



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO  
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Progetto AIDA



# Sozialmedizinische Leitlinien für Senioren und behinderte Menschen in labilen Lebenssituationen





# **Sozialmedizinische Leitlinien** für Senioren und behinderte Menschen in labilen Lebenssituationen

This project (VS/2011/0052) is supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity - PROGRESS (2007-2013). This programme is implemented by the European Commission. It was established to financially support the implementation of the objectives of the European Union in the employment, social affairs and equal opportunities area, and thereby contribute to the achievement of the Europe 2020 Strategy goals in these fields. The seven-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective employment and social legislation and policies, across the EU-27, EFTA-EEA and EU candidate and pre-candidate countries. For more information see: <http://ec.europa.eu/progress>. The information contained in this website does not necessarily reflect the position or opinion of the European Commission. The Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained in this website.



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung zu den Leitlinien	7
1. Gebietsgröße	8
2. Zugang zum sozialmedizinischen System	9
3. Multidimensionale Beurteilung der Bedürfnisse	10
4. Individueller Hilfeplan	11
5. Betreuungskontinuität	12
6. Häusliche Pflege: Häusliche Betreuung und Integrierte Häusliche Betreuung	13
7. Teilstationäre und stationäre Pflege	14
8. Case manager	15
9. Rolle der Familie und des Caregivers	16
10. Berufsbilder	17
Ausbildung	
Ehrenamtliche Tätigkeit	
11. Integrierte Verwaltung der Finanzmittel	18
Informationssystem	
12. Monitoring und Beurteilung der Ergebnisse	19



## VORBEMERKUNG ZU DEN LEITLINIEN

Der Sozial- und Gesundheitsbereich benötigt wie alle komplexen Systeme bestimmte Kriterien und Leitlinien, um die Dienste auf möglichst effiziente und wirksame Weise zu organisieren und zu fördern. Im Rahmen des Projektes AIDA wurden sozialmedizinische Leitlinien mit dem Ziel entwickelt, „Empfehlungen“ als systematische Unterstützung auszugeben, die bei der Organisation und Planung der Betreuung von älteren und pflegebedürftigen Menschen dienen sollen und dem Fachpersonal sowie den Entscheidungsträgern der Dienste Anhaltspunkte bezüglich der Struktur und Verwaltung angemessener Betreuungsleistungen liefern sollen.

Hierbei ist vorzuschicken, dass sich die sozialmedizinischen Dienste an Menschen richten, die in psychophysischer Hinsicht als „labil“ bezeichnet werden, weshalb die Gesundheitsstruktur auch Lösungen in Bezug auf das Lebensumfeld, die Familie und die wirtschaftlichen Verhältnisse enthalten muss. Wenn die Pflege nicht durch angemessene Initiativen zur Beibehaltung der/Wiedereingliederung in die Lebensumstände begleitet wird, hat sie nur eine begrenzte Wirksamkeit, so dass das Problem der sozialen Ausgrenzung bestehen bleibt.

Kurz gesagt, muss die Gesundheit auch mit einer sozialen Kohäsion und der Bekämpfung von Ungleichheiten einhergehen.

Die gegenseitige Ergänzung von sozialen und medizinischen Diensten ist daher eine grundsätzliche Notwendigkeit für die Ausarbeitung umfassender und integrierter Lösungen. Die Institutionen ihrerseits müssen die Prozesse kontrollieren, die den Schutz der Gesundheit und Lebensqualität labiler Menschen garantieren. In diesem Sinne beziehen sich die Leitlinien mit spezifischen Empfehlungen sowohl auf die organisatorische Planung der Tätigkeiten, als auch auf die Betreuungsprozesse, wobei die gelieferten Vorgaben anhand der beigefügten Materialien vertieft werden können.

# 1. Gebietsgröße

Die Gebietsgröße ist sowohl in Bezug auf die Nutzbarkeit der Dienste, als auch auf ihre strukturelle Organisation von grundsätzlicher Bedeutung. Daher sollten zunächst Gebiete festgelegt werden, die aufgrund ihrer Größe, ihrer Einwohneranzahl und ihrer Mobilität angemessen sind. Laut der italienischen und regionalen Gesetzgebung gelten für die medizinischen und sozialmedizinischen Dienste Gebiete einer Größe von 100/150.000 Einwohnern (mit Reduzierungen in Hügel- und Bergregionen) als angemessen, die Sprengel bilden. Auch das Gesetz 328/2000 (Rahmengesetz für ein integriertes System aus Sozialmaßnahmen und -diensten) geht davon aus, dass die Gebiete des „Sozialen“ mit denen der „Gesundheit“ übereinstimmen. Infolgedessen sind in verschiedenen italienischen Regionen die Sozial- und Gesundheitssprengel entstanden, in denen die sozialen Funktionen mit den medizinischen und sozialmedizinischen Diensten zusammenlaufen.

Die gebietsmäßige Übereinstimmung der beiden Verwaltungsbereiche bringt einen weiteren Vorteil mit sich, nämlich die gemeinschaftliche Verwaltung der Sozialdienste eines bestimmten Gebietes durch die Gemeinden (Art. 8 Gesetz 320/2000). All dies ermöglicht im Hinblick auf die Sozialdienste nicht nur eine besser strukturierte Organisation (auch in Bezug auf die Tragbarkeit der Kosten), sondern im Rahmen der Verwaltung des Sozial- und Gesundheitssprengels auch einen einheitlichen und integrierten Zugang zum sozialen Netz.

Der Sozial- und Gesundheitssprengel bietet im Vergleich zu anderen Organisationsformen die bestmögliche Integrationsstufe nicht nur zwischen den einzelnen Diensten des jeweiligen Gebietes, sondern auch zwischen diesen und den Krankenhäusern.

**Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Sozial- und Gesundheitssprengel eine Integration unter vier strategischen Aspekten ermöglicht:**

1. Integration der Produktionsfaktoren der territorialen Dienste der ASL [örtliche Gesundheitsämter] und Gemeinden;
2. Integration der gebietsmäßigen Fachkräfte und Zuständigkeiten in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Sozialmedizin;
3. Organisatorische Integration zwischen Gebiet und Krankenhäusern;
4. Integration zwischen öffentlichen Diensten und akkreditierten Einrichtungen mit besonderem Bezug auf den Dienstleistungssektor und die ehrenamtlichen Tätigkeiten, wobei auch eine horizontale Subsidiarität erreicht wird.



## 2. Zugang zum sozialmedizinischen System

Hinsichtlich der Vereinfachung für die Bürger und der Vereinheitlichung des Systems ist für den Zugang zu den sozialmedizinischen Diensten die Einrichtung einer „Zentralen Anlaufstelle“ von Bedeutung, die in Bezug auf das Gebiet auch dezentralisiert sein kann. Die Zentrale Anlaufstelle (Abkürzung PUA) stellt damit eine Organisationsmodalität für einen einheitlichen und allgemeinen Zugang zu den Gesundheits-, Sozial- und sozialmedizinischen Diensten dar, die sich insbesondere an alle Menschen mit einem Bedarf an komplexen Gesundheitsleistungen wendet, die gleichzeitig medizinische Betreuung und sozialen Schutz benötigen. Die PUA wird zur wichtigsten Anlaufstelle für den Bürger: sie liefert Informationen und kümmert sich um die Einleitung des Vorgangs der Fallübernahme.

Die PUA kann auch aus verschiedenen über das Gebiet verteilten „Nebenstellen“ bestehen, die jedoch in jedem Fall – auch mit telematischer Hilfe – an dem Punkt zusammenlaufen, wo der Vorgang der Fallübernahme eingeleitet wird. Die Hauptfunktionen der PUA bestehen aus dem Zugang, der Erstaufnahme, der Erfassung der Meldung, der Orientierung, der Antragsverwaltung, der direkten Veranlassung von Leistungen im Falle einfacher Bedürfnisse und aus der Einleitung der Fallübernahme sowie Integration mit dem Dienstenetz für Erstbehandlungen und Krankenhausbetreuung.

**Um die genannten Funktionen zu erfüllen, kommen der PUA verschiedene Aufgaben zu, von denen die wichtigsten unten genannt werden:**

1. Informationen und Orientierung;
2. Erfassung der Zugänge;
3. Analyse der Bedürfnisse;;
4. Anlage persönlicher Krankenblätter mit den wichtigsten Angaben zur Situation der Person, die die sozialmedizinischen Leistungen beantragt hat, auch in epidemiologischer Hinsicht;
5. Meldung der Fälle an die zuständigen Dienste, um die Fallübernahme einzuleiten.

# 3. Multidimensionale Beurteilung der Bedürfnisse

Komplexe Bedürfnisse machen eine Beurteilung notwendig, bei der verschiedene Aspekte berücksichtigt werden: die psychophysische Situation der Person insbesondere im Hinblick auf die funktionale Selbständigkeit, die Lebens- und Beziehungsumstände und die Einkommenslage; all dies macht einen multidimensionalen Ansatz erforderlich. Die multidimensionale Beurteilung (VMD) kann daher als ein globaler, dynamischer und interdisziplinärer Prozess bezeichnet werden, der die Art und den Umfang der psychophysischen, funktionalen und beziehungs-/umgebungsmäßigen Probleme einer Person bestimmt und beschreibt. Vorrangiger Zweck der multidimensionalen Beurteilung ist die Feststellung des Gesundheitszustands einer Person, des Grads der Selbständigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit, die zur Verfügung stehenden eigenen und familiären Ressourcen, sowie die wirtschaftlichen Umstände, die im Falle einer mangelnden Selbstversorgungsfähigkeit die Beibehaltung des Lebensumfeldes beeinträchtigen können. Basierend auf der VMD wird der Individuelle Hilfeplan (PAI) ausgearbeitet. Für die VMD ist die Verwendung von Beurteilungskriterien und –skalen notwendig, die eine genaue Analyse der funktionalen Fähigkeiten und Bedürfnisse der älteren/behinderten Menschen auf biologischer, kognitiver, sozialer und funktionaler Ebene ermöglichen.

Die multidimensionale Beurteilung erfolgt durch ein gemischtes Team aus medizinischem und sozialem Fachpersonal, das normalerweise aus folgenden Personen besteht: Facharzt für die „Labilität“, Allgemeinarzt, Krankenpfleger, Rehabilitationstherapeut und Sozialbetreuer, der die zu beurteilende Person betreut. Um objektive Beurteilungen der verschiedenen Profile einer Person zu ermöglichen und angemessene Betreuungspläne auszuarbeiten, legen die italienischen Regionen verschiedene Skalen zugrunde. Die meistgeprüften Skalen, die auch auf internationalen Vorgaben basieren, sind folgende:

- ▶ Protokoll SVAMA (Protokoll für die multidimensionale Beurteilung von erwachsenen und älteren Menschen), das unter der Bezeichnung SVAMDI auch für den Bereich der Behinderungen gilt, mit dem alle Lebensumstände der betroffenen Person analysiert werden. Es besteht aus vier Abschnitten, in denen der Gesundheitszustand, der Grad der Selbstversorgungsfähigkeit, die sozialen Beziehungen und die Einkommenslage beurteilt werden, und bietet dem Betreuungspersonal einen allgemeinen und umfassenden Bezugsrahmen für die Beurteilung der „qualitativen Lebenssituation“ der Person, die eine medizinische, sozialmedizinische oder soziale Betreuung beantragt;
- ▶ Protokoll AGED Plus (Assessment of Geriatric Disability), abgeleitet vom französischen System AGIR, das eine analoge Beurteilung wie SVAMA ermöglicht, allerdings vereinfacht und schneller. Es analysiert 27 Funktionen und liefert neben dem Grad der Erkrankung/Selbstversorgungsfähigkeit der Person auch pro Tag die notwendigen Zeiten für die medizinische Versorgung, die Krankenpflege und die Betreuung;
- ▶ System RUG (Resource Utilisation Groups), das im englischen Krankenhausbereich entwickelt wurde und eine Klassifizierung der „medizinisch-sozialen Profile“ beinhaltet, auf deren Basis der Hilfeplan erstellt wird;
- ▶ Core set/ICF-Protokolle (International Classification of Functioning, Disability and Health): hierbei handelt es sich um Codelisten, die auf Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit erarbeitet werden. Dabei werden unter Funktionsfähigkeit die individuellen Fähigkeiten, die Beziehungen und das Lebensumfeld verstanden, die den Gesundheitszustand/Selbständigkeitsgrad einer Person beschreiben. Dieses System wird in Italien hauptsächlich im Bereich der Behinderungen angewandt. Derzeit sind jedoch diverse Versuchsprojekte im Gang, die nicht nur die sozialmedizinischen Dienste betreffen, sondern auch die Eingliederung in eine Ausbildung und einen Beruf.

Bei den zitierten Beispielen handelt es sich um die meistverwendeten Kriterien/Skalen. In einigen Regionen werden auch Kriterien angewandt, die eher auf lokaler Ebene gelten, aber ebenfalls auf die Beurteilung der Gesundheit/Selbständigkeit/persönlichen und Umgebungsressourcen ausgerichtet sind.

# 4. Individueller Hilfeplan

Der Individuelle Hilfeplan, auch kurz als PAI bezeichnet, ist ein systemisches Arbeitsprogramm, das von einem interdisziplinären Team auf Basis der multidimensionalen Beurteilung erstellt wird. Anhand der Analyse der Bedürfnisse der die Betreuung beantragenden Person werden erreichbare Ziele festgelegt, sowie die medizinischen, sozialmedizinischen und sozialen Leistungen, mit denen sie verfolgt werden sollen. Dabei ist auch eine Beurteilung „in itinere“ und „ex post“ vorgesehen, um die erreichten Ergebnisse zu bewerten und die erbrachten Dienste gegebenenfalls anzupassen. Dank des PAI können die Angemessenheit und Wirksamkeit der geplanten Dienste, sowie die entsprechenden Kosten beurteilt werden.

Der PAI muss - auch aus Gründen einer gemeinsamen Übernahme der Verantwortung - sowohl vom Nutzer (je nach dessen psychophysischen Fähigkeiten) bzw. einem Familienangehörigen (Caregiver), als auch von der für den Plan verantwortlichen Person (auch Case Manager genannt) unterschrieben werden. Während der Umsetzung des PAI wird die Entwicklung des Falls kontinuierlich geprüft, vor allem muss jedoch nach Abschluss des Programms eine Beurteilung der Wirksamkeit und Kosten vorgenommen werden. In vielen regionalen Systemen (z.B. in Bezug auf die „Regionalen Pflegefonds“) dient der PAI zur Festlegung der „Betreuungsvereinbarung“ mit der Familie in Bezug auf Leistungen und Geldmittel für die Betreuung der Pflegebedürftigen.

Außerdem eignet sich der Individuelle Hilfeplan auch hervorragend für die Analyse der Angemessenheit und Wirksamkeit der Betreuungsmaßnahmen, sowie der Modalitäten für die Betreuungskontinuität der betroffenen Person und damit auch des systemisch-strategischen Organisationsgrads der sozialmedizinischen Tätigkeiten und ihrer Wirksamkeit in multidisziplinärer Hinsicht.

# 5. Betreuungskontinuität

Alle Menschen mit komplexen sozialmedizinischen Bedürfnissen brauchen ein Betreuungsmodell, dessen Ziel die „Fallübernahme und Pflegekontinuität“ ist.

Mit der Fallübernahme beginnen die medizinischen, sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsphasen (häusliche Pflege, teilstationäre und stationäre Dienste), die nicht „summiert“, sondern miteinander ergänzt werden und damit einen einheitlichen Antwortrahmen auf die Bedürfnisse bilden, der bis zur Genesung oder Stabilisierung des Gesundheitszustands bzw. der Eingliederung kontinuierlich fortgesetzt und integriert wird. Die Dienste müssen/können von Fachkräften durchgeführt werden, die sowohl in Bezug auf ihre Ausbildung, als auch Zugehörigkeit aus unterschiedlichen Richtungen kommen (Allgemeinmedizin, Fachmedizin, Krankenhausaufenthalte, Sozialbetreuung der Person/Familie), wobei die Figur des Case Managers die wichtigste Rolle spielt. Die Pflegekontinuität muss vor allem während des Übergangs zwischen verschiedenen Betreuungsphasen überwacht werden. Ein besonders schwieriger Moment für die Betreuungskontinuität und labile Personen ist die „geschützte“ Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause oder in eine stationäre Unterbringung. Vor allem bei der Entlassung nach Hause muss die Kontinuität der therapeutischen Behandlung garantiert werden, um die erzielten Ergebnisse nicht zu beeinträchtigen. Die Betreuungskontinuität sollte vom Fachpersonal als systemischer Ansatz gegenüber labilen Menschen gesehen werden, um die Personen bei der Orientierung zwischen den verschiedenen Dienstbereichen zu unterstützen.

## **Eine Garantie der Betreuungskontinuität ist im medizinischen, krankenflegerischen und sozialen Bereich vor allem notwendig bei:**

- ▶ Personen, die eine akute Krisenphase hinter sich haben und bei denen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ohne therapeutische Kontinuität und angemessene Betreuung eine hohe Gefahr von Rückfällen und erneuten Krankenhauseinweisungen besteht;
- ▶ chronisch kranken Personen, auch mit stabilisiertem Gesundheitszustand, die zu Hause wohnen (bzw. in Einrichtungen mit geringer medizinischer Pflege) und bei denen bei unzureichender Betreuung die Gefahr einer erneuten Verschlechterung besteht.

Um eine integrierte Pflege der Patienten zu gewährleisten, müssen sowohl auf Verwaltungs- als auch Fachebene Organisationsmodelle implementiert werden, die durch einen koordinierten und gleichmäßigen Einsatz der Ressourcen für die Betreuungskontinuität sorgen. Von grundsätzlicher Bedeutung für die Errichtung eines derartigen Systems ist die Einführung von diagnostischen, therapeutischen und Betreuungsprozessen (PDTA), sowie von integrierten Pflegeprotokollen (PIC) für die Erstellung integrierter Betreuungspläne, auch auf Basis spezifischer Leitlinien über Chronizitäten, zur Behandlung komplexer klinischer Erkrankungen oder Probleme, die auch soziale Maßnahmen notwendig machen. Sie sind nützliche Hilfsmittel zur Beschreibung gemeinsamer Ziele und Maßnahmen durch die verschiedenen an der Fallübernahme beteiligten Personen (sowohl vor Ort, als auch in den Krankenhäusern) und dienen der Festlegung der besten und angemessensten Vorgehensweise, wobei einem prozessualen Ansatz der Vorzug gegenüber einzelnen Pflegemaßnahmen einzuräumen ist. Eine wichtige Rolle kommt den Protokollen auch in Bezug auf eine korrektere und gezieltere Verwendung der verfügbaren Ressourcen zu. Für eine konkrete Umsetzung der PDTA müssen klinische und organisatorische Indikatoren, Tätigkeitsumfänge und vorgesehene Ausgabegrenzen festgelegt werden. In Italien werden die PDTA und PIC vor allem bei chronischen Erkrankungen angewandt und sind Teil der Vertragshaftungen von Allgemeinmedizinern.

# 6. Häusliche Pflege: Häusliche Betreuung und Integrierte Häusliche Betreuung

Die Betreuungskontinuität sieht für den Patienten und die Caregiver unterschiedliche Ebenen der Unterstützung vor. In den individuellen Hilfeplänen ist die Möglichkeit der Errichtung eines auf die Person bezogenen Betreuungsnetzes zu berücksichtigen, wobei das Verbleiben im eigenen häuslichen Umfeld vorzuziehen ist. Nur wenn das Fehlen eines angemessenen Dienstenetzes trotz Unterstützung durch außerhalb der Familie stehende Kräfte (Betreuungspersonal und ehrenamtliche Mitarbeiter) „offensichtlich“ ist, kann die Option einer stationären Betreuung für alle Fälle in Betracht gezogen werden, in denen keine Integrierte Häusliche Betreuung (ADI) oder Formen der Hauskrankenpflege (SD) möglich sind. Es gibt verschiedene Grade der häuslichen Betreuung, in denen Formen der persönlichen/versorgenden Pflege vorgesehen sind. Sie bestehen aus der Unterstützung der Pflegebedürftigen und der Durchführung häuslich-familiärer Arbeiten (Hausputz, Zubereitung und Verabreichung von Mahlzeiten, Erwerb von Primärgütern, Unterstützung bei der persönlichen Hygiene, Waschen usw.) seitens der Familie, auch mit Hilfe von speziell für diesen Zweck beschäftigten Personen (Familienbetreuer als genauere Bezeichnung für „Pflegeperson (badante)“ mit einer Grundausbildung in Alten-/Behindertenpflege). Auch die Gemeinden und ihre Einrichtungen können im Rahmen ihrer Dienste (SAD) bzw. in Zusammenarbeit mit Genossenschaften oder anderen Trägern für kürzere Zeiträume die häusliche Pflege leisten. Diese Art der Betreuung ersetzt weder die Hauskrankenpflege noch die Rehabilitationsbehandlung, sondern dient der Prävention, sowie der Erhaltung oder Wiedererlangung der noch vorhandenen Fähigkeiten der betroffenen Person, um ein Verbleiben im gewohnten Zuhause und Beziehungsumfeld zu ermöglichen.

Die Integrierte Häusliche Pflege (ADI) ist eine integrierte häusliche Behandlung, bei der sowohl eine gesundheitliche Pflege (Krankenpflege, Rehabilitation und Medizin), als auch eine versorgende und häusliche Pflege vorgesehen sind, um Personen im Falle der Verschlechterung chronischer Erkrankungen oder Krankenhausentlassungen zu unterstützen. Die ADI kann als koordinierte Gesamtheit medizinischer Leistungen definiert werden, die durch häusliche Pflegedienste ergänzt werden, um die Bedürfnisse von alten und behinderten Menschen sowie von vollständig oder teilweise pflegebedürftigen Patienten mit chronisch-degenerativen Erkrankungen zu erfüllen, die eine kontinuierliche Pflege und Rehabilitation benötigen.

Die ADI wird mit dem individuellen Hilfeplan durch die multidisziplinäre Fallübernahme des Patienten unter koordinierter Mitwirkung von Allgemeinärzten, Fachärzten, Rehabilitationstherapeuten, Krankenpflegern, sowie häuslichen, sozialen und medizinischen Betreuern geleistet. Die ADI kann vom Allgemeinarzt, vom Leiter der Krankenhausabteilung vor der Entlassung, vom Sozialbetreuer oder von der Familie der pflegebedürftigen Person beantragt werden.

Es gibt je nach Intensität der medizinischen und persönlichen Betreuung (mittel bis hoch) verschiedene Formen von ADI, die je nach Schwere des Krankheitszustands täglich bzw. auch mehrmals am Tag durchgeführte Pflegebehandlungen vorsehen. Eine besondere Form der intensiven ADI sind die Behandlungen von Krebserkrankungen und terminalen Erkrankungen, die Pflegeprotokollen mit erhöhter medizinischer Intensität unterliegen.

Es sei darauf hingewiesen, dass die ADI im Falle von langsam verlaufenden, chronischen Erkrankungen vor allem in Bezug auf die versorgende und persönliche Pflege durch eine familienseitige Betreuung ergänzt werden muss.

# 7

## • Teilstationäre und stationäre Pflege

Wenn eine pflegebedürftige Person nicht im eigenen Zuhause versorgt werden kann, wird auf andere Betreuungsformen in spezifischen Pflegeheimen zurückgegriffen. Die Heimbetreuung kann auf zwei Arten erfolgen: tagsüber bzw. teilstationär und kontinuierlich bzw. stationär. Die Tagesbetreuung sieht persönliche Pflege- und Rehabilitationsleistungen (sofern notwendig), Animation und Sozialisierung, sowie Verpflegung vor. Sie ist auf ältere und behinderte Menschen zugeschnitten, bei denen eine hohe Gefahr des Verlusts der Selbständigkeit besteht bzw. die nicht mehr selbstversorgungsfähig sind, z.B. bei Formen von Demenz mit besonderem Bezug auf Alzheimerkranke. Sie ist zwischen der häuslichen Betreuung und der stationären Betreuung angesiedelt und wird im allgemeinen in einer „Tagesstätte“ geleistet. Ihre Ziele bestehen darin, die Behinderungen zu verbessern, einer Verschlechterung der Situation entgegen zu wirken und den Familienhaushalt, insbesondere die Caregiver, zu unterstützen. Diese Betreuungsform wird noch wenig genutzt, ist jedoch sehr hilfreich, um die Beziehungen zur Familie und zum Lebensumfeld nicht komplett zu unterbrechen.

Auch die stationäre Betreuung richtet sich an Personen mit eingeschränkter Selbstversorgungsfähigkeit, auch psychischer Art, die rund um die Uhr betreut werden müssen, vor allem bei einer fehlenden Unterstützung durch die Familie. Es handelt sich um eine Vollzeitbetreuung mit der Tagesbetreuung vergleichbaren Leistungen, die jedoch in Bezug auf die Pflege meist komplexer und intensiver ausfallen. Die in Italien häufigsten Einrichtungen sind die RSA (Betreuungs- und Pflegezentren), die eine gesundheitliche Pflege auf mittlerer Stufe (Medizin, Krankenpflege und Rehabilitation) bieten, integriert durch eine Betreuung auf hoher Stufe in Bezug auf Versorgung und Unterkunft. Außerdem gibt es in den Regionen weitere sozialmedizinische Einrichtungen mit unterschiedlichen Stufen der gesundheitlichen Betreuung, sowie „spezifische“ Einrichtungen für Demenzkranke, die „prothetische“ Betreuungsformen anbieten, um eine Verbesserung zu fördern und den Verlust der Selbständigkeit hinauszuzögern.

Des Weiteren bestehen kleine Einrichtungen als „Ersatz der familiären Betreuung“, d.h. mit einer vorrangig sozialen Betreuung. Sie bestehen aus Unterkünften, die als Wohngemeinschaften und/oder geschützte Seniorenwohnungen bezeichnet werden, und verfügen über kein Gesundheitspersonal, sondern nur über Personen für die versorgende Pflege und die Haushaltsführung, weshalb die medizinischen Dienste des Sprengels bzw. der Allgemeinmedizin in Anspruch genommen werden. Dem Eintritt in eine teilstationäre und stationäre Einrichtung muss eine multidimensionale Beurteilung mit Erstellung eines Individuellen Hilfeplans vorangehen, begleitend zur Aufnahme der älteren und behinderten Menschen in die Einrichtungen.

Außerdem gibt es weitere Übergangseinrichtungen der stationären Pflege, die als „Gemeinschaftskrankenhaus“ o.ä. bezeichnet werden. Diese Einrichtungen, die auch innerhalb von Krankenhäusern untergebracht sein können, bieten Pflegeleistungen in der postakuten Phase für Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen, bei denen die Gefahr einer Verschlechterung besteht. Dabei handelt es sich um Patienten, die sich nach Überwindung der akuten Krankheitsphase in einem klinisch instabilen Zustand befinden und daher weitere klinische Observation, therapeutische Kontinuität, Nursing und Rehabilitation benötigen. Normalerweise folgt die Aufnahme in die Übergangseinrichtungen auf einen Krankenhausaufenthalt, um die Betreuungskontinuität zu garantieren.

# 8 • case manager

Der Case Manager ist eine Figur, die vom multidisziplinären Team im Rahmen der VMD und der Erstellung des PAI bestimmt wird und hat die Funktion, mit dem Allgemeinarzt zusammenzuarbeiten und die Leistungen in Bezug auf den Inhalt des Individuellen Hilfeplans auszurichten und zu koordinieren. Der Case Manager kann für einen oder mehrere Fälle eine „Regierolle“ hinsichtlich der sozialmedizinischen Maßnahmen übernehmen, die innerhalb eines bestimmten örtlichen/zeitlichen Raums für die betreute Person geleistet werden.

Der Case Manager wird je nachdem, welche Dienste vorrangig sind, aus dem medizinischen oder sozialen Fachpersonal ausgewählt. Die einschlägigen Bestimmungen zur sozialmedizinischen Betreuung in Italien legen kein Profil für diese Figur fest. Nach heutigen Erfahrungen kommt diese Rolle jedoch in den meisten Fällen dem medizinischen Fachpersonal oder den Allgemeinärzten zu.

Das Case Management besteht nach der gängigen Literatur zum Thema „Fallmanagement“ aus einem Prozess, mit dem die Leistungsarten und Dienste, die zur Erfüllung der Bedürfnisse der betreuten Person beantragt wurden, geplant, koordiniert und beurteilt werden. Er dient zur Steuerung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren der Fallübernahme, sowie zur Bewertung/Verwaltung der verfügbaren (personellen und finanziellen) Ressourcen, um die Bereitstellung der am besten auf die Person abgestimmten Leistungen zu ermöglichen. In diesem Sinne dient das Case Management auch einer verbesserten Wirksamkeit und Effizienz der sozialmedizinischen Betreuung, da es vor allem auf die Koordinierung der Ressourcen abzielt, die zur Lösung der Gesundheits- und Betreuungsprobleme der pflegebedürftigen Person angewandt werden.

## **Der Case Manager leitet den gesamten Prozess von der Fallübernahme über das Monitoring bis hin zum Abschluss des PAI und ist somit:**

- ▶ die Kontaktperson zwischen dem Nutzer und Caregiver (Familienangehörige und/oder Fachpersonal);
- ▶ der Koordinator der Fachpersonalressourcen;
- ▶ der Verantwortliche für das Monitoring und die Beurteilung des PAI;
- ▶ der Verantwortliche für die Verwaltung der dem Fall zugeteilten Finanzmittel;
- ▶ der Verantwortliche für die Überprüfung der Qualität der geleisteten Dienste.

# 9. Rolle der Familie und des Caregivers

Die Familie nimmt in Bezug auf die pflegebedürftige Person eine entscheidende Rolle ein, vor allem, wenn sie eine kontinuierliche Betreuung garantieren kann, aber auch als Bezugspunkt, wenn andere Personen mit der Betreuung beauftragt werden. Mit dem Begriff Caregiver (oder Carer) wird ein Familienangehöriger bezeichnet, der ohne jegliche Vergütung eine ihm nahestehende Person (Familienangehöriger, Freund, Bekannter usw.) betreut, die aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht in der Lage ist, normale Alltagshandlungen selbständig auszuführen.

Im Rahmen einer korrekten sozialmedizinischen Betreuungskontinuität muss die grundlegende Rolle der Familie des Betreuten berücksichtigt werden, da sie auch Hauptakteur im Prozess der Fallübernahme und der Festlegung der Betreuungsmaßnahmen ist. Gerade durch die Beurteilung der Fähigkeit des Familienkreises, Betreuungsleistungen zu erbringen, können Prozesse festgelegt werden, die der konkreten Situation angemessen sind und die Auswahl verschiedener Intensitätsstufen der Betreuung ermöglichen.

Die Rolle des Caregivers muss anerkannt und als Ressource valorisiert werden, die auch das System der Betreuungskontinuität unterstützt.



# 10. Berufsbilder

An der Umsetzung der sozialmedizinischen Prozesse sind verschiedene Berufsbilder beteiligt, die zum einen aus dem Pflegebereich stammen (Krankenpfleger, Rehabilitationstherapeut, Allgemeinarzt und Fachärzte usw.), zum anderen aus dem Betreuungs-/Erziehungsbereich (Sozialbetreuer, Erzieher, Animateure, Familienbetreuer usw.). Dank der Ergänzung der verschiedenen beteiligten Fachkräfte können im Rahmen der Ausführung des PAI umfassende Antworten auf die Probleme der pflegebedürftigen Person, sowie auf Pflege-/Betreuungsbedingungen geboten werden, die die komplexen Bedürfnisse auf höchst effiziente Weise erfüllen. Sie erfordern gerade aufgrund dieser hohen Komplexität die Bereitstellung multiprofessioneller Lösungen. Das Angebot sollte Ergebnis einer koordinierten Gliederung der Leistungen sein, die auf dem Einsatz verschiedener Berufsbilder basieren, um in ihrer Gesamtheit eine Antwort auf die Bedürfnisse von Menschen zu bilden, die nicht mehr selbstversorgungsfähig oder schwer behindert sind. Die Ergänzung der verschiedenen Berufsbilder miteinander ist auch von daher vorteilhaft, als jeder Beteiligte motiviert ist, sich in einem Spezialbereich auf bestmögliche Weise einzusetzen.

## AUSBILDUNG

Die Ausbildung dient zur Optimierung der Fachkräfte und zur organisatorischen Anpassung. Ausbilden heißt auch, eine Weiterentwicklung in Bezug auf die Kenntnisse (Wissen), die Fähigkeiten (Selbstbewusstsein) und das Verhalten (Handlungswissen) herbeizuführen. Hierzu ist eine sorgfältige Analyse der jeweiligen fachbezogenen Bedürfnisse erforderlich. Die Ausbildung erstreckt sich über ein möglichst breites Feld der Betreuungspolitik und sieht eine kohärente Ergänzung mit anderen Fachbereichen vor. Sie kann auch die Funktion der qualitativen Implementierung der Ergebnisse erbrachter Dienste übernehmen und eventuellen organisatorischen Mängeln entgegen wirken. Des Weiteren erleichtert sie fachliche und verwaltungsmäßige Umstrukturierungen und ist im allgemeinen als Strategie für eine verbesserte Effizienz der Dienste anzusehen.

### Der Ausbildungsprozess ist als Einheit aus drei Ansätzen zu sehen:

- ▶ die Querausbildung in Bezug auf integrierte Prozesse (sozialmedizinisch, sozialerzieherisch usw.) und auf die Information über die auf dem Gebiet vorhandenen Dienste;
- ▶ die technische Ausbildung in Bezug auf sachliche Zuständigkeiten und Verantwortungen innerhalb der Organisation, um im Rahmen der Betreuungskontinuität möglichst effiziente und wirksame Leistungen zu garantieren;
- ▶ die interprofessionelle Ausbildung, bestehend aus dem Austausch zwischen den verschiedenen Berufsbildern und Fachkräften über die gesammelten Erfahrungen.

Für die Fachkräfte der sozialmedizinischen Dienste ist die Form des Long term learning, also einer „ständigen Ausbildung“ der beste Weg, um eine berufliche Weiterbildung und den Erfahrungsaustausch zu fördern.

## EHRENAMTLICHE TÄTIGKEIT

Die ehrenamtliche Tätigkeit ist die wichtigste Komponente der sozialen Solidarität. Sie stellt keinen Ersatz für das Fachpersonal dar, das für die Pflege- und Betreuungsleistungen zuständig ist, sondern ergänzt diese und stellt vor allem in besonders komplexen und schweren Fällen eine wertvolle Unterstützung der Sozialdienste und der Familie dar. Sie spielt eine grundsätzliche Rolle bei den Pflegeprozessen, da sie mit der Versorgung der pflegebedürftigen Personen auch Freiräume für die Familie und die Caregiver schafft. Die ehrenamtliche Komponente muss von der für den Fall verantwortlichen Person organisiert und festgelegt werden.

# 11 • Integrierte Verwaltung der Finanzmittel

Bei der globalen Fallübernahme und zur Umsetzung multidisziplinärer Maßnahmen im Falle mehrerer Erkrankungen bzw. im Rahmen eines biopsychosozialen Modells muss ein sozialmedizinisches Gesundheitsbudget vorgesehen werden. Dieses kann aus verschiedenen Finanzmitteln öffentlicher und privater Herkunft bestehen (Gesundheitswesen, Sozialwesen, Beteiligung des Nutzers an den Betreuungskosten usw.). Auf diese Weise wird gewährleistet, dass die Finanzmittel gemäß dem Individuellen Hilfeplan in einem virtuellen Ressourcenfonds gesammelt werden, der eine maximale Rationalisierung und Kontrolle der Ausgaben ermöglicht. Wenn das Ziel aus einer Ergänzung der Leistungen, d.h. einer Betreuungskontinuität besteht, können dem Antragsteller die Dienste dank des Budgets schneller und auf koordinierte Weise zur Verfügung gestellt werden.

## INFORMATIONSSYSTEM

Das Informationssystem (SI) bildet die Grundlage für die Planung und Verwaltung eines Systems von Diensten. Der zuverlässige und stets aktualisierte Informationsfluss ermöglicht eine akkurate Analyse der Pflegeprozesse, der Fallübernahme und der Patientenbetreuung. Außerdem bildet er die Grundlage für die Umsetzung von Betreuungsmodellen, die auf der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und der integrierten Steuerung der Pflege- und Betreuungsprozesse basieren. Die Verfügbarkeit epidemiologischer Daten ermöglicht außerdem eine gezielte Mittelaufteilung unter dem Gesichtspunkt der Vertretbarkeit der Kosten und trägt zur Vermeidung unangemessener Maßnahmen bei.

Das Neue Gesundheitsinformationssystem (NSIS) sowie Sozialinformationssystem (SINA – Pflegebedürftigkeit, SIMBA – Minderjährige, Kindertagesstätten und Armut) sind wichtige Hilfsmittel, um die Qualität, die Effizienz und die Angemessenheit der notwendigen Dienste zu beurteilen. Das NSIS liefert Informationen in Bezug auf die Dienste, die den Personen in verschiedenen Regionen und Betreuungsphasen zur Verfügung gestellt werden. Das NSIS enthält das Informationssystem für stationäre und teilstationäre Pflege (FAR), mit dem die bereitgestellten Leistungen in stationären und teilstationären Einrichtungen verwaltet werden, während das Informationssystem für häusliche Pflege (SIAD) über alle medizinischen und sozialmedizinischen Dienste informiert, die im häuslichen Bereich erbracht werden.

Für die Klassifizierung der pflegebedürftigen Personen hat das Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit den Regionen das Informationssystem für Pflegebedürftigkeit (SINA) <sup>1</sup> eingeführt, das Daten über das psychosoziale Profil, die Selbständigkeitsstufe und die familiäre Unterstützung liefert, auf deren Basis die notwendigen sozialen und sozialmedizinischen Leistungen festgelegt werden können.

<sup>1</sup> Um die notwendigen Informationen erhalten zu können, wird ein individueller Ordner erstellt, der einen Mindestdatensatz mit folgenden Informationen enthält: Körperstruktur und -funktionen (Behinderungen), Tätigkeiten (Einschränkungen) und Teilnahme (Reduzierungen). Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit basiert auf der Analyse fünf verschiedener Achsen: funktionale Achse (Selbständigkeit bei den Alltagshandlungen), kognitive Achse, Verhaltensachse, Gesundheitsachse (Erkrankungen, auch chronischer Art) und soziale Achse (formelle und informelle Hilfe). Aus der Kombination der Achsen Selbständigkeit/Gesundheit werden die Profile der psychophysischen Pflegebedürftigkeit der Person ermittelt und die daraus folgende Pflegeintensität festgelegt.

# 12. Monitoring und Beurteilung der Ergebnisse

Von grundlegender Bedeutung für den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen ist das Monitoring des Pflegefortschritts, der getätigten Ausgaben und des Erreichens der vorgesehenen Ziele, d.h. eine umfassende Beurteilung der Wirksamkeit. Dabei werden die Korrelation und Kohärenz mit den gesetzten Zielen überprüft, sowie die Auswirkung der Maßnahmen in Bezug auf die Verbesserung des Zustands der Personen. Der Prozess des Monitoring und der Beurteilung der Ergebnisse spielt sich auf zwei Ebenen ab:

1. Monitoring und Beurteilung der Ergebnisse der auf die betreute Person zugeschnittenen Maßnahmen, die Bewertungen „in itinere“ ermöglichen, um Veränderungen des Gesundheitszustands und des Lebensumfeldes festzustellen, sowie eventuelle Anpassungen der Maßnahmen und des vorgesehenen Budgets vorzunehmen;
2. Monitoring und Beurteilung der Ergebnisse, die sich allgemein auf die veranlassten sozialmedizinischen Maßnahmen beziehen und - wie bereits oben gesagt - auf einem sicheren, zuverlässigen und aktualisierten Informationsfluss basieren müssen, der eine Bewertung der Angemessenheit und Wirksamkeit der Ergebnisse ermöglicht und gleichzeitig auch Daten über die Tätigkeitsbereiche liefert, so dass eine rationale Verwendung der personellen und finanziellen Ressourcen erleichtert wird. Auf diese Weise können unnötige Ausgaben reduziert und die Ressourcen eventuell für angemessenere Dienste oder Prozesse bzw. im Rahmen neuer Fälle eingesetzt werden.

Das Monitoring und die Beurteilung der Ergebnisse müssen stets auf Basis von Bezugsstandards (Indikatoren) erfolgen, die im Vorfeld einvernehmlich festgelegt wurden. Das Monitoring- und Beurteilungssystem ist vor allem bei integrierten Diensten in der Lage, ein Gesamtbild der organisatorischen Leistungen in Bezug auf Wirksamkeit, Effizienz, Wirtschaftlichkeit, wahrgenommene Qualität und Angemessenheit zu liefern.

---

[www.projectaida.eu](http://www.projectaida.eu)

---

aida