

# Pflegenahversorgung in Kärnten

Ergebnisse der begleitenden Evaluation des  
Aufbaus der Pflegenahversorgung 2019 - 2021

*Endbericht*

## **EPIG GmbH**

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2  
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850

F: +43 (0)316 810 850 50

E: [office@epig.at](mailto:office@epig.at)

W: [www.epig.at](http://www.epig.at)

### ***Gendering***

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte von allen Menschen ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen. Wird in einigen Dokumenten dennoch nur die weibliche oder männliche Form verwendet, so dient dies einer größeren Verständlichkeit des Textes und soll für alle Menschen gleichermaßen gelten.

## Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
1 Executive Summary.....	7
2 Einleitung.....	10
2.1 Fragestellungen.....	10
2.2 Abgrenzung zur Community Nurse.....	11
3 Pflegenahversorgung Kärnten.....	12
3.1 Demografische Rahmenbedingungen.....	12
3.2 Zielsetzung der Pflegenahversorgung.....	12
3.3 Organisatorische Vorgehensweise.....	16
4 Methodische Vorgehensweise in der Evaluation.....	18
4.1 Quantitative Vorgehensweise.....	18
4.2 Qualitative Vorgehensweise.....	19
4.3 Social Return on Investment (SROI).....	20
4.4 Limitation.....	22
5 Ergebnisse aus den Erhebungen.....	23
5.1 Ergebnisse der Klientinnendokumentation.....	23
5.2 Ergebnisse aus Fokusgruppe und Interviews.....	26
5.3 Ergebnisse der Umfeldanalyse und Befragung der politischen Vertretung.....	28
5.4 Ergebnis der SROI.....	32
6 Handlungsfelder und Empfehlungen für Maßnahmen.....	39
7 Anhang.....	41
7.1 Fragebogen Umfeldanalyse.....	41
7.2 Fragebogen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister.....	43
8 Literaturverzeichnis.....	45

## Abkürzungsverzeichnis

GPS .....	Gesundheit-, Pflege- und Sozialservice
PGS .....	Pflegegeldstufe
PKO .....	Pflegekoordination
PNV .....	Pflegenahversorgung
SHV .....	Sozialhilfeverband
VZÄ .....	Vollzeitäquivalent

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Querschnittserhebung mittels Fragebogen über die wahrgenommene Veränderung der förderlichen Rahmenbedingungen der Pflegenahversorgung .....	28
Abbildung 2: Querschnittserhebung mittels Fragebogen über die wahrgenommenen Veränderungen der hinderlichen Rahmenbedingungen der Pflegenahversorgung .....	29
Abbildung 3: Querschnittserhebung mittels Fragebogen der wahrgenommenen Veränderungen der Rahmenbedingungen seitens der politischen Vertretung.....	31

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen Fokusgruppe Pflegenahversorgung.....	19
Tabelle 2: Inkludierte Stakeholdergruppen der SROI .....	21
Tabelle 3: Wirkungskette Personen $\geq 75$ Jahre .....	33
Tabelle 4: Wirkungskette Angehörige .....	34
Tabelle 5: Wirkungskette Pflegekoordination .....	35
Tabelle 6: Wirkungskette Ehrenamt .....	36
Tabelle 7: Wirkungskette Land Kärnten .....	37
Tabelle 8: Wirkungskette Gemeinden .....	38

## 1 Executive Summary

Die Pflegenahversorgung wurde zum Stichtag 28.10.2021 in 31 Gemeinden mit acht Pflegekoordinatorinnen und einem Pflegekoordinator im Ausmaß von 7,75 VZÄ umgesetzt und wird kontinuierlich ausgebaut<sup>1</sup>. Mit weiteren 17 Gemeinden, die das „Dorfservice“ anbieten und einer Gemeinde mit dem „Gemeindeservice“, besteht eine enge Kooperation. Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum von 11/2019 bis 10/2021 – 7.804 Klienten- und Klientinnenkontakte durchgeführt – 2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte. Beinahe der gesamte Beobachtungszeitraum war durch die Covid-19 Pandemie stark geprägt. Ständig sich ändernde geltende Maßnahmen und die Lockdowns erforderten eine rasche Anpassung und hohe Flexibilität der Arbeitsweisen der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren. Alle Ergebnisse sind daher vor diesem Hintergrund zu betrachten. Mit Stand 05/2022 wird die Pflegenahversorgung in 77 Gemeinden umgesetzt. Weitere Gemeinden stehen kurz vor der Umsetzung.

Die begleitende Evaluation der Pflegenahversorgung in Kärnten zeigt, dass durch dieses Angebot hochaltrige Menschen noch ohne bzw. mit moderaten Pflegegeldstufen erreicht werden können, die aktuell noch keine formalen Betreuungs- und Pflegeangebote nutzen. Die Sozial- und Pflegekoordination erreicht frühzeitig ältere Menschen und kann ihren Willen und ihre Bedarfe ganzheitlich erheben, um in weiterer Folge ggf. ein individuelles Arrangement an Unterstützungs- und ggf. auch Pflegeleistungen zu erstellen.

Bei etwa der Hälfte der Klientenkontakte (51 %) wurde lediglich ein Erstkontakt durchgeführt. Ebenso viele Klientinnen und Klienten haben selbst den Kontakt mit den PKO initiiert. 46,9 % der Klientinnen und Klienten gaben beim Erstkontakt an, gut in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein. Mehrheitlich sind dies nähere und entferntere Angehörige. 10,4 % gaben an, über kein soziales Netzwerk zu verfügen. Genau in diesen Fällen kann die PNV mit ihren Maßnahmen einer Vereinsamung und Isolation entgegenwirken.

Die Tätigkeiten der Pflegekoordination sind an der Schnittstelle zwischen Beratung und Unterstützung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten angesiedelt. Sie unterstützt die Tätigkeit der Gesundheits-, Pflege- und Sozialberatungsstellen im Bereich der 75+ Jährigen und überwindet somit die Grenzen des Sozial- und Gesundheitswesens. Den größten Unterstützungsbedarf haben die Klientinnen und Klienten im Bereich „Information“ (58,4 %), gefolgt von Bedarf an Unterstützung bei „administrativen Tätigkeiten“ (41,7 %) und der „Haushaltsführung“ (35,9 %). Die meisten Beratungen bei den Erstkontakten (43,3 %) fanden direkt bei der Klientin oder beim Klienten statt, gefolgt von telefonischer Beratung (37,2 %). Die Folgekontakte wurden zu 53,7 % telefonisch durchgeführt. Pandemiebedingt wurden viele persönlich geplante Kontakte schließlich telefonisch durchgeführt. Die PKO bereiten die Vielzahl der Angebote für die Klientinnen und Klienten individuell transparent auf, sodass diese eine gute nachvollziehbare Entscheidungsgrundlage haben.

Im Rahmen der qualitativen Erhebungen konnte gezeigt werden, dass sich ältere Personen bzw. Personen mit potenziellem Betreuungs- und/oder Pflegebedarf vor allem dann an Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren wenden, wenn zuvor schon bekannt war, dass es diese Einrichtung gibt bzw. sie die handelnden Personen auch bereits im Rahmen von Veranstaltungen kennengelernt haben. Viele potenziell pflege- und/oder betreuungsbedürftige Personen suchen nicht um Unterstützungsleistungen an,

---

<sup>1</sup> Stand 04/2022 bereits 73 Gemeinden

weil sie gar nicht wissen, dass es die jeweiligen Angebote gibt oder weil sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Durch die Sozial- und Pflegekoordination fühlen sich die Angehörigen entlastet und besser informiert. Sie haben mit der PKO eine zentrale Ansprechperson, die in der eigenen Gemeinde verankert und niederschwellig erreichbar ist. Auch die Klientinnen und Klienten gaben durch die Begleitung der PKO eine große Erleichterung und große Entlastung an. Alle Befragten waren mit der Begleitung sehr zufrieden und haben diese als hilfreich erlebt.

Um dem Ziel des längeren Verbleibes zu Hause näher zu kommen, bedarf es künftig noch eines Aufbaus und Ausbaus von kostengünstigen, niederschweligen Mobilitätsangeboten für die Zielgruppe sowie eines größeren Angebotes von wohnortnahen teilstationären Tagesstätten und der Forcierung der mobilen Betreuungsdienste (z.B. mehrstündige Alltagsbetreuung) sowie einer vielfältigen, regionalen Angebotspalette an zielgruppenspezifischen Freizeitangeboten. Zum Gelingen tragen hier wesentlich die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei. Daher gilt es auch ein besonderes Augenmerk auf die Förderung und Stärkung des Ehrenamtes zu werfen.

Flankierend zu diesen genannten Maßnahmen gilt es auf eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit Wert zu legen, um den Bekanntheitsgrad des Angebotes und in weiterer Folge die Inanspruchnahme zu erhöhen.

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurde in Anlehnung an eine SROI-Analyse eine umfassende Wirkungsanalyse zur Darlegung des gesellschaftlichen Mehrwerts der Pflegenahversorgung in Kärnten durchgeführt. Es zeigt sich, dass viele Stakeholdergruppen von der Umsetzung der Pflegenahversorgung profitieren, allen voran sind das die Klientinnen und Klienten, deren Angehörige, die Pflegekoordination selbst, die Ehrenamtlichen sowie das Land Kärnten und die Gemeinden. Der gesellschaftliche Mehrwert ergibt sich vor allem aus einem erhöhten Sicherheitsgefühl sowie einer besseren Informiertheit durch eine ganzheitliche Beratung der pflegebedürftigen Personen, einer Entlastung der Angehörigen und einem Arbeitsplatz für die Pflegekoordination. Die älteren Personen wissen, wer ihnen niederschwellig als Ansprechperson rund um Fragen zur Gesundheit und Pflege und zur Organisation und Koordination individueller Unterstützungs- und Pflegeleistungen zur Verfügung steht, und individuell auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe eingeht. Dazu wird auch mit Unterstützung von Ehrenamtlichen, die in ihrem Tun wiederum eine sinnstiftende Tätigkeit sehen, ein maßgeschneidertes Netzwerk aufgebaut. So wirkt die Pflegenahversorgung durch frühzeitige Identifikation des Willens der (pflegebedürftigen) Personen auch präventiv, und überwindet durch ihr Tun die Grenzen des Sozial- und Gesundheitswesens. Zudem trägt die Pflegenahversorgung zu einer Steigerung des Problembewusstseins der Bevölkerung für die Betreuung und Pflege alter Menschen bei. Das Land Kärnten, wie die teilnehmenden Gemeinden, erfüllen mit der Pflegenahversorgung ihren Versorgungsauftrag. Die Pflegenahversorgung wird seitens der politischen Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden als ein wichtiges, unabdingbares Element für die Betreuung der älteren Generation gesehen.

Im Hinblick auf die frühe Umsetzungsphase der Pflegenahversorgung in Kärnten und des kurzen Beobachtungszeitraums konnte nicht eruiert werden, in welchem Ausmaß dieses neue Angebot dazu beiträgt, dass pflegebedürftige Personen länger zu Hause verbleiben können. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Tätigkeit der Pflegekoordination zu einer vermehrten Nutzung von niederschweligen Hilfsangeboten führt, wodurch den pflegebedürftigen Personen ein längeres Verbleiben zu Hause ermöglicht wird. Dies hätte eine Entlastung der Kapazitäten der stationären Langzeitpflege zur Folge, welche die teuerste Form der Pflege darstellt. Es ist daher zu erwarten, dass die Umsetzung der Pflegenahversorgung auch einen kostendämpfenden Effekt für die öffentliche Hand hinsichtlich der Kosten für Pflege



und Betreuung in Kärnten mit sich bringt. Eine Quantifizierung und Monetarisierung der ökonomischen und sozialen Wirkungen der Pflegenahversorgung ist jedoch erst nach vollständiger Implementierung und Etablierung des Versorgungsangebotes im Land Kärnten möglich.

## 2 Einleitung

Das Land Kärnten hat mit dem Beschluss des Bedarfs- und Entwicklungsplans Pflege 2030 eine Anpassung der pflegerischen Angebote eingeläutet. Niederschwellige und gemeindenahere Angebote sollen dabei forciert und vor allem solche mit präventivem und vernetzendem Charakter gestärkt werden. Dem Land Kärnten ist es ein wichtiges Anliegen, die informelle Pflege bestmöglich zu unterstützen. Gemäß den Analysen, die im Zuge der Erstellung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für Pflege durchgeführt wurden, wurden in Kärnten im Jahr 2017 rund 80 % der unterstützungs- und pflegebedürftigen Personen informell zu Hause betreut und gepflegt.<sup>2</sup>

Mit zunehmendem Alter werden die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen immer komplexer. Sie reichen in allen Abstufungen und Kombinationen von der Unterstützung bei einfachen Tätigkeiten im Haushalt über die Aufrechterhaltung der Pflege sozialer Kontakte und die Sicherstellung der Mobilität bis hin zu umfangreicher Gesundheits- und Krankenpflege. Und dennoch ist es der Wunsch vieler älterer Menschen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben (ÖPIA 2018). Viele bestehende Angebote sind aber fragmentiert, heterogen organisiert und nicht immer leicht zugänglich. Auch wenn die meisten älteren Menschen eine klare Vorstellung davon haben, wie sie leben wollen, erschweren diese Heterogenität und die Angebotsvielfalt oft die selbstständige Organisation von geeigneten Unterstützungsleistungen und somit einen auf die Bedarfe und Bedürfnisse gut abgestimmten Betreuungsprozess. Darüber hinaus besteht ein ungedeckter Informations- und Beratungsbedarf. Die Folgen davon sind stark belastete Angehörige, verspätete Inanspruchnahme notwendiger Unterstützung, Unter- und in der Folge dann auch Überversorgung. Es braucht ein Arrangement vielschichtiger Leistungen, die präventiv, aufsuchend, informierend, koordinierend und organisierend wirken und darüber hinaus mit dem Willen und den Zielen des einzelnen Menschen übereinstimmen. Vor diesem Hintergrund hat sich das Konzept der Pflegenahversorgung entwickelt. Mit Start im Oktober 2019 erfolgte die pilothafte Umsetzung des Konzeptes in einzelnen Gemeinden Kärntens.

Die EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit – hatte im Rahmen der Erstellung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für Pflege - Kärnten 2030 die Grundlagen für dieses Versorgungsmodell erarbeitet und wurde nun von Seiten des Landes Kärnten damit beauftragt, die begleitende Evaluation dieser Pilotphase für die Pflegenahversorgung im Zeitraum von 11/2019 – 10/2021 durchzuführen.

### 2.1 Fragestellungen

Im Rahmen der begleitenden Evaluation der Pflegenahversorgung sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Bleiben Menschen aufgrund der Betreuung durch die Pflegekoordination länger in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld?

---

<sup>2</sup> EPIG GmbH (2018): Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege - Kärnten 2030

- Welche ökonomischen Auswirkungen sind durch die veränderte Betreuungslage zu erwarten?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen die Umsetzung der Pflegenahversorgung?
- Was kann man aus dem Pilotprojekt für die weitere Umsetzung lernen?

## 2.2 Abgrenzung zur Community Nurse

International gibt es keine allgemeingültige Definition von „Community (Health) Nursing“ und auch die konkreten Aufgaben sind nicht einheitlich beschrieben. Oft wird der Begriff mit „Public Health Nursing“ gleichgesetzt. Bei „Community Nursing“ handelt sich um die Pflege, die zu Hause, in der gewohnten Umgebung, stattfindet. In Österreich wird diese Leistung derzeit von den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten übernommen. „Community Health Nursing“ fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung durch die Kombination von Kenntnissen aus den Bereichen Krankenpflege, Soziales und Public Health (WHO 2017). Die dafür zuständige „Community Nurse“ ist idealerweise Teil der primärversorgenden Struktur und arbeitet eng mit der Allgemeinmedizin, nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten sowie psychosozialen Dienstleisterinnen und Dienstleistern zusammen. Sie nimmt dabei vorwiegend eine koordinierende und beratende Rolle ein und erstellt in weiterer Folge öffentliche Gesundheitsprogramme. Dabei arbeitet sie auch mit den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten, weiteren Gesundheits- und Sozialdiensteanbietern und der Gemeinde zusammen. Während sich die Pflegekoordination im Sinne des Konzeptes der Pflegenahversorgung vorwiegend um organisatorische und koordinative Aspekte vor allem im Sinne von sozialen Fragen kümmert und dabei den präventiven Charakter in den Vordergrund stellt, liegt der Schwerpunkt der Community (Health) Nurse in der Identifikation unbedeckter pflegerischer und medizinischer Bedarfe über klinische Assessments. Dadurch werden Personen mit (noch) nicht offensichtlichen Gesundheitsrisiken identifiziert.

Die Pflegenahversorgung berücksichtigt die Elemente des aktuellen Konzeptes des Community Nursing des Bundes<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Gesundheit Österreich GmbH (2021): Aufgaben und Rollenprofil Community Nurse, [https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil\\_CN.pdf](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf) (abgerufen am 11.01.2022)

## 3 Pflegenahversorgung Kärnten

### 3.1 Demografische Rahmenbedingungen

Die Bevölkerungsentwicklung in Kärnten zeigt, dass bei einem leichten Bevölkerungsrückgang der Anteil der Personen ab 75 Jahren von aktuell 10,9 % bis 2030 auf 13 % steigen wird. Absolut gesehen sind das 11 193 Menschen mehr in dieser Altersgruppe (Statistik Austria Bevölkerungsprognose). Mit dem fortschreitenden demografischen Wandel geht auch eine massive Zunahme der Hochaltrigen (85-Jährig und älter) einher. Die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher wird zunehmen, wohingegen durch die höhere Erwerbsquote der Frauen, das höhere Pensionsantrittsalter und durch den Wandel der Familienstrukturen ein Rückgang der informellen Pflegeleistungen erwartet wird. Neben diesen Entwicklungen zeichnet sich auch eine sinkende Verfügbarkeit an Nachwuchs beim Pflegepersonal ab, die sich aus der demografischen Entwicklung ergibt. Ausgehend von einer konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Erwerbsbeteiligung zeichnet die Erwerbspersonenprognose für 2030 einen Rückgang um 3,6 %, der sich bis 2050 sogar auf 5,4 % erhöht (Statistik Austria Erwerbspersonenprognose 2020).

### 3.2 Zielsetzung der Pflegenahversorgung

Vor diesem Hintergrund wurde das abgestufte, niederschwellige und wohnortnahe Versorgungsmodell der Pflegenahversorgung<sup>4</sup> skizziert. Das Modell soll den im Bedarfs- und Entwicklungsplan verschriftlichten intendierten Richtungswechsel in der Versorgung hin zu niederschweligen Angeboten, die die wohnortnahe und individuelle Versorgung in den Vordergrund stellen, unterstützen. Es besteht aus folgenden Elementen:

- Konzept von „Altern im Mittelpunkt“
- Pflegekoordination
- Stärkung des Ehrenamtes

Ziel ist es, durch den Auf- und Ausbau von flächendeckenden Versorgungsstrukturen und einer niederschweligen aufsuchenden Betreuung der älteren Bürgerinnen und Bürger das eigenständige und selbstbestimmte Wohnen, auch bei zunehmender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit, möglichst lange zu ermöglichen und betreuende wie pflegende An- bzw. Zugehörige zu entlasten. Zudem soll die interkommunale und soziale Interaktion insbesondere der älteren Bürgerinnen und Bürger gestärkt werden. Im Idealfall kommt es durch das neustrukturierte Versorgungsangebot zu einer frühzeitigen, sogar präventiven, Unterstützung der älteren Menschen gemäß ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfe. Dies alles vor dem Hintergrund, dass die eigenen Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden und die Selbstbestimmtheit gewahrt wird. Durch diese frühzeitige Wahrnehmung der Bedarfsentwicklung kön-

---

<sup>4</sup> EPIG GmbH (2018): Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege - Kärnten 2030

nen unter Umständen Wartezeiten auf verfügbare Betreuungs- und Pflegeangebote reduziert, bestenfalls vermieden werden. Zudem können durch bessere Vernetzung der einzelnen Betreuungs- und Pflegeangebote synergetischer Effekte hinsichtlich Betreuungs- und Pflegekräfte und Infrastruktur genutzt werden.

Letztlich soll es gelingen, Gemeinden als zentralen Versorger ihrer Bürgerinnen und Bürger zu positionieren und die Möglichkeit zu geben diese Rolle auch wahrzunehmen.

Nach einem positiven Beschluss der Landesregierung im Jänner 2019 wurde mit dem Aufbau der Pflegenahversorgung in Kärnten begonnen. Mit Oktober 2019 erfolgte der Beginn der Umsetzung der Pflegenahversorgung in allen sieben Gemeinden des Bezirks Hermagor. Im Dezember 2020 kamen die Gemeinden Brückl, Eberstein, Kappel am Krappfeld, Guttaring, Hüttenberg und Klein St. Paul im Bezirk St. Veit/Glan und Magdalensberg im Bezirk Klagenfurt-Land dazu. Es folgten mit Jänner 2020 die Gemeinden Ebenthal und Ludmannsdorf sowie Krumpendorf, Pörschach und Techelsberg im Bezirk Klagenfurt-Land. Ab März 2020 kamen die Gemeinden Gnesau und Reichenau (Bezirk Feldkirchen) und Bad Kleinkirchheim (Bezirk Spittal/Drau) hinzu. Im Juni 2020 schließlich Velden am Wörthersee (Bezirk Villach-Land), im August 2020 Althofen (Bezirk St. Veit/Glan). Ab September 2020 gab es das Angebot der Pflegenahversorgung auch in Maria Saal (Bezirk Klagenfurt-Land) und ab Dezember 2020 in Ferndorf, Paternion, Stockenboi und Weißenstein im Bezirk Villach-Land sowie in St. Andrä und St. Paul im Lavanttal (Bezirk Wolfsberg). Mit bestehenden Initiativen, wie dem Dorfservice, wurden Kooperationen intensiviert. Der Aufbau des Ehrenamtes begann mit September 2020.

Das Angebot der Pflegenahversorgung richtet sich an ältere Bürgerinnen und Bürger (75+) und deren betreuende sowie pflegende Angehörige. Für ca. 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner wird in etwa ein Vollzeitäquivalent Pflegekoordination empfohlen.

### 3.2.1 Konzept von „Altern im Mittelpunkt“ AiM

Die Einrichtung des AiM vereint im Idealfall mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege alle Versorgungsangebote für ältere und betreuungs- und/oder pflegebedürftige Personen unter einem Dach und bietet abgestufte Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten an. Die Angebote greifen so ineinander, dass es den Menschen möglich ist, auch bei sich ändernden Bedarfen dennoch in der Versorgungsstruktur zu verbleiben. Kernelement ist die unmittelbare Verankerung der Funktion der Pflegekoordination in der Gemeinde bzw. Region.

Welche weiteren Betreuungs- und Versorgungsangebote in den jeweiligen Einrichtungen angeboten werden ist von Standort zu Standort unterschiedlich und kann flexible an die Bedarfslagen des jeweiligen Einzugsgebietes angepasst werden. Obligatorisch sind jedenfalls eine teilstationäre Tagesbetreuung, ein Hol- und Bringdienst, betreubare Wohnformen mit einem Alltagsmanagement. Das Alltagsmanagement ist die erste Ansprechperson für die Bewohnerinnen und Bewohner der betreubaren Wohnformen. Sie unterstützt bei Wohnungsangelegenheiten und bietet aktivierende Angebote an.

Jedenfalls sinnvoll ist die Verankerung eines mobilen Betreuungs- und Pflegedienstes am Standort des AiM. Weiters kann das Angebot durch eine Gemeinschaftsküche, in der sowohl für die Klientinnen und Klienten des Tageszentrums als auch für Interessierte zu Hause oder der betreubaren Wohnformen gekocht wird.

Die Einrichtung des AiM sollte im Zentrum der Gemeinde bzw. Region stehen und in bestehende Infrastruktur, wie Einkaufsmöglichkeiten, Kirche, Vereinslokale oder Gesundheitseinrichtungen integriert sein.

### 3.2.2 Pflegekoordinatorin/ Pflegekoordinator

Die Aufgabe der Pflegekoordination auf Bürgerinnenebene ist aufsuchend-nachgehend. Sie sind zum einen in ihren Büros in den Gemeinden tätig und fahren aber auch direkt zu den Klientinnen und Klienten nach Hause, um vor Ort Beratungen durchzuführen. Sie trägt dafür Sorge, dass jede Bürgerin und jeder Bürger mit Unterstützungs- und Pflegebedarfen zeitgerecht jenes Angebot erhält, das sie oder er benötigt.

Zu Beginn ihrer Tätigkeit erfolgt eine Einschulungsphase im Amt der Kärntner Landesregierung. Die Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren erhalten Einblick in 14 Fachbereiche und Information zu kärntenweiten Projekten und Initiativen sowie zu Angeboten auf Bundes-, Landes und Bezirksebene.

Das Tätigkeitsprofil der Pflegekoordinatorin umfasst u. a.

- Durchführung präventiver Hausbesuche inkl. Bedarfserhebung
- Information zu
  - Angeboten der Gesundheitsförderung (z.B. Gesunde Gemeinden)
  - Versorgungs- und Entlastungsangeboten bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (u.a. Koordination nach Krankenhaus-Aufenthalten, Hilfestellung/Organisation bei Pflegeheimaufnahme)
- Koordination von Betreuungs- und Pflegeleistungen
- Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten
- Organisation präventiver Angebote
- Kooperation und Koordination mit Gesundheits- und Sozialdiensteanbietern der Gemeinde bzw. Region
- Aufbau und Koordination ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Zwecke der Vermeidung von Isolation, der Durchführung von Einkaufsfahrten, Hol- und Bringdiensten
- Rückmeldung über Bedarfe an die Abteilung 5 Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung und Informationsbereitstellung für eine effiziente Versorgungsplanung
- Erhebung aller sozialen und versorgungsrelevanten Dienste in der Gemeinde bzw. in der Region zur Eruierung von Good Practice Beispielen und ggf. von Versorgungslücken (Pflegelandkarte)
- Die Zusammenarbeit mit den Gemeindeverantwortlichen und den GPS auf Bezirksebene sowie dem Land Kärnten

Neben regelmäßigen Teambesprechungen absolvieren die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren auch eine Reihe an Schulungen. Dazu zählen Schulungen zu Themen des Erwachsenenschutzrechtes, zum Pflegegeld, zum Umgang mit Menschen mit Demenz oder zur Sturzprophylaxe.

Die Abteilung 5 - Gesundheit und Pflege, des Amtes der Kärntner Landesregierung übernimmt die Steuerung und Lenkung der Pflegenahversorgung.

An den Bezirkshauptmannschaften geben die GPS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter Auskünfte über Angebote im Gesundheits-, Pflege-, und Sozialbereich sowohl auf Bürgerinnen- und Bürgerebene als auch auf Gemeindeebene. Für die Abteilung 5 Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung, Unterabteilung Pflegewesen, führen sie die Indikationserhebungen im Casemanagement durch. Der Aufgabenbereich des GPS beinhaltet die Bereiche psychosoziale Versorgung, Versorgung nach dem Kärntner Chancengleichheitsgesetz, dem Kärntner Sozialhilfegesetz und dem Kärntner Mindestsicherungsgesetz<sup>5</sup>.

Zwischen dem GPS und den Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren besteht hinsichtlich der Servicierung der älteren Bevölkerung (75+) eine Kooperation. Das GPS erhält durch die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren Unterstützung in der niederschweligen Versorgung. Gefährdungsfälle sind jedoch nach wie vor ausschließlich über das GPS abzuwickeln.

### 3.2.3 Ehrenamt

Eine wesentliche Stütze in der niederschweligen Servicierung und Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist ehrenamtliches Engagement.

Das Tätigkeitsprofil der Pflegekoordination umfasst daher die Initiierung eines ehrenamtlichen Besuchsdiensts. Bestenfalls kann mit einem bestehenden Ehrenamtsverein kooperiert werden. Wenn das nicht möglich ist, wird gemeinsam mit der umsetzenden Gemeinde und dem Land Kärnten eine Gruppe von Ehrenamtlichen aufgebaut. Die Gemeinde entwickelt sich so immer mehr zu einer „Caring Community“. Die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren fungieren als Ansprechperson der Ehrenamtlichen. Sie leiten deren Tätigkeit im Ehrenamt an. Für die Ehrenamtlichen wurde eine Basisschulung erarbeitet. Diese vermittelt Grundkompetenzen zu Erste Hilfe Maßnahmen, Aktivierung, Umgang mit an Demenz erkrankten Personen oder Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung. In regelmäßigen Abständen wird darüber hinaus Supervision angeboten. Zu den ehrenamtlichen Tätigkeiten gehören:

- Unterstützung bei Behördenwegen, Einkäufen, Arztbesuchen etc.
- Begleitung bei Krankenhaus-, Pflegeheim- oder Friedhofsbesuchen etc.
- Fahrtendienste
- Aktivierung wie Karten spielen, Gespräche, singen, Spazieren gehen etc.

Das Land Kärnten erarbeitete im Laufe des Pilotprojektes einige organisatorische Rahmenbedingungen für die Ausübung des Ehrenamtes. Die Ehrenamtlichen sind verpflichtet dem Land Kärnten ein Stammdatenblatt zu übermitteln sowie ein Tätigkeitsprotokoll zu führen und erhalten einen Ehrenamtsausweis für die Gemeinde, in der sie tätig sind. Die Absicherung der ehrenamtlichen Tätigkeit erfolgt

---

<sup>5</sup> Das Mindestsicherungsgesetz wird im Jahr 2022 durch das K-PBG (Pflege- und Betreuungsgesetz) abgelöst

seitens des Landes durch eine Gruppen-Unfall- und Haftpflichtversicherung. Für Fahrtendienste erhalten die Ehrenamtlichen das amtliche Kilometergeld refundiert. Der Aufbau des Ehrenamts wurde wissenschaftlich begleitet.<sup>6</sup>

### 3.3 Organisatorische Vorgehensweise

Bei der Umsetzung der Pflegenahversorgung wurde folgendermaßen vorgegangen.

- Information der Bezirkshauptleute, der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, der Sozialhilfeverbände, div. Gremien
- Herantreten von interessierten Gemeinden an das Land Kärnten
- Umsetzungsgespräch mit Gemeinden
- Positive Beschlussfassung in der Gemeinde zur Umsetzung der Pflegenahversorgung
- Positive Beschlussfassung des jeweiligen SHV (ggf. Regionalverein) zur Anstellungsträgerschaft
- Stellenausschreibung durch SHV und/oder die Gemeinden
- Hearing durch die Bürgermeisterinnen/Bürgermeister der umsetzenden Gemeinden
- Begründung des Anstellungsverhältnisses beim SHV (Bereitstellung der Vorlage des Dienstvertrages. Die Prüfung und die Ermittlung des Vorrückungssichttages wird vom Gemeindeservicezentrum durchgeführt.)
- Begründung des Anstellungsverhältnisses. Kontrolle der Tätigkeit und der Dienstzeit erfolgt über die Projektleitung des Landes Kärnten.
- Einschulung der Pflegekoordinatorin bzw. des Pflegekoordinators im Verwaltungszentrum des Landes Kärnten (ca. 4 Tage)
- Praxistage am GPS (ca. 5 Tage)
- Vernetzung mit GPS und Gemeindeverantwortlichen sowie sämtlichen Dienstleistern im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich (mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Apotheken etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit und Vorstellung der Pflegekoordination in den Gemeinden
  - Veranstaltungen – Fest, Gesundheitstag etc.
  - Mitteilung in der Gemeindezeitung
  - Information auf der Gemeindehomepage und auf der Homepage des Landes Kärnten
  - Pflegeatlas
- Qualitätssicherung
  - Monatliche Teambesprechung Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren mit Projektleitung + Fachschulung

---

<sup>6</sup> Lasser, E. (2021): Das Ehrenamt im Kontext der Pflegenahversorgung in Kärnten



- Vernetzungstreffen Pflegekoordination mit GPS und Projektleitung GPS/PNV 1 bis 2x/p.a.
- Vernetzungstreffen Pflegekoordination mit Gemeindeverantwortlichen und Projektleitung regelmäßig nach Bedarf
- Dokumentation der Tätigkeit durch die Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren
- Berichtswesen: Anonymisierte Datenaufbereitung für die Gemeinden, Ergebnisse auf Wunsch halbjährlich

Der Sozialhilfeverband, der die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren anstellt, verpflichtet sich, dass die Kosten nur jenen Gemeinden in Rechnung gestellt werden, welche die Pflegekoordination implementiert haben. Eine Anstellung direkt bei den Gemeinden vorzunehmen, ist nicht möglich, da der Stellenplan der Gemeinden strikt einzuhalten ist.<sup>7</sup>

Da das Wirkungsfeld der Pflegekoordination in den Gemeinden ist, empfiehlt es sich die Pflegekoordinatorinnen bzw. Pflegekoordinatoren auch direkt in den Gemeinden zu verorten.

---

<sup>7</sup> LGBl. Nr. 87/2018 i.d.g.F. Kärntner Gemeinde-Beschäftigungsrahmenplan-Verordnung

## 4 Methodische Vorgehensweise in der Evaluation

Im Rahmen der begleitenden Evaluierung des Konzeptes der Pflegenahversorgung in Kärnten wurden quantitative und qualitative Methoden angewandt, um ein Bild aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu erzielen, um letztlich ein umfassendes Gesamtbild zu erhalten.

### 4.1 Quantitative Vorgehensweise

Die quantitative Datenerhebung erfolgte mittels einer von der EPIG GmbH entwickelten Dokumentation, welche elektronisch via Tablet von der Pflegekoordination für jeden einzelnen Fall gesondert ausgefüllt wird. Dabei erhält jede Klientin/ jeder Klient eine eigene ID. Somit konnten innerhalb der Dokumentationen mehrere Kontakte mit ein und derselben Person zu Fällen zusammengeführt werden. Die Daten der Klientinnendokumentation wurden mit Hilfe von deskriptiven statistischen Verfahren (z.B. Histogramme) ausgewertet. Für die Evaluation wurden alle Fälle pseudonymisiert verarbeitet. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Fehlende Angaben bei einem telefonischen Erstkontakt wurden durch die Angaben beim ersten Folgekontakt ergänzt.
- Der Berechnung von Prozentwerten wurden die folgenden Kontaktzahlen zugrunde gelegt: N=2.567 Erstkontakte, N=5.237 Folgekontakte.
- Bei Multiple-Choice Fragen (z.B. „Welche/n Bedarf/e weist die Klientin/der Klient auf?“) wurden die einzelnen Antwortkategorien (z.B. „Medizinische Pflege“, „Unterstützung bei der Haushaltsführung“ etc.) getrennt voneinander ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt je Multiple-Choice Frage in einem Histogramm.
- Die Parameter wurden aus den Fragen der Klientendokumentation abgeleitet und umfassten unter anderem folgende Kategorien
  - Demografische Daten der Klientin/des Klienten
  - Initiierung der Kontaktaufnahme
  - Wohnverhältnisse
  - Betreuungsverhältnisse
  - Mobilität
  - Soziale Interaktion
  - Aktuelle Bedarfe
  - Gesetzte Maßnahmen und deren Dringlichkeit

Inferenzstatistische Verfahren (bei denen von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit geschlossen wird) wurden im Rahmen des Projekts nicht eingesetzt.

## 4.2 Qualitative Vorgehensweise

Ergänzend zu den quantitativen Daten wurden im Rahmen der qualitativen Erhebungen zum einen Interviews mit Klientinnen und Klienten bzw. Angehörigen und zum anderen auch eine Fokusgruppe mit den Pflegekoordinatorinnen und dem Pflegekoordinator durchgeführt. Die sieben leitfadengestützten Telefoninterviews (4 mit Angehörigen, 3 mit Klientinnen und Klienten) wurden zwischen dem 20.01.2021 und 03.02.2021 durchgeführt. Die Fokusgruppe fand am 04.02.2021 statt.

Zur Stichprobenziehung schlug jede Pflegekoordinatorin/der Pflegekoordinator vier Personen vor, die dazu in der Lage wären und auch gerne ein telefonisches Interview geben würden. Diese Personen sollten hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Betreuungsbedarfs möglichst unterschiedlich sein. Aus diesem Pool von 28 Personen wurden im Sinne eines Purposive Samplings nach maximaler Heterogenität hinsichtlich Alter, Geschlecht und Pflegebedarf (Pflegegeldstufe) acht Personen ausgewählt.

Zur Fokusgruppe wurden alle Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren (9 Personen), sowie Vertreterinnen und Vertreter der Abteilung 5 Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung eingeladen. Alle eingeladenen Personen nahmen an der Online Fokusgruppe teil. Die Auswertung erfolgte als abstrahierte Zusammenfassung der Diskussion zu den acht Fragestellungen (Tabelle 1: Fragestellungen Fokusgruppe Pflegenahversorgung, Darstellung & Bearbeitung: EPIG GmbH

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Direkt beim Klienten und bei der Klientin (Casemanagement)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche <b>Gelingensbedingungen</b> tragen dazu bei, KlientInnen erreichen zu können?</li> <li>2. Was <b>verändert die Beratung</b> für die Klientinnen und Klienten und wie wird das erreicht?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Was ist im direkten KlientInnenkontakt <b>hinderlich</b>?</li> <li>4. Welche <b>Ziele</b> können bei der Beratung schwer/<b>nicht erreicht</b> werden und warum?</li> </ol>
Rahmenbedingungen (System) (Caremanagement)	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Welche <b>Rahmenbedingungen</b> im <b>Pflege- und Betreuungssystem</b> sind unterstützend/hilfreich für die PNV?</li> <li>6. Welche <b>Rahmenbedingungen</b> in den <b>Gemeinden</b> sind unterstützend/hilfreich für die PNV?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Welche <b>Rahmenbedingungen</b> im <b>Pflege- und Betreuungssystem</b> sind herausfordernd für die PNV?</li> <li>8. Welche <b>Rahmenbedingungen</b> in den <b>Gemeinden</b> sind herausfordernd für die PNV?</li> </ol>

Tabelle 1: Fragestellungen Fokusgruppe Pflegenahversorgung, Darstellung & Bearbeitung: EPIG GmbH

Als weitere Datenquellen wurden zur Beantwortung der Fragestellungen

- eine Umfeldanalyse mit allen aktuell tätigen Pflegekoordinatorinnen/dem Pflegekoordinator (quantitative und qualitative Fragestellungen)
- eine Fragebogenerhebung mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern von Gemeinden mit Pflegenahversorgung sowie (quantitative und qualitative Fragestellungen)

- eine SROI-Analyse durchgeführt.

Die Umfeldanalyse fand mittels Fragebogen im Zeitraum 09.12.2021 - 17.01.2022 statt. Die Befragung der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister fand im selben Zeitraum statt. Die Fragebögen wurden von der Projektleitung des Landes Kärnten versandt.

Zur Einschätzung der Veränderungen seit dem Aufbau der Pflegenahversorgung wurden offene Fragen und im Rahmen der Umfeldanalyse auch Fragen mit der Antwortmöglichkeit einer sechsstufigen Likertskala von 1 (überhaupt nicht verbessert) bis 6 (sehr stark verbessert) gestellt. Die Antworten wurden deskriptiv sowie qualitativ inhaltlich durch zwei Personen ausgewertet. Die Fragestellungen orientierten sich dabei an der abstrahierten Zusammenfassung der Fokusgruppe.

Ursprünglich war eine weitere Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Gemeinden (Bürgermeisterinnen bzw. Bürgermeister, Sozialsprecherinnen bzw. -sprecher, für ältere Personen zuständige Gemeinderätinnen bzw. -räte etc.) geplant. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde methodisch davon Abstand genommen und anstatt eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

### 4.3 Social Return on Investment (SROI)

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation sollte der gesellschaftliche Mehrwert eruiert werden, der durch die Umsetzung der Pflegenahversorgung in Kärnten geschaffen wird.

Die Pflegenahversorgung ist als gemeinwohlorientiertes Projekt nicht auf die Maximierung von Renditezielen ausgerichtet, sondern auf die Erfüllung sozialer Zwecke. Gängige betriebswirtschaftliche Methoden, wie z.B. die Analyse des Return on Investment (ROI), sind nicht geeignet, um Effizienz und Effektivität des Ressourceneinsatzes für soziale Projekte zu bewerten. Zur Darlegung des gesellschaftlichen Mehrwertes der Pflegenahversorgung in Kärnten wurde daher eine *Social Return on Investment (SROI)-Analyse* in Anlehnung an Schober und Then durchgeführt (Schober und Then 2015, S. 1–22).

Die SROI-Analyse ist eine umfassende Wirkungsanalyse mit dem Ziel, ökonomische und soziale Wirkungen nach Möglichkeit in Geldeinheiten dem investierten Kapital gegenüberzustellen. Von Interesse ist dabei nicht nur der Nutzen, der sich für die Investoren ergibt, sondern insbesondere auch der Nutzen für andere Stakeholdergruppen (z.B. Angehörige, Ehrenamtliche). Das Ergebnis ist ein SROI-Wert, welcher sich aus dem Verhältnis der monetisierten Wirkungen und dem investierten Kapital ergibt. Ein SROI-Wert von 2,5 gibt beispielsweise an, dass einer Investition von € 10.000,-- ein gesellschaftlicher Gegenwert von € 25.000,-- gegenübersteht.

Voraussetzung für die Berechnung des SROI-Wertes ist die Quantifizierbarkeit der ökonomischen und sozialen Wirkungen. Diese Quantifizierbarkeit ist in dieser frühen Phase der Umsetzung der Pflegenahversorgung in Kärnten nicht ausreichend gegeben. Die quantitativen Analysen zeigen beispielsweise noch relativ starke Schwankungen in der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekoordination. Das Ehrenamt befindet sich erst seit 09/2020 im Aufbau, weshalb zum Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation keine Daten zu Kosten und Leistungsstunden zur Verfügung standen. Zudem ließ der kurze Beobachtungszeitraum keine Bewertung von mittel- und langfristigen Effekten zu. Vor diesem Hintergrund wurde von der Quantifizierung und Monetisierung der Wirkungen in der vorliegenden Evaluation Ab-

stand genommen. Der Fokus wurde auf die qualitative Erarbeitung der Wirkungsketten für die relevantesten Stakeholdergruppen gelegt, welche die Grundlage für das Wirkungsmodell der SROI-Analyse darstellen.

#### 4.3.1 Festlegung der relevanten Stakeholdergruppen

In einem ersten Schritt erfolgte die Identifikation der wichtigsten Stakeholder. Dabei wurde versucht darzulegen, welche Personen bzw. Organisationen durch die Pflegenahversorgung beeinflusst werden, oder ihrerseits Einfluss auf die Pflegenahversorgung nehmen.

Um die Wirkung der Pflegenahversorgung in ihrer Gesamtheit zu messen, sind auch jene Stakeholder zu berücksichtigen, die über die adressierte Zielgruppe hinausgehen. Hierzu wurde in interne und externe Stakeholder unterschieden. Intern bedeutet: in der Pflegenahversorgung selbst. Dazu zählen insbesondere die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren. Externe Stakeholder sind in erster Linie die Klientinnen und Klienten – im Rahmen der Pflegenahversorgung sind das die pflegebedürftigen Personen und deren Angehörige –, aber auch die Geldgeber wie das Land Kärnten und die einzelnen Gemeinden. Im Rahmen der vorliegenden SROI wurden sechs zentrale Stakeholder ausgewählt, die als Teil der Wirkungsanalyse berücksichtigt wurden. Die Gründe für die Inklusion der sechs Stakeholdergruppen sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Stakeholder	Hauptgründe für die Inklusion
(Pflegebedürftige) Person ≥ 75 Jahre	Hauptprofiteur der Pflegenahversorgung durch (frühzeitige) Beratung hinsichtlich Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen
Angehörige	Profitieren durch die Entlastung von Organisationstätigkeiten hinsichtlich individueller Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, die wiederum die Pflege (zum Teil) abnehmen
Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren	Profitieren durch ein festes Beschäftigungsverhältnis <sup>8</sup> mit geregeltem Einkommen und die Ausübung einer sinnstiftenden Tätigkeit
Ehrenamtlich Mitarbeitende	Profitieren durch die Ausübung einer sinnstiftenden Tätigkeit und das Erleben eines Gruppengefühls durch gemeinsame Besprechungen, Schulungen und Feiern.
Land Kärnten	Initiator der Pflegenahversorgung, Erfüllen des Versorgungsauftrages und des Wunsches der Bevölkerung, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben
Gemeinden	Erfüllen ihren Versorgungsauftrag und profitieren durch einen Imagegewinn, entwickeln sich zu Caring Communities; ältere Personen bleiben in der Gemeinde wohnen (= Ertragsanteile für die Gemeinde)

Tabelle 2: Inkludierte Stakeholdergruppen der SROI I

<sup>8</sup> Aktuell sind es Projektstellen, eine Überführung in die Regelfinanzierung ist geplant

Weitere identifizierte Stakeholder waren Sozialhilfeverbände, die Einrichtungen des Gesundheit-, Pflege- und Sozialservice (GPS), Einsatzorganisationen, Mobile Betreuungs- und Pflegedienste, 24-h-Betreuung, stationäre Langzeitpflege, teilstationäre Tagesbetreuung, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Akutkrankenanstalten und der Bund. Diese Stakeholdergruppen wurden aus der Analyse ausgeschlossen, weil eingeschätzt wurde, dass der ableitbare Nutzen durch die Pflegenahversorgung für sie keine entscheidende Rolle in der SROI-Analyse spielen sollte bzw. indirekt über einen der inkludierten Stakeholder abgebildet ist.

#### 4.3.2 Erstellung der Wirkungsketten (Impact Map)

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde eine Impact Map erstellt, indem für jede der sechs inkludierten Stakeholdergruppen der investierte Input dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt wurde (siehe 5.4).

Eine Wirkungskette beschreibt, welche Ressourcen die betrachtete Stakeholdergruppe in die Pflegenahversorgung investiert (Input), welche Leistungen für die Stakeholdergruppe im Rahmen der Pflegenahversorgung erbracht werden (Output) und welche Veränderungen bei der Stakeholdergruppe damit einhergehen (Wirkungen bzw. Outcome). Neben den durch die Pflegenahversorgung erzielten Wirkungen für die Stakeholdergruppe sind jene Wirkungen dargestellt, die auch ohne die Pflegenahversorgung eingetreten wären (Deadweight).

#### 4.3.3 Weitere Schritte zur Berechnung des SROI-Wertes

Zur Berechnung des SROI-Wertes müssen in weiterer Folge die identifizierten Wirkungen quantifiziert und soweit möglich und sinnvoll monetisiert werden. Für die Berechnung der Nettowirkungen ist das Deadweight von den identifizierten Wirkungen zu subtrahieren. Der SROI-Wert ergibt sich schließlich aus dem Verhältnis des monetären Wertes der aggregierten Wirkungen der einzelnen Stakeholdergruppen und dem gesamten in Geldeinheiten vorliegenden Input (Investment).

### 4.4 Limitation

Die quantitative Evaluation beruht auf den Datenerhebungen der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren mit dem vorgegebenen Dokumentationstool. Die vorherrschende Pandemie schränkte persönliche Kontakte ein und so wurden viele persönlich geplante Termine telefonisch durchgeführt. Die Erhebung insbesondere sensibler Daten war dadurch erschwert. Es wurde daher teilweise bewusst auf die Erhebung einzelner Informationen verzichtet. Das Datenmaterial auf welchem die quantitativen Analysen beruhen war demnach lückenhaft, weshalb feingliedrige Analysen nur begrenzt möglich waren. Der kurze Beobachtungszeitraum ließ keine Bewertung von mittel- und langfristigen Effekten zu.

## 5 Ergebnisse aus den Erhebungen

### 5.1 Ergebnisse der Klientinnendokumentation

Folgend werden die einzelnen Ergebnisse der Auswertungen zur Dokumentation der Pflegekoordination über die Erst- und Folgekontakte im Rahmen der Pflegenahversorgung dargestellt. Insgesamt 9 Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren im Ausmaß von 7,75 VZÄ sind mit Ende Oktober 2021 in der PNV tätig.

#### 5.1.1 Erst- und Folgekontakte (Folie 4 - 5)

Im Zeitraum von 11/2019 bis 10/2021 fanden insgesamt 7.804 Klientenkontakte mit der Pflegekoordination statt. Diese teilen sich in 2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte. Aus der Grafik ist der Zeitverlauf der Kontakte ersichtlich. Zudem kann man den Aufbau der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren in den einzelnen Gemeinden gut erkennen. Mit Oktober 2021 waren insgesamt 7,75 VZÄ als Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren tätig.

Bei etwa der Hälfte der Klientenkontakte (51 %) wurde lediglich ein Erstkontakt durchgeführt. Bei 18 % erfolgte ein Erstkontakt mit einem Folgekontakt und bei 31% erfolgte ein Erstkontakt mit zwei und mehreren Folgekontakten.

Bei einer weiterführenden Analyse der Erst- und Folgekontakte nach Altersgruppen zeigte sich, dass es nur geringe Unterschiede gibt. In der Altersgruppe 50-59 Jahre (n=60) hat man mit knapp 65 % am ehesten einen Folgekontakt, gefolgt von der Altersgruppe 60-69 Jahre (n=158) mit knapp 60 %. Beide Gruppen haben allerdings eine relativ kleine Stichprobe.

Die 70-79-Jährigen (n=769) nehmen zu etwa 40 % einen Folgekontakt in Anspruch. Bei den 80-89-Jährigen (n=1.184) beansprucht ca. jeder Zweite einen Folgekontakt. In der Altersgruppe der 90+ Jährigen (n=269) hat man mit knapp 56 % einen Folgekontakt.

#### 5.1.2 Klientinnen und Klienten (Folie 6 - 12)

Die Klientinnen und Klienten der Pflegenahversorgung sind in ihrer Charakteristik sehr homogen. 76% der Klientinnen und Klienten fielen in die Altersgruppen 70 bis 89 Jahre. Die wenigen „jungen“ Klientinnen und Klienten im Alter von 0 – 49 Jahre (1,9 %) waren meist von einem schwerwiegenden gesundheitlichen oder sozialen Ereignis betroffen. Sie bilden eher die Ausnahme. 60 % der Klientinnen und Klienten sind weiblich, knapp 40 % männlich.

Etwas mehr als ein Drittel der Klientinnen und Klienten (36 %) bezog beim Erstkontakt kein Pflegegeld. Bei 14,7 % ist die Pflegegeldstufe (PGS) nicht bekannt. Die Pflegegeldstufenverteilung der Klientinnen und Klienten der Pflegenahversorgung ähnelt der bundeslandweiten Verteilung. 29 % entfielen auf die PGS 1, 24 % auf die Stufe 2, 23 % auf die Stufe 3. Der Rest verteilt sich auf die Stufen 4-7, wobei nur 1 % die PGS 7 angaben.

Jene Klientinnen und Klienten die Folgekontakte in Anspruch nahmen sind mehrheitlich 70 Jahre und älter.

### 5.1.3 Kontaktaufnahme (Folie 12 - 13)

In etwa der Hälfte der Fälle (52,9 %) nahm die Klientin oder der Klient selbst Kontakt zur Pflegekoordination auf, seltener erfolgte die Initiierung der Kontaktaufnahme durch die Pflegekoordination selbst oder durch die Gemeinde. Die Folgekontakte wurden großteils von den Klientinnen und Klienten oder deren An- oder Zugehörigen initiiert.

Betrachtet man in der Auswertung durch wen die Initiierung der Kontaktaufnahme erfolgte so zeigt sich, dass in knapp 80% der Fälle bei denen die Initiierung der Kontaktaufnahme durch die Pflegekoordination erfolgte lediglich der Erstkontakt stattfand. Wurde die Pflegekoordination hingegen von der Klientin bzw. vom Klienten oder Angehörigen angefragt fand in 37,3 % der Fälle nur ein Erstkontakt, in 22,1 % ein Erstkontakt mit einem Folgekontakt und in 40,7 % ein Erstkontakt mit zwei oder mehr Folgekontakte statt.

### 5.1.4 Soziales Netzwerk und Wohnverhältnisse (Folie 14 – 16)

46,9 % der Klientinnen und Klienten geben beim Erstkontakt an, gut in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein. Mehrheitlich sind dies nähere und entferntere Angehörige, viel seltener zählen hierzu Besuchsdienste oder der Besuch von Tagesstätten. 10,4 % geben an, über kein soziales Netzwerk zu verfügen. 42,7 % der Klientinnen und Klienten beantworten diese Frage nicht.

Mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten (55,6 %) leben mit (Ehe-)Partnerin oder /Partner zusammen oder im Familienverband. Knapp ein Viertel (24,5 %) gibt an, alleine zu leben.

Bei 23,2 % der Klientinnen und Klienten sind die Wohnverhältnisse barrierefrei, bei weiteren 20,2 % ohne bauliche Maßnahmen adaptierbar. Bei 15,6 % der Klientinnen und Klienten sind die Wohnverhältnisse nur „mit großem Aufwand“ oder „gar nicht adaptierbar“.

Bei Beobachtung der Klientinnen und Klienten, die neben dem Erstkontakt auch einen oder mehrere Folgekontakte mit mehr als 182 Tage Abstand konsumierten, zeigt sich, dass in der Zwischenzeit Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnverhältnissen hinsichtlich Barrierefreiheit gesetzt wurden. Wurden die Wohnverhältnisse beim Erstkontakt nur bei 86 von 396 Klientinnen und Klienten (21,7 %) als barrierefrei eingestuft, erhöhte sich diese Zahl im Laufe der Folgekontakte auf 128/396 (32,3 %).

### 5.1.5 Mobilität (Folie 17– 19)

42 % Klientinnen und Klienten sind selbständig mobil und können individuelle Bedürfnisse weitestgehend selbst decken. Weitere 30,6 % sind mit Unterstützung mobil, 3,7 % geben an weitgehend immobil (bettlägerig) zu sein.

Es wurde weiters erfragt, ob die Erreichung von Nahversorgern, wie z.B. Ärztin/ Arzt, Einkaufsmöglichkeiten, Apotheke oder eines Ortes der sozialen Zusammenkunft zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zumutbar ist. Hier zeigt sich, dass das Erreichen von Nahversorgern für knapp 60 % der



Klientinnen und Klienten nicht möglich ist. Bisher wird dies durch den Einsatz von Ehrenamtlichen kompensiert. Die Erreichbarkeit der Nahversorger variiert je Bezirk, wobei die Bezirke Feldkirchen und Villach Land hier die größten Herausforderungen aufweisen.<sup>9</sup>

#### 5.1.6 Aktuelle Betreuungssituation und Bedarfe (Folie 20 – 23)

36 % der Klientinnen und Klienten gaben an aktuell „keine Betreuung“ zu haben. 41 % werden informell betreut. Wenn ein Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angegeben wurde, handelt es sich hier meistens um Bedarfe im Rahmen der Körperpflege und des An- und Auskleidens sowie in der Mobilität. Klientinnen und Klienten die Folgekontakte in Anspruch genommen haben, weisen höheren Unterstützungsbedarf im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens auf.

Bei Beobachtung der Klientinnen und Klienten, die neben dem Erstkontakt auch einen oder mehrere Folgekontakte mit mehr als 182 Tage Abstand konsumierten, zeigt sich im Laufe der Folgekontakte eine vermehrte Inanspruchnahme von Unterstützungs- bzw. Betreuungsleistungen (z.B. Mobile Dienste, Essen auf Räder, Ehrenamtliche oder Heimhilfe). Wurden, beispielsweise, mobile Dienste beim Erstkontakt nur von 75/396 Klientinnen und Klienten (18,9 %) in Anspruch genommen, erhöhte sich diese Zahl im Laufe der Folgekontakte auf 141/396 (35,6 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn auch auf niedrigerem Niveau, bei den anderen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen.

Den größten Unterstützungsbedarf haben die Klientinnen und Klienten im Bereich „Information“ (58,4 %), gefolgt von Bedarf an Unterstützung bei „administrativen Tätigkeiten“ (41,7 %) und der „Hausführung“ (35,9 %). Ebenso werden Unterstützung bei „Einkaufsfahrten“ oder „Entlastungsangeboten der informell Pflegenden“ nachgefragt. Bei den Folgekontakten ändern sich diese Verhältnisse. Der Informationsbedarf und die Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten bleiben hoch – die Hausführung, Einkaufsfahrten und die Entlastung der pflegenden Angehörigen wird stärker nachgefragt.

#### 5.1.7 Leistungen (Folie 24 – 29)

Die Leistungserbringung der Pflegekoordination kann persönlich, telefonisch oder auch per E-Mail erfolgen. Die meisten Beratungen bei den Erstkontakten (43,3 %) fanden direkt bei der Klientin oder dem Klienten statt, gefolgt von telefonischer Beratung (37,2 %). Die Folgekontakte wurden zu 53,7 % telefonisch durchgeführt. Nur selten fanden die Beratungen im Büro der Pflegekoordination statt und kaum im Rahmen von Veranstaltungen oder per E-Mail.

Etwas mehr als ein Viertel der Klientinnen und Klienten (26 %) hat in weiterer Folge keine Leistungen der Pflegenahversorgung in Anspruch genommen. 11 % nahmen eine, 16 % zwei, 14 % drei und ein Drittel vier und mehr Leistungen in Anspruch. In der Hitliste der Maßnahmen stehen Informationen zu Angeboten im Gesundheitsbereich ganz oben. Danach wird Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten, Information zu mobilen Angeboten, Organisation von Ehrenamtlichen, Organisation medizinischer Behandlungsaufnahme oder entlastenden Angeboten in Anspruch genommen. Ebenso werden Schulungen nachgefragt oder auch Beratung für Maßnahmen zum barrierefreien Wohnen.

---

<sup>9</sup> Die politischen Bezirke „Klagenfurt“, „Villach“ und „Spital an der Drau“ und „Völkermarkt“ wurden aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht ausgewertet.

Im Rahmen der Organisation von mobilen Diensten wird meist die Heimhilfe nachgefragt, gefolgt von der Hauskrankenhilfe und von mobilen Essensdiensten („Essen auf Rädern“).

Bei den ehrenamtlichen Diensten geht es vor allem um Unterstützung bei Einkaufsfahrten oder Fahrten zur Ärztin/zum Arzt und genereller Aktivierung.

#### 5.1.8 Dringlichkeit der gesetzten Maßnahmen (Folie 30 – 31)

Die Dringlichkeit der zu setzenden Maßnahmen variiert je nach Thema. Ein sofortiger Handlungsbedarf im Rahmen des Erstkontaktes bestand beim „Informationsbedarf zu Angeboten im Gesundheitsbereich“ und bei der „Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten“ sowie bei der „Organisation mobiler Dienste“. Im Rahmen der Folgekontakte blieben diese Themen bestehen und wurden durch weitere, wie z.B. „Organisation und Begleitung von Ehrenamtlichen“ oder „Organisation medizinischer Behandlungsaufnahme“ ergänzt.

## 5.2 Ergebnisse aus Fokusgruppe und Interviews

Folgend werden die Ergebnisse der einzelnen qualitativen Methoden in Kategorien zusammengefasst dargestellt.

### 5.2.1 Kontaktaufnahme

Ältere Personen bzw. Personen mit potenziellem Betreuungs- und/oder Pflegebedarf wenden sich vor allem dann an Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren, wenn zuvor schon bekannt war, dass es dieses Angebot gibt bzw. sie die handelnden Personen auch bereits im Rahmen von Veranstaltungen kennengelernt haben. Außerdem melden sich potenzielle Klientinnen und Klienten auf Empfehlung von Ärztinnen und Ärzten sowie nach persönlicher Weiterempfehlung von Bekannten und Verwandten. Manche haben vom Angebot direkt über die Gemeinde oder auch über regionale Zeitungen und den Beitrag im ORF vom 17.09.2020 erfahren.

### 5.2.2 Ausgangslage

Viele potenziell pflege- und/oder betreuungsbedürftige Personen suchen nicht um Unterstützungsleistungen an, weil sie gar nicht wissen, dass es die jeweiligen Angebote gibt oder weil sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können. So wurden von den Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren häufig Antragsstellungen in die Wege geleitet. Häufig wurde ein Antrag auf Pflegegeld oder ein Erhöhungsantrag des Pflegegeldes gestellt. Daneben wurde auch bei Anträgen zu Heizkostenzuschuss, Rezeptgebührenbefreiung oder zur Erlangung eines Behindertenausweises unterstützt.

### 5.2.3 Veränderung durch die Begleitung

Die Bedarfserhebung in den eigenen vier Wänden ermöglicht eine ganzheitliche Erfassung der Bedarfe (z.B. hinsichtlich Wohnraumadaptierungen, Unterstützung der Mobilität in der Wohnung, etc.).

Die Beratung zeigt häufig präventive Wirkung, indem sie nicht immer unmittelbar zur Organisation und Koordination von Angeboten führt, sich die Klientinnen und Klienten jedoch zu einem späteren Zeitpunkt melden, wenn Betreuungs- und/oder Pflegebedarf eingetreten ist.

Die Klientinnen und Klienten gaben durch die Begleitung eine große Erleichterung und große Entlastung an. Alle Befragten waren mit der Begleitung sehr zufrieden und haben diese als hilfreich erlebt.

Von großer Bedeutung ist auch die Netzworkebildung: Rund um die Klientinnen und Klienten wird ein Betreuungsnetz aufgebaut, das zunächst von der Pflegekoordinatorin und dem Pflegekoordinator organisiert und später von den Angehörigen selbst gepflegt wird. Erschwerend ist, wenn es keine Angehörigen gibt und das Netz ausschließlich von Professionisten getragen wird.

Die Begleitung durch die Pflegekoordination verändert auch etwas bei den Angehörigen. Sie sind entlastet und fühlen sich sicherer, weil sie wissen, an wen sie sich im Bedarfsfall wenden können.

Herausfordernd sind akut auftretende Änderungen im Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten. Es ist viel Flexibilität erforderlich, wenn sich die Ziele der Beratung schnell ändern.

#### 5.2.4 Rahmenbedingungen

Zu den essentiellen Rahmenbedingungen zählen Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten, Personen der mobilen Dienste, mit Ehrenamtlichen (z.B. zur Koordination von Besuchen und zur Angehörigenentlastung) und mit den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Entlassungsmanagerinnen und Entlassungsmanager in Krankenhäusern. Hier geht es vor allem um die zeitgerechte Vorbereitung des häuslichen Umfelds nach Krankenhausaufenthalten.

In den Gemeinden werden neben Informationen in Printmedien auch Präsenz bei Veranstaltungen in Pensionistenvereinen als hilfreich zum Kontaktaufbau mit potenziellen Klientinnen und Klienten erlebt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe betonten mehrmals die zentrale Rolle der Gemeinden, die zum Gelingen der Umsetzung der Pflegenahversorgung wesentlich beitragen. Es ist besonders wichtig, dass sie ihre Rolle als zentrale Versorger wahrnehmen und verkörpern.

Die Einrichtung von Fahrtendiensten bzw. Gratistaxis zählt ebenfalls zu förderlichen Rahmenbedingungen.

Pflegestammtische dienen dem Austausch, der Beratung und der Entlastung von Angehörigen. Ebenfalls unterstützend werden Sprechtage für pflegende und/oder betreuende Angehörige erlebt, wo Fragen rund um Pflege und Betreuung gestellt werden können.

Zu den hinderlichen Rahmenbedingungen zählen mangelnde Personalressourcen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste bzw. für mehrstündige Betreuung. Zudem sind die relativ hohen Kosten für verschiedene Angebote hinderlich. Außerdem wurde deutlich, dass der Erfolg der Pflegenahversorgung maßgeblich davon abhängt, ob das Angebot von der Gemeinde durch positive Öffentlichkeitsarbeit unterstützt wird.

### 5.3 Ergebnisse der Umfeldanalyse und Befragung der politischen Vertretung

#### 5.3.1 Umfeldanalyse

Die Umfeldanalyse diente zur Einschätzung dessen, ob Veränderung bei den vorhandenen Leistungsangeboten in den einzelnen Gemeinden stattgefunden haben sowie zu möglichen Veränderungen der förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen seit der Umsetzung der Pflegenahversorgung. Die Umfeldanalyse richtete sich an die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren. Die Rücklaufquote betrug 100% (9/9).

Beinahe alle förderlichen Rahmenbedingungen haben sich nach Einschätzung der Pflegekoordinatorinnen und dem Pflegekoordinator verbessert, insbesondere die Kooperation mit den Gemeinden, mit den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten, mit den Ärztinnen und Ärzten wie auch mit dem Land Kärnten (Abbildung 1: Querschnittserhebung mittels Fragebogen über die wahrgenommene Veränderung der förderlichen Rahmenbedingungen der Pflegenahversorgung auf Basis der Umfeldanalyse unter den Pflegekoordinatoren im Dezember 2021/Jänner 2022, (n=9), Bearbeitung & Darstellu). Das Angebot von Selbsthilfegruppen und zum Teil auch von zielgruppenspezifischen Angeboten, wie z.B. Singrunden hat sich am wenigsten stark verbessert. Dies ist nach Angaben in den Fragebögen der vorherrschenden Covid-19-Pandemie geschuldet.

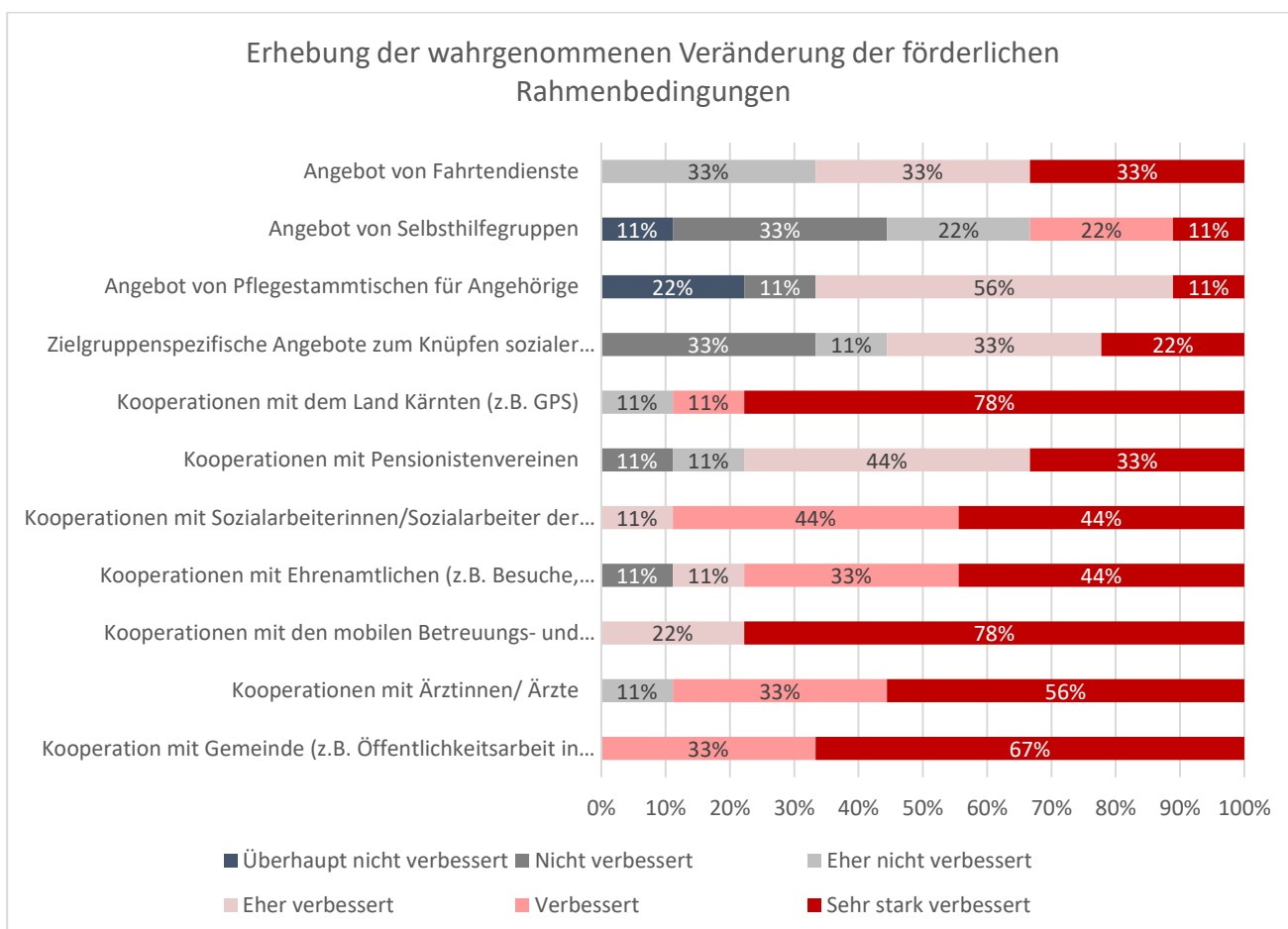


Abbildung 1: Querschnittserhebung mittels Fragebogen über die wahrgenommene Veränderung der förderlichen Rahmenbedingungen der Pflegenahversorgung auf Basis der Umfeldanalyse unter den Pflegekoordinatoren im Dezember 2021/Jänner 2022, (n=9), Bearbeitung & Darstellung EPIG GmbH

Neben der Veränderung der förderlichen Rahmenbedingungen zeigt sich, dass hinderliche Faktoren überwunden werden konnten. Hier kam es bezüglich der Unterstützung durch die Gemeinden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit oder hinsichtlich der Wertschätzung des Angebotes durch die Bevölkerung und Politik zu einer wesentlichen Verbesserung. Die Personalengpässe bei den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten wie auch für die mehrstündige Betreuung werden immer noch als hinderlich wahrgenommen und haben sich nicht verbessert (Abbildung 2).

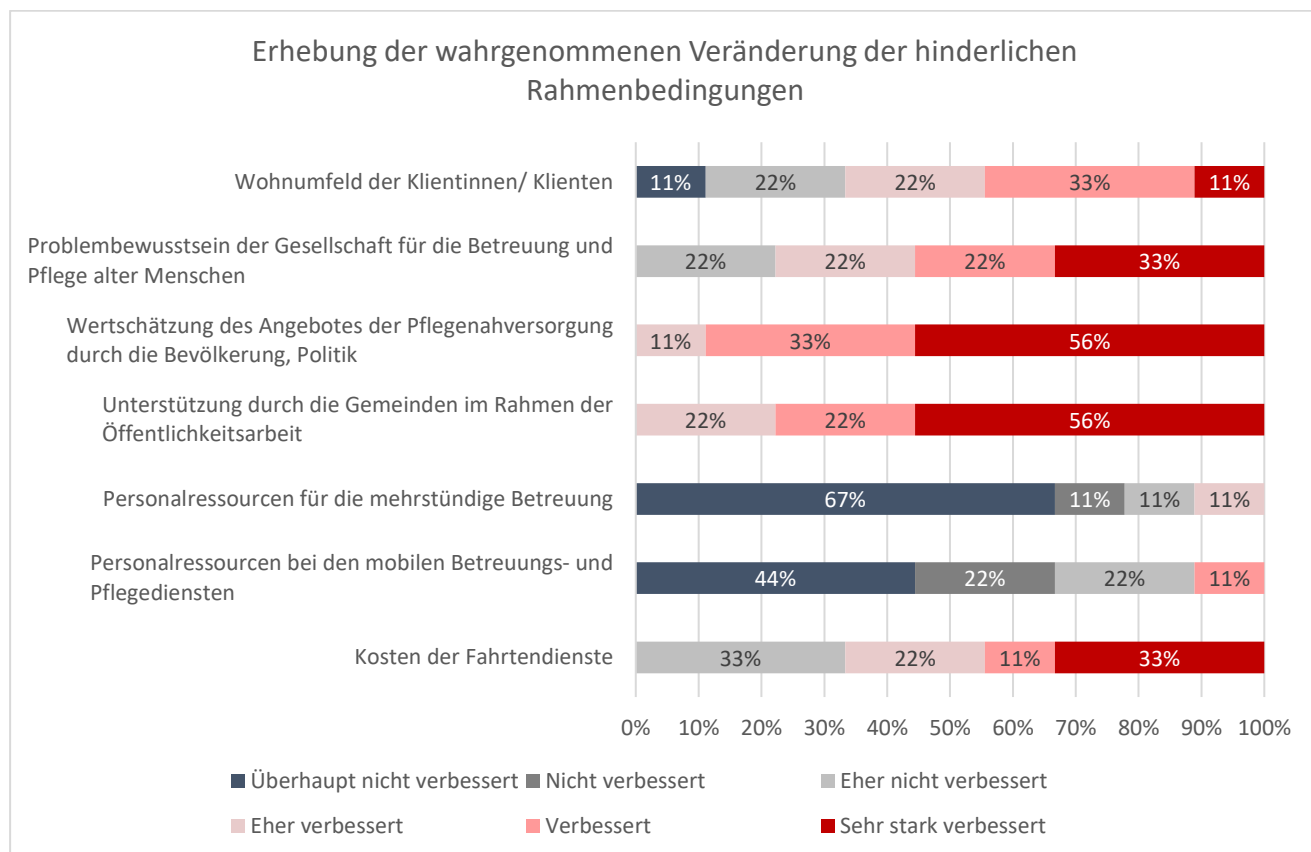


Abbildung 2: Querschnitterhebung mittels Fragebogen über die wahrgenommenen Veränderungen der hinderlichen Rahmenbedingungen der Pflegenahversorgung auf Basis der Umfeldanalyse unter den Pflegekoordinatorinnen im Dezember 2021/Jänner 2022, (n=9), Bearbeitung & Darstellung EPIG GmbH

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zeigten, dass Ärztinnen/Ärzte, Apotheken, Einkaufsmöglichkeiten oder Orte der sozialen Zusammenkunft für viele Klientinnen und Klienten nur schwer erreichbar sind. Laut Rückmeldung der Pflegekoordination kann hier mit einem Auf- bzw. Ausbau eines (leistbaren) Hol- und Bringdienstes, für Personen ebenso wie für Waren, Abhilfe geschaffen werden. Diesbezüglich nehmen auch der Ausbau und die Förderung des Ehrenamtes einen wesentlichen Stellenwert ein.

Der Aufbau eines sozialen Netzwerkes ist für die Zielgruppe der Pflegenahversorgung besonders wichtig. Durch die Pflegenahversorgung mit ihren diversen Aktivitäten wird hier bereits viel getan. Als wirksam und empfehlenswert sehen die Pflegekoordinatorinnen die Organisation und Gestaltung von zielgruppenspezifischen Freizeitangeboten an (z.B. Spiele-/Singnachmittage, „Mitten im Leben“, Seniorencafé, Ausflüge, Handarbeitsrunden, spezielle Angebot für Menschen mit Demenz) und einem Pflegestammtisch für pflegende Angehörige. Eventuelle Angebotslücken könnten durch ehrenamtliche Initiativen und einen Ausbau der mehrstündigen Betreuung kompensiert werden. Wichtig ist dabei, dass die Angebote leistbar sind und auf die regionalen Gegebenheiten Rücksicht genommen wird.

Bei einer flächendeckenden Ausrollung der PNV ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit über das vielfältige Angebot und über Netzwerk­tätigkeit relevant. Im Rahmen der Netzwerk­tätigkeit ist der Austausch mit dem Entlassungsmanagement der Krankenanstalten besonders wichtig, um rechtzeitig eine Hilfestellung zu Hause im besten Fall noch vor der Entlassung organisieren zu können. Zudem empfehlen die derzeitigen PKO, dass alle PKO nach einheitlichen Prozessen arbeiten und sich auch regelmäßig zu einem Erfahrungs- und Informationsaustausch treffen sollten. Eine zentrale übergeordnete Projektleitung und -steuerung beim Land Kärnten empfinden sie als zielführend und zweckmäßig.

### 5.3.2 Befragung der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister

Neben der Pflegekoordination wurden auch die politischen Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden mit dem Angebot der Pflegenahversorgung nach ihrer Einschätzung zu den Veränderungen der Kooperationen und Angebote im Zuge der Einführung befragt. Die Rücklaufquote betrug 67,7 % (21/31).

Ebenso wie die Pflegekoordination geben auch die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister eine Verbesserung in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, mit den Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren selbst und mit dem Land Kärnten an. Zudem konnte auch die Öffentlichkeitsarbeit und die Wertschätzung des Angebotes verbessert werden. Das Problembewusstsein der Bevölkerung für die Betreuung und Pflege alter Menschen ist gestiegen. Die jeweiligen Gemeinden arbeiteten in den letzten Jahren am Aus- und Aufbau eines Fahrtendienstes in ihrer Region. Hier zeigt sich allerdings ein differenziertes Bild in der Ausbaustufe innerhalb der Gemeinden. Die Kostenstruktur für die Klientinnen und Klienten ist ebenso regional unterschiedlich und wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung teils nicht bewertet.<sup>10</sup> Zielgruppenspezifische Angebote zum Knüpfen sozialer Kontakte oder Pflegestammtische konnten aufgrund der vorherrschenden Covid-19-Pandemie nur vereinzelt angeboten und eine Veränderung dahingehend wird differenziert bewertet werden (Abbildung 3).

---

<sup>10</sup> Best Practice Beispiel in der Gemeinde St. Paul: Hausabholung mit dem LAVanttal Istmobil. Durch die Einführung des Klimatickets mit 01.01.2022 ist für die Fahrgäste mit hinterlegtem Klima-Ticket nur mehr der Komfortzuschlag für ISTmobil Fahrten in Höhe von 3,00€ fällig.

### Veränderung der Rahmenbedingungen aus Sicht der politischen Vertretung

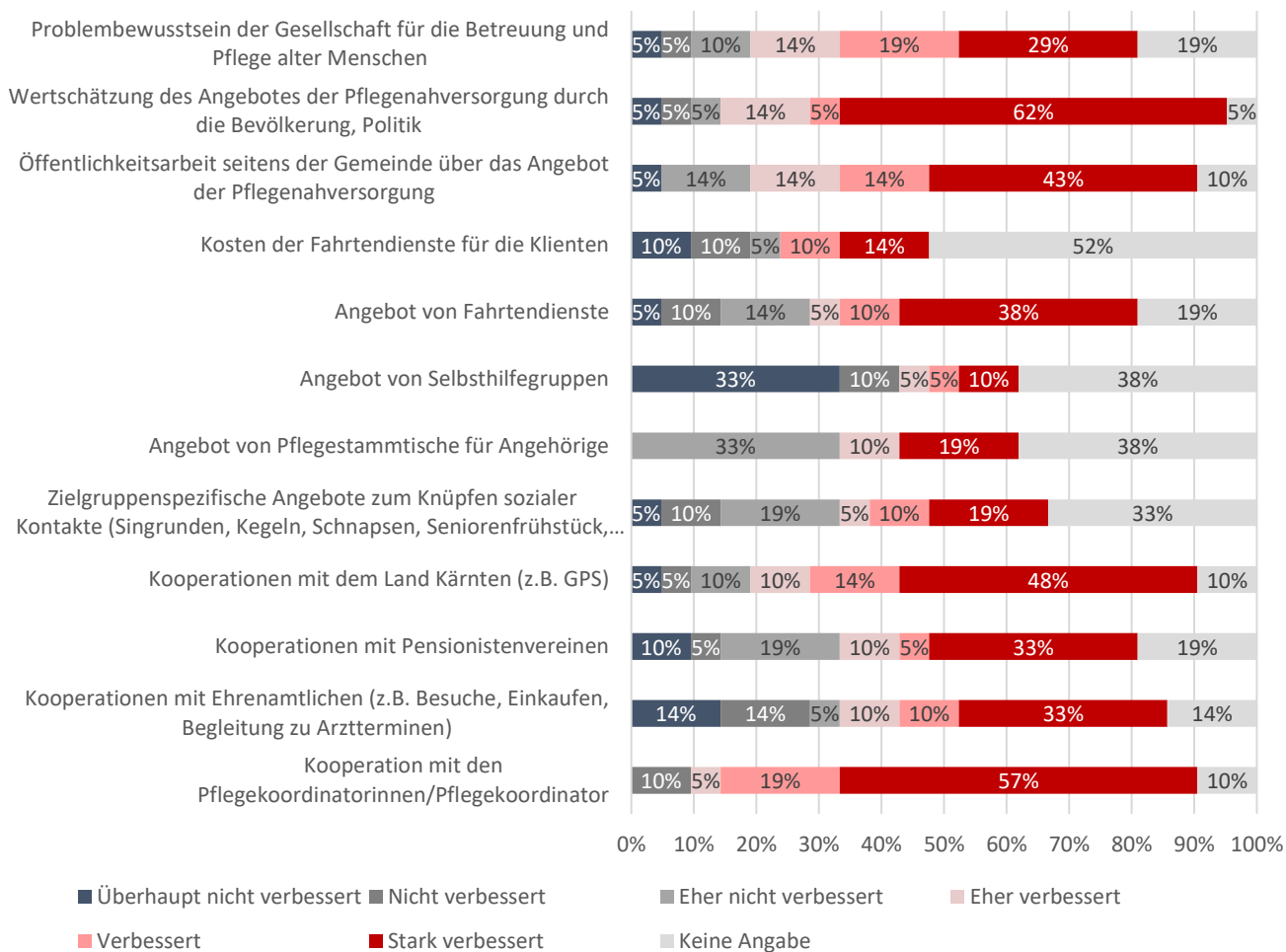


Abbildung 3: Querschnitterhebung mittels Fragebogen der wahrgenommenen Veränderungen der Rahmenbedingungen seitens der politischen Vertretung auf Basis der Fragebogenerhebung unter den Kärntner Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, die die Pflegenahversorgung anbieten im Dezember 2021/ Jänner 2022, (n=21), Bearbeitung & Darstellung: EPIG GmbH

Die Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten, Apotheken oder Nahversorgern stellt für die ältere Bevölkerung teilweise eine Herausforderung dar. Dies kann nach Einschätzung der politischen Vertreterinnen und Vertreter durch den Aus- und Aufbau von wohnortnahen Angeboten von Gesundheitsdiensten sowie durch einen (leistbaren) Fahrtendienst verbessert werden. Auch das Ehrenamt kann hier unterstützen.

Auf die Frage, welche pflegerischen und sozialen Kontakte in den Gemeinden noch fehlen, kam mehrmals der Wunsch nach einer teilstationären Tagesbetreuung sowie dem Angebot von alternativen Wohnformen. Ebenso wird in den kommenden Jahren noch an der Stärkung des Ehrenamtes gearbeitet werden, welches unter anderem auch eine (Mehr)Stunden-Betreuung leisten könnte, sofern dieses Angebot nicht durch die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste abgedeckt wird.

Bei einer kärntenweiten Ausrollung des Angebotes der Pflegenahversorgung gilt es nach Meinung der politischen Vertreterinnen und Vertreter vor allem das Angebot mit einer umfassenden Öffentlichkeitsarbeit präsent zu machen und das Ehrenamt aus- und aufzubauen, wie auch zu stärken. Bedeutend ist es darüber hinaus, bestehende Strukturen und Angebote aufzugreifen und sichtbar zu machen, die

Angebote der PNV daran anzupassen und die regionale Netzwerktätigkeit kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die politische Vertretung auf Kommunalebene steht hinter dem Angebot und befürwortet eine flächendeckende Ausrollung, wie folgende wörtlichen Zitate unterstreichen: „Die Pflegenahversorgung ist ein wichtiges Element für die Betreuung der älteren Generation und unabdingbar“ oder „In Summe halte ich das Angebot der Pflegenahversorgung für ein ausgezeichnetes ...“.

## 5.4 Ergebnis der SROI

Das zentrale Element der SROI Analyse ist das Wirkungsmodell, welches aus den Wirkungsketten für die einzelnen inkludierten Stakeholder besteht. In einer Wirkungskette ist für die jeweilige Stakeholdergruppe der investierte Input dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) gegenübergestellt.

### 5.4.1 Wirkungskette der (pflegebedürftigen) Personen $\geq 75$ Jahre

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der Pflegenahversorgung sind die (pflegebedürftigen) Personen  $\geq 75$  Jahre, die in an der Pflegenahversorgung teilnehmenden Gemeinden leben. Ihr Input ist die Zeit und die Bereitschaft das Angebot der Pflegenahversorgung zu nutzen.

Im Rahmen der Pilotstudie wurden 2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte durchgeführt. Um die Wirkungen für diese Personengruppe einschätzen zu können, wurden im Rahmen der Evaluation persönliche Interviews geführt. Aus den Interviews konnten wesentliche Nutzendimensionen abgeleitet werden. Neben den Interviews wurden auch die Dokumentationen (Erhebungsbögen) der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren herangezogen, um Wirkungen für die älteren Personen zu identifizieren und zu analysieren. Zudem wurde bei Gesprächen mit den Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren darauf geachtet, welche Wirkungen aus ihrer Sichtweise für diese Stakeholdergruppe entstehen.

Eine bedeutende Wirkung für die (pflegebedürftigen) älteren Personen stellt die Servicierung dieser Bevölkerungsgruppe durch die jeweilige Gemeinde hinsichtlich individueller Information und ganzheitlicher Beratung zu möglichen Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen dar. Neben der generellen Information erhalten sie zudem Unterstützung in der Organisation der adäquaten Versorgung (z.B. mobile Dienste, die durch ihre Maßnahmen eine Exsikkose oder einen Harnwegsinfekt vorbeugen). So wurden im Rahmen der Pilotstudie über 7.000 Einzelmaßnahmen von der Pflegekoordination gesetzt. Unterstützung erfolgt auch bei diversen Antragsstellungen, die zu einer monetären Verbesserung führen – z.B. Pflegegeld(erhöhungs)antrag, Heizkostenzuschuss, Sozialcard etc. Die Beratung und Unterstützung in der Organisation von Wohnraumadaptierungen erhöhen nicht nur die Sicherheit, indem z.B. das Sturzrisiko gesenkt wird, sondern ermöglichen auch eine selbstbestimmtere und selbstständigere Lebensweise (z.B. Haltegriffe, barrierefreie Waschmöglichkeit). Die Verbesserung der Wohnsituation in Richtung Barrierefreiheit führt auch zu einer generellen Verbesserung des physischen Zustandes, da wieder mehrere Tätigkeiten z.B.: Körperpflege, selbstständig durchgeführt werden können. Die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren organisieren in Absprache mit den Klienten auch ehrenamtliche Dienste, wodurch wiederum die sozialen Kontakte gefördert werden. Dies mündet schließlich in eine Verbesserung ihrer Lebensqualität, ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und das Gefühl einer Entlastung. Die älteren Personen wissen, wer ihnen niederschwellig als Ansprechperson rund um Fragen zur Gesundheit und Pflege zur Verfügung steht und individuell auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe eingeht.



All diese Wirkungen haben auch einen Einfluss auf die Beziehung zu ihren Angehörigen. Diese ist aufgrund der Reduktion bzw. bestenfalls sogar des Wegfalls des organisatorischen Aufwandes qualitativ hochwertiger.

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Zeit und Bereitschaft, das Angebot der Pflegenahversorgung anzunehmen	2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information &amp; Beratung</li> <li>- erhöhtes Sicherheitsgefühl</li> <li>- Möglichkeit im eignen Wohnumfeld zu verbleiben</li> <li>- Gefühl der Entlastung</li> <li>- erhöhte Lebensqualität</li> <li>- mehr soziale Kontakte</li> <li>- Veränderung/Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen</li> <li>- Erhaltung der Selbstbestimmtheit</li> <li>- adäquate pflegerische Versorgung – keine Gefahr der Verwahrlosung</li> <li>- Verbesserung der Wohnsituation</li> </ul>	Anzahl an älteren Personen, die auch ohne die Pflegenahversorgung die entsprechende Wirkung erzielt hätten

Tabelle 2: Wirkungskette Personen  $\geq 75$  Jahre

#### 5.4.2 Wirkungskette für die Angehörigen

Neben den (pflegebedürftigen) Personen  $\geq 75$  Jahre stellen die Angehörigen die zweite wesentliche Stakeholdergruppe dar. Unter Angehörige sind sowohl Angehörige als auch Vertrauenspersonen im weiteren Sinn gemeint. Um die Wirkungen für diese Personengruppe einschätzen zu können, wurden im Rahmen der Evaluation persönliche Interviews geführt.

Die Pflege im häuslichen Setting wird zu 73 % von Frauen erbracht. Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen zu Hause ist knapp über 60 Jahre. Knapp über 30 % der Angehörigen zu Hause sind erwerbstätig. Knapp die Hälfte (48 %) aller pflegenden Angehörigen zu Hause gibt an, „so gut wie rund um die Uhr“ für die zu pflegende Person da zu sein. 48 % fühlen sich sehr stark oder stark belastet. Sie fühlen sich allein gelassen, sodass ihnen alles zu viel wird. Darunter leiden auch die Beziehungen und der Kontakt zu nahestehenden Personen sowie die eigene Gesundheit (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018).

Die psychische Belastung betrifft das Gefühl der ständigen Verantwortung und die damit verbundene Überforderung. Die physische Belastung betrifft z.B. Kreuzschmerzen, die dadurch zustande kommen, dass die Angehörigen zum einen nicht die adäquaten Hilfsmittel, z.B. Hebelifter oder ein höhenverstellbares Bett, zur Verfügung haben und auch die notwendigen Handgriffe (z.B. für einen Transfer vom Bett in den Sessel) nicht professionell erlernt haben. Angehörige erzählen neben diesen Belastungen auch von ihren sozialen Einschränkungen. Durch die ständige Bereitschaft bleibt ihnen weniger Zeit, eigenen

Hobbies nachzugehen oder sich mit Freunden zu treffen und wenn auch nur mit einem schlechten Gewissen. In den Urlaub zu fahren wird eine organisatorische und psychische Herausforderung. Dies führt zu einem sozialen Rückzug. Durch die Organisation von Betreuungsdiensten, ob ehrenamtlich oder tageweise in einem Tageszentrum, gewinnen die Angehörigen Zeit für sich. Unter Umständen wird ihnen dadurch auch ermöglicht, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder ihr Beschäftigungsausmaß zu erhöhen. All diese Maßnahmen wirken sich positiv auf die Beziehung zur zu pflegenden Person aus. Die Angehörigen wissen, dass ihre zu pflegenden Personen gut und auch nach deren jeweiligen individuellen Bedürfnissen betreut sind.

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Zeit und Bereitschaft das Angebot der Pflegenahversorgung anzunehmen	2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzierung physischer und psychischer Belastungen</li> <li>- Möglichkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen</li> <li>- Veränderung/Verbesserung der Beziehung zur zu pflegenden Person</li> <li>- erhöhte Lebensqualität</li> <li>- Verbesserung der sozialen Beziehungen</li> </ul>	Anzahl der Angehörigen, deren zu pflegende Personen anderweitig betreut wären

Tabelle 3: Wirkungskette Angehörige

### 5.4.3 Wirkungskette der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren

Ein weiterer Stakeholder sind die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren, die Hauptakteure der Pflegenahversorgung. Im Verlauf der Pilotphase wurden diese schrittweise aufgebaut und umfassten mit dem Stichtag 28.10.2021 insgesamt neun Personen (7,75 VZÄ). Von den Fokusgruppen sowie aus persönlichen Gesprächen konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Zentraler Nutzen für die PKO ist der Arbeitsplatz und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Der Arbeitsplatz ist dabei auch für jene Pflege- und Betreuungskräfte möglich, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr am Krankenbett arbeiten können. Neben dieser monetären Motivation sieht die Pflegekoordination die Pflegenahversorgung als eine besonders sinnstiftende Tätigkeit. Durch Kontakte mit Klienten und deren Angehörigen sowie in weiterer Folge durch das Setzen von entlastenden und unterstützenden Maßnahmen haben sie das Gefühl, etwas Gutes, Sinnvolles, getan zu haben. Im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren Wertschätzung und Dankbarkeit seitens der älteren Menschen und deren Angehörigen, was wiederum die sinnstiftende Tätigkeit unterstreicht.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Sensibilisierung für das Thema Alter(n) deutlich. Durch den engen, persönlichen Kontakt mit Klienten und deren Angehörige erhalten sie ein besseres Verständnis und Wissen über deren Bedarfe und Bedürfnisse. Dies beeinflusst auch die eigene Sicht auf das „Älterwerden“ und den Umgang damit. Die Sensibilisierung für das „Älterwerden“ und das Eingehen auf

die individuellen Bedürfnisse im Rahmen ihrer Tätigkeit erhöht und stärkt wiederum die soziale Kompetenz. Der direkte persönliche Kontakt mit zu Pflegenden und deren Angehörigen kann allerdings auch psychisch belastend sein. Die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren beraten teilweise in deren zu Hause und spüren hautnah die individuellen Belastungen. In manchen Fällen kann nicht (gleich) geholfen werden.

Im Rahmen der Teamsitzungen profitieren die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren vom Austausch mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus anderen Gemeinden und erfahren von förderlichen und hinderlichen Faktoren in der fortschreitenden Umsetzung der Pflegenahversorgung. Zudem finden regelmäßige Fortbildungen statt. Die Themen reichten hier vom Erwachsenenschutzgesetz, Sturzprophylaxe, Umgang mit Demenz, Barrierefreier Wohnraum, Pflegegeld, Pflegehilfsmittel uvm. So erlangen die Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren einen kontinuierlichen Zuwachs an Know-How.

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit, Fähigkeiten (soziale Kompetenz, Empathie...) und Fertigkeiten (erworbenes sozialarbeiterisches und pflegerisches Wissen)	2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte Ca. 20.700 Arbeitsstunden Fortbildungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fixe Anstellung</li> <li>- sinnstiftende Tätigkeit</li> <li>- Sensibilisierung für das Älterwerden</li> <li>- Steigerung der sozialen Kompetenz</li> <li>- Gewinn an Know-How</li> <li>- psychische Belastung</li> </ul>	Möglichkeit eines Alternativjobs im Sozial- oder Pflegebereich

Tabelle 4: Wirkungskette Pflegekoordination

#### 5.4.4 Wirkungskette für die Ehrenamtlichen

Das Ehrenamt in der Pflegenahversorgung wurde ab September 2020 aufgebaut. In den 31 Gemeinden mit dem Angebot der Pflegenahversorgung waren mit Stand 30.12.2021 66 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv.

Die Ehrenamtlichen führen im Rahmen der Pflegenahversorgung viele unterschiedliche Tätigkeiten aus, allen voran Fahrtendienste (z.B. Einkaufen von Lebensmittel, Apotheke), die Begleitung zu Arztbesuchen, Begleitung bei Spaziergängen oder Kaffeehausbesuchen. Sie vermitteln Geborgenheit, nehmen sich Zeit für Gespräche und gehen auf persönliche Wünsche ein. So erhalten die älteren Menschen das Gefühl, ernst genommen zu werden. Bei der Begleitung erfahren die Ehrenamtlichen das Gefühl, etwas Gutes zu tun. Ihre Tätigkeiten sensibilisieren sie selbst für das Älterwerden und die damit einhergehenden Bedürfnisse und Herausforderungen.

Im Rahmen von seitens der Pflegekoordination organisierten Ehrenamtlichentreffen, z.B. beim Angebot der Supervision, kommt es auch zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit anderen Ehrenamtlichen. Sie erfahren dadurch nicht nur ein Gemeinschaftsgefühl und ein Zugehörigkeitsgefühl, es können auch neue Bekanntschaften, vielleicht sogar Freundschaften entstehen, die wiederum ihr eigenes soziales Netz und die soziale Teilhabe stärken.

Die Ehrenamtlichen erhalten durch die strukturierte Basisschulung im Rahmen der Pflegenahversorgung einen Wissenszuwachs. Bis Ende 2021 erfolgten neun Termine im Rahmen der Basisschulung des

Ehrenamts zu den Themen: Umgang mit Menschen mit demenzieller Entwicklung, Erste Hilfe Maßnahmen für häusliche Pflege und Betreuung, Aktivierung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, das Ehrenamt einst und jetzt sowie Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung. Die Anzahl der Ehrenamtlichen in den Gemeinden ist sehr unterschiedlich. So ist es erst in 15 der 31 Gemeinden gelungen, Ehrenamtliche zu gewinnen. Die Anzahl reicht je Gemeinde von nur einer bis hin zu 18 Personen.

Als Entschädigung können die Ehrenamtlichen einen Fahrtkostenzuschuss im Rahmen des amtlichen Kilometergeldes beantragen. Nicht alle nehmen dies in Anspruch. Alle Ehrenamtlichen sind durch eine Unfall- und Haftpflichtversicherung abgesichert.

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Zeit für Begleitung, Bereitschaft an Schulungen teilzunehmen, Einsatz ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten	Anzahl ehrenamtliche Stunden Anzahl Fortbildungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sinnstiftende Tätigkeit</li> <li>- Sensibilisierung für das Älter werden</li> <li>- Gewinn an Know-How</li> <li>- Steigerung der sozialen Kompetenz</li> </ul>	Möglichkeit einer alternativen ehrenamtlichen Tätigkeit

Tabelle 5: Wirkungskette Ehrenamt

#### 5.4.5 Wirkungskette des Landes Kärnten

Das Land Kärnten ist der Initiator der Pflegenahversorgung und investiert Gelder, in dem es 50 % der Kosten der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren übernimmt. In den ersten drei Jahren der Aufbauphase erhalten die Gemeinden zudem zusätzlich eine Anschubfinanzierung von weiteren 25 %.

Das Land Kärnten übernimmt zudem die Prämie für die Unfallversicherung aller Ehrenamtlichen (2022: 4,75 €/p.a./Person) sowie die Haftpflichtversicherung (2022: 25 €/p.a./Person).

Durch das Angebot der Pflegenahversorgung werden die älteren Menschen in ihrem Wunsch, zu Hause zu bleiben, unterstützt. So kann es durch die ganzheitliche Beratung der Pflegekoordination dazu kommen, dass manche Personen mehrere oder andere Versorgungs- oder Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen als bisher (z.B. Mehrstundenbetreuung, Tageszentrum, 24-h-Betreuung, Heizkostenzuschuss). Durch die vermehrte Nutzung dieser niederschweligen Angebote ist eine Entlastung der stationären Kapazitäten der Einrichtungen der Langzeitpflege und eine Minimierung des Drucks auf den Strukturausbau zu erwarten. Das Land Kärnten wie auch die Gemeinden profitieren zudem durch das bessere Verstehen der Bedarfe der Bevölkerung.

Durch die Beratung der Pflegekoordination kann es zu einer vermehrten Inanspruchnahme dieser Förderungen kommen (z.B. vorbeugende Maßnahmen für altersgerechtes Wohnen, Heizkostenzuschuss, Wohnbeihilfe, Seniorenerholungsaktion).

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Koordination und Steuerung der Pflegenahversorgung Mitfinanzierung der Pflegekoordination Finanzierung der Unfall- und Haftpflichtversicherung der Ehrenamtlichen	2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- veränderte Inanspruchnahme von Gesundheits-, Pflege- und/oder Sozialleistungen</li> <li>- Erfüllung des Versorgungsauftrages</li> <li>- zusätzliche Steuereinnahmen</li> <li>- vermehrte Inanspruchnahme diverser Förderungen</li> </ul>	Anzahl an älteren Menschen $\geq 75$ Jahre, die ohne der Pflegenahversorgung diverse Gesundheits-, Pflege- und/oder Sozialleistungen in Anspruch genommen hätten  Aktivitäten der PNV, die durch Privatpersonen substituiert werden können

Tabelle 6: Wirkungskette Land Kärnten

#### 5.4.6 Wirkungskette der Gemeinden

Neben dem Land Kärnten investieren auch die Gemeinden Gelder für die Umsetzung der Pflegenahversorgung. So tragen die Gemeinden einen Teil der Personalkosten der Pflegekoordination. In den ersten drei Jahren der Aufbauphase 25 %, danach 50 %. Neben den Personalkosten stellen sie zusätzlich Büroräumlichkeiten und weitere notwendige Utensilien zur Einrichtung des Arbeitsplatzes bereit. Die Gemeinden initiieren auch die Kontakte zu potentiellen Stakeholdern der Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren und übernehmen die Öffentlichkeitsarbeit in ihrer Region. Durch die Beratung der Pflegekoordination kann es zu einer vermehrten Inanspruchnahme dieser Förderungen kommen (z.B. Wohnraumadaptierung etc.).

Als Wertschätzung gegenüber den Ehrenamtlichen verköstigt die Gemeinde die Ehrenamtlichen bei Schulungen, stellt bei Austauschtreffen Snacks zur Verfügung und organisiert für sie eine Weihnachtsfeier. Auch zu den Geburtstagen gibt es eine kleine Aufmerksamkeit.

Das Angebot der Pflegenahversorgung trägt zu einer Imagesteigerung der Gemeinden bei. So entwickelt sich die Gemeinde durch den Aufbau eines Unterstützungsnetzwerks und durch zielgruppenspezifische Angebote, z.B. Singrunden, Kegelnachmittage etc. zu einer Caring Community. Darüber hinaus entstehen auch regionale Initiativen (z.B. Seniorennachmittage, Pflegestammtische, Demenzsprechstunde, „Mitten im Leben – auch im Alter lebendig und selbstbestimmt“, Hausarzttaxi, Einkaufsservice etc.). Umfassende Unterstützungsleistungen und die entstehenden Netzwerke können zudem dazu beitragen, dass die Bürgerinnen und Bürger in diesen Gemeinden länger zu Hause bleiben. Sie behalten somit den Hauptwohnsitz in ihrer Stammgemeinde und ziehen nicht ins nächstgelegene Pflegewohheim.

Input	Output	Wirkung (Outcome)	Deadweight
Mitfinanzierung der Pflegekoordination	2.567 Erst- und 5.237 Folgekontakte  Anzahl beschäftigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schaffen von Arbeitsstellen</li> <li>- Entwicklung zu einer Caring Community</li> <li>- Imagesteigerung der Gemeinde</li> <li>- positive Auswirkungen auf den Bevölkerungsstand</li> <li>- Zusätzliche Steuereinnahmen (Kommunalsteuer etc.)</li> </ul>	<p>Möglichkeit der PKOs einen anderen Job nachzugehen</p> <p>Anzahl an älteren Menschen <math>\geq 75</math> Jahre, die ohne der Pflegenahversorgung diverse Gesundheits-, Pflege- und/oder Sozialleistungen in Anspruch genommen hätten</p> <p>Aktivitäten der PNV, die durch Privatpersonen substituiert werden können</p>

Tabelle 7: Wirkungskette Gemeinden

## 6 Handlungsfelder und Empfehlungen für Maßnahmen

Die Evaluation der Pflegenahversorgung in Kärnten bestätigte den Nutzen für die älteren Bürgerinnen und Bürger sowie deren Angehörige. Neben der primären Zielgruppe profitieren auch die Gemeinden vom Angebot der Pflegenahversorgung durch die Belebung derselben. Daher kann der bereits eingeschlagene Weg der flächendeckende Ausrollung unterstützt werden.

Das *Ehrenamt* stellt ein Kernelement des Konzeptes der Pflegenahversorgung dar. Im Rahmen des Pilotprojektes wurde eine strukturierte Vorgehensweise des Aufbaus des Ehrenamtes erarbeitet. Es empfiehlt sich dies weiterhin zu verfolgen. In einigen, vorwiegend ländlichen Regionen ersetzen die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den noch fehlenden oder unzureichend ausgebauten Hol- und Bringdienst. Die Übernahme dieser Tätigkeit trägt jedoch entscheidend dazu bei, ob die älteren Menschen Nahversorger, wie Ärztinnen und Ärzte, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten oder Orte der sozialen Zusammenkunft erreichen können und so ein Stück weit mehr ihre Selbstbestimmtheit wahrnehmen können und der Isolation entgegengewirkt wird. Aktuell, so ergab die Evaluierung, ist es rund 60 % der Klientinnen und Klienten nicht zumutbar, zu Fuß oder mit öffentlichem Verkehrsmittel diverse Nahversorger aufzusuchen.

Der *Aufbau und Ausbau von kostengünstigen, niederschweligen Mobilitätsangeboten* sollte jedenfalls noch weiter forciert werden. Hier geht es um einen Hol- und Bringdienst von zu Hause aus hin zu Treffpunkten, zu Freizeitangeboten (Seniorencafé, Spielenachmittag etc.) oder Arztterminen und auch um ein Lieferservice von diversen Einkäufen. Relevant dabei ist, dass auch die Möglichkeit besteht, dass die Personen direkt bei ihrer Wohnung abgeholt werden können und die Dienste für die Klientinnen und Klienten leistbar sind.

Zum Gelingen der nachhaltigen Umsetzung der Pflegenahversorgung in Kärnten trägt eine gute Öffentlichkeitsarbeit wesentlich bei. Mit einer einheitlichen vielschichten *Kommunikations- und Informationsstrategie* kann das Angebot flächendeckend bekannt gemacht werden und die Aufmerksamkeit der Zielgruppe sowie deren pflegende Angehörige auf sich ziehen. Zeitgleich können dadurch auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter akquiriert werden, die eine sinnstiftende Tätigkeit suchen. Auftritte in (über-)regionalen Medien, in Gemeinde- und Regionalzeitungen und bei diversen Veranstaltungen erleichtern das Bekanntwerden des Konzeptes der Pflegenahversorgung generell und der PKO im Besonderen. Gerade beim Aufbau dieses neuen Angebotes nimmt die *Öffentlichkeitsarbeit* einen besonderen Stellenwert ein.

Im Rahmen der operativen Umsetzung der Tätigkeiten der PKO empfiehlt es sich, die *Dokumentation* mit ihren dazugehörigen Fragestellungen an die Erfahrungen der letzten Jahre anzupassen. Die Adaptierungen sollten inhaltlich erfolgen wie auch die Handhabbarkeit für die PKO verbessern. Um den längeren Verbleib zu Hause mit oder ohne Unterstützungsleistungen und die Veränderung der sozialen Teilhabe untersuchen zu können, bedarf es einer ergänzenden Fragestellung in der Dokumentation.

Die vorliegende Studie war als formative Evaluation konzipiert und diente der Begleitung der Umsetzung der Pflegenahversorgung in den ersten Gemeinden in Kärnten. Es konnten gezeigt werden, dass dieses neue Angebot gut angenommen wird und eine breite Zustimmung erfährt – sowohl von jenen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen als auch von der Pflegekoordination und den Gemeinden. Es wurden im Rahmen einer umfassenden Wirkungsanalyse dargelegt, dass es zahlreiche Stakeholdergrup-

pen gibt, die einen gesellschaftlichen Mehrwert durch die Pflegenahversorgung erfahren. Zudem konnten förderliche und hinderliche Faktoren identifiziert werden, welche die Umsetzung der Pflegenahversorgung beeinflussen (Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau und Ausbau von kostengünstigen und niederschweligen Mobilitätsangeboten, Dokumentation).

Um die Qualität und Wirksamkeit der Pflegenahversorgung in Kärnten zu bewerten, bedarf es eines längeren Beobachtungszeitraums und einer fortgeschritteneren Umsetzungsphase dieses neuen Angebotes. Es wird daher empfohlen, nach flächendeckender Ausrollung der Pflegenahversorgung in Kärnten und Etablierung des Angebotes eine summative Evaluation durchzuführen.

In welcher Relation dieser gesellschaftliche Mehrwert zu den Investitionen in die Pflegenahversorgung steht, konnte aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums und der frühen Umsetzungsphase der Pflegenahversorgung nicht abschließend bewertet werden. Ebenso bedarf es eines längeren Beobachtungszeitraums, um zu bewerten, ob bzw. in welchem Ausmaß Menschen aufgrund der Betreuung durch die Pflegekoordination länger in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben.

So wäre es interessant eine definierte Kohorte an Klientinnen und Klienten über einen längeren Zeitraum zu beobachten und zu untersuchen, wie sich die Inanspruchnahmen von Unterstützungs- und Pflegeleistungen, das Gefühl des Erhalts der Selbstbestimmtheit, die Wohnsituation und die Beziehung zwischen zu pflegender Person und Angehörigen entwickeln. Zudem wäre es auch interessant in drei bis fünf Jahren ein Stimmungsbild der Bevölkerung einzuholen, ob die Pflegenahversorgung nun ein nicht mehr wegzudenkendes wohnortnahes, niederschwelliges Angebot darstellt.



## 7 Anhang

### 7.1 Fragebogen Umfeldanalyse

**In der vor etwa einem Jahr abgehaltenen Fokusgruppe wurden für die Pflegenahversorgung förderliche Rahmenbedingungen erhoben. Wie haben sich diese Rahmenbedingungen seither verändert? (1= überhaupt nicht verbessert, 6= sehr stark verbessert)**

Kooperation mit Gemeinde (z.B. Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf Pflegenahversorgung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit Ärztinnen/Ärzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit Ehrenamtlichen (z.B. Besuche, Einkaufen, Begleitung zu Arztterminen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter der Krankenhäuser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit Pensionistenvereinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Kooperationen mit dem Land Kärnten (z.B. GPS)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Zielgruppenspezifische Angebote zum Knüpfen sozialer Kontakte (Singrunden, Kegeln, Schnapsen, Seniorenfrühstück, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Angebot von Pflegestammtischen für Angehörige	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Angebot von Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Angebot von Fahrtendienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**In der Fokusgruppe wurden auch für die Pflegenahversorgung hinderliche Rahmenbedingungen erhoben. Wie haben sich diese seither verändert? (1= überhaupt nicht verbessert 6= sehr stark verbessert)**

Kosten der Fahrtendienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Personalressourcen bei den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Personalressourcen für die mehrstündige Betreuung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Unterstützung durch die Gemeinden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wertschätzung des Angebotes der Pflegenahversorgung durch die Bevölkerung, Politik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Problembewusstsein der Gesellschaft für die Betreuung und Pflege alter Menschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wohnumfeld der Klientinnen/Klienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zeigten, dass Ärztinnen/Ärzte, Apotheken, Einkaufsmöglichkeiten oder Orten der sozialen Zusammenkunft für viele Klientinnen und Klienten nur schwer erreichbar sind. Wie kann dies verbessert/erleichtert werden?**

**Der Aufbau eines individuellen „sozialen Netzwerks“ wurde in den Interviews mit Klientinnen/ Klienten und Angehörigen als besonders wichtig genannt. Welche Angebotslücken bestehen noch?**

**Wie kann man diese kompensieren?**

Bei der flächendeckenden Ausrollung des Angebotes der Pflegenahversorgung auf ganz Kärnten ist folgendes unbedingt zu berücksichtigen:

## 7.2 Fragebogen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister

Für die Umsetzung der Pflegenahversorgung gibt es zahlreiche Rahmenbedingungen. Wie haben sich diese seit der Einführung der Pflegenahversorgung in Ihrer Gemeinde verändert? (1= überhaupt nicht verbessert, 6= sehr stark verbessert)

Kooperation mit den Pflegekoordinatorinnen/Pflegekoordinator	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Kooperationen mit Ehrenamtlichen (z.B. Besuche, Einkaufen, Begleitung zu Arztterminen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Kooperationen mit Pensionistenvereinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Kooperationen mit dem Land Kärnten (z.B. GPS)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Zielgruppenspezifische Angebote zum Knüpfen sozialer Kontakte (Singrunden, Kegeln, Schnapsen, Seniorenfrühstück, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Angebot von Pflegestammtische für Angehörige	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Angebot von Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Angebot von Fahrtendienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe

Kosten der Fahrtendienste für die Klienten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Öffentlichkeitsarbeit seitens der Gemeinde über das Angebot der Pflegenahversorgung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wertschätzung des Angebotes der Pflegenahversorgung durch die Bevölkerung, Politik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
Problembewusstsein der Gesellschaft für die Betreuung und Pflege alter Menschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Keine Angabe

**Die Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzte, Apotheken oder Nahversorger stellt für die ältere Bevölkerung eine Herausforderung dar. Wie kann diese Ihrer Meinung nach verbessert werden?**

**Welche pflegerischen und oder sozialen Angebote fehlen Ihrer Meinung nach noch in der Gemeinde?**

**Bei der flächendeckenden Ausrollung des Angebotes der Pflegenahversorgung auf ganz Kärnten ist folgendes unbedingt zu berücksichtigen:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## 8 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien.

ÖPIA (Hg.) (2018): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Welle II 2015-2018 Qualitative Fokusstudie. Individuelle und soziale Potenziale für ein "gutes Leben" im hohen Alter. Wien.

Schober, Christian; Then, Volker (Hg.) (2015): Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkung sozialer Investitionen messen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

WHO (Hg.) (2017): Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. Human resources for health observer series no. 18. Geneva.

## Impressum

EPIG GmbH  
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit  
Hans-Sachs-Gasse 14/2  
8010 Graz  
T: +43 (0)316 810 850  
F: +43 (0)316 810 850 50  
E: [office@epig.at](mailto:office@epig.at)  
W: [www.epig.at](http://www.epig.at)

### *Geistiges Eigentum*

Sämtliche Inhalte, das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte daran bleiben der Rechteinhaberin bzw. dem Rechteinhaber vorbehalten. Änderungen dürfen nicht vorgenommen werden. Eine Reproduktion oder Wiedergabe des Ganzen oder von Teilen in jedweder Form und Sprache bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Genehmigung.