

Die Übertragbarkeit des Modells der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch auf den Sozialhilfeverband Freistadt

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Business

FH Oberösterreich

Studiengang: Sozial und Verwaltungsmanagement, Linz

Studienzweig Management Öffentlicher Dienstleistungen

Verfasser:

Anton Hoser SVM 07/10562-129

Gutachter:

Prof. (FH) Dr. Anton Konrad Riedl

Bad Zell, im Mai 2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Behelfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Diese Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Bad Zell, im Mai 2010

.....

Anton Hoser

Hinweis

Der leichten Lesbarkeit halber werden in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen in jeweils nur einer Geschlechtsform angeführt. Sie umfassen selbstverständlich gleichermaßen Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Kurzfassung

Neue Erkenntnisse helfen uns, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten. Wir Menschen möchten unsere Lebensentscheidungen auch im Alter noch selbst treffen und wünschen uns dazu echte Wahlmöglichkeiten mit Unterstützung und Sicherheit für die Herausforderungen des Lebens. Allein mit einem vermehrten Ausbau von Alten- und Pflegeheimen trifft man die Wünsche alter und pflegebedürftiger Menschen oft nicht.

Es ist auch nicht vorwiegend die demografische Entwicklung, sondern hauptsächlich ein sich veränderndes Krankheitsbild, das besondere Anforderungen an das zukünftige Pflege- und Betreuungssystem alter Menschen stellt.

Besonders in wirtschaftlich angespannten Zeiten kommt der sozialen Sicherheit eine erhöhte Aufmerksamkeit und besondere Bedeutung zu. Gerade jene Systeme, die uns soziale Sicherheit gewährleisten sollen, unterliegen einer kritischen Betrachtung. Von den geschützten Personen wird zunehmend Eigenverantwortung und das Einbringen der noch vorhandenen Fähigkeiten eingefordert. Im Krisenfall soll sich aber dennoch jeder darauf verlassen können, von der Solidaritätsgemeinschaft aufgefangen zu werden, wenn die Selbsthilfe nicht mehr möglich ist.

Das bestehende System ist aufgrund mangelnder Effektivität und Effizienz nicht geeignet, auf die bevorstehenden Bedarfe adäquat zu reagieren. Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit der Probleme chronisch Kranker bedarf es an den Versorgungsübergängen eines hohen Maßes an Kooperation und Koordination, um eine ausreichende Betreuung gewährleisten zu können.

Im Sinne von Benchmarking ist es daher sehr interessant, das Modell der „Integrierten Altenpflege“ (IAP) Ludesch genau zu studieren und nach Erfahrungen und Praktiken Ausschau zu halten, die auch im Sozialhilfeverband

Freistadt als regionaler Träger sozialer Hilfe zu Verbesserungen in den Betreuungsprozessen führen können.

Der Ausbau qualitativ hochwertiger Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege ist notwendig und soll überall dort zum Einsatz kommen, wo Pfllegetätigkeiten innerhalb von Familien nicht realisierbar sind und Kooperationen deutlich mehr Qualität hervorbringen.

Das Modell der IAP Ludesch zeigt uns, wie freiwillig geleistete persönliche Pfllegetätigkeiten mit den außerefamiliären, staatlich oder durch Organisationen mit Sozialnutzen angebotenen Betreuungs- und Pflegediensten vernetzt werden können. Damit wird ein bedeutendes Moment des Subsidiaritätsgedankens, nämlich, dass natürlich gewachsene Netzwerke in vielen Bereichen des öffentlichen und vor allem auch des gemeinschaftlichen Lebens ein höheres Maß an Produktivität und Kreativität entfalten können, als Kommune und Staat, zum Vorteil aller genutzt.

Dazu ist allerdings ein Perspektivenwechsel von der institutionalen Sicht hin zur Klientenperspektive erforderlich.

Abstract

New cognitions help to retain physical and mental capabilities into old age. Seniors want to have control over decisions concerning their own lives and require real options concerning support and safety to master their lives. These wishes cannot be met simply by expanding residential care homes. The main reason for the particular requirements in the future ambulatory care system, is not the demographic development, but rather the mutating disease pattern of older people.

Especially during economically difficult periods there is a need for more awareness and meaning to social security. Systems, which should ensure social guarantee, are subject to critical reflection.

More and more, personal responsibility and own ability are expected from protected persons. But if self-help is not possible any more, social communities should provide a safety net.

The insufficient effectiveness and efficiency of the established system is no longer appropriate in coping with upcoming demands.

By virtue of the complexity of problems of chronically ill people, a high level of cooperation and coordination is needed in managed care crossover in order to ensure adequate support and care.

The benchmark model of integrated elderly care as practised in the community Ludesch is particularly interesting as their experiences could help to upgrade the care-processes in the social-help association Freistadt.

Development of high quality services in the area of care for elderly people is necessary and should be deployed wherever family care is not possible and cooperation creates higher quality.

The best practice example "Ludesch" shows how personal voluntary home assistance for senior citizens can be combined with public care and care offered by non-profit organisations. This shows an important principle of subsidiarity which is how a naturally evolving network already present in many areas of public life and social activity can develop a higher degree of productivity and creativity than community and state assistance. This should be

used for the good of all. However, this prerequisites a change in perspective from the institutional point of view to the clients point of view.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Eidesstattliche Erklärung..... | I |
| Hinweis | I |
| Kurzfassung..... | II |
| Abstract..... | IV |
| Inhaltsverzeichnis | VI |
| Abbildungsverzeichnis | IX |
| Tabellenverzeichnis | IX |
| Abkürzungsverzeichnis..... | X |
| 1. EINLEITUNG | 1 |
| 1.1 Problemstellung | 2 |
| 1.2 Ziel/Forschungsfrage..... | 6 |
| 2. DER SOZIALHILFEVERBAND FREISTADT | 9 |
| 2.1 Organisation | 9 |
| 2.2 Aufgaben..... | 9 |
| 2.3 Infrastruktur | 10 |
| 2.3.1 Alten- und Pflegeheime | 10 |
| 2.3.2 Krankenhäuser | 11 |
| 2.3.3 Sozialberatungsstellen..... | 11 |
| 2.3.4 Sozialmedizinische Betreuungsringe | 12 |
| 2.3.5 Hauskrankenpflege..... | 12 |
| 2.3.6 Mobile Altenfachbetreuung | 13 |
| 2.3.7 Sonstige Einrichtungen..... | 13 |
| 2.4 Bedarfsplanung | 14 |
| 2.4.1 Bedarfsermittlung für mobile Betreuung und Hilfe | 15 |
| 2.4.2 Bedarfsermittlung für Hauskrankenpflege..... | 15 |
| 2.4.3 Bedarfsermittlung für Alten- und Pflegeheime | 16 |
| 2.4.4 Bedarfsermittlung für „Betreubares Wohnen“ | 17 |
| 2.5 Finanzierung | 17 |
| 3. DAS MODELL DER „INTEGRIERTEN ALTENPFLEGE“LUDESCH.. | 20 |
| 3.1 Ausgangssituation | 21 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 3.2 | Zielsetzung | 21 |
| 3.3. | Strategie und Grundsätze..... | 22 |
| 3.4. | Organisation und Aufgabenverteilung | 23 |
| 3.4.1 | Ambulante Dienste | 25 |
| 3.4.2 | Pflegestation..... | 26 |
| 3.4.3 | IAP Sozialzentrum | 26 |
| 3.5 | Evaluierung..... | 29 |
| 3.5.1 | Stärken | 30 |
| 3.5.2 | Fachliche und wirtschaftliche Ergebnisse – dargestellt anhand eines Fallbeispiels..... | 33 |
| 3.5.3 | Entwicklungspotenziale | 33 |
| 3.6 | Case Management Coaching | 36 |
| 3.6.1 | Sinn und Zweck | 36 |
| 3.6.2 | Inanspruchnahme | 38 |
| 3.6.3 | Ablauf eines Case Management Coaching..... | 39 |
| 3.7. | Fazit..... | 41 |
| 4. | DIE ÜBERTRAGBARKEIT AUF DEN SOZIALHILFEVERBAND FREISTADT..... | 42 |
| 4.1 | Warum soll dieses Modell auch im Sozialhilfeverband angewendet werden? | 42 |
| 4.2 | Welche Voraussetzungen sind für die Übertragung auf den SHV Freistadt notwendig..... | 44 |
| 4.2.1 | Eine neue Einstellung zum Begriff Alter..... | 45 |
| 4.2.2 | Bereitschaft zur Zusammenarbeit..... | 46 |
| 4.2.3 | Koordination an den Schnittstellen | 47 |
| 4.2.4 | Gut ausgebildetes Personal..... | 51 |
| 4.2.5 | Engagement von Ehrenamtlichen..... | 53 |
| 4.2.6 | Case-Management für Altenbetreuung und Pflege..... | 55 |
| 4.2.7 | Optimale Positionierung der Koordinatorinnen für Betreuung und Pflege im SHV Freistadt..... | 60 |
| 4.2.7 | Neudefinition der Rolle von Alten- und Pflegeheimen..... | 62 |
| 4.2.8 | Überdenken der Finanzierungsstruktur..... | 64 |
| 4.2.9 | Schaffung menschenfreundlicher Wohnumwelten..... | 66 |
| 4.2.10 | Schaffung geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingen..... | 67 |
| 4.2.11 | Neudenken von Kontrolle | 68 |
| 4.3 | Welche Auswirkungen können erwartet werden..... | 70 |
| 4.3.1 | Optimale Nutzungsmöglichkeiten der regional vorhandenen Humanressourcen | 70 |
| 4.3.2 | Optimale Nutzungsmöglichkeiten der regional vorhandenen Raumressourcen | 71 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 4.3.3 | Harmonische Vernetzung durch Schaffung von fachlich und räumlich überschaubaren Strukturen..... | 73 |
| 4.3.4 | Bessere Klientenorientierung bei gesteigerter Wirtschaftlichkeit ... | 74 |
| 4.3.5 | Wirtschaftsfaktor für eine Region..... | 74 |
| 4.4. | Schlussfolgerungen..... | 76 |
| 5. | ZUSAMMENFASSUNG..... | 79 |
| 6. | LITERATURVERZEICHNIS | 82 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Gesamtkostenentwicklung für Oberösterreich..... | 18 |
| Abbildung 2 Zuschussentwicklung für Oberösterreich | 19 |
| Abbildung 3 Organisationsaufbau des IAP..... | 24 |
| Abbildung 4 Kunden-Mitarbeiter- und Umfeldreflexion..... | 32 |
| Abbildung 5 Einschätzung der Kapazitäten..... | 35 |
| Abbildung 6 Der ältere Mensch mit Unterstützungsbedarf in einer komplexen Versorgungslandschaft..... | 50 |
| Abbildung 7 Integrierte Pflege- und Versorgungskette..... | 56 |
| Abbildung 8 Wechselwirkungen im Gesundheits- und Sozialsystem..... | 65 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1 Alten- und Pflegeheimplätze im Bezirk Freistadt..... | 10 |
| Tabelle 2 Zahlenmäßige Entwicklung der 80jährigen und älteren Menschen | 14 |
| Tabelle 3 Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen | 14 |
| Tabelle 4 Entwicklung mobile Betreuung und Hilfe | 15 |
| Tabelle 5 Entwicklung Hauskrankenpflege | 16 |
| Tabelle 6 Entwicklung Alten u. Pflegeheimplätze..... | 17 |
| Tabelle 7 Bedarfsermittlung für betreubares Wohnen..... | 17 |
| Tabelle 8 Regionale Versorgungsquoten Schnitt 2001-2004..... | 67 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---|
| APH | Alten- und Pflegeheim |
| ART. | Artikel |
| BGBL | Bundesgesetzblatt |
| BMGF | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen |
| CMC | Case Management Coaching |
| HKP | Hauskrankenpflege |
| IAP | Integrierte Altenpflege |
| KBP | Koordination für Betreuung und Pflege |
| M·A·S | Morbus Alzheimer Syndrom |
| MBH | Mobile Betreuung und Hilfe |
| Mio | Millionen |
| MoHi | Mobiler Hilfsdienst |
| NPO | Non Profit Organisation |
| ÖGCC | Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management |
| OÖ | oberösterreichisch |
| SHV | Sozialhilfeverband |
| SMB | Sozialmedizinischer Betreuungsring |
| WHO | World Health Organization |

1. Einleitung

Die demographische Entwicklung zeigt, dass der Anteil älterer Menschen zunehmen wird. Die früher häufig aus räumlicher und finanzieller Notwendigkeit entstandenen Großfamilien gibt es heute kaum mehr. Dieser Entwicklung alleine durch vermehrten Ausbau von Alten- und Pflegeheimen zu begegnen, liegt oft nicht im Sinne der alten und pflegebedürftigen Menschen. Es ist also opportun, sich nach anderen Wohn- und Pflegeformen umzusehen. Dabei bin ich auf das Modell der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch gestoßen. Die Idee, die alten Menschen so gut es geht an ihrem Älter werden mitwirken zu lassen und zugleich den Angehörigen die Sicherheit zu geben, in Krisensituationen nicht allein gelassen zu werden, ist sehr interessant und zukunftsweisend.

Besondere Aufmerksamkeit gilt auch der Entwicklung, dass sich in den nächsten Jahrzehnten der Anteil der kinderlosen Alten vervielfachen wird. Generell werden nicht-familiäre Unterstützungsbeziehungen an Bedeutung gewinnen.¹

Mit den sozialpolitischen Regelungen, den bildungs- und arbeitsmarktpolitisch gesteuerten Erwerbchancen sowie den Effekten familienpolitischer Maßnahmen von heute wird auf die Erwerbs- und Familienchancen von Frauen und Männern Einfluss genommen und damit auch schon auf die Gestaltung des Alters der heutigen Jugendlichen. Die Gestaltung des Älter werden beschränkt sich nicht allein auf die jeweilig zeitgenössische Renten- und Sozialpolitik, sondern beginnt schon viel früher mit der Gestaltung der Lebensläufe von morgen, und dafür tragen wir heute die Verantwortung. Die für eine Generation üblichen Lebensläufe mit ihren spezifischen Belastungen, finanziellen Ressourcen und Formen von sozialen und familiären Netzen bestimmen die Situation des Alters.²

Die arbeitszeitintensiven Care-Tätigkeiten lassen sich nicht in dem Maße rationalisieren wie dies bei der Güterproduktion möglich ist. Die geringeren

¹ Vgl. Buchen/Maier (2008), 11.

² Vgl. Helfferich (2008), 32f.

Produktivitätsfortschritte verteuern Care Work gegenüber dem Produktionssektor.³

1.1 Problemstellung

Gerade in wirtschaftlich angespannten Zeiten kommt der Sozialen Sicherheit eine erhöhte Aufmerksamkeit und besondere Bedeutung zu. Die Systeme der Sozialen Sicherheit unterliegen einer kritischen Betrachtung. Von den geschützten Personen wird zwar zunehmend Eigenverantwortung und Mitbeteiligung eingefordert, im Krisenfall soll sich aber jeder darauf verlassen können, von der Solidaritätsgemeinschaft aufgefangen zu werden, wenn die Selbsthilfe nicht mehr möglich ist. Besonders wichtig ist, dass der Staat die erforderlichen Rahmenbedingungen schafft, dabei aber in der Umsetzung und Durchführung nicht zu dominant eingreift. Den Betroffenen soll vielmehr Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden.

Mit dem deutlichen Rückgang in der durchschnittlichen Kinderzahl und der höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen nehmen familiäre Unterstützungsmöglichkeiten ab, die zukünftig anderweitig abgedeckt werden müssen.⁴

Gleichzeitig schafften wir Menschen es, immer älter zu werden. Im Jahre 2006 lag die Lebenserwartung bei der Geburt für österreichische Männer bei 77,1 Jahren und für Frauen bei 82,6 Jahren. Auch im höheren Alter beruhte der Anstieg der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten in erster Linie auf einem Zugewinn subjektiv gesunder Lebensjahre: Für einen 65-jährigen Mann lag die Lebenserwartung im Jahre 2006 bei 17,2 Jahren, davon 51% in subjektiv guter Gesundheit. Im Jahr 1978 waren es erst 12,5 Jahre, davon nur 33% in subjektiv guter Gesundheit, gewesen. Für Frauen erhöhte sich von 1978 bis 2006 die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren von 15,9 auf 20,5 Jahre, der Anteil der subjektiv gesunden Jahre stieg dabei von 23% auf 44%. Einschränkend ist zu diesen Ergebnissen für

³ Vgl. Winkler (2008), 51.

⁴ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 396.

ältere Menschen anzumerken, dass die Befragungsdaten nur Personen in Privathaushalten umfassen.⁵

Hochbetagte Menschen im Alter von 85 Jahren und mehr gelten als besonders pflegebedürftige Gruppe.⁶ Für das Bundesland Oberösterreich wird ein Anwachsen dieser Personengruppe bis zum Jahre 2030 auf etwa 47.000 prognostiziert. Bis zum Jahre 2040 wird sich diese Personengruppe sogar verdreifachen, sodass im Jahre 2040 etwa 62.300 Menschen mit einem Alter von 84 Jahren und mehr in Oberösterreich leben werden.⁷ Diese Entwicklung wird die Sozial- und Gesundheitspolitik vor enorme Herausforderungen stellen. In diesem Zusammenhang wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Zahl der betreuungsbedürftigen Menschen nicht im selben Ausmaß zunehmen wird, wie es die demographische Entwicklung erwarten lässt.⁸ Aufgrund der Zunahme der Gesundheitslebenserwartung wird der demographische Effekt gedämpft.

Es ist aber nicht nur die demografische Entwicklung, sondern hauptsächlich ein sich veränderndes Krankheitsbild, das besondere Anforderungen an das zukünftige Pflege- und Betreuungssystem alter Menschen stellt. Die WHO bezeichnet chronische Erkrankungen als die Herausforderung des 21. Jahrhunderts.⁹ Das bestehende System ist aufgrund mangelnder Effektivität und Effizienz nicht geeignet, auf die bevorstehenden Bedarfe adäquat zu reagieren. Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit der Probleme chronisch Kranker bedarf es an den Versorgungsübergängen eines hohen Maßes an Kooperation und Koordination, um eine ausreichende Betreuung gewährleisten zu können.¹⁰ Individuell abgestimmte Versorgungspakete müssen sich ständig an neue Entwicklungen orientieren und werden somit zu einer Daueraufgabe.

⁵ Vgl. Statistik Austria

⁶ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 9.

⁷ Vgl. Schöfecker (2006) 20.

⁸ Vgl. Amt der OÖ. Landesregierung (2007) 7.

⁹ Vgl. Füsgen (2007) 3300.

¹⁰ Vgl. Schaeffer (2000) 22.

Die Zuständigkeit für die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen liegt je nach notwendiger Leistung entweder beim Gesundheitswesen oder beim Sozialwesen.¹¹ Im Bereich der Pflege- und Betreuungsberufe gibt es in Österreich eine breite Palette von gesetzlich geregelten Berufsbildern. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz regelt die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und die betreuungsrelevanten Berufsbilder wie Medizinisch Technische Dienste.¹² Während diese Berufsgruppen bundesgesetzlichen Vorschriften unterliegen, fällt die Regelung der Sozialbetreuungsberufe in die Kompetenz der Bundesländer.

Es sind aber nicht nur die fachlichen Zuständigkeiten streng segmentiert, auch die Finanzierung ist zweigeteilt. Die Leistungen im Gesundheitswesen werden im Wesentlichen durch die Sozialversicherung getragen, das Sozialwesen wird vorwiegend durch Länder und Gemeinden finanziert. Dies fördert das Hin- und Herschieben von Patienten zwischen den beiden Finanzierungssystemen wie beispielsweise den Spitälern und Pflegeheimen, weil die Behandlungskosten in Krankenanstalten primär die Sozialversicherungen belasten, während die Betreuung und Pflege in Alten- und Pflegeheimen vorwiegend zu Lasten der Gemeinden und Länder geht.¹³

Alter ist keine Krankheit, das Alter zeigt aber eine verstärkte Beziehung zur Krankheit, denn eine verringerte Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des älteren Organismus erhöht das Erkrankungsrisiko. Senioren leiden meist nicht nur an einer Krankheit, sondern an mehreren Krankheiten gleichzeitig.

Eine situationsgerechte Versorgung und Unterbringung älterer Menschen mit Unterstützungsbedarf ist aus gesundheitsökonomischer Sicht dringend notwendig.¹⁴ Die Inanspruchnahme von Akutbetten im Krankenhaus, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit besteht, stellt eine teure Fehlallokation von Ressourcen dar. Eine Unterbringung eines Rehabilitations- oder Pflegeheim-

¹¹ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 11.

¹² Vgl. Abschlussbericht Arbeitskreis „Zukunft denken“ (2006) 13.

¹³ Vgl. Hartinger (2005) 304.

¹⁴ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 134.

patienten in einem Akutkrankenhaus verursacht unnötig hohe Kosten.¹⁵ Ein Bett im Krankenhaus kostet vier- bis fünfmal mehr als in einem Alten- und Pflegeheim. Eine rechtzeitige Verlagerung klassischer Pflegeleistungen aus dem Spitalsbereich in Nachsorgeeinrichtungen ist ökonomisch sinnvoll. Verkürzte Krankenhausaufenthalte setzen jedoch die rasche Verfügbarkeit von Anschlussplätzen im Bereich der Kurzzeitpflege, Langzeitpflege, Rehabilitation oder auch bei mobilen Diensten voraus.¹⁶ Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen können jedoch die von den Sozialhilfeverbänden geführten Langzeitpflegeeinrichtungen nicht finanziert werden.¹⁷ Diese Problematik wird an Schärfe zunehmen, da die Finanzierungslücke von Jahr zu Jahr größer wird. Das Land Oberösterreich versucht dieser Entwicklung entgegenzuwirken und hat erstmals im Sozialhilfegesetz 1998 das strategische Ziel „mobil vor stationär“ festgelegt.¹⁸ Durch den Ausbau mobiler Hilfe und der Hauskrankenpflege stiegen die Ausgaben seit 1998 beinahe auf das Dreifache. Im Sozialbudget des Landes Oberösterreich bzw. beim OÖ. Gesundheitsfonds betragen die Finanzierungsbeiträge im Jahre 2008 rd. € 31,1 Mio. Mit einem weiteren Ausbau entsprechend dem Bedarfsentwicklungsplan 2006 ist für das Jahr 2015 mit Ausgaben in Höhe von rd. € 53,2 Mio (+ 71%) zu rechnen.

Schließlich sind auch noch die rechtlichen Zuständigkeiten auf Bund, Länder und Gemeinden verteilt.¹⁹

Integrierte Versorgung ist ein zentrales Thema in der Altenbetreuung, weil besonders bei der Versorgung von älteren Menschen mit Betreuungsbedarf ein Wechsel zwischen den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems häufig notwendig ist. Wechsel zwischen Wohnung, Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim bzw. Rehabilitationsklinik stellen für die Betroffenen nicht nur aus gesundheitlicher, sondern auch aus psychologischer Sicht kritische Phasen dar, insbesondere wenn damit dauerhafte Verände-

¹⁵ Vgl. Laimböck 2002, 137f.

¹⁶ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 141.

¹⁷ Vgl. Laimböck 2002, 137f.

¹⁸ Vgl. Oberösterreichischer Landesrechnungshof, (2010) 1f

¹⁹ Vgl. BMGF (2005) 79.

rungen der Lebenssituation verbunden sind, wie beispielsweise der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim.²⁰

Überleitungspflege, Sozialberatungsstellen und Case Management wurden von unterschiedlichen Stellen eingerichtet und haben unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit. Wenn keine Nahtstellenvereinbarungen darüber getroffen werden, wann welcher Koordinator einzubinden ist, besteht die Gefahr, dass sich Parallelstrukturen etablieren.²¹

Probleme gibt es genug, über sie ständig zu klagen, löst aber nichts. Es gilt vielmehr, das Augenmerk konsequent auf neue Lösungen zu legen. Nur wer mit dem „Solution-Fokus“ und der festen Überzeugung „es geht“ arbeitet, vermag auch tatsächlich Lösungen zu kreieren.²²

1.2 Ziel/Forschungsfrage

Themen wie „Betreubares Wohnen, Überleitungspflege, mobil vor stationär, Case Management und Koordination für Betreuung und Pflege“ zeigen uns, dass das Land Oberösterreich als Träger sozialer Hilfe bemüht ist, diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden. Andererseits sind dies genau jene Themen, die in der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch seit nunmehr 18 Jahren in der Praxis erprobt werden. Im Sinne von Benchmarking ist es daher sehr interessant, dieses Modell genau zu studieren und nach Erfahrungen und Praktiken Ausschau zu halten, die auch im Sozialhilfeverband Freistadt als regionaler Träger sozialer Hilfe zu Verbesserungen in den Betreuungsprozessen führen können.

Die Diskussion um die Finanzierung des Pflegesystems ist politisch und läuft in der breiten Öffentlichkeit. Es geht aber auch um die Antworten auf alle zentralen Fragen des Lebens und Wohnens im Alter mit seinen besonderen Anforderungen. Bürgerengagement ist keine kostensparende Alternative zu

²⁰ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 7.

²¹ Vgl. Modulbericht [F]: Experten/Expertinnen 2008 MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 81.

²² Vgl. Brandl (2010) 10.

hauptsächlich geleisteten Diensten, sondern ein tragender Pfeiler unserer Gesellschaft. Bürgerengagement heißt, für das verantwortlich zu sein was man tut. In dem Augenblick, in dem man für etwas bezahlt wird, neigt man dazu, gerade nur mehr das zu machen, wofür man auch bezahlt wird. Darüber hinaus steht der Dienst am Nächsten, das bürgerschaftliche Engagement. Hier geht es vor allem um Leidenschaft, Nächstenliebe und Wertschätzung. Diese Arbeit soll Hinweise darauf geben, wie die demografische Entwicklung als Chance für verstärkte ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich Altenbetreuung genutzt werden kann. Es sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie man das sinkende familiäre Unterstützungspotenzial (sinkende Kinderzahlen, vermehrte Berufstätigkeiten) durch das Engagement älterer Ehrenamtlicher kompensieren kann.²³

Weiters wird auch der Frage nachgegangen, wie durch koordinierten Einsatz des Sozialkapitals die Lebensqualität im Alter bestmöglich erhalten werden kann und welcher gesellschaftliche und finanzielle Nutzen damit verbunden ist. Entscheidend dafür ist die Antwort auf die Frage, wie die, im ländlich strukturierten Gebiet des Sozialhilfeverbandes Freistadt, bei vielen Bewohnern noch vorhandene emotionale Energie und Wirkungskraft im Erleben anderer Menschen, im Bereich der Altenpflege genutzt werden kann.

Von einer Krankheit sind immer auch die Mitglieder der Familie betroffen, unabhängig davon, ob sie als pflegende Angehörige tätig sind oder nicht. Bei allen Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen soll daher das gesamte Familiensystem im Mittelpunkt stehen. Dem teilstationären und häuslichen Bereich in der Pflege muss besondere Bedeutung beigemessen werden. Die Versorgungskette ist derzeit überdimensional auf den stationären Sektor ausgerichtet, obwohl der Großteil der pflegebedürftigen Menschen von Angehörigen betreut wird. Der Aufbau einer Case-Management-Infrastruktur in der IAP-Ludesch ermöglicht eine systematische Begleitung der Klientinnen und ihrer Angehörigen bei den jeweiligen Pflege- und Betreuungsprozessen. Es zeigt schon von großer fachlicher, sozialer und wirtschaftlicher Kompetenz, wie bürgernah und prozessorientiert das Case-Management in der IAP Ludesch

²³ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 396.

arbeitet. Hier gibt es bereits Erfahrungen, die bei der Schaffung von Stellen für die Koordination von Betreuung und Pflege genutzt werden können.²⁴

Die Installation einer Koordination für Betreuung und Pflege im Bereich der regionalen Träger sozialer Hilfe ist in Oberösterreich ein hoch aktuelles Thema. In dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Veränderungen und Maßnahmen im Sozialhilfeverband Freistadt notwendig wären, um die alten Menschen und ihre nächsten Angehörigen ebenfalls durch ein so effektiv agierendes Case-Management unterstützen zu können.

Der Großteil der Menschen wollen auch im Alter und bei Krankheit bis zu ihrem Tod zu Hause unterstützt und gepflegt werden. Gerade bei der Pflege und Versorgung im häuslichen Bereich und bei der Qualifizierung der Pflegepersonen besteht in Österreich ein Nachholbedarf. Dieser Zielgruppe schenkt die „Integrierte Altenpflege“ Ludesch besondere Aufmerksamkeit. Es ist daher spannend, die aus der Praxis gewonnen Erkenntnisse zu erforschen und auf die Übertragbarkeit auf den Sozialhilfeverband Freistadt zu überprüfen.

Ziel dieser Arbeit ist es auch, mit der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch ein Pflegesystem aufzuzeigen, das primär den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegenden entspricht, die pflegenden Angehörigen sowohl durch fachliche Anleitungen als auch durch operative Tätigkeiten in der Art unterstützt, sodass für viele eine Pflege zu Hause möglich wird und das Sozialprestige der pflegenden Angehörigen und der freiwilligen Sozialdienste deutlich aufwertet.

Diese Arbeit soll eine umfassende Antwort auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen das Modell der IAP Ludesch auch im SHV Freistadt angewendet werden kann, geben. Dabei wird besonders auf Aspekte wie neue Krankheitsbilder, die generelle Einstellung zum Begriff „Alter“, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zur Koordination von Schnittstellen in den derzeitigen Systemen, der Personalsituation und dem Engagement von Ehrenamtlichen, dem speziellen Instrument des Case-Management in der Altenbetreuung und Pflege, struktureller und finanzieller Erfordernisse, bis hin zur Schaffung menschenfreundlicher Wohnumwelten eingegangen.

²⁴ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 18ff.

2. Der Sozialhilfeverband Freistadt

In Oberösterreich wird die soziale Hilfe vom Land Oberösterreich, den Sozialhilfeverbänden und den Städten mit eigenem Statut getragen.²⁵ Den Sozialhilfeverbänden ist ein breites Tätigkeitsfeld zugeordnet. Der Sozialhilfeverband Freistadt erbringt zum Teil Leistungen selbst, zum anderen Teil ist er nur für deren Organisation verantwortlich.²⁶

2.1 Organisation

Alle Gemeinden eines politischen Bezirks sind zu einem Sozialhilfeverband zusammengeschlossen. Die Organe des Sozialhilfeverbandes sind:²⁷

- die Verbandsversammlung
- der Verbandsvorstand
- der Obmann
- der Prüfungsausschuss

2.2 Aufgaben

Aufgabe sozialer Hilfe ist die Ermöglichung und Sicherstellung eines menschenwürdigen Lebens für jene, die dazu der Hilfe der Gemeinschaft bedürfen. Durch soziale Hilfe sollen²⁸

- soziale Notlagen vermieden werden (präventive Hilfe);
- Personen befähigt werden, soziale Notlagen aus eigener Kraft abzuwenden und dauerhaft zu überwinden (Hilfe zur Selbsthilfe);
- die notwendigen Bedürfnisse von Personen, die sich in sozialen Notlagen befinden, gedeckt werden (Hilfe zur Bedarfsdeckung).

²⁵ OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 29.

²⁶ Vgl. Amt der OÖ. Landesregierung (2009) 7.

²⁷ OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 32

²⁸ OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 1.

2.3 Infrastruktur

Die Pflege und Betreuung alter und kranker Menschen passiert zum größten Teil in den Familien durch pflegende Angehörige. Darüber hinaus gibt es im Sozialhilfverband Freistadt eine Vielzahl von Einrichtungen, die sich mit diesem Thema professionell beschäftigen.

2.3.1 Alten- und Pflegeheime

Alten- und Pflegeheime sind stationäre Einrichtungen, in denen Personen vorwiegend auf Grund ihrer altersbedingten Betreuungs- und Hilfebedürftigkeit Unterkunft, Verpflegung und die erforderliche Betreuung und Hilfe erhalten.²⁹ Im Bezirk Freistadt gibt es 6 Alten- und Pflegeheime:

| Einrichtung | Betreiber | Langzeitplätze | Kurzzeitplätze | Tagesbetreuung |
|--|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Bezirksseniorenheim Freistadt | SHV Freistadt | 110 | | |
| Bezirksseniorenheim Lasberg | SHV Freistadt | 72 | 6 | 2 |
| Bezirksseniorenheim Pregarten | SHV Freistadt | 77 | 5 | |
| Bezirksseniorenheim Unterweißenbach | SHV Freistadt | 70 | 5 | |
| Landespflege- u. Betreuungszentrum. Schloss Haus, Wartberg | Land Oberösterreich | 164 | | |
| Seniorenwohnheim St. Elisabeth in Rainbach | Franziskanerinnen von Vöcklabruck | 83 | | |

Tabelle 1 Alten- und Pflegeheimplätze im Bezirk Freistadt³⁰

²⁹ OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 63

³⁰ Daten entnommen aus www.altenheime.org. Stand 14.2.2010; www.seniorenheim-rainbach.at Stand 14.2.2010

2.3.2 Krankenhäuser

Das Landeskrankenhaus Freistadt ist das einzige Krankenhaus im Wirkungsbereich des Sozialhilfeverbandes Freistadt. Von den 9343 Patienten im Jahre 2008 waren immerhin 43 Prozent 66 Jahre und älter.³¹

Im Landeskrankenhaus Freistadt ist auch die Überleitungspflege angesiedelt. Sie ist allerdings nur dann in den Ablauf eingebunden, wenn sie von der Station Patienten zugewiesen bekommt, andernfalls wird kein Entlassungsmanagement durchgeführt.³²

2.3.3 Sozialberatungsstellen

Zur Erleichterung des Zugangs zu sozialer Hilfe sowie zur besseren Erfassung drohender und bestehender sozialer Notlagen wurden von den Sozialhilfeverbänden Sozialberatungsstellen eingerichtet.³³

Der Sozialhilfeverband Freistadt hat sich in drei Sozialsprengel aufgeteilt. In jedem Sozialsprengel gibt es eine solche Beratungsstelle, diese sind in den Gemeinden Freistadt, Pregarten und Unterweißbach angesiedelt. Sie geben individuelle, neutrale und vertrauliche Informations- und Orientierungshilfe bei sozialen Problemstellungen. In der Praxis nimmt die Beratung zu den Themen Pflege und Betreuung ca. ein Drittel der Tätigkeit ein.³⁴ Die Beratungsstelle gibt auch Unterstützung bei der Antragstellung um Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim, bzw. bei der Organisation Mobiler Dienste. Bei einer schriftlichen Befragung der im Heim tätigen Pflegefachkräfte erreichten die Sozialberatungsstellen in der Rangliste der wichtigen Partner nur den

³¹ Vgl. Landeskrankenhaus Freistadt (2008) o.A.

³² Vgl. Modulbericht [B 4] Entlassungsmanagement KH 2008 CH. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 76.

³³ Vgl. OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 31

³⁴ Vgl. Amt der OÖ. Landesregierung (2008) 20.

vorletzten Platz.³⁵ Offensichtlich besteht wenig direkte Kommunikation zwischen diesen Stellen.

2.3.4 Sozialmedizinische Betreuungsringe

Der Sozialhilfeverband hat seinen räumlichen Wirkungsbereich in 6 Sozialmedizinische Betreuungsringe gegliedert. Damit soll eine flächendeckende, koordinierte und bedarfsorientierte Versorgung mit sozialen Diensten gewährleistet werden. Zu den Aufgaben der SMB`s zählen vor allem Nachbarschaftshilfe, Essen auf Rädern und Führung eines Heilbehelfsdepots (Pflegetbetten, Rollstühle, Badewannenlift udgl.). Die SMB`s finanzieren sich im Wesentlichen aus Mitgliedsbeiträgen und Kostenbeiträgen der Klienten.

Die 27 Gemeinden des Bezirks sind wie folgt zusammengefasst:

- SMB Gutau, Hirschbach, Kefermarkt, Lasberg, Neumarkt, St.Oswald, Waldburg
- SMB Grünbach, Windhaag, Leopoldschlag, Rainbach, Sandl
- SMB, Region Mühlviertler Alm (Königswiesen, Unterweißenbach, Liebenau, Pierbach, Kaltenberg, St. Leonhard, Weitersfelden)
- SMB Schönau, Tragwein, Bad Zell
- SMB Pregarten, Hagenberg, Unterweikersdorf, Wartberg
- SMB Heimhilfe Freistadt

Diese, auf Vereinsbasis organisierten SMB`s sind aus förderungstechnischen Gründen zu einem bezirksweiten SMB zusammengefasst, der die Heimhilfe im gesamten Bereich des Sozialhilfeverbandes Freistadt durchführt.

2.3.5 Hauskrankenpflege

Die Hauskrankenpflege wird im gesamten Bezirk Freistadt vom Österreichischen Roten Kreuz durchgeführt. Zum Aufgabenbereich gehören die fachli-

³⁵ Vgl. Modulbericht [A4]: Pflege APH (2008) MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 69f.

che Pflege von Patienten bei Erkrankungen aller Art und in jedem Lebensalter. Als Pfleger kommen diplomierte Professionisten zum Einsatz, die Arzneimittel verabreichen, Verbände anlegen und wechseln, Katheter setzen, Injektionen verabreichen, Körperpflege durchführen und vieles mehr.³⁶

2.3.6 Mobile Altenfachbetreuung

Die Mobile Altenfachbetreuung (Begleitung oder Übernahme der Körperpflege, Zubereitung und Verabreichung von Mahlzeiten, Spaziergehen,...) wird vom Österreichischen Roten Kreuz, der Caritas und der Volkshilfe übernommen. Die Aufteilung erfolgt in der Weise, dass im Sozialsprengel Freistadt die Aufgaben von der Volkshilfe, im Sozialsprengel Pregarten von der Caritas und im Sozialsprengel Unterweißenbach vom Österreichischen Roten Kreuz durchgeführt werden.

2.3.7 Sonstige Einrichtungen

Pro Mente Oberösterreich bietet eine kostenlose Beratung bei psychischen Problemen in den Gemeinden Freistadt und Bad Zell an.

Alzheimer-Betroffene und deren Angehörige können sich wertvolle Informationen und hilfreiche Konzepte bei der M.A.S. Demenzservicestelle in Pregarten holen.

Personen, welche sich trotz ihrer psychosozialen Benachteiligungen am „ersten“ Arbeitsmarkt qualifizieren möchten, finden beim Verein Immanuel Unterstützung.

³⁶ Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, Broschüre Hauskrankenpflege

2.4 Bedarfsplanung

Bei der Ermittlung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen im mobilen und stationären Bereich bilden die zahlenmäßige Entwicklung und Struktur der älteren Bevölkerung die wesentlichste Grundlage.³⁷ Im Sozialhilfeverband Freistadt nimmt die Entwicklung der Anzahl von 80jährigen und älteren Menschen in den Jahren 2004 bis 2030 folgenden Verlauf:

| Jahr | 2004 | 2006 | 2010 | 2015 | 2020 | 2030 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Personen | 2.138 | 2.300 | 2.684 | 2.960 | 3.526 | 4.382 |

Tabelle 2 Zahlenmäßige Entwicklung der 80jährigen und älteren Menschen³⁸

Auf Basis vom Jahr 2004 wird sich die Zahl der 80jährigen und älteren Menschen bis zum Jahr 2015 um 38,5% und bis zum Jahr 2030 gar um 105,0% erhöhen.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigen zeigt im gleichen Zeitabschnitt folgendes Bild:

| Jahr | 2004 | 2006 | 2010 | 2015 | 2020 | 2030 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pflegebedürftige | 3.297 | 3.406 | 3.629 | 3.900 | 4.173 | 5.015 |

Tabelle 3 Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen

Die prozentmäßige Erhöhung beträgt auf Basis 2004 bis zum Jahr 2015 18,3% und bis zum Jahre 2030 52,1%.

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan 2006 geht davon aus, dass bis zum Jahre 2020 rd. 53,2% aller pflege- und betreuungsbedürftigen Personen mit Angeboten der oberösterreichischen Altenhilfestrukturen versorgt werden, wobei 36,2% davon auf den mobilen Bereich entfallen werden.³⁹

³⁷ Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007a) 4.

³⁸ Daten entnommen aus: Amt der öö. Landesregierung (2007a) 7.

³⁹ Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007a) 18.

2.4.1 Bedarfsermittlung für mobile Betreuung und Hilfe

Bei der Bedarfsermittlung für mobile Betreuung und Hilfe wird von einem Nachlassen des familiären Netzwerkes, einer stärkeren Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Zunahme der Zahl der Einpersonenhaushalte von Seniorinnen ausgegangen. Der Versorgungsgrad der Pflegebedürftigen wird daher im Landesdurchschnitt von 17,2% auf 22,2% angehoben, dabei sollen die regionalen Versorgungsquoten bis zum Jahr 2020 an den Oberösterreich-Schnitt angepasst werden. Jedem Klienten wird ein rein rechnerischer Durchschnittswert für Pflege und Betreuung von 8,0 Stunden pro Monat zugestanden. Die Einsatzzeit wird im Verhältnis 2:1 zwischen Altenfachbetreuerinnen und Heimhilfen aufgeteilt.⁴⁰

Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der mobilen Betreuung und Entwicklung im Sozialhilfeverband Freistadt:

| Jahr | Bedarf an Einsatzstunden | Klienten | Vollzeitäquivalente |
|------|--------------------------|----------|---------------------|
| 2006 | 44.567 | 477 | 34,0 |
| 2010 | 54.922 | 581 | 41,9 |
| 2015 | 67.392 | 702 | 51,4 |

Tabelle 4 Entwicklung mobile Betreuung und Hilfe⁴¹

Ein Vollzeitäquivalent entspricht einer Mitarbeiterin mit 1.312 Stunden jährlicher Nettoarbeitszeit.

2.4.2 Bedarfsermittlung für Hauskrankenpflege

Laut derzeitigem Bedarfs- und Entwicklungsplan werden oberösterreichweit 11,6% der Pflegebedürftigen durch Mitarbeiterinnen der Hauskrankenpflege

⁴⁰ Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007) 13.

⁴¹ Daten entnommen aus: Amt der öö. Landesregierung (2007) 13.

versorgt. Der künftige Bedarf erfordert dieses Pflegeangebot bis zum Jahre 2020 auf 14% auszubauen.⁴²

Für den Sozialhilfeverband Freistadt ergibt die Bedarfsermittlung für die Hauskrankenpflege folgendes Bild:

| Jahr | Bedarf an Einsatzstunden | Klienten | Vollzeitäquivalente |
|-------------|---------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 2006 | 19.469 | 450 | 16,6 |
| 2010 | 21.702 | 494 | 18,6 |
| 2015 | 24.470 | 546 | 20,9 |

Tabelle 5 Entwicklung Hauskrankenpflege⁴³

Bei der Ermittlung der Vollzeitäquivalente wurde einer Personaleinheit 1.170 Stunden Netto-Jahresarbeitszeit zugrunde gelegt. Unter verstärkter Berücksichtigung des Grundsatzes „mobil vor stationär“ wird jedem Klienten ein rein rechnerischer durchschnittlicher Betreuungsaufwand von 3,735 Stunden pro Monat zugestanden.

2.4.3 Bedarfsermittlung für Alten- und Pflegeheime

Oberösterreichweit werden 16,4% der Pflegebedürftigen in Alten- und Pflegeheimen versorgt. Diese Versorgungsquote soll bis zum Jahre 2020 nur sehr moderat auf 17% erhöht werden. Der Bedarfs- und Entwicklungsplan sieht vor, dass für je 100 über 79jährige Menschen 20,3 Heimplätze zur Verfügung stehen. Zusätzlich wird wie bisher ein 3%-Anteil von den Normplätzen als Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden.⁴⁴

Die Bedarfsermittlung an Langzeit- und Kurzzeitpflegebetten für den Sozialhilfeverband:

⁴² Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007) 14.

⁴³ Daten entnommen aus: Amt der öö. Landesregierung (2007) 15.

⁴⁴ Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007) 15.

| Jahr | Langzeitpflegebetten | Kurzzeitpflegebetten |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2006 | 412 | 12 |
| 2010 | 476 | 14 |
| 2015 | 550 | 17 |

Tabelle 6 Entwicklung Alten u. Pflegeheimplätze⁴⁵

2.4.4 Bedarfsermittlung für „Betreubares Wohnen“

„Betreubares Wohnen“ ist eine spezielle Wohnform, mit der als Zielgruppe die 70jährigen und älteren Menschen angesprochen werden sollen, die mit mangelhaftem, nicht altersgerechten Wohnstandard auskommen müssen. Sie ist auch für Menschen in dieser Altersgruppe mit körperlichen Beeinträchtigungen oder leichtem bis mittlerem Pflegebedarf gedacht. Analysen zeigen, dass etwa 3,0% der über 70jährigen Menschen einen Bedarf an betreubaren Wohnungen haben. Dies ergibt für den Sozialhilfeverband Freistadt folgende Bedarfsentwicklung:⁴⁶

| Jahr | Wohneinheiten |
|-------------|----------------------|
| 2006 | 150 |
| 2010 | 167 |
| 2015 | 177 |

Tabelle 7 Bedarfsermittlung für betreubares Wohnen⁴⁷

2.5 Finanzierung

Für Leistungen sozialer Hilfe in Form von persönlicher Hilfe haben Hilfebedürftige einen angemessenen Kostenbeitrag zu entrichten.⁴⁸ Die durch diese Kostenbeiträge oder Ersatzleistungen nicht gedeckten Kosten sind vom Land

⁴⁵ Daten entnommen aus Amt der öö. Landesregierung (2007) 15.

⁴⁶ Vgl. Amt der öö. Landesregierung (2007) 16f.

⁴⁷ Daten entnommen aus: Amt der öö. Landesregierung (2007) 17.

⁴⁸ Vgl. OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 9

Oberösterreich (60%) und den Sozialhilfeverbänden (40%) zu tragen. Die Selbstbehalte für die Klienten der mobilen Dienste sind sozial gestaffelt. Zu den Kosten für mobile Betreuung und Hilfe steuert das Land Oberösterreich 50% der Nettokosten bei, die Kosten für die Hauskrankenpflege werden zur Gänze vom OÖ. Gesundheitsfonds getragen.⁴⁹

Der Sozialhilfeverband erhält zum Personalaufwand für die Koordination für Betreuung und Pflege vom Land Oberösterreich im ersten Jahre eine Landessubvention in Höhe von 50% zuzüglich 25% Implementierungszuschlag. Im 2. Jahr beträgt die Landesförderung 50% der Personalkosten, ebenfalls unter der Voraussetzung, dass die Richtlinien für die Koordination für Betreuung und Pflege des Amtes der oö. Landesregierung eingehalten werden.⁵⁰

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan für das Land OÖ. sieht sowohl in der mobilen als auch im stationären Bereich einen steigenden Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen vor.⁵¹



Abbildung1 Gesamtkostenentwicklung für Oberösterreich⁵²

Szenario II geht davon aus, dass der Anteil der Selbstzahler dem Trend der vergangenen Jahre auch künftig sinkt.

⁴⁹ Vgl. OÖ. Sozialhilfegesetz (1998) § 40

⁵⁰ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2009) 11.

⁵¹ Vgl. Amt der oö. Landesregierung (2007) 5.

⁵² Abbildung entnommen aus: Amt der oö. Landesregierung (2007b),28.

Es ist daher wenig überraschend, dass auch die Zuschussentwicklung in den nächsten Jahren steigen wird.

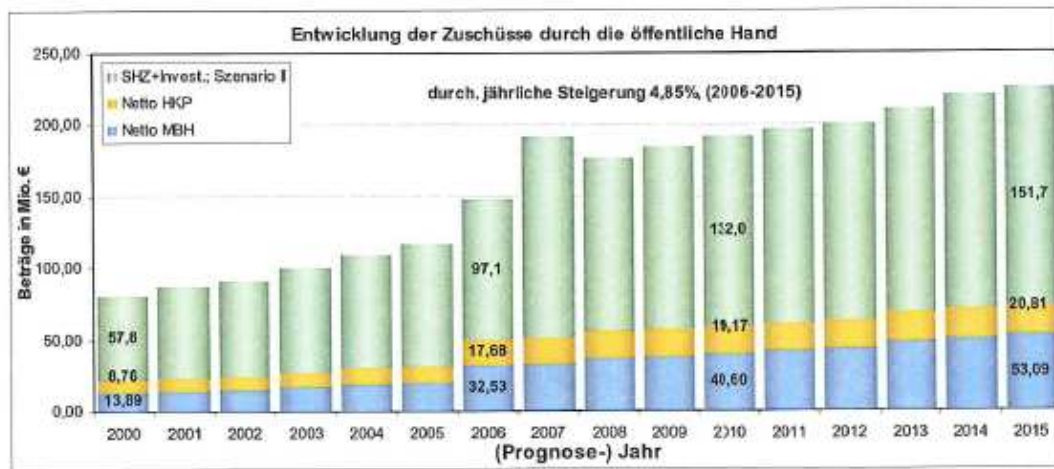


Abbildung 2 Zuschussentwicklung für Oberösterreich⁵³

Sozial gestaffelte Beitragsleistungen der Klienten bewirken, dass in strukturschwachen Sozialhilfeverbänden mit niedrigem Lohnniveau und daher auch niedrigen Pensionen zwangsläufig die öffentliche Hand öfter und mit höheren Beitragsleistungen zur Kasse gebeten wird als in prosperierenden Wirtschaftsräumen. Gemeinden mit schwachen wirtschaftlichen Strukturen leisten daher verhältnismäßig höhere Sozialbeiträge als Gemeinden in starken Wirtschaftsräumen.

⁵³ Abbildung entnommen aus: Amt der öö. Landesregierung (2007b),29.

3. Das Modell der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch

Neue Erkenntnisse helfen uns, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten. Wir Menschen möchten unsere Lebensentscheidungen auch im Alter noch selbst treffen und wünschen uns dazu echte Wahlmöglichkeiten mit Unterstützung und Sicherheit für die Herausforderungen des Lebens. Diese Entwicklung wurde in der Vorarlberger Gemeinde Ludesch besonders frühzeitig erkannt. Gemeinsam mit der gesamten Bevölkerung haben der damalige Bürgermeister Paul Ammann, der Gemeindegearzt Dr. Klaus Zitt und Herr Dieter Jenny versucht, Antworten auf die Fragen: „Was sind die geheimen Wünsche fürs Alter? Wie willst du gepflegt werden? Wie werdet ihr euren Lebensabend verbringen?“ zu finden. Als Antwort darauf wurde das Modell der integrierten Altenpflege Ludesch entwickelt.⁵⁴

Ich hatte die Möglichkeit, dieses Modell anlässlich persönlicher Gespräche mit Herrn Dr. Klaus Zitt am 6. und 7. August 2009 in Ludesch und am 21. Oktober 2009 in Bad Zell genau kennen zu lernen. Die einzelnen Gespräche dauerten jeweils mehrere Stunden, waren sehr informativ und wurden von Herrn Dr. Klaus Zitt in sehr offener und freundschaftlicher Weise geführt, wofür ich mich sehr herzlich bedanke.

Kurzbiographie Dr. Klaus Zitt⁵⁵

Dr. med. Klaus Zitt, geb. 1950, Arzt für Allgemein-, Arbeits- und Sportmedizin, sowie für Geriatrie, für psychosoziale und psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit kurzem auch Wirtschaftsmedizin. Seit 1980 als „Landarzt“ in eigener Praxis und als Gemeindegearzt im integrierten Alten- und Pflegezentrum Ludesch engagiert. Das integrierte Altenpflegemodell (IAP) wurde von Dr. Klaus Zitt mitentwickelt und aufgebaut, im Zentrum ist er zudem als systemischer Coach tätig. Er ist verheiratet und Vater von drei erwachsenen Kindern.

⁵⁴ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 6.8.2009

⁵⁵ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 6.8.2009

3.1 Ausgangssituation

Für die Gemeinde Ludesch ergab sich vor Gründung der IAP zunehmend die Notwendigkeit der Schaffung einer Altersversorgung. Das Konzept der Vorarlberger Landesregierung sah ein zentrales Großpflegeheim vor, welches den verstreuten regionalen Begebenheiten nicht dienlich gewesen wäre und bei der Bevölkerung kaum Akzeptanz fand. So entstand zu dieser Zeit die Idee und das Modell der integrierten Altenpflege (IAP).⁵⁶

Auslöser für das Projekt IAP Ludesch war eine Umfrage in der Bevölkerung aus der hervorging, dass 99% der Ludescher Bevölkerung im Alter in der gewohnten Umgebung, - wenn möglich im eigenen Haus- leben möchten.

Darüber hinaus verlangt aber auch die Entwicklung der Alterspyramide, - die Anzahl der Personen, die im Arbeitsprozess stehen wird ständig geringer, während die Zahl der Rentenbezieher und der pflegebedürftigen Mitmenschen stetig ansteigt,- nach anderen, neuen Formen der Altenbetreuung um die Finanzierbarkeit aufrecht zu erhalten. Pflegeheime müssen die Betreuung von immer mehr Menschen übernehmen, da die Zahl der alleinstehenden, alten und chronisch kranken Menschen steigt, der Verbund der Großfamilie nur noch selten anzutreffen ist und die Kinder und Enkelkinder durch die Ausübung ihres eigenen Berufs nicht in der Lage sind, Betreuungs- und Pflege-tätigkeiten zu übernehmen.

Die Gemeinde Ludesch hat daher in den Jahren 1988 bis 1994 ein Gesamtkonzept für die Altersversorgung entwickelt und mit dessen Umsetzung begonnen.

3.2 Zielsetzung

Die integrierte Altenpflege Ludesch hat das ehrgeizige und humane Ziel, den pflegebedürftigen älteren Menschen Wahlmöglichkeiten für ihre Betreuung, ihren Wohnplatz und ihren Tagesablauf zu ermöglichen. Daraus ergibt sich

⁵⁶ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 6.8.2009

die Notwendigkeit, möglichst viele betagte und pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Haus oder ihrer eigenen Wohnung zu betreuen. Besonderes Augenmerk gilt dabei den pflegenden Angehörigen und dem Betreuungspersonal. Die Herausforderung bestand darin, eine ganzheitliche und umfassende Altenpflege und Altenbetreuung mit effizienten und qualifizierten Angeboten zu entwickeln. Dabei soll das Leben in der gewohnten Umgebung für den älter werdenden Menschen auch dann möglich bleiben, wenn er einzelne Lebensbereiche nicht mehr selbständig abdecken kann (Hilfe zur Selbsthilfe).

Die Eigenverantwortlichkeit des alten Menschen selbst, dessen Angehörigen und der sozialen Umgebung (soziale Strukturen der Gemeinde, Ehrenamtliche usw.) soll gewahrt und unterstützt werden. Schließlich darf auch die betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Effizienz nicht außer Acht gelassen werden.

3.3. Strategie und Grundsätze

Alle Menschen in Ludesch, die sich nicht oder nur zum Teil selbst pflegen können bzw. medizinisch/therapeutische Pflege benötigen, sollen so lange wie möglich zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden.⁵⁷

Alle ambulanten und stationären Pflegedienste wurden vernetzt und werden von der IAP zentral gesteuert. Dadurch haben die pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen nur eine zentrale Ansprechstation, die sie unter Wahrung folgender Grundsätze bestmöglich betreut:

- Sicherung der Lebensqualität für die alten Menschen
- Wahrung und Unterstützung der Eigenverantwortlichkeit
- Umfassende Hilfen für die alten Menschen bei möglichst geringer Bevormundung
- Wahrnehmung und Beobachtung der Bedürfnisse aller Beteiligten

⁵⁷ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 6.8.2009

- Kooperation der verschiedenen Ebenen: Angehörige, ehrenamtliche Unterstützung, professionelle Dienste, stationäre, ambulante und teilstationäre Einrichtungen
- Effektive Organisations- und Finanzierungsstrukturen
- Transparenz und Dokumentation der Arbeit
- Entwicklungs- und bedarfsorientierte Vorgangsweise
- Organisatorische und fachliche Begleitung von außen

Der alte Mensch ist Experte seiner eigenen Lebenssituation und damit vollwertiger Partner bei seiner eigenen Betreuung. Der Wunsch nach Erhaltung und Wahrung von eigenständigen Bereichen, die Bedeutung des persönlichen Lebensraums und persönlicher Dinge sowie der Wunsch nach Kontaktaufnahme zur Verhinderung von Isolierung haben in der Arbeit der IAP einen hohen Stellenwert. Integration heißt Beachtung und Unterstützung der betagten Mitbürger bei der Eingliederung in das soziale Umfeld. Integration heißt aber auch, dass alle betreuenden und pflegerischen Maßnahmen sowie die entsprechenden Einrichtungen eingebunden sind.

3.4. Organisation und Aufgabenverteilung

Die IAP Ludesch dient als Dienstleistungs- und Organisationsplattform. Sie unterstützt die pflegenden Angehörigen und die alten Menschen mit flexiblen ambulanten und teilstationären Diensten. Die Vermeidung dauerstationärer Aufenthalte ist dabei eine wichtige Erfolgskomponente der Verantwortlichen. Für die Dienstleistung der IAP gelten vor allem folgende Qualitätsfaktoren:⁵⁸

- größtmögliche Selbstbestimmung der Patienten über die Betreuungsangebote
- Begleitung und Beratung der Angehörigen
- 24-Stunden Erreichbarkeit der Hauskrankenpflege über das IAP-Sozialzentrum
- direkte Vernetzung Hauskrankenpflege und mobile Hilfsdienste

⁵⁸ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 6.8.2009

- effektive und effiziente individuelle Betreuung durch die Überschaubarkeit des Systems
- nur ein Ansprechpartner für Belange der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen
- das IAP-Sozialzentrum ist die Zentrale für die Durchführung und/oder Koordination aller Betreuungsangebote
- gegenseitiges Respektieren der Leistungserbringer
- Wertschätzung durch regelmäßige interdisziplinäre Kommunikation
- gemeinsame Erarbeitung von Lösungsstrategien

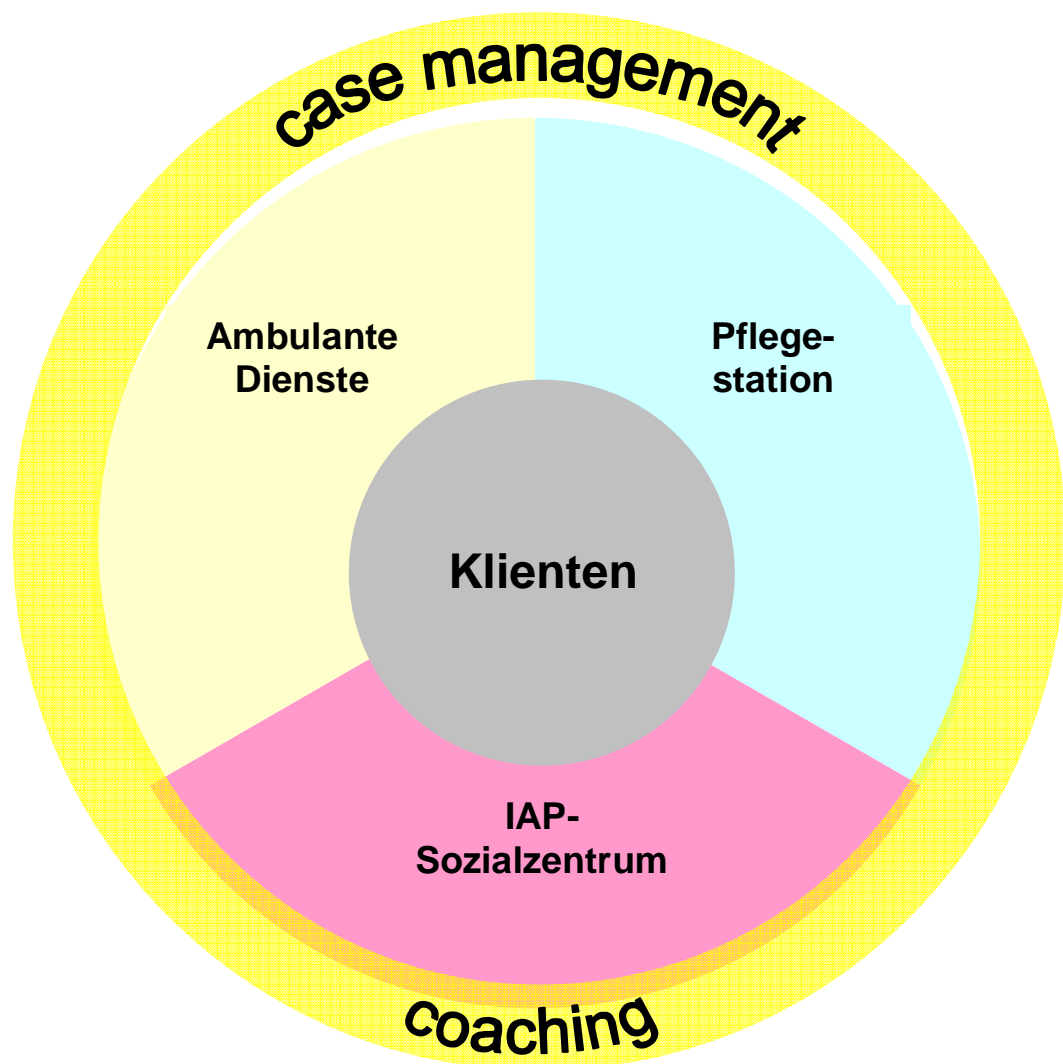


Abbildung 3 Organisationsaufbau des IAP⁵⁹

⁵⁹ Eigene Abbildung

Diese drei Bereiche übernehmen folgende Aufgaben:⁶⁰

3.4.1 Ambulante Dienste

- Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst
- Fahrdienst
- Supervision für pflegende Angehörige
- Essen auf Räder
- Leihbehelfe

Der Krankenpflegeverein Ludesch ist Kooperationspartner der IAP Ludesch und führt die Hauskrankenpflege durch. Die Mitarbeiterinnen des Krankenpflegevereins arbeiten auch auf der Kurzzeitpflegestation mit, umgekehrt arbeiten auch die Mitarbeiterinnen der IAP in der Hauskrankenpflege. Die Hauskrankenpflege verfügt über einen 24h-Bereitschaftsdienst. Die mobilen Haushaltshilfsdienste (MoHi) stehen der Hauskrankenpflege als wichtige Ergänzung zur Verfügung. Diese arbeiten eigenständig und kostendeckend. Eine gut funktionierende Kommunikation mit den Ärzten ist für den reibungslosen Übergang zwischen Krankenhaus und Wohnung Voraussetzung. Die Pflegearbeit wird durch 14-tägige Arzt-Schwestern-Besprechungen unterstützt, ebenfalls finden monatliche Besprechungen zwischen MoHi, Hauskrankenpflege und der Leitung, welche auch für die Sozialarbeit zuständig ist, statt. Die Zusammenarbeit mit der Hospizbewegung, ambulanten Rehabilitationsdiensten und der Sachwalterschaft sorgen für eine ganzheitliche Betreuung. Regelmäßige Angehörigengespräche (Arzt, Schwester, Sozialarbeiter) dienen dazu, den pflegenden Angehörigen bei der Planung und Organisation des Pflegealltags bzw. in schwierigen Situationen zu helfen. Zur Unterstützung dieser Dienstleistung wird auch Supervision für pflegende Angehörige angeboten. Darüber hinaus bietet die IAP auch Unterstützung der gesamten Bevölkerung von Ludesch in Pflegegeld- und Sozialhilfeangelegen-

⁶⁰ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009;
Zitt, persönliches Interview, Bad Zell 21.10.2009

heiten, gibt Beratung für menschengerechtes Bauen und organisiert Fortbildungsvorträge für pflegende Angehörige.

3.4.2 Pflegestation

Die Pflegestation besteht derzeit aus neun Pflegebetten für

- Kurzzeitpflege (=Übergangs- oder Urlaubspflege)
- Mittel- und Langzeitpflege
- Tagesbetreuung
- Tagespflege und
- Krisenintervention

Die Pflegestation ist Beratungs- und Koordinationsstelle für pflegende Angehörige aus der ganzen Region. Sie vermittelt Pflegekräfte und Familien für alleinstehende pflegebedürftige Personen, gibt Beratung bezüglich Hilfsmitteln, Seniorenalarm und alternativen Betreuungsmodellen und organisiert den Mittagstisch und Essen auf Räder. Damit diese alternativen Betreuungsmodelle funktionieren, sind Hausbesuche, Gespräche und die Koordination von Umbauten bzw. Sicherheitseinrichtungen nötig. Schließlich werden auch noch Seniorentanz, Feste und Feiern organisiert.

3.4.3 IAP Sozialzentrum

Im Sozialzentrum werden folgende Dienste angeboten:⁶¹

- Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle
- Mittagstisch und Essen auf Rädern
- Seniorenwohnungen
- Ambulantes Bad
- Physiotherapie-Praxis
- Gedächtnistraining
- Veranstaltungsräume

⁶¹ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

- Mütterberatung
- Seniorentanz

Das Leiterteam der IAP Ludesch ist im Gegensatz zu anderen Pflegeeinrichtungen nicht nur für das Management in der Pflegestation, sondern für die regionale Gesamtvernetzung verantwortlich.

Der Leiter des Sozialzentrums organisiert zugleich auch die mobilen Hilfsdienste, Essen auf Räder, Seniorenwohnungen, ist Koordinationsstelle zwischen den ambulanten und stationären Diensten (IAP und Hauskrankenpflege), leistet Sozialarbeit im Case-Management und kontrolliert die Haustechnik.

Die Pflegedienstleitung ist sowohl für den Pflegedienst im Sozialzentrum als auch in der Hauskrankenpflege verantwortlich. Sie vermittelt den pflegenden Angehörigen durch Beratung, Schulung und Begleitung im Verlauf der Betreuung die Befähigung für ihre Aufgaben. Sie sorgt für die Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Klienten und wirkt ebenfalls im Case-Management mit. Die Kurzzeitpflegestation entlastet die Angehörigen durch Urlaub von der Pflege. Durch die rasche Organisation einer Übergangspflege wird die Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern verkürzt und für den Aufbau der Pflege zu Hause Zeit gewonnen. Sie ist auch Kriseninterventionsstelle bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen, bei belastenden Familienstreitigkeiten oder akuter Erkrankung der Pflegeperson.

Der leitende Arzt führt eine Praxis für Allgemeinmedizin, hat die ärztliche Leitung für den ambulanten und stationären Bereich und führt die Angehörigengespräche (Case-Management-Coaching).

Arzt-Schwestern-Gespräche über die aktuell betreuten Klienten finden alle zwei Wochen statt, informelle Kontakte zwischen Krankenschwester und Arzt gibt es bei Bedarf. Arzt und Krankenschwester entscheiden gemeinsam die nötigen und passenden Schritte für die Betreuung (Patient und Angehörige werden nicht herumgeschickt).

Vierteljährlich gibt es eine Supervision für pflegende Angehörige. Die Hauskrankenpflege-Schwester verteilt die Einladungen persönlich.

Der Krankenpflegeverein ist direkter Vernetzungspartner zur Leistungserbringung mit voller Eigenständigkeit. Das Pflegepersonal des Krankenpflegevereins ist unverzichtbarer Bestandteil der IAP und in die professionelle Organisation operativ integriert.

Das Management in Form des interdisziplinären Leiterteams betreut 9 Kurzzeitpflegebetten mit rund 80 Aufnahmen und Entlassungen pro Jahr und ist für die klaglose Organisation und Betreuung von weiteren rund 75 ambulanten Pflegebetten sowie der dazugehörigen Servicedienste verantwortlich. In der Zwischenzeit haben sich weitere Betreuungsformen entwickelt, indem sich private Wohnungsvermieter bereit erklären, für einige Wochen pro Jahr pflegebedürftige Personen aufzunehmen und für sie unter Mitwirkung der IAP zu sorgen. Dies erhöht die Flexibilität ungemein, vor allem bei der Organisation von Kurzzeitpflegeplätzen wenn z.B. die pflegenden Angehörigen ihren Urlaub von der Pflege in Anspruch nehmen möchten. Gerade durch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen werden verborgene, oft nicht ausgesprochene Wünsche von jenen Menschen erfüllt, die in Bescheidenheit und Rücksichtnahme leben. Die klare und zielgerichtete Struktur der Organisation ermöglicht einen geringen Verwaltungsanteil und lässt alle Möglichkeiten der Betreuung und Pflege für ältere Menschen offen. (Wie willst du leben?).

Durch die gute Zusammenarbeit von ambulant und stationär, verbunden mit einer sehr einfühlsamen Art, auch den betreuten Menschen noch etwas zutrauen und sie zu fordern, ist alt, gebrechlich und pflegebedürftig zu werden, in Ludesch kein Tabu mehr. Durch die IAP bleiben die älteren Bürgerinnen und Bürger gesellschaftlich integriert.

3.5 Evaluierung

Die konsequente Verfolgung dieser Zielsetzungen hat nach 10 Jahren Vollbetrieb dazu geführt, dass die IAP Ludesch die einzige Einrichtung im Land Vorarlberg ist, welche die unbedingt erforderliche, wirkliche Vernetzung aller ambulanten und stationären Dienste erreicht hat. Dies hat dazu geführt, dass zum Zeitpunkt der Evaluierung im Jahre 2002 kein einziger Bewohner bzw. keine einzige Bewohnerin Ludesch verlassen musste, weil es keine geeignete Betreuung gab. Es musste niemand außerhalb von Ludesch gepflegt werden. Durch die IAP werden weniger Pflegeheimplätze benötigt als der Bettenbedarfsplan vorgab, weil der vorhandene Wohnraum weiter genutzt werden kann. Die Pflege daheim bewirkt zudem einen günstigeren Heilungsverlauf bei Erkrankungen, die Orientierung im Alltag bleibt, ebenso bleiben Erinnerungen aufrecht und die Trennung von Liebgewonnenem wird vermieden. 98 Prozent der Befragten möchten im Alter in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und den letzten Lebensabschnitt in den eigenen vier Wänden verbringen können. Dieser Wunsch wird durch die IAP erfüllt, jedes „Original“ wird mit all seinen Eigenheiten respektiert und in ihrer Freiheit so wenig wie möglich eingeschränkt.⁶²

Die IAP trägt wesentlich zur Verhinderung von Burn Out bei pflegenden Angehörigen bei, bietet Weiterbildungsmöglichkeiten für die Angehörigen in Hinblick auf die Befähigung zur Pflege und zeigt zugleich Perspektiven für das eigene Altwerden. Das Gefühl der Pflegeperson, dass sie nun etwas zurückgeben kann, was sie früher selbst einmal erhalten hat, steigert das Selbstbewusstsein, erfüllt sie mit Dankbarkeit und innerer Zufriedenheit und stärkt die intrinsische Motivation. Zugleich ist sie aber auch professionelle und flexible Stütze für jeden pflegenden Angehörigen und ein Frühwarnsystem bei Überforderung mit Helfersyndrom. Durch die gute Vernetzung führt sie zu einer Stärkung der Gruppe der Pflegenden und öffentlicher Anerkennung der Pflege, gleichzeitig nimmt die Angst der Pflegenden, mit der Pflege allein zu bleiben und sich zu überfordern, ab.

⁶² Zitt u.a. (2002),9.

Durch die Nutzung des Vorhandenen kommt es zu einem effizienten Umgang mit bestehendem Vermögen, Einsparungen für den Sozialfonds, den Spitalsfonds und die Krankenkassen. Auch die Gemeinden profitieren durch kürzere Spitalsaufenthalte, weil in Vorarlberg die Beitragsleistungen der Gemeinden nach Verpflegstagen ihrer Bewohner aufgeteilt werden. Gleichzeitig werden Arbeitsplätze in einer ländlichen Region geschaffen.

3.5.1 Stärken

Alle Dienste sind unter einer Organisationseinheit zusammengefasst. Es gibt nur einen Ansprechpartner in allen Betreuungsfragen. Die Kommunikation funktioniert dadurch ausgezeichnet.⁶³

Das Case-Management funktioniert reibungslos, für jeden IAP-Patienten gibt es pflegerische Diagnosen, eine ganzheitliche Betreuung (Bio, Psycho, Sozial). Es besteht eine vernetzte Zusammenarbeit mit dem Krankenpflegeverein, wobei die Pflegedienstleiterin auch zugleich Leiterin der Hauskrankenpflege ist.

Zur Entlastung der Angehörigen bietet das Sozialzentrum Urlaub von der Pflege, Übergangspflege und Tagesbetreuung an. Der Klient kennt die Pflegepersonen bereits aus der Hauskrankenpflege, vom ambulanten Baden oder von sonstigen Aktivitäten (Ausflüge, Weihnachtsfeiern etc.). Die Feiern im Sozialzentrum sind öffentlich, jeder kann kommen. Der Urlaubspflegegast kann seinen Tagesablauf, sogar bis zu den Essenszeiten, wie zu Hause gestalten (dies wird im Erstgespräch erhoben). Der Klient kann und soll seine Gewohnheiten beibehalten.

Eine besondere Stärke ist das Engagement und die hervorragende Ausbildung des Personals.⁶⁴

Der leitende Arzt ist Allgemein,- Arbeits- und Sportmediziner mit Diplome für Geriatrie, psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Me-

⁶³ Vgl. Zitt u.a. (2002),16f.

⁶⁴ Vgl. Zitt u.a. (2002)19ff.

dizin. Er ist weiters ausgebildeter Coach und hat eine Ausbildung in Kommunikations- und Gesprächsführung, was für die Teambildung- und Führung besonders wichtig ist.

Der Leiter der IAP absolvierte die Fachschule für Sozialberufe der Caritas, hat das Diplom für Sozialmanagement, ist Qualitätsmanager im Sozial- und Gesundheitsbereich und verfügt über betriebswirtschaftliches Basiswissen in diesem Bereich sowie ganzheitlichem Führen im Alters- und Pflegeheim. Er pflegt sehr gute Kontakte zum Gemeindesozialamt und der Sachwalterschaft. Auch die Zusammenarbeit mit dem Pfarrer und den kirchlich engagierten Mitarbeitern kann als sehr gut bezeichnet werden.

Für die Pflegedienstleitung steht eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester mit einer speziellen Ausbildung für psychische Störungen und Erkrankungen im Alter zur Verfügung. Sie verfügt weiters über eine Sonderausbildung für Führungsaufgaben (Stationsleitung - basales und mittleres Pflegemanagement) und einen Kinästhetik-Grundkurs.

Die individuelle Schulung der pflegenden Angehörigen hat großen Stellenwert.

Das Team der IAP respektiert jeden Patienten als Original, schätzt und akzeptiert seine Lebensgeschichte und fördert die Ressourcen jedes Einzelnen.

Eine Patienten- und Angehörigenbefragung, welche in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführt wurde und bei welcher nach folgenden Qualitätskriterien gefragt wurde, ergab nachfolgende Rückmeldungen (24 Teilnehmer).

| Kriterium | Bewertungs- Skala | durchschnittliche Benotung | |
|----------------------|----------------------|----------------------------|------------|
| | | in Punkten | in Prozent |
| Anmeldung | 0 - 6 | 5,8 | 96,5 % |
| Aufnahme | 0 - 4 | 4,0 | 99,0 % |
| Wünsche | 0 - 4 | 3,7 | 91,7 % |
| Aufenthalt | 0 - 5 | 5,0 | 99,2 % |
| Information | 0 - 3 | 2,9 | 95,8 % |
| Atmosphäre | 0 - 3 | 3,0 | 98,6 % |
| Entlassung | 0 - 3 | 2,5 | 83,3 % |
| Verpflegung | 0 - 6 | 5,3 | 88,9 % |
| Sauberkeit | 0 - 5 | 4,7 | 94,2 % |
| Gesamteindruck | 0 - 3 | 3,0 | 100,0 % |
| Gesamtbewertung in % | | | 94,7 % |

Abbildung 4 Kunden-Mitarbeiter- und Umfeldreflexion⁶⁵

Bewertet wurde von den Befragten die Qualität der einzelnen Kriterien innerhalb einer Bewertungsskala, jeweils beginnend mit „0“ für nicht erfüllt oder nicht zufriedenstellend, bis zum jeweiligen Höchstwert von 3, 4, 5 oder 6 Punkten für sehr gut erfüllt oder sehr zufriedenstellend.

Die Vernetzung der stationären und ambulanten Dienste ruft sehr große Synergiepotenziale hervor, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Diplompersonal und einer variablen Einsatzplanung. Eine flexible Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung bietet der Ludescher Bevölkerung attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten.

Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung werden seitens der Sozialhilfe im Besonderen gefördert, da diese das System sowohl von der Kostenseite, als auch von den Kapazitäten der Heime sehr entlasten. Langzeitpflege ist sowohl für den Pflegebedürftigen, die Angehörigen, als auch die Sozialhilfe die kostenintensivste Variante.

Die IAP Ludesch ist eine zeitgemäße, zukunftsfähige Kombination von Dienstleistungen, die älteren und kranken Menschen ein Leben in gewohnter

⁶⁵ Entnommen aus Evaluierung und Zukunftsentwicklung der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch 56.

Umgebung ermöglicht und die pflegenden Angehörigen mit flexiblen ambulanten und stationären Diensten unterstützt.

3.5.2 Fachliche und wirtschaftliche Ergebnisse – dargestellt anhand eines Fallbeispiels

Der Bettenbedarfsplan der Vorarlberger Landesregierung sah im Jahre 1988 für die Gemeinde Ludesch einen Bedarf von 12 – 15 Pflegebetten vor. Auf Initiative der Bevölkerung entstand in dieser Zeit die Idee und das Modell der Integrierten Altenpflege. In diesem Modell wurde der Bettenbedarf für Langzeitpflege mit 9 Betten für das Jahr 2006 festgelegt. Die tatsächliche Auslastung für 2006 lag bei 4,2 Betten. Die Kostenersparnis durch das Ludescher Modell liegt bei durchschnittlich 25% zu herkömmlichen Pflegeeinrichtungen.⁶⁶

Fallbeispiel

Frau S. ist eine allein stehende Frau, lebt in ihrem eigenen Haus und hat keine direkten Angehörigen. Sie nutzt die Dienste der Hauskrankenpflege, das ambulante Bad der IAP und Essen auf Rädern.⁶⁷ Sie hat große Angst und will daher in der Nacht nicht alleine bleiben. Sie wurde 121 Tage durch die IAP Ludesch betreut, dabei sind Kosten in Höhe von €14.486,22 angefallen. Ein Pflegeheimplatz hätte für den gleichen Zeitraum € 25.348,67 gekostet. Die Kosteneinsparung ist auf die Betreuungsstrategie und die Arbeitsinstrumente der IAP zurückzuführen.

3.5.3 Entwicklungspotenziale

Die integrierte Altenpflege Ludesch beruht nicht auf einem fertigen und abgeschlossenen Modell. Sie ist vielmehr ein laufender Prozess, in dem alle

⁶⁶ Zitt, persönliches Interview, Bad Zell 21.10.2009

⁶⁷ Vgl. Zitt u.a. (2002) 28; Zitt, persönliches Interview, Bad Zell 21.10.2009

Beteiligten ihre Erfahrungen ständig auswerten, Veränderungen beobachten und daraus Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Projektes ableiten.⁶⁸

Mit dem Modell der IAP setzen sich vorwiegend nur die Betroffenen und Engagierten auseinander. Die Mitarbeiterinnen vom Gemeindeamt sollten in Zukunft mehr in die IAP-Ideologie eingebunden werden und der Austausch mit anderen sozialen und spirituellen Vereinigungen wie Frauenbund und Pfarrgemeinderat sollen intensiviert werden. Überörtlich wird es laufend notwendig sein, den Kontakt zu den Krankenhäusern zu pflegen und zu intensivieren um in der Zusammenarbeit weitere Fortschritte sicherzustellen. Aufgrund der Vielzahl an Stakeholdern wird der Kommunikation noch wesentlich mehr Bedeutung beigemessen werden müssen. Vor allem das vielfältige Angebot der IAP ist selbst vielen Beteiligten noch zu wenig bekannt, insbesondere den notdiensthabenden Sprengelärzten, Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern muss das Angebot des IAP noch besser bekannt gemacht werden.⁶⁹

Der volkswirtschaftliche Gedanke ist wenig bis kein Thema. Mit Hilfe von konkreten Zahlen soll der Wert und die Bedeutung der ehrenamtlichen Tätigkeit sowohl im Heim als auch bei der Nachbarschaftshilfe hervorgehoben und gesteigert werden.

Der geringe Selbstbehalt von Patienten in Krankenhäusern fördert die Selbsteinweisung, Versorgungs- bzw. Entlastungseinweisungen und eine ausgedehnte Nachsorge.

Das fehlende disease-Management lässt eine ineffektive Betreuung zu. Dies kann zu einer zu kostenintensiven Betreuung, zu langen stationären Aufenthalten bzw. zur Nichtberücksichtigung der günstigsten Umgebung für den Genesungsprozess führen. Eine intensive Behandlungspflege könnte beispielsweise bei Übernahme durch die öffentlichen Kostenträger kostengünstiger im IAP-Sozialzentrum durchgeführt werden (z.B. Rotlauf).

⁶⁸ Zitt, persönliches Interview, Bad Zell 21.10.2009

⁶⁹ Vgl. Zitt u.a. (2002) 15.

Weder den betreuenden und den betreuten Personen, noch den Kostenträgern selbst sind die Finanzflüsse in ihrer Ganzheitlichkeit bekannt. Für viele Dienstleistungen gibt es keine oder unzureichende Finanzierungen bzw. Finanzierungssysteme (Case-Management, Angehörigenbetreuung). Gründe hierfür sind fehlende Kostentransparenz, geschichtlich gewachsene Finanzierungs-Benefizienstrukturen (z.B. Krankenpflegevereinsfinanzierung) und neue Dienstleistungen wie etwa die Prävention, bei denen das Finanzierungssystem nachhinkt oder gar nicht vorhanden ist. Im Sinne einer verbesserten Kostentransparenz und Nachvollziehbarkeit der Geldflüsse sind die Finanzierungssysteme zu überdenken.

Durch die Sozialarbeit der IAP, das Case-Management und die Angehörigenbetreuung werden Langzeitaufenthalte verhindert und durch die bessere Beratung und Vernetzung die Betreuungsqualität erhöht. Diese wertvollen Dienstleistungen nehmen auch Bürger und Bürgerinnen anderer Gemeinden in Anspruch, ohne dass der Wohnsitzgemeinde dadurch Kosten entstehen. Auf Grund eines fehlenden Finanzierungssystems trägt die Gemeinde Ludesch sämtliche Kosten.

Schließlich birgt auch präventive Hilfe zur Selbsthilfe (altergerechte Ernährung, Bewegung und Lebensweise) noch einiges Verbesserungspotenzial in sich.

Nachfolgende Einschätzungen orientieren sich am regionalen Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000 – 2020 vom Amt der Vorarlberger Landesregierung und den Erkenntnissen aus 10 Jahren Betriebserfahrung in der IAP Ludesch.

| Jahr | Plan Ludesch | Plan gewichtet | Iststand Ludesch | Bemerkungen |
|------|--------------|----------------|------------------|----------------------|
| 2000 | 8 | 7 | 3,1 | incl. Kurzzeitpflege |
| 2001 | 8 | 7 | 3,2 | incl. Kurzzeitpflege |
| 2010 | | 12 | 5,5 | incl. Kurzzeitpflege |

Abbildung 5 Einschätzung der Kapazitäten⁷⁰

⁷⁰ Entnommen aus Evaluierung und Zukunftsentwicklung der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch 61.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass nicht einmal 50% des prognostizierten Bettenbedarfes benötigt werden. Dies hatte zur Folge, dass von den 8 vorhandenen Betten der IAP Ludesch im Durchschnitt 5 Betten Bürger anderer Gemeinden zur Verfügung gestellt werden konnten. Der Bedarf an Langzeitbetten in der IAP ist signifikant gering.

Das derzeitige Objekt, in welchem die Kurzzeitpflegestation untergebracht ist, hat betriebswirtschaftlich eine sehr ungünstige Größe. Mit der bereits in Bau befindlichen Erweiterung auf insgesamt 25 Betten rechnet man mit einer Kostensenkung von rund 12%. Die durchschnittliche Entwicklung der Kosten wird am stärksten durch die hinkünftige Bewohnereinstufung beeinflusst, da die Personalkosten für die Betreuung die größte Kostenposition darstellt. Die Veränderung dieser Einstufung hat auf die Kostenentwicklung beispielsweise eine weit signifikantere Wirkung, als jene eines Zubaus für Pflegeeinrichtung und Hilfsbetriebe.

3.6 Case Management Coaching

Schon in den ersten Betriebsjahren hat sich gezeigt, dass das Managen der Betreuung und Pflege (Case-Management) von kranken und alten Menschen ein unabdingbares Arbeitsinstrument ist⁷¹.

3.6.1 Sinn und Zweck

Als wichtigste Partner haben sich die Angehörigen der zu betreuenden Personen herauskristallisiert. Es wurde immer wieder beobachtet, dass die unausgesprochenen Wünsche der zu Pflegenden und deren Angehörigen nicht oder sehr spät berücksichtigt wurden. Um dem vorzubeugen und neue, individuelle Betreuungsformen zu kreieren und auch der Ansichten zum Trotz, dass pflegebedürftige, alte Menschen keine Entscheidungskompetenz bei der Wahl ihrer Betreuungsmöglichkeiten haben, sowie der gesellschaftlichen

⁷¹ Vgl. Zitt (2008) 131ff.; Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

Vorstellung, dass nach Abschluss der Elternphase, in der die Kinder gewickelt und oft nächtelang mit Bauchwickel und liebevollen Bachmassagen betreut wurden, nun im fortgeschrittenen Alter diese Betreuungs- und Pflegekompetenz auf einmal verloren gegangen sein soll, waren mit ausschlaggebend für die Entwicklung des Case Management Coaching. Entscheidende Impulse für die Entwicklung dieser Methode entstanden auch aus der immer umfangreicheren Komplexität der Betreuung eines erkrankten Menschen. Neben den Fachärzten und dem Allgemeinmediziner kneten sich weitere Fachleute in das Netzwerk für die Betreuung des hilfsbedürftigen Menschen ein und vervollständigen das Betreuungssystem. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpflegerinnen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Lebensberater und Sozialarbeiterinnen werden ebenso wie Physiotherapeutinnen, Logotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Masseur und Diätberaterinnen für eine optimale Betreuung benötigt. Fachleute der Hospiz- und Palliativbewegung und Mitarbeiter des Mobilen Hilfsdienstes ergänzen das komplexe Betreuungsnetz.⁷²

Die IAP bietet eine Vielfalt von unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten an. Um den Patientinnen und den pflegenden Angehörigen Entscheidungshilfen anzubieten, werden seit dem Jahre 2003 Beratungsgespräche angeboten, die auch als Case Management Coaching bezeichnet werden. Ziel dieser Gespräche ist, zusammen mit den pflegenden Angehörigen für sie und den zu Pflegenden eine passende Betreuungsform zu entwickeln. Neben den ambulanten Fachleuten werden auch die notwendigen Aufenthalte in Institutionen wie Krankenhäusern, Nachbetreuungseinrichtungen, Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen und ambulanten Tageseinrichtungen koordiniert. Die zu betreuenden Personen werden hilfreich begleitet und die jeweiligen Fachleute in die gemeinsame Arbeit eingebunden. Dabei stellt das Engagement der pflegenden Angehörigen den wesentlichen Erfolgsfaktor für die ambulante Betreuung dar. Ihnen gilt daher eine besondere Wertschätzung und Aufmerksamkeit. Das Case Management Coaching fördert die Bedeutung einer komplexen Einbeziehung des familiären Behandlungs-

⁷² Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

bedarfes, z.B. ob die Familie einbezogen werden muss, wenn es darum geht, ein Pflegeproblem zu verstehen und zu lösen. Dabei wird auch berücksichtigt, dass die Zusammenarbeit der in die Betreuung integrierten Fachleute nur dann effizient funktionieren kann, wenn ein persönlicher Austausch unter ihnen möglich ist und die Diagnosen und Interventionen, die auf den einzelnen Systemebenen gestellt bzw. durchgeführt werden, ein gemeinsames Ziel verfolgen. Die Freiheit des Patienten in der Entscheidung der Therapieoption, der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Entscheidungsfreiheit der Familien von pflegebedürftigen Patienten mit chronischen Leiden, z.B. in der Beantwortung der Frage nach dem passenden ambulanten und/oder stationären Betreuungskonzept schaffen neue Wahlmöglichkeiten und eröffnen die Chance, für die eigenen Handlungen Verantwortung zu übernehmen. Das bedeutet, mit menschlichen Möglichkeiten zu handeln und nicht mit feststehenden Gewissheiten zu operieren. Für die Patienten kann das bedeuten, alle eigenen Möglichkeiten zu nutzen, um zu einem Punkt zu gelangen, wo sie wählen und aussuchen können. Dazu ist allerdings ein Wertschätzen, Respektieren und Nutzen von Unterschieden unbedingt notwendig.⁷³

3.6.2 Inanspruchnahme

Immer öfter müssen Personen auf Grund ihrer chronischen Leiden Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen. In vielen Fällen kennen die Krankenschwestern der IAP diese Personen aus der Hauspflege und es liegen Informationen über die Pflege- und Betreuungsintensität sowie die Wohnsituation weitgehend vor. Es ist nicht selten der Fall, dass sich in der Pflegebedürftigkeit des Patienten nichts Wesentliches verändert hat, jedoch eine Überforderung des schon bestehenden Betreuungssystems eingetreten ist. Über die Hauskrankenschwester oder den Hausarzt wird einer Kontaktperson – meist ist es die pflegende Angehörige – die Möglichkeit eines CMC offeriert.⁷⁴

⁷³ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

⁷⁴ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

Auch durch ein plötzliches Krankheitsereignis, z.B. Hirnschlag, Oberschenkelbruch eines Mitbürgers kann es zur Notwendigkeit eines Case Managements kommen. Sobald die IAP von einem solchen Ereignis Kenntnis erlangt, wird Kontakt mit dem Krankenhaus aufgenommen, um anhand der Diagnose ein erstes Bild vom möglichen Krankheitsverlauf und einer allfälligen Rehabilitation zu erhalten. Eine der Leitlinien der IAP besagt, dass der Genesungsprozess vor allem bei älteren Menschen, und um solche handelt es sich meistens, in gewohnter Umgebung erfolgversprechender abläuft. In diesen Fällen nimmt der Leiter den Kontakt mit den Angehörigen auf, unterbreitet Möglichkeiten der ambulanten und/oder stationären Weiterbetreuung des Patienten im Dorf und bietet das CMC an.

3.6.3 Ablauf eines Case Management Coaching

An diesem Beratungsgespräch nehmen die Angehörigen des Patienten teil, meist sind dies der Ehepartner, Kinder, Schwiegerkinder und Enkelkinder. Es wird den Angehörigen in einer wertschätzenden Art bei der Anmeldung mitgeteilt, dass die alleinige Anwesenheit der Angehörigen gewünscht wird. Von den Angehörigen privat organisierte Betreuungspersonen oder Personen des Mobilen Hilfsdienstes sind daher nicht dabei. Diese Vorgehensweise dient der Vertraulichkeit, da Gespräche über Geld, das Erbe und emotional geführte Dialoge in der Familie bleiben sollen. Es hat sich auch nicht bewährt, die zu pflegende Person am Case Management Coaching teilnehmen zu lassen. Nach anfänglichen Versuchen ist man davon ausnahmslos abgekommen.⁷⁵

Als Coaches arbeiten der wirtschaftliche und der medizinische Leiter der IAP. Der Coach ist ein teilnehmender Beobachter und Manager des Gesprächs. Er ist Mitglied des Beobachtersystems und seine Aufgabe besteht darin, einen Raum für den sozialen Austausch zu schaffen, der den Kommunikationsfluss öffnet, so dass die Möglichkeit einer Veränderung sowohl für die Mitglieder des Problemsystems als auch für den Coach maximiert wird. Seine Aufgabe besteht darin, das Gespräch in Fahrt zu bringen und im Fluss zu

⁷⁵ Zitt, persönliches Interview, Ludesch 7.8.2009

halten. Als solcher nimmt er eine gleichberechtigte und nicht hierarchisch höhere Funktion als die anderen Teilnehmer am Gespräch ein. Er befindet sich bezüglich des Wissens um Lösungen oder soziologischer Konzepte über die Natur des Menschen nicht in einer Expertenposition. Insofern nimmt der Coach die Haltung des „Nichtwissenden“ und des grenzenlos „Neugierigen“ ein. Diese Position ist gekennzeichnet durch Respekt, Bescheidenheit und Gegenseitigkeit. Er ist nicht Mitglied des Problemsystems und achtet darauf, das Gespräch neutral zu führen und alternative Perspektiven zuzulassen.

Anwesend ist auch die leitende Krankenschwester. Sie bereichert die Gesprächsrunde als Fachcoach. Diese Funktion ist notwendig, da einerseits die Angehörigen auch fachliche Fragen über die anstehende Pflege bei diesem Gespräch beantwortet wissen wollen, zum anderen ist das Einholen von Auskünften über Pflegemaßnahmen während des Coachings für den Verlauf des Prozesses hilfreich.

Bei der Vorstellung der Teammitglieder wird mit der Kontaktperson begonnen. Sie erzählt über ihre Person all das, was ihrer Meinung nach wichtig für das Gespräch und die Sitzung sein könnte. Die Coaches stellen sich gegenseitig vor. Es ist für den Coaching-Prozess sehr wichtig, dass den Teammitgliedern die klare Trennung zwischen der Coaching-Funktion und den Funktionen im Pflege- und Betreuungsnetz dargelegt wird. Die Coaches weisen klar darauf hin, dass die Angehörigen die Experten zur Lösung ihres Anliegen, ihres Problems sind, und die Coaches die Experten für das Gespräch für das folgende Regeln gelten:

- Ansprechen aller Themen
- jede Meinung hat Platz
- „objektive Wahrheiten“ sind immer subjektiv und somit nie richtig oder falsch, jeder hat seine eigene Wirklichkeit
- respektvoller Umgang, der in der IAP gepflegt wird
- kooperieren
- wir gehen davon aus, dass sie heute mitarbeiten wollen
- Vertraulichkeit, die Coaches sind Berufs wegen zur Verschwiegenheit verpflichtet, das wird auch den übrigen Teilnehmern empfohlen

- offene Kommunikation, es geht um sehr viel, der Wunsch ist eine offene Diskussion
- es gibt Zeit und Raum zum Reflektieren
- Pausen, Metadialog

Wenn nicht schon bei der Begrüßung Komplimente verteilt werden, so ist nach der Vorstellungsrunde eine Wertschätzungsrunde immer angebracht. Wie überhaupt während des gesamten Prozessablaufs eine wertschätzende Haltung als Gerüst für das Verfassen neuer hoffnungsvoller Geschichten angesehen werden kann.

Das Case Management Coaching brachte nicht nur eine neue Qualität in den Betreuungs- und Pflegeprozess. Es hat vielen Menschen geholfen, ihr Original zu entdecken und unerkannte Ressourcen bei ihnen selbst zu finden und bei anderen Menschen zu respektieren.

3.7. Fazit

Die IAP Ludesch ist geprägt von einer sehr positiven Einstellung zum Alter. Es bemühen sich sehr viele Leute um ein menschenwürdiges Altern, in dem der Mensch und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Überall ist die Individualität, der Respekt vor jedem einzelnen Menschen spürbar. Es ist dieses echte Interesse am Menschen, die Art der Begegnung, die Zeit die den Klienten geschenkt wird und der Blick auf das Wesentliche, das dieses Projekt von Herkömmlichen unterscheidet. Die Bedürfnisse der Einzelnen sind sehr, sehr wichtig. Die Klienten werden daher in kein System gepresst, damit bleibt ihre Individualität gewahrt.

Das Projekt der IAP Ludesch ist einfach, auf den ersten Blick eigentlich gar nichts Besonderes. Auf den zweiten Blick ist es etwas ganz Besonderes, wenn man sieht wie die Menschen miteinander umgehen, sich bestärken und gegenseitig Kraft und Mut geben. Nicht nur die Menschen, die dort leben und betreut werden wirken glücklich, auch die Menschen, die sie versorgen, versprühen Zuversicht, Zufriedenheit und Genugtuung.

4. Die Übertragbarkeit auf den Sozialhilfeverband Freistadt

Pflege und Betreuungsbedürftigkeit entsteht, wenn Bereiche des alltäglichen Lebens nicht mehr selbständig bewältigt werden können, weil gesundheits- oder altersbedingte Einschränkungen vorliegen, die durch andere vorhandene Fähigkeiten nicht mehr kompensiert werden können.⁷⁶

Eine integrierte Versorgung älterer Menschen scheitert nicht am guten Willen der beteiligten Fachkräfte, sondern an der Segmentierung des Gesundheits- und Sozialsystems, die sich nicht nur in unterschiedlichen rechtlichen Regelungen sondern auch in verschiedenen Finanzierungsquellen manifestiert.⁷⁷

4.1 Warum soll dieses Modell auch im Sozialhilfeverband angewendet werden?

Die Zahl chronisch kranker Menschen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Diese Menschen sind oft für ihr ganzes weiteres Leben auf gesundheitliche Betreuung angewiesen. Das Besondere an den chronisch kranken Menschen ist, dass sie selbst sehr gut wissen, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen müssen und die Reaktionen des eigenen Körpers und die Auswirkungen auf ihr alltägliches Leben sehr genau kennen. Diese Erfahrung kann von keinem professionellen Helfer ersetzt werden. Im Umgang mit der Krankheit benötigen sie zwar fachkundige Hilfe, aber was sie tatsächlich brauchen, wissen sie selbst. Sehr wichtig dabei ist, dass diese Hilfe jederzeit abrufbar ist. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch derzeit noch stark auf Akutkrankheiten ausgerichtet und wird damit den chronisch Kranken, die eine andere Art der Versorgung brauchen, wenig gerecht.⁷⁸

⁷⁶ Vgl. Abschlussbericht Arbeitskreis „Zukunft denken“ Pflege und Altenbetreuung (2006) 7

⁷⁷ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 9.

⁷⁸ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 22.

Nach Meinung der WHO sind Veränderungen auf folgenden Ebenen nötig: auf der Mikroebene bei der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Klienten, auf der Mesoebene durch die Organisation einer Art von Pflege, die den Bedürfnissen der chronisch Kranken angepasst ist und auf der Makroebene durch geeignete Gesetzgebung und gezielte Finanzierung.⁷⁹

Die Krankheitsverläufe werden besonders im fortgeschrittenen Alter immer komplexer und damit wächst auch die Dringlichkeit einer Patienten- und Nutzerorientierung.⁸⁰

Eindimensionale Bestrebungen, etwa allein durch Sparsamkeit oder Kostenreduktion in der Altenpflege ein finanzierbares System zu erreichen, werden angesichts der wachsenden Aufgabenfelder und der zunehmenden Komplexität nicht erfolgreich sein. Es bedarf zudem eines Angebots, das den Klientenwünschen entsprechend einen optimalen Ressourceneinsatz vorsieht und dabei einen hohen Outcome sicherstellt. Dies setzt jedoch die Schaffung von Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wie auch die Fähigkeit zur Bewältigung sich verändernder Krankheitsbilder voraus.⁸¹

Die freiwillig geleisteten persönlichen Pflegetätigkeiten sollen mit den außerfamiliären staatlich oder durch NPOs angebotenen Betreuungs- und Pflegediensten vernetzt werden. Der Ausbau qualitativ hochwertiger Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege ist notwendig und soll überall dort zum Einsatz kommen, wo Tätigkeiten innerhalb von Familien nicht realisierbar sind oder Kooperationen deutlich mehr Qualität hervorbringen.⁸²

Kommt es zu Entlassungen von Krankenhauspatienten, die zwar keine akute medizinische Betreuung mehr benötigen, aber pflegebedürftig sind, entstehen häufig Versorgungslücken, da Langzeitpflegeeinrichtungen in der Regel voll ausgelastet sind und daher Patienten aus Spitälern oft nicht direkt übernehmen können.⁸³

⁷⁹ Vgl. World Health Organization (2002) 29ff.

⁸⁰ Vgl. BMBF (2006). www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1277.php;
Stand 6.2.2010

⁸¹ Vgl. Dézsy (2008) 38.

⁸² Vgl. Winkler (2008), 60.

⁸³ Vgl. Berghammer (2007) zit. nach: Mayr/Lehner (2009) 13.

Angesichts der angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Haushalte wird auch in der Altenbetreuung der Ansatz des Optimierens und Erneuerns an Bedeutung gewinnen.⁸⁴ Mit der Einführung von Prozessmanagement könnte eine günstige Geldquelle erschlossen werden. Die prozessorientierte Sichtweise ist eine sehr gute Möglichkeit, den Klienten ins Zentrum aller Betreuungsaktivitäten zu stellen und alles Denken und Handeln an seinen Anforderungen und Bedürfnissen auszurichten.⁸⁵ Die Bereitschaft zur gemeinsamen Gestaltung von Versorgungsnetzwerken findet im operativen Bereich bereits aktiv auf informeller Ebene statt.⁸⁶

4.2 Welche Voraussetzungen sind für die Übertragung auf den SHV Freistadt notwendig.

Die neue Herausforderung in der Betreuung älterer Menschen besteht darin, pflegerisches Handeln auf Lebensbegleitung zu richten und die Klienten bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen. Die Qualität der Betreuung muss immer im Dienst größtmöglicher Lebensqualität stehen, wobei die Betroffenen selbst bestimmen, was darunter zu verstehen ist. Entsprechend dem Wunsch der Einzelnen soll diese Begleitung auch im eigenen Zuhause ermöglicht werden.⁸⁷

Hilfe, Betreuung und Pflege sind in viele Disziplinen aufgefächert. Medizin, Therapie und Soziale Arbeit treffen an den Übergängen der Versorgungssysteme aufeinander.⁸⁸

⁸⁴ Vgl. Brandl (2010) 9.

⁸⁵ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 63.

⁸⁶ Vgl. Modulbericht [A3]: Pflege APH 2008, Stud. SOMA; Modulbericht [B2]: Leitung Pflege KH 2008 MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 64.

⁸⁷ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 23.

⁸⁸ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 21.

4.2.1 Eine neue Einstellung zum Begriff Alter

Leider ist das Wort „alt“ in unserer heutigen Gesellschaft meist defizitär besetzt. Wir möchten alle möglichst alt werden und gleichzeitig nicht alt sein. In diesem Denken werden die positiven Aspekte des Alters ausgegrenzt. Der Begriff Alter geht mit körperlichem, geistigem und seelischem Abbau einher und ist mit Schmerz, Gebrechlichkeit und Verlust der körperlichen Attraktivität verbunden, - alles Dinge, die wir gerne verdrängen.⁸⁹

Dabei ist das Älterwerden auch mit sehr vielen positiven Aspekten behaftet. Das Alter ist ein normaler Bestandteil des Lebens, durch die Anti-Aging-Bewegung nimmt man dem Alter einen Teil des Lebens. Das Alter kann als Veredelungsphase, als Dessert des Lebens bezeichnet werden. Besondere Schätze des Alters sind Hingabe, Loslassen, Annehmen, Genießen, Kontrolle abgeben und Vertrauen aufbauen. Alte Menschen haben viel weiter zu geben, viel an Erfahrung und Weisheit. Weitergeben liegt in der Natur, in der Sehnsucht des Menschen. Beweisen müssen fällt weg. Alte Menschen haben nicht mehr die Sorgen des Schaffens, der Existenz- und Familiengründung und können die Freiheit des „Nicht mehr Müssens“ genießen. Wir alle sind aufgefordert, umzudenken, dem Alter gegenüber mit mehr Offenheit zu begegnen. Es ist höchste Zeit, dass wir beginnen nachzudenken und mit zu entscheiden, wie wir unser Alter erleben möchten, was uns wichtig ist dabei und was wir heute schon dazu beitragen können.

Die Altersthematik wird von Politikerinnen und Politikern noch immer gerne vermieden, wirkt eher bedrohlich und schwer einschätzbar und besitzt wenig an Konnotationen des Chancenreichtums und gesellschaftlichem Entwicklungspotenzial.⁹⁰ Die Behandlung der Altersthematik deutlich zu forcieren, die Chancen und Potenziale des Alters herauszustellen, wie wir dies auch für andere Gruppen der Gesellschaft tun, den Zusammenhang mit anderen Generationen stets einbeziehen und pflegen und damit eine Normalisierung des Alters zu unterstützen, ist eine große zukünftige Aufgabe der Alterspolitik.

⁸⁹ Vgl. Stabentheiner (2009) 36f.

⁹⁰ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 514.

Nicht zu verwechseln sind solche Überlegungen mit dem Jugendwahn.⁹¹ Der Glaube, dass ein ständiger Kampf gegen das Altern die Essenz guten Alterns ist, ist ein Irrglaube, der Wunschvorstellungen nährt, die nicht dem entsprechen, was die alternde Gesellschaft zunehmend in der Lebensrealität erfährt.

4.2.2 Bereitschaft zur Zusammenarbeit

Bei der Etablierung von Kooperationen sind folgende Fragen zu stellen:⁹²

- Sind die Ziele im Betreuungssystem auf die sich verändernden Klientenanforderungen und –wünsche ausgerichtet?
- Sind die im Gesundheitssystem laufenden Prozesse geeignet, um diese Ziele zu erreichen?
- Sind die Arbeitsabläufe im Versorgungssystem effektiv und effizient organisiert?
- Sind die Mitarbeiter bereit, Abläufe zu reorganisieren?
- Stehen für die Umsetzung ausreichend Ressourcen zur Verfügung?

Der intensiven Zusammenarbeit mit den Angehörigen kommt eine wesentliche Rolle zu. Schon derzeit bewerten 42% der Pflegefachkräfte aus den Alten- und Pflegeheimen diese Zusammenarbeit mit sehr gut und weitere 53% mit gut.⁹³

Der empfängergerechte Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine integrierte Betreuung. Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien kann einem modernen Nahtstellenmanagement sehr dienlich sein.⁹⁴

⁹¹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 444.

⁹² Vgl. Ament-Rambow (2003) 115.

⁹³ Vgl. Modulbericht [A2]: Leitung Pflege APH 2008, MM; Modulbericht A3: Pflege APH 2008, (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 71f.

⁹⁴ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 143f.

4.2.3 Koordination an den Schnittstellen

Häufig stehen in den gesundheitspolitischen Debatten und bei der Umsetzung von Maßnahmen einzelwirtschaftliche bzw. betriebswirtschaftliche Sichtweisen im Vordergrund. Verstärkte Tendenzen zur Fragmentierung und Desintegration sind die Folge, dabei geht oft der Focus auf die gesamtwirtschaftliche Produktivität und den gesellschaftlichen Nutzen verloren.⁹⁵

Für die Aufgaben im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen werden unterschiedliche Begriffe verwendet, deren Abgrenzung voneinander jedoch rechtlich bedeutsam ist. In Österreich zählen Pflegeberufe wie der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen.⁹⁶

Die Grenzen zwischen akuter Krankheit und Pflegebedürftigkeit verlaufen meist fließend, wodurch die Betroffenen zwischen verschiedenen Versorgungsebenen hin und her pendeln. Besonders multimorbide ältere Menschen treffen im Laufe der Zeit auf eine Vielzahl an Einrichtungen, Diensten und Gesundheitsprofessionen und blicken am Ende auf eine von Diskontinuitäten und Versorgungsbrüchen geprägte Patientenkarriere zurück.⁹⁷

Die derzeitige Versorgung ist sehr stark ausdifferenziert und in viele Versorgungsbereiche aufgeteilt.⁹⁸ Es wird zwischen Akutmedizin, Rehabilitation, Krankenbehandlung und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit getrennt. Weiters erfolgt eine Unterscheidung zwischen akutmedizinischer Leistungserbringung, ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen, die jeweils durch sektorale Budgets finanziert werden. Teilsysteme wie die Akutversorgung im Spital können wiederum in unterschiedliche Welten aufgeschlüsselt werden: Medizin, Pflege, Management und Träger. Die verschiedenen Gesundheits- und Sozialdienstleistungsanbieter bringen unterschiedliche Kompetenzen,

⁹⁵ Vgl. Zechmeister et al. (2004) 4.

⁹⁶ Vgl. Winkler u.a. (2006) 9.

⁹⁷ Vgl. Schaeffer (2002) 70f.

⁹⁸ Vgl. Wasem (2003) 3.

Denkweisen und Interessenlagen ein, sie haben ihre eigene Geschichte, Kultur und Logik. Dies alles wirkt sich auf die Qualität der Kooperationen aus.⁹⁹

Derartige Ausdifferenzierungen führen zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung, in eine vielfach unzureichende Versorgung von chronisch Kranken und können teilweise auch in einer mangelnden Qualität der Versorgung münden.¹⁰⁰

Bei Krankenhausentlassungen bringen die Problemlagen der Betroffenen meist nicht ausschließlich rein pflegerische Fragestellungen mit sich. Häufig sind auch soziale Indikationen zu berücksichtigen, sodass ein interdisziplinäres Entlassungsmanagement anzudenken wäre.¹⁰¹

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter Integration der Prozess des Zusammenschlusses von Teilen zu einer Einheit verstanden. Die integrierte Altenpflege soll die Vielzahl der angebotenen Leistungen zu einer harmonischen Einheit zusammenfügen.¹⁰²

Die vorherrschenden Bruchstellen im Versorgungsprozess können bei mangelnder Integration zu folgenden Merkmalen und Nachteilen für die Patientinnen führen:¹⁰³

- Verteilungskämpfe und Leistungsverschiebungen aufgrund sektoraler Budgetierung
- Gewinnmaximierung innerhalb des jeweiligen Sektors steht im Vordergrund
- Keine Anreize für sektorenübergreifende Effizienz des gesamten Behandlungsprozesses
- Systemegoismen und Abschottung
- Der jeweilige Gesundheitsdienstanbieter trägt keine Verantwortung über sektorale Grenzen hinweg

⁹⁹ Vgl. Wagner/Patzak (2007) 30f.

¹⁰⁰ Vgl. Wasem (2003) 2.

¹⁰¹ Vgl. Modulbericht [B I] Ärzte/Ärztinnen KH 2008 MM (zit. nach: Mayr/Lehner 2009 76.

¹⁰² Vgl. Mayr/Lehner (2009) 43.

¹⁰³ Vgl. Berger (2002) 13

- Doppeluntersuchungen und übermäßige Anwendungen diagnostischer Maßnahmen
- Vernachlässigung der Prävention
- Zu wenig Förderung von Selbsthilfe und Selbstbehandlungsmöglichkeiten
- Schnittstellenprobleme: Intransparenz, Informationsverlust, Wartezeiten,...
- Konflikte zwischen Beteiligten

Die aus dieser sektoralen Trennung erwachsenden Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich können sich für die Betroffenen nachteilig auswirken, wenn an den Übergängen keine Betreuungskontinuität mehr sichergestellt werden kann.¹⁰⁴ Das nahtlose Ineinandergreifen der Versorgung und ein guter Informationsfluss stellen kritische Erfolgsfaktoren an den Übergängen von einem Versorgungsbereich in den nächsten dar.¹⁰⁵

Um diese Übergänge für den älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf optimal gestalten zu können, werden Reformpläne, Techniken und Regelungen allein nicht ausreichend sein. Es bedarf zusätzlich einer ganzheitlichen Betrachtung von Nahtstellenmanagement unter Einbindung aller betroffenen Akteure. Die erfolgreiche Umsetzung systemübergreifender Kommunikations-, Behandlungs- und Betreuungsprozesse erfolgt am besten in Zusammenarbeit mit den Ausführenden an den Schnittstellen, es genügt nicht, wenn sie von übergeordneter Stelle verordnet werden.¹⁰⁶

Hierfür ist eine Kultur der Anerkennung und Hochschätzung genauso notwendig, wie eine entsprechende Gesprächskultur.¹⁰⁷

In der österreichischen Gesundheitsstrukturplanung wird unter dem Titel „Nahtstellenmanagement im Gesundheitswesen“ eine Verbesserung dieser Übergänge angestrebt.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Vgl. Mayr/Lehner (2008)12f.

¹⁰⁵ Vgl. Baur/Schütz (2006) 2129.; wie auch die Ergebnisse der Studien von Mayr/Lehner (2008a/b)

¹⁰⁶ Vgl. Emenako (2006) 4f.

¹⁰⁷ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 25.

Nahtstellenmanagement in einem derart komplexen und weitverzweigten System, wie es der Gesundheits- und Sozialbereich darstellt, erfordert eine Veränderung des gesamten Geschäftsverhaltens.¹⁰⁹ Ein Perspektivenwechsel von der institutionalen Sicht hin zur Klientenperspektive ist erforderlich.

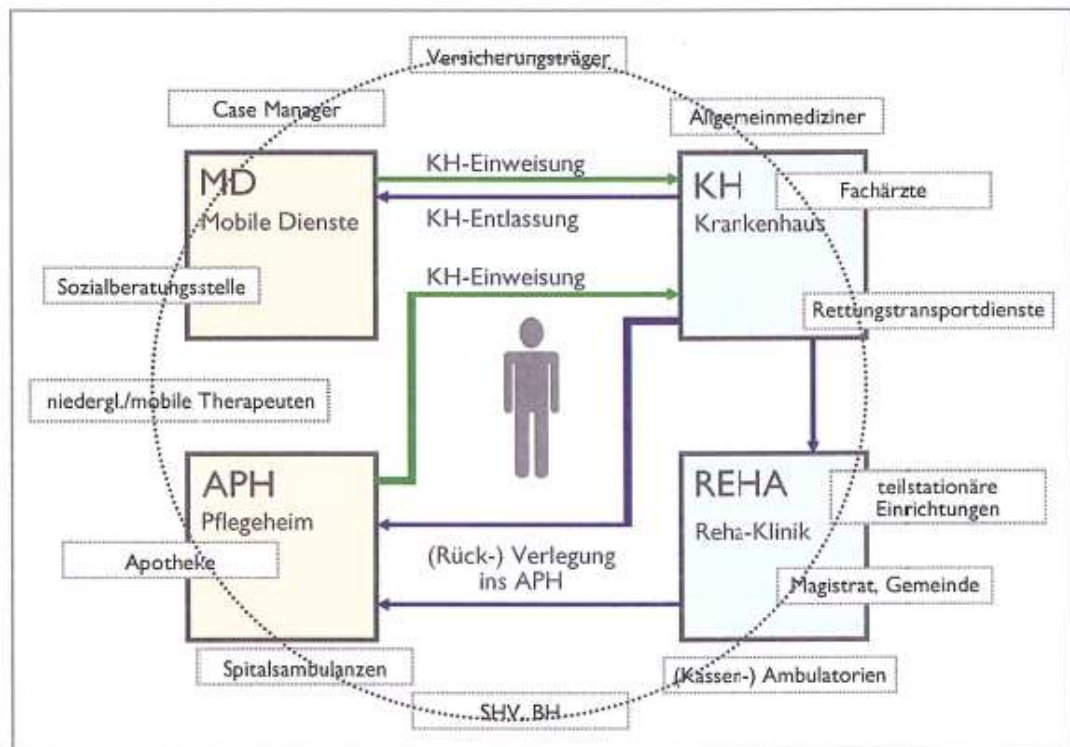


Abbildung 6 Der ältere Mensch mit Unterstützungsbedarf in einer komplexen Versorgungslandschaft¹¹⁰

Dieses System mit einer derart hohen Anzahl an Akteuren schreit ja förmlich nach einer koordinierten Vernetzung, damit die Klienten und ihre Angehörigen bei der Schnürung eines angemessenen Versorgungspakets nicht auf sich alleine gestellt sind.¹¹¹ Geriatrie ist ohne Vernetzung nicht denkbar,¹¹² weil nur auf einzelne Problemabschnitte begrenzte Leistungen den Bedürfnissen von Alterspatienten nicht gerecht werden.¹¹³

¹⁰⁸ Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl.Nr. 73/2005) Art.5

¹⁰⁹ Vgl. Mayr (2008) 175.

¹¹⁰ Abbildung entnommen aus: Mayr/Lehner (2009) 62.

¹¹¹ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 62f.

¹¹² Vgl. Bopp-Kistler (2004) 20.

¹¹³ Vgl. Schaeffer (2002) 71.

4.2.4 Gut ausgebildetes Personal

Der Umgang mit älteren Menschen erfordert in der Regel Empathie, Verständnis und Geduld.¹¹⁴ Zeit und Geschwindigkeit gewinnen einen anderen Stellenwert. Auf diese entschleunigte Lebensweise muss sich das Betreuungspersonal einstellen. Sowohl Ärzte, wie auch alle anderen Berufsgruppen, die mit der Betreuung von Patienten befasst sind, brauchen die grundlegende Fähigkeit, das Wesen des Patienten zu erkennen und dessen Fähigkeiten anzusprechen und ihm damit zu ermöglichen, trotz Erkrankung ein möglichst selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich sinnerfülltes Leben zu führen.¹¹⁵ Nur durch konzentrierte Zuwendung zum Patienten ist es möglich, dessen Wesen zu erkennen. Dafür bedarf es aber wiederum eines ausreichenden Maßes an Zeit. Darüber hinaus ist aber auch ein Perspektivenwechsel von „Verordnung“ hin zur „Begleitung“ notwendig.

Für die gesundheitliche Versorgung vorwiegend im ambulanten Bereich ist eine deutliche Anhebung der Anzahl der Pflegehelferinnen notwendig. Damit die Durchlässigkeit des Bildungssystems gewährleistet ist, soll für Pflegehelferinnen, Sozialbetreuerinnen und ähnliche Gesundheitsberufe über offizielle Zulassungsbedingungen ein Zugang in das höhere Bildungssystem ermöglicht werden.¹¹⁶

An professionell Pflegende werden die Qualitätsansprüche zunehmend höher, wenn es um das Entwickeln lebensnaher Betreuungskonzepte und die Einbindung, Schulung und Begleitung vieler anderer Berufsgruppen und vor allem der Angehörigen und der ehrenamtlichen Helferinnen geht, die in diesem Betreuungskonzept eine wichtige Rolle spielen.¹¹⁷

Alterspatientinnen, die aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes in ein Pflegeheim wechseln müssen, sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt. Aber auch Angehörige sind in solchen Situationen oft mit

¹¹⁴ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 21.

¹¹⁵ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 450f.

¹¹⁶ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 9.

¹¹⁷ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 23.

Schuldgefühlen belastet. Bei solchen Entscheidungen ist es wichtig, diesen Personen kompetente und einfühlsame Unterstützung anbieten zu können.¹¹⁸

Bei Alterspatienten mit demenzieller Erkrankung kann jeder Ortswechsel eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirken.¹¹⁹ Das Anbieten medizinischer Betreuung vor Ort wäre ein wesentlicher Gewinn an Lebensqualität für die Klienten. Abgesehen von der Steigerung der Lebensqualität für die Betroffenen würde ein Transfer von medizinischen Leistungen ins Pflegeheim ein Kosteneinsparungspotenzial für den Gesundheitsbereich bringen. Die positiven Effekte von fachärztlichen Konsilien in Alten- und Pflegeheimen können in folgenden Punkten zusammengefasst werden:¹²⁰

- Klienten brauchen ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen, was für sie eine gesteigerte Lebensqualität bedeutet
- ein für die Alterspatientinnen gewohntes Umfeld ermöglicht eine gezielte und effektivere Therapie
- gebündelte Leistung vor Ort statt vieler Einzelleistungen an verschiedenen Orten
- keine stundenlangen Aufenthalte der Patienten in Wartezimmern niedergelassener Fachärztinnen
- Problemsituationen können vor Ort mit den betreuenden Hausärzten und dem Pflegepersonal diskutiert werden
- Einsparungen teurer Rettungstransporte sowie teurer Ambulanz- bzw. Krankenhausaufenthalte
- Möglichkeit zum Transfer von Know-how, der vor allem bei geriatrischen Fragestellungen dem Pflegepersonal im Heim mehr Sicherheit gibt

¹¹⁸ Vgl. Modulbericht [E]: Heimbewohner/innen – Angehörige 2008, (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 64.

¹¹⁹ Vgl. Modulbericht [B2]: Leitung Pflege KH (2008) MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 64.

¹²⁰ Vgl. Modulbericht [BI]: Ärzte/Ärztinnen KH (2008) MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 126.

- Intensivierung der Kontakte zwischen Alten- und Pflegeheim und den Fachärzten
- Entlastung der Pflegekräfte, da die Bewohnerinnen nicht pünktlich transportfähig gemacht werden müssen

4.2.5 Engagement von Ehrenamtlichen

Altern ist ein lebenslanger Prozess, der sowohl von der sozialen und räumlichen Umwelt als auch von individuellen Handlungen und Handlungsunterlassungen beeinflusst wird. Der Mensch ist für den Verlauf seiner Entwicklung mitverantwortlich, wenngleich der individuelle Entwicklungsverlauf in sehr unterschiedliche Richtungen weisen kann. Während sich in einigen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alter noch Zuwächse zeigen können, gibt es auch Bereiche mit Defiziten. Auch im Alter finden sich Stärken und Potenziale, die für die Wertschöpfung in der Gesellschaft genutzt werden sollten. Menschen verfügen im Vergleich zu früheren Generationen über eine höhere Restlebenserwartung. Mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Beruf verfügen wir im Vergleich zu früheren Generationen über deutlich bessere körperliche, geistige und finanzielle Ressourcen. Gleichzeitig ist die nachberufliche Lebensphase länger geworden. Institutionen der Altenpflege könnten dieses kreative und produktive Potenzial der jungen Alten nutzen, und ihnen im Sinne eines lebenslangen Lernens, entsprechende Ausbildungen anbieten. Zweifellos darf man sie dabei nicht überfordern, weil die Pflege mit hohen Belastungen verbunden ist, andererseits eröffnet aber die Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod auch die Chance, die eigene Existenz in neuartiger Weise zu reflektieren und so in der Auseinandersetzung mit dieser Grenzsituation zu sich selbst zu finden und zu einer qualitativ neuen Art von Beziehung zu den eigenen Eltern zu gelangen. Zugleich wird damit aber auch beeinflusst, wie sich Angehörige nachfolgender Generationen auf ihr

eigenes Alter vorbereiten und sie dann in der Lage sind, mit Grenzsituationen zu leben und neue Perspektiven zu finden. ¹²¹

Angesichts des demografischen Wandels gibt es keine Alternative zu einer vermehrten Nutzung der Ressourcen älterer Menschen.¹²² Der Einsatz lebenspraktischer und sozialkommunikativer Kompetenzen älterer Mitbürger in der Familie oder als Nachbarschaftshilfe geschieht auch zu deren Wohl, weil das Gefühl, gebraucht zu werden, im Allgemeinen mit einer höheren Lebensqualität einhergeht. Auch die im Zusammenhang mit ihrem Engagement erfahrene Wertschätzung bedeutet für viele einen Zuwachs an subjektiv erlebter Lebensqualität.¹²³

Die Pflege und Betreuung alter Mitbürger geschieht auch heute schon zu einem erheblichen Teil durch ältere Menschen. Die ausgeprägte Heterogenität des Alters und die bis ins höchste Alter bestehenden Präventions- und Interventionsmöglichkeiten sollen noch stärker Gegenstand politischer Debatten werden. Auch die Bereitschaft älterer Menschen, ihre Potenziale für andere zu nutzen und die produktive Leistung die sie dadurch für unsere Gesellschaft erbringen, sollte mehr gewürdigt werden. Damit könnte ebenfalls ein Beitrag zum gesellschaftlichen Wandel des Altersbildes geleistet werden, so dass mit Alter in deutlich stärkerem Maße auch das Potenzial zu gesellschaftlicher Produktivität und Kreativität assoziiert wird. Damit verbunden ist aber auch die Bereitschaft und Fähigkeit, bestimmte Hilfen bewusst anzunehmen. Gelingt es nämlich älteren Menschen, für neue Perspektiven, Erfahrungen und Erkenntnisse offen zu bleiben und diese in ihr Wissenssystem zu integrieren, verfügen sie über erhebliche kreative und innovative Potenziale.
¹²⁴

Schließlich darf auch der finanzielle Aspekt nicht außer Acht gelassen werden. In Oberösterreich stiegen die Gesamtausgaben für die Hauskrankenpflege und mobile Hilfe von rund € 19,200 000 im Jahre 1998 auf rund € 53,800.000 im Jahr 2008 an. Die annähernde Verdreifachung der Ausga-

¹²¹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 517ff.

¹²² Vgl. Kruse/Wahl (2010) 365.

¹²³ Vgl. Kruse/Mayr (2010) 377.

¹²⁴ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 366ff.

ben innerhalb von zehn Jahren zeigt die Finanzierungsproblematik im Pflegebereich deutlich auf.¹²⁵

4.2.6 Case-Management für Altenbetreuung und Pflege

Case-Management kann nur dann ein zukunftsweisendes Instrument sein, wenn es zu einer aktiven Vernetzung der bereits bestehenden Betreuungssysteme kommt und in weiterer Folge auch die pflegenden Angehörigen miteinbezogen werden. Damit verbunden ist eine vermehrte Einbeziehung der Lebensumwelt des Klienten: Wie sind die Wohnumfeldbedingungen beschaffen und in welchem Maße ist der Klient in ein soziales Netzwerk integriert? Welche persönlichen Vorstellungen hat er und wie kann er durch professionelle Dienste unterstützt werden?¹²⁶

Diese Vernetzung soll einerseits zu einer Qualitätsverbesserung der Pflegeleistung und andererseits zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch bessere Ausnutzung der Personal- und Sachressourcen führen.

Der Erfolg von Organisationen und Professionen ist auch im Pflegebereich vorherrschend auf Arbeitsteilung, Spezialisierung und Konkurrenz aufgebaut und nicht auf Kooperation und Integration. Diese fortschreitende Arbeitsteilung und Spezialisierung sowie die Vielfalt der Angebote erfordern auf der anderen Seite verstärkte Anstrengungen im Bereich der Kooperation und Integration zwischen den Systemen. Case-Management ist eine Antwort darauf.¹²⁷

¹²⁵ Vgl. OÖ. Landesrechnungshof (2010) 10.

¹²⁶ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 451.

¹²⁷ Vgl. Grossmann (2008) 5f.

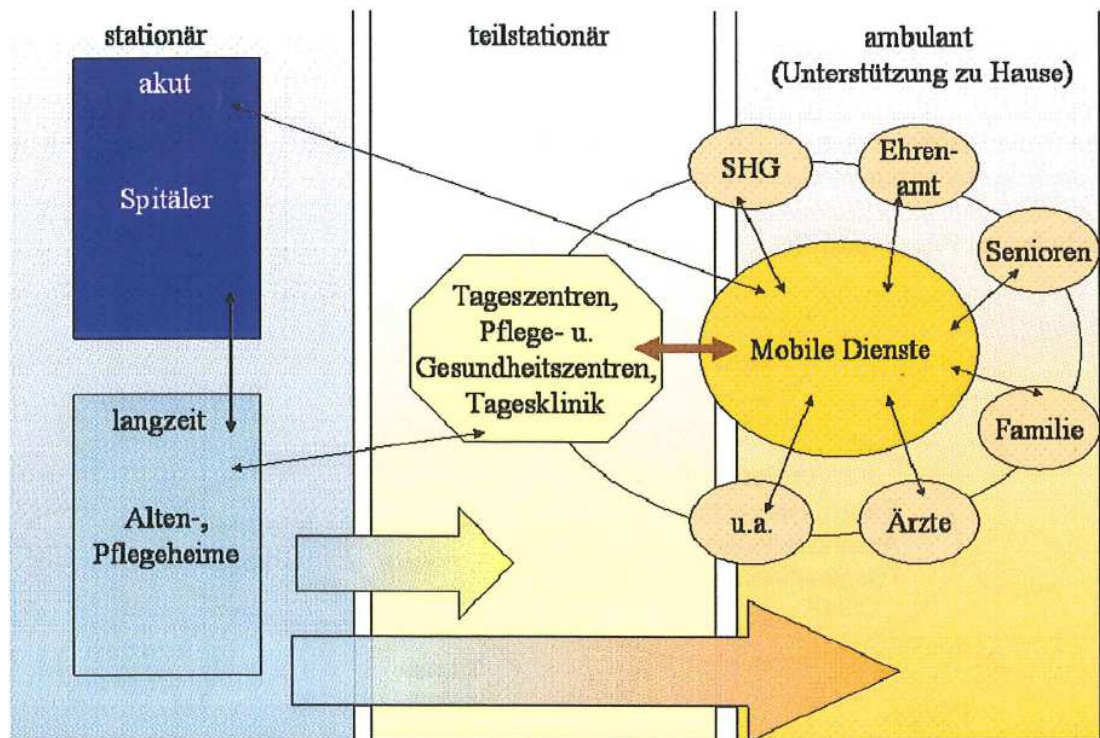


Abbildung 7 Integrierte Pflege- und Versorgungskette¹²⁸

Ein neues Betreuungs- und Begleitungskonzept für ältere Menschen muss auf drei Grundprinzipien ausgerichtet sein:¹²⁹

- die subjektive Perspektive der älteren Menschen
- Autonomie und Selbstbestimmung als ein wichtiger Faktor von Selbstständigkeit
- Lebensqualität als oberstes Prinzip aller Betreuungskonzepte

Die Herausforderung bei der Betreuung älterer Menschen soll darin bestehen, Unterstützung in einem Alltag zu geben, der sich nicht nach starren Regeln und eingeschränkten Möglichkeiten einer Institution orientiert, sondern an der Normalität des Lebens älterer Menschen.

In Zukunft werden sich sowohl Wettbewerb wie auch Kooperation dynamisch entwickeln und es gilt das Nebeneinander zu managen. Gerade in einem abgegrenzten Bereich wie der mobilen Hilfe und Pflege ist ein Kooperations-

¹²⁸ Abbildung entnommen aus: Seidl/Rappold/Walter (2006) 19.

¹²⁹ Seidl/Rappold/Walter (2006) 23.

prozess von Personen und Organisationen eine interessante Weiterentwicklung. Der Kauf von Leistungen in einer Marktbeziehung und die hierarchische Steuerung von Leistung bringen für viele Klienten und gesellschaftliche Problemlagen keine befriedigende Lösung. Case Management erfordert die Umstellung der Personen und Organisationen auf einen radikal anderen Modus des Organisierens und Verhaltens.¹³⁰

Case Management braucht Kooperation auf mehreren Ebenen.¹³¹

- **Auf der Ebene der Fallbearbeitung:** abgestimmtes kooperatives Handeln der Professionen.
- **Auf der Ebene der Dienstleistungsorganisationen:** in dem sie ihre interne Organisation auf diese Koordination und Kooperation ausrichtet und dementsprechend auch ihre Ressourcen und Strategien darauf abstimmt. (Kooperationen zwischen Organisationen und Organisationseinheiten)
- **Auf der Ebene der politisch-ökonomischen Systemsteuerung:** zwischen Politik, Verwaltung, Versicherern, Dienstleistungsorganisationen und professionellen Verbänden, um Rahmenbedingungen für diese Art von Leistung zu schaffen.

Weiters ist der Zusammenhang zwischen den Ebenen zu beachten. Case-Management hat immer auch eine Rückwirkung auf die eigene Organisation. Das Handeln einer Organisation nach außen, ihre Kooperationsfähigkeit ist immer eine interne Leistung, die von den internen Strukturen und Ressourcen abhängt. Ein solches internes Case-Management bietet den Klienten und den pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, hinsichtlich ihres Bedarfs beraten zu werden und schneller zu der für sie passenden Leistung zu gelangen. Eine Beratung umfasst zwangsläufig auch die Angebote anderer Organisationen, damit können einzelne Personen und Organisationen etwas erreichen, was sie alleine nicht schaffen würden. Die spezifischen Leistungen

¹³⁰ Vgl. Grossmann (2008) 6ff.

¹³¹ Grossmann (2008) 8f.

und Ressourcen der Anderen und ihre Komplementarität steigern die Attraktivität von Kooperationen.¹³²

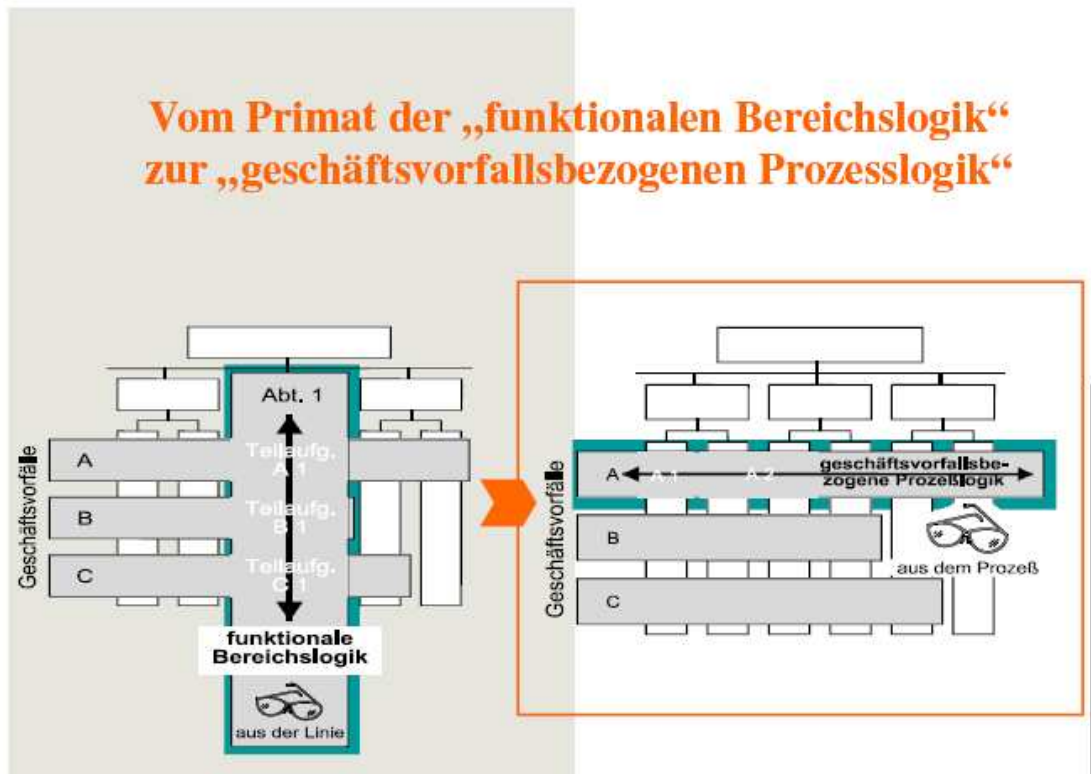


Abb.2 Prozesslogik¹³³

Erfolgskriterien für das Kooperieren von Organisationen:¹³⁴

- **Kooperation als eigenständiges soziales System zu konstituieren:** Grenzziehung und Identitätsbildung als Kernaufgaben, horizontale Steuerungs- und Beziehungslogik, Gleichzeitigkeit von Schließung im Kooperationssystem und Öffnung gegenüber Heimorganisationen, Wechselbeziehung zwischen struktureller Stabilisierung und Flexibilisierung
- **Die Leistung und Leistungsfähigkeit der Partner in den Fokus rücken**

¹³² Vgl. Grossmann (2008) 9ff.

¹³³ Abbildung entnommen aus: Grossmann (2008) 11.

¹³⁴ Vgl. Grossmann (2008) 17ff

- **Der Bedeutung der Personen und ihrer Beziehungen gerecht werden:** Glaubwürdigkeit und Vorbildwirkung von „Fahnenträgern“, Einfluss, Macht und Vertrauen sind relevante Faktoren (sozialpsychologische und gruppendynamische Sichtweisen haben Bedeutung), Freiräume in den Herkunftsorganisationen ermöglichen Gestaltungsspielräume im Kooperationssystem, strukturelle Instabilität erhöht die Personenorientierung, Engagement und kommunikative Kompetenz erforderlich
- **Den Business Case erarbeiten**
- **Ein kooperatives Steuerungssystem einrichten:** Leistungsfähigkeit durch offene und vertrauensvolle Kommunikation, kulturbildende Wirkung nach außen, ein gemeinsam kreierte Steuerungssystem definiert Ziele und entwickelt Spielregeln für Entscheidungen und Prozesse, nicht nur Top-Führungsebenen berücksichtigen, Unterschiede zu herkömmlichen Steuerungssystemen (horizontale Verteilung von Einfluss, Autonomie der Herkunftsorganisationen)
- **Die Kooperation managen:** Leadership und Management fallen auseinander, Koordination, Planung operative Steuerung, umsetzungsorientierte Unterstützung werden besonders wichtig, in der Managementzentrale gilt die „Allparteilichkeit“ als Prinzip, die Kernkompetenzen umfassen: Projektmanagement, Organisationsentwicklung, Kommunikation, Rollen und Partizipationsforen gestalten, Controlling
- **Die internen Voraussetzungen für Kooperation schaffen**
- **Übergreifende Teamarbeit betreiben**
- **Vertrauen als Basis für Kooperationen entwickeln:** Vertrauen ergibt sich bei Verzicht auf einseitige Interessensdurchsetzung, Vertrauen reduziert Unsicherheit und Komplexität, absorbiert Risiko, befreit von Starrheit und fördert Kreativität, Vertrauensgewinn durch offenen, durchlässigen Kommunikationsstil und Einsatz des Managements für Kooperation auch in „schwierigen Zeiten“

- **Die Rolle der Politik in Kooperationen**
- **Organisationsberatung als allparteiliche Expertise gezielt nutzen**

4.2.7 Optimale Positionierung der Koordinatorinnen für Betreuung und Pflege im SHV Freistadt

Durch optimales Case-Management werden sowohl die Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgungsdienste als auch die Versorgungsstrukturen sowie die Lebensqualität der Klienten deutlich verbessert. Neben der individuellen Betreuung jedes einzelnen Falles ist auch besonderes Augenmerk auf die Systemsteuerung zu legen, denn je besser die Kooperation auf der Systemebene funktioniert, desto weniger Case Management ist auf der Fallebene notwendig.¹³⁵

Dem Sozialhilfeverband Freistadt soll durch die Installation einer Stelle für Koordination für Betreuung und Pflege (KBP) ein Instrument zur Verfügung gestellt werden, das den Verantwortungsträgern im Sozialhilfeverband eine Steuerung ermöglicht bzw. erleichtert. Ziele und Aufgaben der KBP sind:¹³⁶

Sicherstellung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Leistung

- Bezirksweite Vernetzungsarbeit der Schnittstellen im Sozial- und Gesundheitsbereich
- Optimierung der Prozesse
- Sicherstellen eines landesweit einheitlichen und flächendeckenden Leistungsniveaus
- Mitwirken an der Steuerung eines bedarfsgerechten Ausbaues
- Case-Management im Einzelfall
- Mitwirkung an der (regionalen) Sozialplanung
- Koordination/Vernetzung

¹³⁵ Vgl. Klie (2008)26.

¹³⁶ Vgl. Amt der OÖ. Landesregierung (2009) 7ff.

Das Einsatzgebiet erstreckt sich sowohl auf die Bereiche der mobilen Betreuung und Hilfe, der Hauskrankenpflege als auch auf die Langzeitpflege in den Alten- und Pflegeheimen.¹³⁷

Die vorgesehene Stelle für KBP ist vom Aufgabengebiet her vergleichbar mit dem Case-Management in der IAP Ludesch. Auch die ländliche Struktur der Gemeinde Ludesch mit etwa 3.200 Einwohnern ist mit der Struktur der Mitgliedsgemeinden des Sozialhilfeverbandes Freistadt durchaus vergleichbar.

Das Case-Management nimmt in der IAP Ludesch eine sehr zentrale Rolle ein und ist für die Organisation und den Ablauf der Pflege- und Betreuungsprozesse von großer Bedeutung. Um der Stelle für KBP den erwarteten Erfolg zu ermöglichen, sollten aus der Praxis der IAP Ludesch folgende Punkte beachtet werden:

- Ein wesentliches Erfolgsrezept für die ausgezeichnete Vernetzung in der IAP Ludesch besteht darin, dass die Kompetenzen klar auf den Bereich der Pflege und Betreuung alter Menschen abgegrenzt sind. Auf dieser Basis bestehen sofort fachliche Übereinstimmungen, die eine formelle und informelle Kooperation erleichtern.
- Es spricht für eine hohe Bürgerfreundlichkeit und eine straffe Organisation, dass das Sozialzentrum Ludesch als einzige Ansprechstation für alle Betreuungs-, und Pflegemaßnahmen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich fungiert. Dies ist jedoch unmöglich, wenn eine Stelle für KBP für einen ganzen Sozialhilfeverband mit 27 Gemeinden und ca. 65.000 Einwohnern installiert wird. Es ist daher sehr darauf zu achten, dass mit dieser Stelle nicht eine weitere Parallelstruktur zu den bereits bestehenden Organisationen, wie Sozialberatungsstellen, Überleitungspflege, Sozialmedizinische Betreuungsringe, Gemeindeämter, Hausärzte und schließlich dem Sozialhilfeverband selbst, entsteht, deren Haupttätigkeiten sich in Berichts- und Kontrollaufgaben erschöpfen und für wertschöpfende Maßnahmen wie Prozessoptimierungen keine Zeit mehr bleibt.

¹³⁷ Vgl. Amt der OÖ. Landesregierung (2009) 13.

Gründe, warum in Gebieten mit ländlichen Strukturen das Case-Management für Betreuung und Pflege von alten Menschen in den regionalen Altenheimen angesiedelt werden sollte, sind:

- Aufbau auf bereits vorhandenem Fachwissen
- Verwendung bestehender Infrastruktur und Ressourcen
- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- entsprechende regionale und persönliche Nähe zu den ambulanten Klienten, den pflegenden Angehörigen und den freiwilligen Hilfsdiensten einerseits und den Professionisten und akuten Pflegestationen andererseits
- gute Kenntnisse der Lebenssituationen vor Ort
- überschaubarer Zuständigkeitsbereich

In der IAP Ludesch wird der Umfang des Pflegebedarfs durch das Case-Management, bestehend aus dem ärztlichen Leiter, der Pflegedienstleitung und dem Leiter des Sozialzentrums, festgelegt.

Der Sozialhilfeverband Freistadt hat mit der Durchführung der Hauskrankenpflege das Österreichische Rote Kreuz beauftragt, das gleichzeitig auch den Pflegebedarf festlegt. Bei dieser Konstellation besteht die Gefahr, dass nicht nur Bedarf gedeckt, sondern auch geweckt wird.

4.2.7 Neudefinition der Rolle von Alten- und Pflegeheimen

Alten- und Pflegeheime sind mit einem steigenden Bedarf an medizinischem und pflegerischem Know-how konfrontiert.¹³⁸ In Oberösterreich fehlt aus der Sicht von Experten ein Zwischenglied zwischen Krankenhaus und Heim, das für schwer pflegebedürftige und mehrfach behinderte Menschen eine Langzeitbetreuung anbietet.¹³⁹ Zu dieser wachsenden Zielgruppe zählen hoch betagte psychisch Kranke, Alzheimerpatienten, die spezielle Betreuung benöti-

¹³⁸ Vgl. Modulbericht [A]: Heimleitungen 2008 CH; Modulbericht A2: Leitung Pflege APH (2008) MM (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 124.

¹³⁹ Vgl. Modulbericht [BI]: Ärzte/Ärztinnen KH (2008) MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009)135.

gen, sowie ältere behinderte Menschen. Nach Einschätzungen von Interviewpartnerinnen aus dem Krankenhaus können die Alten- und Pflegeheime in ihrer derzeitigen Struktur die Anforderungen dieser Klienten nicht adäquat bewältigen.¹⁴⁰

Teilstationäre Einrichtungen wie Tageszentren, ambulante Pflegezentren, ambulante medizinisch-therapeutische Interventionszentren sind in Österreich sehr unterrepräsentiert.¹⁴¹

Kurzzeitpflegeplätze sollen pflegende Angehörige phasenweise entlasten.¹⁴² Diese sollen damit die Möglichkeit erhalten, Urlaub von der Pflege zu nehmen und die pflegebedürftigen Angehörigen in dieser Zeit professionell versorgt zu wissen. In der Praxis wird dieses Angebot der Kurzzeitpflege genutzt, um die akute Nachfrage nach Heimplätzen zu entschärfen und zukünftige Heimbewohnerinnen bis zur Genehmigung des Heimplatzes aufzufangen.¹⁴³ Gegen die Kurzzeitpflege als Zwischenlösung sprechen die Kosten in Höhe von 80 bis 120 Euro, die die Betroffenen bzw. Angehörigen pro Tag leisten müssen.¹⁴⁴

Immer mehr wird neben der „Rundumversorgung“ in Heimen auch eine individuell angepasste Betreuung in den verschiedenen Wohnformen notwendig. Altenheime sollten sich zu regionalen Kompetenzzentren in Sachen Pflege und Betreuung alter Menschen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich entwickeln. Solche überschaubare Einheiten bilden die besten Voraussetzungen zur Vernetzung aller Pflegedienstleistungsanbieter und zur Bildung effizient und effektiv arbeitender interdisziplinärer Teams. Die regionale Nähe ermöglicht auch eine bessere Einbindung der Zivilgesellschaft, zumal Ehrenamtliche einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der zukünft-

¹⁴⁰ Vgl. Modulbericht [BI]: Ärzte/Ärztinnen KH (2008)MM(zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 136.

¹⁴¹ Vgl. Seidl/Rappold/Walter (2006) 20.

¹⁴² Vgl. Mayr/Lehner (2009) 137.

¹⁴³ Vgl. Modulbericht [A2]: Leitung, Pflege APH (2008) (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 138.

¹⁴⁴ Vgl. Modulbericht [BI]: Ärzte/Ärztinnen KH (2008)MM; Modulbericht [B3]: Pflege KH (2008) CH; Modulbericht [B4]: Entlassungsmanagement KH (2008) CH; Modulbericht [F]: Experten/Expertinnen (2008) MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 138.

tigen Herausforderungen in der Pflegedienstleistung erbringen können. Einrichtungen und Dienste, die engagiert und motiviert für ein angenehmes und selbst bestimmtes Wohnen und gute Betreuung im Alter sorgen, sind viel mehr als einfach nur „Heimbetreiber“.

4.2.8 Überdenken der Finanzierungsstruktur

Zur erfolgreichen Etablierung eines qualitativ hochwertigen Betreuungsnetzwerkes bedarf es auch einer gesicherten Finanzierung.

Die derzeitige duale Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems wird als wesentliche Hürde bei der Verbesserung der Betreuungsqualität durch systemübergreifende Leistungstransfers wahrgenommen.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Vgl. Modulbericht [F]: Experten/Expertinnen (2008) MM (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 68.

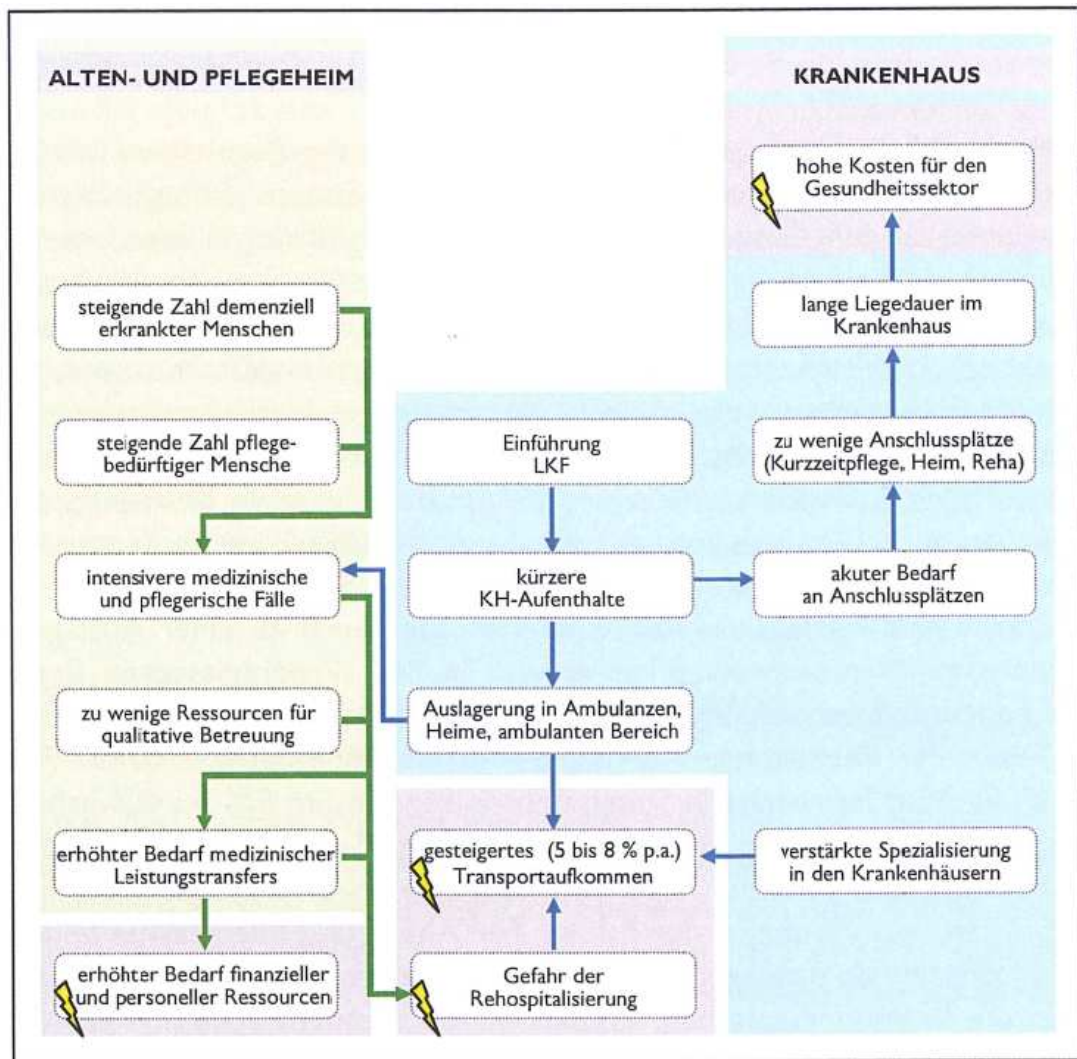


Abbildung 8 Wechselwirkungen im Gesundheits- und Sozialsystem¹⁴⁶

Aufgrund dieser Struktur ist der Anreiz groß, die Kosten möglichst dem anderen Sektor zuzuschieben. Im Hinblick auf eine effektive und effiziente Klientenversorgung wäre eine Finanzierung aus einem Topf anzustreben.¹⁴⁷

Im Sinne einer wirkungsorientierten Verwaltung soll eine gemeinsame Ergebnis- und Ressourcenverantwortung angestrebt werden. Dadurch könnte unternehmerisches Handeln gefördert werden. Die Kosten für die Hauskran-

¹⁴⁶ Abbildung entnommen aus: Mayr/Lehner (2009) 68.

¹⁴⁷ Vgl. Modulbericht [B2]: Leitung Pflege KH 2008 MM. (zit. nach: Mayr/Lehner 2009) 68.

kenpflege trägt beispielsweise der OÖ. Gesundheitsfonds, während die Ergebnisverantwortung bei den regionalen Trägern sozialer Hilfe liegt.¹⁴⁸

4.2.9 Schaffung menschenfreundlicher Wohnumwelten

Die Anforderungen an das Leben und Wohnen im Alter haben eine Dynamik erreicht, die den rasanten wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen in nichts nachstehen. Das Leben und Wohnen im Alter ist aus einer Randzone der Gesellschaft ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Wir bauen und wohnen behindertengerecht und haben weitreichende Kommunikations- und Organisationsstrukturen zur Verfügung. Derzeit gebauter Ausdruck sind Altenwohn- und Pflegeheime, Seniorensiedlungen, Patientenhoteles und verschiedene Formen betreuten Wohnens.

Die Wohnmöglichkeiten alter Menschen spielen eine bedeutende Rolle, zumal Menschen jenseits von 80 Jahren, den überwiegenden Teil ihres Lebens (etwa 80%) in den „eigenen“ vier Wänden verbringen.¹⁴⁹ Der Vielzahl an Wohnbedürfnissen von älteren Menschen stehen heute noch immer nicht genügend vielfältige Wohnformen mit überzeugender Realisierungschance gegenüber.¹⁵⁰ Wohnraumanpassungen können zu einer bedeutsamen Steigerung der Selbständigkeit älterer Menschen sowie zur Entlastung von Angehörigen führen. Gerade weil ältere Menschen eine sehr hohe emotionale Bindung an ihre Wohnung haben, sollte das präventive Potenzial von Wohnanpassungsmaßnahmen noch stärker genutzt werden. Defizite alternder Menschen können vermehrt durch technisch unterstützte Wohnungen kompensiert werden.¹⁵¹

Große Wachstumspotenziale versprechen Wohnungen und Wohnanlagen, die in Verbindung mit individuell zugeschnittenen Dienstleistungen vermietet werden, das geht vom Hausnotruf über Reinigungs- und Essensservice bis

¹⁴⁸ Vgl. OÖ. Landesrechnungshof (2010) 7.

¹⁴⁹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 407.

¹⁵⁰ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 410f.

¹⁵¹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 424.

zu Pflegediensten unterschiedlicher Intensität. Eine intelligent gestaltete Wohnung bzw. Wohnform kann dazu beitragen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben.

4.2.10 Schaffung geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingen

Die durchschnittlichen regionalen Versorgungsquoten aus den Jahren 2001 bis 2004 verteilen sich wie folgt:

| Sozialhilfe verband | Mobile Betreu- ung und Hilfe | Hauskranken pflege | Alten- und Pfl- geheime |
|--------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Freistadt | 9,9% | 12,7% | 10,1% |
| Linz Stadt | 21,8% | 13,1% | 18,3% |

Tabelle 8 Regionale Versorgungsquoten Schnitt 2001-2004¹⁵²

Während von den Einwohnern im Wirkungsbereich des Sozialhilfeverbandes Freistadt in den Jahren 2001 bis 2004 durchschnittlich 32,7% der betreuten Pflegebedürftigen die mobile Betreuung und Hilfe, Hauskrankenpflege oder Alten- und Pflegeheim in Anspruch genommen haben, liegt für den Bereich Linz-Stadt dieser Prozentsatz bei 53,1%, für Steyr Stadt bei 52,4%, während er im Sozialhilfeverband Urfahr-Umgebung wieder auf 34,4% absinkt.¹⁵³

Dies zeigt, dass es in den Gemeinden des Bezirkes Freistadt,

- mit noch relativ hoher landwirtschaftlicher Struktur,
- vielen Auspendlern,
- einer geringen Anzahl von Migranten
- und einer hohen sozialen Kompetenz der Bewohner,

anderer Strukturen bedarf, als in Großstadtbezirken. Zu enge gesetzliche Rahmenbedingungen und Vorschriften können zu Ineffizienzen in der Betreuung und Pflege von älteren Menschen führen, weil auf regional vor-

¹⁵² Daten entnommen aus: Amt der ö. Landesregierung (2007a) 19.

¹⁵³ Vgl. Amt der ö. Landesregierung (2007a) 19.

handene Ressourcen, wie noch vorhandene Familienverbände, Arbeitskräfte, Nachbarschaftshilfe, und Ehrenamtlichkeit nicht zugegriffen werden kann.

Pflegedienstleistungen erfüllen gesetzliche Aufträge und müssen sich an bestehende Normierungen halten. Die Gesetzgebung und Verwaltung ist jedoch gefordert, voraus denkend neue Entwicklungen zu erkennen und rechtzeitig die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit neue Prozessentwicklungen nicht behindert oder gar verhindert werden. Auch Gesetze haben keine andere Funktion als den Menschen in einer Gesellschaft zu dienen. Aus der bisherigen „Produktionsorientierung“ ist es die Verwaltung gewohnt, alle Menschen unterschiedslos zu behandeln, egal welche Voraussetzungen sie mitbringen. Aus Sicht der Kunden- und Bürgerorientierung und der Rolle der ganz und gar nicht gleichartigen Klienten im Pflegebereich erscheint eine Gleichbehandlung im bisherigen Sinne nicht erstrebenswert und gerecht. Denn es wird auch dann gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßen, wenn Ungleiches gleich behandelt wird.¹⁵⁴

4.2.11 Neudenken von Kontrolle

Die Beschaffenheit, Güte, Eigenschaft und der Wert einer Dienstleistung wird unter dem Begriff „Qualität“ zusammengefasst.¹⁵⁵

Im alltäglichen Sprachgebrauch steht „Qualität“ für „Hochwertigkeit“. Was jedoch als „hochwertig“ empfunden wird, ist individuell verschieden und ein subjektives Urteil. Das Ergebnis drückt sich in den Änderungen des Zustandes von Personen oder Objekten aus. Die Immaterialität von Dienstleistungen erschwert im Vergleich zu Sachleistungen, die Messung ihrer Qualität, die Ermittlung ihrer Erstellungskosten und die Anwendbarkeit von Service Level Agreements. Es lassen sich beispielsweise die Freundlichkeit des ausführenden Personals oder die Fähigkeit von Mitarbeitern zur vertrauensvollen, kooperativen Zusammenarbeit mit den Klienten nicht quantifizieren. Es gibt nur wenige, relativ objektive Parameter zur Beurteilung der Qualität von

¹⁵⁴ Vgl. Zuberbühler (2006), 91.

¹⁵⁵ Vgl. Zuberbühler, (2006) 74.

Dienstleistungen. Besonders im Pflegebereich sind die Beiträge der externen Faktoren individuell sehr verschieden, wechselhaft, schwer voraussagbar und deshalb nur sehr bedingt standardisierbar.¹⁵⁶

Case Management erstellt die Leistungsprozesse nicht unter dem Primat der funktionalen Bereichslogik, sondern nach der geschäftsvorfallsbezogenen Prozesslogik und ermöglicht so die Leistungsprozesse aus der Klientenperspektive zu betrachten und zu gestalten. Das gilt sowohl für organisationsinterne Kooperationen als auch für die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Die Leistungsprozesse liegen quer zu Professions- und Organisationsgrenzen. Die Kooperationen zwischen Organisationen reichen in alle beteiligten Organisationen hinein und sind nachhaltig nur mit begleitender interner Entwicklung zu realisieren. Die konsequente Ausrichtung an der Klientenperspektive ermöglicht den Organisationen das Angebot an Dienstleistungen abzustimmen und die internen Prozesse darauf auszurichten.¹⁵⁷

Die Prozesssicht orientiert sich an den gewünschten Ergebnissen der Dienstleistung und den Bedürfnissen der Klienten. Damit erhöht sich einerseits die Verantwortung der einzelnen Mitarbeiter, andererseits wird die Möglichkeit, sich hinter Vorgesetzten und Zuständigkeiten zu verstecken, verringert. Das führt auch zu veränderten Anforderungen an Art und Umfang der Aufsichtskultur. Das Prozessmanagement erfordert mehr eine Ergebnisaufsicht als eine Rechtsaufsicht.¹⁵⁸

Vor allem bei Dienstleistungen die von Menschen an Menschen erbracht werden, spielen die weichen Faktoren für das Hervorrufen von Klientenzufriedenheit eine entscheidende Rolle. Hohe Ansprüche und Erwartungen an Dienstleister sind meistens mit individuellen Problemlösungen für den Klienten verbunden. Standardisierungen der Ergebnisse sind daher nur sehr bedingt möglich und sollten sinnvoller Weise keinesfalls dem übergeordneten Ziel der Klientenzufriedenheit entgegenwirken.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Vgl. Burr (2006), 39.

¹⁵⁷ Vgl. Grossman (2008) 12.

¹⁵⁸ Vgl. Seidel (2009) 8ff.

¹⁵⁹ Vgl. Mörschel/Beyer (2004) 13f.

4.3 Welche Auswirkungen können erwartet werden

Das Modell der IAP Ludesch folgt sehr deutlich dem Subsidiaritätsprinzip, das besagt, dass Probleme vorzugsweise dort zu lösen sind, wo sie entstehen, bzw. dass größere soziale Einheiten erst dann für Problemlösungen zuständig sind und unterstützend tätig werden, wenn die jeweils kleineren sozialen Einheiten nicht zu einer selbstständigen Lösung in der Lage sind.¹⁶⁰

4.3.1 Optimale Nutzungsmöglichkeiten der regional vorhandenen Humanressourcen

Damit wird gleichermaßen die Nutzung bestehender Problemlösungspotenziale des Einzelnen, der Familie, der Kommune, usw. durch Förderung von Eigenverantwortung, sowie die Verpflichtung übergeordneter sozialer Einheiten im Bedarfsfalle unterstützend tätig zu werden, betont. Ein bedeutendes Moment des Subsidiaritätsgedankens ist, dass die natürlich gewachsenen Netzwerke in vielen Bereichen des öffentlichen und vor allem auch des gemeinschaftlichen sozialen Lebens ein höheres Maß an Produktivität und Kreativität entfalten können, als Kommune und Staat.¹⁶¹

In Folge der höheren Lebenserwartung verlängert sich die dritte Lebensphase. Eine steigende Zahl von Alleinlebenden steht vor der Aufgabe, sich nach der Erwerbsphase neue Lebensinhalte zu suchen und Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe zu sichern. Die produktive Phase des Berufslebens verdichtet sich auf einen immer kürzer werdenden Zeitabschnitt im mittleren Lebensalter. In diesem Abschnitt sind auch die Belastungen der Familienphase zu bewältigen. Angesichts dieser Dynamisierung des Lebenslaufs kommt den Lebensphasenübergängen und der damit verbundenen Neuorientierung eine wichtige Bedeutung zu. Im Zusammenhang mit dem Gebur-

¹⁶⁰ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 369.

¹⁶¹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 387.

tenrückgang und der steigenden Lebenserwartung gewinnt „lebenslanges Lernen“ auch dahingehend an Relevanz, dass es gilt, die Potenziale „Junger Alter“ als Humankapitalressource zu entdecken um die Lücken zu füllen, die durch geburtenschwache Jahrgänge entstehen. Bildungspolitik für ältere Menschen wird auch unter dem Nützlichkeitsaspekt zu betrachten sein und kann durchaus zur Erhöhung der Lebensqualität beitragen, weil das subjektive Befinden des Menschen von der aktiven Teilhabe abhängig ist, die aber wiederum Lernen voraussetzt.¹⁶²

Ständig neue Erkenntnisse führen aber auch zu immer wieder neuen Erfahrungen und zu einer Verkürzung der Halbwertszeit von Erfahrungswissen. Mit dieser Entwicklung schwindet auch die Beratungskompetenz, weil nur durch Lebenserfahrung der Aufbau dieser Fähigkeit, beraten zu können, möglich wird. Damit wird aber auch die Möglichkeit in Frage gestellt, im Generationenverhältnis Erfahrungen weitergeben zu können, weil sie im beschleunigten gesellschaftlichen Wandel immer schneller veraltern.¹⁶³ Lernen im Alter bedeutet nicht primär Aufnahme von neuem bisher unbekanntem Wissen und Können, sondern meist Umstrukturierung und Aktualisierung von bereits Vorhandenem.¹⁶⁴ Die heute älteren Menschen sind im Vergleich zu früheren Generationen mit den Potenzialen Gesundheit, Bildung, finanzielle Ressourcen und Zeit besser ausgestattet und sollten daher auch besser in der Lage sein, verantwortungsvolle Aufgaben in der Gesellschaft zu übernehmen.¹⁶⁵

4.3.2 Optimale Nutzungsmöglichkeiten der regional vorhandenen Raumressourcen

Die bereits in Bau befindliche Erweiterung des Pflegezentrums Ludesch sieht 19 Langzeitbetten, 7 Kurzzeitpflegeplätze, 4 Betreuungsplätze und 9 Seniorenwohnungen vor. Diese Erweiterung soll im Jahre 2011 in Betrieb gehen

¹⁶² Vgl. Buchen (2008), 96ff.

¹⁶³ Vgl. Brinkmann (2008) 116f.

¹⁶⁴ Vgl. Brinkmann (2008) 127.

¹⁶⁵ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 376.

und als Pflegezentrum für das gesamte Große Walsertal mit etwa 10.650 Einwohnern dienen. Der Anteil an 79jährigen und noch älteren Bewohnern liegt in den Gemeinden des Großen Walsertals bei 3,73% das sind konkret 397 Personen.¹⁶⁶

Bei Anwendung des öö. Berechnungsschlüssels (je 100 über 79jährige Menschen 20,3 Heimplätze) müssten im Sozialzentrum Ludesch 81 Pflegeplätze für die Bewohner des Großen Walsertals vorgesehen werden. Der Bedarfsplan von Ludesch sieht jedoch vor, dass mit nur 30 Plätzen (37%) das Auslangen gefunden wird.

Das Große Walsertal ist von seiner ländlichen Struktur her vergleichbar mit dem Gebiet der Mühlviertler Alm im Bezirk Freistadt.

Die zehn Mitgliedsgemeinden des Verbandes Mühlviertler Alm zählen zusammen 15.820 Einwohner, davon sind 766 (4,84%) über 78 Jahre alt.¹⁶⁷ Daraus errechnet sich ein Pflegebettenbedarf von 156 Betten, der sich aufgrund der demographischen Entwicklung bis zum Jahre 2015 um weitere 13 Betten erhöht.

Derzeit ist in der Region Mühlviertler Alm ein Altenheim mit 75 Betten vorhanden und ein weiteres mit 40 Betten in Planung. Eine sukzessive Umstellung auf das Modell der IAP Ludesch könnte den prognostizierten zusätzlichen Bettenbedarf nicht nur abfangen, sondern auch die Möglichkeit schaffen, freie Kapazitäten in Kurzzeitpflegebetten und Tagesbetreuungsplätze umzuwandeln, sodass über Jahre hinaus in kein neues Raumangebot mehr investiert werden müsste. In gleicher Weise könnten auch alle anderen Pflegeheime des Sozialhilfeverbandes Freistadt zu regionalen Betreuungsstationen umgewandelt werden. Lediglich in Freistadt und Pregarten ist auf den doch schon eher städtischen Charakter Rücksicht zu nehmen. Eine Umorganisation der Altenbetreuung nach dem Vorbild der IAP Ludesch könnte dem Sozialhilfeverband Freistadt langfristig Investitionskosten für die Ausweitung des Pflegebettenangebotes ersparen.

¹⁶⁶ <http://www.statistik.at/blickgem/index.jsp> (Stand 9.3.2010)

¹⁶⁷ <http://www.statistik.at/blickgem/index.jsp> (Stand 9.3.2010)

4.3.3 Harmonische Vernetzung durch Schaffung von fachlich und räumlich überschaubaren Strukturen

Eine wirkungsvolle Verknüpfung setzt eine zentrale Koordination der Bereiche für Gesundheit und Soziales voraus, die bereits bei den derzeit nebeneinander agierenden Berufen wie Case-Management, Überleitungspflege, Sozialberatung etc. beginnen muss.¹⁶⁸

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien können dazu wertvolle Dienste leisten. Durch ein ebenfalls integriertes Pflegeinformationssystem müsste es gelingen, die Kommunikationsprozesse an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen dermaßen zu optimieren, dass pflegerelevante Informationen für die verschiedenen Versorgungsbereiche zum richtigen Zeitpunkt in effektiver und effizienter Weise zur Verfügung stehen. Klienten werden nicht mehrfach zu denselben Themen befragt, vorhandene Daten müssen nicht erneut erhoben werden, Fehlerquellen werden reduziert und die Qualität der Betreuung verbessert sich durch unmittelbare Verfügbarkeit von Informationen.¹⁶⁹

Von einer Vernetzung der Sozial- und Gesundheitsleistungen in der Altenbetreuung können folgende positive Auswirkungen erwartet werden:¹⁷⁰

- stetige Verbesserung von Schnittstellen durch Feedbackschleifen
- fließender Übergang zwischen mobilen Diensten, Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtung durch Bildung interdisziplinärer Betreuungsteams
- Druckverringerung in den einzelnen Bereichen
- klare Regelungen von Zuständigkeiten, - die Professionals werden nicht parallel mit den gleichen Aufgaben befasst
- Einsparung ineffizient eingesetzter Ressourcen
- Verbesserung des Informationsaustauschs

¹⁶⁸ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 146.

¹⁶⁹ Vgl. Perhab (2007) 14.

¹⁷⁰ Vgl. Modulbericht [A2]: Leitung Pflege APH 2008 MM; Modulbericht [F]: Experten/Expertinnen 2008, MM.; Vgl. Mayr/Lehner (2009) 146.

- Verknüpfung vielfältiger Kompetenzen zu einer einzigen Anlaufstelle für die Betroffenen

4.3.4 Bessere Klientenorientierung bei gesteigerter Wirtschaftlichkeit

Durch den Transfer medizinischer Leistungen hin zu den Menschen in den Alten und Pflegeheimen könnten dislozierte Ambulanzen mit optimaler medizinischer Versorgung am „Point of Care“ geschaffen werden. Der ökonomische Nutzen solcher Transfers von medizinischen Leistungen lässt sich wie folgt begründen:¹⁷¹

- Bei einer Visite werden mehrere Bewohner/innen untersucht, anstatt diese einzeln zum jeweiligen Facharzt zu transportieren.
- Medikamenteneinstellungen können vor allem bei Menschen mit Demenz vor Ort gezielter vorgenommen werden.
- Krankenhausaufenthalt kann präventiv entgegengewirkt werden, indem etwaige Verschlechterungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkannt werden.
- Bei Liaisondiensten wird auch das Pflegepersonal mitinformiert und beraten.

4.3.5 Wirtschaftsfaktor für eine Region

Noch nie hatten die Menschen eine so lange nachberufliche Lebensphase wie heute.¹⁷² Alte Menschen sind längst nicht mehr nur dankbare Nutzer und Objekte von öffentlich bereitgestellten sozialen und pflegebezogenen Dienstleistungen.¹⁷³ Sie sind ernst zu nehmende Konsumenten, die etwas auf dem Markt bewegen und verändern können, ein wirtschaftlicher Wachstumsmotor

¹⁷¹ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 150.

¹⁷² Vgl. Kruse/Wahl (2010) 430.

¹⁷³ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 429.

bei der Schaffung von Arbeitsplätzen und die Wirtschaftskraft des Alters hat sich als unübersehbarer, breit gestreuter Marktfaktor etabliert. Die Palette der Technikangebote zur Stützung von Altersdefiziten, Aspekte der Pflege und Rehabilitation, der Ernährung, der Wohnformen und der Nutzung der Kultur sind längst noch nicht ausgereizt und bieten große Entwicklungsmöglichkeiten für zukünftige Marktpotenziale.¹⁷⁴

Vieles spricht dafür, dass in Zukunft ältere Menschen sehr viel mehr in die Erhaltung ihrer Gesundheit und in Präventionsangebote investieren werden.¹⁷⁵

Warum sollten nicht ältere Personen von den Zentralräumen wieder in periphere Gebiete siedeln um hier ihre Ruhe und Erholung zu finden, wohl wissend, dass sie im Bedarfsfalle dort ein auf ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse perfekt abgestimmtes Pflegesystem vorfinden? Diese Regionen könnten auf diese Weise den mangels an Arbeitsplätzen bedingten Wegzug junger Personen kompensieren, und zugleich neue Arbeitsplätze im Pflege- und Betreuungsbereich schaffen.

Der Sozialhilfeverband Freistadt ist mit über 300 Beschäftigten schon jetzt neben dem Landeskrankenhaus Freistadt der zweitgrößte Arbeitgeber im Bezirk Freistadt.¹⁷⁶

Auch die anspruchsvolle Aufgabe der praktischen und nachhaltigen Vermittlung von Wissen über das Altern selbst, sowie über die Pflege und Betreuung der Klienten und deren Angehörige kann ein interessanter arbeitsmarktpolitischer Impuls für eine ganze Region sein.

¹⁷⁴ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 432.

¹⁷⁵ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 434.

¹⁷⁶ Auskunft SHV Freistadt, Ehrenmüller Josef v.10.3.2010

4.4. Schlussfolgerungen

Unterschiedliche Lebensphasen stellen den Menschen bis ins hohe Alter immer wieder vor neue Herausforderungen und Zumutungen, die bewältigt werden müssen. Vor allem Übergangsphasen wie z.B. vom Beruf in den Ruhestand können krisenhaft verlaufen, weil neue Identitätsstrukturen aufgebaut werden müssen. Im letzten Drittel des Lebens wird der Mensch zunehmend mit Grenzfragen menschlichen Seins, den eigenen physischen und psychischen Grenzen bis hin zu Fragen des eigenen Todes betreffend, konfrontiert.¹⁷⁷

Ein auch im Alter engagierter Lebensstil trägt zur Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und damit zu einer selbstbestimmten Lebensführung bei.¹⁷⁸ Ältere Menschen wollen nicht nur Empfänger sozialer Leistungen sein, sondern mit ihren Potenzialen ihr Umfeld mit gestalten.¹⁷⁹

In der Regel kommen Personen im hohen Alter von 82 bis 86 Jahren in ein Pflegeheim. Seit Einführung der diagnosebezogenen Krankenanstaltenfinanzierung werden Patienten aus dem Krankenhaus relativ frühzeitig in das Pflegeheim entlassen. Alten- und Pflegeheime entwickeln sich zunehmend zu Krankenheimen.¹⁸⁰

Besonders das Versorgungssystem rund um den chronisch kranken älteren Menschen bedarf einer effizienten Steuerung.¹⁸¹ Obwohl ein positiver Trend in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie Rehabilitationseinrichtungen zu erkennen ist, werden die Übergänge nach wie vor eher als Schnittstellen, denn als Nahtstellen empfunden.¹⁸² Innovative Ansätze zur Vernetzung scheitern häufig an strukturellen, finanziellen oder rechtlichen Hürden. Mangelnde Integration und Systemegoismen

¹⁷⁷ Vgl. Buchen (2008), 108f.

¹⁷⁸ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 377.

¹⁷⁹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 385.

¹⁸⁰ Vgl. Freisleben-Teutscher 2008 (zit. nach: Mayr/Lehner 2009 21f.)

¹⁸¹ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 51.

¹⁸² Vgl. Mayr/Lehner (2009) 140.

führen zu Versorgungslücken und einem Hin- und Herschieben multimorbider Menschen zwischen den einzelnen Versorgungssystemen. Die beteiligten Partner bringen neben unterschiedlichen Zuständigkeiten auch individuelle Interessen und Motive zur Machterhaltung in das System ein, was zu einer reformresistenten Haltung innerhalb der Institutionen, Berufsgruppen und von Einzelpersonen führt.¹⁸³ Der Problemdruck auf die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem hat zu einem Wildwuchs an Koordinationsangeboten geführt, ineffiziente Parallelstrukturen sind entstanden, die selbst wiederum Schnittstellen erzeugen und kaum zur Qualitätsverbesserung der Versorgungssysteme beitragen können.¹⁸⁴

Die systemübergreifende Zusammenarbeit wird von vielen Seiten gewünscht, jedoch nur sehr selten erfolgreich praktiziert.¹⁸⁵ Eine Ursache dafür liegt in der Unterschätzung der Besonderheiten und Herausforderungen von institutionsübergreifenden Kooperationen.¹⁸⁶

Ein Ausweg aus diesem Dilemma wäre, den Klienten im Sinne einer prozessorientierten Sicht ins Zentrum des Versorgungsgeschehens zu stellen.

Prozessorientierte Strukturen zeichnen sich dadurch aus, dass Kompetenzen, Steuerung und Kontrolle möglichst weit nach unten verlagert sind.¹⁸⁷ Die ausführenden Mitarbeiterinnen verfügen über hohe Entscheidungskompetenzen, während die Führungskräfte sie im Selbstmanagement bestärken. Linienverantwortliche werden durch teilautonome Teams und Projektgruppen entlastet. Mehrplatzfähigkeit der Mitarbeiterinnen hat sehr hohen Stellenwert.

Die Prozesssicht orientiert sich an den gewünschten Ergebnissen der Dienstleistung und den Bedürfnissen der Klienten. Damit erhöht sich die Verantwortung der einzelnen Mitarbeiter. Eine bewusste Einnahme der Klientensicht erhöht das Verständnis für das Prozessdenken und forciert das Querdenken.¹⁸⁸

¹⁸³ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 51.

¹⁸⁴ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 152.

¹⁸⁵ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 45.

¹⁸⁶ Vgl. Santen/Seckinger (2005) 201f.

¹⁸⁷ Vgl. Brandl (2010) 74.

¹⁸⁸ Vgl. Seidel (2009) 8ff.

Bei der Umsetzung einer Prozessorganisation ist es von Vorteil, ohne Zeitdruck zu arbeiten. Die Einbindung aller beteiligten Personenkreise durch Informationen und Kurzschulungen ist ein zentraler Schlüsselfaktor. Gute Zusammenarbeit, Kommunikation, aktive Unterstützung durch die Führungskräfte und schließlich auch noch eine funktionierende und unterstützende EDV sind weitere Erfolgskriterien.¹⁸⁹

Das sowohl in qualitativer wie quantitativer Hinsicht ständig wachsende Aufgabengebiet in der Pflege und Betreuung alter Menschen und der damit verbundene vermehrte Bedarf an ohnehin nicht mehr vorhandenen öffentlichen finanziellen Mitteln sprechen dafür, dieser Entwicklung nicht mehr mit weiteren Neubauten von Alten- und Pflegeheimen zu begegnen, sondern in die Neuorganisation von Prozessen und Strukturen nach dem Vorbild der IAP Ludesch zu investieren.

¹⁸⁹ Vgl. Brandl (2010) 137.

5. Zusammenfassung

Die Versorgung älterer Menschen mit Unterstützungsbedarf ist ein hoch aktuelles gesellschaftliches Thema.¹⁹⁰ Eine neue Kultur des Alterns braucht aber in noch viel stärkerem Maße das Engagement von Akteuren der einzelnen Organisationen.¹⁹¹ Es muss vor allem das Bewusstsein der Notwendigkeit eines gemeinsamen Agierens verstärkt werden. Es gilt die Einsicht zu fördern, dass nur im Miteinander der Professionen die besten Ergebnisse für pflegebedürftige Menschen erzielt werden können. Die zunehmende Spezialisierung, der Zuwachs an Wissen, therapeutischen und technischen Möglichkeiten bedürfen einer verstärkten Vernetzung und Koordination.¹⁹² Um den neuen Herausforderungen auch in Zukunft gerecht werden zu können, ist zu aller Erst die Politik gefordert, entsprechende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen und Anreizsysteme für eine vernetzte Zusammenarbeit zu schaffen.¹⁹³ Dies ist eine Grundvoraussetzung um die erforderlichen Leistungen auch künftig in gewünschter Qualität erbringen zu können. Politische Akteure sind zudem in noch stärkerem Maße als bislang gefordert, Position zu beziehen, ausgewogene Altersbilder zu kommunizieren und neue Entwicklungen im Hinblick auf eine neue Kultur des Alterns zu fördern.¹⁹⁴

Unter Pflegestufe 3 erfolgt in Oberösterreich kaum noch eine Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim. Verbunden mit diesem Wandel von Wohn- in Pflegeheime ändern sich auch die Unterstützungsbedarfe in diesen Einrichtungen. Die Aufenthaltsdauer neu aufgenommener Heimbewohner sinkt bereits auf ein Jahr und darunter. Damit Alten- und Pflegeheime noch länger leistbar bleiben, bedarf es einer massiven Unterstützung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen im Bereich der mobilen und stationären Altenpflege.¹⁹⁵

¹⁹⁰ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 144.

¹⁹¹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 509ff.

¹⁹² Vgl. Redelsteiner (2008) 14.

¹⁹³ Vgl. Mayr/Lehner (2009) 145.

¹⁹⁴ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 513.

¹⁹⁵ Vgl. Brandl (2010) 122.

Träger aus dem Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen setzen vermehrt auf Methoden des Case Managements um die Prozesse bei komplexen Problemstellungen rational und zielwirksam sowie fachlich und wirtschaftlich angemessen steuern zu können. Damit soll das Zusammenwirken der Beteiligten bei der Versorgung, Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Klienten koordiniert werden.¹⁹⁶

Die Komplexität in Versorgungsnetzwerken entsteht durch eine Vielzahl von Akteuren, die in unterschiedlichem Grad zueinander in Beziehung stehen, verschiedene Fähigkeiten einbringen und sich gegenseitig beeinflussen.¹⁹⁷

Das von der integrierten Gesundheitsversorgung angestrebte und ambitionierte Ziel einer bedürfnis- und bedarfsgerechten, effektiven, effizienten und qualitätsgesicherten Versorgung der Klienten kann wegen der Vielzahl der an diesem Prozess beteiligten Personen nur schwer erreicht werden, zumal auch die Interessenslagen nicht immer gleich geartet sind. Komplexität entsteht durch die Vernetzung mehrerer Systeme und bedeutet aber nicht zwangsläufig auch kompliziert. Es ist jedoch zu Bedenken, dass durch eine Veränderung oder Beseitigung eines Problems an einer Stelle, anderswo neue Probleme geschaffen werden können, wenn den Systemzusammenhängen zu wenig Beachtung geschenkt wird.¹⁹⁸

Nach wie vor erfolgt Pflege größtenteils im Familienverband. Diese Ressource läuft heute Gefahr, wegen Mehrfachbelastungen überfordert und ausgepowert zu werden.¹⁹⁹

Das „Best-Practice“ Beispiel einer „Integrierten Altenpflege“ in Ludesch zeigt uns, wie Altenbetreuung vorwiegend auf ambulanter Basis organisiert werden kann, ohne dabei die pflegenden Angehörigen zu überfordern und gleichzeitig den Wünschen der Klienten entsprechend, eine Heimübersiedlung deutlich hinauszuzögern und in nicht seltenen Fällen sogar weitgehend zu verhindern.

¹⁹⁶ Vgl. Wendt (2005) 7.

¹⁹⁷ Vgl. Wallner (2007) 307.

¹⁹⁸ Vgl. Vester (2007) 16f.

¹⁹⁹ Vgl. Kruse/Wahl (2010) 495.

Es wäre ein interessantes Good Governance Projekt, das Modell der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch mit politischer Unterstützung und im Zusammenwirken von Verwaltung und Zivilbevölkerung sukzessive im Sozialhilfeverband Freistadt zu etablieren. Eine derartige Neustrukturierung wäre eine sehr gute Möglichkeit, den ständig steigenden Kosten in der Altenbetreuung und Pflege bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Versorgungsstandards entgegenzuwirken.

6. Literaturverzeichnis

Ament-Rambow, Christiane: Prozessmanagement als Weg zur Kostensenkung im Gesundheitswesen. Ein Fünf-Stufen-Konzept zur Einführung, in: Blonski, Harald/Stausberg, Michael (Hrsg): Prozessmanagement in Pflegeorganisationen. Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven, Hannover 2003

Amt der OÖ. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales: Handbuch für die Koordination für Betreuung und Pflege. Linz 2009

Amt der OÖ. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales: OÖ. Sozialbericht. Linz 2008

Amt der OÖ. Landesregierung, Abteilung Statistik: Bedarfs- und Entwicklungsplan 2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen. Linz 2007(zit. 2007a)

Amt der OÖ. Landesregierung, Abteilung Statistik: Bedarfs- und Entwicklungsplan 2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen. Ausgaben- und Einnahmenabschätzung bis 2015 Linz 2007(zit. 2007b)

Alten- und Pflegeheim St. Elisabeth. www.seniorenheim-rainbach.at (Stand: 14.2.2010)

Arbeitsgemeinschaft der Alten- und Pflegeheime Oberösterreich. www.altenheime.org. (Stand: 14.2.2010)

Arbeitskreis „Zukunft denken“: Abschlussbericht. Pflege und Altenbetreuung, Wien 2006

Berger, Roland: Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinproduktindustrie. Studiendokumentation. BVMed. Roland Berger Strategy Consultants, Berlin 2002

Berghammer, Elisabeth: Aus Schnittstellen Nahtstellen machen. in: Position. Gesundheit, Information für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der OÖ. Ordensspitäler, Ausgabe 2/2007

Bopp-Kistler, Irene: Die Geriatrieklinik im Zentrum des altersmedizinischen Dienstleistungsnetzes. in: Managed Care 1/2004 20-22 www.tellmed.ch

Brandl, Paul: Optimieren und Neugestalten. Zukunftsstrategien für die mobile und stationäre Altenpflege, Linz 2010

Brinkmann, Malte: Lernen, Verlernen und Umlernen im Alter, in: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, 113-129.

Buchen, Sylvia: Bildung in der dritten Lebensphase zwischen „Lebenslangem Lernen“ und Lernen loszulassen, in: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, 95-112.

Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion IV: Das Gesundheitswesen in Österreich. 4. aktualisierte Auflage, Wien 2005

Burr, Wolfgang: Service-Level-Agreements. in: Bernhard, Martin G./u.a. (Hrsg.): Praxishandbuch Service-Level-Management. Die IT als Dienstleistung organisieren, Düsseldorf 2006, 29-43.

Deutsches Bundesministerium für Bildung und Forschung: Richtlinien zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/l277.php; Stand 6.2.2010

Dézszy, Josef: Gesundheitsreport III. Zukunftsaspekte der ärztlich-pflegerischen Versorgung im Spiegel der demografischen Entwicklung, Wien 2008

Emenako, Mike: Lebendige Prozesse in Unternehmen. 6 Thesen... und am Ende steht doch wieder der Mensch! Bochum 2006

Füsgen Ingo: Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Von Kooperationen profitieren alle, in: Deutsches Ärzteblatt 2007 Heft 48 3297-3300

Grossmann, Ralph: Kooperationen zwischen Professionen und Organisationen. Vortrag zur Internationalen Fachtagung der ÖGCC Case Management-Stand und Perspektiven, Graz 2008

Hartinger, Gerd: Der geriatrische Patient zwischen Asylisierung und Anstaltspflege. in: Sprenger, Martin (Hrsg.) Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.Prof. Dr.med. Horst Richard Noack PhD. Pabst Science Publishers, Lengerich 2005

Helfferich, Cornelia: Alles beim Alten? Wie der demografische Wandel Lebenslaufmuster von Frauen und Männern morgen und das Alter übermorgen beeinflusst, in: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, 31-45.

Klie, Thomas: Case Management. Die Zeit ist reif, in: Altenheim 4/2008 26-29

Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner: Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Heidelberg 2010

Laimböck, Max: Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. in: Meggeneder, Oskar/Noack, Horst. (Hrsg.): Integration in der Versorgung und Pflege. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 22. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, OÖ. Gebietskrankenkasse, Linz 2002

Landesgesetz über die soziale Hilfe in Oberösterreich (OÖ. Sozialhilfegesetz 1998 – OÖ. SHG 1998) LGBl. Nr. 82/1998

Landeskrankenhaus Freistadt: Jahresbericht 2008. Freistadt 2008

Mayr Margit: Kommunikationsprozesse in komplexen Strukturen am Beispiel systemübergreifender Transfers pflegerelevanter Informationen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. in: Auinger, Andreas. et al.: Proceedings FH Science Day, 6th November 2008, FH OÖ., Campus Linz. Aachen 2008

- Mayr, Margit/Lehner, Markus: Zwischen mobiler Pflege und Krankenhaus. Eine prekäre Schnittstelle der Versorgung im Alter. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 33. Johannes Kepler Universität, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, OÖ. Gebietskrankenkasse, Linz 2008 (zit 2008a)
- Mayr, Margit/Lehner, Markus: Stationäre Versorgung älterer Menschen in Oberösterreich. Versorgungsnetzwerke und –prozesse. Kurzbericht, FH OÖ. Forschungs- und Entwicklungs GmbH, Fakultät für Gesundheit und Soziales, Linz 2008 (zit. 2008b)
- Mayr, Margit/Lehner, Markus: Herausforderungen der Integrierten Versorgung im Alter. Probleme und Perspektiven, Linz 2009
- Mörschel, Inka C./Beyer Liane: Dienstleistungs-Check auf Standardisierbarkeit. Herleitung von Kriterien zur Bewertung der Standardisierbarkeit einer Dienstleistung, Universität Stuttgart-Institut Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (Stuttgart), BMBF-Projekt „Dienstleistungs-Standards für globale Märkte“ 2004 (zit.2004b)
- Oberösterreichischer Landesrechnungshof: Initiativprüfung Mobile Dienste in OÖ., Bericht, Linz 2010
- OÖ. Sozialhilfegesetz, Landesgesetz über die soziale Hilfe in Oberösterreich, LGBl. Nr. 82/1998
- Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl.Nr. 73/2005)
- Perhab, Franziska: Babylonische Sprachverwirrung? Taxonomen, Klassifikationen – gemeinsame Pflegesprache und Wissensmanagement, in: Österreichische Pflegezeitschrift 03/2007 8-16 www.oegkv.at
- Redelsteiner, Chrisoph: Das Gesundheitswesen auf dem Weg zum Gesundheitssystem? Gedankensplitter zu Entwicklungen – Herausforderungen für die Sozialarbeit, in: Siö Sozialarbeit. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Wien 2/2008 14-16.
- Santen, Erik van/Seckinger, Mike: Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelleben institutioneller Netzwerke. In: Bauer, Petra/Otto, Ulrich (Hrsg): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2 Teil 1: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive, Tübingen 2005
- Schaeffer Doris: Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema, in: Pflege 13/2000 17-26
- Schaeffer, Doris: Kontinuität der Versorgung. in: Meggeneder, Oskar/Hoack, Horst.(Hrsg): Integration in der Versorgung und Pflege. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 22. Johannes Kepler Universität, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, OÖ. Gebietskrankenkasse, Linz 2002
- Schöfecker, Michael: Oberösterreich altert: Trends – Ursachen - Konsequenzen. Amt der OÖ. Landesregierung, Information der Abteilung Statistik, I/2006.

Seidel, Axel/u.a.: Von hierarchischen Strukturen zur strategischen Prozesssicht, in: Special der Fachzeitschrift „Innovative Verwaltung“ Ausgabe 11-12, Wiesbaden 2009, 4-5

Seidel, Axel/u.a.: Kein Struktur- und Kulturwandel ohne die Beschäftigten, in: Special der Fachzeitschrift „Innovative Verwaltung“ Ausgabe 11-12, Wiesbaden 2009, 8-10

Seidl, Elisabeth/Rappold, Elisabeth/Walter, Ilsemarie: Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs. Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaften, Wien 2006

Stabentheiner, Toni: Dem Leben das Alter geben. in: Leben und Wohnen im Alter in Ybbsitz. Projektentwicklung der Gemeinde Ybbsitz, Ybbsitz 2009 36-37

Statistik Austria - Lebenserwartung in Gesundheit
http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html (Stand: 28. Jänner 2010)

Steinhof, Bernd: Intergenerationelles Lernen. Zur Entwicklung einer altersintegrativen Lernkultur, in: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, 131-144.

Vester, Frederic: The Art of Interconnected Thinking. Ideas and Tools for tackling complexity, München 2007

Wagner, Karl Werner/Patzak, Gerold: Performance Excellence. Der Praxisleitfaden zum effektiven Prozessmanagement, München 2007

Wallner, Jürgen: Health Care zwischen Ethik und Recht. Wien 2007

Wasem, Jürgen: Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung. Expertise Universität Duisburg-Essen, Essen 2003

Wendt, Wolf Rainer: Case Management: Ein Konzept, viele Anwendungen. in: Managed Care 2/2005 7-9

Winkler, Petra u.a.: Österreichischer Pflegebericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien 2006

Winkler, Gabriele: Neoliberale Regulierung von Care Work und deren demografische Mystifikation, in: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S.: Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, 47-62.

World Health Organization: Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action, Genf 2002

Zechmeister, Ingrid/Meichenitsch, Josef/Hagleitner, Joachim: Analyse und Empfehlungen zur zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der ARGE Öllinger/Grüner Klub im Nationalrat, Wien 2004

Zitt, Klaus u.a: Evaluierung und Zukunftsentwicklung der „Integrierten Altenpflege“ Ludesch, Ludesch 2002

Zitt, Klaus: Case Management Coaching. in: Geissler, Klaus G. (Hrsg.): Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, Marburg 2008
Heft 2, 131-140 www.verlag-modernes-lernen.de

Zuberbühler, Christa: Herausforderung Dienstleistungsmarketing. Praxisleitfaden für kundenorientiertes Verhalten in der Verwaltung, Renningen 2006