



# Rahmenbedingungen für die Implementierung der Unterstützungskonferenz im Kontext der Betreuung älterer Menschen

Bittersam-Horejs Patricia  
Steindl Anna, BA, BEd, MSc

## Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Master of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2017

Erstbegutachter: FH-Prof. Pfliegerl Johannes  
Zweitbegutachterin: FH-Prof. Nagy Andrea

## **Vorwort**

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

Die vorliegende Arbeit ist ein Produkt aus einem sensiblen Zusammenspiel von vielen beteiligten Personen.

In den Vorarbeiten mit zehn Mitstudent\_innen wurden zuallererst allgemeine Informationen gesammelt, die für alle Beteiligten von Relevanz waren. Jede\_r einzelne Student\_in hat zu einem gelingenden Gesamtbild beigetragen, daher erscheint es uns wichtig, im Weiteren alle namentlich aufzuführen:

Frau Esther Röck führte gemeinsam mit ihrer Kollegin, Frau Bittersam-Horejs und der Koordinatorin, Frau Alexandra Steger die erste Family Group Conference im Rahmen der Pflege von älteren Menschen durch. Frau Stegers freundlicher und unermüdlicher Hartnäckigkeit ist es zu verdanken, dass diese Konferenz durchgeführt wurde und zu einem Abschluss kam. Frau Steger war bereit, aus dem gewohnten Feld der Kinder- und Jugendhilfe herauszutreten und sich den neuen Anforderungen zu stellen, die für das vorliegende Thema erforderlich waren. Ein hoher Dokumentationsaufwand und eine verhältnismäßig geringe Bezahlung ließen sie nicht davor zurückschrecken, sich für „die Sache“ einzusetzen.

Als Kollegen dürfen wir noch Herrn Jürgen Czak nennen, der die vorliegende Arbeit bis zum Februar begleiten konnte, jedoch dann seinen Teil für eine spätere Abgabe aus dem vorliegenden Teil abspalten musste.

Janette Gruber, Maria Lich, Michaela Huber, Claudia Weichsel, Yvonne Zwirchmayr und Isabella Altenhofer runden das Student\_innen Team ab.

Und was wäre eine Familienkonferenz ohne geeignete Familie? Durch den persönlichen Einsatz von Frau Katrin Petzer konnte der Kontakt zu der Familie hergestellt werden.

Danken möchten wir den interviewten Personen, allen voran Herrn Tom Schmid, der mit seiner unversiegbaren Ideenquelle dafür gesorgt hat, den Blick auf viele Aspekte der Arbeit auszuweiten, um sie dann aber wieder auf das Thema bezogen reduzieren zu müssen. Herr Schmid war auch bereit, jederzeit Anfragen zu beantworten und sogar mit Literatur auszuhelfen. Den Kontakt zum Sozialministerium in Wien konnten wir durch Herrn Schmid wahrnehmen.

Auch den interviewten Stakeholder\_innen, Frau Sylvia Gramang-Haring, Frau Anna Steindl, Frau Heidemarie Hinterwallner, Frau Michaela Fabiankovits sowie Herrn Dietmar Kleinbichler, herzlichen Dank für die zahlreichen Erkenntnisse.

Weiterer Dank gebührt Herrn Pallinger vom Sozialministerium, der seine Zeit zur Verfügung stellte, um Einblick auf die Bundesebene zu gewähren. Von Seiten des Landes Niederösterreich ist Herr Franz Spazierer, Frau Beate Missoni und Herr Gerhard Heilig zu nennen, die in einem zweistündigem Gespräch Rede und Antwort gestanden sind.

Dank möchten wir auch den Expert\_innen aus der Gruppendiskussion an der FH, Frau Gabriela Hösl, Frau Monika Hoschek, Herr Michael Klingenbrunner sowie Frau Sylvia Gramang-Haring, aussprechen.

Auf Tiroler Seite muss Herrn Danner gedankt werden, der für den Strukturplan Pflege verantwortlich zeichnet und auf politischer Seite Herrn Gerhard Reheis, dem ehemaligen Landesrat für Soziales.

Ebenfalls danken möchten wir den Teilnehmer\_innen, die beim Sounding Board die ersten Ergebnisse der Masterthesis kommentiert haben und mit ergänzenden Bemerkungen befruchtet haben. Dazu gehören Frau Ulrike Rautner-Reiter, Frau Monika Hoschek und Herr Karl Lahmer, Herr Michael Delorette sowie Herr Alexander Grohs.

Ein ganz besonderer Dank gebührt auch Herrn Franz Bittersam, der seine Kontakte nutzte, um bei den genannten Expert\_innen Interviewtermine zu bekommen. Herr Bittersam war es auch, der bereit war die fertiggestellte Masterthese zu lesen und kritisch zu reflektieren.

## **Abstract**

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

### **Rahmenbedingungen für die Implementierung der Unterstützungskonferenz im Kontext der Betreuung älterer Menschen**

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im April 2017

Die Methode Family Group Conference (FGC) wird weltweit erfolgreich im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe angewandt. In Österreich werden die Koordinator\_innen, welche die FGC organisieren, unter anderem an der Fachhochschule St. Pölten ausgebildet. Die intensive Beschäftigung von Studierenden und Lehrbeauftragten mit der Ausbildung der FGC einerseits und die Auseinandersetzung mit Themen aus dem Bereich Pflege und Betreuung älterer Menschen andererseits, führte dazu, dass sich eine eigene Forschungsgruppe damit beschäftigte, ob und wie die FGC im Bereich der Pflege von älteren Menschen umsetzbar wäre.

Die vorliegende Zweierthese befasst sich nebst der Identifikation und dem Umgang mit wichtigen Stakeholder\_innen, wie Hausärzt\_innen oder Personal im Entlassungsmanagement von Krankenhäusern, insbesondere mit der längerfristigen Finanzierung dieser Methode, damit diese flächendeckend betroffenen Menschen zur Verfügung gestellt werden kann.

Wichtige Ergebnisse dieser These sind zwei potentielle Varianten zur Umsetzung der FGC.

Die erste Variante zielt auf eine Implementierung der Methode über ein gut ausgearbeitetes und mit Erfolgskriterien versehenes Projekt ab, das zur Finanzierung bei Bund und Ländern vorgelegt werden kann. Nach erfolgreicher Projektphase bestünde die Möglichkeit einer Regelfinanzierung durch die Länder.

Die zweite Variante will die bestehenden Strukturen des Case Managements (CM) nutzen, um die Methode flächendeckend zu implementieren. Es wird ein integrierter CM/FGC Prozesses vorgestellt und die Umsetzung der FGC anhand zweier möglicher Organisationsmodelle dargelegt. Im Implementierungsmodell 1 ist die FGC in die Abläufe und Strukturen des CM eingebettet. Implementierungsmodell 2 berücksichtigt die Forderung nach einer eigenständigen und unabhängigen FGC-Organisation.

## **Framework for the implementation of the Family Group Conference in context of care for elderly people**

The method of “Family Group Conference” (FGC) is very successful in the area of child and youth care. Fachhochschule St. Pölten is one of the main educators of FGC coordinators in Austria. The intensive work of students and lecturers with the knowledge of FGC on the one hand and the discussion on topics of care for elderly people on the other, led to the fact that a separate group of researchers was formed to identify if FGC could also be used in the care of elderly.

This research focuses on the identification of potential partners, such as the local general practitioner, but also on a sustainable financing of FGC.

Some of the most important findings from this research are two potential variations in the implementation of the FGC method.

The first is the implementation of FGC in a well thought project financed by the government. If this project proves to be successful, the possibility of regular financing would then be discussed.

The second variant wants to use the existing structures of Case Management (CM) in order to implement the method in a comprehensive manner. An integrated CM/FGC process will be introduced and two possible models for an implementation of FGC will be demonstrated. Model 1 integrates the FGC in CM structures and processes. Model 2 considers the demands of an independent organization.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1. Zielsetzung .....	9
1.2. Aufbau .....	10
<b>2. Methodik</b> .....	<b>12</b>
2.1. Erhebungsmethoden .....	12
2.1.1. Expert_inneninterview .....	12
2.1.2. Gruppendiskussion.....	13
2.2. Auswertungsmethoden.....	14
<b>3. Rahmenbedingungen für die Implementierung der Unterstützungskonferenz..</b>	<b>16</b>
3.1. Finanzierung.....	16
3.1.1. Bundesebene .....	17
3.1.1.1. Gesetzliche Ausgangslage Art. 15a B-VG .....	17
3.1.1.2. Projektförderung über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales .....	18
3.1.1.3. Empfehlungen aus dem Sozialministeriumservice .....	19
3.1.1.4. Gesundheitsziele Österreich .....	19
3.1.1.5. Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) .....	22
3.1.1.6. Demenzstrategie .....	23
3.1.2. Länderebene - Die Landesgesundheitsfonds .....	25
3.1.2.1. Land Niederösterreich .....	25
3.1.2.1.1. Gesetzliche Ausgangslage.....	25
3.1.2.1.2. Organisation der Mobilen Pflege in Niederösterreich .....	26
3.1.2.1.3. Projektförderungen im Land NÖ zum Thema Pflege .....	27
3.1.2.1.4. Empfehlungen aus dem Land Niederösterreich.....	28
3.1.2.2. Land Tirol .....	30
3.1.2.2.1. Gesetzliche Ausgangslage.....	30
3.1.2.2.2. Situation der Mobilen Pflege in Tirol .....	30
3.1.2.2.3. Strukturplan Pflege.....	32
3.1.2.2.4. Seniorenberatung.....	33
3.1.2.2.5. Empfehlungen aus dem Land Tirol .....	35
3.1.3. Zusammenfassende Erkenntnisse.....	37
3.2. Stakeholder_innen .....	37
3.2.1. Begriffsklärung.....	38
3.2.2. Zentrale Zuweiser_innen.....	39
3.2.2.1. Szenario 1 - Prävention und Altersvorsorge .....	40
3.2.2.2. Szenario 2 – Stellen/Abgabe von Anträgen .....	41
3.2.2.3. Szenario 3 – Unklare Pflege nach stationärem Aufenthalt .....	43
3.2.2.4. Szenario 4 – Vernachlässigung und Überforderung .....	45
3.2.3. Anliegen und Bedürfnisse der Stakeholder_innen .....	48
3.2.3.1. Anliegen und Bedürfnisse gegenüber der eigenen Organisation.....	49
3.2.3.2. Anliegen und Bedürfnisse gegenüber dem Weiterbildungslehrgang Familienrat an der FH St. Pölten bzw. einer Koordinationsstelle.....	50
3.2.4. Resümee und Empfehlungen .....	53

<b>4. Case Management</b> .....	<b>56</b>
4.1. Finanzierung und Organisation des Case Managements - Schwerpunkt Tirol und Niederösterreich .....	57
4.1.1. Entstehung des Case Managements im Kontext des Bereichs Gesundheit - kurzer Überblick .....	57
4.1.2. Gesetzliche Grundlagen.....	58
4.1.3. Verbreitung/Anwendungsbereiche/Organisationsformen .....	59
4.1.3.1. Beispiel Handlungsfeld Soziale Arbeit .....	60
4.1.3.2. Beispiel Versicherungswesen .....	62
4.1.3.3. Beispiel Handlungsfeld Gesundheit: Case Management in Krankenhäusern ....	64
4.1.3.4. Beispiel Case Management mobile Dienste .....	64
4.1.3.5. Beispiel Malteser Care-Ring: Schwerpunkt - Case- und Care Management in der Pflege .....	65
4.1.4. Möglicher Ablauf eines CM/FGC Prozesses.....	65
4.1.4.1. Fallbeispiel mit CM/FGC Ablauf .....	68
4.1.5. Stärken und Schwächen eines CM/FGC Ansatzes .....	71
4.1.5.1. Stärken des Integrationsmodells CM/FGC.....	72
4.1.5.2. Schwächen des Integrationsmodells CM/FGC .....	75
4.2. Modelle der Umsetzung .....	76
4.2.1. Implementierungsmodell 1 - integrierte FGC-Organisation .....	77
4.2.1.1. Akteur_innen im Modell 1 .....	79
4.2.1.1.1. Akteur_innen Niederösterreich .....	79
4.2.1.1.2. Akteur_innen Tirol .....	84
4.2.1.2. Abläufe im Modell 1 .....	87
4.2.1.2.1. Abläufe Niederösterreich.....	87
4.2.1.2.2. Abläufe Tirol .....	89
4.2.2. Implementierungsmodell 2 - eigenständige FGC-Organisation .....	91
4.2.2.1. Akteur_innen im Modell 2.....	93
4.2.2.2. Abläufe im Modell 2.....	95
4.3. Fazit Case Management .....	98
<b>5. Zusammenfassung und Diskussion</b> .....	<b>100</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>104</b>
<b>Datenverzeichnis</b> .....	<b>111</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>114</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>115</b>

# 1. Einleitung

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

Der Bevölkerungsanteil von Menschen über 65 Jahren in Europa ist aufgrund verschiedener gesellschaftlicher und gesundheitlicher Entwicklungen stetig im Wachsen begriffen. 16% der Europäer sind über 65 Jahre. Der Anteil der über 80-jährigen liegt in der Gruppe der älteren Menschen bei 22% (vgl. Kytir 2008:45). Pflegende Angehörige, allen voran die Hauptpflegepersonen, stehen vor enormen Belastungen, die bei der Pflege ihrer älteren Familienmitglieder entstehen (vgl. Koppelin 2008:54ff.). Durch die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere die Veränderung der Rolle der Frau, sind heute vermehrt Frauen in ihre eigene berufliche Beschäftigung eingebunden und es entsteht ein immer höher werdender Bedarf nach externer Pflege, bei gleichzeitigem Wunsch der zu pflegenden Personen zu Hause gepflegt zu werden (vgl. Hörl 2007:356).

Die Family Group Conference<sup>1</sup> ist ein Verfahren, das dieser häufig belastenden Sachlage entgegenwirken kann. Sie zielt nämlich darauf ab, auch andere Familienmitglieder und den Bekannten- und Freundeskreis in einer schwierigen Situation einzubinden. Bei einem gemeinsamen Zusammentreffen überlegen die Anwesenden, was sie selbst für die Familie tun können und was sie von anderen benötigen. So werden die Stärken der Familie, aber auch die Fähigkeiten und Potentiale des Umfelds genutzt. Ziel ist es, konkrete Lösungen zu finden und mittels schriftlich fixierten Maßnahmenplans Vereinbarungen für ein weiteres Vorgehen zu treffen.

Begleitet wird die Familie von einem/r Koordinator\_in, der/die hilft, die Familie zusammen zu führen und notwendige organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen. An der Lösungsfindung wirkt er/sie nicht mit; die Familie soll selbstbestimmt über ihre Zukunft entscheiden.

Anwendung fand diese sozialarbeiterische Methode in Österreich bislang v.a. in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der

---

<sup>1</sup> Der Terminus "Family Group Conference" ist die offizielle internationale Bezeichnung für die Methode, die in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet. Weitere Bezeichnungen sind unter anderem: "Familienkonferenz", "Unterstützungskonferenz" oder „Familienrat“. Im Folgenden wird überwiegend der Begriff „Family Group Conference“ mit der Bezeichnung „FGC“ abgekürzt.

Fachhochschule St. Pölten 2017a). Die intensive Beschäftigung von FH-Studierenden und Lehrbeauftragten mit der FGC einerseits und die Auseinandersetzung mit Themen aus dem Bereich Pflege und Betreuung älterer Menschen andererseits, führte dazu, dass sich eine eigene Forschungsgruppe damit beschäftigte, ob und wie die FGC auch im Bereich der Pflege von älteren Menschen umsetzbar wäre. Zehn Student\_innen der FH St. Pölten (Masterthesengruppe) befassten sich seit September 2015 mit der Möglichkeit, die Unterstützungskonferenz als eine Chance zu nutzen, Familien dabei zu helfen, die Pflege und Betreuung von älteren Menschen gemeinsam und ressourcenorientiert zu organisieren.

Im Rahmen dessen wurden sechs Familienkonferenzen im Kontext der Pflege und Betreuung älterer Menschen initiiert und über die Masterthesengruppe koordiniert.

Zum Zwecke der Anonymisierung wird im weiteren Verlauf der Masterthesis lediglich der Abhaltungsort bzw. der Wohnort der Familien genannt (Fall Tirol, Fall Wien, Fall Mostviertel, Fall Gänserndorf, Fall Weinviertel 1, Fall Weinviertel 2).

## 1.1. Zielsetzung

Ziel der gegenständlichen Masterthese ist es, erste konzeptionelle Überlegungen zur Implementierung der FGC anzustellen. Dazu gilt es, notwendige Rahmenbedingungen – nämlich Möglichkeiten der Finanzierung sowie bestehende Bedürfnisse von Seiten der Stakeholder\_innen – näher zu beleuchten. Darüber hinaus sollen potentielle Implementierungswege aufgezeigt werden.

Folgende erkenntnisleitende Forschungsfragen wurden formuliert:

Teilbereich Finanzierung:

- Welche finanziellen Fördermöglichkeiten für Familienräte sind im derzeitigen staatlichen Gesundheits- und Sozialsystem mit besonderem Fokus auf Niederösterreich und Tirol möglich?
- Welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind notwendig, um Förderungen für die FGC im Projektstatus zu bekommen?
- Welche Ideen gibt es derzeit, wer Fördergeber sein könnte (Bund, Land, Private) und was wird jeweils von deren Seite benötigt?
- Gibt es eine Einschätzung für die Umsetzbarkeit der jeweiligen Fördermöglichkeit?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus den Forschungsergebnissen ableiten?

Teilbereich Stakeholder\_innen:

- Wer sind relevante Zuweiser\_innen?
- Warum werden diese als besonders relevant angesehen?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der eigenen Organisation?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der Fachhochschule St. Pölten (Weiterbildungslehrgang Familienrat) bzw. einer Koordinationsstelle?

Die Beantwortung der Fragestellung soll zum einen durch die Auseinandersetzung mit vorhandener Literatur zur Thematik erfolgen. Zum anderen sind erhobene Daten in Form von Expert\_inneninterviews sowie Gruppendiskussionen wichtige Informationsquelle. Die Auswertung des empirischen Materials erfolgt mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse.

## 1.2. Aufbau

Kapitel 2 (Methodik) widmet sich dem Forschungsdesign, der Vorstellung der verwendeten Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden und deren Anwendung im Rahmen der Masterthese.

Kapitel 3 (Rahmenbedingungen für die Implementierung der Unterstützungskonferenz) betrachtet zwei Aspekte zur Implementierung der FGC: die Finanzierung sowie Stakeholder\_innen.

Im Kapitel 3.1 (Finanzierung) stehen Finanzierungsmöglichkeiten von Familienräten im Mittelpunkt der Untersuchungen. Konkret werden Vertreter\_innen der Länder Niederösterreich und Tirol sowie Wien befragt, um einen Überblick über die derzeitige Finanzierung von Pflegeleistungen zu erhalten. Ebenso wird die aktuelle gesetzliche Lage beleuchtet. Ziel ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, im Rahmen derer ein Familienrat in bestehende Finanzierungsmodelle der Pflege integriert werden könnte. Darüber hinaus gilt es herauszufinden, wie Projekte über Bund und Länder finanziell gefördert werden.

Das anschließende Subkapitel 3.2 (Stakeholder\_innen) legt das Augenmerk auf die Zuweiser\_innen, d.h. diejenigen Professionellen, die zwischen Familie und FGC-Koordinator\_innen vermitteln und über die FGC informieren. Es soll untersucht werden,

welche Zuweiser\_innen im Kontext von Betreuung und Pflege besonders relevant sind und was sie benötigen, um ihre Funktion wahrnehmen zu können.

Das Kapitel 4 (Case Management) befasst sich mit der konkreten Umsetzung der FGC im Rahmen des bestehenden Case Managementsystems. Einleitend wird ein kurzer geschichtlicher Rückblick zur Entstehungsgeschichte des Case Managements gegeben, um dann über die gesetzlichen Grundlagen auf die konkreten Anwendungsbereiche des CM in Österreich einzugehen. Subkapitel 4.1 (Finanzierung und Organisation des Case Managements – Schwerpunkt Tirol und Niederösterreich) und 4.2 (Modelle der Umsetzung) zeigen, wie das bereits bestehende CM und die FGC gemeinsam Umsetzung finden könnten. Es wird ein konkretes CM/FGC Ablaufmodell vorgestellt und im Anschluss daran zwei Modelle der Implementierung präsentiert.

In einem abschließenden Kapitel 5 (Zusammenfassung und Diskussion) werden die wichtigsten Inhalte sowie Erkenntnisse resümiert und Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

## 2. Methodik

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

### 2.1. Erhebungsmethoden

Die Auswahl der Erhebungsmethoden im Rahmen der vorliegenden Arbeit ergab sich zum einen aus der Vorgabe qualitativ zu arbeiten, zum andern galt es möglichst unterschiedliche Meinungen und Fakten von Expert\_innen zu den vorliegenden Themen einzuholen. Bereits bestehendes und verschriftlichtes Wissen zur Thematik wurde mittels ausgiebiger Literaturanalyse (insbesondere der Gesetzestexte) generiert und fließt ebenso in die Ausführungen mit ein.

#### 2.1.1. Expert\_inneninterview

Das Expert\_inneninterview wird in den verschiedensten Forschungsfeldern eingesetzt. Zumal als eigenständiges Verfahren zumal im Methodenmix. Bei Hucke/Wollmann (1980:222) wird erwähnt, dass diese Methode bei der Implementationsforschung (siehe dazu Themenstellung der gegenständlichen Masterthese) jedoch vorwiegend als eigenständiges Verfahren angewendet wird.

Adressat\_innen des Expert\_inneninterviews sind Führungsspitzen aus Politik, Wirtschaft, Justiz, Verbänden, Wissenschaft aber auch Lehrer\_innen oder Sozialarbeiter\_innen. Die Befragten sind nach Definition von Meuser/Nagel (2003:481ff.) Expert\_innen ihres Handlungsfeldes und werden je nach Forschungsinteresse gewählt.

„Als Experte wird angesprochen,

- wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder
- wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“ (Bogner, Litting & Menz 2005:73)

Im Fall der gegenständlichen Arbeit treffen beide Punkte in der Auswahl der interviewten Expert\_innen zu. Befragt wurden in den Einzelinterviews Expert\_innen aus Politik (Vertreter\_innen aus der Gemeindepolitik sowie den Landesregierungen Wien, Niederösterreich und Tirol) und Wissenschaft (Dozent\_innen der FH St. Pölten). Darüber hinaus lieferten Expert\_innen aus dem Pflege- bzw. Gesundheitssektor (Hausarzt, Mobile Pflege, Krankenhaussozialarbeit, Sozial- und Gesundheitssprengel Tirol) wichtige Erkenntnisse für Kapitel 3.2 (Stakeholder\_innen).

Allen Expert\_inneninterviews ist – nebst dem Interesse am Expert\_innenwissen – auch die Anwendung eines vorbereiteten Interviewleitfadens gemeinsam, der die zentralen Fragen beinhaltet und die Befragung strukturierte. Dieser wurde vor Interviewbeginn an die Expert\_innen versandt, sodass eine Vorbereitung zu den Inhalten der Befragung ermöglicht wurde.

Die Gespräche wurden vorwiegend mittels Audioaufnahme festgehalten und anschließend transkribiert; wenn gewünscht, wurden die Interviewinhalte mittels handschriftlichem Protokoll erfasst und nieder geschrieben (Telefonprotokoll 1-3). Vier der Stakeholder\_inneninterviews wurden per E-Mail-Interview durchgeführt (Interview 10, 13, 15 und 16).

Im Datenverzeichnis werden alle Expert\_innen, deren Tätigkeitsbereiche sowie weitere Informationen zu den Interviewsituationen angeführt.

### 2.1.2. Gruppendiskussion

Nebst der Befragung von Expert\_innen in Einzelgesprächen, können diese ebenso im Rahmen einer Gruppendiskussion interviewt werden. Die Gruppendiskussion bietet die Möglichkeit ressourcenschonend (v.a. hinsichtlich Zeit und Personal) zu arbeiten, aber dennoch umfassende Informationen zu generieren. (vgl. Lamnek 2010:377f.) Die Teilnehmer\_innen einer Gruppendiskussion werden – wie auch beim oben beschriebenen Einzelinterview – nach Theoretical Sampling ausgewählt, dh. es können gezielt gewählte Expert\_innen zu einer bestimmten Thematik Meinungen und Informationen abgeben (vgl. Lamnek 2010:399).

So wurden im Rahmen der Masterthesis verschiedenste Expert\_innen zu den vorliegenden Fragestellungen bzw. zur Thematik Family Group Konferenz und deren Implementierung befragt.

Der Ablauf der sieben durchgeführten Diskussionen entsprach – mit Abweichungen im Gespräch vom 05.04.2016 – den Vorgaben Lamneks. Mit der bereits beschriebenen Auswahl der Teilnehmer\_innen beginnt die Planung der Gruppendiskussion. Die optimale Gruppengröße beträgt hierbei fünf bis zwölf Personen (vgl. Lamnek 2010:399). Die Diskussion selbst wird mit der Vorstellung des Themas sowie eines erzählgenerierenden Grundreizes (z.B. provokative Frage,...) eingeleitet. Diese Aufgabe übernimmt der Moderator, der das Gespräch auch im weiteren Verlauf immer wieder entlang eines vorformulierten Diskussionsleitfadens lenkt, sowie die gleichberechtigte Teilhabe aller Interviewten gewährleistet. Das Gespräch, das sich über mehrere Stunden erstrecken kann, wird mittels Tonband aufgezeichnet und in der Folge transkribiert. Dieses Vorgehen erleichtert bzw. ermöglicht das abschließende

Auswerten des erhobenen Datenmaterials. Stehen inhaltliche Aspekte im Forschungsfokus empfiehlt Lamnek inhaltsanalytische Verfahren (siehe Kapitel 2.2). (vgl. Lamnek 2010:377f.)

Die Gespräche der Masterthesengruppe an der FH, die Diskussion beim Land NÖ, bei Daybreak sowie beim Sounding Board entsprachen diesem Vorgehen.

Bei der zuvor erwähnten Ausnahme handelt es sich um die Gruppendiskussion mit Stakeholder\_innen vom 05.04.2016. Hier wurde eine etwas offenere Form der Gruppendiskussion angewendet: die „Dynamic Facilitation“. Diese unterscheidet sich von den Ausführungen Lamneks in der Strukturierung bzw. dem Ablauf des Gesprächs und zielt darauf ab, die Kreativität der Teilnehmer\_innen zu fördern und so unkonventionelle Lösungsvorschläge entstehen zu lassen (vgl. Dynamic Facilitation Associates 2016). In der durchgeführten Diskussion wurde dieser Anspruch mittels Flipcharts, auf denen die angesprochenen Ideen, Aussagen, Lösungen und Bedenken visualisiert wurden, umgesetzt.

## 2.2. Auswertungsmethoden

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials soll mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring erfolgen.

Im Gegensatz zur quantitativen Inhaltsanalyse, die sich Zahlenbegriffen und mathematischen Operationen bei Erhebung und Auswertung bedient (vgl. Mayring 2010:17), untersucht die qualitative Inhaltsanalyse schriftlich fixierte Kommunikation (vgl. Mayring 2010:12). Zur weiteren Abgrenzung von Methoden, die auch Kommunikation zum Gegenstand haben, führt Mayring sechs Kriterien an: Zunächst kann es sich bei der genannten Kommunikation sehr allgemein um Sprache, Bilder oder auch um Musik handeln; sie muss nur in irgendeiner Form festgehalten und protokolliert sein. Des Weiteren läuft sie streng systematisch und regelgeleitet ab. Damit unterscheidet sie sich von rein interpretativen hermeneutischen Verfahren und kann so dem wissenschaftlichen Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Genüge tun. Alle Schritte der Datenanalyse sind von theoretischen Überlegungen beeinflusst. So steht am Beginn eine theoretisch ausgewiesene Fragestellung und auch die abschließende Interpretation der Ergebnisse erfolgt theoriegeleitet. Letztlich handelt es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um eine schlussfolgernde Methode, die Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation (z.B. Aussagen zu Empfänger oder Sender) möglich macht. (vgl. Mayring 2010:12f.)

Je nach Forschungsfrage und -material kann bei der Analyse zwischen drei Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt werden: Es wird zwischen der Zusammenfassung, der Explikation sowie der Strukturierung unterschieden (vgl. Mayring 2010:64f.).

Da im Kapitel 3.2 (Stakeholder\_innen) bestimmte Inhalte aus dem erhobenen Textmaterial (Transkripte der Interviews) extrahiert werden sollen, wird bei der Analyse der vorliegenden Daten auf die Technik der inhaltlichen Strukturierung zurückgegriffen. Dazu wurden theoriegeleitet Kategorien bestimmt und ein Kategoriensystem (Kategorien, Ankerbeispiele und ggf. Kodierregeln zur Abgrenzung) erstellt. Die zur Verfügung stehenden Daten wurden in Hinblick auf diese festgelegten Kategorien durchsucht, markiert und folglich zugeordnet. Das in Form von Paraphrasen herausgelöste Textmaterial konnte nun pro Subkategorie, dann pro Hauptkategorie zusammengefasst werden. Nach einem ersten Materialdurchlauf wurden auch Anpassungen bzw. Korrekturen des Kategoriensystems und seiner Definitionen notwendig. (vgl. Mayring 2010:92-98)

Im Kapitel 3.1 (Finanzierung) sowie 4 (Case Management) kam zusätzlich die Technik der Zusammenfassung zur Anwendung. Dabei werden alle Textstellen, die nicht gezielt die Fragestellungen beantworten, reduziert. Dazu gilt es zunächst das Allgemeinheitsniveau der Interviews zu vereinheitlichen, um es folglich stufenweise höher zu setzen. Mit jedem Schritt wird der Materialumfang geringer. In diesem Verallgemeinerungsprozess werden sechs reduktive Schritte vorgestellt, die dann zum Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zusammenfinden. In den Schritten Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelungen, werden Schritt für Schritt Propositionen ausgelassen, bis am Ende weit verstreute Propositionen als Ganzes in gebündelter Form wiedergegeben werden. (vgl. Mayring 2010:67ff.)

## 3. Rahmenbedingungen für die Implementierung der Unterstützungskonferenz

Das Kapitel 3 beschreibt zwei Teilbereiche, die für die Umsetzung und Implementierung der FGC im Kontext der Betreuung und Pflege unbedingt betrachtet werden müssen. Zum einen mögliche Formen der Finanzierung und zum anderen die Identifizierung bzw. Zusammenarbeit mit relevanten Stakeholder\_innen.

### 3.1. Finanzierung

*Patricia Bittersam-Horejs*

Dieser Teil der Masterthese widmet sich der möglichen Finanzierung der Family Group Conference und den möglichen oder erforderlichen Rahmenbedingungen dazu. Konkret geht es um folgende Forschungsfragen:

- Welche finanziellen Fördermöglichkeiten für Familienräte sind im derzeitigen staatlichen Gesundheits- und Sozialsystem mit besonderem Fokus auf NÖ und Tirol möglich?
- Welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind notwendig, um Förderungen für die FGC im Projektstatus zu bekommen?
- Welche Ideen gibt es derzeit, wer Fördergeber sein könnte (Bund, Land, Private) und was wird jeweils von deren Seite benötigt?
- Welche Einschätzungen gibt es für die jeweilige Fördermöglichkeit?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus den Forschungsergebnissen ableiten?

Für die Beantwortung der Forschungsfragen war es notwendig, die derzeitige Lage bei Bund und Ländern im Bereich der Finanzierung von Pflegeleistungen überblicksmäßig zu betrachten. Es wurden umfangreiche Expert\_inneninterviews durchgeführt und die aktuelle Gesetzeslage aus den Gesetzestexten beleuchtet, um etwaige Möglichkeiten für die Finanzierung der FGC aufzuspüren. Als Expert\_innen wurden Vertreter\_innen vom Land Niederösterreich (Büro der Landesrätin für Soziales durch Herrn Spazierer, Frau Missoni und Herrn Heilig) und vom Land Tirol (Herr Danner) befragt. Weiterst wurde der ehemalige Landesrat für Soziales in Tirol (Herr Reheis) befragt. Die Sicht des Bundes wurde von Herrn Pallinger vom Sozialministeriumservice vertreten. Herr

Tom Schmid vom „Das Band“ in Wien und Dozent an der FH St. Pölten stellte ebenfalls seine Sicht zur FGC dar.

Durch die Begutachtung der gesetzlichen Voraussetzungen ist es möglich, sich ein Bild der gegebenen Zuständigkeiten zu machen. Durch die Analyse der gesetzlichen Landschaft könnte näher erkundet werden, inwiefern Möglichkeiten gefunden werden, um sowohl auf Projektebene und als auch auf Ebene des „sich Einbringens“ in bestehende Arbeitsgruppen mit dem Thema „Pflege“ oder „Pfleger Angehörige“ Impulse zu setzen um in Zukunft die FGC flächendeckend bekannt zu machen. Als weiteren Schritt kann dann darüber nachgedacht werden, wie die FGC in bestehende Projekte oder als eigenes Projekt implementiert werden kann.

### 3.1.1. Bundesebene

#### 3.1.1.1. Gesetzliche Ausgangslage Art. 15a B-VG

Auf gesetzlicher Ebene besteht eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen. Der Bund erklärt sich zum einen zuständig für das Bundespflegegeld und die sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Angehörigen und zum anderen für das Pflegekarengeld. Alles andere ist nach der Österreichischen Bundesverfassung Landeskompetenz (vgl. Interview 1 2016:95-100). Ziel dieser Vereinbarung ist es

„als Begleitmaßnahmen nach erfolgter Einführung des Pflegegeldes ab dem Jahre 1993 ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot ambulanter und stationärer Hilfs-, Betreuungs-, und Pflegedienste aufzubauen“ (Strukturplan Pflege 2010:10).

Im Artikel der bundesweiten Pflegevorsorge findet man unter Punkt 1 die Übereinkunft, die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundregeln auszulegen und unter Punkt 2 ein umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen zu schaffen.

Im Artikel 2 der Pflegevorsorge werden die Geldleistungen beschrieben, die den Mehraufwand an Pflege und Betreuung zumindest teilweise abdecken sollen. Die Gewährung des Pflegegeldes unterliegt den landesrechtlichen Vorschriften. Ein wichtiger Punkt wird im Artikel 4 benannt, in welchem sich die Länder verpflichten, dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste auf bestehende Strukturen aufbauen müssen und dezentral und flächendeckend angeboten werden müssen. Das könnte erklären, warum in Tirol sowohl von der Abteilung Soziales (vgl. Interview 7 2016:185)

in Form einer möglichen Erweiterung der Seniorenberatung, als auch von politischer Seite, dem ehemaligen Landesrat für Soziales, Herrn Reheis (vgl. Interview 3 2016:233-234) betont wurde, die FGC im Bereich der bereits bestehenden Strukturen anzusiedeln. Herr Reheis verwies auf die in Tirol einzigartige Struktur der flächendeckend bestehenden Sozialsprengel, im Rahmen derer die Implementierung der FGC angedacht werden könnte.

Für eine mögliche Anbindung der FGC an bestehende Strukturen ist auch Artikel 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen von Relevanz. Im Rahmen dessen wurde ein Arbeitskreis für Pflegevorsorge installiert, der Empfehlungen zu Zielen und Grundsätzen der Pflegevorsorge abgibt sowie Bedarfs- und Entwicklungspläne für die Länder entwirft. In diesem Arbeitskreis sitzen Vertreter\_innen des Bundes, der Länder, des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger, der Bundeskammern der gewerblichen Wirtschaft und der Arbeiter und Angestellte, Vertreter\_innen der Industriellenvereinigung und der Landwirtschaftskammern Österreichs. Zuständig für diesen Arbeitskreis ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Im Punkt 6 des Artikels 12 wird erwähnt, dass zu den Sitzungen Sachverständige und Auskunftspersonen insbesondere aus dem Bereich der Wissenschaft und Forschung beigezogen werden können.

### 3.1.1.2. Projektförderung über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Im Interview mit Herrn Pallinger (vgl. Interview 6 2016:200-204) wird erwähnt, dass im § 33c Bundespflegegeldgesetz Pilotprojekte in der Pflege, die von bundesweiter Bedeutung sind, unterstützt werden. Über die Förderung entscheidet der/die Bundesminister\_in.

Als gesetzliche Grundlage dient das Bundespflegegesetz §33c, in dem festgehalten wird, dass der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen Projekte gemeinnütziger Organisationen der freien Wohlfahrtspflege auf Ansuchen fördern kann, wenn diese Belange der Pflegevorsorge beinhalten und von überregionaler Bedeutung sind. Darunter fallen Projekte zur Qualitätssicherung, zur Öffentlichkeitsarbeit zur Bewusstseinsbildung für die Probleme pflegebedürftiger Menschen und zur Herausgabe fachspezifischer Informationen (vgl. Bundespflegegesetz § 33c). Ein mögliches Projekt zur Implementierung der Family

Group Conference könnte sich in den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zur Bewusstseinsbildung für die Probleme pflegebedürftiger Menschen ansiedeln.

Im Interview mit Herrn Pallinger ist nicht näher auf diese Förderung eingegangen worden, da es sich um eine einmalige Leistung handelt und die Gewährung dieser Leistung auch davon abhängt, ob das Projekt für die Länder interessant erscheint oder nicht. Herr Pallinger empfahl daher den Kontakt zu den jeweiligen Verantwortlichen der Länder in den Abteilungen Soziales, Herrn Spazier in Niederösterreich oder Herrn Danner in Tirol aufzunehmen (vgl. Interview 6 2016:163-167). In Umkehrfolge erscheint es zur Implementierung der FGC daher einfacher, wenn die Länder der Förderung eines gut ausgearbeiteten Projektes zustimmen. Folglich könnte man sich mit Unterstützung der Abteilungen an das Bundesministerium wenden, um die erwähnte Einmalzahlung zu beantragen.<sup>2</sup>

#### 3.1.1.3. Empfehlungen aus dem Sozialministeriumservice

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage (Frage drei und vier) auf Bundesebene, erscheint recht eindeutig, dass von Seiten des Bundes keine Zuständigkeit erkennbar ist. Des Weiteren hat Herr Pallinger bereits nach Darstellung der Methode darauf hingewiesen, dass das Anliegen dieser Forschungsgruppe „zweifellos in die Zuständigkeit des jeweiligen Bundeslandes fällt“ (Interview 6 2016:160-161).

#### 3.1.1.4. Gesundheitsziele Österreich

Auf Bundesebene wird derzeit ein Projekt durchgeführt, in dessen Rahmen die Methode FGC erprobt werden könnte. 2011 wurden im Ministerrat und in der Bundesgesundheitskommission die Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen beschlossen. Es wurde davon ausgegangen, dass viele gesundheitsbestimmende Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens liegen würden und integrierte folglich alle wichtigen Politik- und Gesellschaftsbereiche in die Arbeit (vgl. BMGF 2016:V).

Es wurden 10 Rahmen-Gesundheitsziele ausgearbeitet und von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat im Sommer 2012 beschlossen.

---

<sup>2</sup> Im Sinne der Vollständigkeit sei hier noch darauf hingewiesen, dass auf die Förderungen gemäß BGPP § 33c Abs. 1 kein Rechtsanspruch besteht und in Form von Zuschüssen im Rahmen der jeweils im Bundesfinanzgesetz für diesen Zweck verfügbaren Mittel erfolgen (vgl. BGPP §33c Abs. 1). Um diese Zuschüsse anzufordern, muss von Seiten eines gemeinnützigen Trägers ein Förderformular ausgefüllt werden, das auf der Homepage des Bundesministeriums zum Download bereit gestellt ist.

Die 10 Gesundheitsziele sind:

- „Ziel 1 - Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2 - Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen
- Ziel 3 - Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Ziel 4 - Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- Ziel 5 - Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Ziel 6 - Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
- Ziel 7 - Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- Ziel 8 - Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- Ziel 9 - Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Ziel 10 - Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ (BMGF 2016:9ff.)

An dem Projekt<sup>3</sup> waren Vertreter\_innen aus den unterschiedlichen Bundesministerien, den Kammern, den Sozialversicherungen und anderen Vereinigungen und Verbänden beteiligt.

In den daraus entstandenen Plenumsworkshops tauschen sich die Mitglieder zu aktuellen Entwicklungen aus. Die neun Arbeitsgruppen sind den jeweiligen Zielen angepasst. Um das Ziel 3 zu erreichen wurde die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) gegründet (vgl. BMGF 2016:10).

Der Forschungsfrage nachgehend, an welchen Stellen (Fördergeber\_innen) man die Family Group Conference ansiedeln könnte, würde sich anbieten, sich in bereits geförderten Projekten einzubringen. Da öffentliche Projekte die Möglichkeit implizieren immer wieder zu evaluieren und neue Ideen einzuarbeiten, wäre es durchaus denkbar, sich in Projekte einzubringen, die sich mit den Themen „Gesundheit“, „Gleichstellung von Mann und Frau“, „Pflegerische Angehörige“ und ähnliches beschäftigen. Insbesondere der Bereich der „Pflegerischen Angehörigen“ erscheint aufgrund der

---

<sup>3</sup> Das Bundeskanzleramt, die Sozialversicherung, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Österreichische Gewerkschaftsbund, die Österreichische Ärztekammer, die Wirtschaftskammer, die ARGE Patientenanwälte, der Österreichische Seniorenrat, die Arbeiterkammer, die ARGE Selbsthilfe Österreich, die Bundesjugendvertretung, der Städtebund, das Netzwerk Gesunde Städte, der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband, die Österreichische Gesellschaft für Public Health, die Armutskonferenz, die Industriellenvereinigung, die BAG freie Wohlfahrt, AKS Austria, die Bundesländer, die Bundesverbände der Elternvereine, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendarbeit und die Bundes-Sportorganisation.

Interviews mit den Ländern Tirol und Niederösterreich ein wichtiger Bereich zu sein. Diesbezüglich signalisierten die Länder Interesse an dem Thema, was in den Kapiteln 3.1.2.1.4 und 3.1.2.2.5 noch näher ausgeführt wird.

Im Projekt „Gesundheitsziele Österreich“ würden sich mehrere Ansatzpunkte anbieten. Im Ziel 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“ (BMGF 2016:9) könnte das Anliegen der FGC mit einbezogen werden, da derzeit in erster Linie Frauen mit der Pflege und Betreuung von ihren älteren Angehörigen beauftragt sind bzw. in diese Aufgabe von der Gesellschaft gedrängt werden. Die negativen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der pflegenden Angehörigen sind mittlerweile allgemein bekannt und anerkannt (vgl. Pochobradsky, Bergmann & Brix-Samoylenko 2005:43) Hier bestünde die Chance, nicht nur auf das Problem aufmerksam zu machen, sondern auch einen möglichen Lösungsansatz in Form einer partizipativen und selbstbemächtigenden Methode anzubieten. Die Aufnahme der Methode FGC in eine Art Maßnahmen- oder Umsetzungskatalog in die Gesundheitsziele Österreich hätte den Vorteil, dass die Methode österreichweit vorgeschlagen werden würde. Von Seiten des Bundes und der Länder könnte man sich Gedanken zur Finanzierung machen, gleichberechtigt allen anderen Vorschlägen die aus den Arbeitsgruppen entwickelt werden.

Ziel 5 „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ könnte ebenfalls ein möglicher Einstiegsbereich für die FGC sein.

Zu Ziel 5 heißt es:

“Soziale Beziehungen und Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag für Gesundheit und Wohlbefinden – solidarische Gesellschaften sind gesünder. Der soziale Zusammenhalt sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Generationen und Geschlechtern sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Gruppen ist für die Lebensqualität in einer Gesellschaft von Bedeutung. Sozialer Zusammenhalt, wertschätzender Umgang mit Vielfalt sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten und ein gestärktes Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen für die Gesellschaft stärken das Gemeinschaftsgefühl. Sie bilden damit im Zusammenwirken mit entsprechenden Sozialkompetenzen der Menschen eine wichtige Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt und für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Pflege von sozialen Beziehungen, ehrenamtliche Tätigkeit und die Teilhabe an demokratischen, gemeinschaftlichen Prozessen (soziale Gesundheit) brauchen Zeit sowie entsprechende Strukturen.” (BMGF 2016:12)

In der Family Group Conference geht es vor allem darum, im Umkreis des zu pflegenden Menschen aktive Freunde, Bekannte und Verwandte zu finden, die sich gemeinsam um den zu pflegenden Menschen kümmern. Sozialer Zusammenhalt wird im Sinne des Ziel 5 dadurch gefördert, dass sich mehrere Menschen zu einem Team

zusammenfinden, wo jeder und jede in seinen/ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten einbringen kann und jeder und jede willkommen ist mitzuarbeiten. (vgl. BMGF 2016:11)

### 3.1.1.5. Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

Herr Tom Schmid machte im Interview darauf aufmerksam, dass man beim Fonds Gesundes Österreich eine Projektförderung auf drei Jahre beantragen könnte (vgl. Interview 5 2016:47-56). Der Fonds Gesundes Österreich ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GesmbH und fördert Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention. Es entstand aus dem 1998 beschlossenen Gesundheitsförderungsgesetz, wo Mittel explizit für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen freigemacht wurden. Basis für dieses Gesetz war die Ottawa-Charta 1986, die auf eine ganzheitliche Gesundheit von Menschen abzielt. (vgl. Fonds Gesundes Österreich o.A.)

Hauptaufgabe des Fonds Gesundes Österreich ist die Projektförderung, die begrenzte Aktivitäten im Feld der Gesundheitsförderung und der Primärprävention fördert. Dazu ist vorgesehen, dass in der Regel bis zu 50% der Projektkosten mit einem Gesamtvolumen von mehr als 10.000 Euro gefördert werden. Unter anderem werden Projekte im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung und im Bereich "praxisorientierte Projekte in allen Settings" gefördert. In diesen beiden Stellen könnte angedacht werden, eine Projektförderung für die FGC zu beantragen. Die Laufzeit für diese Art von Projektförderung<sup>4</sup> beträgt drei Jahre.

Grundlage für die Gewährung von Projekten ist das Gesundheitsförderungsgesetz (vgl. GfG 1998).

Gefördert werden demnach Projekte, die sich mit Themen der Gesundheitsförderung, der Primärprävention, der sekundären Prävention (im Falle einer Erkrankung) und einer tertiären Prävention (nach einer akuten Krankheitsbehandlung) beschäftigen. (vgl. Fonds Gesundes Österreich Leitfaden 2017:8)

---

<sup>4</sup> Auf der Homepage des FGÖ findet man einen 62-seitigen Leitfaden zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich, in dem man alle relevanten Informationen nachlesen kann, die für die Antragstellung und Abwicklung von Förderprojekten wichtig sind. Daher wird hier nur im Überblick darauf eingegangen.

Ein Förderansuchen an den Fonds Gesundes Österreich muss ausschließlich mittels On-line Antrag im FGÖ-Projektguide gestellt werden. Die Beilagen sind dem Antrag beizufügen und müssen zusätzlich im Online-Formular angegeben werden. Weitere Details siehe: <https://projektguide.fgoe.org>. Herr Tom Schmid machte darauf aufmerksam, dass es wichtig sei, im Antragswording auf die Rahmenbedingungen der Ottawa Charta Bezug zu nehmen. Es müssten drei Mal die Ottawa Charta zitiert sein und zwei Mal die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (vgl. Interview 5 2016:99-101).

Aus Forschungssicht würde eine Projekteinreichung Sinn machen, wenn man ein Projekt ausarbeiten würde, das sich einerseits mit der Gesundheitsförderung der gepflegten Menschen beschäftigt (Studien über die psychischen und physischen Auswirkungen bei Heimaufhalten), andererseits die Pflegenden Angehörigen in den Mittelpunkt stellt (Burnout, psychische und physische Erkrankungen) (vgl. Pochobradsky, Bergmann & Brix-Samoylenko 2005:42f.). Ausfälle am Arbeitsmarkt, Krankenstände, drohende Verarmung durch fehlende Beitragszahlungen in die Pensionskassa bei Frauen etc.) sind ebenfalls ein Argumente die ein Projekt rechtfertigen würden. Die Methode der Family Group Conference könnte ein Lösungsansatz sein, auf der einen Seite Heimaufhalte weitgehend zu vermeiden oder zumindest zeitlich nach hinten zu verschieben, auf der anderen Seite die Hauptgruppe der pflegenden Frauen zu entlasten. Es sollte selbstverständlich werden, dass nicht nur Töchter und Schwiegertöchter bereit sein müssen, ihre Angehörigen zu pflegen, sondern das gesamte Umfeld des zu pflegenden Menschen. Es muss viel Bewusstseinsarbeit geleistet werden, was den Inhalten des Projektes FGÖ entsprechen würde. Genauer darauf einzugehen wäre ein eigenes Projekt und würde den hier vorgesehenen Rahmen sprengen und findet daher nur im Sinne der Vollständigkeit Erwähnung.

Wird ein Projekt aber unter dem Aspekt "Unterstützung für Pflegende Angehörige" ausarbeitet, kann man sich der Unterstützung und des Interesses des Landes Tirol sicher sein. Der zuständige Referent der Abteilung Soziales in Innsbruck betont, dass im Zuge der Evaluierung des Strukturplanes Pflege im Jahr 2017 das Thema "Pflegende Angehörige" in den Mittelpunkt gestellt wird. Seines Erachtens hat das Projekt der FGC große Chancen auf Unterstützung, wenn sich das Projekt auf die Unterstützung der Pflegenden Angehörigen stützt. (vgl. Interview 7 2016:461-486) Zur Situation in Tirol werden in dieser Arbeit noch gesondert die Rahmenbedingungen für die Implementierung der FGC beleuchtet (siehe Kapitel 3.1.4).

#### 3.1.1.6. Demenzstrategie

Laut Sozialministerium (2015a) leiden in Österreich rund 115.000 Menschen an Demenz, bis zum Jahr 2050 wird mit 230.000 Menschen gerechnet die mit der Diagnose Demenz leben werden. Um auf die zunehmenden Beeinträchtigungen und Anforderungen einzugehen, wurden von der Bundesregierung Arbeitsgruppen geschaffen, um sich mit einer "Demenzstrategie" auseinanderzusetzen. Diese sollen Empfehlungen im Bereich der öffentlichen Bewusstseinsbildung, der

Versorgungsstrukturen, der Prävention und Früherkennung sowie der Schulung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen abgeben. Nach Einarbeitung aller Onlinebefragungen wurde im Dezember 2015 der Abschlussbericht herausgegeben. (vgl. Höfler, Bengough, Winkler & Griebler 2015)

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten, beginnend beim Pflegegeld, der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige, der Ersatzpflege bis zum Angehörigengespräch, im Rahmen derer in Hausbesuchen pflegende Angehörige durch Psycholog\_innen, Sozialarbeiter\_innen und anderen fachkundigen Personen ein kostenloses Gespräch angeboten wird. M.E. könnte man andenken, dieses Angebot flächendeckend auszuweiten, indem hier mit dem Angehörigengespräch zugleich die Möglichkeit der Family Group Conference angeboten wird. Gerade in diesem Bereich ist die psychische Belastung der Pflegenden Angehörigen durch das Erfordernis ständig anwesend sein zu müssen, besonders hoch. „Die Versorgung von verwirrten alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wird häufig als die schwierigste und für die Pflegepersonen belastendste Form der Pflege beschrieben.“ (Koppelin 2008:58) Oftmals werden im frühen Stadium einer Demenz die betroffenen Personen noch zu Hause von ihren Angehörigen betreut. (vgl. Koppelin 2008:60f.).

„Die Beeinträchtigung wird meist nach außen hin geleugnet um eine narzisstische Kränkung abwehren zu können. Fehlendes Verständnis des sozialen Umfeldes, die ausbleibende Hilfsbereitschaft sowie die Ausgrenzung und Vereinsamung verschärfen die Probleme kognitiv beeinträchtigter alter Menschen.“ (Koppelin 2006:61)

Nach der Idee der FGC im Bereich von pflegebedürftigen älteren Menschen könnte bei der Unterstützung eine Person anwesend sein, die mit dem erkrankten Menschen einfache Alltagsroutinen durchführt und Hilfe anbietet, sich im Außen zu orientieren. Das dürften durchaus auch Nachbarn, Freunde, Nichten, Neffen, Enkelkinder, freiwillige Helfer sein, die sich in einem Helfernetz zusammenfinden, das niemanden überfordert und die Hauptpflegeperson spürbar entlastet. Alle Aufgaben, die sich um die soziale Unterstützung der pflegebedürftigen Person drehen, könnten von dem Helfernetz übernommen werden. Für die körperliche Pflege an sich kann in Tirol der Sozialsprengel in die Hilfe einbezogen werden; in den anderen Bundesländern die ambulanten Pflegeeinrichtungen. Die Pflege kann sich folglich ausschließlich auf ihre Aufgaben konzentrieren.

Die Unterstützungskonferenz hat hier den Vorteil, der Familie Entlastung anzubieten, die sich eine betroffene Familie am Ehesten leisten kann. Selbst ein Selbstbehalt, den

die Familie für die Unterstützungskonferenz aufbringen müsste, wäre nach einer möglichen Umsetzung der in Punkt 4.2 vorgestellten Modelle günstiger, als die Finanzierung der derzeitigen Unterstützungsangebote. Die ergebnisoffene Art der Methode lässt den Angehörigen den nötigen Spielraum unter neuen Gesichtspunkten eine für sie optimale Entscheidung zu treffen. Die bewusst getroffene Entscheidung, dass man die betroffene pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim einweist ist gleichwertig mit der Entscheidung, die betroffene Person so lange wie möglich im Helfernetz zu Hause zu betreuen. Es wäre Aufgabe eines eigenen Projektes, die getroffenen Entscheidungen und deren Auswirkungen auf den verschiedenen Ebenen unter einer FGC auszuwerten und die Ergebnisse in Finanzierungsverhandlungen einfließen zu lassen.

### 3.1.2. Länderebene - Die Landesgesundheitsfonds

Die Landesgesundheitsfonds wurden aufgrund der gesetzlichen Vereinbarung des Art. 15a B-VG eingerichtet. Es handelt sich dabei um die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission, die auf Länderebene Vertreter\_innen von Land, Bund, Sozialversicherung, Landesärztekammern und Patientenrechtskommission haben und Aufgaben übernehmen, die mit der Gesundheitsplattform im Einklang stehen. (vgl. BMGF, Die Landesgesundheitsfonds o.A.)

#### 3.1.2.1. Land Niederösterreich

##### 3.1.2.1.1. Gesetzliche Ausgangslage

Im Artikel 3 der Bundesweiten Pflegevorsorge werden die Sachleistungen beschrieben, zu denen die ambulanten, teilstationären und stationären Dienste (soziale Dienste) gehören. Im Unterpunkt 2 wird festgehalten, dass die Länder dafür Sorge tragen müssen, dass die sozialen Dienste von anderen Trägern erbracht werden müssen, sollten sie selbst nicht den Mindeststandard an Sachleistungen erbringen können. (vgl. BGB 866 Art. 3/2). Die Finanzierung dieser Leistungen ist von den Ländern zu tragen. (vgl. BGB 866 Art. 10/2)

### 3.1.2.1.2. Organisation der Mobilen Pflege in Niederösterreich

An dieser Stelle soll nur ein kurzer Überblick über die Situation der Pflege gegeben werden, im Kapitel 3.2 wird näher auf einzelne Organisationen eingegangen.

Betroffene Bürgerinnen und Bürger können sich beim Land Niederösterreich über verschiedene Zugänge Informationen zum Thema der Organisation der Pflege einholen. Der schnellste und niederschwelligste Zugang ist über die Pflegehotline, welche Auskünfte über die Organisation der Pflege und über das Pflegegeld gibt. Herr Heilig, Leiter der Pflegehotline spricht über 120.000 Anrufern in den letzten 10 Jahren, seit es die Hotline gibt und über 2000 Personen, die zur Büroberatung kommen (vgl. Interview 4 2016:93-96).

In Niederösterreich, so wie in den meisten anderen österreichischen Bundesländern, wird die Mobile Pflege durch die Hauskrankenpflege von vier Trägern organisiert: das Rote Kreuz, die Caritas, die Volkshilfe und das Hilfswerk. Zusammen betreuen sie derzeit ca. 18.000 pflegebedürftige Menschen (vgl. Interview 6 2016:27). Betroffene können sich an die einzelnen Organisationen im freien Wettbewerb wenden und sich an Ort und Stelle beraten lassen.

In der Studie Altersalmanach 2011 konnten zur Darstellung der Versorgungsstruktur nur die Prinzipien der mobilen Dienste, nicht jedoch die Angebotsformen erhoben werden, daher wurde auf die Aussagen im Interview 6 zurückgegriffen (vgl. Niederösterreichische Landesakademie 2011:87). Auch in der Recherche im Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2014 werden die Träger der mobilen Hauskrankenpflege nicht explizit genannt sondern unter dem Überbegriff „Mobile Dienste“ geführt (vgl. Sozialministerium 2015b:109). Gibt man im Internet die Suchfunktion „Hauskrankenpflege in Niederösterreich“ ein, findet man die vier genannten Träger einzeln, nicht jedoch in einer gesammelten Information über die Hauskrankenpflege in Niederösterreich.

Frau Rautner-Reiter, Sozialarbeiterin der Stadt Krems betont, dass die Menschen frei wählen können, von welchem Träger sie betreut werden. Wenn bei ihr als Sozialarbeiterin Anfragen bezüglich Möglichkeiten der Hauskrankenpflege kommen, gibt sie Telefonnummern und allgemeine Informationen über die einzelnen Träger weiter, die Betroffenen wählen dann selber nach der für sie besten Variante (vgl. Interview 6 2016:306-317). Die Wahlfreiheit ist dem Land Niederösterreich sehr wichtig

betonen sowohl Frau Rautner-Reiter als auch Frau Hoschek von der Caritas (vgl. Interview 6 2016: 328-339).

Eine weitere informative, aber etwas höherschwelligere Informationsquelle ist die Homepage des Landes Niederösterreich. Unter der Überschrift „Gesundheit“ gelangt man zur Unterüberschrift „Pflege“, wo man über das Angebot der Pflegehotline informiert wird, sowie Informationen bezüglich Tages-, Kurzzeit-, Übergangspflege und über Pflegeheime bekommt. Ausführlichere Informationen zu den vier Trägern, die Caritas, die Volkshilfe, das Hilfswerk und das Rote Kreuz, die die Hauskrankenpflege übernehmen, findet man nicht auf der Homepage. Unter der Bezeichnung: „Soziale Betreuungsdienste“ sind die Gemeinden angeführt, die „Essen auf Rädern“ anbieten. Die Überschrift „Private Organisationen“ steht für sich alleine unter den Gemeinden, wird aber nicht weiter kommentiert oder mit Informationen unterlegt (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2012).

#### 3.1.2.1.3. Projektförderungen im Land NÖ zum Thema Pflege

Das Anliegen der Projektgruppe der FH St. Pölten an das Land Niederösterreich an der Expert\_innenrunde am 3. August 2016 war einerseits das Projekt und die Methode der FGC dem Land vorzustellen und andererseits von den zuständigen Verantwortlichen zu erfahren, wie sie dieses Projekt einschätzen und ob es Möglichkeiten der Finanzierung geben könnte.

Der stellvertretende Leiter der Abteilung Soziales des Büros der Landesrätin Schwarz vom Land Niederösterreich, Herr Spazierer, schätzte die Situation so ein, dass es ein Pilotprojekt brauchen würde und man jemanden finden müsste, der bereit wäre, dieses zu finanzieren. Er erwähnte als Möglichkeit einerseits das Land Niederösterreich selbst, andererseits den NÖGUS mit den derzeitigen Demenzprojekten und der Möglichkeit damit in die Zielsteuerung hineinzukommen. Dies sei ein gemeinsames Interesse von Land und Sozialversicherungen und somit der „finanzpotenteste Button“. Man müsse ein „überzeugendes Konzept“ oder ein „überzeugendes Argument“ liefern um zu einer Förderung zu kommen (vgl. Interview 2 2016:384-388). Als Beispiel nannte Herr Spazierer, bei angenommenen 100 Familienberatungen, 10 vermiedene Heimaufenthalte als Erfolgskriterium (vgl. Interview 2 2016:406-407). In diesem Zusammenhang verweist Tom Schmid, Professor der FH St. Pölten, auf mögliche Erfolgskriterien in Form von vermiedenen Kosten die bei einer Überbelastung der Familien entstanden wären (verwaahloste, vernachlässigte Familiensysteme,

Krankenhauskosten der Pflegepersonen aufgrund Überforderung, Medikamentenkosten, Verdienstentgänge der pflegenden Personen, Kosten die entstehen um sich um die eigenen Kinder kümmern zu können, Burn-out und dgl. mehr). Diese Kosten könnten mit einem „Return on Investment“ beim MPO Institut, einem Institut der Wirtschaftsuniversität, berechnet werden (vgl. Interview 5 2016:264-301).

Klare Aussage beim Land Niederösterreich war, dass es derzeit beim Land selber keine eigene Förderung für dieses Instrument geben würde (vgl. Interview 2 2016:470-471).

Die Frage wurde dann umformuliert in: „Was braucht es dazu, dass neue Angebote angenommen und finanziert werden?“ (Interview 2 2016:483-484).

Auf diese Frage wurde von Seiten der Landesregierung mehr oder weniger konkret geantwortet, dass es einen erfolgreichen Pilotbetrieb brauchen würde (vgl. Interview 2 2016:485) und eine Zusage, dass das Land einen Weg finden würde, dies zu etablieren (vgl. Interview 2 2016:503-504). Genaue Richtlinien, wie der Weg sein müsste, um zu einer Projektförderung zu kommen sind weder auf der Homepage vorhanden, noch gibt es verbindliche Aussagen dazu.

#### 3.1.2.1.4. Empfehlungen aus dem Land Niederösterreich

Auch wenn es keine offiziellen Angaben darüber gibt, wie man zu einer Projektförderung beim Land kommen kann, so wurden im Laufe des Gespräches Möglichkeiten aufgezeigt, wo man sich mit einer Projektidee hinwenden könnte. Es sind jedoch nur Empfehlungen ohne verbindlichem Charakter und mit dem Hinweis, dass schon viele Projekte erfolgsversprechend angefangen hätten, jedoch dann „aus denen nichts geworden ist“ (Interview 2 2016:1052-1056).

Eine erste Empfehlung des Landes war das Thema der „Pflegenden Angehörigen“ näher in den Fokus zu lenken, wie es auch bei den Gesprächen beim Land Tirol und auf der politischen Ebene in Tirol angesprochen wurde (vgl. Interview 2 2016:177-183 und 632-636).

Herr Spazier vom Land Niederösterreich äußerte die Idee, bei der Information der Betroffenen, sowohl bei den Förderungen der 24h Pflege, als auch bei den Informationsausgaben über das Pflegegeld, die Methode der FGC mit einem geeigneten Folder an die betroffenen Personen weiter zu vermitteln (vgl. Interview 2 2016:344 – 350).

Auch über die Sozialversicherungsträger könnten die notwendigen Informationen über die Methode der Family Group Conference verbreitet werden, da auch diese davon profitieren würden, wenn die pflegebedürftigen Personen so lange wie möglich zu Hause von ihrem Umfeld gepflegt werden würden (vgl. Interview 2 2016:377).

Wiederholt wurde im Interview betont, dass es ein „überzeugendes Konzept“ brauchen würde in dem auch ein Rechenmodell angeführt werden sollte, wie viel Gelder sich die Kostenträger ersparen würden, würde das Modell erfolgreich umgesetzt werden (vgl. Interview 2 2016:449-459, 485, 531-533, 543-545, 587-590, 677-678).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Förderung der Methode Family Group Conference im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen nur dann möglich ist, wenn sich deren Wirksamkeit anhand von klar nachvollziehbaren Kriterien nachweisen lässt. In einem weiteren Schritt könnte angedacht werden, dem Land Niederösterreich und dem Land Tirol die im Kapitel 4.2.1 und 4.2.2 vorgestellten Modelle als ein mögliches Konzept vorzulegen. Damit könnten die, in den Interviews aufgetauchten Vorbehalte zur Umsetzung in der Praxis, noch einmal aus der Perspektive des Integrativen FGC/CM Modells (siehe Kapitel 4.1.4) beleuchtet werden. Vorbehalte der Interviewten gegenüber dem Modell waren unter anderem die zeitliche Komponente, dass Betroffene oft sehr schnell eine Lösung brauchen würden (vgl. Interview 2 2016:99-100). Weiters wurde angesprochen, dass es im Krankenhaus ein Entlassungsmanagement geben würde das sich um die weitere Pflege kümmert (vgl. Interview 2 2016:104), was für eine Integrierung der FGC mit dem CM sprechen würde. Auch die bereits vorhandene Struktur der Hauskrankenpflege war Thema (vgl. Interview 2 2016:112-113), was ebenfalls für das Integrationsmodell (siehe 4.2) sprechen würde. Ein anderer Aspekt der erwähnt wurde, war der, dass von Seiten der Familien Bedenken bestehen könnten, jemanden in ihren Privatbereich eindringen zu lassen (vgl. Interview 2 2016:99-995). Dies könnte ebenfalls mit dem Integrationsmodell FGC/CM umgangen werden, da hier bereits durch die Seniorenberatung oder dem Case Management enger Kontakt zur Familie besteht.

Bestätigt wird die Idee des „Integrationsmodells FGC/CM“ (Wortschöpfung Bittersam-Horejs) durch den Hinweis, dass in Krankenhäusern neurologische Fälle schon seit Wochen stationär im Krankenhaus seien und von dort auf die Reha kämen. Auch dieser Sachverhalt unterstützt die Organisation einer Family Group Conference wie im Fallbeispiel beschrieben (vgl. Interview 2 2016:1017-1020) (siehe Kapitel 4.1.4.3).

### 3.1.2.2. Land Tirol

#### 3.1.2.2.1. Gesetzliche Ausgangslage

Auch in Tirol gilt die im Jahr 1993 getroffene Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern nach Art 15a B-VG (BGBl. Nr. 866/1993, LGBl. Nr. 56/1993).

“Damaliges Ziel war es, als Begleitmaßnahmen nach erfolgter Einführung des Pflegegeldes ab dem Jahre 1993 ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot ambulanter und stationärer Hilfs-, Betreuungs- und Pflegedienste aufzubauen.“  
(Strukturplan Pflege 2012:10)

2011 erfolgte die Umsetzung der Pflegereform, was die Weiterentwicklung von Pflegeangeboten begünstigte. Im §4 Pflegefondsgesetz 2011 wurden die Länder verpflichtet, bis zum Jahr 2016 einzelne Dienstleistungen aus- und aufzubauen. Die Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds sollten nach §3 unter anderem in die Bereiche mobile Betreuungs- und Pflegedienste und Case- und Caremanagement investiert werden. (vgl. Strukturplan Pflege 2012:11)

#### 3.1.2.2.2. Situation der Mobilen Pflege in Tirol

Da es in hier um die Möglichkeit der Finanzierung der FGC geht, wird in diesem Teil der Arbeit darauf verzichtet, zur Situation der Pflege, insbesondere der Mobilen Pflege in den Ländern, in die Tiefe zu gehen. Es wird nur der Teil beleuchtet, in dem angedacht werden kann, die Family Group Conference implementieren zu können. Für weitere Details siehe Kapitel 3.2.

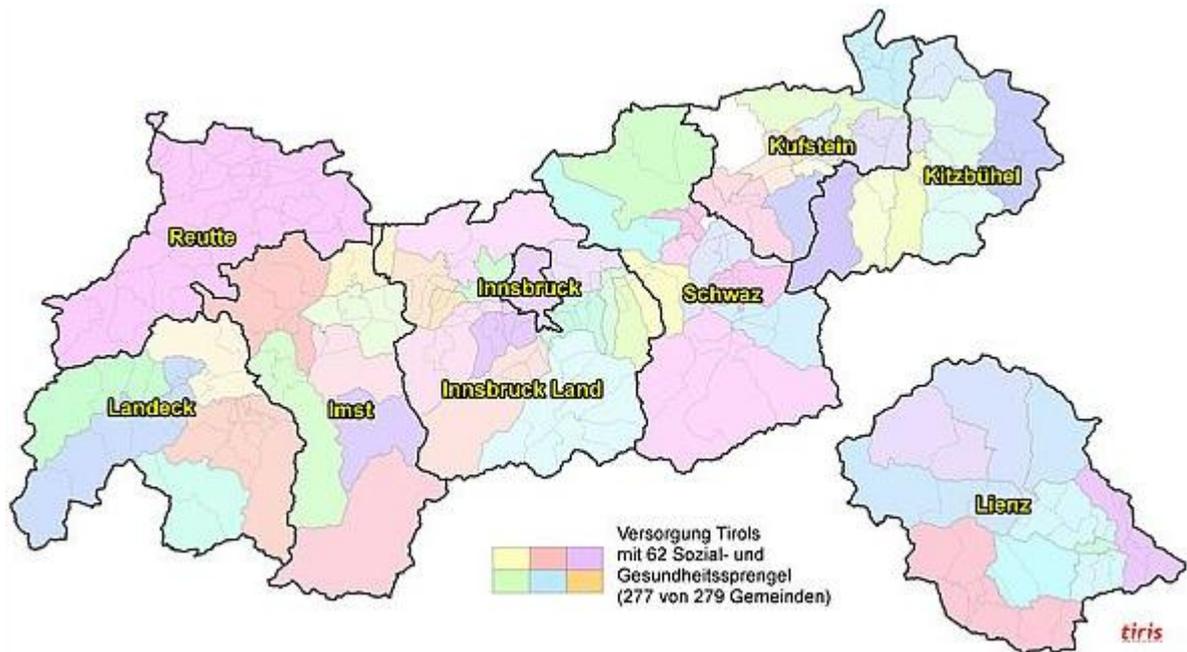
Wie bereits im Punkt 3.1.2.1 erwähnt, findet sich im Artikel 4 der bundesweiten Pflegevorsorge die Verpflichtung der Länder dafür zu sorgen, dass die Sozialen Dienste auf bestehende Strukturen aufbauen und dezentral und flächendeckend angeboten werden.

Tirol hat in der Organisation der Mobilen Pflege eine Sonderstellung, die österreichweit einzigartig ist. Jeder Bezirk hat - je nach Größe - einen bis mehrere Sozial- und Gesundheitssprengel, die auch die kleinste Gemeinde erreichen. Derzeit gibt es 62 Sozial- und Gesundheitssprengel, die über 277 Gemeinden (von 279 Gemeinden) verteilt sind und durch das Vereinsgesetz geregelt sind (siehe Abbildung 1).

Definiert sind diese wie folgt:

„Der Sozial- und Gesundheitssprengel ist eine gemeindeorientierte, ambulante Struktur auf Vereinsbasis mit einer zentralen Anlauf- und Koordinationsstelle (Sprengelsitz). Die Mitarbeiter\_innen nehmen sich rasch und individuell bestimmter sozialer und gesundheitlicher Probleme der Sprengelbevölkerung an. Im Rahmen des Sprengels arbeiten alle Kräfte - Selbsthilfe, Laienhilfe, professionelle Hilfe - wirkungsvoll zusammen, sodass ein "Netz" von Aktivitäten entsteht, die sich ergänzen und so Menschen situationsgerechte Hilfe gewährleisten.“ (Schnötzing 2006:22)

Abbildung 1: Übersicht über die Sozial- und Gesundheitssprengel Tirols



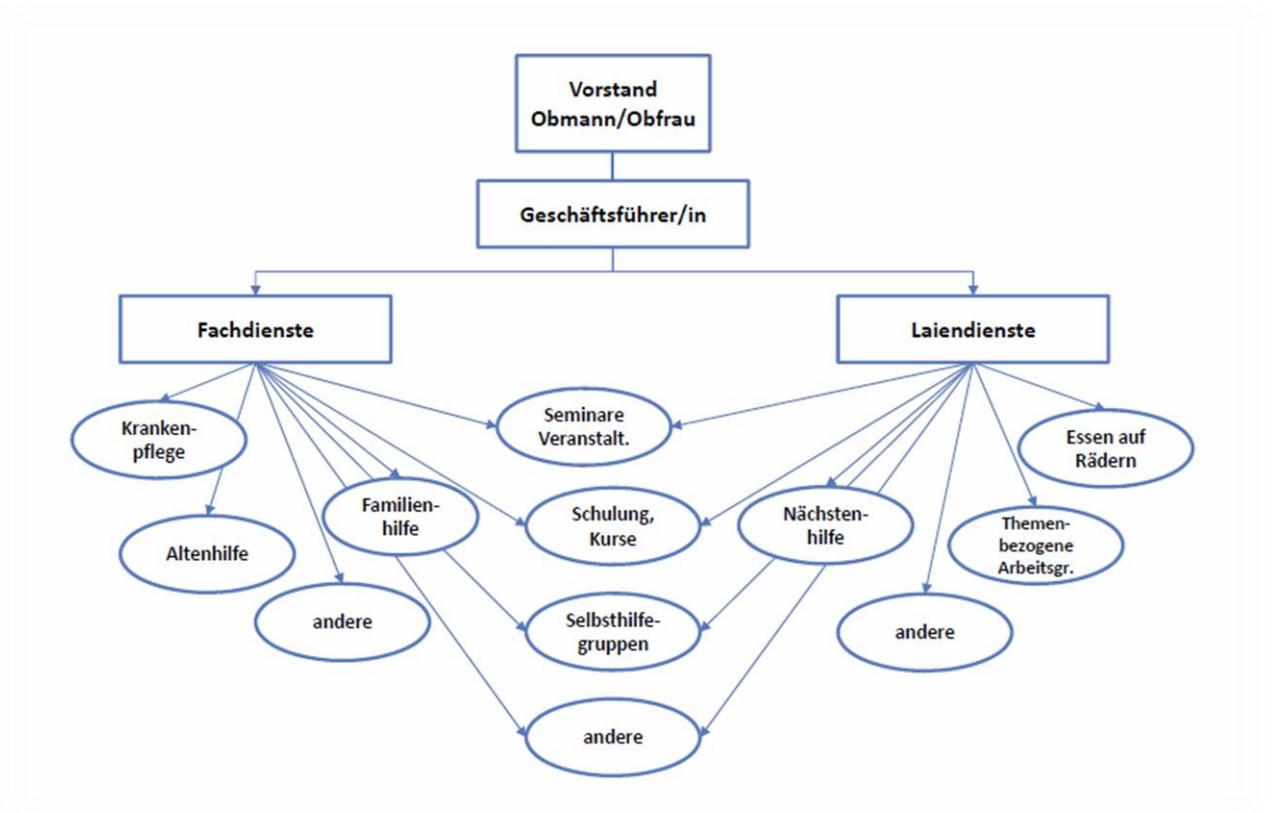
Quelle: Land Tirol o.A

Die Sprengel werden gewöhnlich immer gemeinsam von Vorstand und Geschäftsführer\_in geleitet. Die Tätigkeiten der Sprengel sind nicht auf Gewinn ausgerichtet. Die Teams bestehen überwiegend aus diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern, diplomierten Altenfachbetreuer\_innen, Pflegeassistenten\_innen und Heimhelfer\_innen.

Im Vorstand sind traditionellerweise oft auch die in der Region angesiedelten Hausärzt\_innen vertreten, die eng mit den Sprengeln zusammenarbeiten. Die Arbeit im Vorstand ist ehrenamtlich. Die meisten ehrenamtlichen Helfer\_innen engagieren sich als Fahrer\_innen für Essen auf Rädern oder für Besuchsdienste. In der Regel werden von den einzelnen Sprengelgemeinden je jeweiligen Sozialreferent\_innen des Gemeinderates in den Vorstand entsendet. So kann eine Verbindung zwischen den Aufgaben und Anliegen der Sozial- und Gesundheitssprengel und der einzelnen

Gemeinden gewährleistet werden. Vielfach sind auch Bürgermeister\_innen in den Sprengelvorständen direkt vertreten. Durch diese Konstruktion ist die Identifikation der einzelnen Gemeinden mit den Sozial- und Gesundheitssprengeln sehr hoch. Einzelne Sprengel werden auch in Kombination mit dem örtlichen Alten- und Pflegeheim organisiert. Hier ist dann die Leitung des Altenwohnheims zugleich Geschäftsführer\_in des Sozial- und Gesundheitssprengels. (vgl. Gespräch 2 2017:1)

Abbildung 2: Sprengelorganigramm



Quelle: Köck 1995:47

### 3.1.2.2.3. Strukturplan Pflege

Der "Strukturplan Pflege 2012 – 2022" des Landes Tirol gibt einen umfassenden Überblick über die zukünftigen Pflegemaßnahmen in Tirol. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird ein verstärkter Anstieg der Nachfrage nach öffentlichen Pflegedienstleistungen in allen Bereichen zu erwarten sein. Um den Stabilitätspakt mit dem Bund erfüllen zu können, wurden verbindliche und klare Planungsmaßnahmen getroffen, die sich im Strukturplan wiederfinden. (vgl. Strukturplan Pflege 2012:8). Die Abteilung Soziales wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung Landesentwicklung und Zukunftsstrategie beauftragt, den Strukturplan zu

entwickeln, der dann anlässlich der Regierungsklausur am 11.01.2012 vorgelegt wurde. Dieser Plan wurde in Folge mit allen Gemeinden und dem Gemeindeverband und allen betroffenen Leistungserbringern diskutiert und geringfügig überarbeitet. Am 27.11.2012 wurde der Strukturplan beschlossen (vgl. Strukturplan Pflege 2012:8).

Der Strukturplan beschreibt die

„[...] sozialpolitischen Zielsetzungen für die Sicherung, den Aus- und Aufbau der bedarfsgerechten Versorgung betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen mit bedürfnisorientierten und leistbaren Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auch im Sinne des Pflegefondsgesetzes 2011.“ (Strukturplan Pflege 2012:12)

Der Strukturplan Pflege bietet eine Grundlage für die Argumentation des Angebotes der Family Group Conference in Tirol und kann für Gespräche sowohl beim derzeitig zuständigen Gesundheits-Landesrat Bernhard Tilg als auch auf politischer Ebene beim ehemaligen Soziallandesrat Gerhard Reheis als Gesprächsgrundlage herangezogen werden. In den Interviews mit der Abteilung Soziales, Herrn Danner und im Interview mit Herrn Reheis war jeweils der Strukturplan die Grundlage einer möglichen landesweiten Implementierung der FGC. Als Basis diente auch folgender Auszug:

„Der Strukturplan Pflege 2012-2022 ist nicht nur eine einmalige Handlungs- und Entscheidungsgrundlage für die Landesregierung bestimmt, sondern soll entsprechend der sich ändernden Anforderungen und den mit der praktischen Realisierung der einzelnen Maßnahmen gewonnen Erkenntnissen fortentwickelt werden. Er stellt ein Instrument und eine Entscheidungsgrundlage für die kontinuierliche Planung und Weiterentwicklung sowie für die Genehmigung von Dienstleistungen und Einrichtungen für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen dar.“ (Strukturplan Pflege 2012:13)

#### 3.1.2.2.4. Seniorenberatung

Der zuständige Referent der Abteilung Soziales in Tirol und stellvertretender Leiter, Herr Danner, weist im Interview 7 auf die Seniorenberatungen hin, die als flächendeckendes Projekt vom Land Tirol in enger Zusammenarbeit mit den Sozial- und Gesundheitssprengeln finanziert und durchgeführt wurden (vgl. Interview 7 2016:140). In diesem Projekt lassen sich ähnliche Intentionen wie in einer möglichen Umsetzung des Projektes FGC im Kontext der Betreuung älterer Menschen feststellen. Der Schwerpunkt der Seniorenberatungen liegt jedoch im pflegerischen Bereich, sozialarbeiterische Tätigkeiten werden vom Pflegepersonal angeboten (Ausfüllen des Pflegegeldantrages, Vermittlung von weiteren Angeboten, etc.).

Da die Seniorenberatungen m.E. für eine Implementierung der FGC in Tirol Bedeutung haben könnten, wird im Folgenden ein wenig genauer auf die Angebote, Ziele und

Ergebnisse der Seniorenberatungen in Tirol eingegangen. Sinn dahinter ist, einen Ansatzpunkt zu finden, wo die FGC Platz finden könnte und auch so beim Land Tirol argumentiert werden könnte.

Das Projekt bzw. die Studie: „Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen“ wurde im Jahr 2011 vom Land Tirol initiiert und vom Institut für Pflegewissenschaft der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik) wissenschaftlich begleitet.

Zielgruppe der Studie waren Menschen der Generation 70+, die zu Hause lebten. Schwerpunkt der Studie war, das pflegerische Assessment und entsprechende Beratungen und Informationen durchführen zu können und zielgerichtet Ressourcen planen zu können. Das Projekt wurde vollständig vom Land Tirol finanziert, für die Nutzer\_innen war das Angebot kostenlos. Im Schnitt hatten die Nutzer\_innen vier Beratungstermine, im Rahmen derer mehrere Parameter abgefragt wurden, auf die aber hier nicht näher eingegangen wird, da es den Umfang dieser Arbeit überbeanspruchen würde. Relevant für die vorliegende Arbeit sind jedoch die Ergebnisse der Studie und die damit einhergehenden Empfehlungen. (vgl. Them & Schulc 2013:91)

Ein bedeutsamer Aspekt der Durchführung der Seniorenberatungen sei jedoch noch erwähnt - da sie an anderer Stelle in den Durchführungen des Angebotes der FGC ebenfalls von Bedeutung sind - nämlich die Rekrutierung der Interessent\_innen/Nutznieser\_innen der Studie. Es wurde in diversen gemeindenahen Medien sowie bei Veranstaltungen für Senioren\_innen das Angebot der Präventiven Seniorenberatung angekündigt. Die jeweiligen Bürgermeister\_innen der Gemeinden und Städte schrieben einen persönlichen Brief an die Zielgruppe der 80+ Personen. In einem weiteren Schritt wurde die Zielgruppe auf 70+ ausgeweitet, mit dem Ergebnis, dass sich nur sehr wenige für die Beratung interessierten. (vgl. Them & Schulc 2013:91)

Auch hier (wie bei den Bemühungen der Studierenden des FH Projekts, Familien für die FGC zu finden) hat man sich Gedanken nach den Ursachen gemacht und ist auf unterschiedliche Gründe gestoßen. Unter anderem konnten die Hindernisse in einem Informationsmangel bezüglich des Sinns und Zwecks der Beratungen ausgemacht werden. Ein anderer Aspekt war die Befürchtung des Verlustes der Pflegegeldstufe, wenn genauer kontrolliert werden würde, wie hoch der tatsächliche Pflegebedarf sei (vgl. Them & Schulc 2013:91). Gelöst wurde das Problem durch den persönlichen

Einsatz der Mitarbeiter\_innen der Gesundheits- und Sozialsprengel, die in persönlichen Gesprächen mit den Betroffenen Kontakt aufgenommen, sie informiert und ihnen Ängste genommen haben (vgl. Them & Schulc 2013:91).

Ein Teil der Untersuchungen beschäftigte sich mit dem Thema „Pflegerische Angehörige“, die sich jedoch nur auf die wenigen ausgesuchten Parameter beschränkten, die auch die Sprengel leisten (wie zum Beispiel Hilfen bei der Vermittlung von Hauskrankenpflege und andere Leistungen und Unterstützung beim Pflegegeldantrag). Völlig ausgeblendet wurde in allen Untersuchungsparametern die Möglichkeit, durch Unterstützung von außen die familieninterne Organisation zu stärken. Die Entlastung der Familienangehörigen wurde beschränkt mit Entlastungsangeboten und –interventionen, um die Pflege eines Familienmitglieds zu Hause durchführen zu können (wie Angehörigenberatung, pflegeentlastende Angebote und psycho-edukative Angebote). (vgl. Them & Schulc 2013:93)

Bezogen auf das Projekt FGC im Bereich der Pflege von älteren Menschen, könnte man eine Implementierungsschiene in diesem Bereich andenken. Die Sozial- und Gesundheitssprengel hätten die Möglichkeit, über die Finanzierung des Landes der Seniorenberatungen ohne großen Mehraufwand die Family Group Conference zu den betroffenen Personen und deren Angehörigen zu bringen und einen Familienrat anzuregen. Das Land würde in zweifacher Weise von diesem zusätzlichen Angebot profitieren, da es sowieso vor hat, die Seniorenberatungen auszubauen. Wenn der Blick ausgehend von der reinen Pflege auf die sozialen Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen gelenkt wird und damit auch die Hauptpflegeperson massiv durch eine FGC aus ihrer Verantwortung entlastet wird, spart sich das Land auf diesem Weg Gelder, die durch eine Einweisung in ein Pflegeheim oder einer Unterstützung der 24h Pflege entstehen würden. Besonders sinnvoll wäre dies, wenn der pflegerische Aufwand durch eine Demenzerkrankung gar nicht so hoch wäre, jedoch die betroffene Person einen Menschen zur Orientierung benötigt (siehe Kapitel 3.1.1.6).

#### 3.1.2.2.5. Empfehlungen aus dem Land Tirol

##### **Empfehlungen aus der Politik**

Aus Sicht des ehemaligen Landesrats für Soziales in Tirol wäre eine Implementierung der Family Group Conference im Rahmen des Strukturplans Pflege möglich. Zur möglichen finanziellen Unterstützung riet Herr Reheis, dieses Projekt gut ausgearbeitet an den derzeitigen Landesrat Tilg heranzutragen und nennt, wie schon beim Land

Niederösterreich vorgeschlagen, die Möglichkeit eines Pilotprojektes (vgl. Interview 3 2016:133-147). Seiner Meinung nach hätte das Projekt in Tirol gute Chancen auf Verwirklichung, wenn es im Rahmen der Sozial- und Gesundheitssprengel und unter Berücksichtigung des Pflegefondsgesetzes implementiert werden würde. (vgl. Interview 3 2016:259-273)

### **Empfehlungen aus der Abteilung Soziales**

Herr Danner ist als Vorstandstellvertreter der Abteilung Soziales direkt dem Landesrat Tilg unterstellt und war überwiegend an der Verschriftlichung des Strukturplans Pflege beteiligt. In diesem Jahr (2017) ist er mit der Evaluierung des Strukturplans Pflege beauftragt. Im Interview führt Herr Danner aus, dass Familien mit pflegebedürftigen Personen aufgrund der Regressforderungen vom Land bei Heimaufenthalten gute Gründe haben könnten, das Angebot der FGC für ihre Situation zu erwägen (vgl. Interview 7 2016:11-24). Vor allem der finanzielle Aspekt sei ein wichtiger und mit der vorgestellten Methode könnten Familien durch einen späteren Heimaufenthalt finanziell und durch die neue Organisation der Pflege entlastet werden (vgl. Interview 7 2016:30-58).

Herr Danner schätzt auch die Umsetzung über die Seniorenberatung als realistisch ein. (vgl. Interview 7 2016:185).

Zu den Möglichkeiten, wie die FGC finanziert werden könnte, meinte Herr Danner, dass die Zielsetzung des Familienrates gut herausgearbeitet werden müsste – im Sinne dessen, dass optimale Lösungen für die zu pflegenden Personen gefunden werden (vgl. Interview 7 2016:263-266).

Zur Umsetzung müsste das Projekt offiziell an die Abteilung Soziales beim Land Tirol herangetragen werden – unter Erwähnung der Seniorenberatungen, dass man hier mit der FGC einen Schritt weitergehen könnte, eine tiefer gehende Lösungsfindung anbieten könnte und möglicherweise auch dadurch eine 24h Pflege verhindern könnte. Die mobilen Dienste sollten dann in diesem Modell weiterhin die pflegerischen Maßnahmen übernehmen. Weitere Aufgaben sollten dann Angehörige und deren Umfeld übernehmen können (vgl. Interview 7 2016:281 – 295).

Herr Danner stellt im Interview die Notwendigkeit in den Vordergrund, vorab eine Information über das Projekt an Herrn Landesrat Tilg zu schicken. Folglich sollte man mit einer guten Präsentation punkten. Es ginge ihm darum, den Vorstand für das Vorhaben zu gewinnen und nennt gute Aussichten darauf, da die „Entscheidungsdecke recht dünn“ sei (vgl. Interview 7 2016:567-576). Auch das politische Büro wäre eine gute Adresse, das Anliegen einzubringen.

Einen weiteren guten Zugang empfiehlt Herr Danner über die Schiene der „Pflegerinnen Angehörigen“, da dies auch Thema der Evaluation des Strukturplans Pflege sei, welches in seinem Zuständigkeitsbereich liege. Seiner Meinung nach könnte das übergeordnete Thema lauten: „Unterstützungskonferenz für pflegende Angehörige“. Dies sei seiner Einschätzung nach die aussichtsreichste Variante, um zu einer Finanzierung zu kommen (vgl. Interview 7 2016:463-472).

### 3.1.3. Zusammenfassende Erkenntnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Tirol - im Vergleich zu Niederösterreich - realistischer erscheint, die Family Group Conference zu finanzieren und zu implementieren. Voraussetzung ist, dass Koordinator\_innen bis zur Implementierungsphase in einer übergeordneten Koordinationsstelle organisiert sind, die schnell auf einen Bedarf reagieren kann (siehe Kapitel 4.2). Hingewiesen sei auch auf Kapitel 4.1.4, in dem Ideen für eine Umsetzung der FGC ausgearbeitet wurden.

## 3.2. Stakeholder\_innen

*Anna Steindl*

Nebst den Financiers kommt bei der Implementierung der FGC einer weiteren Personengruppe eine bedeutsame Rolle zu – den Stakeholder\_innen. Denn wie kommen Familien bzw. Interessierte überhaupt zu Wissen über die Methode FGC und folglich zu den Koordinator\_innen? Hier ist (oder kann) die Instanz der Stakeholder\_innen bzw. genauer die der Zuweiser\_innen dazwischen geschaltet sein. Im folgenden Kapitel finden folgende erkenntnisleitende Forschungsfragen Beantwortung:

- Wer sind relevante Zuweiser\_innen?
- Warum werden diese als besonders relevant angesehen?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der eigenen Organisation?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der Fachhochschule St. Pölten (Weiterbildungslehrgang Familienrat) bzw. einer Koordinationsstelle?

Zur Bearbeitung und Beantwortung der Fragestellungen liegt zunächst eine Gruppendiskussion mit der Seminargruppe als wichtige Daten- und Informationsquelle vor. Zusätzlich konnten mit Hilfe von Gruppen- sowie Einzelinterviews externe Sichtweisen mit potentiellen Stakeholder\_innen sowie Expert\_innen des Fachbereichs eingeholt werden. Befragt wurden so in etwa Vertreter\_innen aus der Gemeindepolitik, Expert\_innen aus dem Bereich Gesundheit und Pflege (Hausarzt, Mobile Pflege, Krankenhaussozialarbeit, Sozial- und Gesundheitssprengel Tirol, NÖ Pflegehotline) sowie Dozent\_innen der FH St. Pölten.

Die Untersuchungen wurden wie bereits im Kapitel 3.1 auf Niederösterreich und - als Bundesland mit einer besonderen Organisation der mobilen Pflege – auf Tirol fokussiert.

### 3.2.1. Begriffsklärung

Der Terminus Stakeholder\_innen stammt ursprünglich aus der Betriebswirtschaft und wird nach Anheier wie folgt definiert: „Stakeholders are people or organizations that have a real assumed, or imagined stake in the organization, it’s performance, and sustainability” (Anheier 2005:227). Gemeint sind also Einzelpersonen oder Gruppen, die von den Aktivitäten und Entscheidungen einer Organisation betroffen sind und deren Bedürfnisse und Interessen mit bedacht werden müssen. Diese Begriffsbestimmung definiert Kund\_innen, Mitarbeiter\_innen, Konkurrent\_innen, Sponsor\_innen oder andere Geldgeber\_innen als Stakeholder\_innen. (vgl. Stötzer 2009:126)

Zur Abgrenzung zu den Themenbereichen der Kolleg\_innen, die sich u.a. mit der Finanzierung der FGC oder den Kund\_innen der FGC (Familien) befassen, werden hier unter dem Begriff Stakeholder\_innen lediglich die Fallzuweiser\_innen zusammengefasst.

Informelle Zuweiser\_innen, etwa aus dem persönlichen Umfeld der Familien wie Nachbar\_innen, Bekannte oder Freunde, sind hier nicht mit eingeschlossen. Zentrale Bedeutung kommt hingegen jenen Personen oder Organisationen zu, die als Schnittstelle zwischen den Familien und den Koordinator\_innen bzw. einer Koordinationsstelle agieren und aus ihrer Profession heraus den Fall zuweisen. „Zuweisen“ bedeutet im vorliegenden Kontext lediglich, dass über die FGC informiert wird und Kontakte weitergeben werden. Hierin liegt ein hoch relevanter Unterschied zur bereits etablierten FGC im Feld der Kinder- und Jugendhilfe bzw. den dort

zuweisenden Sozialarbeiter\_innen. Im Kontext älterer Menschen gibt es nämlich keinen Zwangskontext. Das bedeutet, der/die Zuweiser\_in kann über die unterschiedlichen potentiellen Möglichkeiten informieren, jedoch muss sich die Familie schlussendlich selbst dafür entscheiden. Es gibt keine "Konsequenzen" bei Nicht-Abhaltung oder Nicht-Einhaltung des in der FGC entwickelten Maßnahmenplans. (vgl. Interview 1 2016:1397-1431)

Das folgende Subkapitel geht der Fragestellung nach, um welche Personen und Organisationen es sich handeln kann, die als Zuweiser\_innen der FGC im Kontext älterer Menschen fungieren können.

### 3.2.2. Zentrale Zuweiser\_innen

Die Unterscheidung zwischen potentiellen und tatsächlich relevanten Zuweiser\_innen ist keine einfache, da diesbezüglich bislang auf keine Erfahrungswerte aus der österreichischen Umsetzungspraxis Bezug genommen werden kann. Internationale Organisationen wie Daybreak in England können hier bereits auf langjährige Arbeitspraxis und Kooperationsbeziehungen verweisen (vgl. Interview 8 2016:420-481). Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Aufgaben und Zuständigkeiten von Akteur\_innen im Bereich Gesundheit, Pflege und Soziales; Zusammenarbeit zwischen Akteur\_innen; etc.) in England bzw. den Niederlanden und Österreich kann auf diese Erfahrungen nur bedingt zurückgegriffen werden.

In Österreich fand die FGC im Kontext älterer Menschen erstmals im Rahmen des Masterprojektes, welches sich als erstes Sondierungsprojekt in diesem Bereich versteht, Umsetzung. Hinsichtlich der Bestimmung zentraler Zuweiser\_innen ist die Untersuchung der sechs Fälle des Projektteams aber wenig aufschlussreich, da die Fälle vornehmlich über private Kontakte initiiert wurden (Ausnahme Fall Weinviertel 1). Auch die durchgeführten Interviews zeigen lediglich die subjektiven Vermutungen und Einschätzungen der Expert\_innen.

Aufgrund der Tatsache, dass zum derzeitigen Forschungsstand noch keine objektive Priorisierung vorgenommen werden kann, sollten unterschiedliche Zugänge zur FGC im Blickfeld gehalten werden; es müssen unterschiedliche Ausgangsszenarien, wann eine FGC benötigt wird, angenommen werden. Diese sind im Rahmen des Forschungsprozesses (Initiierung der sechs Fälle, Expert\_inneninterviews, Gruppendiskussionen) thematisiert worden. Je nach Ausgangslage werden andere Zuweiser\_innen relevant (vgl. Interview 1 2016:1681-1687).

Im Folgenden werden vier Szenarien beschrieben, in denen jeweils unterschiedliche Zuweiser\_innen für die Vermittlung einer FGC relevant werden.

### 3.2.2.1. Szenario 1 - Prävention und Altersvorsorge

Das erste Ausgangsszenario wurde dem Fall Wien entnommen, im Rahmen dessen eine noch agile und selbständige Dame ihre Pflege und Betreuung im höheren Alter vorsorglich regeln möchte; sie will selbstbestimmt und gemeinsam mit ihren Angehörigen ihre Zukunft planen.

Hier besteht noch kein akuter Handlungsbedarf, die FGC wird präventiv eingesetzt.

Im Szenario 1 werden Beratungs- und Informationsstellen, die über Pflege und Betreuung beraten, als Zuweiser\_innen relevant. Diese Organisationen informieren niederschwellig und rasch über vorhandene Angebote, deren Ziele, Stärken und Einsatzbereiche. Sowohl in Niederösterreich als auch in Tirol ist jeweils eine Stelle besonders hervorzuheben: die NÖ Pflegehotline sowie die Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengel bzw. deren Seniorenberatung.

Zweitere wird im Weiteren nicht näher ausgeführt, da diese im Kapitel 3.1.2.2 bereits sehr ausführlich dargestellt und deren Relevanz für die Implementierung der FGC erläutert wurde.

#### **Pflegehotline**

Bei der Pflegehotline handelt es sich um ein Beratungsservice des Landes Niederösterreich. Vornehmlich telefonisch können sich pflegende Angehörige über Angebote der mobilen Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Pflegeheime, die 24-Stunden-Betreuung, das Notruftelefon bis hin zur Tages-, Kurzzeit- und Übergangspflege informieren. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2015)

Gerhard Heilig, Leiter der Pflegehotline NÖ, verweist dahingehend auf die Eingrenzung der Beratung auf institutionelle Rahmenbedingungen; Beratungen hinsichtlich pflegerischer Tätigkeiten nimmt die Hotline nicht vor.

„[...] wir geben telefonische Informationen, in Bezug auf Förderungen, in Bezug auf administrativen Ablauf, was macht die Bezirkshauptmannschaft, was macht ein Pflegeheim, ah was macht eventuell eine Stelle/Abteilung GS5, hinsichtlich Förderungen, und da geben wir die Auskünfte. Wir geben jetzt nicht die fachlichen Inputs, wie ist die Einlage zu wechseln.“ (Interview 2 2016:777-785)

Im Unterschied zur Seniorenberatung in Tirol, welche die zu pflegende Person und deren pflegende Angehörige im Eigenheim besucht, berät die Pflegehotline vornehmlich telefonisch. Es ist zwar auch eine Terminvereinbarung im Servicezentrum

St. Pölten möglich, dabei handelt es sich aber insbesondere für ältere Personen um ein sehr hochschwelliges Angebot. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2015)

Im Sounding Board vom 26.01.2017 wird von den teilnehmenden Expert\_innen empfohlen, die Informationsweitergabe und Vermittlung der FGC als Leistungserweiterung der Pflegehotline anzubieten (vgl. Interview 11 2017:402-406). Heilig äußert in der Gruppendiskussion beim Land NÖ – v.a. aufgrund der überwiegend telefonischen Beratung und einem häufig vorherrschenden Zeitdruck – jedoch Bedenken:

„[...] wo wir kurzfristig nämlich [...] binnen Minuten am Telefon einfachste Informationen und Unterstützungen anbieten können oder dass jemand zum Beratungsgespräch kommt dann ist das binnen zwei drei Tagen erledigt. Also Sie sehen der Zeitfaktor ist ja ganz ein elementarer.“ (Interview 2 2016:87-90)

Für eine Zusammenarbeit mit der Pflegehotline müssen daher v.a. organisatorische und konzeptuelle Abläufe klar definiert sein und reibungslos funktionieren (siehe Kapitel 3.2.3.2).

#### 3.2.2.2. Szenario 2 – Stellen/Abgabe von Anträgen

Szenario 2 beschreibt den Zugang zur FGC über Einrichtungen, bei denen diverse Anträge wie das Pflegegeld, Pflegekarengeld oder 24-Stunden-Betreuungsförderung abgegeben oder eingereicht werden.

Hausärzte, Vertreter\_innen der mobilen Dienste, Sozialarbeiter\_innen im Entlassungsmanagement von Krankenhäusern, Gemeindeämter oder die Tiroler Sozialsprengel unterstützen beim Ausfüllen der Anträge. All diese Organisationen bzw. Personen können Anträge zum Pflegegeld, der Betreuungsförderung, etc. entgegen nehmen, für die Auszahlung sind aber andere Entscheidungsträger zuständig; die Anträge müssen an die entsprechende Stelle weitergeleitet werden. (vgl. Bundeskanzleramt 2017a) Im Falle des Pflegegeldes ist dies die Pensionsversicherungsanstalt (vgl. Bundeskanzleramt 2017b). Beim Sozialministeriumsservice wird das Pflegekarengeld sowie die 24-Stunden-Betreuungsförderung eingereicht (vgl. Sozialministeriumsservice o.A.).

Vor dem Hintergrund all dieser möglichen Beteiligten für Szenario 2 wurden in den Erhebungen lediglich Gemeindeämter, das Sozialministeriumsservice sowie Pflegegeldbegutachter\_innen, die das Gutachten für die Pflegegeldfestsetzung

verfassen, genannt (vgl. Interview 4 2016:46-59; Interview 2 2016:336-340; vgl. Interview 10 2016:44-45).

### **Gemeinden**

Gemeindeämter nehmen Anträge wie das Pflegegeld entgegen und leiten sie an die zuständige Stelle weiter. Dieser Kontakt bietet sich als Gelegenheit, um zugleich auch über die FGC zu informieren. (vgl. Interview 4 2016:46-59; vgl. Interview 13 2017:43)

Frau Gramang-Haring, Pflegedienstleiterin bei der Volkshilfe, und Frau Hösel, Expertin im Bereich Pflege, verweisen dahingehend auch auf mögliche wirtschaftliche Vorteile für die Gemeinden, wenn die zu Pflegenden weiterhin in der Stadt bzw. Gemeinde wohnhaft bleiben (vgl. Interview 1 2016:1489-1507, 1532-1548).

### **Sozialministeriumsservice**

Anträge der Pflegeunterstützung (Pflegekarenzgeld, 24-Stunden-Betreuung sowie Zuwendungen für pflegende Angehörige) werden bei den Landesstellen des Sozialministeriumsservice eingereicht (vgl. Sozialministeriumsservice o.A.).

Herr Spazier, Referent für Soziales beim Land Niederösterreich, sieht im Rahmen der 24-Stunden-Betreuungsförderung durchaus eine Andockstelle für die FGC:

„Ahm im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuungsförderung [...] wär das durchaus auch denkbar, [...] dass man sagt, den Leuten, die bei uns um eine Förderung ansuchen, sagt man „Es gibt da was, schauen Sie sich das einmal an.“ (Interview 2 2016:336-340)

### **Pflegegeldbegutachter\_innen**

Pflegegeldbegutachter\_innen sind Ärzt\_innen oder diplomierte Pflegekräfte, die ein Gutachten erstellen, welches zur Entscheidung über die Gewährung bzw. die Höhe des Pflegegeldes dient. Dabei befinden sie sich in einer Position zwischen Auftraggeber\_in, der Pensionsversicherungsanstalt, die das Pflegegeld ausbezahlt, und dem/der Antragsteller\_in. (vgl. Pensionsversicherungsanstalt 2012)

Sowohl Frau Gramang-Haring (vgl. Interview 10 2016:44-45) als auch Frau Hösel (vgl. Interview 1 2016:344-346) messen den Pflegegeldbegutachter\_innen bei der Eingrenzung der Zuweiser\_innen Bedeutung zu. Stellen die Gutachter\_innen fest, dass der/die Gepflegte unzureichend versorgt ist, können sie die Notwendigkeit einer FGC vermerken (vgl. Interview 1 2016:344-345).

### 3.2.2.3. Szenario 3 – Unklare Pflege nach stationärem Aufenthalt

Ausgangsszenario 3 zeigt den möglichen Zugang zur FGC über diverse Einrichtungen der stationären Versorgung. Nach einem plötzlichen Unfall und einem anschließenden Aufenthalt im Krankenhaus bzw. einer anderen stationären Pflegeeinrichtung, kann eine FGC hilfreich sein, um die weitere Betreuung und Pflege zu Hause zu sichern. Hier handelt es sich meist um akute Situationen, in denen eine rasche Initiierung der FGC den Beteiligten helfen könnte, die Situation besser zu bewältigen.

In den Interviews wurden hinsichtlich dieses Ausgangsszenarios folgende Zuweiser\_innen identifiziert:

#### **Krankenhäuser/Spitäler**

Im untersuchten Erhebungsgebiet Tirol und Niederösterreich befinden sich insgesamt 35 Krankenanstalten (10 Tirol, 25 NÖ) (vgl. Hofmarcher 2013:208).

Als Zuweiser\_innen wurden die Krankenhäuser bzw. Spitäler in den Befragungen sowohl aus interner (vgl. Interview 4 2016:20) als auch externer Sicht (vgl. Interview 10 2016:51-52; vgl. Interview 13 2017:44; vgl. Interview 16 2017:41), aufgrund deren Entlassungsmanagements benannt. Nahezu alle Krankenhäuser der beiden Bundesländer haben das Entlassungsmanagement in ihrer Einrichtung verankert (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2015; vgl. Amt der Tiroler Landesregierung o.A.). (Worum es sich dabei genau handelt, wird am Ende des Kapitels erläutert.)

#### **Rehabilitationseinrichtungen**

Stationäre Rehabilitationszentren wurden in den Interviews lediglich von einer Befragten erwähnt (vgl. Interview 1 2016:1173-1174). Trotzdem muss ihnen in diesem Kapitel Beachtung geschenkt werden, da auch nach einem Reha-Aufenthalt die Betreuung und Unterstützung zu Hause geregelt werden muss und somit die FGC in Frage kommt.

Rehabilitationszentren bieten ebenso – wie auch Krankenhäuser – Entlassungsmanagement an. Dieses wird jedoch häufig unterschiedlich tituiert (z.B. Sozialberatung) (vgl. Klinik Pirawarth o.A.).

#### **Pflegeheime**

Pflegeheime sind im Zuge des Angebotes der s.g. Übergangspflege für die FGC bedeutsam. Bei der Übergangspflege handelt es sich um „Pflege für Menschen, die

vom Krankenhaus kommend ein Heim als Überbrückung benötigen, bis sie wieder zu Hause (mit oder ohne Betreuung) leben können“ (Land Niederösterreich 2015).

Dieses Angebot kann bis zu zwölf Wochen wahrgenommen werden und muss zu Teilen von der pflegebedürftigen Person selbst bezahlt werden (1/30 von 80% seines monatlichen Einkommens sowie 1/30 von 100% des Pflegegeldes) (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2015).

Herr Spazier vom Land NÖ sieht für die FGC ein Potential in der Übergangspflege. Die Übergangspflege bietet nämlich einen gewissen zeitlichen Rahmen, in dem Vorbereitungen für die weitere Betreuung zu Hause geregelt werden können. Die FGC könnte genau bei diesen Vorbereitungen zur Zukunftsplanung eingesetzt werden. (vgl. Interview 2 2016:319-339)

Das zuvor bereits erwähnte Entlassungsmanagement in den genannten Einrichtungen steht bei der Bestimmung von Zuweiser\_innen eigentlich im Fokus. Die Mitarbeiter\_innen des Entlassungsmanagements (oder auch Pflegeüberleitung) verfolgen nämlich das Ziel der „Sicherstellung poststationärer Versorgung und das Vermeiden eines Bruches in der Versorgungskontinuität“ (Staudinger 2012). Gemeinsam mit den Patient\_innen bzw. deren Angehörigen wird für die Zeit nach der Entlassung die Pflege organisiert (Bestellung notwendiger Heilbehelfe, Information zu soziale Diensten, etc.) (vgl. Staudinger 2012). Die Fachkräfte dieses Bereichs sind vornehmlich Sozialarbeiter\_innen sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\_innen, die nach den Richtlinien und Prinzipien des bereits implementierten Case- und Caremanagement agieren (vgl. Bundesgesundheitsagentur 2012).

Gesetzliche Grundlage für das Entlassungsmanagement ist die – schon unter 3.1.1.1 beschriebene - Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (vgl. BGBl I Nr. 105/2008).

Diese Personengruppe, die zugleich als Entlassungsmanager\_innen und auch Case Manager\_innen tätig ist, birgt großes Potential für die Umsetzung der FGC. Es handelt sich dabei um Spezialist\_innen, die die weitere Versorgung zu Hause regeln und eine erste Einschätzung zu notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen treffen. Also auch ob eine FGC in Frage kommen könnte. (vgl. Interview 2 2016:126)

Zudem wäre es ein Einfaches die FGC in den Case Management Prozess einzubinden und die bereits vorhandenen Strukturen des CM auch für die FGC zu nutzen (siehe Kapitel 4.1 und 4.2).

### 3.2.2.4. Szenario 4 – Vernachlässigung und Überforderung

Szenario 4 geht von einer bereits (seit längerem) bestehenden Pflegesituation aus. Die FGC wird auch dann notwendig, wenn es zu einer Überforderung bzw. Überlastung der Pflegenden und/oder einer Vernachlässigung/Gefährdung aufgrund einer unzureichenden Betreuung kommt. Kennzeichen dieser Phase ist der bereits bestehende Druck eine Veränderung herbeizuführen.

Hier läge das Potential bei den Zuweiser\_innen, die regelmäßig Kontakt zu den Familien pflegen. Durch die bereits bestehende Beziehung haben sie einen Einblick in das Familiensystem und möglicherweise auch mehr Einfluss darauf, die Familie von der Notwendigkeit einer FGC zu überzeugen.

Folgende Zuweiser\_innen wurden deshalb als relevant eingeordnet:

#### **Hausarzt\_innen**

Hausarzt\_innen arbeiten mit den pflegenden Angehörigen zusammen und kennen die familiäre und häusliche Situation meist sehr gut (vgl. Interview 10 2016:49-50; vgl. Interview 4 2016:9-12). Bei der Entscheidung für eine FGC könnte möglicherweise auch ein - in der Regel hohes Vertrauen gegenüber dieser Berufsgruppe bzw. ihre gesellschaftliche Stellung - eine Rolle spielen (vgl. Interview 16 2017:48).

Von Seiten des befragten Hausarztes, Herrn Kleinbichler, besteht großes Interesse an der Methode, er sieht aber sehr wohl die Schwierigkeit Familien von dem Konzept zu überzeugen; Österreicher\_innen seien eine „träge Masse“, die Veränderungen meide. Als Zuweiser\_in müsse man daher immer mit einem Abbruch im Prozess rechnen. (vgl. Interview 15 2017:45-47)

Zukünftige Hürde könnte auch die Abnahme an niedergelassenen Ärzt\_innen in ländlichen Regionen darstellen (vgl. Pöttler 2014:174-175). Derzeit (Stand 2015) sind in Niederösterreich 3.935 Ärzt\_innen und in Tirol 1.523 Ärzt\_innen tätig (vgl. Statistik Austria 2016). In den Ausführungen G. Pöttlers wird in den nächsten zehn Jahren eine drastische Versorgungslücke aufgrund der fehlenden Nachbesetzung von pensionierten Ärzt\_innen in ländlichen Gebieten vorhergesagt (vgl. Pöttler 2014:174-175). Folglich würde auch die Bedeutung der Hausarzt\_innen als Zuweiser\_innen abnehmen, da der enge Kontakt zu den Familien nicht mehr möglich wäre.

Kleinbichler betont nämlich ebenso die hohe Bedeutung dieses persönlichen Kontaktes im Zuweisungsprozess; es sei wichtig, sich als Zuweiser\_in Zeit für die Familien zu nehmen (vgl. Interview 15 2017:42-43); bei einem weiterhin ansteigenden Mediziner\_mangel könnte dem nicht nachgegangen werden.

## **Mobile Dienste**

Mobile und ambulante soziale Dienste ermöglichen durch das Angebot von Pflege- und Betreuungsleistungen den Verbleib der pflegebedürftigen Person in ihrem gewohnten häuslichen und familiären Umfeld und entlasten zugleich die pflegenden Angehörigen. Als Beispiele für mobile Dienste können in etwa die Heimhilfe, die Hauskrankenpflege oder Essen auf Rädern angeführt werden. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009)

Wie unter 3.1.2.1.2 erläutert, nehmen in diesem Bereich in NÖ vier große Organisationen (Rotes Kreuz, Volkshilfe, Caritas und Hilfswerk) eine zentrale Position ein. Die Situation in Tirol stellt sich durch die, in Österreich einzigartige Versorgung durch die Sozial- und Gesundheitssprengel, etwas anders dar. Diese organisieren und bieten als örtlich Vereine flächendeckend in ganz Tirol Hauskrankenpflege, Beratung und an. Konkurrierende Organisationen gibt es lediglich in Ballungsräumen (siehe Kapitel 3.1.2.2).

In den Interviews fand – in Bezug auf NÖ - v.a. die Hauskrankenpflege (vgl. Interview 13 2017:44; vgl. Interview 15 2017:40) aber auch Essen auf Rädern (vgl. Interview 4 2016:84-86; vgl. Interview 14 2017:32) Erwähnung. Diesen wird ebenfalls aufgrund der Nähe zu Pflegenden sowie den pflegenden Angehörigen Bedeutung zugemessen.

Die Studierenden der Seminargruppe äußern sich im Rahmen einer Gruppendiskussion an der FH wie folgt dazu:

„Mobile Dienste auf jeden Fall. Die sind ganz nah dran an den Familien und sehen dann aber auch wenns Schwierigkeiten gibt oder wenn das dann irgendwann nicht mehr ausreicht, [...] dass es vielleicht eine kontinuierlichere Betreuung bräuchte und man auch die Familie einbezieht.“ (Interview 4 2016:14-18)

## **Pfarren/Seelsorge**

Weiters wurde im Forschungsprozess auf Priester und Seelsorger\_innen als potentielle Zuweiser\_innen hingewiesen (vgl. Interview 14 2017:32; vgl. Interview 12 2017:10-11). Diese sind v.a. in ländlichen Regionen, wie sie sehr wohl in Niederösterreich und Tirol vorherrschen, wichtige Ansprechpartner\_innen und Vertrauenspersonen. Sie kennen die Familien und deren Umfeld meist sehr gut und können bei Bedarf einer Familie die FGC nahe legen.

Diesem Kapitel 3.2.2.4 wurden weitere Zuweiser\_innen zugeordnet, die zwar keinen intensiven Kontakt zu den Familien pflegen aber dennoch eine Überforderung der Pflegenden feststellen können und als potentielle Zuweiser\_innen fungieren können.

Zum einen handelt es sich hierbei um die Kompetenzstelle Qualitätssicherung und zum anderen um die Bezirkshauptmannschaften.

### **Kompetenzstelle Qualitätssicherung**

Im Jahr 2001 hat das Sozialministerium die Maßnahme "Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege" initiiert. Ein österreichweit agierendes Kompetenzzentrum, das an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern angegliedert ist, organisiert und koordiniert diese Maßnahme. Aufgabe der Kompetenzstelle ist im Konkreten die Verbesserung der häuslichen Pflege. Im Rahmen von Hausbesuchen durch diplomierte Pflegekräfte wird die Pflegesituation mittels standardisierten Situationsberichts (sechs pflege- und betreuungsrelevante Domänen) erhoben. Wird ein Informationsbedarf im Bereich der Pflege erkannt, so schlägt die Pflegekraft vor Ort einen Lösungsansatz vor. Bei den Hausbesuchen steht nur Hilfe und Information im Zentrum - nicht die korrekte Einstufung des Pflegegeldes oder die Überprüfung des rechtlichen Status der betreuenden Person. Seit der Einführung wurden bereits 140 000 Hausbesuche durchgeführt (Tendenz steigend). (vgl. SVB 2016)

Aufgrund dieser steigenden Aktivität aber auch dem vorhandenen Zugang zu den Familien sind die Fachkräfte des Kompetenzzentrums wichtige Zuweiser\_innen. Auch Gramang-Haring unterstützt diese Ansicht:

„Und ich glaube, dass am aller ehesten trotzdem noch gehen würde über diese ahm ahm ja belastenden pflegenden Angehörigen. Also, dass tatsächlich, die sind Pflegegeldbezieher. Da geht das Kompetenzzentrum hin. Macht eine Qualitätssicherung. Dann ahm sprechen die pflegenden Angehörigen schon an, die sind überlastet. Das sind ja oft auch Fälle wo gar keine Pflegedienste vor Ort sind. Sondern wo pflegende Angehörige alleine ah betreuen.“ (Interview 1 2016:682-687)

### **Bezirkshauptmannschaften**

Die Bezirkshauptmannschaften sind nicht nur bei der Antragstellung diverser Förderungen relevante Stakeholder\_innen; in den Gruppendiskussionen wurde auch auf die Bedeutung der Sozialabteilungen (Fachgebiet für Jugend und Soziales) hingewiesen. Seit 2014 sind die Sozialarbeiter\_innen der NÖ-Bezirkshauptmannschaften nämlich nicht mehr nur für Kinder und Jugendliche zuständig, sondern auch für den Bereich der Erwachsenen. (vgl. E-Mail 1 2017)

Herr Klingenbrunner von der GS 5<sup>5</sup> sieht in dieser Zusammenlegung sogar einen Mehrwert bzw. eine Chance in der Implementierung der FGC auch im Kontext älterer Menschen:

„Oder jeder Punkt der als gemeinsame Methodik, als gemeinsamer Zugang von beiden Materienbereichen auch aufgezeigt werden kann. [...] Als alles, was sozusagen auch irgendwo auch argumentiert werden kann als verbindendes Element, aus beiden Bereichen, auch von den methodischen Zugängen ist es sicher vom Timing her jetzt gar nicht so schlecht.“ (Interview 1 2016:1940-1949)

Erste Erfolge des Masterprojekts zeigen sich bereits in Form einer Zuweisung von einer Sozialarbeiterin der Bezirkshauptmannschaft im Fall Weinviertel 1. Diese hat in einer der ersten Expert\_innenrunden über die Ausweitung der FGC erfahren und im Herbst 2016 eine Familie vermittelt.

### 3.2.3. Anliegen und Bedürfnisse der Stakeholder\_innen

Stötzer (2009:133) betont in ihren Ausführungen zum Umgang mit Stakeholder\_innen die Notwendigkeit Anliegen und Bedürfnisse dieser mit zu bedenken, um die zukünftige Beziehung bzw. die Zusammenarbeit dementsprechend zu gestalten. Gegebenenfalls können Stakeholder\_innen in Hinblick auf eine erfolgversprechende Erreichung von Zielen sogar in Entscheidungen mit einbezogen werden.

So wurden im Rahmen der empirischen Erhebungen auch die Stakeholder\_innen nach ihren Anliegen und Bedürfnissen befragt, wodurch auch sie wichtige Entscheidungsträger\_innen bei der Weiterentwicklung und Etablierung des Projektes sind.

Betreffend der erkenntnisleitenden Forschungsfrage „Was benötigen die Stakeholder\_innen zur Umsetzung?“ muss jedoch zunächst eine Konkretisierung stattfinden: Was brauchen sie von wem? Es gilt nämlich die Unterscheidung zu treffen: Was brauchen sie von der eigenen Organisation, um die Zuweiser\_innenfunktion zu übernehmen? Sowie: Was brauchen sie von der FH St. Pölten (im Genaueren dem Weiterbildungslehrgang Familienrat) bzw. einer vielleicht zukünftig neu geschaffenen Koordinationsstelle, die die FGC koordiniert (vergleichbar Daybreak in England oder Eigen Kracht in Amsterdam)?

---

<sup>5</sup> Bei der GS 5 handelt es sich um die Abteilung 5 der Gruppe für Gesundheit und Soziales beim Land Niederösterreich (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2007).

Die interviewten Zuweiser\_innen sind in staatlichen aber auch privaten Einrichtungen tätig, sind Selbständige oder Angestellte. Diese breite Auswahl der Expert\_innen soll einen möglichst umfangreichen Einblick in die unterschiedlichen Bedürfnisse ermöglichen.

### 3.2.3.1. Anliegen und Bedürfnisse gegenüber der eigenen Organisation

Um die Schnittstellenfunktion als Zuweiser\_in zu erfüllen, müssen auch in der eigenen Organisation strukturelle und organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden.

#### **Entscheidung der Leitung**

Als einzige interviewte Person, die sich nicht in einer Leitungsposition befindet, hat die Krankenhaussozialarbeiterin Frau Hinterwallner auf das Einverständnis der Leitung zur Einführung und Umsetzung der FGC verwiesen:

„Vermutlich müsste dann im Konkreten auch die Leitungsperson über FGC informiert werden. Die Leitung entscheidet, ob FGC für die PatientInnen und die Angehörigen passend ist bzw. zum Kontext der Krankenhausarbeit adäquat erscheint.“ (Interview 13 2017:22-25)

#### **Einschulung von Mitarbeiter\_innen**

Die Einschulung bzw. Bekanntmachung des Projektes bei den Mitarbeiter\_innen wurde von den befragten Zuweiser\_innen als grundlegend beschrieben (vgl. Interview 15 2017:18-19; vgl. Interview 13 2017:18-19; vgl. Interview 14 2017:17; vgl. Interview 10 2016:31). Die Einschulung der Mitarbeiter\_innen kann in Form einer kurzen Mitarbeiter\_innenbesprechung (vgl. Interview 15 2017:18-19) oder eines ganzen Informationsnachmittags (vgl. Interview 13 2017:18-19) stattfinden.

Das Konzept bzw. die Methode (Ziele, „Mehrwert“ für die Betroffenen, Ansprechpersonen, etc.) muss ebenso für die Angestellten und Kolleg\_innen nachvollziehbar sein, damit die FGC optimal vermittelt werden kann (vgl. Interview 13 2017:18-22). Diese sind nämlich u.a. auch in Kontakt mit den Familien und müssen gut informiert sein. Ihnen kann bereits eine erste Brokerfunktion zukommen, indem sie die FGC in der vorliegenden Familiensituation als potentielle Lösung sehen und Informationen weitergeben (vgl. dazu auch die Masterthese Altenhofer/Lich 2017).

#### **Intern festgelegte Kriterien für eine Überweisung**

Aufgrund dieser wichtigen Rolle der Mitarbeiter\_innen verweist Frau Gramang-Haring, Pflegedienstleiterin bei der Volkshilfe, auf die Notwendigkeit hin, auch intern Kriterien für eine Überweisung zur Familienkonferenz festzulegen (vgl. Interview 10 2016:23-24).

### **Festgelegte Kriterien der Informationsweitergabe und Regelungen über Datensicherheit**

Je nach Zuweiser\_in kann über eine Familie bereits eine Fülle an Informationen und Daten bestehen. Hier braucht es organisationsintern eine klare Regelung, welche Informationen an welche Beteiligten weitergegeben werden (vgl. Interview 10 2016:20). Im Zusammenhang damit ergibt sich auch eine Frage zur Methode FGC: Wie viel muss der/die Koordinator\_in überhaupt über die „Vorgeschichte“ der Familie wissen, damit sie gut arbeiten kann? Dahingehend gibt es in Österreich noch keine klare Regelung. Daybreak in England hat dazu beispielsweise schon eine Entscheidung getroffen.

„I only ask for the information I need, I don't want any other information. They'll try and offer you lots of information. I work for the family, I don't work for that referrer. My job is to get the right information at the conference. So they try and give you their opinions.“ (Interview 8 2016: 841-844).

### **3.2.3.2. Anliegen und Bedürfnisse gegenüber dem Weiterbildungslehrgang Familienrat an der FH St. Pölten bzw. einer Koordinationsstelle**

Zur Implementierung der FGC, die sich im Kontext älterer Menschen auf völlig neuem Gebiet befindet, sind v.a. die Bedürfnisse gegenüber dem Weiterbildungslehrgang Familienrat der FH St. Pölten bzw. einer Koordinationsstelle für die Weiterentwicklung und Optimierung der Methode bedeutsam. In welcher Organisationsform die FGC angeboten wird – ob als eigenständige Organisation oder als Koordinationsstelle an der FH angegliedert – wird sich im weiteren Forschungsprozess noch zeigen und liegt insbesondere im Forschungsinteresse des Kollegen Czak, der seine Ergebnisse voraussichtlich im Herbst 2017 präsentieren wird.

Im Weiteren wurden fünf Kategorien gebildet, die die genannten Anliegen strukturieren und zusammenfassen:

### **Finanzierung**

Für eine Umsetzung der FGC ist zunächst eine gesicherte bzw. geklärte Finanzierung notwendig (vgl. Interview 4 2016:129; vgl. Interview 10 2016:22; vgl. Interview 13 2017:32; vgl. Interview 1 2016:1298; vgl. Interview 16 2017:19-20).

Die gegenständliche Masterthesis zeigt dazu zwei gangbare Wege der Finanzierung auf: Zum einen die Finanzierung über ein Pilotprojekt und eine folgende Regelfinanzierung (siehe Kapitel 3.1.2.1) und zum anderen über das bereits etablierte Case Management (siehe Kapitel 4).

Innerhalb der Gruppendiskussionen wurde nebst einer Vollfinanzierung auch über einen Selbstbehalt bzw. Kostenbeitrag der Familie diskutiert, welcher die „Wertigkeit des Angebots“ steigern solle (vgl. Interview 2 2016:289-291). Frau Hinterwallner thematisiert ebenso eine finanzielle Rückerstattung im Falle eines Abbruchs (vgl. Interview 13 2017:32).

### **Klare Leistung(sbeschreibung) und Zuständigkeiten**

Um die Rolle als Zuweiser\_in übernehmen zu können, benötigen die Stakeholder\_innen inhaltliche und strukturelle Klarheit. Das heißt sowohl ein Grundverständnis der Methode und ihrer Ziele (vgl. Interview 4 2016:108-115; vgl. Interview 7 2016:265-268), als auch Klarheit bzgl. der tatsächlich angebotenen Leistung (vgl. Interview 2 2016:645-661).

Es bedarf einer eindeutigen Abgrenzung der FGC zu anderen Bereichen und Methoden sowie der Entwicklung eines Alleinstellungsmerkmals (USP) (vgl. Interview 1 2016:1906-1907). Als Beispiel dafür könnte etwa der Empowermentansatz, d.h. die besondere Stellung der Familie bzw. das Vertrauen auf ihre Eigenkraft, angeführt werden. Durch den hohen Grad an Partizipation der Familie ist auch eine nachhaltigere Umsetzung der festgelegten Maßnahmen anzunehmen. (vgl. Interview 12 2017:22-24) Nebst der Frage was die FGC leisten kann, gilt es darüber hinaus klar zu kommunizieren, was sie nicht leisten kann (vgl. Interview 4 2016:110); nicht für alle Fälle ist sie geeignet (vgl. dazu Fall Wien oder Mostviertel, in denen die FGC nach mehreren Gesprächen als nicht passend eingeschätzt wurde).

Auch das Aufgabengebiet der Koordinator\_innen sollte genauer umrissen werden; welche Aufgabengebiete können sie übernehmen und wofür sind sie nicht zuständig? (vgl. Interview 2 2016:788-789).

Ebenso wäre es notwendig, dass organisatorische Abläufe, örtliche und zeitliche Verfügbarkeiten und Zuständigkeiten bereits im Vorfeld geklärt sind (vgl. Interview 1 2016:1297-1306).

Soll zwischen Weiterbildungslehrgang der FH bzw. Koordinationsstelle und Zuweiser\_innen eine fortlaufend enge Zusammenarbeit erfolgen, bräuchte es einen

regelmäßigen Informationstausch und Feedbackschleifen. Frau Hinterwallner weist darauf hin, dass auch Zuweiser\_innen über mögliche Veränderungen des Settings bzw. des Konzepts aufgeklärt werden sollten (vgl. Interview 13 2017:33). Als wichtiges Anliegen wurde von den Zuweiser\_innen daher der Bedarf nach Kontaktdaten bzw. einer Kontaktperson genannt, die Informationen zur Methode oder möglichen Anbieter\_innen der FGC weiter gibt (vgl. Interview 10 2016:32; vgl. Interview 2 2016:637-639; vgl. Interview 14 2017:23). Damit einher geht folglich auch die Frage nach passenden Dokumentationssystemen (vgl. Interview 10 2016:33).

Frau Hinterwallner, welche als Krankenhaussozialarbeiterin tätig ist, wünscht sich ebenso ein jährliches Austauschtreffen mit FGC Anbieter\_innen, Zuweiser\_innen, Ausbildungsstätten etc., damit Erfahrungen ausgetauscht und evtl. Änderungen des Konzeptes besprochen werden können (vgl. Interview 13 2017:38).

Auch Herrn Kleinbichler, der als Vertreter der Hausärzt\_innen fungiert, sind Rückmeldungen in Form von regelmäßigen Fallbesprechungen mit den Koordinator\_innen wichtig, um über den weiteren Fallverlauf bzw. das Fallgeschehen informiert zu sein (vgl. Interview 15 2017:34-36).

### **Informationsmaterial**

Als Voraussetzung, um die Zuweiser\_innenfunktion wahrzunehmen, wurde in den Interviews auf notwendiges Informationsmaterial zur Methode und dem Angebot hingewiesen. Dazu zeigen sich in den Erhebungen Antworten zu zwei relevanten Fragestellungen: Wer sind die Adressaten des Infomaterials? Und: Wie soll das Informationsmaterial aufbereitet sein?

Frau Gramanag-Haring von der Volkshilfe benötigt beispielsweise Informationsmaterial für Klient\_innen aber auch Informationsleitfäden für Mitarbeiter\_innen zur Einschulung (vgl. Interview 10 2016:30-31). Je nachdem wer mit dem Material angesprochen werden soll, richtet sich auch die Beantwortung der zweiten Frage. Inhalte, Sprachwahl (einfache Sprache!) oder Formatierung des Infomaterials sollte nämlich folglich auch auf die Zielgruppe angepasst und zugeschnitten werden.

Wie das Informationsmaterial nun konkret für die Familien aufbereitet werden soll, geht aus den Interviews des Hausarztes, der Bürgermeisterin, der Krankenhaussozialarbeiterin, des Sozialsprengels sowie der Gruppendiskussion beim Land Niederösterreich hervor. Benötigt werden Folder (vgl. Interview 15 2017:28; vgl. Interview 16 2017:28), kurze Power Points für Veranstaltungen sowie kurze druckreife Artikel für die Gemeindezeitung (vgl. Interview 14 2017:23-25).

Sowohl Folder als auch Artikel zur FGC wurden bereits im Laufe des Projektes entwickelt. Die Kolleginnen Altenhofer und Lich (2017) beschäftigen sich in ihrer

Masterthese intensiv mit der weiteren Optimierung und Verbesserung des Materials nach den geäußerten Vorschlägen der Expert\_innen. Genannt wurde in etwa die Darstellung eines Beispielfalls bzw. einer Erfolgsstory, welche den Nutzen aber auch den Ablauf einer FGC verdeutlicht (vgl. Interview 2 2016:350-352).

### **Klare Rolle der Zuweiser\_innen**

Ebenso wurde in den Interviews auf die Notwendigkeit einer klaren Rollendefinition bzgl. der Zuweiser\_innen verwiesen. So deutet etwa die Pflegedienstleiterin der Volkshilfe in diesem Zusammenhang auf die erforderliche Klärung eines methodischen Aspektes hin:

„Für mich ist noch unklar, welche Rolle, also wenn wir dort als Organisation betreuen, welche Rolle wir in diesem Familienrat haben? Gar keine, oder ob wir sozusagen, ah, zumindest bei einer Konferenz dabei sind, und uns dann irgendwie auch zurückziehen. Weil ich könnte mir schon vorstellen, dass es schwierig wird, wenn es tatsächlich unterschiedliche Auffassungen über die Pflege gibt. Familie, und bei unserer Organisation, und das möglicherweise Thema ist im Familienrat.“ (Interview 1 2016:1588-1593)

FH Dozent, Herr Pflegerl, äußert sich in der Gruppendiskussion der Expert\_innen zu dieser Fragestellung. So sei es im Rahmen einer Familiensituation, in der das Thema Pflege von fachlicher Seite zentral ist, durchaus möglich, dass zuweisende Pflegedienste oder sonstige Professionelle in einer ersten Einstiegsphase oder bei der Entwicklung des Maßnahmenplans beratend tätig sind und ihr Fachwissen zu Verfügung stellen. (vgl. Interview 1 2016:1595-1659)

### **Ortskundigkeit**

Frau Fabiankovits, Leiterin eines Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengels, hat im durchgeführten Interview auf den besonderen Aufbau der Tiroler Pflege- und Gesundheitslandschaft verwiesen. Will die FH oder eine zukünftige Koordinationsstelle die FGC in Tirol implementieren bzw. auch österreichweit agieren, müssten alle Beteiligten über die örtlichen Strukturen und Akteur\_innen in Kenntnis gesetzt werden. (vgl. Interview 16 2017:26)

### **3.2.4. Resümee und Empfehlungen**

Der aktuelle Forschungsstand lässt kaum eine objektive Gewichtung der Stakeholder\_innen zu; es mangelt an durchgeführten Familienkonferenzen im Kontext älterer Menschen, aus denen Erfahrungswerte entnommen werden können. Auch die

Verbreitung bzw. Bekanntmachung der Methode muss erst weiter vorangetrieben werden.

Wer nun in Zukunft mögliche/r Adressat\_in dieser Bekanntmachung sein könnte, wurde im Kapitel 3.2.2 durch die Befragungen der Masterarbeitsgruppe im Rahmen einer Diskussion an der FH sowie der interviewten Zuweiser\_innen festgelegt. Je nach Zugang bzw. Ausgangsszenario sind unterschiedliche Zuweiser\_innen von Bedeutung. Eine weitere Gewichtung innerhalb der einzelnen Ausgangsszenarien erscheint gegenwertig nicht sinnvoll. So sollte den Zuweiser\_innen in Szenario 1 oder 2 zukünftig nicht weniger Beachtung geschenkt werden, auch wenn hier mögliche Motive für eine FGC (z.B. hoher Leidensdruck, akuter Handlungsbedarf) wie in Szenario 3 und 4 fehlen.

Will man zukünftig die FGC österreichweit etablieren und untersucht dahingehend relevante Zuweiser\_innen in anderen Bundesländern als Tirol und Niederösterreich, so gilt es auf die vorherrschenden föderalen Strukturen einzugehen und eventuell neue bzw. andere Zuweiser\_innen in Betracht zu ziehen.

Hinsichtlich der Anliegen und Bedürfnisse von Seiten der Zuweiser\_innen stellt sich ein weitgehend einheitliches Bild dar. Trotz der unterschiedlichen organisationalen Hintergründe (Selbständigkeit oder Anstellung, privat oder staatlich) gehen die Bedürfnisse sowohl gegenüber der eigenen Organisation als auch dem Weiterbildungslehrgang Familienrat der FH St. Pölten bzw. einer Koordinationsstelle weitgehend konform. Dieser Umstand könnte eine zukünftige Weiterentwicklung und Umsetzung des Projektes enorm erleichtern.

Einigen der genannten Anliegen konnte bereits im Rahmen des Forschungsprojektes nachgekommen werden. So wurde beispielsweise bereits erstes Informationsmaterial (Zeitungsartikel, Folder, etc.) angefertigt (siehe dazu die Masterthese Altenhofer/Lich 2017). Wie aus den Erhebungen hervorgeht, braucht es dennoch eine Optimierung und Anpassung des Bestehenden. Für eine Umsetzung der FGC sollte ein deutlich klareres Konzept aufgestellt und geliefert werden, das die Abläufe, Wirkungsbereich, Kosten sowie Ziele und Zuständigkeiten der FGC genau beschreibt.

Bei der Weiterentwicklung des Konzeptes ist sicherlich auch ein Blick ins Ausland lohnend. Hinsichtlich des Umgangs mit Stakeholder\_innen kann die Arbeit der Organisation Daybreak (England) als Ideenpool bzw. Vorbild dienen. So sind die Zuweiser\_innen – wie auch unter 3.2.3.2 angedeutet – Teilnehmer\_innen und zugleich Informationsgeber\_innen während der Familienkonferenz. Ebenso sind sie für die Abnahme des Maßnahmenplans zuständig. (vgl. Interview 8 2016:479-510) Um diesen Aufgaben nachzukommen werden die Zuweiser\_innen von der Organisation aus- bzw. weitergebildet (vgl. Daybreak 2010).

Abschließend soll an dieser Stelle auf das Kapitel 4.2 hingewiesen werden. Dieses beschreibt anhand von konstruierten Fallbeispielen, welche Rolle Zuweiser\_innen in einem FGC Prozess einnehmen bzw. wie sie in diesen eingebunden werden können.

## 4. Case Management

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

Was möchte der Diskurs über Case Management in dieser Arbeit? Im Zuge der Recherchen zur Family Group Conference stießen die Autorinnen fallweise auf Aussagen unterschiedlicher Stakeholder\_innen, die u.a. im Bereich des Case Managements angesiedelt waren und wurden mit der Frage konfrontiert, warum eine neue Methode einführen, wenn es doch Case Management gäbe.

Im Gespräch mit Frau Pelligrini, leitende Krankenschwester im Bezirkskrankenhaus Kufstein, wurden erste Meinungen zur FGC von Seiten des Krankenhaus Case Managements eingeholt. Frau Pelligrini stand in dieser kurzen Meinungsabfrage der FGC als neuer Methode - nebst dem im Haus installierten Case Management - kritisch gegenüber. Das Case Management würde alle Bereiche im Sinne des zu pflegenden Menschen abdecken. (vgl. Telefonprotokoll 1 2016:1) Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass es andere Umstände und ein persönliches Gespräch gebraucht hätte, um tiefer in die Idee eindringen zu können und das Vorhaben besser vorstellen zu können.

Daher ist es den Student\_innen ein Anliegen, im Zuge der Recherchen und direkter Erfahrungen mit der Methode der FGC den Rahmen des gegenseitigen Verständnisses und der gegenseitigen Wertschätzung zu öffnen und beide Methoden parallel zueinander näher zu betrachten.

Das Case Management hat seinen "Siegeszug" in Sachen Finanzierung durch unterschiedliche Bereiche bereits angetreten. Es ist heute unbestritten, dass Case Management in vielen Organisationen ein zentraler Bestandteil des Angebotes ist (siehe nachfolgende Beispiele).

Im Weiteren wird zunächst in einigen Beispielen auf die Finanzierung und die Organisation von Case Management in Niederösterreich und Tirol eingegangen. Im Anschluss werden in Kürze die gesetzlichen Grundlagen beschrieben.

Es wird hier nicht der Anspruch der Vollständigkeit verfolgt; es soll ferner darum gehen, sich einen Eindruck zu verschaffen, wie das Case Management in Österreich, mit Schwerpunkt Niederösterreich und Tirol, implementiert werden konnte.

Um einen Überblick bzgl. Verbreitung, Anwendungsbereiche und Organisationsformen des Case Managements zu gewähren, wird auf diese Thematik etwas genauer in Form von konkreten Beispielen und Handlungsfeldern eingegangen.

Da die wissenschaftlichen Erkenntnisse dieser Arbeit in den Vorschlag münden, die Methode der FGC in das Case Management zu integrieren bzw. daran anzulehnen, wird in Folge u.a. ein integrierter CM/FGC Ablauf sowie zwei Implementierungsmodelle vorgestellt.

## 4.1. Finanzierung und Organisation des Case Managements - Schwerpunkt Tirol und Niederösterreich

*Patricia Bittersam-Horejs*

### 4.1.1. Entstehung des Case Managements im Kontext des Bereichs Gesundheit - kurzer Überblick

Das Case Management im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens entstand aus der Einzelfallarbeit der Sozialarbeit (case work) und wird in vielen Organisationen, die offiziell Case Management anbieten, als klassische Einzelfallarbeit durchgeführt. In der Regel ist Case Management dort angebracht, wo komplexe Problemlagen mit mehreren Beteiligten in vernetzten Kontexten zu bearbeiten sind und die Komplexität mit Hilfe des Case Managements in eine übersichtliche Hilfeplanung überzuführen ist. (vgl. Wendt & Löcherbach 2006:8)

In den 70-iger Jahren fand in den USA eine Umstrukturierung der Betreuung in der Betreuung von chronisch psychisch Kranken, geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen statt. Man hatte erkannt, dass die bisher übliche Versorgung in Großanstalten die Menschen lebensuntüchtig machte, viel Geld kostete und trotzdem nichts dazu beitrug, den Menschen eine Perspektive zu geben, mit der sie ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen konnten bzw. mit verhältnismäßig geringer Unterstützung wieder alleine lebensfähig werden konnten.

Aufgrund dieser Tatsachen wurden die Bettenzahlen drastisch reduziert. Die Patient\_innen die durch diese "Deinstitutionalisierung" keine stationäre Betreuung mehr erfuhren, benötigten somit eine mobil aufsuchende Betreuung. In den USA entstanden neue soziale und medizinische Angebote, die jedoch sehr wenig untereinander koordiniert wurden. Aus dieser Unübersichtlichkeit bildete sich im Bereich der Menschen mit Behinderung 1975 eine gesetzlich verankerte Hilfeplanung heraus, die eine vernetzte Versorgung der verschiedenen Dienstleister garantierten sollte. Hier wurde dem CM die Aufgabe zugeschrieben, personenbezogen die nötige

Hilfestellung zu bieten. 1977 erfuhr das Case Management eine weitere wichtige Aufgabe. Das National Institute of Mental Health (NIMH) legte ein Programm auf, in dem für psychisch kranke Menschen die unterstützenden Dienste im Gemeinwesen individuell und koordiniert zugänglich gemacht werden mussten. Dieses Programm sah vor, dass eine Fachkraft oder ein ganzes Team Kontakt mit dem/der Klient\_in hat, unabhängig von der Anzahl der Dienste. (vgl. Wendt & Löcherbach 2006:68)

1974 wurde die Bezeichnung "Case Manager" offiziell eingeführt und entfachte eine breite Diskussion, ob es sich bei Case Management um eine Methode oder um ein eigenständiges Berufsbild handle. Mittlerweile gibt es eine unüberschaubare Anzahl an Modellen, die sich in ihren Rahmenbedingungen stark unterscheiden. (vgl. Wendt & Löcherbach 2006:9)

#### 4.1.2. Gesetzliche Grundlagen

Im österreichischen Nationalrat wurde aufgrund der in Punkt 4.1.3 genannten Gründe, die verpflichtende Einführung von Case Management bei den Krankenversicherungsträgern beschlossen und mit der Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Bundesgesetzblatt vom 10. Jänner 2013 XXIV Artikel 5, Punkt 3a Unterabschnitt § 143b Case Management gleich mit der Einführung des Rehabilitationsgeldes (§143a) beschlossen. Hier heißt es:

„Case Management

§ 143b. Die Krankenversicherungsträger haben die nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d pflichtversicherten Personen umfassend zu unterstützen, um einen dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungsprozess für den Übergang zwischen einer Krankenbehandlung und der Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen und für einen optimalen Ablauf der notwendigen Versorgungsschritte zu sorgen. In diesem Rahmen ist die versicherte Person während der Krankenbehandlung sowie der medizinischen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei der Koordinierung der weiter zu setzenden Schritte zu unterstützen und dahingehend zu begleiten, dass nach einer entsprechenden Bedarfserhebung ein individueller Versorgungsplan erstellt und durch die einzelnen Leistungserbringer\_innen umgesetzt wird. Im Rahmen des Case Managements ist darauf Bedacht zu nehmen, dass sich die Versicherten regelmäßigen Begutachtungen im Kompetenzzentrum nach § 307g unterziehen. Die Krankenversicherungsträger haben sich hierbei mit dem Arbeitsmarktservice und dem zuständigen Pensionsversicherungsträger rechtzeitig abzustimmen. Der Pensionsversicherungsträger kann eine Begutachtung im Kompetenzzentrum Begutachtung unter Einbindung des Case Managements verlangen.“ (BGB §143b)

#### 4.1.3. Verbreitung/Anwendungsbereiche/Organisationsformen

Im Interview mit Herrn Pallinger, Sektionschef der Sektion IV, wird die Einführung des Case Managements im Jahr 2011 näher erläutert und beschrieben.

Ein wesentlicher Umstand nach Ansicht von Herrn Pallinger war die Wirtschaftskrise 2011, die dazu geführt hatte, dass vereinzelt Gemeinden sprichwörtlich „nicht nur das Wasser bis zum Hals gestanden ist, sondern über dem Kopf“ (Interview 6 2016:116-117). Man hatte daraufhin mitten in der Finanzausgleichsperiode versucht, den Ländern unter die Arme zu greifen und habe als Ergebnis verschiedener Studien, zum einen das Landespflegegeld in die Verantwortung des Bundes gegeben und zum anderen einen Pflegefonds implementiert. Als neue Errungenschaft wurden die Leistungen bundeseinheitlich definiert und vergleichbar gemacht. Ein wesentliches Element dieses Pflegefonds war der Ausbau des Case- und Care Managements. (vgl. Interview 6 2016:121-127)

Laut Pallinger sei besonders in dieser Zeit das Bundesland Niederösterreich sehr daran interessiert gewesen, das Case Management auszubauen. Es wurde jedoch nicht in die Tiefe gegangen, wer das Care Management mache, was Care Management eigentlich sei, und wie das Setting des Care Management ausgestaltet sei (vgl. Interview 6 2016:127). In der Einführung des Case- und Caremanagements habe man aus Sicht des Sozialministeriums den Gedanken verfolgt, dass es für einen betroffenen Menschen vielleicht nicht nur sinnvoll sein könnte, zu Hause gepflegt zu werden, sondern dass es für manche Betroffene auch besser sein könnte, sich in einer betreuten Wohnform wiederzufinden (vgl. Interview 6 2016:136).

Eine weitere Grundlage der Implementierung war, dass individuelle Lösungen im Mittelpunkt stehen sollten, da das ideale Pflegesetting auch zu wirtschaftlich-ökonomisch sinnvolleren Lösungen führen könne, als nur die Pflege zu Hause. Im städtischen Bereich könne eine Pflege zu Hause teurer sein als die Pflege im stationären Bereich (vgl. Interview 6 2016:138-142).

Durch das vorangestellte Anliegen der Kostenträger, Ausgaben zu reduzieren, Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern, entstanden eine Reihe von Organisationsmodellen, die auch als Managed Care bezeichnet werden können.

Bei Baumberger heißt es in der Definition zu Managed Care:

„Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Maß und auf der Ebene des Falls überwacht, um sie ständig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen“ (Baumberger 1996:33, zitiert in Wendt 2010:24).

Case Management wird in unterschiedlichen Bereichen angewendet. Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Case- und Care Management findet das Case Management Anwendung in den Handlungsfeldern Soziale Arbeit, im Versicherungswesen, im Bereich Gesundheit und Pflege, in der Arbeitsmarktintegration, in der Rehabilitation und Inklusion behinderter Menschen und als junges Feld im Bereich Flucht, Integration und Migration. (vgl. DGCC o.A.)

Im Folgenden soll zu den einzelnen Handlungsfeldern anhand konkreter Praxisbeispiele ein Überblick über die unterschiedlichen Bereiche im Case Management gegeben werden. Diese Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

#### 4.1.3.1. Beispiel Handlungsfeld Soziale Arbeit

Die Lebenshilfe Tirol hat 2013 bundesweit mit der Errichtung von Beratungsstellen in jedem Bezirk gestartet. Zwölf Sozialarbeiter\_innen waren beauftragt, im jeweiligen Bezirk eine Beratungsstelle zu implementieren, in der fallführende Beratung und Case Management angeboten wurden und werden. Am Beginn der Aufbauphase entfachte eine Diskussion über die Benennung der Leistungen. Da Case Management nach wie vor kein geschützter Begriff ist, und aus Rücksicht auf die geringe Verständlichkeit des Begriffes “Case Management” bei den Menschen mit Behinderungen, entschied man sich nach einem mehrmonatigem Identifikationsprozess, die Dienstleistung nicht als Case Management zu benennen, sondern “Beratung für Menschen mit Behinderungen”. (vgl. Gespräch 1 2016:1)

Die Lebenshilfe bietet in ihrer Beratung als Dienstleistungen allgemeine Beratung, sozialrechtliche Beratung und Peer Beratung an und deckt die Dienstleistungsbereiche von Arbeit und Wohnen ab. (Lebenshilfe Tirol, o.A.: Beratung)

Im Bereich der Information und Vermittlung wird Case Management informell angeboten. Es wird darauf geachtet, klient\_innenzentriert zu arbeiten und überwiegend

- wenn möglich - mit dem betroffenen Menschen alleine zu arbeiten (zumindest jedoch ist der betroffene Mensch bei allen Gesprächen dabei). (vgl. Gespräch 1 2016:1)

Die Berater\_innen arbeiten fallführend und teilweise nach den Richtlinien des Case Managements. Die derzeitigen Sozialarbeiter\_innen haben jedoch keine spezifische Case Management Ausbildung. Angefangen mit einer gründlichen Evaluation, über ein Assessment, der Serviceplanung (wo die/der Sozialarbeiter\_in nicht an die Angebote der Lebenshilfe gebunden ist), bis letztlich zum Abschluss sind die wesentlichen Elemente des Case Managements in der Beratung vorhanden. (vgl. Gespräch 1 2016:1)

Von Seiten der Organisation war man sich in der Implementierung des Angebotes bewusst, dass eine unabhängige Beratungsstelle außerhalb der Organisation angesiedelt werden müsste, fehlten bisher jedoch die finanziellen Mittel dazu. Obwohl die Sozialarbeiter\_innen von der Lebenshilfe entlohnt werden und die Leistung nicht vom Land Tirol gefördert wird, sind die Case Manager\_innen angehalten, sich nach den Bedürfnissen der Klient\_innen zu orientieren und nicht nach den Bedürfnissen und Angeboten der Organisation zu handeln. Dies bedeutet, dass durchaus Menschen mit Behinderungen außerhalb der Lebenshilfe in andere Einrichtungen und andere Trägerorganisationen vermittelt werden (vgl. Gespräch 1 2016:2).

Anfangs gab es Diskussionen mit dem Land Tirol, das explizit formulierte, dass diese Leistung nicht vom Land finanziert werden würde. Die Organisation hat es sich jedoch aufgrund eines "Bottom up"-Prozesses zur Aufgabe gemacht, den geäußerten Wunsch der Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen aufzunehmen und tirolweit das Angebot der Beratung zu schaffen. Finanziert wird das Angebot durch Eigenmittel der Organisation. (vgl. Gespräch 1 2016:2)

Die Beratung kooperiert sehr intensiv mit den unterschiedlichen Systempartnern (Land, Gemeinden, Schulen, Ausbildungsstätten, Arbeitsplätzen, andere Behinderteneinrichtungen, Wohngemeinschaften, etc.) und steht im laufenden Austausch und Kontakt zu den Angehörigen (sofern nicht ausdrücklich vom/von der Betroffenen untersagt). Von Seiten der für die Beratung zuständigen Führungskraft wird immer wieder mit dem Land Tirol an Erweiterungen und Verbesserungen gearbeitet und Leistungen ausverhandelt. (vgl. Gespräch 1 2016:2)

Am Beispiel der Lebenshilfe Tirol wird Case Management über eine sogenannte "Querfinanzierung" finanziert. Das heißt, die Personalkosten und Sachaufwendungen

werden von der Lebenshilfe selbst übernommen. Die Organisation selbst finanziert sich zum größten Teil über Tag- und Stundensätze (vom Land Tirol ausbezahlt), Spendengeldern und Erbschaften. (vgl. Gespräch 1 2016:2)

#### 4.1.3.2. Beispiel Versicherungswesen

Mit dem Nationalratsbeschluss zur Invaliditätspension neu wurde auch das Case Management als verpflichtende Leistung im Sozialversicherungsgesetz eingeführt (vgl. § 143b ASVG). Davon betroffen sind sämtliche österreichische Krankenkassen der unterschiedlichen Träger. Exemplarisch wird auf zwei Bundesländer eingegangen: Tirol und Niederösterreich.

Die Tiroler Gebietskrankenkasse bietet Case Management in all ihren Servicestellen (Innsbruck, Innsbruck-Land, Imst, Kitzbühel, Kufstein, Landeck, Lienz, Reutte, Schwaz und Wörgl) kostenlos an.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in einer achtmonatigen Ausbildung in Zusammenarbeit mit dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA-OÖ) ausgebildet. Jeder/Jede Case Manager\_in baut sich vor Ort ein Netzwerk, beginnend beim regionalen Krankenhaus, über die Vertragsärzte, Bandagisten, Sozialen Dienste und Selbsthilfegruppen bis hin zum AMS und der Pensionsversicherung auf. (vgl. Tiroler Gebietskrankenkasse o.A.)

Weiters ist der Homepage zu entnehmen, dass Menschen, die durch eine veränderte Lebenssituation Unterstützung bzw. Betreuung in schwierigen Lebenslagen benötigen, Case Management kostenlos zur Verfügung gestellt bekommen (vgl. Tiroler Gebietskrankenkasse o.A.).

Herr Schöpf von der Tiroler Gebietskrankenkasse betont in Bezug zur Finanzierungsfrage, dass das Angebot Case Management einzig aus den bestehenden Mitgliedsbeiträgen finanziert und für jede\_n Versicherte\_n zur Verfügung gestellt wird. Man bekommt für diese Leistung keine externen Gelder. Jede\_r Versicherte habe jedoch das Recht, diese Leistung in Anspruch zu nehmen. Besonders hervorzuheben ist, dass es in der TGKK keinerlei Druck auf die Mitarbeiter\_innen gäbe, etwaige Einsparungsmaßnahmen durch das Case Management durchzusetzen. Das sei nicht die Zielvorgabe des Case Managements, wie es von der Gebietskrankenkasse verstanden wird (vgl. Telefonprotokoll 2 2016:1).

Innerorganisatorisch absolvieren die in Frage kommenden Mitarbeiter\_innen eine Ausbildung, die ein Abschlusszertifikat beinhaltet. Es wird nicht nur auf Fallebene gearbeitet, sondern auch auf Systemebene. In Tirol gibt es einen regen Austausch und gute Zusammenarbeit unter anderem mit dem Psychosozialen Pflegedienst, Pro Mente, der Arbeitsassistenten, fit to work, den Krankenhäusern und den Sozialsprengeln. Es finden regelmäßige Austauschtreffen statt. Die einzelnen Case Manager\_innen leisten diese Tätigkeit zusätzlich zu ihrer bisherigen Arbeit, wobei bereits Überlegungen angestellt werden, dies zu verändern, da der Bedarf an Case Management laut internen Erfahrungswerten in der Gebietskrankenkasse stetig zunimmt. (vgl. Telefonprotokoll 2 2016:1)

Case Management wird in den unterschiedlichen Kassen auch unterschiedlich gehandhabt. Laut Aussage von Herrn Schöpf „kocht jeder sein eigenes Süppchen“ (Telefonprotokoll 2 2016:1). In Tirol sei man sehr stolz darauf, dass bereits 15 Jahre vor der gesetzlichen Verankerung das Case Management eingeführt wurde. Initiator war die Oberösterreichische GKK. Ein Mitglied der Führungsebene hat die Methode aus Amerika mitgebracht und hat sie in Österreich implementieren wollte. Damals hatten sich nicht alle Krankenkassen angeschlossen. Es blieb jedem Träger frei, dies für die eigene Versicherung anzunehmen. (vgl. Telefonprotokoll 2 2016:1)

Dem - auf der Homepage als Download verfügbaren Folder - sind die speziellen Leistungen zu entnehmen. Darunter fallen zum Beispiel die Information über Rechte und Pflichten im Krankheitsfall, die Unterstützung bei der Bedarfserhebung sowie der Erstellung eines individuellen Behandlungsplans, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen und die Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. NÖGKK o. A.).

Case Management der NÖGKK wird in allen Niederlassungen angeboten. Auch hier werden und wurden Kundenberater\_innen als Case Manager\_innen ausgebildet. Die Namen der zuständigen Case Manager\_innen können über die Homepage für jeden einzelnen Ort abgerufen werden. Angeboten werden vom Erstkontakt über die Evaluierung alle einzelnen Schritte des Case Managements. (vgl. NÖGKK o.A.).

Die Gebietskrankenkasse ist Teil der Sozialversicherung und gehört zum Sektor der öffentlichen Hand. Somit wird das Case Management aus den Beiträgen der Sozialversicherungspflichtigen finanziert. (vgl. Telefonprotokoll 1 2016:1)

Im Bereich der öffentlichen Hand (Gebietskrankenkassen, Pensionsversicherungen, etc.) wird das Case Management aus öffentlichen Mitteln finanziert. Private

Organisationen greifen in einzelnen Fällen auf Querfinanzierung zurück. Organisationen die im Rahmen der Mobilen Betreuung und Pflege in Tirol tätig sind, sind im Rahmen der Leistungsvereinbarung mit dem Land Tirol angehalten, Case Management durchzuführen und anzubieten und dies mit dem Land Tirol vereinbarungsgemäß abzurechnen. (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung 2016:2)

#### 4.1.3.3. Beispiel Handlungsfeld Gesundheit: Case Management in Krankenhäusern

Wendt (2001:11) beschreibt, dass sich mit dem Case Management Arrangements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung treffen lassen. Während einer Akutbehandlung von älteren Menschen (typisches Beispiel: Sturz) im Krankenhaus, wird oft die Pflegebedürftigkeit festgestellt, die eine rasche Rückkehr in die eigenen vier Wände fraglich macht. Ebenso ist es möglich, dass eine ambulante Betreuung eine Überforderung für die Beteiligten darstellen kann. Hier setzt das Case Management mit der Übergangspflege an, wo die pflegebedürftige Person rasch entlassen werden kann und dennoch mit Hilfe des Case Managements Strukturen geschaffen werden, die vorübergehend die Pflege zu Hause möglich machen. Auch hier könnte bereits die Family Group Conference angedacht werden. Im Teil 3.2.1. relevante Stakeholder\_innen wird näher darauf eingegangen.

#### 4.1.3.4. Beispiel Case Management mobile Dienste

Wie alle Sozial- und Gesundheitssprengel in Tirol, verfügen auch die Johanniter über eine Leistungsvereinbarung mit dem Land Tirol, die die Rahmenbedingungen für die Anerkennung als Leistungsträger und zur Durchführung von Leistungen im Bereich der Mobilen Pflege und Betreuung formulieren. Grundlage dieser Leistungsvereinbarung bildet die Leistungsbeschreibung in der das Case Management als integrale Leistung in diesem Bereich vorgesehen ist. Die entsprechenden Stundensätze werden vom Land Tirol kalkuliert und den einzelnen Trägern in Form eines Tarifmodelles vorgegeben. Somit ist gewährleistet, dass auch das Case Management mit dem entsprechenden Tarif zwischen Träger und dem Land Tirol verrechenbar ist. (vgl. Gespräch 2 2016:2)

#### 4.1.3.5. Beispiel Malteser Care-Ring: Schwerpunkt - Case- und Care Management in der Pflege

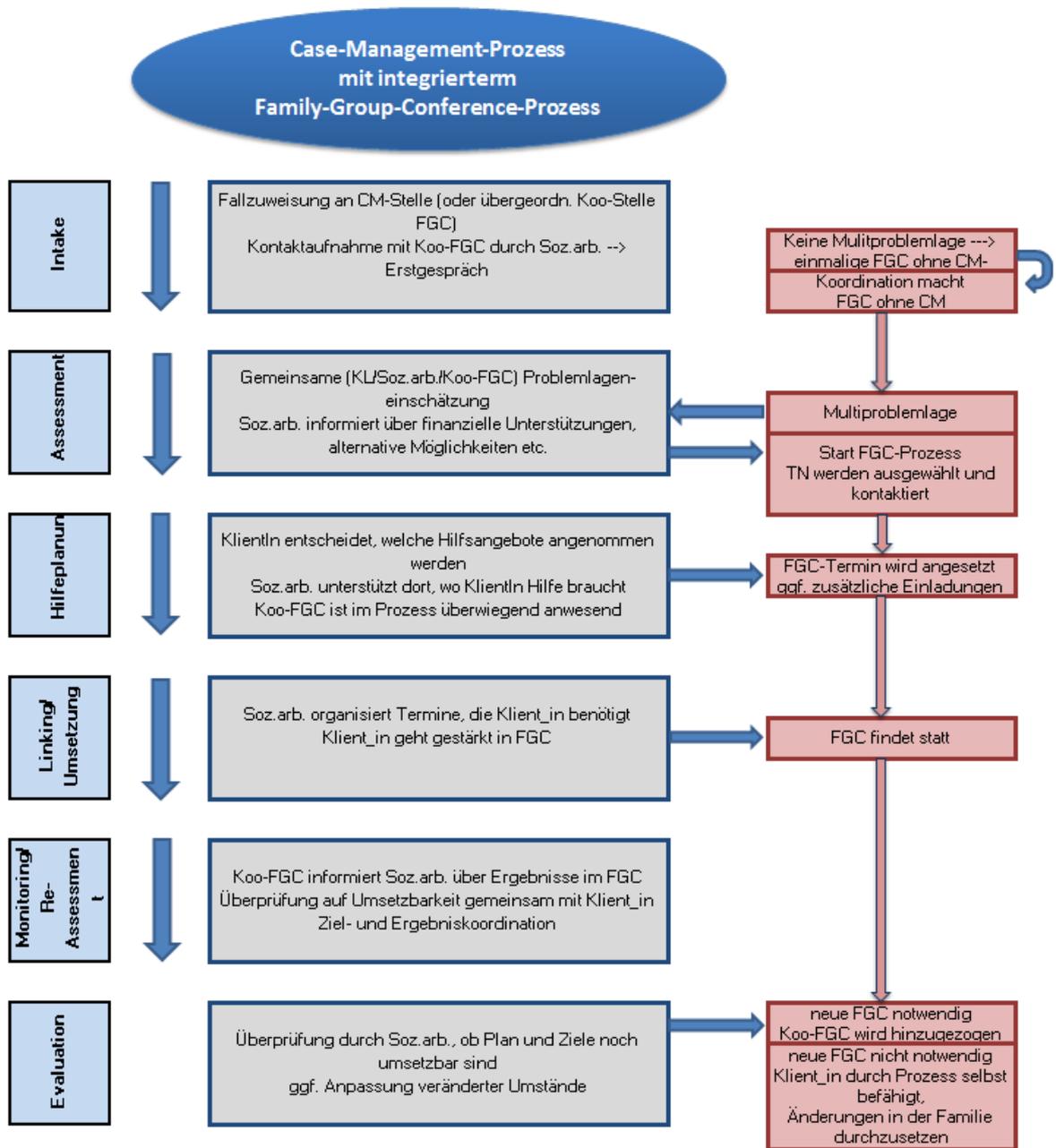
Die Finanzierung von Case Management hängt von den jeweiligen Kostenträgern ab. Als ein Beispiel soll ein großer privater Träger dienen. Das Unternehmen "Malteser-Care-Ring" hat sich auf Case- und Care Management in der Pflege spezialisiert. Als Geschäftsform wurde eine Ges.m.b.H gewählt, die zur Gänze die Angebote im Care Ring finanziert. 2012 wurde im Rahmen einer Dienstleisteraktion der Wirtschaftsagentur Wien Case Management als gefördertes Projekt finanziert. Care Ring kann mit einer Reihe von Projekten und Studien aufwarten, die zur Nominierung von Innovationspreisen geführt haben. (vgl. Malteser Care Ring o.A)

Care Ring finanziert im Bereich des Case und Caremanagements alle relevanten Angebote vom Assessment bis zur Evaluierung, die Beratung der Pflegebedürftigen mit deren Angehörigen und die Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzten. Weiters gibt es eine eigene Leistung, das sich familienorientiertes Case Management nenne, wo Unterstützung für Familien mit schwer erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Pflegebedarf zu Hause angeboten wird. Die Leistungen dazu werden mit dem Land Niederösterreich, Abteilung Soziales GS5 abgerechnet, Förderungen werden ebenfalls dort beantragt. (vgl. Malteser Care Ring o. A)

#### 4.1.4. Möglicher Ablauf eines CM/FGC Prozesses

Im Folgenden wird ein möglicher CM/FGC Prozess bildlich dargestellt. Dieser Prozess geht von einer Integration des Family Group Prozesses in einen Case Management Prozess aus (siehe Kapitel 4.2).

Abbildung 3: Integrierter CM/FGC Prozess



Quelle: eigene Darstellung 2017

### Intake

Die Kontaktaufnahme (Intakte) kann je nach Modell (siehe Kapitel 4.2.1 und 4.2.2) direkt von den potentiellen Klient\_innen oder über Zuweisung (siehe Kapitel 3.2.2) beispielsweise durch einen Arzt im Krankenhaus erfolgen. Im ersten Gespräch klärt der/die Sozialarbeiter\_in überblicksmäßig, ob es sich um eine Multiproblemlage handelt und ein CM Prozess notwendig erscheint oder ob eine reine FGC durch eine\_n

Koordinator\_in ausreichend erscheint. Im besten Fall ist der/die FGC Koordinator\_in beim Ersttermin dabei, um sich einen ersten Eindruck zu verschaffen. Im Falle einer Multiproblemlage bleibt der/die Sozialarbeiter\_in fallführend und leitet durch den CM/FGC Prozess.

### **Assessment**

Im Assessment differenzieren Klient\_in, FGC-Koordinator\_in, Sozialarbeiter\_in gemeinsam die unterschiedlichen Problemlagen. Der Blick wird auf lebensweltliche Ressourcen gelenkt. Nachbarn, Freunde, Vereine, ehrenamtliche Helfer\_innen, alternative Modelle gelangen in das Blickfeld der Klienten. Vorteil dieses Modells ist hier, dass der/die Sozialarbeiter\_in in der Rolle bleiben kann und den/die Klient\_in umfassend über die unterschiedlichen Möglichkeiten betreffend (finanzielle Absicherung, Anträge, alternative Betreuungsmöglichkeiten, Pflegekarenz und andere in Frage kommenden Themen) informieren kann. Die FGC kann im ursprünglichen Sinn durchgeführt werden ohne dass die Koordination in die Lage kommt, eine Doppelrolle einnehmen zu müssen. Parallel dazu eruiert die FGC Koordination die in Frage kommenden Teilnehmer\_innen für die Durchführung der FGC und klärt ab, wer die Einladungen übernimmt.

### **Hilfeplanung**

Der/die Klient\_in entscheidet selbständig darüber, welche Angebote angenommen und umgesetzt werden sollen. Anträge und Termine, die der/die Klient\_in selber organisieren und wahrnehmen kann, macht er/sie selbst. Die Sozialarbeit unterstützt nur in den Bereichen, wo Unterstützung ausdrücklich gebraucht wird. Jeder Schritt erfolgt gemeinsam mit der betroffenen Person. Spätestens in dieser Phase wird von der FGC Koordination ein Termin für die FGC festgesetzt und alle in Frage kommenden Personen eingeladen. Die FGC Koordination ist durch die vorangegangenen Schritte sehr gut über die Anliegen und Ziele der betroffenen Person informiert, kann die Situation im Sinne von Klient\_in und pflegebedürftiger Person einschätzen und am Tag der FGC gezielt auf die Problemlagen eingehen. Die ersten vorbereitenden Gespräche mit der Familie werden organisiert (telefonisch oder persönlich). Durch den Prozess der Hilfeplanung und den vorangegangenen Schritten ist die zu unterstützende Person durch Informationen und durch das persönliche Verhältnis zu Sozialarbeiter\_in und FGC Koordinator\_in gestärkt und kann so in den Prozess der FGC selbstbewusster und selbstsicherer einsteigen.

## **Linking**

Der/die Klient\_in nimmt die vereinbarten Beratungsgespräche bei anderen empfohlenen Beratungsstellen wahr (Anonyme Alkoholiker, Sozialversicherung, Gerichtstag,...) und versendet eigenständig Anträge zur Verbesserung der finanziellen Situation. Falls erforderlich wird die Person bei den unterschiedlichen Wegen begleitet. Neue Ideen werden eingebracht und umgesetzt.

Spätestens in diesem Stadium erfolgt der Termin und die Umsetzung des Familienrates. Die Ziele und die dazugehörigen Schritte, die im CM-Prozess besprochen wurden, werden konsequent umgesetzt und notfalls mit der/dem Sozialarbeiter\_in rückgekoppelt.

## **Monitoring**

Die Koordination informiert das Case Management über die Ergebnisse in der FGC, die von beiden gemeinsam mit dem/der Klient\_in auf Umsetzbarkeit überprüft werden. Die persönlichen Ziele werden mit den Ergebnissen aus der FGC kombiniert und koordiniert und notwendige Korrekturen vorgenommen. Bei Änderungen ist die FGC nicht mehr involviert. Das Case Management steht weiterhin zur Verfügung und unterstützt nötigenfalls bei Schwierigkeiten in der Umsetzung der Ziele.

## **Evaluation**

Nach einem vereinbarten Zeitraum wird gemeinsam überprüft, ob der Plan der FGC und die persönlichen Ziele noch umsetzbar sind oder ob neue Ereignisse Anpassungen erforderlich machen.

Die Erfahrungen im CM/FGC Prozess werden bewertet. Wenn sich die Situation in der Pflege verändert hat, kann die Person entscheiden, ob ein neuer FGC Prozess eingeleitet werden soll oder ob sie durch den CM/FGC Prozess bereits so gestärkt ist, dass sie sich selber in der Lage fühlt, notwendige Änderungen im Familienkreis zu initiieren.

Die Sozialarbeit bleibt auch nach Beendigung des Prozesses für den/die Klient\_in erreichbar, sodass bei jeglicher Verschlechterung des Zustandes eine Kontaktperson zur Verfügung steht und die Qualität der Arbeit gesichert wird.

### **4.1.4.1. Fallbeispiel mit CM/FGC Ablauf**

Das folgende Fallbeispiel dient der näheren Illustrierung des Prozesses an einem konkreten Beispiel.

Bäuerliche Familie in einem Bergdorf in Tirol. Der Hof wurde vor einem Jahr an den 45-jährigen Sohn übergeben, der bisher im Dorf als Elektriker arbeitete und seit drei Jahren arbeitslos zu Hause war. Seine Frau, 43 Jahre, arbeitet am Hof mit, versorgt die beiden ehelichen Kinder (10a, 12a) und arbeitet mit 20h im Dorf als Verkäuferin, da sonst das Familieneinkommen nicht ausreicht. Der Senior, bereits 80 Jahre alt, ist zuckerkrank und hat sich bisher um seine demenz gewordene Ehefrau gekümmert, was ihm aber zunehmend schwerer fällt. Der Sohn, aufgewachsen im traditionellen Rollenbild, kommt mit der Arbeitslosigkeit nicht zurecht und greift tendenziell immer öfter zum Alkohol. Die Jungbäuerin geht ihrer Arbeit nach, kümmert sich um die beiden Kinder und hilft dem Schwiegervater bei der Stallarbeit und bei der Verpflegung der Schwiegermutter. Zunehmend muss sie für die Schwiegermutter vermehrt da sein. Sie war wegen Bandscheibenproblemen bereits einige Male im Krankenhaus.

### **Möglicher Ablauf:**

- Ausgehende Stelle: Das Case Management im Krankenhaus
- Die Case Managerin im Krankenhaus spricht Frau B (die Schwiegertochter) an, wie man ihr bei der nächsten Entlassung zu Hause das Problem mit den Bandscheiben erleichtern könnte und erfährt mehr über die Zustände zu Hause.
- **Intake:** Die Sozialarbeiterin arbeitet eng mit der in Tirol tätigen Koordinatorin der Familienkonferenz zusammen und lädt sie zu einem gemeinsamen Erstgespräch im Krankenhaus ein. Es werden grobe Informationen ausgetauscht.
- **Assessment:** Gemeinsam mit der Klientin eruiert man folgende Problemlagen:
  - Bandscheibenprobleme
  - damit einhergehend psychische Belastung
  - Eheprobleme
  - Alkoholkonsum des Ehemanns
  - Arbeitslosigkeit des Ehemanns (Hof ist nur Nebenerwerb),
  - schwache Leistungen der Kinder in der Schule, kein Geld für Nachhilfe
  - Demenz der Schwiegermutter
  - Hochaltrigkeit des Schwiegervaters, dem die Betreuung seiner Frau zu viel wird
  - Finanzprobleme
  - Kein Wissen über Pflegegeld und andere Sozialleistungen
  - Hemmungen, Hilfe von außen kommen zu lassen

Im **Assessment** wird geklärt, dass die Sozialarbeiterin für den CM Prozess zuständig ist und die Koordinatorin den Prozess der FGC einleitet und begleitet. Die Koordinatorin nimmt bereits Kontakt zur Familie und möglichen Unterstützern auf.

- In der **Hilfeplanung** klärt die Sozialarbeiterin die Klientin über zur Verfügung stehende Sozialleistungen und über mögliche externe Hilfeleistungen auf. In diesem Prozess erfährt die Klientin noch einmal, dass auch professionelle Helfer, wie der Sozialsprengel in den FGC Prozess mit einbezogen werden können und fügt noch ein paar mögliche Helfer\_innen zur Liste der Koordinatorin hinzu.
- Weiter in der **Hilfeplanung** erarbeitet die Sozialarbeiterin mit der Klientin aus, welche Ziele sie bezüglich ihrer derzeitigen Lebensplanung erreichen möchte und wie sie umgesetzt werden könnten. Es wird gemeinsam ausgearbeitet, wo die Klientin Unterstützung braucht und welche Schritte sie alleine gehen kann. Die Koordinatorin ist bei der Hilfeplanung dabei und erfährt, was es in der Familie braucht, damit Frau B. nachhaltig entlastet und finanziell abgesichert ist, auch wenn die Schwiegereltern weiterhin im Hof versorgt werden. Die Sozialarbeiterin erstellt mit Frau B. einen Zeitplan und klärt die Zuständigkeiten.
- **Linking/Umsetzung:** Die Sozialarbeiterin organisiert die Kontaktdaten zu den Anonymen Alkoholikern und zur Eheberatungsstelle. Sie hilft Frau B. beim Antrag auf Pflegegeld und informiert über Pflegekarenz. Frau B. organisiert die Termine selbst. Mit der Koordinatorin bespricht sie die Möglichkeit, eine ältere Schülerin zu engagieren, die den Kindern Nachhilfe gibt, im Ausgleich dafür helfen die Kinder der Schülerin bei der Betreuung ihres Hundes. Die Koordinatorin setzt den Termin für die FGC an und hat bereits Kontakt zu allen Teilnehmer\_innen. Die FGC kann noch im Besprechungsraum des Krankenhauses stattfinden, bevor Frau B. entlassen wird.
- **Monitoring:** In der Zwischenzeit ist die Sozialarbeiterin von der Koordinatorin über den Verlauf der FGC und den Ergebnissen informiert, die Ergebnisse werden mit den Zielen in der Sozialarbeit kombiniert und auf Machbarkeit überprüft. Kleine Änderungen werden nun ohne der Koordinatorin durchgeführt.
- **Evaluation:** Nach einer vereinbarten Zeit meldet sich die Klientin bei der Sozialarbeiterin und berichtet über die Umsetzbarkeit der vereinbarten Ziele. Sie erzählt über anfängliche Erfolge, jedoch auch über die deutliche Verschlechterung des Zustandes der Schwiegermutter. Mit den bisherigen Vereinbarungen sei eine Betreuung nicht mehr möglich. Eine weitere FGC wird angeboten. Da Frau B. schon gute Erfahrungen mit der FGC machen konnte,

jedoch auch realistisch einschätzen kann, dass die Schwiegermutter viel mehr Pflege braucht, entscheidet sie gemeinsam mit der Sozialarbeiterin den Sozialsprengel mit mehr Stunden kommen zu lassen. Eine weitere FGC wird nicht mehr benötigt.

#### 4.1.5. Stärken und Schwächen eines CM/FGC Ansatzes

„Eine kühne Zukunftsvision...“ so betitelt eine Masterarbeit an der FH St. Pölten die Zusammenarbeit von Führungskräften aus der Sozialen Arbeit, der Pflege und der Medizin in einem Netzwerk, in dem Case Management in der ambulanten Altenhilfe in der Region St. Pölten implementiert werden sollte. Ziel sollte ein Case Management-Angebot in ambulanten Pflegesettings sein, um pflegende Angehörige dabei zu unterstützen, unnötige Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Heimunterbringungen zu vermeiden, den Verbleib zu Hause zu sichern und die Angehörigen in ihrer Selbstpflegekompetenz zu stärken. (vgl. Hofbauer, Noyan & Negl 2011:122). Die Autorinnen berichten über ein Modellprojekt in St. Pölten, in dem die wissenschaftliche Begleitung von der FH St. Pölten übernommen wurde. Die Forschungsergebnisse zeigten, dass Krankenhauseinweisungen verhindert bzw. verzögert wurden, der Verbleib von Patient\_innen im häuslichen Umfeld verlängert oder gar dauerhaft gewährleistet wurde und das subjektive Wohlbefinden sowohl von den Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen nachhaltig verbessert wurde (vgl. Hofbauer, Noyan & Negl 2011:122).

In Ergänzung dazu sieht sich das Modellprojekt der “Family Group Conference im Kontext älterer pflegebedürftiger Menschen” als weitere Unterstützung der betroffenen Personen und deren Angehörigen. Die Stärke dieser Methode liegt im empowernden und partizipativen Ansatz.

Es soll hier ein Versuch unternommen werden, die Stärken und Schwächen des Case Managements im Bereich Pflege zu benennen, allerdings ohne den Anspruch alle Aspekte aufzuzählen, da Case Management im stetigen Wandel begriffen ist und sich das Bild rasch ändern kann. Dies soll dazu dienen, die Methode des FGC zumindest gedanklich in den Ablauf des Case Managements zu integrieren.

#### 4.1.5.1. Stärken des Integrationsmodells CM/FGC

##### **Starker Ausbau des CM in Österreich**

In den letzten Jahren wurde Case Management in Österreich stark ausgebaut. Wie bereits Herr Pallinger im Interview erwähnte, ist seit der Wirtschaftskrise 2011 das Case- und Care Management im Zuge der Einführung des Pflegefonds flächendeckend eingeführt worden. Die Qualitätssicherung des Case Managements ist jedoch noch kein Thema das aktiv angegangen wird. Herr Pallinger dazu:

„Wobei man zugegebenermaßen schon da sagen muss, dass die Definition: Was ist eigentlich dieses Care Management? Wer macht dieses Care-Management? Wie ist das Setting dieses Care Managements? In diese Tiefe ist der Pflegefondsgesetzgeber nicht gegangen.“ (Interview 6 2016:128-131).

Dennoch sind österreichweit die Voraussetzungen geschaffen worden, damit Case Management in den unterschiedlichsten Bereichen angeboten werden kann.

##### **Vorgegebene Infrastruktur, vorhandene Netzwerke**

Durch den starken Ausbau von CM ist nun der Weg bereitet, diese Infrastruktur für weitere Themen innerhalb des CM zu nutzen. Ein bewusst stärkerer Ausbau und eine intensive Vernetzung der Case Manager\_innen in unterschiedlichen Bereichen kann genutzt werden um die Idee der Family Group Conference als Teil des Prozesses in der Pflege zu implementieren und nicht als Konkurrenz, die ignoriert oder gar bekämpft werden muss, anzusehen.

Die vorgegebene Infrastruktur ist in Tirol aufgrund der Sozial- und Gesundheitssprengel besonders gut ausgebaut und bietet alle Vorteile, um Case Management und Family Group Conference direkt und ohne große Umstrukturierungsmaßnahmen “an den Mann/an die Frau” zu bringen.

In Tirol wurde am 27.11.2012 der Strukturplan Pflege beschlossen. Im Unterpunkt 1.2 des Strukturplans Pflege heißt es bei „Rechtsgrundlagen“, dass die Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds nach §3 Pflegefondsgesetz 2011 für stationäre Betreuungs- und Pflegedienste, teilstationäre Betreuung, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, Care- und Case Management, alternative Wohnformen und mobile Betreuungs- und Pflegedienste gewährt werden. (vgl. Strukturplan Pflege 2012:11)

In weiterer Folge wird im Strukturplan Pflege geregelt, dass Bund, Länder und Gemeinden gemeinsam den Ausbau der genannten Dienste vorantreiben. In den regelmäßig stattfindenden Evaluierungen wäre es möglich, die Idee der Family Group Conference einzubringen und gemeinsam zu überlegen, inwieweit diese in die bestehenden Strukturen des Case Managements oder der Beratungsstellen eingebaut werden könnten. (siehe Kapitel 4.2 und 4.3).

Aber auch in anderen Bundesländern gibt es Beispiele, wo über Sozialberatungsstellen Case Management im Bereich von alten, kranken oder behinderten Menschen und/oder deren Angehörigen angeboten wird und im Sinne der Family Group Conference genutzt und ausgebaut werden könnte. Aufgabe wäre hier, die Koordination dieser Angebote übergeordnet zu regulieren, um dann auf zusätzliche Ideen und Angebote schneller und effektiver reagieren zu können. Letztendlich ist diese Koordination auch eine Aufgabe des Case Managements im Sinne von Systemsteuerung auf der Makroebene. (Details zum Case Management auf Systemebene siehe Kapitel 4.2).

### **Übersicht über den Fall**

In der Bevölkerung ist Case Management bereits teilweise ein Begriff. Immer mehr Menschen wenden, sich an eine Beratungsstelle die umfassend über die unterschiedlichen Möglichkeiten informiert (vgl. Interview 7 2016:67-68). Der Vorteil in der Einzelfallarbeit liegt darin, dass Case Manager\_innen die Klient\_innen vor Ort von der Anfrage bis zur Lösung der Problemlage begleiten können. Denkt man sich einen idealtypischen Ablauf im Case Management, so ist eine große Stärke des Case Managements, dass in der Klärungsphase bereits alle notwendigen Daten der Klienten erhoben werden können und eine breite Übersicht über die Problemlage und die dazugehörigen Ressourcen gemeinsam mit den Klienten geschaffen und eine positive Beziehung hergestellt werden kann. Der im Bereich der Pflege von älteren Menschen vermutete Nachteil der Family Group Conference, dass die Koordinator\_innen kein Assessment im eigentlichen Sinne machen können, da hier keine ausgebildeten Sozialarbeiter\_innen vorgesehen sind, wird in der Zusammenarbeit von Case Management und FGC zum ressourcenschonenden Vorteil. Im Assessment klärt das Case Management den Bedarf und engagiert sich laut Monzer auf zwei Ebenen:

Die erste Ebene liegt in der Anwendung verschiedener Instrumente, um die individuellen Risiken, Probleme, Ressourcen und Veränderungsvorstellungen der Betroffenen, sowie die unterstützenden Strukturen zu erfassen, um daraus den Anlass und die Zielrichtung des CM ableiten zu können. In der zweiten Ebene geht es darum,

alle im Fall wesentlich beteiligten Akteure zu einem gemeinsamen Fallverständnis organisieren und moderieren zu können. (vgl. Monzer 2013:112)

Diese Struktur, die ein wichtiger Teil im Case Management ist, kann nun als Vorbereitung für die im Anschluss folgende Family Group Conference genutzt werden. Assessment und Serviceplanung dienen der umfassenden Informationsphase. Die Klient\_innen und deren Angehörige sind auf dieser Stufe bestens vorbereitet. Sie können dann die Anforderung, in der Family-Group-Conference eine gemeinsame Entscheidung alleine und ohne Professionist\_innen eigenverantwortlich treffen zu müssen und zu dürfen, gut bewältigen.

Im nächsten Schritt könnte das Case Management die Family Group Conference vorschlagen und die/den geeigneten Koordinator\_in organisieren. Die/der Koordinator\_in übernimmt dann wie gewohnt die Organisation und den Ablauf der Family Group Conference.

Im Anschluss daran wendet sich die Familie wieder an das Case Management, das - wenn notwendig - die Organisation der von der Familie festgelegten Planung unterstützt. Die Chancen, dass die gefundene Lösung langfristig hält, ist bereits alleine durch die FGC alleine höher als bei einer Lösung die von außen aufgedrängt wurde. Im Ablauf des Case Managements wäre das die Phase des Linkings, welches hier die Ergebnisse in der FGC mit berücksichtigen kann.

Anders als in der FGC hat nun die Familie die Möglichkeit weiter um Unterstützung bei der Durchführung anzufragen und eventuelle, nicht vorauszusehende Schwierigkeiten und Fragen zum weiterführenden Case Management, zu bearbeiten.

Im Angebot und Ablauf einer Family Group Conference ist auch die Möglichkeit enthalten, nach einem festgelegten Zeitraum eine neuerliche FGC anzubieten, um auf die Umsetzungserfahrungen der ersten Vereinbarung notfalls korrigierend eingehen zu können. Hierzu fehlen noch aussagekräftige Daten, ob dieses Angebot als Unterstützung und Festigung des ersten Vorganges auch noch genutzt werden kann. Die Tendenz zeigt eher, dass eine wiederholte FGC noch weniger in Anspruch genommen wird. Hier könnte ebenfalls das Case Management als Stärke genutzt werden, da im Ablauf des Case Managements ein Monitoring und eine Evaluation vorgesehen sind.

Monzer äußert sich wie folgt dazu:

„Nachdem die Verantwortung für die Versorgung entsprechend der Überlegungen im Serviceplan an Dritte übertragen wurde, geht es in der Phase des Monitorings darum, die organisierten Angebote, Unterstützungen und vereinbarten Aktivitäten quantitativ und qualitativ abzusichern, indem die Erreichung der im Serviceplan festgelegten Ziele regelmäßig beobachtet, geprüft und bewertet wird. Lässt sich erkennen, dass die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden, ist zu entscheiden, ob die Maßnahmen abzuändern oder die Ziele angemessener zu fassen sind.“ (Monzer 2013:239)

In dieser Phase könnte es für die Familie wesentlich leichter sein, das Angebot der zweiten FGC anzunehmen, erste Erfahrungen mit ihrer getroffenen Entscheidung einzubringen und eventuell Anpassungen mit der Familie und den Systempartner\_innen vorzunehmen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass eine Kombination aus den Stärken des Case Managements und der empowernden Methode der FGC ressourcenschonende und langfristige Lösungsansätze in der Zukunft der Pflege von älteren Menschen und später vielleicht auch im Bereich Pflege von Menschen mit Behinderungen vereinen kann.

#### 4.1.5.2. Schwächen des Integrationsmodells CM/FGC

##### **Fehlende übergeordnete Organisationen**

Wie bereits ausführt, ist zwar der Ausbau des Case Managements gesetzlich verankert und österreichweit im Ausbau begriffen, jedoch ist in diesem Ausbau noch nicht qualitativ vorgesehen, sich Gedanken über eine übergeordnete Organisation zu machen. Dies kann erschwerend wirken, wenn Case Management und FGC für den Bereich Pflege von alten Menschen flächendeckend implementiert werden soll.

##### **Case Management in der Pflege - nicht überall für Sozialarbeiter\_innen möglich**

Im Leistungskatalog für die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol wird detailliert angeführt, wer das Case Management im Bereich der Pflege anbieten darf.

Unter Punkt 6 “Leistungsbeschreibung Beratung und Organisation” ist geht klar hervor, dass die mobilen Dienste für Erstgespräche, Case Management und Präventive Seniorenberatung zuständig sind. Das Erstgespräch mit der ersten Beratung sei durch die Pflegedienstleitung, der pflegerischen Aufsicht oder deren Stellvertretung durchzuführen. Die Bedarfsabklärung sei mittels Pflegeassessment durch die Pflegedienstleitung durchzuführen. (vgl. Leistungskatalog Mobile Pflege 2016:9)

Ein möglicher Einstieg des Case Managements aus dem Bereich der Sozialarbeit wäre m.E. folgender Punkt: „Anhand der durchzuführenden Maßnahmen ist von der PDL/PA jene Berufsgruppe zuzuteilen, welche laut Berufsgesetz dazu ermächtigt ist.“ (Leistungskatalog Mobile Pflege 2016:9). Hier könnte im Zuge der Überlegungen auf Systemebene ein Lösungsvorschlag gesucht werden, wie es gelingen könnte, ein umfassendes Case Management in Kombination mit FGC in diese Struktur einzubinden. Eine andere Überlegung könnte sein, mit der Berufsgruppe der Pflegedienstleitung/Pflegeassistent\_in, die in diesem Fall das Case Management im Bereich der alten Menschen in Tirol machen dürfen, auf übergeordneter Ebene die FGC nahe zu bringen und von extern die Koordinator\_innen einzuladen. (siehe Kapitel 4.2.1 und 4.2.2)

Der Zugang von Sozialarbeiter\_innen zum Case Management im Bereich Pflege ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Im konkreten Fall müssten die einzelnen Bestimmungen genauer betrachtet werden.

## 4.2. Modelle der Umsetzung

*Anna Steindl*

Die unter 4.1 vorgebrachten Stärken (bestehender Ausbau des CM in Österreich, vorgegebene Infrastruktur, vorhandene Netzwerke) sowie Schwächen (fehlende übergeordnete Organisationen) haben zur Entwicklung zweier Modelle geführt, welche die Umsetzung der FGC in Verbindung zum bestehenden Case Management im Kontext der Betreuung und Pflege älterer Menschen andeuten.

Ebenso boten das Sounding Board, die Gruppendiskussion beim Land Niederösterreich und die Expert\_innendiskussion an der FH Grundlage, um bereits bestehende Ideen zu festigen sowie neue Erkenntnisse, welche ebenfalls in die Konzeption einfließen, zu generieren.

Im ersten dargestellten Implementierungsmodell – und darin liegt die Besonderheit - ist die FGC in das bestehende Case Management eingegliedert. Vorhandene Ressourcen aus dem CM werden genutzt, der Ablauf erfolgt nach den bekannten Schritten im Case Management und die FGC wird, wie in der obigen Abbildung 3 ersichtlich, in den Case Management Ablauf integriert.

Grundlage dieser Vorgangsweise ist die Forderung der Länder, bereits vorhandene Strukturen zu nutzen (vgl. § 33c BPGG). Auch die interviewten Expert\_innen erachten dieses Vorgehen als sinnvoll (vgl. Interview 11 2017:357-360).

Modell 2 nutzt ebenfalls bestehende Strukturen des CM, berücksichtigt aber die Forderung nach einer eigenständigen und unabhängigen FGC-Organisation (vgl. Interview 1 2016:1053-1071). Erstrebenswert erscheint in diesem Modell aber dennoch eine enge Zusammenarbeit und Kooperation der jeweils autonomen CM-Organisation und FGC-Organisation.

#### 4.2.1. Implementierungsmodell 1 - integrierte FGC-Organisation

Das erste Modell zeigt die Implementierung der FGC in integrierter Form. Das heißt die FGC wird in das bestehende Case Management integriert; Akteur\_innen, die Case Management anbieten und zugleich im Kontext der Betreuung und Pflege älterer Menschen tätig sind, wirken bei der Umsetzung der FGC mit.

Im Rahmen der durchgeführten Interviews haben Akteur\_innen, die sowohl im Case Management als auch in der Pflege und Betreuung älterer Menschen bedeutsam sind, Interesse an der Umsetzung der FGC bekundet (vgl. Interview 11 2017:130-135; vgl. Interview 16 2017:86-89). In Niederösterreich sind hier die vier große Organisationen Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe zu nennen, in Tirol die Sozial- und Gesundheitssprengel sowie die Planungsverbände.

Obwohl natürlich weitere Verhandlungen und Gespräche mit den Entscheidungsträger\_innen unumgänglich sind, berücksichtigt Modell 1 diese ersten Interessen und teilt den genannten Akteur\_innen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der FGC zu.

Auch die Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management (ÖGCC), als bundesweiter Dachverband für Case Management, ist wichtige Akteurin im Modell. Anfragen bzgl. der Implementierung und Eingliederung der FGC wurden von der ÖGCC bisher nicht beantwortet. Trotzdem bleibt die ÖGCC Bestandteil des Modells.

Die folgende Grafik zeigt die vorhandenen – und für das Modell bedeutenden - Akteur\_innen in Niederösterreich sowie Tirol und visualisiert zugleich die konzeptionellen Veränderungen, die zur Implementierung der FGC angedacht werden. Unterschieden wird in der Abbildung zwischen Akteur\_innen, die bereits bestehen (Rechtecke) sowie Akteur\_innen, die für die Implementierung der FGC erst neu geschaffen werden müssen (Ellipsen).



#### 4.2.1.1. Akteur\_innen im Modell 1

In Kapitel 4.2.1.1 werden zunächst die Akteur\_innen des Modells und ihre Vernetzung vorgestellt.

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen und Akteur\_innen in der Niederösterreichischen und Tiroler Gesundheits- und Pflegelandschaft, werden die beiden Modelle getrennt für jedes Bundesland dargestellt.

##### 4.2.1.1.1. Akteur\_innen Niederösterreich

#### **4 Trägerorganisationen**

In den Diskussionen mit den Expert\_innen der Länder wurde – wie einleitend bereits erwähnt - die Empfehlung geäußert, die FGC über bestehende Systeme umzusetzen, um die Implementierungskosten möglichst gering zu halten (vgl. Interview 11 2017:357-360). Von Vertreter\_innen der Caritas und Volkshilfe wurde daher die Implementierung der FGC über das Case Management der mobilen Dienste nahe gelegt (vgl. Interview 11 2017:124-127). Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz und Hilfswerk haben das Case Management fix in ihren Organisationen implementiert und bekommen dieses über das Land Niederösterreich finanziert; Case Management wird über die Einsatzleitung ausgeführt (ist vor der Familie aber nicht als CM ausgewiesen) und danach leistungsbezogen mit dem Land abgerechnet. (vgl. Interview 11 2017:35-75)

Als Vorteil bei der Implementierung der FGC über die vier Träger kann sicherlich auch die gute Reputation bzw. der Bekanntheitsgrad der Organisationen gesehen werden (vgl. Interview 11 2017:219-220).

Die FGC könnte zukünftig als Portfolioerweiterung angeboten und als Teilbereich des Case Management Ablaufes implementiert werden.

Abgerechnet wird die FGC als Teil- oder aber sogar Gesamtleistung des Case Managements mit (ergänzender) Projektfinanzierung. Auch der Einbezug der Gemeinden für eine Finanzierung ist – vergleichbar mit den Abrechnungsmodalitäten in Tirol (siehe dazu Kapitel 4.2.1.1.2) – anzudenken. Der genaue Abrechnungsvorgang ist hier nicht Bestandteil der Arbeit; dieser müsste im Zuge weiterer Verhandlungen detailliert mit den Ländern und Gemeinden ausgearbeitet werden. An dieser Stelle soll es nur darum gehen, mögliche Ideen und Vorschläge aufzuzeigen.

Ob die FGC nun mit „hauseigenem/r“ Koordinator\_in (Träger stellt eigene Koordinator\_innen an) durchgeführt wird oder der Träger bei der Koordinationsstelle externe Koordinator\_innen anfordert, bleibt diesem freigestellt. Ist die „hauseigene“ Koordinator\_in bereits voll ausgelastet, es gelangen aber weitere Anfragen für Konferenzen ein, kann der Träger über die Regionalleitung ebenso eine externe Koordinator\_in (vom österreichweiten Pool) anfragen, die zusätzlich für die Organisation tätig wird. Hier wird die FGC von den Anbietern „zugekauft“.

### **Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management als Dachverband für CM und FGC**

Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management ist als österreichweiter Dachverband aktiv. Der Verein sieht sich als Plattform und Interessensvertretung zur Optimierung und Etablierung von Case und Care Management. Im Genaueren zählt er die Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit, Forschung und Entwicklung, Aus- und Weiterbildung sowie Beratung im Feld Case Management zu seinen Aufgaben. (vgl. ÖGCC 2013)

Auch die FGC benötigt einen bundesländerübergreifenden Dachverband zur Gewährleistung einheitlicher (Qualitäts-)Standards und der Vertretung von Interessen (vgl. Interview 11 2017:193-194).

Die seit 2007 aktive ÖGCC (vgl. Ribeiro 2010:13), die ja schon als Dachverband tätig ist, würde sich hier als Angliederungspunkt anbieten. Ebenso würde die, in den Vereinsstatuten der ÖGCC festgeschriebene Absicht Zweigvereine zu errichten, diesem Vorhaben entgegenkommen (vgl. ÖGCC 2011).

Der Dachverband für CM und FGC wäre in seinen Aufgabenbereichen dann sowohl für Case- und Care Management als auch die FGC zuständig. Wichtige Teilaufgaben wie die fachpolitische Vertretung, die Veranstaltung von regelmäßigen Konferenzen und Symposien, die Vernetzung mit Organisationen auf europäischer Ebene (z.B. Daybreak in England oder Eigen Kracht in den Niederlanden), die Ausarbeitung von Kompetenzprofilen oder die Weiterentwicklung der Methode werden dann auch für die FGC übernommen. Zentrales Anliegen soll ebenso die Förderung von Aus- und Weiterbildungen im Bereich CM und FGC sein.

Nebst der Funktion als Dachverband hat diese Stelle aber auch eine koordinierende Rolle. Sie überwacht und managt ebenso den österreichweiten Koordinator\_innenpool, in dem sich alle ausgebildeten und zertifizierten FGC-Koordinator\_innen befinden. Bis

Dato werden die ausgebildeten Koordinator\_innen nicht übergeordnet gesteuert, organisiert oder nach außen vertreten.

Kommt eine Anfrage der Regionalleitungen nach einer Koordination, kann die Stelle rasch und effizient auf alle verfügbaren Koordinator\_innen zurückgreifen und weitervermitteln.

Da sich bereits erste Tendenzen zeigen, dass die FGC zukünftig von mehreren Organisationen angeboten wird, ist ein Überblick über die in Österreich ausgebildeten Koordinator\_innen unerlässlich (vgl. FH St Pölten o.A.; vgl. Universität Wien o.A.).

Hilfreiches Tool zur Koordination könnte dabei eine bereits vorhandene Liste mit Koordinator\_innen auf der Homepage der FH St. Pölten sein, die dann von dieser übergeordneten Stelle regelmäßig aktualisiert und ergänzt werden müsste (vgl. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der Fachhochschule St. Pölten 2017b).

### **Regionalleitung NÖ**

Bei der Regionalleitung Niederösterreich handelt es sich um eine bislang noch nicht vorhandene Stelle.

In Diskussion mit den Expert\_innen hat sich die Notwendigkeit einer regionalen Landesstelle gezeigt (vgl. Interview 11 2017:201-202, 227-229). Diese berät Anrufer\_innen über Angebote der Träger und hat eine erste Broker-Funktion (vgl. Interview 11 2017:303-324). Das bedeutet, sie sondiert bereits in einem ersten Schritt ob die FGC überhaupt die passende Methode für die Situation der Familie sein kann und klärt die Familie über die Methode und Anbieter\_innen auf.

Für einen fairen Wettbewerb ist auch entscheidend, dass die Regionalstelle nicht an bestimmte Anbieter\_innen verteilt oder eine Reihung vornimmt; eine neutrale Beratung soll Ziel und Aufgabe der Stelle sein. Die Familien sollen sich selbst für einen der vier Träger entscheiden. (vgl. Interview 11 2017:303-324)

Darüber hinaus soll die Regionalleitung nicht nur Ansprechpartner\_in für interessierte Familien sein, sondern auch für Zuweiser\_innen. Entsprechend den Forderungen aus 3.2.3.2 kann sie bei methodischen Fragen beraten oder über Änderungen am Konzept informieren.

Weiterer wichtiger Vernetzungspartner der Regionalleitung ist die österreichweite Koordinationsstelle, um Fragen der Ausbildung, Qualität, Finanzierung oder der österreichweiten Vernetzung zu klären.

Wie aus der Abbildung 4 hervorgeht, kann die Regionalstelle auch auf den österreichweiten Koordinator\_innenpool zugreifen, im Falle, dass einer der Träger keine eigene Koordinator\_innen beschäftigt oder auch eine weitere/r Koordinator\_in benötigt wird. Der Träger fordert nach Bedarf eine/n Koordinator\_in bei der

Regionalstelle an und diese greift auf den Pool zurück. Das Zurückgreifen auf diesen österreichweiten Pool (und z.B. nicht nur auf Koordinator\_innen aus Niederösterreich) macht aufgrund der Größe Niederösterreichs Sinn. Koordinator\_innen aus den benachbarten Bundesländern (v.a. Wien) können fallweise sogar örtlich näher an den Familien situiert sein, als Kolleg\_innen aus dem eigenen Bundesland. Lange Anfahrtswege der Koordinator\_innen können so vermieden und folglich auch monetäre Ressourcen geschont werden.

Zentraler Aspekt um die gegebenen Strukturen zu nutzen und Gelder zu sparen, ist der im Rahmen des Sounding Boards vorgebrachte Vorschlag, die Regionalstelle an die vorhandene NÖ Pflegehotline anzudocken. Die FGC könnte nebst der Beratung zur 24-Stunden-Betreuung als zweites Standbein aufgebaut werden. (vgl. Interview 11 2017:402-406)

### **Land NÖ**

Das Land NÖ tritt als wichtige/r potentielle/r Geldgeber\_in im Modell 1 auf. Ob die FGC mit dem Land aber über das bestehende Case Management oder über eine Projektfinanzierung verrechnet wird, muss in weiterer Folge erst ausverhandelt werden (siehe dazu Kapitel 3.1.2).

### **Gemeinden**

In Tirol haben – wie im nachfolgenden Kapitel 4.2.1.1.2. ersichtlich – die Gemeinden bereits jetzt schon eine Rolle als Financier des Case Managements.

Auch in Niederösterreich könnten die Gemeinden, unabhängig davon ob nun eine Case Management Finanzierung oder eine Projektfinanzierung ausverhandelt wird, als Geldgeber\_innen mit einbezogen werden.

### **Zuweiser\_innen**

Zuweiser\_innen, die im Kontext der FGC mit älteren Menschen relevant sind, wurden bereits unter 3.2.2. beschrieben.

Den vier großen niederösterreichischen sozialmedizinischen und sozialen Bereuungsdiensten (Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz und Hilfswerk) kommt - wie aus den obigen Ausführungen zu entnehmen ist - im Modell 1 jedoch keine Zuweiser\_innen- sondern eine Anbieter\_innenfunktion zu.

Das Land NÖ sowie die Gemeinden werden aufgrund ihrer Rolle als Financiers in Abbildung 4 in einem eigenen Rechteck abgebildet.

Aufgabe der Zuweiser\_innen, die nun tatsächlich an die vier Anbieter\_innen bzw. die Regionalstelle verweisen, ist es, einen möglichen Bedarf für die FGC zu erkennen und erste Informationen darüber an die Familien weiter zu geben. Ist für die Familie klar, dass sie eine FGC möchte, verweisen die Zuweiser\_innen in einer neutralen Beratung an die vier vorhandenen Anbieter. Benötigen die Interessent\_innen aber mehr Informationen zur Methode, vermittelt der/die Zuweiser\_in an die spezialisierte Regionalstelle weiter, die genauer über die Methode FGC Bescheid weiß.

### **Familien**

Das Rechteck „Familien“ steht stellvertretend für alle Interessent\_innen an der FGC. Die Motive bzw. ebenso die Dringlichkeit für die Inanspruchnahme der FGC können - wie unter 3.2.2 beschrieben – durchaus variieren. Deshalb sind auch die Wege, wie die Familien zur FGC bzw. zu Informationen über diese gelangen, unterschiedlich: Ein Zugang, der naheliegend erscheint, ist der über Ärzt\_innen, Entlassungsmanager\_innen in Krankenhäusern, kirchliche Seelsorger, etc. als Zuweiser\_innen. Diese Berufsgruppen sind in regelmäßigem Kontakt mit der Zielgruppe der FGC (ältere und/oder pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige).

Die Zuweiser\_innen können den Bedarf für die FGC vor Ort erkennen und die Familie dann entweder an die Regionalleitung oder direkt an die Trägerorganisation, welche die FGC anbieten, weitervermitteln.

Familien könnten sich, sobald die Methode bei allen vier Trägern angeboten wird, direkt an einen der vier Träger wenden. Besonders von Vorteil erscheint dieser Weg, wenn die Familie bereits eine Leistung von einem dieser Träger in Anspruch nimmt.

Interessent\_innen, die durch die künftig angestrebte Öffentlichkeitsarbeit der übergeordneten Dachorganisation von der FGC erfahren haben, können sich auch direkt an die Regionalstelle wenden, welche folglich die Familie zu Methode und Anbieter\_innen berät. Ob sich die Familie danach überhaupt für eine FGC entscheidet oder aber auch von welchem der vier Träger sie das Angebot nutzen möchte, bestimmt sie selbst.

### **Ausbildungsstätten**

Die Kooperation und der Austausch der FGC-Organisationen mit Ausbildungsstätten ist v.a. für die Etablierung, Verbreitung und Weiterentwicklung der Methode bedeutsam. Partner\_innen sollten dahingehend zum einen Ausbildungsstätten der Sozial- und Pflegeberufe sein aber auch Bildungseinrichtungen, die Case Management und FGC Lehrgänge anbieten. In Niederösterreich ist in diesem Bereich v.a. die FH St. Pölten

präsent (vgl. FH St. Pölten o.A.). Aber auch Bildungsanstalten in anderen Bundesländern, wie die Universität Wien (vgl. Universität Wien 2016), das Bundesförderungsinstitut (vgl. BFI o.A.) oder das Kompetenz- und Bildungszentrum der Caritas (vgl. Caritas 2015) sind relevante Kooperationspartner\_innen.

Als Vorbild in der Bildungszusammenarbeit kann die FGC-Organisation Daybreak in England herangezogen werden, welche eine enge Zusammenarbeit mit Lehranstalten und Hochschulen pflegt (vgl. Daybreak 2010). Durch das Initiieren von Vorträgen und Berufspraktika kann die Bekanntmachung des Dachverbandes sowie der Methode bzw. des Konzepts im Allgemeinen, rasch vorangetrieben werden. Außerdem werden so direkt die Studierenden erreicht, die als potentielle zukünftige Zuweiser\_innen in Frage kommen.

Wird die FGC Ausbildung in Österreich zukünftig von mehreren Organisationen angeboten (derzeit nur FH St. Pölten und Universität Wien), könnte die Frage nach Qualitätskriterien und Standards in der Ausbildung gestellt werden (vgl. FH St. Pölten o.A.; vgl. Universität Wien 2016). Hier sollte eine intensive Zusammenarbeit mit der übergeordneten Koordinationsstelle angedacht werden.

#### 4.2.1.1.2. Akteur\_innen Tirol

Tirol weist eine in Österreich einzigartige Strukturierung der Pflege- und Gesundheitslandschaft auf (vgl. dazu 3.1.2.2). Die Organisation der Pflege wird hier vornehmlich von den 65 Sozial- und Gesundheitssprengeln übernommen. Dabei handelt es sich um Gemeinden, die sich zu einem Verein zusammenschließen und Betreuung und Pflege durch ein multiprofessionelles Team von Ärzt\_innen, Diplomkrankenschwester\_innen, etc. anbieten. Konkurrenzangebote gibt es im ländlichen Raum kaum. Durch die Struktur der Sozialsprengel wird eine flächendeckende (Pflege)Versorgung gewährleistet. (vgl. Telefonprotokoll 3 2017)

Ebenso sind in Tirol 36 Planungsverbände (exkl. Stadtreions-Planungsverband Innsbruck und Umgebung) aktiv, die für eine gemeindeübergreifende Planung und Zusammenarbeit zuständig sind.

Diese Planungsverbände sind insofern von Bedeutung, als dass sie ebenso Case Manager\_innen beschäftigen, im Falle, dass der örtliche Sprengel dies nicht tut. (vgl. Interview 16 2017:60-72)

Die Sozialsprengel sowie Planungsverbände sind essentieller Bestandteil der Tiroler Pflegelandschaft. Ihnen kommt die gleiche Funktion zu wie den zuvor beschriebenen Anbieter\_innen Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz und Hilfswerk in Niederösterreich.

Die Regionalstelle in Tirol erfüllt eine geringfügig andere Aufgabe. Ansonsten bleiben die Akteur\_innen für Tirol aber die Gleichen; die ÖGCC ist weiterhin österreichweite Dachorganisation mit Koordinationsfunktion und zusätzlicher Zuständigkeit für FGC. Auch die Zuweiser\_innen, die Familien sowie die Ausbildungsstätten nehmen die gleiche Rolle ein. Land und Gemeinden treten als Financiers auf.

### **Sprengel**

Die befragten Expert\_innen aus Tirol empfehlen die flächendeckende Implementierung der FGC über die Sprengel (vgl. Interview 3 2016:236-237). Für die interviewte Sprengelleiterin kommt die Implementierung nur in Form des Modells 1 in Frage:

„Grundsätzlich verstehe ich nicht, warum zusätzlich Angebote künstlich geschaffen werden müssen. Die Sozialsprengel sind für diese Angelegenheiten seit Jahrzehnten die erste Anlaufstelle für Hilfesuchende. Viele zusätzliche Angebote würden die teilweise ohnehin überforderten Menschen nur irritieren. Für uns also nur integriert und nicht als eigenständige Organisation vorstellbar.“ (Interview 16 2017:86-90)

Ob die FGC dann durch „hauseigene“ Koordinator\_innen abgehalten wird oder ob die Regionalleitung Koordinator\_innen vom Pool anfordert, bleibt – vergleichbar mit Niederösterreich – den Sprengeln überlassen. Sie sind offizieller Anbieter der FGC und bieten diese als Ergänzung in ihrem Leistungskatalog an (vgl. Interview 7 2016:154). Bei kleineren Sozialsprengeln wäre auch ein/e gebietsübergreifende/r FGC Koordinator\_in denkbar, die für mehrere Sprengel zuständig ist (vgl. Interview 16 2017:89-93).

Die Finanzierung könnte auch in Tirol über eine der zwei vorgeschlagenen Varianten Projektfinanzierung und/oder Case Management stattfinden.

### **Planungsverbände**

Auch die Planungsverbände finden im Rahmen des Modells 1 Beachtung. Denn wird Case Management in einer Region nicht vom Sprengel angeboten, so springt der zuständige Planungsverband ein.

In manchen Regionen Tirols könnte die FGC also über diese Verbände implementiert werden.

Die Abhaltung der FGC kann – wie bei den Sozialsprengeln – ebenso durch eigene Koordinator\_innen bzw. mittels „zugekaufter“ Koordinator\_innen erfolgen.

## **Regionalleitung Tirol**

Die Regionalstelle Tirol unterscheidet sich von der niederösterreichischen nur dahingehend, als dass sie Familien, die sie berät, nicht an einen beliebigen Sprengel verweist, sondern an den entsprechenden Sozialsprengel ihrer Heimatgemeinde.

Die Option, die Regionalstelle auch in Tirol an eine bestehende Stelle wie die Pflegehotline anzubinden, entfällt, da keine vergleichbare Einrichtung vorhanden ist. Vorzufinden ist lediglich eine Homepage mit einer Liste aller Organisationen bzw. Ansprechpersonen aus dem Bereich Pflege (vgl. Land Tirol und Telefonseelsorge der Diözese Innsbruck o.A.). Dies entspricht aber keineswegs den Anforderungen einer Regionalstelle und kommt folglich nicht in Frage. Die Regionalstelle müsste daher anderweitig finanziert werden.

## **Land Tirol**

Das Land Tirol ist – nicht wie in Niederösterreich – Vollfinanzier des Case Managements (und somit der FGC). Es fördert die CM-Leistungen der Sozialsprengel mit 65%, 35% bezahlen die Gemeinden (vgl. Interview 3 2016:248-255).

Als Alternative zum CM ist wiederum genauso die Projektfinanzierung anzudenken, um die Leistung mit Geldern des Projektes zu finanzieren und später in eine Regelfinanzierung überzuführen (s.h. dazu Kapitel 3.1.2.1.3).

## **Gemeinden**

Die insgesamt 279 Gemeinden Tirols treten sowohl bei der Projekt- als auch der Case Managementfinanzierung als wichtige Financiers auf. Nebst dem Land Tirol tragen die Gemeinden der Sprengel (bereits jetzt schon) einen Teil der Case Managementkosten (vgl. Interview 16 2017:70-73). Die Planungsverbände können CM voll über die Gemeinden abrechnen (vgl. Interview 16 2017:67-68); die Sprengel zu 35% (vgl. Interview 3 2016:248-255).

Fällt die Entscheidung auf eine Projektfinanzierung könnten auch bei dieser Finanzierungsform durchaus die Gemeinden mit einbezogen werden.

## **Exkurs**

An dieser Stelle wird in einem kurzen Exkurs auf die besondere Situation in einem der 65 Tiroler Sozialsprengel hingewiesen. Dieser bietet die FGC nämlich schon im Rahmen eines Pilotprojektes an.

Finanziert wird das Projekt – vergleichbar den Planungsverbänden - über die vier Gemeinden des Sprengels.

Eigens für das Case Management sowie die FGC wurde ein neuer Posten geschaffen, die „mobile Sozialarbeit“. Durchgeführt wird sowohl die FGC als auch das CM jedoch von keiner Sozialarbeiterin, sondern von einer Juristin mit Pflege- und Case Managementausbildung. Die Ausbildung zur FGC-Koordinatorin hat sie nicht absolviert. In der Befragung verwies die Koordinator\_in hier auf das Fehlen von Ausbildungsangeboten im Westen Österreichs.

Die Zugänge zur FGC entsprechen den im Modell 1 vorgestellten. Das bedeutet, Familien werden über Mitarbeiter\_innen des Sprengels zugewiesen oder sie werden von einem der Partner\_innen (Amtsärzt\_in, Sozialarbeiter\_innen an der Bezirkshauptmannschaft, Entlassungsmanagement des Krankenhauses) über die FGC informiert. In manchen Fällen melden sich Familien, die über Folder oder Zeitungsartikel davon erfahren haben, direkt an die Koordinator\_in.

Das Projekt läuft seit zwei Jahren und befindet sich derzeit in Evaluation; aufgrund des Erfolges und des positiven Feedbacks steht eine Regelfinanzierung in Aussicht.

(vgl. Telefonprotokoll 3 2017)

#### 4.2.1.2. Abläufe im Modell 1

Zur Verdeutlichung des komplexen Beziehungsgeflechtes im Modell 1, werden die in der Grafik visualisierten Zugänge zur FGC im Folgenden beispielhaft durchgespielt; jede der vier dargestellten Familien wird bis zur Abhaltung der FGC durch das System begleitet.

##### 4.2.1.2.1. Abläufe Niederösterreich

#### **Familie 1 – Zugang über Zuweiser\_in (Gemeinde), Regionalleitung und Koordinator\_innenpool**

Schritt 1: Familie 1 möchte für die Großmutter am örtlichen Gemeindeamt Heizkostenzuschüsse beantragen. Im Warteraum des Bürgerservices entdeckt sie einen Flyer der FGC. Da die alleinstehende Großmutter zukünftig vermehrt auf Unterstützung angewiesen sein wird, informiert sich Familie 1 gleich im Bürgerservice über die FGC.

Schritt 2: Die Gemeinde agiert in diesem Fall als Zuweiser\_in und verweist die Familie an die Regionalleitung, damit diese näher über Methode und Anbieter\_innen berät.

Schritt 3: Familie 1 ruft bei der Regionalleitung an, wird dort neutral beraten und entscheidet sich für die FGC unter dem Angebot der Caritas.

Schritt 4: Die Case Managerin bei der Caritas klärt den Bedarf für eine FGC unter Rücksprache mit der Familie nochmals ab.

Schritt 5: Die Case Managerin erkennt den Bedarf für eine FGC und leitet den CM/FGC-Prozess ein.

Schritt 6: Da die Caritas die FGC zwar anbietet, aber keine eigene FGC Koordinator\_in beschäftigt, fordert sie über die Regionalleitung NÖ eine Koordinator\_in an.

Schritt 7: Die Regionalleitung greift auf den österreichweiten Pool zu, der von der ÖGCC verwaltet wird.

Schritt 8: Die Regionalleitung vermittelt der Caritas einen Koordinator, der zur Zeit frei ist und örtlich nahe an der Familie 1 gelegen ist (KO 1).

Schritt 9: KO1 setzt sich mit der Familie 1 in Verbindung und führt die FGC durch.

Schritt 10: KO 1 verrechnet die FGC mit der Caritas.

Schritt 11: Die Caritas macht die Leistung (über Case Management oder Projektfinanzierung) beim Land und/oder den Gemeinden geltend.

### **Familie 2 – Zugang über Zuweiser\_in (Rehabilitationszentrum)**

Schritt 1: Da Herr G. trotz intensiven Trainings im Rehzentrum zu Hause vermutlich auf Unterstützung angewiesen sein wird, berichtet der Entlassungsmanager des Rehzentrums von der FGC. Da die FGC vom Rehzentrum nicht angeboten und finanziert wird, sondern lediglich von den vier Anbieter\_innen Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz und Hilfswerk, verweist der Case Manager auf diese.

Schritt 2: Herr G. und seine Familie fühlen sich durch den Entlassungsmanager gut beraten und benötigen keine weiteren Informationen mehr von der Regionalleitung. Familie 2 wählt daher gleich das Rote Kreuz als Anbieter.

Schritt 4: Die Case Managerin beim Roten Kreuz klärt den Bedarf für eine FGC unter Rücksprache mit der Familie nochmals ab und leitet den CM/FGC-Prozess ein.

Schritt 5: Da das Rote Kreuz selbst eine Koordinatorin (KO6) beschäftigt, kann die FGC rasch initiiert werden.

Schritt 6: KO 6 bekommt von ihrem Arbeitgeber dem Roten Kreuz bezahlt. Das Rote Kreuz macht die FGC beim Land und/oder den Gemeinden geltend.

### **Familie 3 – Zugang über Anbieter\_in (Volkshilfe), Regionalleitung und Koordinator\_innenpool**

Schritt 1: Familie 3 wird bereits von der Volkshilfe betreut. Damit die pflegebedürftige Mutter weiterhin zu Hause bleiben kann - was ihr größter Wunsch ist - und die Familie durchaus bereit wäre mit Unterstützung von außen die Pflege zu übernehmen, schlägt ihr die Einsatzleiterin der Volkshilfe (und zugleich Case

Managerin) die FGC vor. Damit könne der zukünftig erhöhte Betreuungsbedarf durch das Umfeld abgedeckt werden.

Schritt 2: Da auch die Volkshilfe keine/n eigene/n Koordinator\_in beschäftigt, sucht die Case Managerin ebenfalls über die Regionalleitung, um eine/n Koordinator\_in aus dem Pool an.

Schritt 3: Es folgen dieselben Schritte 7-11 wie bei Familie 1.

#### **Familie 4 – Zugang über Anbieter\_in (Hilfswerk), Regionalleitung und Koordinator\_innenpool**

Schritt 1: Familie 4 aus Amstetten nimmt bereits Angebote des Hilfswerkes in Anspruch. Da die fortschreitende Demenz der Schwiegermutter immer höhere Pflege- und Betreuungskosten verursacht, sich die Familie dies aber bald nicht mehr leisten kann, möchte sie eine FGC abhalten. Familienangehörige und Bekannte sollen mithelfen (z.B. Erledigung von einfachen Tätigkeiten im Haushalt, Aufsicht, Vorlesen, etc.), damit die Schwiegermutter weiterhin zu Hause betreut werden kann.

Schritt 2: Die Case Managerin beim Hilfswerk kennt die Familie und sieht ebenfalls den Bedarf. Sie setzt sich mit der „hauseigenen“ Koordinatorin (KO 5) in Verbindung.

Schritt 3: Da KO 5 aufgrund der Vielzahl an Anfragen überlastet ist, greift auch das Hilfswerk über die Regionalleitung auf den österreichweiten Pool zu.

Schritt 4: Die ÖGCC hat Überblick über alle österreichweit verfügbaren Koordinator\_innen und vermittelt dem Hilfswerk über die Regionalleitung einen Koordinator aus dem nahegelegenen Oberösterreich (KO 3). So können lange Anfahrtszeiten vermieden werden.

Schritt 5: Es folgen dieselben Schritte 9-11 wie bei Familie 1.

#### **4.2.1.2.2. Abläufe Tirol**

#### **Familie 5 – Zugang über Zuweiser\_in (SMS) und Regionalleitung**

Schritt 1: Familie 5 hat bei der Beantragung von Pflegekarenzgeld bei der Landesstelle des Sozialministeriumsservices (SMS) von der FGC erfahren und interessiert sich dafür.

Schritt 2: Das Sozialministeriumsservice agiert in diesem Fall als Zuweiser\_in und verweist die Familie an die Regionalleitung.

Schritt 3: Familie 5 ruft bei der Regionalleitung an und wird dort mit dem örtlich zuständigen Sozialsprengel 1 verbunden.

Schritt 4: Die Case Managerin des Sprengels klärten den Bedarf unter Rücksprache mit der Familie ab und leitet den CM/FGC-Prozess ein.

Schritt 5: KO9, die Koordinatorin aus dem zuständigen Sprengel 1, vereinbart mit der Familie das weitere Vorgehen und führt die FGC aus.

Schritt 6: KO 9 verrechnet die FGC mit ihrem Arbeitgeber Sprengel 1.

Schritt 7: Sprengel 1 macht die Leistung beim Land und/oder den Gemeinden geltend.

### **Familie 6 – Zugang über Zuweiser\_in (Gemeinde) und Anbieter\_in (Planungsverband)**

Schritt 1: Familie 6 hat am Gemeindeamt den Antrag auf Pflegegeld abgegeben. Im Gespräch mit der dortigen Sachbearbeiterin erzählt sie von der großen Belastung durch die Pflege. Die Sachbearbeiterin erkennt den Bedarf für eine FGC und verweist die Familie direkt an den zuständigen Planungsverband 1, der CM und FGC anbietet.

Schritt 2: Der CM beim Planungsverband 1 klärt den Bedarf unter Rücksprache mit der Familie ab und leitet den CM/FGC-Prozess ein.

Schritt 3: Der Planungsverband 1 beschäftigt eine eigene Koordinatorin (KO 7), die die FGC mit der Familie durchführt.

Schritt 4: KO 7 bekommt von ihrem Arbeitgeber dem Planungsverband 1 bezahlt.

Schritt 5: Planungsverband 1 macht die Leistung beim Land und/oder den Gemeinden geltend.

### **Familie 7 – Zugang über Zuweiser\_in (Pfarre)**

Schritt 1: Familie 7 ist sehr gläubig, besucht regelmäßig die kirchlichen Gottesdienste und nimmt auch ansonsten bei Aktivitäten der Kirchengemeinde teil. Der Pfarrer der Gemeinde steht der Familie sehr nah und nimmt hinsichtlich der Pflege des Schwiegervaters eine Überlastung wahr. Der Priester legt der Familie die FGC nahe, damit die familiäre Situation verbessert wird. Zugleich verweist er auf den zuständigen Sozialsprengel 2.

Schritt 2: Es folgen dieselben Schritte 4-7 wie bei Familie 5.

### **Familie 8 – Zugang über Anbieter\_in (Sozialsprengel)**

Schritt 1: Familie 8 informiert sich im Rahmen der Seniorenberatung, welche die Case Managerin des Sprengels durchführt, beim Sozialsprengel 3 präventiv über die Pflege im Alter. Die Case Managerin berichtet unter anderem von der FGC. Familie 4 möchte bereits jetzt die Pflege im Alter geregelt haben und

entscheidet sich für eine FGC. Die Case Managerin leitet den CM/FGC-Prozess ein.

Schritt 2: Da Sprengel 3 keine/n eigene/n Koordinator\_in beschäftigt, greift er über die Regionalleitung auf den österreichweiten Pool zu.

Schritt 3: Es wird eine zeitlich verfügbare und örtlich nahe Koordinatorin (KO4) an den Sozialsprengel vermittelt, die die FGC durchführt.

Schritt 4: KO 4 verrechnet mit dem Sozialsprengel 3.

Schritt 5: Sprengel 3 macht die Leistung beim Land und/oder den Gemeinden geltend.

#### 4.2.2. Implementierungsmodell 2 - eigenständige FGC-Organisation

Das Modell 2 stellt eine Organisationsform der FGC vor, in der beide Organisationen – CM und FGC - ihre Eigenständigkeit behalten, jedoch durch eine starke Zusammenarbeit verbunden sind.

Im Zentrum der Überlegungen steht die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit der FGC und die Umsetzung in einer eigenen Organisationform. Von Vorteil ist hier, dass die Koordinator\_innen autonom bleiben und Interessenskonflikte mit den Trägern, die im Modell 1 zugleich als Auftraggeber\_innen und Financiers auftreten, vermieden werden können. Auch die notwendige Dachorganisation der FGC wird nicht dem Case Management (ÖGCC) eingeordnet, sondern ist unabhängig.

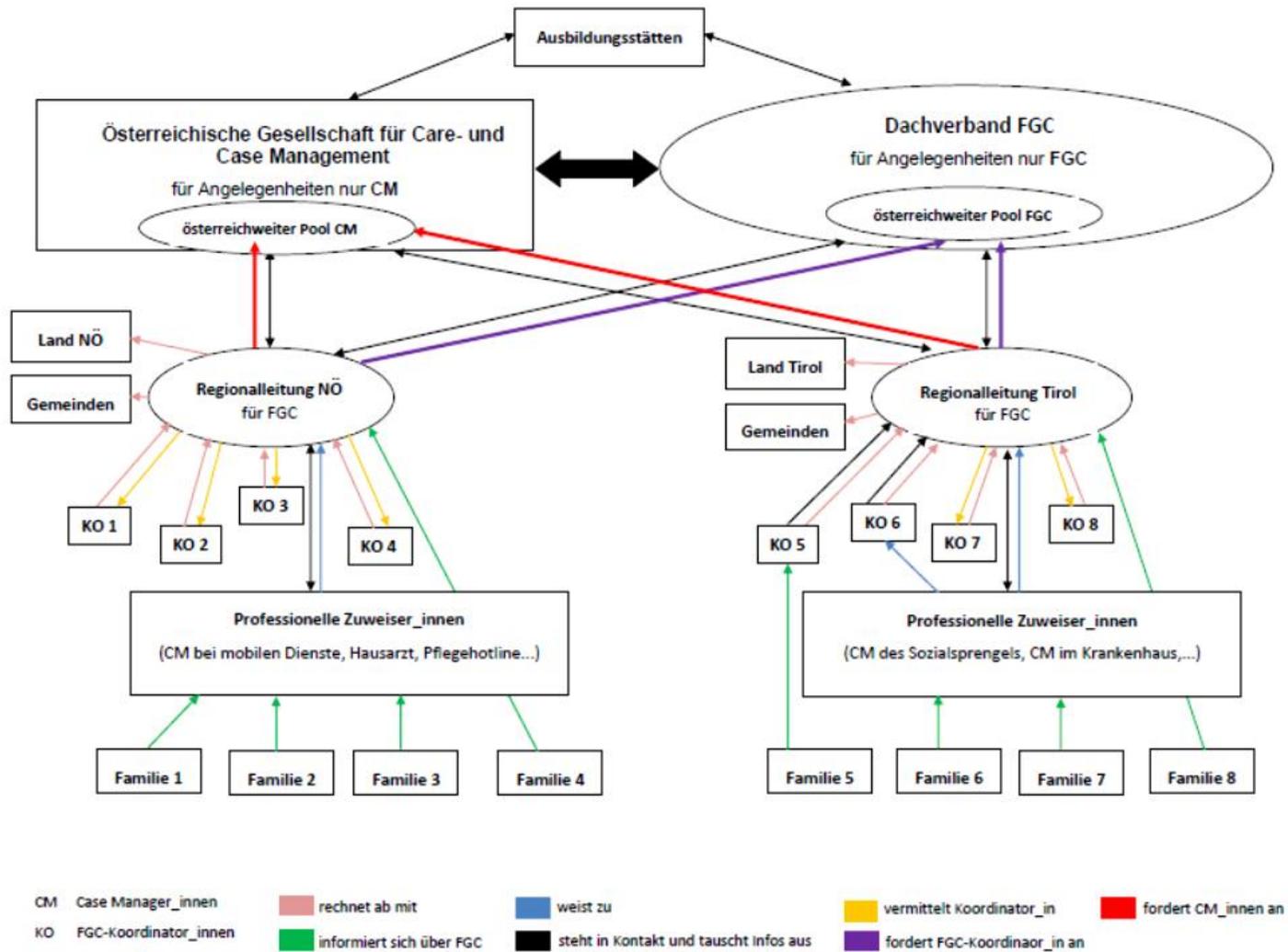
Die befragten Expert\_innen unterstützen in den Diskussionen die Idee einer unabhängigen FGC-Organisation:

„Das ist auch bei den Standards der Koordination so festgelegt, dass die unabhängig von den Hilfgewährern sein sollen. Leute die eben in solchen Institutionen arbeiten, dürften eigentlich gar nicht als Koordinator tätig sein. Da müsste schon eine Unabhängigkeit gewährt sein, um dem auch zu entgehen, weil dem haftet ein schlechter Geruch an. Es kann im Familienrat ja auch rauskommen, dass ganz bestimmte Hilfen eingekauft werden. Das wäre aus meiner Sicht schon wichtig, [...] dass die Koordination in irgendeiner Form unabhängig von Hilfgewährern ist. Ja so wie das die Holländer machen mit Eigen Kracht.“ (Interview 1 2016:1058-1066)

Um dennoch eine breite Bevölkerungsschicht zu erreichen und das Angebot der FGC im Rahmen der Pflege und Betreuung von älteren Menschen an die Betroffenen zu bringen, wird die bereits vorhandene flächendeckende Struktur des Case Managements genutzt (enge Kooperation mit ÖGCC und den Case Manager\_innen in den unterschiedlichen Organisationen).

Modell 2 wird in der folgenden Modelldarstellung und dem anschließenden Subkapiteln für Niederösterreich und Tirol gemeinsam dargestellt.

Abbildung 5: Implementierungsmodell 2



Quelle: Eigene Darstellung 2017

#### 4.2.2.1. Akteur\_innen im Modell 2

Einige Akteur\_innen aus dem Implementierungsmodell 1 haben auch im Modell 2 dieselben Funktionen. So in etwa die an der FGC interessierten Familien oder die diversen Ausbildungsstätten im Bereich FGC und CM bzw. Gesundheit und Pflege im Allgemeinen.

Ebenso bleibt - je nach Verhandlungssache - die Projekt- oder Case Management Finanzierung bei den Ländern und/oder den Gemeinden. Die Zusatzrolle der Gemeinden als Zuweiser\_innen besteht weiter.

Im Weiteren werden daher lediglich Akteur\_innen mit veränderten Aufgabenbereichen beschrieben.

#### **Koordinator\_innen FGC**

Im Modell 2 sind die Koordinator\_innen – wie derzeit üblich - auf selbständiger Basis tätig. So bleiben sie unabhängig und sind nicht von den Eigeninteressen der Trägerorganisationen abhängig. Die Koordinator\_innen sollen kein Eigeninteresse an den Ergebnissen bzw. am angefertigten Maßnahmenplan verfolgen (vgl. Interview 9 2016:37-38). Möglich wäre auch eine Anstellung der Koordinator\_innen über den noch zu errichtenden Dachverband der Koordinator\_innen.

Wird eine FGC benötigt, werden die Koordinator\_innen von der Regionalleitung je nach Bedarf individuell angefordert und koordiniert. Für die Bezahlung der Koordinator\_innen ist ebenfalls die Regionalleitung zuständig, die dann weiter mit Land und/oder Gemeinden verrechnet.

#### **Dachverband FGC**

Modell 2 sieht auch den Dachverband der FGC-Koordinator\_innen als unabhängige Stelle vor. Dieser bundesweit aktive Verband vertritt nur die Interessen der Koordinator\_innen.

Zu seinen Aufgaben zählt nebst der Interessensvertretung die Verwaltung des österreichweiten Koordinator\_innenpools (Aktualisierung der verfügbaren Koordinator\_innen), die Weiterentwicklung der Methode, die nationale und internationale Vernetzung im Feld sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

Mit der ÖGCC, dem Dachverband für CM, besteht in diesen Angelegenheiten aber eine enge Kooperation. Gemeinsame Tagungen, Exkursionen zu anderen (inter-)nationalen Organisationen, Vernetzungstreffen sowie die Abstimmung und Optimierung der Zusammenarbeit sollten gemeinsame Ziele und Aufgabenfelder sein. Auch in der

Aus- und Weiterbildung ist eine Zusammenarbeit anzudenken und die Kooperation mit den dafür zuständigen Ausbildungsstätten anzustreben.

In welcher organisationalen und rechtlichen Form der Dachverband nun Umsetzung finden kann, soll hier nicht verhandelt werden. Der Organisationsaufbau sowie interne Organisationsabläufe sind Gegenstand der Masterthesis des Kollegen Czak.

### **Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management als Dachverband für CM**

Die ÖGCC bleibt im Implementierungsmodell 2 in ihrer derzeitigen Form bzw. Tätigkeit bestehen. Lediglich die Koordinationsfunktion ist neu. Wird in einer Familie eine Multiproblemlage festgestellt, sodass es zusätzliche zu einer FGC eine Case Management Leistung benötigt, kann die Regionalleitung bei der ÖGCC eine/n Case Manager\_in anfordern, der/die beratend tätig ist und weitere Hilfen organisiert. So kann auch der/die Koordinator\_in in seiner/ihrer Aufgabe bleiben und gerät nicht in eine beratende Rolle, die in der FGC konzeptionell nicht vorgesehen ist. Die FGC kann methodisch „sauber“ durchgeführt werden.

Um diese Koordinationsfunktion wahrnehmen zu können, sollte bei der ÖGCC eine aktuelle Liste der verfügbaren (freiberuflichen) Case Manager\_innen aufliegen.

Die enge Zusammenarbeit der ÖGCC ist daher nicht nur mit der FGC Dachorganisation notwendig, sondern auch mit den Regionalstellen der Länder, die die Case Manager\_innen anfordern und deshalb auch gut über die Methode informiert sein müssen.

### **Regionalleitung Niederösterreich und Tirol**

Hauptaufgabe der Regionalleitungen ist die Koordinierung bzw. Zuteilung der Koordinator\_innen zu den Familien. Dies geschieht nach dem Prinzip der Freiwilligkeit und den Aspekten zeitlicher sowie örtlicher Verfügbarkeit. Über ein einfaches und kostengünstiges Informationstool (z.B. Social Media-Plattform oder eigene App) könnten die Koordinator\_in über eine potentielle FGC informiert werden. Da die Koordinator\_innen im ganzen Bundesland verteilt sind, darüber hinaus vornehmlich einem anderen „Brotberuf“ nachgehen und die FGC überwiegend als Nebenbeschäftigung anbieten, führt der/diejenige/r die FGC durch, dessen/deren Ressourcen es ermöglichen.

Möchte bzw. kann keine/r der Koordinator\_innen im eigenen Bundesland die FGC durchführen, kann die Regionalleitung auch auf den österreichweiten FGC-Pool der Dachorganisation FGC zugreifen und eine/n Koordinator\_in aus einem anderen Bundesland anfordern.

Mit dem FGC Dachverband steht die Regionalleitung darüber hinaus bzgl. Ausbildung, österreichweiter Vernetzung sowie Aus- und Weiterbildung in Kontakt. Regionale Themen und Anliegen der Länder sollen so auf Bundesebene gebracht und diskutiert werden. Ebenso verhandelt die Regionalleitung in Abstimmung mit Dachverband FGC mit Land/Gemeinden die Finanzierung der FGC. Die Regionalleitungen bezahlen die Koordinator\_innen für ihre Leistungen.

Angedacht ist auch eine Kooperation der Regionalleitung mit der Dachorganisation Case Management (ÖGGC). Stellt die Regionalleitung bzw. der/die Koordinator\_in in einem ersten Clearing fest, dass in einer Familie Multiproblemlagen vorhanden sind und der notwendige Unterstützungsbedarf über eine FGC hinaus geht, kann über die ÖGGC ein/e Case Manager\_in hinzugezogen werden. Zusätzlich informiert und berät die ÖGGC die Regionalleitungen hinsichtlich Methode, Angebot, etc., damit diese das Clearing auch in Richtung CM durchführen und einen Zusatzbedarf für CM erkennen können.

Ein Andocken der Regionalleitung an eine bestehende Stelle - vergleichbar dem Modell 1 Niederösterreich - ist im Modell 2 nicht denkbar, da die Leistungen und Aufgaben über eine reine Beratungsfunktion (wie die der Pflegehotline) deutlich hinaus gehen.

### **Zuweiser\_innen**

Im Modell 2 fallen unter die Zuweiser\_innen auch Case Manager\_innen die an die Regionalleitung weiter verweisen.

Wird eine Familie über das Case Management (z.B. den/die Case Manager\_in im Krankenhaus) an die Regionalleitung verwiesen, bleibt die CM\_in fallführend, da diese/r vorher und nachher im gesamten Prozess den Überblick hat.

Die Regionalleitung steht – wie unter 3.2.3 gefordert - in regelmäßigem Austausch mit den Zuweiser\_innen. Fragen zur Methode, dem Angebot oder dem Fall können Inhalt dieses Informationsaustausches sein.

#### **4.2.2.2. Abläufe im Modell 2**

### **Familie 1 – Zugang über Zuweiser\_in (Pflegehotline) und Regionalleitung**

Schritt 1: Familie 1, eine älteres Ehepaar, macht sich Sorgen um ihre zukünftige Betreuung und Pflege im Alter. Das Paar informiert sich deshalb telefonisch bei der NÖ Pflegehotline über mögliche Angebote und Leistungen. Diese berät Familie 1 auch zur FGC. Da das Ehepaar so lange wie möglich zu Hause

bleiben möchte und einen großen Familien- und Bekanntenkreis hat, sieht sie die FGC als sinnvolle Option. Die Pflegehotline vermittelt die Familie zur Regionalleitung NÖ.

Schritt 2: Die Regionalleitung NÖ informiert Familie 1 nochmals genauer bzgl. konkreter Kosten, dem weiteren Vorgehen, etc. und leitet die FGC in die Wege.

Schritt 3: Die Regionalleitung schreibt die potentielle FGC mittels Informationstool aus. Kurz darauf meldet sich eine Koordinatorin (KO 1) aus dem Nachbarbezirk der Familie, die die FGC zusätzlich zu ihrer Halbzeitbeschäftigung bei der Volkshilfe durchführen möchte.

Schritt 4: KO 1 setzt sich mit der Familie in Verbindung und führt die FGC durch.

Schritt 5: Nach erfolgreicher FGC rechnet KO 1 mit der Regionalleitung ab.

Schritt 6: Die Regionalleitung macht die Leistung – je nach Verhandlungsbasis – bei der Gemeinde und/oder dem Land geltend.

#### **Familie 4 – Zugang über Regionalleitung und Koordinator\_innenpool**

Schritt 1: Familie 4 aus Gerasdorf bei Wien hat durch eine Annonce im Bezirksblatt von der FGC gelesen. Sie möchte mehr darüber wissen und wendet sich direkt an die Regionalleitung, deren Kontakte in dem Artikel angeführt waren.

Schritt 2: Die Regionalleitung klärt zunächst den Bedarf nach einer FGC ab, stellt diesen fest und informiert die niederösterreichischen Koordinator\_innen. Da in der näheren Umgebung keine Koordinator\_innen aus NÖ verfügbar und Koordinator\_innen aus dem Süden Niederösterreichs nicht bereit sind, die lange Anreise auf sich zu nehmen, fordert die Regionalleitung über den Dachverband FGC und den Koordinator\_innenpool eine Koordinatorin aus Wien an (KO 4).

Schritt 3: KO 4 ist am Stadtrand von Wien wohnhaft und möchte die FGC durchführen. Sie tritt mit der Familie in Kontakt und hält die FGC ab.

Schritt 4: Es folgen dieselben Schritte 5-6 wie bei Familie 1.

#### **Familie 5 – Zugang über Koordinator\_in**

Schritt 1: Familie 5 ist mit der Pflege der Schwiegermutter schwer überfordert. Ein befreundetes Ehepaar macht sich Sorgen, dass die Schwiegermutter nicht ausreichend versorgt wird. Zudem ist die Wohnung der Familie 5 stark verunreinigt und hohe Geldschulden belasten die Familie. Das befreundete Ehepaar kann Familie 5 davon überzeugen, sich direkt bei einer örtlich ansässigen Koordinatorin (KO 5) zu melden.

Schritt 2: KO 5 sondiert zunächst in einem Gespräch die Lage und erkennt den zusätzlichen Bedarf eines/r Case Manager\_in, der/die die Familie vor und nach der FGC begleitet und unterstützt.

Schritt 3: KO 5 informiert die Regionalleitung über die Sachlage und den FGC-Auftrag.

Schritt 4: Über die Regionalleitung wird von der ÖGCC ein Case Manager angefordert, der mit KO 5 im weiteren Prozess eng zusammen arbeitet. So kann KO 5 die FGC methodisch „sauber“ durchführen ohne eine beratende Rolle einzunehmen.

Schritt 5: KO 5 führt die FGC durch während parallel dazu ein\_e Case Manager\_in mit der Familie den CM Prozess startet.

Schritt 6: Es folgen dieselben Schritte 5-6 wie bei Familie 1.

**Familie 6 – Zugang über Zuweiser\_in (Krankenhaus)** (siehe dazu Beispiel eines CM/FGC Prozess aus 4.1.4.1)

Schritt 1: Bei Familie 6 handelt es sich um eine bäuerliche Familie in einem tiroler Bergdorf. Die Schwiegermutter ist im nahegelegenen Krankenhaus immer wieder in Behandlung. Die dortige Case Managerin erfährt in einem Gespräch mit der Schwiegertochter bzgl. der weiteren Versorgung der Schwiegermutter von der Multiproblage der Familie (arbeitsloser und alkoholkranker Ehemann, Geldsorgen, Überlastung des Schwiegervaters, etc.). Die Krankenhaus Case Managerin erkennt u.a. den Bedarf für eine FGC und lädt unter Einverständnis der Familie eine FGC Koordinatorin (KO 6) zu einem Erstgespräch ein. Familie 6 möchte die FGC durchführen.

Schritt 2: Im Assessment wird geklärt, dass die Entlassungsmanagerin für den CM Prozess zuständig ist und die Koordinatorin den Prozess der FGC einleitet und begleitet.

Schritt 3: KO 6 informiert die Regionalleitung bzgl. der FGC und führt diese durch. Es erfolgen immer wieder Abstimmungen mit der Case Managerin, die auch über den angefertigten Maßnahmenplan Bescheid weiß. Auch umgekehrt bezieht die Case Managerin, nach Abschluss der FGC, die FGC-Koordinatorin in den CM Prozess mit ein.

Schritt 4: Es folgen dieselben Schritte 5-6 wie bei Familie 1.

### 4.3. Fazit Case Management

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

Allen politischen Instanzen, die im Zuge dieser Recherche befragt worden sind, ist gemeinsam, dass grundsätzlich der politische Wille und die Notwendigkeit vorhanden ist, aufgrund der vielzitierten demographischen Entwicklung und den prognostizierten Engpässen in den nächsten Jahren im Bereich der Pflegeversorgung, Aufgeschlossenheit im Sinne von neuen Ideen zu zeigen.

Eine Kooperation mit dem derzeit stark im Ausbau befindlichen Case Management und der Family Group Conference im Bereich der Pflege älterer Menschen hätte für alle Beteiligten (Politik, Bevölkerung, Case Manager\_innen, FGC Koordinator\_innen, etc.) eine "Win-Win-Situation" zur Folge. Die Stärken beider Methoden könnten kombiniert werden und würden durch das Case Management, das auch gesetzlich verankert ist, weite Akzeptanz finden.

Da solch eine Kopplung zweier Methoden bislang noch nicht durchgeführt wurde, konnten die Autorinnen auf keine Erfahrungswerte zurückgreifen. Als Grundlage für die entworfenen Modelle (Kapitel 4.2.1 und 4.2.2) dienten deshalb die Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Expert\_innen.

Eine Bewertung bzw. Einschätzung, welches der beiden generierten Modelle in den Bundesländern eher Umsetzung finden könnte, ist aus Sicht der Autorinnen zum jetzigen Zeitpunkt schwer möglich.

In den Befragungen der tiroler Expert\_innen konnte jedoch eine Tendenz zu Implementierungsmodell 1 festgestellt werden. Durch die durchgängige Versorgung der älteren Bevölkerung und deren Angehörige über die Sozial- und Gesundheitssprengel sowie die Planungsverbände, liegt es sowohl für die politisch Verantwortlichen als auch die potentiellen Anbieter\_innen (Sozialsprengel und Planungsverbände) auf der Hand, auch neue Modelle wie das der FGC, ebenfalls über diese vorhandenen Strukturen zu initiieren. Die Eingliederung der FGC in die bestehenden Abläufe des Case Managements der Sprengel wäre eine logische Schlussfolgerung, die unkompliziert und kostensparend erfolgen könnte. Diese Form der Umsetzung würde auch in die unabhängige Arbeitsweise der Sprengel nicht eingreifen. Implementierungsmodell 2 und somit eine Integration der FGC „von außen“ würde für die Sprengel einen deutlichen Mehraufwand sowie ein Eingreifen in ihre autonomen Abläufe bedeuten.

In Niederösterreich zeigt sich eine völlig andere Struktur der Pflegelandschaft. Aufgrund dieser divergierenden Voraussetzungen ist in Niederösterreich keine

Tendenz zu einem der beiden Modelle auszumachen. Hier stehen beide Implementierungsmodelle gleichberechtigt nebeneinander. Als Vorteil des Modells 1 erscheint auch in Niederösterreich die bereits vorhandene Organisationsstruktur des Case Managements, welches von den vier Trägerorganisationen Caritas, Volkshilfe, Hilfswerk und Rotes Kreuz ohne großen Mehraufwand kostengünstig integriert werden könnte. Vorteil des Modells 2 wäre hingegen die Unabhängigkeit der FGC und ihrer Koordinator\_innen. Die FGC organisiert und koordiniert sich selbständig und bleibt von den Interessen des Case Managements sowie der anbietenden Trägerorganisationen unabhängig.

Für eine tatsächliche Implementierung der FGC sind aber in beiden Bundesländern fortführende Verhandlungen mit den Entscheidungsträger\_innen grundlegend.

Da die Finanzierung dahingehend eine wichtige Verhandlungs- und Entscheidungsgrundlage darstellt, wäre eine Kostenrechnung für jedes der Modelle ein hilfreiches bzw. überzeugendes Tool in den Gesprächen mit den Geldgeber\_innen.

Weiterer Handlungsbedarf besteht ebenso in Sachen Ausbildung. Die Ausbildung zum/zur FGC Koordinator\_in wird derzeit nur in St. Pölten bzw. Wien angeboten. Will man die FGC zukünftig auch in Tirol bzw. im Westen Österreichs anbieten, erscheint die Verbesserung der Ausbildungssituation und die Errichtung zusätzlicher Ausbildungsstätten ausschlaggebend.

## 5. Zusammenfassung und Diskussion

*Patricia Bittersam-Horejs, Anna Steindl*

Die vorliegende Forschungsarbeit ist von der Fragestellung ausgegangen, welche Rahmenbedingungen notwendig wären, die Methode der Family Group Conference (FGC) in Österreich implementieren zu können. Der Fokus lag dabei sowohl auf dem Bereich Finanzierung als auch auf der Identifizierung sowie dem Umgang mit relevanten Stakeholder\_innen.

Hinsichtlich der Finanzierung sollten folgende erkenntnisleitende Fragestellungen beantwortet werden:

- Welche finanziellen Fördermöglichkeiten für Familienräte sind im derzeitigen staatlichen Gesundheits- und Sozialsystem mit besonderem Fokus auf Niederösterreich und Tirol möglich?
- Welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind notwendig, um Förderungen für die FGC im Projektstatus zu bekommen?
- Welche Ideen gibt es derzeit, wer Fördergeber sein könnte (Bund, Land, Private) und was wird jeweils von deren Seite benötigt?
- Gibt es eine Einschätzung für die Umsetzbarkeit der jeweiligen Fördermöglichkeit?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus den Forschungsergebnissen ableiten?

Kapitel 3.2 (Stakeholder\_innen) setzte sich mit Fragen zu den Stakeholder\_innen – im Genaueren den Zuweiser\_innen, die zwischen den Familien und den Koordinator\_innen vermitteln – auseinander:

- Wer sind relevante Zuweiser\_innen?
- Warum werden diese als besonders relevant angesehen?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der eigenen Organisation?
- Was benötigen die Zuweiser\_innen zur Umsetzung der FGC von der Fachhochschule St. Pölten (Weiterbildungslehrgang Familienrat) bzw. einer Koordinationsstelle?

Im Zuge der Recherchen, vor allem im Bereich der gesetzlichen Bestimmungen und Vorgaben sowie den erkenntnisreichen Gesprächen mit politisch Verantwortlichen, kristallisierten sich im Bereich der Finanzierung zwei Vorgangsweisen heraus. Zum einen eine Projektfinanzierung, die bei Erfolg in eine Regelfinanzierung überführt werden könnte, und zum anderen die Finanzierung über das bestehende Case Management. Jede der Varianten kann für sich oder aber auch als Kombination beider Wege beschritten werden.

Grundlage beider Varianten ist die Vorgabe von Bund und Ländern, die konkrete Umsetzung der FGC im Bereich der Pflege umfangreich auszuarbeiten, Erfolgskriterien klar zu definieren und ein gut ausgearbeitetes und schlüssiges Projekt vorzustellen.

Von den als relevant identifizierten und deshalb interviewten Zuweiser\_innen, konnten diese Aussagen der Politik bestätigt werden. Darüber hinaus verwiesen die befragten Zuweiser\_innen, ein Hausarzt, eine Bürgermeisterin, eine Krankenhaussozialarbeiterin sowie eine Vertreterin der Volkshilfe NÖ auf weitere Bedingungen, damit sie die Vermittler\_innenrolle zwischen Familien und Koordinator\_innen einnehmen könnten. Nebst den genannten Forderungen der Politik wurde von den Zuweiser\_innen in etwa die Zurverfügungstellung von entsprechendem Informationsmaterial, geregelte Zuständigkeiten oder eine festgelegte Finanzierung angeführt. Auch Anliegen gegenüber der eigenen Organisation wurden bestimmt (Kriterien der Informationsweitergabe und Regelungen zur Datensicherheit, Einschulung von Mitarbeiter\_innen, etc.).

Die Erkenntnisse aus dem dritten Kapitel sowie den Gesprächen mit den Expert\_innen aus Tirol und Niederösterreich (Interview 1, 2, 3, 7,11, und 12) führten zu Kapitel 4 (Case Management), das die Implementierung der FGC in Verbindung mit dem bestehenden Case Management System sieht. In den Gesprächen mit den Ländern wurde darauf verwiesen, dass neue Modelle in erster Linie dann Chancen zur Umsetzung hätten, wenn auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden würde. Folglich wurden zur Implementierung der FGC zwei Umsetzungsmodelle entworfen, die das bereits gut integrierte und finanzierte Case Management im Kontext der Pflege und Betreuung älterer Menschen nutzen bzw. eng mit diesem in Verbindung stehen. Besonderes Anliegen der Autorinnen war es zudem, dass die für Tirol und NÖ generierten Modelle einfach zu modifizieren sind und diese somit auch in anderen Bundesländern Anwendung finden können.

Das erste der beiden Modelle sieht die FGC als Teilangebot des Case Managements. Angeboten wird die FGC hier über das Case Management bekannter Organisationen im Feld der Pflege und Betreuung älterer Menschen. In Niederösterreich sind dies die

vier Träger Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz sowie Hilfswerk; in Tirol die Sozial- und Gesundheitssprengel sowie Planungsverbände.

In diesem gedanklichen Konstrukt würde die Finanzierung der FGC vornehmlich über die Abrechnungswege des Case Managements laufen – eine Projektfinanzierung über Land und/oder Gemeinden wäre aber trotzdem nicht auszuschließen. Hinsichtlich der Gemeindefinanzierung könnte beispielsweise der im Exkurs beschriebene Planungsverband in Tirol als Vorbild herangezogen werden (siehe dazu Kapitel 4.2.1.1.2). Das Interesse der niederösterreichischen und tiroler Gemeinden an der Umsetzung und Finanzierung der FGC müsste in weiterer Folge jedoch noch geklärt werden. Sollte sich eine Finanzierung über Länder und/oder Gemeinden als schwierig erweisen, kann im Modell 1 zusätzlich eine trägerinterne Querfinanzierung angedacht werden, da es sich beim Angebot der FGC um eine Aufwertung der Leistung handelt, die zu einer erhöhten Wettbewerbsfähigkeit führen könnte.

Das entworfene Modell 2 geht von einer eigenständigen Organisation der FGC (Koordinator\_innen, Regionalleitung sowie Dachorganisation) aus, die aber in enger Zusammenarbeit mit dem Case Management steht. Die FGC bleibt so von den Interessen der Anbieterorganisationen unabhängig.

Hinsichtlich der Finanzierung von Modell 2 erscheint es sinnvoll, vor allem den Ländern ein Pilotprojekt anzubieten, welches die gewünschten Anforderungen und Qualitätsmerkmale berücksichtigt (Erfolgskriterien, klares Konzept, rasche Reaktionsfähigkeit, etc.). Zusätzlich zu den Ländern kommen aber auch im Modell 2 die Gemeinden für eine Finanzierung in Frage.

Eine Bewertung bzw. Einschätzung, welches der beiden generierten Modelle eher Umsetzung finden könnte, ist derzeit vor allem in Niederösterreich schwer vorzunehmen. In Tirol ist hingegen sehr wohl eine Tendenz zu Modell 1 erkennbar, da die flächendeckende Versorgungsstruktur der Sozialsprengel sowie Planungsverbände diesem Modell entgegen kommt. (siehe Kapitel 4.2 und 4.3)

Soll die FGC zukünftig tatsächlich Umsetzung finden, bedarf es aber in beiden Bundesländern weiterer Verhandlungen mit den Entscheidungsträger\_innen bzgl. Finanzierung, Konzept und Umsetzung.

Es erscheint sinnvoll, dass sich die FH St. Pölten mit dem Projekt bzw. den generierten Ideen zur Implementierung der Family Group Conference an die zuständigen Stellen (Politik, potentielle Anbieter\_innen, etc.) wendet, um Gelder zu generieren oder zumindest ein Diskussionsplenum zu schaffen.

Weiterer zukünftiger Handlungsbedarf besteht in Sachen Qualitätssicherung und Ausbildung. Die Tatsache, dass der Begriff und die Methode der Family Group Conference nicht geschützt sind, kann zu einer Ausbreitung der FGC über unterschiedliche Trägerorganisationen ohne Vernetzung und Qualitätssicherung führen, die den ursprünglichen Anforderungen (z.B. keine Vermischung von CM und FGC Tätigkeiten) nicht mehr gerecht werden können (siehe Exkurs im Kapitel 4.2.1.1.2). Es braucht daher eine länderübergreifende Dachorganisation, die Vorgaben zur FGC Ausbildung, Qualitätsstandards sowie dem Konzept ausspricht.

Die (nicht vorhandene) Organisation und das Fehlen einer übergeordneten koordinierenden Stelle erschwert bei einer Anfrage für die FGC darüber hinaus auch ein rasches Reagieren. Derzeit werden die Koordinator\_innen einzeln für eine FGC angefragt. Es liegt im Ermessen des/r jeweiligen Koordinator\_in ob und wie schnell auf eine Anfrage geantwortet werden kann.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass in den Diskussionen und Interviews mit Politik und Stakeholder\_innen grundsätzlich die Bereitschaft erkennbar war, sich auf die Methode der FGC in Hinblick auf die Pflege und Betreuung älterer Menschen näher einzulassen. Der Bedarf bei Bund, Ländern und Gemeinden nach kreativen Lösungen in diesem Bereich ist nicht nur gegeben, sondern erscheint auch in einer gewissen Dringlichkeit. Daher wird auch die Chance, diese Methode in der einen oder anderen Form flächendeckend anzubieten und zu finanzieren, durchwegs optimistisch eingeschätzt.

# Literaturverzeichnis

Altenhofer, Isabella/ Lich, Maria (2017): Öffentlichkeits- und Vermittlungsarbeit der Unterstützungskonferenz an ältere Menschen und deren pflegende Angehörige. Strategien zur Vermittlung einer innovativen Methode. Masterthese FH St. Pölten.

Amt der NÖ Landesregierung (2007): Amt der NÖ Landesregierung. <http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Landesverwaltung/Amt-der-NOeLandesregierung.html> [04.04.2017].

Amt der NÖ Landesregierung (2012): Landesamtsdirektion Pressedienst: <http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Soziale-Betreuungsdienste.html> [23.02.2016].

Amt der NÖ Landesregierung (2015): Antrag - Kurzzeitpflege bzw. Übergangspflege. [http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Landespflegeheime/Antrag\\_Kurz\\_u\\_Uebergangspflege.html](http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Landespflegeheime/Antrag_Kurz_u_Uebergangspflege.html) [28.02.2017].

Amt der Tiroler Landesregierung (2012): Strukturplan Pflege 2012-2022. Planungsgrundlage für die Versorgung betreuungs- und pflegebedürftiger Personen in Tirol. Innsbruck.

Amt der Tiroler Landesregierung (2016): Leistungskatalog für die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol. Innsbruck.

Amt der Tiroler Landesregierung (o.A.): Tiroler Krankenanstalten. <https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/krankenanstalten/tirolerkrankenanstalten/> [09.04.2017].

Anheier, Helmut (2005): Nonprofit organizations: Theory, management, policy. London: Routledge.

BFI Wien (o.A.): Zertifizierte(r) Case Manager(in). <https://www.bfi.wien/gesundheits-und-sozialberufe/sozialberufe/kurs/zertifizierte-r-case-manager-in/> [15.03.2017].

BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Gesundheitsziele Österreich: Langfassung. Wien.

BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (o.A.): Die Landesgesundheitsfonds.[http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die\\_Landesgesundheitsfonds](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die_Landesgesundheitsfonds) [18.01.2001].

Bogner, Alexander/ Litting, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.)(2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden.

Bundesgesundheitsagentur (2012): Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll\\_aufnahme\\_entlassungsmanagement\\_2012.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf) [22.02.2017].

Bundeskanzleramt (2017a): Antrag auf Pflegegeld. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360517.html> [22.02.2017].

Bundeskanzleramt (2017b): Zuständigkeiten. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360515.html> [22.02.2017].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien.

Caritas (2015): Weiterbildung zum Pflegeberater/ Case Manager abgeschlossen. <http://www.caritas-pflege-gesundheit.de/90955.html> [15.03.2017].

Daybreak (2010): Family Group Conferences for Adults.<http://www.daybreakfgc.org.uk/wp-content/uploads/2012/02/Adult-Safeguarding-Evaluation-report-2007.pdf> [04.04.2017].

DGCC - Deutsche Gesellschaft für Case- und Care Management (o.A.): Fachgruppen. <http://www.dgcc.de/dgcc/fachgruppen/> [26.12.2016].

Dynamic Facilitation Associates (2016): Dynamic Facilitation. <http://tobe.net/index.html> [06.02.2017].

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich (o.A.): Gesetzliche Grundlagen. <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz> [17.01.2017].

FH St. Pölten (o.A.): Soziales. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales>. [20.01.2017].

Fonds Gesundes Österreich (2017): Leitfaden zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich. Detailinformationen für Fördersteller\_innen und Fördernehmer\_innen. Wien

Hofbauer, Sabine/ Noyan, Sylvia/ Negl, Irene (2011): Möglichkeiten und Grenzen von Case Management in der ambulanten Altenhilfe. St. Pölten.

Höfler, Sabine/ Bengough, Theresa/ Winkler, Petra/ Griebler, Robert (Hrsg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien.

Hofmarcher, Maria (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe\\_gesundheitssystem.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/3/CH1066/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf) [06.02.2017].

Hörl, Josef (2007): Informelle Pflege. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien.

Hucke, Jochen/ Wollmann, Helmut (1980): Methodenprobleme der Implementationsforschung. In: Mayntz, Renate (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Königsstein. S. 216–235.

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der Fachhochschule St. Pölten (2017a): Was ist FGC? <http://familienrat-fgc.at/index.php/was-ist-fgc> [17.03.2017].

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der Fachhochschule St. Pölten (2017b): Koordinatorinnen und Koordinatoren. <http://www.familienratfgc.at/index.php/koordinatorinnen> [15.03.2017].

Klinik Pirawarth (o.A.): Sozialberatung in der Klinik Pirawarth. <http://www.klinik-pirawarth.at/de/therapien/sozialberatung-der-klinik-pirawarth/> [06.02.2017].

Köck, Markus (1995): Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengel zwischen Wunschdenken und Wirklichkeit. Diplomarbeit eingereicht bei o. Univ.-Prof. Dr. Smekal zur Erlangung des akademischen Grades eines Magisters der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.

Koppelin, Frauke (2008): Soziale Unterstützung und Pflegebelastung im Alter. Bern.

Kytir, Josef (2008): Demographische Entwicklung. o.A.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Land Niederösterreich (2015): NÖ Sozialbericht 2015. <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVIII/11/1152/1152B.pdf> [06.02.2017].

Land Tirol und Telefonseelsorge der Diözese Innsbruck (o.A.): Wer hilft Wie in Tirol. [https://www.google.at/?gws\\_rd=ssl#q=wer+hilft+wie+tirol](https://www.google.at/?gws_rd=ssl#q=wer+hilft+wie+tirol) [10.04.2017].

Lebenshilfe Tirol (o.A.): Beratung. <http://www.tirol.lebenshilfe.at/index.php?id=442> [26.12.2016].

Malteser Care Ring (o.A.): Forschung und Entwicklung: <http://www.care-ring.or.at/forschung-entwicklung> [07.11.2016].

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2003): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Frebertshäuser, Barbara/ Prengel, Antje (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Studienausgabe. Weinheim und München: Juventa, S. 481-191.

Monzer, Michael (2013): Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis. Heidelberg.

Niederösterreichische Landesakademie (2012): Altwerden in Niederösterreich. Altersalmanach Endbericht. St. Pölten.

NÖGKK - Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (o.A.): Wie läuft die Hilfe ab? <https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.702559> [07.12.2016].

NÖ Landeskliniken-Holding (2015): Niederösterreichische Klinikstandorte. <http://www.lknoe.at/kliniken.html> [09.04.2017].

ÖGCC – Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2011): Statuten des Vereins. <http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/05/Statuten.pdf> [15.03.2017].

ÖGCC – Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2013): Grundlagenpapier. [http://oegcc.at/wpcontent/uploads/2013/10/OeGCC\\_Grundlagenpapier\\_290711.pdf](http://oegcc.at/wpcontent/uploads/2013/10/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf)[15.03.2017].

Pochobradsky, Elisabeth/ Bergmann, Franz/ Brix-Samoylenko, Harald/ Henning, Erfkamp/ Laub, Renate (2005): Situation Pflegender Angehöriger, Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.

Pöttler, Gerhard (2014): Gesundheitswesen in Österreich. Wien: Goldegg Verlag.

Ribeiro, Marlene (2010): Case Management im österreichischen Gesundheitswesen. Linz: OÖGKK-Hausdruckerei.

Schnötzing, Sieglinde (2006): Stellenwert der Pflegeleitung in der Führungshierarchie der Tiroler Sozialsprengel. Innsbruck.

Sozialministerium (2015a): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien.

Sozialministerium (2015b): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014. Wien.

Sozialministeriumsservice (o.A.): Pflegeunterstützungen. <https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/> [01.03.2017].

Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (2008): Sozialmagazin SVA aktuell. Wien.

Statistik Austria (2016): Personal im Gesundheitswesen. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html) [28.02.2017].

Staudinger, Charlotte (2012): Entlassungsmanagement. [http://www.patientenanwalt.com/download/Entlassungsmanagement\\_wichtiger\\_Baustein\\_Charlotte\\_Staudinger\\_Pflege.pdf](http://www.patientenanwalt.com/download/Entlassungsmanagement_wichtiger_Baustein_Charlotte_Staudinger_Pflege.pdf) [28.02.2017].

Stötzer, Sandra (2009): Stakeholder Performance Reporting von Nonprofit-Organisationen. Wiesbaden: Gabler.

SVB – Sozialversicherungsanstalt der Bauern (2016): Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege – ein Erfolgskonzept. <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718100&viewmode=content> [28.02.2017].

Them, Christa/ Schulc, Eva (2013): Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen von präventiven Hausbesuchen. Innsbruck.

Tiroler Gebietskrankenkasse (o.A.): Case Management. <https://www.tgkk.at/portal27/tgkkportal/content?contentid=10007.752564&viewmode=content> [07.11.2016].

Universität Wien (o. A): Entwicklung und Pilot-Testung eines Unterstützungsangebots für Familien mit pflegenden Kindern (NoSecrecy). [https://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/forschung/projekte/familienbezogenepflege/familydetail/article/entwicklung-und-pilot-testung-eines-unterstuetzungsangebots-fuer-familien-mit-pflegenden-kindernno/?tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=192631&cHash=cbb854a83c853dd920e876efceb597a7](https://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/forschung/projekte/familienbezogenepflege/familydetail/article/entwicklung-und-pilot-testung-eines-unterstuetzungsangebots-fuer-familien-mit-pflegenden-kindernno/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=192631&cHash=cbb854a83c853dd920e876efceb597a7) [15.03.2017].

Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau.

Wendt, Wolf Rainer (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau.

Wendt, Wolf Rainer/ Löcherbach, Peter (2006): Case Management in der Entwicklung.  
Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg.

# Datenverzeichnis

Gespräch 1: Stefan Salzburger, Leitung der Beratungsstelle der Lebenshilfe Tirol, stichwortartiges Gesprächsprotokoll über die Entstehung der Beratungsstellen in Tirol und die Einführung des Case Managements, am 15.03. 2016.

Gespräch 2: Franz Bittersam, Geschäftsführer der Johanniter Tirol, und ehemalige Leitungsperson in der Lebenshilfe Tirol, Ehrenamtsmitglied beim Sozialsprengel "Untere Schranne", am 06.12.2016.

E-Mail 1: Ulrike Rautner-Reiter (Sozialamt Krems, FH-Dozentin), am 03.04.2017.

Interview 1: Expert\_innen, Claudia Weichsel, Maria Lich, Isabella Altenhofer, Michaela Huber, Gabriela Hösl (DGKS, Gesundheitsmanagement), Johannes Pflegerl (FH-Dozent), Michael Delorette (FH-Dozent), Monika Hoschek (Pflegedienstleitung Caritas St. Pölten), Michael Kligenbrunner (Land Niederösterreich), Sylvia Gramang-Haring (Pflegedienstleiterin bei der Volkshilfe), am 05.04.2016.

Interview 2: Land Niederösterreich, Franz Spazierer, Stellvertretende Leitung, Beate Missoni (Verantwortung Budget und Chefin Mobile Dienste), Gerhard Heilig (Chef der Pflegehotline), am 03.08.2016.

Interview 3: Gerhard Reheis, Landesrat für Soziales, Land Tirol, am 04.08.2016.

Interview 4: Seminargruppe, Claudia Weichsel, Isabella Altenhofer, Michaela Huber, Maria Lich, Yvonne Zwirchmayr, Anna Steindl, Esther Röck, Patricia Bittersam-Horejs, am 03.09.2016.

Interview 5: Tom Schmid, Geschäftsführer von „Das Band“ und Professor an der FH St. Pölten, am 21.09.2016.

Interview 6: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Herr Pallinger Manfred (Sektionschef der Sektion IV, Pflegevorsorge, Behinderten-Versorgungs- und Sozialhilfeangelegenheiten), mit dabei: Gerhard Heilig (Pflegehotline), Beate Missoni (Verantwortung Budget und Chefin Mobile Dienste), am 22.09.2016.

Interview 7: Josef Danner, Stellvertretender Leiter der Abteilung Soziales, Land Tirol, am 28.09.2016.

Interview 8: Daybreak, Gerie Petrou, Isabella Altenhofer, Jürgen Czak, Janette Gruber, Katrina Blatchford, Michaela Huber, Maria Lich, Marilyn Taylor, am 03.11.2016.

Interview 9: Eigenkracht, Rob van Pagee, am 21.11.2016.

Interview 10: Volkshilfe, Silvia Gramang-Haring (Pflegedienstleiterin Volkshilfe), E-Mail-Interview, am 22.12.2016.

Interview 11: Sounding Board 1, Johannes Pflegerl (FH-Dozent), Monika Hoschek (Pflegedienstleitung Caritas St. Pölten), Karl Lahmer (Caritas St. Pölten, Leitung Kommunikation), Ulrike Rautner-Reiter (Sozialamt Krems, FH-Dozentin), Janette Gruber, Anna Steindl, Patricia Bittersam-Horejs und Jürgen Czak, am 26.01.17.

Interview 12: Sounding Board 2, Michael Delorette (FH-Dozent), Alexander Grohs (NEUSTART), Karl Lahmer (Caritas St. Pölten, Leitung Kommunikation), Yvonne Zwirchmayr, Anna Steindl, Patricia Bittersam-Horejs, Jürgen Czak, Maria Lich, Isabella Altenhofer, am 26.01.17.

Interview 13: Krankenhaussozialarbeiterin, Heidemarie Hinterwallner, E-Mail-Interview, am 09.02.2017.

Interview 14: Gemeinde, Anna Steindl, Bürgermeisterin Stadtgemeinde Wolkersdorf, am 11.02.2017.

Interview 15: Hausarzt, Dietmar Kleinbichler, Mannersdorf an der Pilach, E-Mail-Interview, am 20.02.2017.

Interview 16: Sozialsprengel, Michaela Fabiankovits, Geschäftsführerin Gesundheits- und Sozialsprengel Wörgl, E-Mail-Interview, am 15.03.2017.

Telefonprotokoll 1: Christiane Pelligrini, zuständige Krankenschwester im Bezirkskrankenhaus Kufstein, stichwortartige Aufzeichnungen zum Thema Case Management und Family Group Conference, am 25.01.2016.

Telefonprotokoll 2: Josef Schöpf, Tiroler Gebietskrankenkasse, stichwortartige Aufzeichnungen, am 07.11.2016.

Telefonprotokoll 3: Sozialsprengel, anonymisiert, mobile Sozialarbeit, am 06.03.2017.

# Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
aks Austria	Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CM	Case Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care- und Casemanagement
FGC	Family Group Conference
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GKK	Gebietskrankenkasse
LGBl. Nr.	Landesgesetzblatt Nummer
LKF-System	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LZK	Landeszielsteuerungskommission
M.E.	Meines Erachtens
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
o.A.	ohne Angabe
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Care- und Casemanagement
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
SGS	Sozial- und Gesundheitssprengel
RIS	Rechtsinformationssystem
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.	Zeile

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Sozial- und Gesundheitssprengel Tirols .....	31
Abbildung 2: Sprengelorganigramm .....	32
Abbildung 3: Integrierter CM/FGC Prozess .....	66
Abbildung 4: Implementierungsmodell 1 .....	78
Abbildung 5: Implementierungsmodell 2.....	92



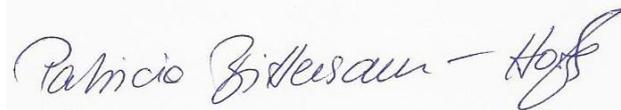
# Eidesstattliche Erklärung 1

Ich, **Patricia Bittersam-Horejs**, geboren am **30.10.1968** in **Innsbruck**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

**Ebbs, am 7. April 2017**

**Unterschrift**

A handwritten signature in black ink on a light grey background. The signature reads "Patricia Bittersam-Horejs" in a cursive script.

# Eidesstattliche Erklärung 2

Ich, **Anna Maria Steindl BA, BEd, MSc**, geboren am **21.11.91** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

**Wolkersdorf, am 7. April 2017**

**Unterschrift**

A handwritten signature in blue ink on a light yellow background. The signature is written in a cursive style and reads "Anna Steindl".