingeführte Profession in besagtem Sektor wahrgenommen wird. Das Ergebnis zeigte, dass sowohl der oder die HausärztIn als auch die Pflegekraft das individuelle Gefühl hatten, dass das Case Management einen sinnvollen und nützlichen Beitrag zur Pflege von PatientInnen an ihrem Lebensende leistet. Diese Einschätzung fiel bei Pflegekräften höher aus als bei HausärztInnen (46 % versus 49 %) [92]. Eine weitere Studie untersuchte die Zusammenhänge von palliativem Case Management und der Organisation, in der es eingebunden ist. Case ManagerInnen aus Organisationen, die den PatientInnen von Beginn seiner Erkrankung bis zu dessen Tod begleiten und solche, die nicht an Krankenhäuser oder Hospiz gebunden waren, hatten mehr Kontakt zu PatientInnen. Es wird konstatiert, dass

nicht die individuelle Einstellung der PatientInnen, sondern der organisatorische Hintergrund der Case ManagerInnen ausschlaggebend für die Anzahl der stattgefundenen Kontakte ist [89]. Van der Plas et al. fanden in ihrer Querschnittstudie heraus, dass in den meisten Fällen KrebspatientInnen an palliatives Case Management weitergeleitet werden und dabei auch die psychische Verfassung der PatientInnen eine Rolle spielt. Es wird eine Ausdehnung des Case Managements auf andere PatientInnen mit lebensverkürzenden Krankheiten empfohlen wie Z. B. COPD [94]

### **4.3 Finnland**

Starfield und Shi bezeichnen Finnland, in ihrer Analyse zur Primärversorgungsausprägung als „high primary care country“ [60].

Das finnische Gesundheitssystem wird staatlich, also über Steuern sowie über Pflicht- und Privatversicherungsbeiträge finanziert, diese Doppelstruktur ist geschichtlich bedingt. Die Pflichtversicherungsbeiträge werden von Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen bezahlt. Abgedeckt sind alle finnischen StaatsbürgerInnen [99].

Die Organisation der Gesundheitsleistungen in Finnland obliegt den Gemeinden, die Finanzierung findet dabei aus Steuern statt, wobei eine Gemeinde entsprechend ihrer Altersstruktur finanziert wird. Durch diese Gegebenheit ist das Hauptstandbein des Gesundheitssystems das, in den meisten Gemeinden vorhandene, Gesundheitszentrum [100]. Dieses betreut durchschnittlich eine Bevölkerung von 20.000 Personen, verfügt über 60-90 Betten und stellt gleichzeitig auch die Primärversorgung des finnischen Gesundheitssystems dar [99].

#### **4.3.1 Primäre Versorgung und Koordination**

Für die Zusammensetzung dieses Gesundheitszentrums gibt es keine staatlich einheitlichen Vorgaben, jede Gemeinde kann individuell entscheiden, welche Professionen bzw. Services sie anbietet. Lediglich in Bereichen wie in der Pädiatrie, Schwangerschaftsbetreuung, Schulkindergesundheits und bildgebenden Verfahren gibt es staatliche Vorschriften. Normalerweise sind Berufsgruppen wie AllgemeinmedizinerInnen, spezialisiertes Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen und ZahnärztInnen im Gesundheitszentrum angestellt, jedoch kommt es fallweise auch zur Anstellung von FachärztInnen. Zusätzlich werden aus den Berufsgruppen multiprofessionelle Teams gebildet, welche sich mit der speziellen Behandlung von spezifischen Krankheitsmustern beschäftigen (z. B.: Diabetes). Es sind ebenso HausärztInnen mit eigenen Praxen vorhanden, wobei diese Art der Versorgung nicht

weit verbreitet ist. Die häufigste Form der primären Versorgung sind Gesundheitszentren in privater oder öffentlicher Hand. Um weitere Dienstleistungen, wie Krankenhäuser besuchen zu können, müssen die PatientInnen eine Überweisung von ihren ÄrztInnen erhalten [99].

Laut Teperi et al. kann die Koordinierung im finnischen Gesundheitssystem als unzureichend erachtet werden, damit einher geht eine Verringerung der PatientInnen- und AnwenderInnenzufriedenheit. Um diesen Problemen gegenzusteuern wird die Einführung von elektronischen Gesundheitsakten und einem einheitlichen internetbasierten Kommunikationstool für PatientInnen und behandelnde Personen gefördert [99].

#### **4.3.2 Finanzierung**

Die Bezahlung der Angestellten in Gesundheitszentrum basiert auf ausverhandelten Löhnen mit der Gemeinde, HausärztInnen haben zusätzlich die Möglichkeit mithilfe von Boni für bestimmte Behandlungen ein Zusatzeinkommen zu erwirtschaften [99].

#### **4.3.3 Ausführende Personen des Case Managements**

Wie in Kanada und den Niederlanden ist auch in Finnland die Pflegekraft in den meisten Fällen das ausführende Organ im Case Management [101, 102]. Die Ausbildung für Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe außer ÄrztInnen ist in Finnland akademisch organisiert, findet in Fachhochschulen statt und dauert mindestens dreieinhalb Jahre. Hierbei kann man sich auf verschiedene Gebiete wie Psychiatrie, Pädiatrie oder Public Health spezialisieren. Die Kompetenzen von Pflegekräften ähneln jene in Österreich, Verschreibungen und Anordnung von Behandlungen sind rechtlich nicht erlaubt, die Hauptaufgabe besteht in der Assistenz des oder der HausärztIn [99].

#### **4.3.4 Hemmende und fördernde Faktoren für Case Management im Primärbereich**

Eine qualitative Studie, die im Osten von Finnland durchgeführt wurde, erhob die Fähigkeiten über die ein oder eine Case ManagerIn verfügen sollte. Es wurde mittels der Delphi Technik gearbeitet, wobei die ExpertInnen Pflegekräfte in Gesundheitszentren waren. Die Ergebnisse zeigen 17 als wichtig erachtete Eigenschaften, zu diesen zählen unter anderem: einen ganzheitlichen Ansatz zu benutzen, Wissen über Public Health Probleme, Wissen über Evaluation des PatientInnengesundheitszustandes, Entscheidungsfähigkeit sowie die Anwendung von aktuellen Forschungsergebnissen [102].

### **4.3.5 Outcomes**

Die randomisierte Kontrollstudie von Eloniemi-Sulkava et al. überprüfte die Auswirkung von Case Management über die Dauer bis zur Aufnahme von dementen Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Das Ergebnis zeigte, dass sich nach einem Jahr signifikant weniger Personen der Interventionsgruppe (erhielten Case Management Unterstützung) in einer Langzeitpflegeeinrichtung befanden. Nach zwei Jahren jedoch relativierte sich der Effekt und der Unterschied zur Kontrollgruppe war nicht mehr gegeben. Die benötigte Teilnehmerzahl für eine ausreichende Aussagekraft der Studie wurde nicht erreicht [101].

## **4.4 Österreich**

Der folgende Teil stellt die Ausbildung und die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich dar. Die primäre Versorgung sowie ihre Finanzierung in Österreich wird hier nicht dargestellt, da dies bereits an voriger Stelle erläutert wurde (siehe Kapitel 2.1.2.3).

### **4.4.1 Ausbildung zu Case ManagerIn**

Laut ASVG sind die Krankenversicherungsträger dazu angehalten, ihre Versicherten bezüglich ihrer Rehabilitation und Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit mittels der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans zu unterstützen. Diese sollten nach den Punkten des Case Managements vollzogen werden, wobei hierbei eine Definition des Begriffes Case Management nicht gegeben wird [§143b ASVG].

Zusätzlich ist es Teil der „Sonderausbildung für Führungsaufgaben“ für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst im Lernfeld IV über 150 Stunden, dass

*„[...] ausgehend von der Berufspraxis multidisziplinäre und berufsübergreifende Ansätze zur Lösung von Gesundheitsproblemen und zur Lösung der Schnittstellenproblematik für den/die jeweiligen/jeweilige Patienten/Patientin bzw. Klienten/Klientin [zu] treffen (Case Management)“  
[Anlage 4/I, GuK-LFV]*

Des Weiteren ist die Case Management Ausbildung Teil des Kataloges für Weiterbildungen im gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst [Anlage I, GuK-WV], sowie Teil der Ausbildung von gehobenen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen an den Fachhochschulen [Anlage 1/I, FHGuK-AV]. In beiden Fällen gibt es keine Angabe über den Umfang der besagten Inhalte.

Zusätzlich kann eine Zertifizierung als Case ManagerIn über den ÖGCC vollzogen werden. Aktuell müssen hierfür folgende Kriterien im Voraus erfüllt werden:

- Ein abgeschlossenes Hochschulstudium, Ausbildung in einschlägigen Berufsgruppen (z. B.: DiplomsozialarbeiterIn oder DGKS/P) oder „[...] *betriebliche Qualifizierung und besondere betriebliche Aufgabe oder Funktion im Gesundheits-/ Sozialbereich* [...]“ [107] inklusive 2-jähriger Berufserfahrung [107].
- Mindestens ein Jahr Berufserfahrung in einschlägigen Berufen.

Die Ausbildung des ÖGCC umfasst 85,5 Stunden für das Basismodul, welches grundlegende Tätigkeiten des Case Managements darlegt. Darauf folgend kann ein Vertiefungsmodul besucht werden, um Fachwissen zu erweitern, dieses umfasst 67,5 Stunden [107].

Ob es sich bei diesen beiden Ausbildungen um gleichwertige handelt, kann nicht überprüft werden, da es, außer den Regelungen des ÖGCC, keine genauen Angaben zu den zwingenden Inhalten der Ausbildungsverfahren gibt [GuK-LFV, GuK-WV, FHGuK-AV, 107].

#### **4.4.2 Ausführende Personen des Case Managements**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Case Managements decken sich mit jenen der ausführenden Person. So sind die Möglichkeiten einer Pflegekraft als Case ManagerIn äquivalent mit ihren gesetzlichen Befugnissen. Die österreichische Gesetzeslage sieht den diplomierten oder die diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn (DGKP) in der Durchführung des Pflegeprozesses, Gesundheitsförderung und Beratung sowie Pflegeforschung vor. Alle weiteren Tätigkeiten dürfen von Pflegepersonen nur nach der Anordnung einer oder eines ÄrztIn durchgeführt werden. Diese Tätigkeiten umfassen unter anderen: Gabe von Arzneimitteln, Legen und Wechseln von venösen oder arteriellen Zugängen, Legen von Magensonden und Blutabnahme über Kapillargefäße [§12-§14 GUKG].

Zusätzlich findet sich unter § 16 die Kompetenzen einer DGKP im multiprofessionellem Team. Zu diesen zählen: Aufnahme- und Entlassungsmanagement, interprofessionelle Vernetzung, Informations- und Wissensmanagement, Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses sowie die Sicherstellung der Behandlungskontinuität [§16 GUKG].

## 5 Diskussion

---

### 5.1 Implikationen für Österreich

Im folgenden Teil werden die gefundenen Ergebnisse auf ihre Implikationen für das österreichische Gesundheitssystem überprüft und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung beschrieben. Zusätzlich werden relevante Interviewphrasen zur Vertiefung der Thematik beigefügt um einen Einblick in die Vorstellungen, Befindlichkeiten und Befürchtungen von PraktikerInnen geben zu können.

#### 5.1.1 Koordination

Grundsätzlich gilt es auf jeden Fall den Ausbau von einheitlichen elektronischen Dokumentationssystem, wie ELGA, zu forcieren, um die Koordination zu erleichtern und die Informationsweitergabe zu verbessern, wie dies bereits in den beleuchteten Ländern geschieht [109]. Durch eine flächendeckende Verwendung von solchen Krankenakten würde das Case Management per se nicht besser funktionieren, es wäre jedoch schneller durchzuführen, da der Zugriff auf Befunde der PatientInnen erlaubt, den Versorgungsplan besser und zeitnaher zu überwachen. Ebenso könnten die Untersuchungsergebnisse der einzelnen beteiligten Professionen schneller ausgetauscht werden und der Verlust von Informationen minimiert werden. Es sollte jedoch nicht zu einer reinen technischen Auswertung der Ergebnisse kommen, da auch persönliche Erfahrungen der Behandlung des oder der PatientIn Einfluss auf die weitere Verfahrensweise des Case Managements hat.

In einem der durchgeführten Interviews wurde auch der Vorschlag eines PatientInnenpasses erläutert:

*„[...] am simpelsten, eigentlich da wieder ein bisschen Oldschool, dass da Patienten, [...], einen Patientenpass mithaben, [...] wo die wichtigsten Fakten drinnen stehen, dass der Arzt für ihn zuständig ist [...] sehr schnell begreifen kann, was braucht der Patient was braucht der Patient von mir.[...] Ich kann dann auch bei diesem, ich nenn es jetzt Patientenpass, einfügen was er von mir bekommen hat, denn wenn er dann weitergereicht wird zu einem, ich weiß ja nicht wem ja, der erkennen kann, ja da hat von der Diätologin oder Physiotherapie oder Facharzt, die oder die Information schon bekommen. Also das würde das unglaublich vereinfachen und auch Zeit sparen in Wirklichkeit, ressourcensparend würde man damit arbeiten können.“ (DIÄ)*

Diese Aussage wird auch in der Studie von Lalonde et al. aufgegriffen. Es wird erwähnt, dass die Einführung von PatientInnenbüchern die Informationsweitergabe vereinfachen können und keinen großen Implementierungsaufwand benötigen [85].

Zusätzlich sollten ebenso telemedizinische Programme gestärkt werden, um den PatientInnen den Weg zu SpezialistInnen zu ersparen und dadurch die PatientInnenzufriedenheit zu erhöhen. Ein Programm, das hier mögliche Ansätze liefert, wäre Linkcare®, welches die Verbindung von Professionisten und Versorgungsebenen vereinfacht und nachweisbar die Rate der Wiederaufnahmen reduziert [110].

Wie bereits oben erwähnt sind ebenso Team Meetings oder Helferkonferenzen für die Kommunikation und Koordination im Primärversorgungsteam äußerst wichtig. Einige Interviewpartnerinnen griffen diese Idee ebenfalls auf:

*„Natürlich wäre es dann noch toll, wenn man sich auch persönlich begegnen würde, [...] halbjährlich, denke ich, wäre es fein, vierteljährlich wäre es natürlich besser [...]“ (DIÄ)*

*„[...] eine Helferkonferenz, also das ist ein Instrument aus dem Case Management und der sozialen Arbeit, das zum Beispiel in einem Primärversorgungszentrum heißt "Wir haben jetzt einen Klienten, wo mehrere beteiligt sind, wo unterschiedliche Sichtweisen auch vorliegen und da geht es jetzt darum, dass wir uns treffen und diesen Klienten besprechen" oder es könnte auch sein, dass im Primärversorgungszentrum grundsätzlich einmal alle zwei Wochen zum Beispiel Zeit genommen wird für Fallbesprechungen.“ (CME)*

Diese Teammeetings werden auch in den untersuchten Ländern in regelmäßigen Abständen abgehalten, nicht nur um Fälle zu besprechen, sondern ebenso um Allfälliges zu diskutieren und sich gegenseitig besser kennen zu lernen. Hierdurch würde ebenso die innerorganisatorische Koordination zunehmen und sich positiv auf das Zusammen Arbeitsklima auswirken [68, 82, 99].

### **5.1.2 Finanzierung**

In erster Linie sollte vor allem Abstand von der Praxis genommen werden, die HausärztInnen nur für erbrachten Leistungen, sogenannte „Fee-for-Service“ Finanzierungen, zu bezahlen. Dadurch wird ein Missbrauch des Systems bzw. eine bewusste Behandlung über das benötigte Maß hinaus gefördert. Die reine Abgeltung nach

Kopfpauschalen ist ebenso nicht zielführend, da es dadurch ebenfalls zu einer Anhäufung von Behandlungen kommt [13].

Mischsysteme, wie jenes in Kanada, würden die Steuerung innerhalb der primären Versorgungsebene verbessern. Zusätzlich könnten die Sozialversicherungen gezielt Schwerpunkte (z. B. Case Management Programme) setzen, um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Diese gefundenen Ansätze werden unter anderem bereits im Konzept zum „Team rund um den Hausarzt“ formuliert [13].

Van Weel et al. berichten, dass es vor allem auch zu einer schnellen Änderung dieses Systems kommen kann, wenn der Leistungsumfang, im Gegensatz zur Finanzierung, von den Primärversorgungsteams individuell mit den Versicherungen ausverhandelt wird. Außerdem wird eine Anbindung der Primärversorgungszentren an das regionale Gesundheitsamt empfohlen, da dadurch die Bedürfnisse der jeweiligen Gemeinde bzw. Region bedient werden können (z. B. gezielte COPD Präventionsprogramme in stark belasteten Feinstaubgebieten) [87]

Eine Kritik an der reinen Finanzierung von ärztlichen Leistungen wurde auch von einer Interviewpartnerin geäußert:

*„Und so ist ja das momentan noch nicht die e-card wird gesteckt beim Arzt für die ärztliche Leistung, aber nicht für die nichtärztliche Leistung.“ (PWU)*

Die Finanzierung hat auch große Auswirkungen auf den Einsatz von weiteren Professionen in ÄrztInnenpraxen. Durch eine Umstellung der Finanzierung könnten ÄrztInnen dazu bewegt werden, Gesundheitsberufe einzustellen, um die Arbeitslast aufzuteilen. Vor allem, wenn diese Vorschreibungen von Sozialversicherungen o. ä. Institutionen getätigt werden, welche Dienstleistungen eine ÄrztInnenpraxis oder ein Primärversorgungszentrum erfüllen sollten (z. B. Case Management).

Durch die Entlastung der ÄrztInnen mittels anderer Professionen haben diese mehr Zeit für die einzelnen PatientInnen oder für andere Leistungserbringungen. Hierdurch würde für gleiche Kosten mehr Leistung entstehen können und gleichzeitig eine Fokussierung der ÄrztInnen auf ihre Kerntätigkeit vollzogen werden.

Zusätzlich sollten ebenfalls die notwendigen Managementleistungen in Gesundheitszentren honoriert werden, um eine effiziente und effektive Aufbau- und Ablauforganisation zu gewährleisten.

### **5.1.3 Ausführende Personen des Case Managements**

Die Veränderung hin zu mehr Kompetenzen für Pflegekräfte, vor allem für den gehobenen Dienst, wie Blutabnahme, Überweisungen kann zu einer Entlastung der hausärztlichen Tätigkeit führen und dadurch gleichzeitig die Zufriedenheit der Beteiligten erhöhen. Zusätzlich wäre ein möglicher Nutzen durch geringere Kosten denkbar, da die Zeit der ÄrztInnen effizienter genutzt wird. Studien zu diesem Thema zeigen jedoch, dass es nur in bestimmten Fällen und Konstellationen zu einer Einsparung von finanziellen Mitteln führt [111].

Vor allem der mittels der GUKG Novelle eingeführte § 16 (siehe oben) fokussiert die Integration der Pflegekraft in ein multiprofessionelles Team und gibt ebenso die nötige gesetzliche Grundlage, um Case Management von Pflegekräften durchführen zu lassen [§16 GUKG], weswegen eine Erweiterung der rechtlichen Kompetenzen keinen Nutzen für die Koordination hätte.

Bezüglich der Ausbildung sind die in Österreich vorhandenen Kriterien ähnlich denen Kanadas [67]. Die flächendeckende Ausbildung von Case ManagerInnen, wie in Kanada durch die Einbindung in das Curriculum zur Registered Nurse Ausbildung [80], wäre auch für Österreich wünschenswert. Dadurch würde das Case Management einen höheren Bekanntheitsgrad erlangen und mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Anwendung kommen.

Ein besonderes Augenmerk sollte, mit Hinblick auf die Implementierung des „Teams rund um den Hausarzt“, bereits auf die Ausbildung der beteiligten Professionen gelegt werden, vor allem auf das Einfügen in ein multiprofessionelles Team und die Gestaltung der Zusammenarbeit in diesem. Goldman et al. zeigten, dass sich die beteiligten Professionen kanadischer Primärversorgungszentren wünschen, dass ihre vorherige Ausbildung einen stärkeren Fokus auf das Arbeiten in einem Team hätte [82]. Al Sayah et al. beschreiben auch, dass die Anforderungen an einen oder eine Case ManagerIn, der oder die in der Primärversorgung tätig ist, stark von jenen im Krankenhaus abweichen. Die Tätigkeit in diesem Setting erfordert ein höheres Maß an Eigenständigkeit und Kreativität [69]. Sachverhalte wie diese sollten demnach auch in die österreichische Case Management Ausbildung für den primären Bereich miteinfließen.

Durch die permanente Zusammenarbeit in diesen Zentren könnte, wie in Finnland, die Entstehung von spezialisierten Teams (z. B. Diabetes Teams) gefördert werden. Diese Teams bestehen aus verschiedenen Professionisten im Gesundheitsbereich und behandeln nur PatientInnen, die in das spezialisierte Krankheitsschema fallen [99].

Des Weiteren sollte eine Reformierung der ÄrztInnenausbildung bedacht werden, ähnlich wie sie gerade in Deutschland entwickelt wird. Der Ausbau der allgemeinmedizinischen Ausbildung und eine Einführung von „Ländarztquoten“ sind unter anderen die großen Ziele dieser Reform [112]. Die Ausbildung zur AllgemeinmedizinerIn in Österreich ist als unzureichend zu betrachten, vor allem durch eine zu geringe Praxis in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und eine unzureichende Integration ebendieses Facharztes in das normale Medizinstudium [25]. Gerade deswegen ist dieser Bereich, in Voraussicht auf zukünftige Herausforderungen, stark reformbedürftig.

#### **5.1.4 Hemmende und fördernde Faktoren für Case Management im Primärbereich**

Es kristallisiert sich heraus, dass vor allem Führungspersonen in Primärversorgungszentren gefragt sind, die sich für die Zusammenarbeit und die laufende Innovation von Tätigkeiten einsetzen [82]. Alleine durch den zu bewältigen Arbeitsaufwand ist es nicht möglich, diese Aufgabe einem oder einer PraktikerIn zu übergeben, außer in sehr kleinen Primärversorgungseinheiten. Ansonsten gilt es hier, in wirtschaftlich sowie gesundheitlichen Fragen, SpezialistInnen zu haben, welche die Leitung eines solchen Zentrums übernehmen [69]. Diese Leitfiguren sind ebenso für die Implementierung eines durchdachten Case Managements Konzept von Nöten, da eine Einberufung von Fallkonferenzen durch die Leitperson im Unternehmen viel mehr Gewicht hat, wie auch Al Sayah und Goldman zeigen [69, 82].

Ein Knackpunkt, der im österreichischen sowie in anderen Konzepten aufscheint, ist die Einrichtung von Primärversorgungsnetzwerken mit dezentralen Standorten (siehe Kapitel 2.3.3.4). Die kanadischen „Family Health Teams“ sind teilweise nach diesem dezentralen Konzept eingerichtet, welches als Hemmnis für Kommunikation und Koordination untereinander gesehen wird. Es sollte daher das Ziel bei der Einführung eines solchen Konzeptes sein, dass sich alle Professionisten am gleichen Ort befinden und dort ebenso räumliche Gegebenheiten vorfinden, in denen sich gegebenenfalls Besprechungen abhalten lassen. Zusätzlich muss ebenso bedacht werden, dass für die Besprechung von Fällen und zum Austausch zeitliche Ressourcen eingeplant werden müssen [69, 81, 82].

Ein weiterer relevanter Faktor ist der von Goldman et al. benannte „Rethinking traditional roles and scopes of practice“ [82]. Bei diesem Punkt ist es wichtig, dass sich die jeweiligen Professionen bewusst sind, welche Aufgaben sie in dem Setting der Primärversorgung erfüllen können und dürfen. Außerdem muss auch den anderen

Gesundheitsberufen bewusst werden, welche Leistungen ihre MitarbeiterInnen erbringen können, nicht um die eigene Arbeitslast zu verringern, sondern in erster Linie um den PatientInnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen [82]. Dieser Sachverhalt wurde auch von einer Interviewpartnerin geschildert:

*„Ja kann die das überhaupt einschätzen [die Case ManagerIn] zum Beispiel, also da muss man das schon einmal klären, was das für eine Rolle ist das die das ja nicht alleine macht, sondern in Zusammenarbeit mit den Beteiligten.“ (CME)*

Es sollte daher bereits vor der Arbeitsaufnahme in einem Primärversorgungszentrum eine Einführung in die jeweilige Struktur geben, wobei hier klar beschrieben wird, welche PatientInnen bei welcher Profession am besten unterkommen und für welche Auskünfte welche Profession am besten befragt werden kann. Ohne solch eine klare Darlegung der Kompetenzen ist ein funktionierendes Case Management innerhalb der Primärversorgungseinheit nur schwer durchführbar [69].

Auf jeden Fall sollte die Bildung von Primärversorgungseinrichtungen in einer zentralen Struktur forciert werden, um die auftretenden hemmenden Faktoren zu minimieren und ein unkoordiniertes Nebeneinander zu vermeiden. Ob das Case Management in einem Primärversorgungsnetzwerk oder einer Primärversorgungseinrichtung tätig ist, ist für die Ausführung in erster Linie irrelevant. Die Abhaltung von Helferkonferenzen wird durch dezentrale Strukturen erschwert, jedoch nicht unmöglich. Das Case Management kann bei dezentralen Strukturen helfen, trotz der physischen Trennung ein Zusammenkommen der Professionen zu ermöglichen und dadurch neben einer effektiveren Koordination und Informationsaustausch ebenso das Teamgefühl stärken.

### **5.1.5 Effektivität**

Neben den genannten Faktoren ist ebenso der Beginn der Case Management Intervention von großer Wichtigkeit. Startet die Intervention zu früh, zeigt sich eine geringere Effektivität als bei rechtzeitigem Einsatz [97]. Auch deswegen ist es immer nötig, dass der oder die Case ManagerIn selbst die Notwendigkeit für eine Case Management Intervention überprüft. Für PatientInnen, die dennoch Hilfe benötigen, sollte vom Primärversorgungszentrum eine entsprechende Dienstleistung wie Disease Management oder eigene Pflegekoordinatoren zur Verfügung stehen [113].

Es muss daher als maßgebend in der Aufbau- und Ablauforganisation gesehen werden, dass nur der oder die Case ManagerIn den Case Management Prozess startet, da sie oder er die

Einzigere mit genügend Fachwissen zu dieser Materie ist. Sollte dies nicht der Fall sein, werden Ressourcen, die der Einrichtung zur Verfügung stehen, verschwendet. Zusätzlich muss der oder die Case ManagerIn auch, falls im Assessment festgestellt wird, dass die Person nicht für das Case Management geeignet ist, sie an andere Dienste verweisen. Diese Anwendung von Case Management sollte von der Führungsebene laufend mit dem oder der Case ManagerIn gemeinsam evaluiert werden, dies könnte zum Beispiel im Laufe der Abschlussevaluation geschehen.

### **5.1.6 Outcomes**

Die gefundenen Studien zeigen die möglichen Vorteile, die durch die Anwendung von Case Management im Primärversorgungsbereich zu erwarten sind. Aufgrund der geringen Anzahl von Studien und deren Qualität wird hier Abstand von einer weiteren Betrachtung der Wirksamkeit von Case Management genommen, da diese Thematik bereits in Kapitel 2.3.5 vorgenommen wurde.

### **5.1.7 Gesundheitsökonomische Folgen**

Neben den in einzelnen Studien beschriebenen Ergebnissen kann die Einführung von verbesserten Primärversorgungsstrukturen und damit integriertem Case Management zu einer Änderung von gesundheitsökonomischen Indikatoren führen. Studien, die einen kausalen Zusammenhang zwischen Case Management im Primärversorgungsbereich zeigen, beziehen sich zum größten Teil auf anfallende Kosten [46, 83, 84, 96]. Alle zeigen, dass es durch die Einführung zu keiner Senkung der Behandlungskosten kommt, sehr wohl aber zu einer Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit. Betrachtet man die Gesundheitsausgaben der untersuchten Länder, so zeigt sich, dass alle, bis auf die Niederlande, geringere Gesundheitskosten pro Kopf als Österreich verzeichnen [114].

Ein weiterer Indikator sind die vermeidbaren Krankenhausbesuche von PatientInnen, die an COPD oder Asthma leiden. Bei der Betrachtung dieser Zahlen steht Österreich weit vor den untersuchten Ländern [114]. Zusätzlich fällt auf, dass Österreich die höchste Rate an Entlassungen unter allen Untersuchten und OECD Ländern hat. Kanada und die Niederlande haben gemeinsam eine niedrigere Entlassungsrate als Österreich [114].

Diese Zahlen zeigen wie dringend eine starke Primärversorgung und eine Koordination an den Schnittstellen benötigt wird. Die hohe Zahl an unnötigen Krankenhausbesuchen ist Ausdruck einer zu gering ausgebauten Primärversorgung, die auch nicht im Stande ist, PatientInnen zu koordinieren. Um das „Team rund um den Hausarzt“ erfolgreich werden zu

lassen, ist vor allem eine Forcierung der koordinativen Tätigkeiten notwendig, um unnötige Krankenhausbesuche zu minimieren.

### **5.1.8 Strukturelle Verbesserungen**

Es zeigte sich während der Interviews, dass ein Großteil der InterviewpartnerInnen grundsätzlich eine strukturelle Unterversorgung des ländlichen Bereichs schilderte:

*„[...] da sicher der Bedarf da nur im ländlichem Bereich ist der Bedarf eher nicht gedeckt [...]“ (DGKS-1)*

*„Ja also gibt's teilweise Regionen wo es gar keine Hausärzte gibt, im Waldviertel zum Beispiel [...]“ (GFCM)*

In Österreich sind vor allem die urbanen Zentren stark bevorteilt gegenüber den ländlichen Regionen. Im Vergleich zu den untersuchten Ländern fällt die ÄrztInnendichte auf, die vor allem in Wien, im Gegensatz zu den Bundesländern höher ist [114].

Ebenfalls wurde der zukünftige Mangel an Hausärzten aufgegriffen:

*„[Ein Problem ist] die Situation der Hausärzte, dass ein Mangel an Hausärzten da ist [...]“ (CME)*

und die Notwendigkeit von Primärversorgungszentren, vor allem hinsichtlich der verlängerten Öffnungszeiten

*„[...] aber es gibt eben ganz viele Hausärzte die nicht erreichbar sind oder dann so komische Öffnungszeiten haben.“ (GFCM).*

Diese Beispiele zeigen, dass nicht nur eine reine Verbesserung der Koordination die vorhandenen Probleme lösen kann. Vor allem von politischer Seite ist mehr Wille und Anreizgebung gefragt, um auf die aktuellen und zukünftigen Probleme einzugehen.

Speziell im ländlichen Bereich stellen Primärversorgungszentren eine Möglichkeiten zur standortnahen Versorgung und zur Verhinderung des dort schwindenden ÄrztInnenanteils dar [11]. Durch die individuelle Gestaltung der Teamzusammensetzung kann hier genauer auf die Bedürfnisse der betroffenen Gemeinden oder Bezirke eingegangen werden. Diese Art von Teamgestaltung wird vor allem in Finnland praktiziert, wobei die Gemeinden eine höhere Unabhängigkeit gegenüber dem Land haben [99]. Es gilt deswegen auch in diesem Bereich den Gemeinden oder Bezirken mehr Kompetenzen für die Gestaltung dieser Teams zu geben, um auf Bedürfnisse der eigenen Bevölkerung gezielt eingehen zu können.

### **5.1.9 Palliativversorgung**

Wie die Studien von van der Plas zeigen [89, 92, 94] hilft Case Management auch in der nicht kurativen Behandlung Möglichkeiten PatientInnen zurecht zu kommen. Besonders PatientInnen mit terminalen Erkrankungen sollten am Lebensende alle Möglichkeiten offenstehen, sodass sie ihnen die bestmögliche Behandlung gereicht wird und ihre Wünsche erfüllt werden können. Ebenso kann die Versorgung von chronisch Erkrankten durch Palliation, unterstützt von Case Management forciert werden. Mit der Forderung der Versorgung von PalliativpatientInnen im Primärversorgungskonzept kann Case Management hier eine Chance für die Primärversorgung und die Palliativversorgung zuhause bieten.

### **5.1.10 Ablehnung gegenüber Case Management**

Zusätzlich müssen vor allem auch ÄrztInnen über Interventionen informiert werden, die es im Primärversorgungszentrum gibt, um dadurch Akzeptanz für diese Interventionen wie die durchführenden Personen zu schaffen. Im Interview mit einer Hausärztin zeigte sich eine grundlegende Ablehnung gegenüber dem Case Management:

*„dass man die zentrale Figur immer der Hausarzt ist und die anderen sind eben Satelliten, wo man für akut vielleicht was braucht, aber zentrale Stelle ist und bleibt der Hausarzt. [...] Ich bin jetzt ganz ehrlich, ich glaube nicht, dass wir noch mehr Menschen brauchen, die sich zwischen schalten, weil je mehr sich einschalten, desto schwieriger und desto komplizierter wird es, wichtig ist meiner Meinung nach der Patient, der Arzt von mir aus, auch noch das Umfeld aber, wenn ich dann noch drei bis vier Leute zwischenschalte, dann kommt meistens nur Blödsinn heraus“ (AMI)*

Trotz voriger Aufklärung über Case Management wurde dieses von der Interviewpartnerin abgelehnt, dies steht im klaren Gegensatz zu den anderen InterviewpartnerInnen, die dem Case Management grundsätzlich positiv gegenüberstehen:

*„[...] die chronischen Krankheiten nehmen auch zu und Frau und Mann gehen arbeiten, das heißt diese Familienstruktur hat sich verändert, dadurch und die Versorgung auch und deswegen glaub ich, ist es schon ganz gut, dass es sowas gibt und ich glaube, dass das absolut boomen wird in näherer Zukunft“ (DGKS-2)*

*„Ich glaub, dass das einmal das Case Management absolut eine Bereicherung ist [...], warum? [...] Das ist der Manager für einen erkrankten Menschen. Beim*

*Computerwesen fällt es mir immer auf, wo ich ja null Vorkenntnisse habe, weil ich praktisch schon fast 50 bin, [...] das heißt ich habe damit Begrifflichkeiten zu tun, die mich völlig überfordern. [...] Jetzt stellt man sich einen Menschen vor, der von heute auf morgen zwar Experte für seinen Körper [ist], aber mit vielen Begrifflichkeiten und Stationen und [...] Dingen überhaupt nichts am Hut hat und der Gesundheitsbereich wird immer komplexer also, wenn ich da jemanden hab [...] der da punktuell für diese Betroffenen das organisiert, das zusammenträgt [...] da wären viele Leerläufe, viele Leerläufe [...] reduziert, also ich glaub, dass da auch die Zufriedenheit sich auf beiden Seiten sich deutlich verbessern würde [...]“ (DIÄ)*

*„Also es ist einmal unumstritten, dass es eine Bereicherung ist, weil wir uns ja doch im Klaren sein müssen, dass es immer wieder Ausnahmen gibt, wo Leute wirklich durch alles durchfielen, also da bin ich davon überzeugt.“ (PHY)*

Der Grund dieser Ablehnung gegenüber Case Management kann nur vermutet werden, es könnte einerseits auf der Angst eines Machtverlustes gegenüber anderen Professionen fußen, andererseits auch auf Befürchtungen der falschen Behandlung durch unbekannte Personen. Unabhängig des Motives sollten auf jeden Fall weitere Untersuchungen zu dieser Thematik durchgeführt werden, um Motive, Ängste und Beweggründe für diese Ablehnung zu begründen. Denn die grundlegende Ablehnung, ohne Wissen über Effektivität oder persönliche Erfahrungen, ist auf dem Gebiet der Primärversorgung nicht förderlich, vor allem, wenn man die kommenden Umbrüche in den strukturellen Gegebenheiten bedenkt.

Hudon et al. beschreiben ebenfalls eine Ablehnung von Case Management durch PatientInnen, diese wird jedoch hauptsächlich auf das Unwissen gegenüber Case Management zurückgeführt. Ebenso beschreiben PatientInnen, dass sie sich eher an den oder die Case ManagerIn wandten [70]. Diese Sachverhalte zeige, dass eine Ablehnung von Case Management durchaus in anderen Personengruppen, außer ÄrztInnen, zu erwarten ist. Diese Tatsache kann jedoch als normal im Kontext von Innovationen oder Veränderung gesehen werden [115], sollte deswegen jedoch nicht ignoriert werden. Es gilt auf jeden Fall den Bekanntheitsgrad von Case Management und dem Primärversorgungskonzept „Team rund um den Hausarzt“ zu erhöhen, nicht nur unter PatientInnen, sondern auch unter ÄrztInnen. Dadurch könnten unbegründete Befürchtungen aus der Welt geschafft werden, Fehlinformationen bereinigt und Personen die zuvor Ablehnung zeigten eines Besseren belehrt werden.

## **5.2 Limitationen**

Als klare Limitation der Studie sind die ausgewählten Methoden zu sehen. Zu Beginn der Datenerhebungsphase war das Ziel, durch Interviews mit PraktikerInnen alle relevanten Daten zu erheben. Während der Durchführung sowie Analyse der Interviews stellte sich heraus, dass die interviewten Personen nicht die nötigen Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern konnten. Dies kann einerseits an der Unerfahrenheit der interviewenden Person liegen, an einer zu frühen Erklärung der Datensättigung oder andererseits an einem unausgereiften Interviewleitfaden. Zusätzlich könnte durch das Abfragen eines Sachverhalts, welcher noch nicht in der Praxis zur Anwendung kommt, wie jener des „Teams rund um den Hausarzt“, zu einer unbefriedigenden Datensammlung führen. Dieser Tatsache hätte man nur durch das Interviewen von bereits in solchen Einrichtungen arbeitenden Personen entgegenwirken können, jedoch gab es zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine solche Einrichtung in Österreich. Die erste dieser Art wurde erst nach der Datenerhebung in Enns, Oberösterreich eröffnet [116]. Eine weitere Möglichkeit wäre gewesen, Befragungen zu diesem Thema in Ländern durchzuführen, in denen das System der Primärversorgung bereits besser etabliert ist und es im Zuge dessen zu einem weitverbreiteten Einsatz von Case Management in der Primärversorgung kommt.

## **5.3 Conclusio**

Die neu entstehenden Primärversorgungszentren stellen nicht nur den Staat mit seinen Institutionen vor neue Aufgaben, sondern ebenso auch jede einzelne, davon betroffene, Profession. Schulungen und möglicherweise Änderungen bzw. Erweiterungen der Ausbildung einzuführen, kann als fördernder Faktor gesehen werden, um sich diesen Herausforderungen ausreichend vorbereitet zu stellen. Des Weiteren sollten, um die erfolgreiche Implementierung von Methoden, wie die des Case Managements zu fördern, erfahrene Personen an die Spitze solcher Zentren gestellt werden. Das Case Management kann dabei, durch diverse Teammeetings o. ä. einen wichtigen Beitrag leisten, diesen Weg zu erleichtern und effizienter zu gestalten. Zusätzlich sollten ebenfalls Befragungen zur aktuellen Situation in neu entstehenden Primärversorgungszentren durchgeführt werden, um Probleme, Chancen und Innovationen schnellstmöglich zu verbreiten.

Die zunehmende Zahl an PatientInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen [25] macht einen Einsatz von Case Management ebenso nötig wie die hohen Kosten die durch multimorbide oder chronisch erkrankte PatientInnen entstehen [117]. Studien, ob der Einsatz von Case

Management eine Verzögerung der Einweisung in Pflegeeinrichtungen bewirken, gibt es [101], jedoch keine (oder kaum) in Österreich.

Prinzipiell kann eine klare Lücke diesbezüglich in Österreich festgesellt werden, ebenso ist die Zahl der Studien über die Primärversorgung in Österreich gering. Daher gilt es, die Untersuchung dieses durchaus wichtigen Bereiches zu fördern.

Der Einführung des neuen Primärversorgungskonzeptes muss ebenso eine gesetzliche Änderung vorausgehen. Beim Abschluss dieser Arbeit war jedoch nur ein Entwurf des sogenannten „Primärversorgungsgesetzes“ (PVG) verfügbar. Dieser bezieht sich jedoch, mit Stand 09.02.2017, sehr stark auf das Konzept „Team rund um den Hausarzt“ bzw. nimmt klaren Bezug darauf [118]. Dass es sich hierbei aber um den endgültigen Entwurf handeln wird, ist unwahrscheinlich, da vor der Ratifizierung des Gesetzes noch zahlreiche Verhandlungsrunden mit den Sozialpartnern stehen.

## 5.4 Schlusswort

Schlussendlich muss gesagt werden, dass sich die Hauptrolle des Case Managements auf die Betreuung und Koordinierung von hochkomplexen Fällen beschränken sollte. Nichts desto trotz können ebenso nicht vom Case Management betreute Fälle davon profitieren, indem es durch die Einführung von Fallkonferenzen zu einem verbesserten Informationsaustausch der Professionen kommt, welcher vor allem für PatientInnen von Vorteil ist.

Es sollte jedoch bedacht werden, dass die koordinativen Methoden, die in einer Primärversorgungseinrichtung angewandt werden, nicht rein auf Case Management beschränkt werden sollten. Andere Programme, wie zum Beispiel Disease Management, setzen an einer Gruppe von PatientInnen an und können dadurch auf einer breiteren Basis eingesetzt werden.

Auf jeden Fall ist es ein weiter Weg bis zu einer „perfekten Primärversorgung“, welche die Koordinierung und Kontinuität der Behandlung gewährleistet. Bis hier alle Entscheidungsträger im Gesundheitssystem an einem Strang ziehen, muss noch viel Vorarbeit bezüglich der Information und Anreizgebung geleistet werden.

Der Erfolg steht und fällt mit der Entscheidungskraft der politischen Beteiligten, die seit Jahren das „international bewunderte Gesundheitssystem“ [33] präsentieren. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem System ist groß, aber in den untersuchten Ländern ist der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand höher (Angaben für „sehr gut“ und „gut“) [114]. Es steht außer Frage, dass wir, global gesehen, ein stabiles und funktionierendes Gesundheitssystem haben, aber:

*„Wer aufhört, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein.“*

*-Philip Rosentahl*

## 6 References

---

1. Hubmann D. Neun Spitäler und drei Ärztesysteme. *Kleine Zeitung* 2 Nov 2016:18–20.
2. Hubmann D, Saurugger S. Ein planloser Patient im überforderten System. *Kleine Zeitung* 6 Nov 2016:24–5.
3. Müller W. Steiermark krempelt Spitalslandschaft total um. *Der Standard* 15 Nov 2016:9.
4. Gadenstätter L, Kampl N. Ärztestreik Heute geschlossen; 2016. (*Zeit im Bild* 24) 14 Dec 2016.
5. Daubrawa S. Ärztestreik der Hausärzte; 2016. (*Zeit im Bild* 2) 14 Dec 2016.
6. Egyed MT. Ärzte: Primärversorgung gescheitert. *Der Standard* 3 Nov 2016:5.
7. Egyed MT. Warum sich Ärzte wieder wehren wollen. *Der Standard* 17 Nov 2016:6.
8. Kroisleitner O. Unzufriedenheit von Patienten ist "Alarmsignal" für Ärzte. *Der Standard* 19 Oct 2016:9.
9. Zikmund R. Die Angst der Ärztekammer vor Ärztezentren; 2017. (*Zeit im Bild* 2) 15 Mar 2017.
10. Primosch C. Protest der Ärztekammer; 2016. (*Zeit im Bild*) 23 Nov 2016.
11. Langbein K, Tschaler E. Warten, warten, warten - Patient Gesundheitswesen; 2017. (*Menschen & Mächte*) 25 Jan 2017.
12. Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzer HJF, Campbell SM. Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam Pract.* 2013;30:185–9. doi:10.1093/fampra/cms067.
13. Bundesministerium für Gesundheit. Das Team rund um den HausarztKonzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014.
14. Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. 2015.
15. Evers M. *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber; 2000.
16. Wendt WR. *Case-Management im Sozial- und GesundheitswesenEine Einführung*. Freiburg: Lambertus; 1997.
17. CMSA. *Standards of Practice for Case Management*. 2010.
18. DGCC. Was ist CM? 2016. <http://www.dgcc.de/case-management/>. Accessed 10 Nov 2016.

19. Kohn R. The health centre concept in primary health care. Copenhagen, Albany, NY: World Health Organization, Regional Office for Europe; WHO Publications Centre [distributor]; 1983.
20. Weltgesundheitsorganisation. Primary health care Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
21. Weltgesundheitsorganisation. Primary health care, including health system strengthening; 2009. Accessed 5 Oct 2016.
22. Statistik Austria. Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen. 14.06.2016.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand\\_und\\_veraenderung/bevoelkerung\\_im\\_jahresdurchschnitt/023425.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/023425.html). Accessed 26 Oct 2016.
23. Weltbank. GDP per capita (current US\$). 2016.  
[http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?year\\_high\\_desc=true](http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?year_high_desc=true). Accessed 29 Oct 2016.
24. Hofmarcher MM. Gesundheitssysteme im Wandel Österreich. 1. Aufl. Berlin: MWV, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2006.
25. Pöttler G. Gesundheitswesen in Österreich Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt. 2., überarb. Aufl. [inklusive der Gesundheitsreform]. Wien: Goldegg; 2014.
26. Hofmarcher MM. Das österreichische Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges; 2013.
27. Bundes-Verfassungsgesetz B-VG; 2016.
28. Steirischer Landtag. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit Art. 15a B-VG.
29. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). 2016.  
[http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Gesellschaften/Gesundheit\\_Oesterreich\\_GmbH\\_GOeG\\_](http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium/Gesellschaften/Gesundheit_Oesterreich_GmbH_GOeG_). Accessed 3 Nov 2016.
30. Gesundheits-Zielsteuergesetz G-ZG; 2017.
31. Merriam-Webster. Primary Health Care. 2016. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/primary%20care>. Accessed 7 Nov 2016.
32. Austaller J. Konzept-Primary Health Care ein Konzept zur Optimierung der extramuralen Gesundheitsversorgung. AM PLUS | Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit. 2014.

33. Bundesministerium für Gesundheit. Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen - Daten - Fakten. 1. Aufl. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
34. Merriam-Webster. Secondary Care. 2016. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/secondary%2Bcare>. Accessed 7 Nov 2016.
35. Merriam-Webster. Tertiary Care. 2016. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/tertiary%20care#medicalDictionary>. Accessed 7 Nov 2016.
36. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten KaKuG.
37. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. Beitragsrechtliche Werte 2016 (Stand: 22.12.2015). 2016.
38. Statistik Austria. Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 1990 - 2014, in Mio. EUR. 2016.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html). Accessed 8 Nov 2016.
39. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. 2016.  
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/FinanzierungGesundheitswesens.html>. Accessed 8 Nov 2016.
40. ÖGCC. Grundlagenpapier. 2013. [http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/OeGCC\\_Grundlagenpapier\\_290711.pdf](http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf). Accessed 10 Nov 2016.
41. Moxley D. The practice of case management. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
42. Williams J. Case Management Practice Guide 7 Phases of Case Management. 2010.  
[http://www.abistafftraining.info/PDF/Case\\_Management\\_Practice\\_Guide\\_7\\_Phases\\_March2010.pdf](http://www.abistafftraining.info/PDF/Case_Management_Practice_Guide_7_Phases_March2010.pdf). Accessed 12 Nov 2016.
43. Health Resource and Service Administration. About the Ryan White HIV/AIDS Program. 10.2016. <https://hab.hrsa.gov/about-ryan-white-hiv-aids-program/about-ryan-white-hiv-aids-program>. Accessed 10 Apr 2017.
44. Phaneuf M. CASE MANAGEMENT: TOOLS AND COORDINATION METHODS. 2008.  
[http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/Case\\_management\\_tools\\_and\\_coordination\\_methods.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Case_management_tools_and_coordination_methods.pdf). Accessed 10 Apr 2017.
45. Smith L, Newton R. Systematic review of case management. Aust N Z J Psychiatry. 2007;41:2–9. doi:10.1080/00048670601039831.

46. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0132340. doi:10.1371/journal.pone.0132340.
47. Gaertner B, Herzog A, Holzhausen M, Schmidt S. "Case-management"-Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland Systematische Übersicht zum aktuell publizierten Forschungsstand. *Z Gerontol Geriatr*. 2015;48:529–38. doi:10.1007/s00391-014-0839-y.
48. Buscher C, Thorenz A, Grochocka A, Koch U, Watzke B. Die Case-Management-basierte Betreuung von Brustkrebspatientinnen: Ergebnisse einer Befragung beteiligter ärztlicher und nichtärztlicher Netzwerkpartner. *Gesundheitswesen*. 2011;73:815–22. doi:10.1055/s-0030-1262863.
49. Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, et al. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:363–71. doi:10.1093/intqhc/mzp032.
50. Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, et al. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2009;65:799–808. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x.
51. Perry H. *Historical Perspectives on Primary Health Care*; 2012.
52. Sidel VW. The barefoot doctors of the People's Republic of China. *N Engl J Med*. 1972;286:1292–300. doi:10.1056/NEJM197206152862404.
53. Cueto M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *American journal of public health*. 2004;94:1864–74.
54. WHO. DECLARATION OF ALMA-ATA. 1978. [http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata\\_declaration.htm](http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm). Accessed 15 Nov 2016.
55. OECD. OECD Health Statistics. 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2016-Frequently-Requested-Data.xls>. Accessed 16 Nov 2016.
56. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32:686–94. doi:10.1377/hlthaff.2012.1242.

57. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research*. 2003;38:831–65.
58. WHO Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? 2004.
59. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. 2005;83:457–502.
60. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60:201–18.
61. Akremi L. Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. p. 265–82. doi:10.1007/978-3-531-18939-0\_17.
62. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. p. 265–82.
63. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11., aktual. u. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010.
64. Allin S, Rudolder D. The Canadian Health Care System, 2014. In: The Commonwealth Fund, editor. *2014 International Profiles Of Health Care Systems*; 2015. p. 21–31.
65. Statistics Canada. Population, urban and rural, by province and territory (Ontario). 04.02.2011. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo62g-eng.htm>. Accessed 28 Mar 2017.
66. Nurse Practitioner Schools. What is a Nurse Practitioner? 2017. <http://www.nursepractitionerschools.com/faq/what-is-np>. Accessed 28.03.2017.
67. Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Family Health Teams Q&A: Understanding Family Health Teams. 2016. [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht\\_understanding.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_understanding.aspx). Accessed 28.03.2017.
68. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. *Ann Fam Med*. 2011;9:165–71. doi:10.1370/afm.1228.

69. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs*. 2014;23:2968–79. doi:10.1111/jocn.12547.
70. Hudon C, Chouinard M-C, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Ann Fam Med*. 2015;13:523–8. doi:10.1370/afm.1867.
71. Johnson JA, Al Sayah F, Wozniak L, Rees S, Soprovich A, Qiu W, et al. Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial. *Diabetes Care*. 2014;37:3220–6. doi:10.2337/dc14-1308.
72. McAlister FA, Grover S, Padwal RS, Youngson E, Fradette M, Thompson A, et al. Case management reduces global vascular risk after stroke: secondary results from the The preventing recurrent vascular events and neurological worsening through intensive organized case-management randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2014;168:924–30. doi:10.1016/j.ahj.2014.08.001.
73. McAlister FA, Majumdar SR, Padwal RS, Fradette M, Thompson A, Buck B, et al. Case management for blood pressure and lipid level control after minor stroke: PREVENTION randomized controlled trial. *CMAJ*. 2014;186:577–84. doi:10.1503/cmaj.140053.
74. Mayo NE, Nadeau L, Ahmed S, White C, Grad R, Huang A, et al. Bridging the gap: the effectiveness of teaming a stroke coordinator with patient's personal physician on the outcome of stroke. *Age Ageing*. 2008;37:32–8. doi:10.1093/ageing/afm133.
75. Jaglal SB, Donescu OS, Bansod V, Laprade J, Thorpe K, Hawker G, et al. Impact of a centralized osteoporosis coordinator on post-fracture osteoporosis management: a cluster randomized trial. *Osteoporos Int*. 2012;23:87–95. doi:10.1007/s00198-011-1726-7.
76. Health Force Ontario. Nursing Roles. 29.06.2016.  
[http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training\\_%7C\\_Practising\\_Outside\\_Ontario/Nursing\\_Roles](http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training_%7C_Practising_Outside_Ontario/Nursing_Roles). Accessed 31 Mar 2017.
77. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Community Care Access Centres/Client Services Policy Manual. 2006.  
[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuals/ccac/cspm\\_sec\\_6/6-4.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuals/ccac/cspm_sec_6/6-4.html). Accessed 29 Mar 2017.

78. Toronto Central CCAC. About Toronto Central CCAC. 2015.  
<http://healthcareathome.ca/torontocentral/en/Who-We-Are/About-CCAC>. Accessed 29 Mar 2017.
79. College of Nurses of Ontario. Competencies for entry-level Registered Nurse practice. 2014.
80. Canadian Nurses Association. Canadian Nurse Practitioner core competency framework. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2010.
81. Kahan D, Leszcz M, O'Campo P, Hwang SW, Wasylenki DA, Kurdyak P, et al. Integrating care for frequent users of emergency departments: implementation evaluation of a brief multi-organizational intensive case management intervention. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:156. doi:10.1186/s12913-016-1407-5.
82. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Can Fam Physician*. 2010;56:e368-74.
83. Morrish DW, Beaupre LA, Bell NR, Cinats JG, Hanley DA, Harley CH, et al. Facilitated bone mineral density testing versus hospital-based case management to improve osteoporosis treatment for hip fracture patients: additional results from a randomized trial. *Arthritis Rheum*. 2009;61:209–15. doi:10.1002/art.24097.
84. Majumdar SR, Beaupre LA, Harley CH, Hanley DA, Lier DA, Juby AG, et al. Use of a case manager to improve osteoporosis treatment after hip fracture: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2007;167:2110–5. doi:10.1001/archinte.167.19.2110.
85. Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier M-T, Bareil C, Duhamel F, et al. Development of an interprofessional program for cardiovascular prevention in primary care: A participatory research approach. *SAGE Open Med*. 2014;2:2050312114522788. doi:10.1177/2050312114522788.
86. Wammes J, Jeurissen P, Westert G. The Dutch Healthcare System, 2015. In: The Commonwealth Fund, editor. 2015 International Profiles of Health Care Systems; 2016.
87. van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands. *J Am Board Fam Med*. 2012;25 Suppl 1:S12-7. doi:10.3122/jabfm.2012.02.110212.
88. Dierick-Van Daele A. The introduction of the nurse practitioner in general practice. Maastricht University, Maastricht: University Library, Universiteit Maastricht [host]; 2010.

89. van der Plas AG, Francke AL, Vissers KC, Jansen WJ, Deliëns L, Onwuteaka-Philipsen BD. Case management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study. *BMC Palliat Care*. 2015;14:31. doi:10.1186/s12904-015-0029-8.
90. Ruïkes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med*. 2016;29:209–17. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150214.
91. Lange J de, Deusing E, van Asch IF, Peeters J, Zwaanswijk M, Pot AM, et al. Factors facilitating dementia case management: Results of online focus groups. *Dementia (London)*. 2016. doi:10.1177/1471301216634959.
92. van der Plas AGM, Onwuteaka-Philipsen BD, Vissers KC, Deliëns L, Jansen WJJ, Francke AL. Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study. *J Adv Nurs*. 2016;72:147–57. doi:10.1111/jan.12818.
93. Metzelthin SF, Daniels R, van Rossum E, Cox K, Habets H, Witte LP de, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:1184–96. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.016.
94. van der Plas AGM, Onwuteaka-Philipsen BD, Francke AL, Jansen WJJ, Vissers KC, Deliëns L. Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to treatment aims. *J Palliat Med*. 2015;18:324–31. doi:10.1089/jpm.2014.0269.
95. Schafer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12:v-xxvii, 1-228.
96. Wansink HJ, Drost RMWA, Paulus ATG, Ruwaard D, Hosman CMH, Janssens JMAM, et al. Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:228. doi:10.1186/s12913-016-1498-z.
97. Jansen APD, van Hout HPJ, Nijpels G, Rijmen F, Droes R-M, Pot A-M, et al. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:933–43. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004.

98. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 2013;368:1173–5. doi:10.1056/NEJMp1215620.
99. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish health care systemA value-based perspective. Helsinki: Sitra; 2010.
100. Grunenberg G. Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem. 2004. [http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter\\_archiv/iPG-NL-02-04/Gesundheitssystem\\_Finnland/index.html](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-02-04/Gesundheitssystem_Finnland/index.html). Accessed 5 Apr 2017.
101. Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivela SL, Sivenius J, Sulkava R. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1282–7.
102. Maijala V, Tossavainen K, Turunen H. Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *J Clin Nurs.* 2015;24:2554–61. doi:10.1111/jocn.12855.
103. Allgemeines SozialversicherungsgesetzASVG; 2016.
104. Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-VerordnungGuK-LFV; 2006.
105. Gesundheits- und Krankenpflege-WeiterbildungsverordnungGuK-WV; 2010.
106. FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung –FHGuK-AV; 2008.
107. ÖGCC. Richtlinien zur Erlangung des Titels „zertifizierte Case Managerin (ÖGCC) / zertifizierter Case Manager (ÖGCC)“. 2013.
108. Bundesgesetz über Gesundheits- und KrankenpflegeberufeGUKG; 2017.
109. Czypionk T, Ulinski S. Primärversorgung. 2014.
110. Cano I, Alonso A, Hernandez C, Burgos F, Barberan-Garcia A, Roldan J, et al. An adaptive case management system to support integrated care services: Lessons learned from the NEXES project. *J Biomed Inform.* 2015;55:11–22. doi:10.1016/j.jbi.2015.02.011.
111. Dennis S, May J, Perkins D, Zwar N, Sibbald B, Hasan I. What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Aust New Zealand Health Policy.* 2009;6:23. doi:10.1186/1743-8462-6-23.

112. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Wichtiger Schritt zu modernem Medizinstudium: "Masterplan Medizinstudium 2020". 2017.  
<https://www.bmbf.de/de/wichtiger-schritt-zu-modernem-medizinstudium-masterplan-medizinstudium-2020-4026.html>.
113. Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN. Enhancing the primary care team to provide redesigned care: The roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med*. 2013;11:80–3. doi:10.1370/afm.1462.
114. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Publishing; 2015.
115. Brenowitz R. TOOLS for TEAMS. 2001.  
[http://www.brenowitzconsulting.com/pub/tt\\_3.html](http://www.brenowitzconsulting.com/pub/tt_3.html). Accessed 6 May 2017.
116. Groß A. PVZ Enns: Smells like Team Spirit. 03.03.2017.  
<https://medonline.at/2017/pvz-enns-smells-like-team-spirit>. Accessed 21 Apr 2017.
117. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money--controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med*. 2009;361:1521–3. doi:10.1056/NEJMp0907185.
118. Nationalrat. Referentenentwurf 09.02.2017 zum PVG. 2017.  
[http://www.rezeptblog.at/wp-content/uploads/2017/02/PHC-Entwurf\\_9\\_2\\_2017.pdf](http://www.rezeptblog.at/wp-content/uploads/2017/02/PHC-Entwurf_9_2_2017.pdf). Accessed 23 Apr 2017.

## A-Interviewleitfaden

---

- Welche Herausforderungen sehen Sie in der aktuellen Situation der Koordination zwischen Primärversorgung und andern Gesundheitsberufen (Z. B.: Physiotherapie oder Fachärzten)?
- Wenn sie an die genannten Herausforderungen denken, welche Tätigkeiten bzw. Aufgaben erachten sie als unverzichtbar und inwiefern können diese umgesetzt werden?
- Wie können PatientInnen oder das Umfeld des Patienten in diese Tätigkeiten integriert werden bzw. welche Rolle kommt ihnen dabei zu?
- Wenn Sie an eine perfekte Kommunikationsstruktur zwischen Ihnen und Ihren Stakeholdern (PatientIn, Fachärzte oder Physiotherapeuten) denken, wie sollte diese aussehen?
- Ist, Ihrer Meinung nach, „Case Management“ eine Bereicherung für die Versorgung? Wenn ja, welche Rollen kann das Case Management spielen?

# B-Case Management Assessment Form



Name: \_\_\_\_\_

URN#: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_

## RYAN WHITE PROGRAM PART A Charlotte Transitional Grant Area (TGA) Case Management Assessment Tool

### General:

Agency ID #: \_\_\_\_\_

Date of Assessment: \_\_\_\_\_

Client's full name: \_\_\_\_\_

Location of Assessment: \_\_\_\_\_

Was information obtained during the assessment provided by person(s) in addition to the client? Yes  No

If yes who? \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

*Please refer to original intake and assessment for any demographic information.*

### Education:

Educational level: Grade School  High School/GED  Associates Degree

Undergraduate Degree  Graduate/Post Grad. Degree

Reading Ability/Literacy: High  Moderate  Limited

### Race/Ethnicity:

Race:  African American/Black  Latino/Hispanic  
 Asian/Pacific Islander  Native American  
 Black/Non-Hispanic  White/Non-Hispanic  
 Other: \_\_\_\_\_

### Housing:

Apartment/Condo  House  Mobile Home  Group Home  Transitional  Homeless

Rent  Own  Other

Also check one of the following: Permanent (stable)  Non-Permanent

Current Housing Programs: HOPWA  Section 8  Housing Authority   
None  Unknown  Other: \_\_\_\_\_

Does the client have any physical impairments/limitations that affect his/her safety in the home?

Yes  No  If yes, please describe \_\_\_\_\_

Are there any structural or functional inadequacies in the client's home?

Yes  No  If yes, please describe \_\_\_\_\_  
Adequate  Overcrowded  Criminal Activity  No Indoor Plumbing   
Substandard  Unaffordable  Threat of Physical Violence  Other: \_\_\_\_\_  
Unknown



Name: \_\_\_\_\_

URN#: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_

### CHARLOTTE TGA

Make any other comments about the client's home environment you have observed that may have an effect on his/her ability to function independently \_\_\_\_\_

Are there other persons (Adults/Non-dependent Children) in the household? Yes  No

If yes, please note below:

Name	Relationship	Age	May We Contact?		Aware of HIV Status?	
			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Does the client have dependent children? Yes  No

If yes, complete the following:

Name	DOB	HIV Status	Name of School/Daycare	Contact Person	Phone Number	Aware of HIV Status?
						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

#### Transportation:

Does client have access to transportation? Yes  No

If no, please describe client's ability to access transportation:

#### Insurance:

Medicare: Yes  No  Medicare #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_ A  B  D

MEDICAID: Yes  No  MEDICAID #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_ Date applied if pending: \_\_\_\_\_

VA Benefits: Yes  No  Effective Date: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Date applied if pending: \_\_\_\_\_

ADAP: Yes  No  Effective Date: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Date applied if pending: \_\_\_\_\_

COBRA coverage: Yes  No  Name of Ins. Co.: \_\_\_\_\_  
Group # \_\_\_\_\_ Subscriber #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_ Date applied if pending: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Private Insurance: Yes  No  Name of Ins. Co.: \_\_\_\_\_  
Group # \_\_\_\_\_ Subscriber #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_ Date applied if pending: \_\_\_\_\_  
Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_



Name:  
 URN#:  
 DOB:  
 Sex:

**CHARLOTTE TGA**

Other coverage: Yes  No   
 Group #  
 Expiration Date:  
 Employer:

Name of Ins. Co.:  
 Subscriber #:  
 Date applied if pending:  
 Occupation:  
 Effective Date:

**Financial Resources:**

**Household Income per month (includes income of client and other household members)**

Income			Expenses		
Client Income Source	Status (please check one)	Amount	Source	Amount	
Employment	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Rent/Mortgage	_____	
SSD	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Car Payment	_____	
SSI	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Transportation	_____	
Food Stamps	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Credit Card/Loans	_____	
TANF	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Health Care	_____	
Unemployment	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Insurance	_____	
VA Benefits	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Utilities	_____	
Other	(yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pending <input type="checkbox"/>	_____	Phone	_____	
<b>Total</b>		_____	Food	_____	
			Child Support	_____	
<b>Assets</b>			Alimony	_____	
<b>Source</b>	<b>Amount</b>		Entertainment	_____	
Life Insurance	_____		Other	_____	
Checking	_____		<b>Total Monthly Expenses</b>	_____	
Savings	_____		<b>Total Monthly Income</b>	_____	
Property	_____		- Total Monthly Expenses	_____	
Burial Insurance	_____		<b>Total Monthly Cash Flow</b>	_____	
<b>Total</b>		_____	<b>Confirmed Zero Income</b>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	



Name: \_\_\_\_\_  
 URN#: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_

**CHARLOTTE TGA**

**Legal Issues:**

**Legal Documents Status:** Please check as appropriate.

DOCUMENT	NEEDED	NOT INTERESTED	COMPLETED
Will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durable Power of Attorney	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Living Will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health Care Power of Attorney	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardianship	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burial Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Legal Problems Status:** Please indicate information as appropriate.

CHARGES	APPROXIMATE DATE	LOCATION (state, county)	DISPOSITION

**Health:**

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Infectious Disease Physician: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Medical Facility most often used: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Are there any known allergies (drugs, food, and animals, other)? Yes  No

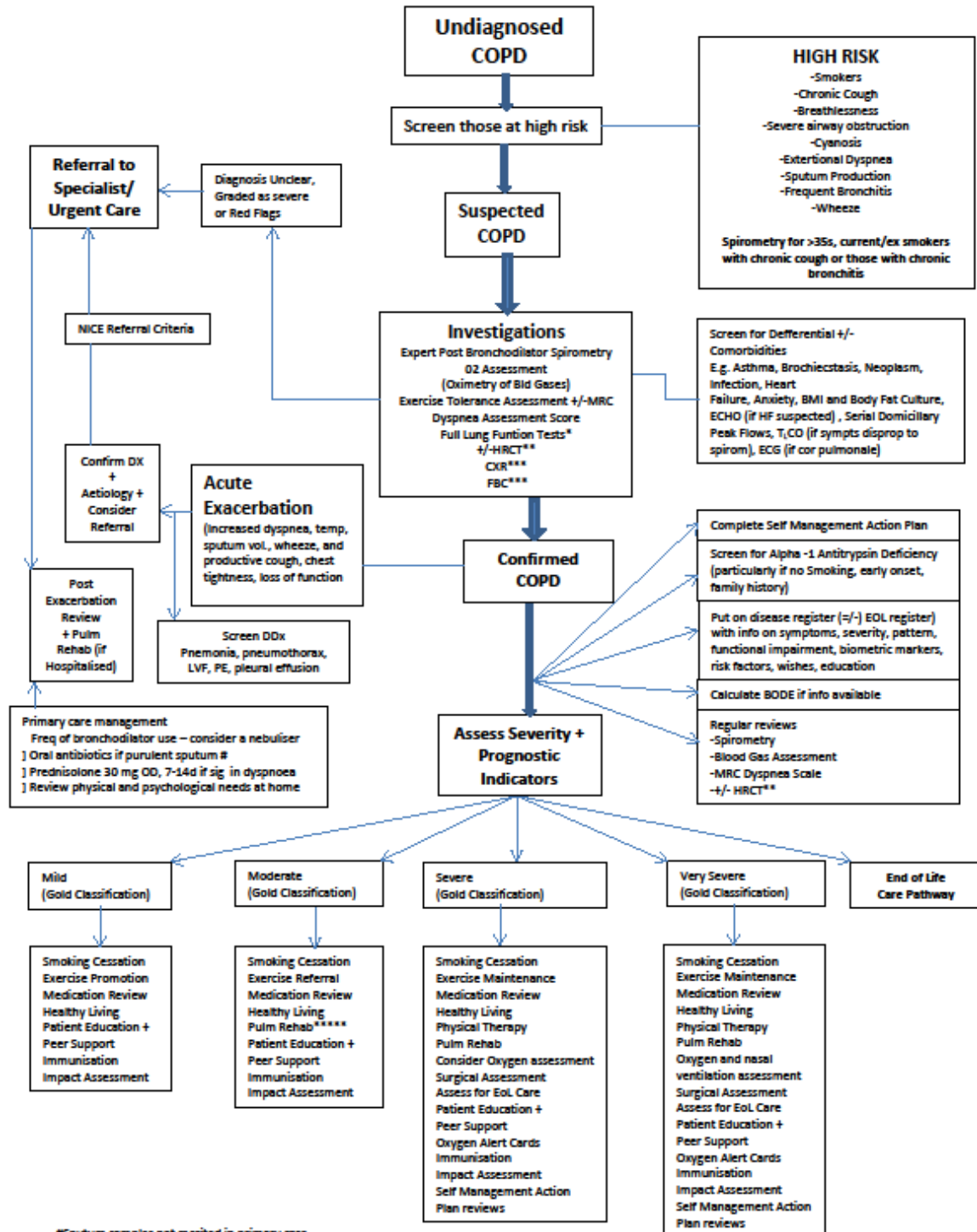
Please list known allergies \_\_\_\_\_

Does the client have any diagnosed health problems (heart disease, TB, hepatitis, other)? Yes  No

Diagnosed Health Problems	Treatments	Date of Treatment

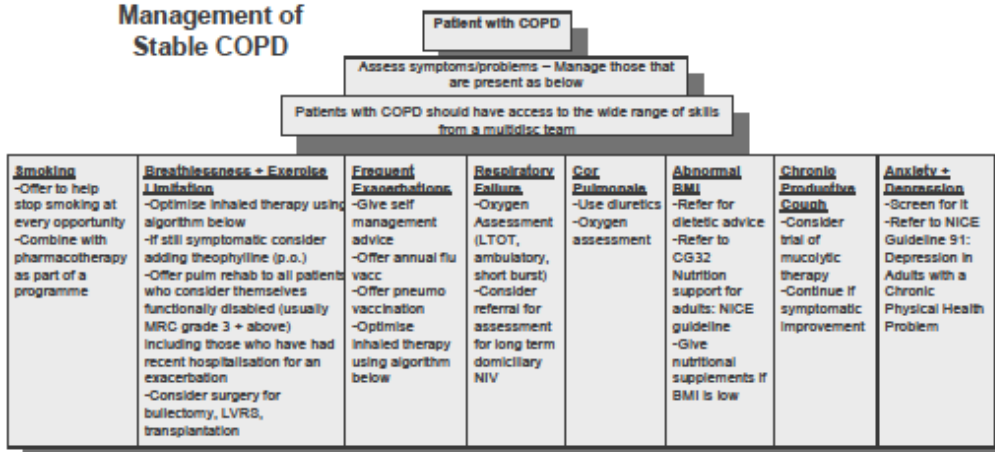
# C- Care Plan

## Evidence Based COPD Care Pathway\*



#Sputum samples not merited in primary care  
 \*Only done once diagnosis confirmed  
 \*\*if dyspnea is disproportionate to functional impairment  
 \*\*\*From NICE (not mentioned in strategy)  
 \*\*\*\*Anybody who considers they've functional impairment or who've had exacerbation needing hospitalisation  
 \*An evidence based Care Pathway which is based on expert views, NICE Guidelines and the National Strategy

## Management of Stable COPD



**Palliative Care**

Opiates should be used when appropriate for the palliation of breathlessness in patient with end stage COPD unresponsive to other medical therapy.

Use benzodiazepines, tricyclic antidepressants, major tranquilisers and oxygen where appropriate

Involve multidisciplinary palliative care teams

