



InCARE

**CHANCE B
GRUPPE**



Bericht zur Implementierung 2021-2023: Umsetzung in der Oststeiermark

Co-funded by the
European Union
&
by Fonds Gesundes
Österreich



Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich
GmbH

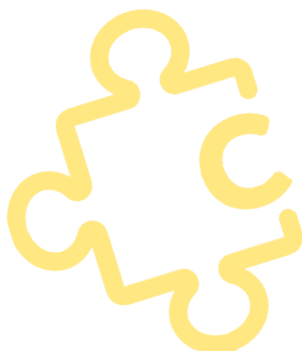
Geschäftsbereich
**Fonds Gesundes
Österreich**



Das regionale InCARE-Team und wesentliche Chance B-interne Unterstützerinnen [in Klammer]
v.r.n.l.: Regina Entfellner, Projektmitarbeiterin; [Maria Krachler, Leitung HKP]; Monika Köck, Projektmitarbeiterin; Michael Longhino, nationale Projektkoordination; [Eva Skergeth-Lopič, Geschäftsführung]; Karin Ondas, Projektleitung vor Ort; Sandra Probus, Controlling und Finanzen bis Mitte 2022; [Priska Pschaid, Innovation und Entwicklung]; Christoph Lafer, Controlling und Finanzen ab Mitte 2022; Margit Gross, Projektmitarbeiterin mit Schwerpunkt Demenztraining.

Texte: InCARE Team der Chance B
Redaktion: Karin Ondas

Gleisdorf, Oktober 2023



Supporting **In**clusive development of community-based long-term **CARE** services through multi-stakeholder participatory approaches



Integrierte Versorgung in der Gemeinde: Ein lokales Netzwerk für Langzeit-Pflege und Langzeit-Betreuung

Bericht zur Implementierung:
Umsetzung in der Oststeiermark 11/21 bis 10/23

Co-funded by the European Union



The European Union support for the production of this document does not constitute an endorsement of the contents, which reflects the views only of the authors, and the European Union institutions and bodies cannot be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.

(EaSI VS/2020/0258)

Co-funded by
Fonds Gesundes Österreich

 **Bundesministerium**
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich
GmbH 

 Geschäftsbereich
Fonds Gesundes Österreich

Inhalt

Übersicht InCARE-Meilensteinplan Oststeiermark	6
Einleitung.....	7
Übersichtsblatt Ergebnis A: Schulungsangebot - Entlastung für Frauen [und Männer], die Care-Arbeit leisten	8
A.1 inhaltliche Kooperation mit Styria vitalis zu Entlastung und Caring Community Ansatz.....	9
A.2 inhaltliche Kooperationen für train the trainer-Module zu Schulung von Angehörigen.....	9
A.3 Anerkennung der Schulungen als Weiterbildung, Bewerbung	9
A.4.1 Durchführung der Schulungseinheiten / Styria vitalis Angebot.....	10
A.4.2 Durchführung der Schulungseinheiten / train the trainer-Angebot: Fortbildungsreihe „Unterstützung und Beratung von pflegenden Angehörigen“	10
A.5 Nachbearbeitung und Dokumentation	11
A.6 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen	12
Reflexion zu Ergebnis-Ebene A.....	14
B.1.1 Erarbeitung von Impuls 1, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern	16
B.1.2 Einbringen von Impuls 1 bei Umsetzungsverantwortlichen	16
B.1.3 Follow-up zu Impuls 1, Dokumentation	16
B.2.1 Erarbeitung von Impuls 2, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern	17
B.2.2 Einbringen von Impuls 2 bei Umsetzungsverantwortlichen	17
B.2.3 Follow-up zu Impuls 2, Dokumentation	17
B.3.1 Erarbeitung von Impuls 3, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern	18
B.3.2 Einbringen von Impuls 3 bei Umsetzungsverantwortlichen	19
B.3.3 Follow-up zu Impuls 3, Dokumentation	19
B.4.1 Strukturierter Überblick über Bereiche mit Wartelisten und Angebotslücken	19
B.4.2 Dokumentation, lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen.....	25
Übersichtsblatt Ergebnis C: Outreach - Erreichen von mehr Personen mit Informationsbedarf, aber ohne eigenes, unmittelbares Informations-Bedürfnis	26
C.1 Abstimmung mit regionalen und lokalen Beratungsangeboten, Erhebung status quo.....	27
C.2.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Info-Messe Pflege leicht verständlich (1).....	27
C.2.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation	28
C.3.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Gesundheitstag Ilztal.....	29
C.3.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation	30
C.4.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Café Miteinander.....	30
C.4.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation	31
C.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen	31

Reflexion zu Ergebnis-Ebene C	31
Übersichtsblatt Ergebnis D: Setting bei der aufsuchenden Beratung wird flexibler/bedarfsorientierter	33
D.1 Überarbeitung der Abläufe Erstgespräch	34
D.2.1 Erprobung überarbeiteter Ablauf, Dokumentation	35
D.2.2 Anpassungen	35
D.3 Darstellung der Ergebnisse & Impuls ggü. den Umsetzungsverantwortlichen	35
D.4 Überleitung von best practice in das Standard-Procedere	35
D.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen	35
Reflexion zu Ergebnis-Ebene D	36
Übersichtsblatt Ergebnis E: Vernetzung, Kooperation, Wissenstransfer	37
E.1 Initiierung von mind. 4 Vernetzungstreffen; Fokus: Impulse bezogen auf Projekt(zwischen)ergebnisse und Wissenstransfer	38
E.2 Teilnahme an mindestens 4 externen Vernetzungstreffen	40
E.3 Erwirken von zusätzlichen Budgets/Ressourcen für konkrete Bedarfe / konkrete Anliegen	42
Verortung der regionalen Umsetzung im Gesamt-Projekt-Rahmen von InCARE	42
Resümee zur Projektimplementierung	43
Anhang	45

Übersicht InCARE-Meilensteinplan Oststeiermark

Projektphasen, Arbeitspakete & Meilensteine für die Implementierung des Pilotprojekts	Datum Meilenstein	Jahr 1												Jahr 2												Projektmonat 24				
		Nov.21	Dez.21	Jan.22	Feb.22	Mär.22	Apr.22	Mai.22	Jun.22	Jul.22	Aug.22	Sep.22	Okt.22	Nov.22	Dez.22	Jan.23	Feb.23	Mär.23	Apr.23	Mai.23	Jun.23	Jul.23	Aug.23	Sep.23						
work package 5 / Ergebnis A: Schulungsangebot - Entlastung für Frauen [und Männer], die Care-Arbeit leisten																														
A.1 inhaltliche Kooperation mit Styria vitalis zu Entlastung und Caring Community Ansatz		styria vitalis (sv)																												
A.2 Inhaltliche Kooperationen für train the trainer-Modul zu Schulung von Angehörigen									train the trainer (TtT)																					
A.3 Genehmigung der Schulungen als Weiterbildung, Bewerbung		sv											TtT																	
A.4.1 Durchführung der Schulungseinheiten / Styria vitalis Angebot						X			X																					
Meilenstein 1: Teil 1 der Schulungen wurde erfolgreich durchgeführt	30.06.2022								X	←																				
A.4.2 Durchführung der Schulungseinheiten / train the trainer-Angebot																	TtT													
A.5 Nachbearbeitung und Dokumentation							sv			sv									TtT											
A.6 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen										sv												TtT								
work package 5 / Ergebnis B: Impulse für die Übersichtlichkeit der Angebote auf lokaler und auf regionaler Ebene setzen (skalierbar)																														
B.1.1 Erarbeitung von Impuls 1, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern						Impuls 1																								
B.1.2 Einbringen von Impuls 1 bei Umsetzungsverantwortlichen							X																							
B.1.3 Follow-up zu Impuls 1, Dokumentation									follow-up																					
B.2.1 Erarbeitung von Impuls 2, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern											Impuls 2																			
B.2.2 Einbringen von Impuls 2 bei Umsetzungsverantwortlichen												X																		
B.2.3 Follow-up zu Impuls 2, Dokumentation													follow-up																	
Meilenstein 2: Die ersten beiden Impulse haben zu einer Verbesserung der Übersichtlichkeit geführt	31.03.2023															X	←													
B.3.1 Erarbeitung von Impuls 3, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern																		Impuls 3												
B.3.2 Einbringen von Impuls 3 bei Umsetzungsverantwortlichen																			X											
B.4.1 Strukturierter Überblick über Bereiche mit Wartelisten und Angebotslücken									Strukturierter Überblick																					
B.4.2 Dokumentation, lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen																							LL, Empfehlungen							
work package 5 / Ergebnis C: Outreach - Erreichen von mehr Personen mit Informationsbedarf, aber ohne eigenes, unmittelbares Informations-Bedürfnis																														
C.1 Abstimmung mit regionalen und lokalen Beratungsangeboten, Erhebung status quo		Abstimmung, Erhebung																												
C.2.1 koordinierte Outreach-Aktivität (1)						activity 1																								
C.2.2 Überprüfung der Ergebnisse (1), Dokumentation								follow-up																						
Meilenstein 3: die erste Outreach-Aktivität wurde erfolgreich abgeschlossen	31.05.2022						X	←																						
C.3.1 koordinierte Outreach-Aktivität (2)												activity 2																		
C.3.2 Überprüfung der Ergebnisse (2), Dokumentation													follow-up																	
C.4.1 koordinierte Outreach-Aktivität (3)																		activity 3												
C.4.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation																			follow-up											
C.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen																							LL, Empfehlungen							
work package 5 / Ergebnis D: Setting bei der aufsuchenden Beratung wird flexibler/bedarfsorientierter																														
D.1 Überarbeitung der Abläufe Erstgespräch		Überarbeitung																												
D.2.1 Erprobung überarbeiteter Ablauf, Dokumentation						Erprobung, Anpassungen																								
D.2.2 Anpassungen						A		A		A		A																		
Meilenstein 4: Erprobungsphase wurde erfolgreich abgeschlossen	30.09.2022											X	←																	
D.3 Darstellung der Ergebnisse & Impuls ggü. den Umsetzungsverantwortlichen																														
D.4 Überleitung von best practice in das Standard-Procedere																														
D.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen																							LL, Empfehlungen							
work package 5 / Ergebnis E: Vernetzung, Kooperation, Wissenstransfer																														
E.1 Initiierung von mind. 4 Vernetzungstreffen (s. auch AP B1.2, B2.2, B2.3); Fokus Impulse bezogen auf Projekt(zwischen)ergebnisse und Wissenstransfer	laufend	1					2					3					4													
E.2 Teilnahme an mind. 4 externen Vernetzungstreffen	laufend			zwischen Jan-März						zwischen Jul-Sep						zwischen Jan-März						zwischen Jul-Sep								
E.3 Erwirken von zusätzlichen Budgets/Ressourcen für konkrete Bedarfe / konkrete Anliegen; Umsetzung von mind. 3 Interventionen mit zusätzlichen Ressourcen	bis 30.06.2023																													

Erläuterung „work package 5“ : Das Gesamtprojekt besteht aus 8 work packages, die Pilotprojekt-Implementierung / „National Pilots“ entspricht dem WP 5.

Einleitung

Sie halten den Bericht über die Implementierung von InCARE von November 2021 bis Oktober 2023 in der Oststeiermark in den Händen. Dieser Implementierungsphase ist eine mehrmonatige Vorbereitungsphase vorausgegangen, in der eines der Highlights der zweiteilige Theory of Change-Workshop im Juni 2021 war.

Das Projekt InCARE wurde eingereicht, als Covid-19 noch nicht einmal ein fernes Echo aus dem fernen Osten war. InCARE ist aber - zur großen Freude der Umsetzungsverantwortlichen vor Ort - so umsichtig konzipiert, dass, erstens, eine Anpassung der Inhalte und Abläufe an die lokalen Bedarfe bereits Teil des Projektplans war; und dass, zweitens, auch genug Zeit dafür vorgesehen war.

Dass eine solche Projekt-Anpassung letztlich das auf-den-Kopf-Stellen des gesamten Alltags, bis tief hinein in das Persönliche und Unmittelbare, mitberücksichtigen würde müssen – damit hatte bei der Antragstellung noch niemand gerechnet.

Und dennoch: wir haben InCARE vor Ort umgesetzt. Wir haben inmitten der Hoch-Zeit der Covid-Pandemie-Schutzmaßnahmen damit begonnen. Und wir sind jetzt - in einer Zeit, in der das Leben mit Covid-19 zum Alltag geworden ist - in der guten Position, dass InCARE vor Ort bekannt geworden ist und geschätzt wird; und dass unsere Impulse aufgenommen und weiterentwickelt werden.

Der Weg entsteht im Gehen, und Innovation oftmals in den Zwischenräumen. Wir müssen diese Räume schaffen, wahren, und weiterentwickeln. InCARE bedeutet für uns zuvorderst: Raum und Zeit zu haben, um die Dinge ein wenig anders zu sehen, ein wenig anders zu denken, und ein wenig anders auszuprobieren.

Wir freuen uns, dass wir im Rahmen von InCARE diese Möglichkeitsräume hatten. Wie wir sie genutzt haben, können Sie auf den folgenden Seiten nachlesen.

Ein **Danke** an dieser Stelle an das InCARE-Projektteam vor Ort; an die verlässliche Support-Struktur innerhalb der Chance B; für die immer konstruktive, bereichernde und nette Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung; für die Offenheit von unseren Kooperationspartner:innen, den HKP-Kund:innen und den pflegenden Angehörigen, sich auf InCARE einzulassen. Ein DANKE auch an die vielen Vernetzungspartner:innen, die Interesse und Neugier und auch kritische Fragen eingebracht haben; an unsere Konsortiums-Partner, insbesondere an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; und last, but not least, ein Danke an unsere Fördergeber:innen, die finanziell dazu beigetragen haben, dass all dies entstehen konnte und sich weiter entwickeln wird.

Übersichtsblatt Ergebnis A: Schulungsangebot - Entlastung für Frauen [und Männer], die Care-Arbeit leisten

1. Basis im Projektantrag:

Main pilot activities

- ✓ Create a local provider network with the aim to establish a single entry point for elderly persons with complex needs
- ✓ Plan and organize 4 regional stakeholder workshops, each with 10 participants representing local service providers, care professionals and regional decision-making bodies
- ✓ Establish a local care management platform to link local authorities with care providers with the aim to optimize the allocation of resources in line with the needs of the elderly
- ✓ Design and implement a local, multi-professional, cross-organizational care management system building on the development of multi-disciplinary local teams (following the Buurtzorg and neighbourhood teams care models) in 3 municipalities in Styria
- ✓ Increase professionalization and further development of care services through transfer of knowledge and experiences with international care service providers (study visit to Netherlands for 2 team members)
- ✓ **Develop 4 training sessions for care professionals (20 care workers, home-helpers and nurses) to enhance care management and integrated care delivery practical and theoretical skills.**

2. Verknüpfung mit der Theory of Change Map:



3. Meilensteinplan:

Meilenstein 1: Teil 1 der Schulungen wurde erfolgreich durchgeführt 30.06.2022

erfolgreich abgeschlossen!!

A.1 inhaltliche Kooperation mit Styria vitalis zu Entlastung und Caring Community Ansatz

In Kooperation mit Styria vitalis wurden die Module 1 und 2 entwickelt, die einerseits gerade in Bezug auf die Corona-Pandemie das Thema Entlastung und Resilienz zum Thema machten, und andererseits weiterführend den Bereich „Caring Communities“ im Kontext von professioneller mobiler Unterstützung beleuchteten.

A.2 inhaltliche Kooperationen für train the trainer-Module zu Schulung von Angehörigen

Für die Trainingsmodule 3 und 4 wollten wir sowohl mit dem Pflegeheim Schillerhaus, das ab Frühjahr 2023 auch ein Tageszentrum-Angebot hat, als auch mit den Community Nurses vor Ort zusammenarbeiten. Darüber hinaus waren wir mit den Verantwortlichen für die Schulungsangebote der Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, mit der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen in der Steiermark, mit der Abteilung Gesundheit, Pflege und Betreuung der Arbeiterkammer Steiermark und mit der Pflegedrehscheibe Steiermark in Kontakt, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Die Kooperation mit dem Tageszentrum Schillerhaus war trotz großen Interesses letztendlich aufgrund der vielfältigen Anforderungen in der Eröffnungsphase des Tageszentrums nicht möglich; und auch das Pilotprojekt der Community Nurses im Bezirk Weiz wurde frühzeitig beendet, sodass keine inhaltliche Kooperation möglich war. Nachdem uns aber die Teilnahme von Community Nurses wichtig erschien, haben wir die Zielgruppe auf Community Nurses aus den angrenzenden Bezirken ausgeweitet; so konnten wir fünf Community Nurses in der Fortbildung begrüßen.

Hervorzuheben ist, dass wir von der ursprünglichen Planung, das inhaltliche Know-How extern zu holen, abgekommen sind zugunsten der Zusammenfassung und der Sichtbarmachung des Praxis- und Erfahrungs-Wissens aus dem Handlungsfeld der Hauskrankenpflege. Zum spezifischen Thema Gewalt in der Pflege und Gewaltschutz haben wir die externe Expertise von Juliane Gerhalter, GGZ, in Form eines Workshop-Inputs in Modul 4 hinzugezogen.

A.3 Anerkennung der Schulungen als Weiterbildung, Bewerbung

Die Inhalte der Schulungen entsprachen den Anforderungen für die Absolvierung der gesetzlichen Fortbildungspflicht lt. GuKG und konnten somit als solche anerkannt werden.

Unseres Wissens waren die Trainingsmodule 1 und 2 die erste Schulung in der Region, die das Thema Caring Communities als Weiterbildung im Rahmen der gesetzlichen Fortbildungspflicht ermöglichte.

Die Schulungszeiten wurden so gewählt, dass die Mitarbeiter:innen, die an der Schulung Interesse haben, nicht einen ganzen Arbeitstag ausfallen, d.h. dass sich, falls notwendig, ein Früh-Einsatz ausgehen konnte. Auch die Wochentage wurden so gewählt, dass sie bestmöglich in den Wochen-Rhythmus der mobilen Dienste passen (d.h. an Tagen mit weniger Betreuungsdichte, wie z. B. Dienstag und Donnerstag). Die Trainingsmodule 1 und 2 wurden bei den Einsatzleitungen der verschiedenen professionellen Dienste in der Region schriftlich und mündlich bekannt gemacht und beworben. Besonderes Augenmerk wurde daraufgelegt, dass sowohl unterschiedliche Berufsgruppen, als auch Mitarbeiter:innen aus unterschiedlichen Organisationen angesprochen werden. Die Zusage für eine Teilnahme erfolgte daher nicht nur anhand der Reihenfolge des Eintreffens der Anmeldungen, sondern auch mit Blick auf diese beiden Kriterien.

Die Schulungsinhalte von Modul 3 und 4 wurden als eine Fortbildungsreihe konzipiert, entsprachen der gesetzlichen Fortbildungspflicht nach dem GuKG und konnten somit als Fortbildung bewertet werden. Es wurden Community Nurses, Mitarbeiter:innen der mobilen Dienste und des neu eröffneten Tageszentrums angesprochen. Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung zu stärken, wurden verschränkend auch Mitarbeiter:innen von Beratungsstellen für ältere Menschen, Aktivist:innen aus Selbsthilfegruppen, Freiwillige, die im Besuchsdienst tätig sind, und pflegende Angehörige zu der Fortbildungsreihe eingeladen.

A.4.1 Durchführung der Schulungseinheiten / Styria vitalis Angebot

Die beiden Themenkomplexe „Resilienz“ und „Caring Communities“ wurden zwei Mal angeboten: der Input zu Entlastung und Resilienz fand am 15. März und am 9. Juni statt, der Input zu Caring Communities am 22. März und am 14. Juni. Die Vortragenden waren Mag. Roland Gürtler und Mag.^a Ines Jungwirth, MPH. Die zwei Teilnehmerinnen-Gruppen (15. und 22. März / 9. und 14. Juni) waren weitgehend konstant.



Oben: Teilnehmerinnen der Schulungseinheit im Juni 2022

Links: Teilnehmerinnen der Schulungseinheit im März 2022

Gruppenfotos: Nadine Brandl, Chance B restl.: Karin Ondas

A.4.2 Durchführung der Schulungseinheiten / train the trainer-Angebot: Fortbildungsreihe „Unterstützung und Beratung von pflegenden Angehörigen“

Schulungen für pflegende Angehörige sind derzeit in der Oststeiermark weder umfassend noch ausreichend verfügbar. Dabei wäre es äußerst wichtig, pflegende Angehörige bestmöglich zu unterstützen, anzuleiten und zu begleiten. Sie sind ein wesentlicher Faktor in der Betreuung und Pflege zu Hause und übernehmen einen essenziellen Teil der Versorgung. Die Fortbildungsreihe zielte darauf ab, Professionist:innen und Berater:innen in ihren jeweiligen Handlungsfeldern – sei es in der mobilen Pflege, im Entlassungsmanagement, bei der Tätigkeit als Community Nurse oder als Mitarbeiterin eines Servicezentrums der Gemeinde – so zu bestärken, dass sie pflegende Angehörige gut unterstützen und beraten können. Die Trainingsmodule umfassten viele Aspekte des alltäglichen Kontakts mit pflegenden Angehörigen und so wesentliche Themen wie beispielsweise Gesprächsführung, Umgang mit der letzten Lebensphase, Hilfreiches für die Kommunikation mit von Demenz betroffenen Menschen, oder die Unterstützung bei der Mobilität. Im Rahmen der

Erarbeitung der Inhalte der Trainingsmodule wurden Checklisten und Abklärungshilfen konzipiert und kompakte Zusammenfassungen, beispielsweise für Vortragsabende für pflegende Angehörige, zur Verfügung gestellt.



*Kleine Bilder: Nadine Brandl, Chance B,
Gruppenfoto: Karin Ondas*

Eindrücke aus den Trainingsmodulen 3 und 4: Regina Entfellner und Monika Köck erarbeiteten die Inhalte und vermittelten sie den Teilnehmerinnen. Methodisch wurden sie dabei von Karin Ondas unterstützt.

A.5 Nachbearbeitung und Dokumentation

Die Teilnehmerinnen erhielten am Ende jedes Schulungs-Tages einen Feedback-Bogen, der vor Ort ausgefüllt wurde. Der Fragebogen war anonym und es wurde darauf Wert gelegt, genug Zeit und Raum für die Beantwortung zu lassen und auch darauf hinzuweisen, dass auch kritisches Feedback erwünscht ist. Am Anfang und Ende des Schulungs-Tages wurden die Teilnehmerinnen jeweils auch von InCARE-Teammitgliedern begrüßt und verabschiedet; auch hier wurde ein Zeitfenster für mündliche Rückmeldungen geschaffen.

Den Teilnehmerinnen wurden nach den Schulungseinheiten zeitnahe die Folien und inhaltlichen Unterlagen elektronisch zur Verfügung gestellt.

Das Feedback zu allen vier Trainingsmodulen war ausgesprochen positiv; lediglich bei der zweiten Caring-Communities-Einheit wurde der praktische Mehrwert im Vergleich zur ersten

Einheit, und auch im Vergleich zu den anderen Modulen, niedriger eingeschätzt. Über die Schulungen wurde sowohl auf der InCARE-Webseite als auch auf Facebook (Chance B, Styria Vitalis, GGZ) berichtet. Auch im Chance B – Newsletter an alle Mitarbeiter:innen wurde über die Schulung berichtet.

Nachdem die Arbeitsmaterialien, die für die Trainingsmodule 3 und 4 verwendet wurden, vom InCARE-Team selbst zusammengestellt wurden, wurden sie auch im Sinne eines open source Prinzips weiterverbreitet. Sie wurden nach den Schulungen an vielen unterschiedlichen Stellen vorgestellt und erläutert, und die für die Fortbildung erarbeiteten Foliensätze mit hilfreichen Informationen für pflegende Angehörige wurden im Anschluss auf der Webseite der Interessensgemeinschaft Pflegender Angehöriger veröffentlicht.

A.6 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen

Erstes Jahr Projektimplementierung: Die beiden ersten Module waren zwar für 15 Teilnehmer:innen konzipiert und ausgeschrieben. Es nahmen letztlich pro Modul aber nur 10 bzw. 11 Teilnehmer:innen teil. Die Kapazitäten der Mitarbeiter:innen der mobilen Dienste, um zeitgleich an Schulungen teilzunehmen, sind begrenzt; dies sollte sowohl bei der Gruppengröße als auch bei der Länge bzw. auch der Anzahl der Schulungseinheiten berücksichtigt werden. Dass die Einheiten sowohl regional vor Ort als auch organisational durchmischt stattfanden, wurde als sehr positiv gewertet. Diese beiden Aspekte haben wir mit Blick auf zukünftige Schulungsangebote innerhalb der Chance B und bei der Pflegedienstleitung des Sozialmedizinischen Pflegedienstes rückgemeldet.

Zweites Jahr Projektimplementierung: Um das im Rahmen von InCARE entwickelte Trainingsangebot weiter fortzuführen, haben wir mit verschiedenen möglichen Kooperationspartnern Kontakt aufgenommen. Mit dem ÖGKV, dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, konnten wir schließlich vereinbaren, dass die Inhalte im Rahmen des ÖGKV-Fortbildungsprogramms ab Jänner 2024 für Interessierte verfügbar sein werden.

Wir haben bei zahlreichen Gelegenheiten innerhalb der Projektlaufzeit immer wieder darauf hingewiesen, dass wir die Unterstützung, Beratung und Entlastung von pflegenden Angehörigen als ein wesentliches Element von integrierter Versorgung verstehen. Im Zuge der Durchführung der Train-the-trainer-Schulung waren wir damit konfrontiert, dass unsere Herangehensweise in Sachen Informationsvermittlung für einige unserer Ansprechpartner:innen in der Konzipierungsphase nicht so einfach nachvollziehbar war. Das hat uns anfangs recht erstaunt, und wir wussten nicht so recht, warum wir unsere Ideen so schwer verständlich machen konnten.

Nach einigen solchen Erfahrungen und der Reflexion darüber sind wir zu dem Schluss gekommen, dass es vermutlich daran lag, dass wir sehr unterschiedliche „Bilder“ zur Bündelung und Weitergabe von Information hatten.

Sieht man „Information“ als Aufgabe einer einzigen, zentralen Stelle, dann hat das völlig andere Implikationen, als wenn man „Information“ als ein Netzwerk denkt, in dem es viele verschiedene Ansprechpartner:innen, Informations-„Cluster“ und unterschiedliche Beziehungen zueinander gibt. Wir haben diesen Gedanken im Zuge der Age and Care Konferenz im September 2023 in Form eines Posters zu Papier gebracht. Es soll Reflexion

ermöglichen, und auch ein Anstoß sein, sich dieser unterschiedlichen Herangehensweisen bewusst zu werden.




Challenging Prevalent Notions of a “One-Stop-Shop” in the Austrian Long-Term Care-Sector: Implementation Experiences from the EaSI-Funded Project InCARE

Author: Karin Ondas, Chance B

InCARE is a 3-year innovation project (Nov. 20 – Oct. 23) that combines research and action in the field of long-term care. While national research focuses on situational analyses, policy papers and different scenarios for future costs of long-term care, the local implementation partners take action based on the findings and carry out interventions in the local setting.

The three InCARE pilot projects – in Austria, Spain, and Northern Macedonia – support inclusive development of community-based long-term care services through multi-stakeholder participatory approaches. The Austrian pilot implementation included exploring the concept of a “one-stop-shop” to advance integrated care. During the implementation phase, different interpretations of the notion of a ‘one-stop-shop’ were identified, which impacted efforts to improve counseling of users in long-term care services through cooperative networking. More precisely, the notion of a one-stop-shop was sometimes understood as one single/central place for transmitting information, and at other times as one single/central entry point for applying for services. We argue that further research could study the implications of these different concepts in more detail and also explore combinations of a one-stop-shop with a social networking approach.



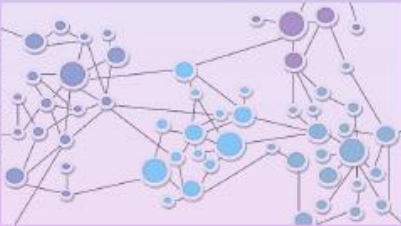
graphic: www.zukunftsaussichten.at

The notion of a one-stop-shop for information

All information should be available, and thus transmitted, at one central point/ “turntable” per region. Once a person in need of services got precise information at that turntable, they will subsequently apply at all the (different) service points for each single service needed.

The notion of a one-stop-shop to apply for services: single entry point

After being informed about their options at any “stop” or knot in the network, a person in need of services can subsequently apply at one single point for all services needed.



graphic: www.loebenstein.at

Sharing information: single-entry point combined with social knowledge networking

A one-stop-shop where the person in need can apply for services is complemented by a social networking approach in terms of information provision, where each point in the network is able to share similar information.

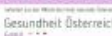


Co-funded by the European Union

Project co-funded by the European Union under the programme EaSI (VS/2020/02338)

The European Union support for the production of this document does not constitute an endorsement of the contents, which reflects the views only of the authors, and the European Union institutions and bodies cannot be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.

Austrian part co-funded by




www.incare.euro-centre.org @EuropeIncCare karin.ondas@chanceb.at, ksd@euro-centre.org

InCARE Poster, das im Rahmen der Age and Care Konferenz 2023 präsentiert wurde

Reflexion zu Ergebnis-Ebene A

In der Umsetzung der Schulungseinheiten wurden die 4 Trainingsmodule auf zwei größere Themengebiete aufgesplittet, und zwar in zwei Einheiten à 2 Tage zur Entlastung von Mitarbeiter:innen der mobilen Dienste und zum Schwerpunktthema „Caring Communities“, und in zwei Module à 2 Tage, die als train-the-trainer Ansatz Entlastung von pflegenden Angehörigen als Schwerpunkt hatten. Dieses Aufsplitten auf die zwei Projektjahre, sowie das Aufsplitten der ersten zwei Trainingsmodule in 2x2-Tages-Blöcke mit jeweils einer kleineren Gruppe an Teilnehmerinnen, hatte mehrere Vorteile: Wir konnten den ersten Teil recht rasch implementieren, ohne alle Eventualitäten der Covid-Pandemie-Entwicklung auf das gesamte Trainingsprogramm einplanen zu müssen; dadurch ist es uns gelungen, das erste regionale face-to-face-Weiterbildungsangebot für diese Zielgruppe seit Beginn der Pandemie im März 2020 anbieten zu können. Dadurch, dass wir den ersten Teil bereits im Juni 2022 erfolgreich abgeschlossen hatten, konnten wir uns in Ruhe der Konzeption und Vorbereitung des zweiten, komplexeren Teils widmen.

Einflussfaktor Covid-Pandemie und Schutzmaßnahmen

Im Winter vor dem ersten Schulungstermin befand sich Österreich in einem Lockdown, der in einigen Aspekten bis März 2022 andauerte. Dies hatte Einfluss sowohl auf die Themensetzung des ersten Blocks – nämlich Resilienz und Selbstfürsorge – als auch auf viele praktische Aspekte bei der Durchführung.



Foto: Nadine Brandl, Chance B

Monika Köck und Karin Ondas in der Konzeptionsphase

Weitere Einflussfaktoren

Der Sozialhilfeverband (SHV) Weiz hatte zeitgleich mit dem Beginn der Konzeption des train-the-trainer-Ansatzes die Zusage für ein großes Pilotprojekt im Bereich des Community Nursing, finanziert durch EU-Gelder, erhalten. Der SHV ist gleichzeitig auch Träger des Pflegeheims „Schillerhaus“ in Gleisdorf, das mit Frühjahr 2023 auch ein Tageszentrum eröffnete. Auf (landes)politischer Ebene wurde Anfang 2022 beschlossen, das derzeitige System der Kostentragung der Sozialhilfe zu reformieren und die SHV in ihrer jetzigen Form aufzulösen. All diese Faktoren bzw. die damit einhergehenden Unabwägbarkeiten spielten eine Rolle hinsichtlich der Kooperationen vor Ort.

Geschlechterverhältnisse

In der Formulierung der Projektziele in diesem Bereich hatten wir „Männer“ in Klammer gesetzt: „Schulungsangebot - Entlastung für Frauen [und Männer], die Care-Arbeit leisten“. Dass Männer absolut unterrepräsentiert sind, hat sich in der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen-Gruppe praktisch bestätigt. Gleichzeitig ist die Wahrnehmung der Tatsache, dass wir als Zielgruppe in der Care-Arbeit fast ausschließlich Frauen begegnen, noch kein Schritt hin zu einer Veränderung dieser Geschlechterverhältnisse in Richtung einer gerechteren Aufteilung der Care-Arbeit.

Übersichtsblatt Ergebnis B:

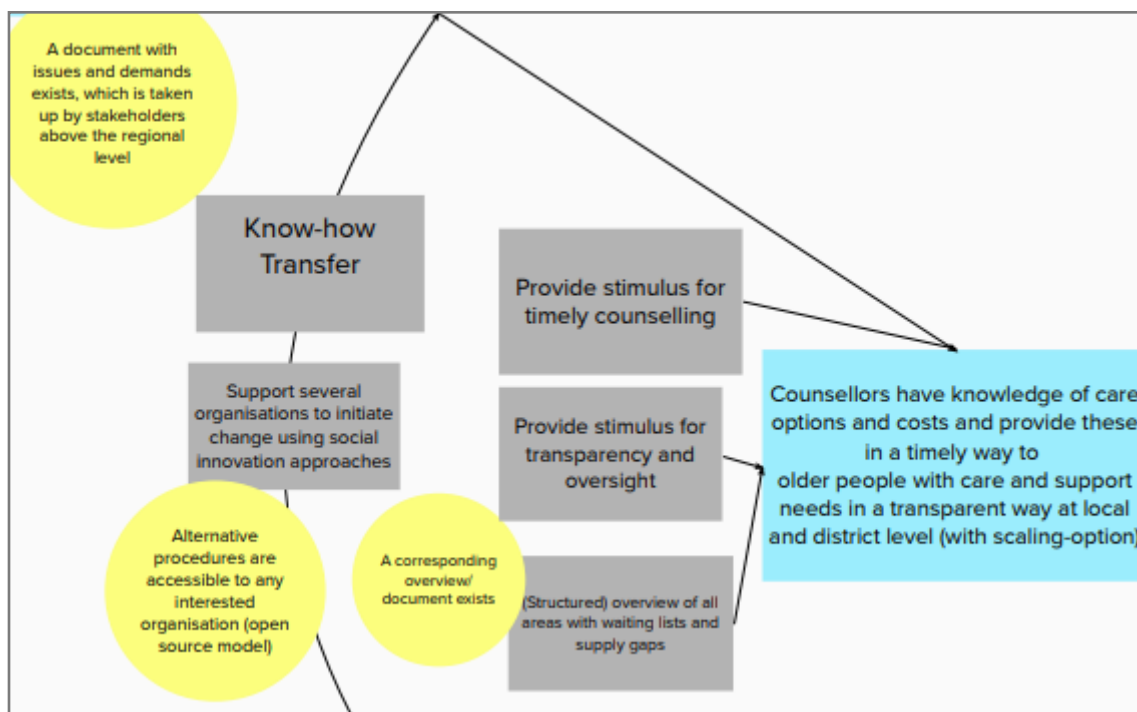
Impulse für die Übersichtlichkeit der Angebote auf lokaler und auf regionaler Ebene setzen (skalierbar)

1. Basis im Projektantrag:

Main pilot activities

- ✓ Create a local provider network with the aim to establish a single entry point for elderly persons with complex needs
- ✓ Plan and organize 4 regional stakeholder workshops, each with 10 participants representing local service providers, care professionals and regional decision-making bodies
- ✓ Establish a local care management platform to link local authorities with care providers with the aim to optimize the allocation of resources in line with the needs of the elderly
- ✓ Design and implement a local, multi-professional, cross-organizational care management system building on the development of multi-disciplinary local teams (following the Buurtzorg and neighbourhood teams care models) in 3 municipalities in Styria
- ✓ Increase professionalization and further development of care services through transfer of knowledge and experiences with international care service providers (study visit to Netherlands for 2 team members)
- ✓ Develop 4 training sessions for care professionals (20 care workers, home-helpers and nurses) to enhance care management and integrated care delivery practical and theoretical skills.

2. Verknüpfung mit der Theory of Change Map:



3. Meilensteinplan:

Meilenstein 2: Die ersten beiden Impulse haben zu einer Verbesserung der Übersichtlichkeit geführt 31.03.2023

erfolgreich abgeschlossen!!

B.1.1 Erarbeitung von Impuls 1, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern

Der erste Impuls war ein für das Frühjahr 2022 geplanter Stakeholder-Workshop. Dafür fand frühzeitig eine Abstimmung mit dem zuständigen politischen Ressort und der Fachabteilung „Gesundheit und Pflegemanagement“ des Landes Steiermark statt. Der Fokus war auf der Frage, inwieweit es derzeit tatsächliche – auch finanzielle – Anreize in Richtung “mobil vor stationär” gibt; bzw. inwieweit hier insbesondere mit der Abschaffung der Regress-Regelungen im stationären Bereich nicht auch Anreize in die gegenteilige Richtung wirksam werden.

Inhaltlich und organisatorisch wurde der Workshop von der Chance B gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung erarbeitet. Der Fokus war auf dem Ziel eines niederschweligen Zugangs zu Mobilen Diensten; Transparenz der Selbst-behalte in der mobilen Pflege; sowie Vereinfachung bei der Organisation von Unterstützungsleistungen.

B.1.2 Einbringen von Impuls 1 bei Umsetzungsverantwortlichen

Am 12. April 2022 fand der Stakeholder-Workshop statt, bei dem sich auf Basis der zuvor erarbeiteten Schwerpunkte die Workshop-Teilnehmer:innen in unterschiedlichen Formen mit den Inhalten auseinandersetzen konnten (Break-Out-Rooms, Padlet, Plenumsdiskussionen). Zur Teilnahme eingeladen waren die Stakeholder, die am InCARE Theory of Change Prozess zu Beginn beteiligt waren, sowie weitere InCARE-Interessierte. Insgesamt nahmen 13 Stakeholder und 4 InCARE-Teammitglieder teil; von den letzteren waren zwei für die Moderation und zwei für die Diskussions-Inputs verantwortlich.

Wie gelingt Entlastung? - Ansätze

Vom Ziel aus denken: Die informellen Pflege durch Angehörige ist enorm wertvoll. Entlastung sollte selbstverständlich sein. Je einfacher zugänglich die Entlastungsangebote sind, desto besser.

Wie kann Ersatzpflege (und, darüber hinaus, Entlastung) besser gelingen?

- Wie werden die unterstützenden Dienstleistungen zugänglicher?
- Wie können die Formulare unter Berücksichtigung der Praxis zugänglicher gemacht werden?
- Wo und wie kann der administrative Aufwand verringert werden?

On the right side of the slide, there is a vertical stack of six video feeds showing participants. From top to bottom, the names below the feeds are: Michael Longhino, Kathi Dödel, Chance B, Arlene Kadi, Jungpohl C., Kai Eichhammer, and Monika Gessl.

B.1.3 Follow-up zu Impuls 1, Dokumentation

Im Juli 2022 fand eine Nachbesprechung und Abstimmung mit der zuständigen leitenden Beamtin für den Fachbereich mobile Pflege statt, bei dem unter anderem Muster-Beispiele für den Selbstbehalt diskutiert wurden. Diese Muster-Beispiele wurden in Abstimmung zwischen InCARE und der Chance B Hauskrankenpflege erarbeitet und an unsere Ansprechperson in der Fachabteilung für mobile Pflege und Betreuung übermittelt.

Die schriftliche Zusammenfassung des Stakeholder-Workshops diente als Grundlage für eine vertiefende Bearbeitung in der InCARE policy facilitation group im Juni 2022.

B.2.1 Erarbeitung von Impuls 2, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern

Als zweiten Impuls gestalteten wir einen Folge-Workshop statt unter dem Titel: „Das Private ist politisch? Warum die Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen wichtig ist und wie sie besser gelingen kann“. Dieser zweite online-Stakeholder-Workshop fand am 22. Oktober 2022 statt. Inhaltlich und organisatorisch wurde er von der Chance B gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung erarbeitet. Im Vorfeld wurden insbesondere mit der IG Pflegende Angehörige die geplanten Schwerpunkte und Inputs abgestimmt. Ergänzend dazu gestaltete auch die Initiative Two next Inclusion einen Input.



Input IG Pflegende Angehörige

Wen geht Pflege etwas an? Die Übernahme von Pflegeaufgaben erfolgt meist spontan; es sind vor allem Frauen betroffen. Ist das eine Privatangelegenheit?

Hat mit einem konservativen Familien- und Frauenbild zu tun; von dem Bild, Pflege wäre „die Rolle der Frau“ hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung, die einen Wert hat.

Frauen als Pflegende: es braucht Bildung, um Geschlechterungleichheit zu verändern - schon bei young carers übernehmen mehr Mädchen Verantwortung.

Es besteht ein Verpflichtungsgefühl, Sorgearbeit zu leisten – nicht zu verwechseln mit Freiwilligenarbeit oder Ehrenamt.

Familien dürfen in Bezug auf Pflege kein geschlossenes System sein!

Recht auf Entlastung, auf Unterstützung; man muss auch die Möglichkeit haben, Pflegeverantwortung abzulehnen. Es braucht Rechtsanspruch auf Unterstützungsangebote.

Es sollte nicht so ein „Bürokratie-Dschungel“ sein; es braucht nicht noch mehr Broschüren, sondern einen durchgängiger Versorgungspfad; Entlassungsmanagement muss bei Aufnahme beginnen, Case und Care Management durchgehend. Das ist eine politische Frage!

Entlastungsangebote: pflegende Angehörige haben wenig Lobby, vieles ist nicht ausreichend bekannt. Die meisten wissen z.B. nicht, dass auch Nachbarin bei Ersatzpflegeangebot einspringen könnte. Viele weitere Beispiele: stationäre Reha für pflegende Angehörige, umfassende psychologische Unterstützung; gesicherte 24h-Betreuungsangebote; Reform und Anpassung Pflegegeld; die pflegenden Angehörigen sind nicht erfasst; es braucht neue Wege, sie müssen einbezogen werden. Community Nursing und Social Prescribing sind gute Ansätze.

Nordische Länder: eine andere Denkweise als „Familie ist Privatangelegenheit“ - Familie nicht die einzige Antwort → müssen wir auch schaffen, gesellschaftspolitische Aufgabe

Krisenzeiten schaffen hohe Belastung; Auswirkungen der Pandemie, die auch pflegende Angehörige betreffen (beispielsweise Long Covid). Es gilt, gemeinsam für eine Veränderung der Sorgearbeit zu kämpfen.

Auszug aus der Workshop-Dokumentation

B.2.2 Einbringen von Impuls 2 bei Umsetzungsverantwortlichen

Auf Basis der zwei Fach-Inputs konnten sich die Workshop-Teilnehmer:innen in unterschiedlichen Formen mit den Inhalten auseinandersetzen (Break-Out-Rooms, Padlet und Plenumsdiskussionen). Zur Teilnahme eingeladen waren die Stakeholder, die sich im Rahmen des Theory of Change Prozesses beteiligt hatten, sowie weitere InCARE-Interessierte. Insgesamt nahmen 12 Stakeholder, 5 InCARE-Teammitglieder und 2 Vortragende an der Veranstaltung teil.

B.2.3 Follow-up zu Impuls 2, Dokumentation

Rückmeldungen zur Veranstaltung wurden per online-Fragebogen eingeholt; das Feed-Back zur Veranstaltung war durchwegs sehr positiv. Die Dokumentation des Workshops wurde an alle Workshop-Teilnehmer:innen und über den allgemeinen InCARE-Verteiler ausgesendet. Mit überregionalen politischen Vertreter:innen und Umsetzungsverantwortlichen in den Fachabteilungen fanden Nachbesprechungs-Termine zu den Workshop-Inhalten statt.

B.3.1 Erarbeitung von Impuls 3, gemeinsam mit lokalen Stakeholdern

Die Info-Messe „Pflege leicht verständlich“ fand innerhalb der Projektlaufzeit zwei Mal statt: das erste Mal im Mai 2022, wo wir zuvorderst das frühzeitige Erreichen von Personen mit Informationsbedarf als Zielsetzung hatten. Dieser erste Durchlauf ist bei der Ergebnisebene C (C.1. bis C.2.2) näher beschrieben.

Für die zweite Durchführung im Mai 2023 griffen wir auf die Erfahrungswerte der ersten Durchführung zurück. Während es einerseits wichtig war, Maßnahmen zu setzen, um die Anzahl an Besucher:innen zu erhöhen (was uns letztlich gelungen ist), waren andererseits auch die Rückmeldungen der beteiligten Dienstleistungs-Anbieter sehr wertvoll: diese meinten, dass es für sie selbst hilfreich war, dass sie im Rahmen der Info-Messe die Gelegenheit hatten, sehr einfach mehr über die Angebote der anderen Dienstleister zu erfahren. D.h. die Vernetzung untereinander stellte einen sehr wertvollen Neben-Effekt der Veranstaltung dar. Das trifft sich wiederum mit dem, was wir im November 2022 an wichtigen Erkenntnissen von der Studienreise in die Niederlanden mitgenommen hatten: dass auch das persönliche Kennenlernen der Professionist:innen im Feld als ein Schlüsselfaktor für gelingende integrierte Versorgung gesehen wird.

Für das Erreichen von mehr Personen mit Informationsbedarf haben wir uns darauf konzentriert, die Veranstaltung beim zweiten Durchgang nicht nur als Informations-Möglichkeit, sondern auch als eine Art „Dankeschön“ für pflegende Angehörige zu gestalten und zu kommunizieren. Es gab daher neben Fach-Vorträgen auch zum Abschluss der Veranstaltung Musik und Mundart-Gedichte und mehr Augenmerk auf der kulinarischen Verköstigung der Besucher:innen, sowie als „Goodie“ von Kindergarten-Kindern in der Gemeinde gestaltete Schlüsselanhänger.



*Eindrücke von der Info-Messe „Pflege leicht verständlich“ im Mai 2023 in Gleisdorf
Fotos: Nadine Brandl, Chance B*

B.3.2 Einbringen von Impuls 3 bei Umsetzungsverantwortlichen

Bei der zweiten Info-Messe wurden rund 70 Besucher:innen erreicht. Interessanter Weise war ein Teil davon Schüler:innen einer Fachschule für Sozialberufe. Das bedeutet, dass durch die Möglichkeit der Vernetzung hier auch bei den Besucher:innen eine Zielgruppe angesprochen wurde, die wir in der Konzeption gar nicht im Blickfeld hatten. Tatsächlich ist es gar nicht einfach zu sagen, wer bei diesem dritten Impuls, den wir in der Region gesetzt haben, „umsetzungsverantwortlich“ ist bzw. sein könnte. Die Gemeinde Gleisdorf ist an einer Fortführung interessiert – wer aber der entsprechende Sparring Partner sein könnte, ist noch nicht abschließend geklärt. Im Sinne des Care Managements könnte die Pflegedrehscheibe den Ball aufnehmen und Mit-Organisator von solchen Veranstaltungen werden; es könnte auch das Regionalmanagement Oststeiermark, das sich seit einiger Zeit aus der Perspektive des Regionalmanagements mit dem Thema Pflege auseinandersetzt, diese Rolle übernehmen. Oder eine Dienstleistungs-Organisation (in dem Fall würde sich natürlich die Chance B anbieten), oder ein Zusammenschluss von Organisationen, nimmt sich des Themas „Vernetzung“ an.

B.3.3 Follow-up zu Impuls 3, Dokumentation

Seitens des InCARE-Teams haben wir alle Schritte, die für die Organisation der Info-Messe unsererseits gesetzt wurden, sowie die entsprechende Timeline in einer Dokumentation aufbereitet und zusammengefasst und der Gemeinde Gleisdorf als Grundlage für ein Follow-up zur Verfügung gestellt. Wir haben die Pflegedrehscheibe über diesen Impuls informiert und eine Fortführung bzw. auch ein Scaling in anderen steirischen Regionen angeregt. Die Arbeiterkammer Steiermark, die ein recht ähnliches Format in einem wesentlich größeren Maßstab als „Tag der Pflege“ anbietet, haben wir ebenfalls über unsere regionalen Ergebnisse informiert.

B.4.1 Strukturierter Überblick über Bereiche mit Wartelisten und Angebotslücken

Sowohl in dem im Februar 2020 veröffentlichten Bericht des Bundesrechnungshofs zu Pflege in Österreich ([Bericht des Rechnungshofes: Pflege in Österreich](#)) als auch in dem im April 2022 veröffentlichten Prüfbericht des Landesrechnungshof Steiermark zum Thema Pflege- und Betreuungsberufe ([Pflege- und Betreuungsberufe in der Steiermark.pdf](#)), als auch in dem Beteiligungsprozess der Task Force Pflege ([Übersicht](#); Bericht siehe hier: [TF Pflege Ergebnisbericht bf.pdf \(goeg.at\)](#)) wird deutlich, dass die systematische Erhebung von steuerungsrelevanten Daten, die entsprechende Aufbereitung und die Ausgestaltung der Steuerung anhand dieser Grundlagen ein Bereich ist, wo großes Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

Es ist wichtig, datenmäßig nicht im Blindflug unterwegs zu sein; mindestens genauso wichtig ist es aber auch, nicht an allen möglichen Stellen in größter Detailliertheit Daten zu sammeln bzw. auch zu generieren, die zu dem Ziel, einen strukturierten Überblick zu bestimmten Problem- und Fragestellungen zu erhalten, kaum bis gar nicht beitragen können.

Die Erhebung von relevanten Daten stellte eines der übergeordneten Ziele von InCARE dar. Wir konnten zwar aufzeigen, dass dieses Problem besteht, und für eine bessere Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit der vorhandenen Daten plädieren; zur tatsächlichen Lösung oder Verbesserung beitragen konnten wir aber nur in einem eher geringen Ausmaß. Schritte in diese Richtung waren; eine Telefonkontakterhebung zum Start der Implementierungsphase; mehrmaligen Anfragen bei der Pflegedrehscheibe; der Mitarbeit an der InCARE online Umfrage; zwei EuroQoL-Umfragen bei den Kund:innen der Hauskrankenpflege der Chance B; und der Austausch von Informationen mit dem EaSI-Projekt I-CCC. Wir hatten auch vor, uns mit den Community Nurses im Bezirk Weiz enger abzustimmen, da genau dieser Aspekt auch einen wichtigen Teil des Auftrags an dieses Pilotprojekt darstellte. Durch den Abbruch des Pilotprojekts Community Nurses im Bezirk Weiz war dies nicht möglich.

Nachdem unsere personellen Kapazitäten im Projekt letztlich auch beschränkt waren, mussten wir Prioritäten setzen und zur Kenntnis nehmen, dass die gänzliche Erreichung der Ziele in diesen Teil des Projektauftrags durch die schwierige Ausgangslage unverhältnismäßig viele Projekt-Ressourcen gebunden hätte.

Zum Zeitpunkt des Projektendes von InCARE sind die Community Nursing Projekte in ganz Österreich im letzten Drittel der Erst-Implementierungsphase (d.h. abgesehen von jenen, die aus formalen Gründen schon früher abgebrochen wurden). Wir nehmen an, dass die Community Nurses mit ähnlichen Schwierigkeiten wie wir hinsichtlich der Erfassung von kontext-spezifischen und aussagekräftigen Daten konfrontiert sind. Welche Strategien angewendet wurden bzw. werden, um diese Schwierigkeiten zu meistern, könnte wertvolle Hinweise für die zukünftige Ausgestaltung von Projekt-Designs mit dieser Zielsetzung liefern.

Im Folgenden stellen wir unsere Ergebnisse zu unseren Bemühungen in Sachen Datenerfassung dar – im Bewusstsein, dass wir damit dem Ziel, einen strukturierten Überblick über Bereiche mit Wartelisten und Angebotslücken zu erhalten, nicht sehr viel näher gekommen sind.

1. Telefonkontakterhebung im Rahmen von InCARE



CHANCE B
Service

Anfrage Incare

Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihr Anliegen aufschreibe? ☐ ja ☐ nein
Wir behandeln Ihr Anliegen vertraulich und werten Ihre Anfrage anonymisiert aus.

Brauchen Sie selbst Unterstützung? Oder rufen Sie für eine andere Person an?
☐ selbst ☐ andere Person: _____

Welche Unterstützung brauchen Sie? Welche Unterstützung braucht sie/er?

☐ Körperpflege	☐ Hilfsmittelversorgung (Bett, Inko usw.)
☐ Mobilität	☐ Essen auf Rädern
☐ Medikation	☐ Hilfe im Haushalt
☐ Verbandswechsel	☐ Hilfe beim Einkaufen
☐ Inkontinenzversorgung	☐ Spazieren, Anwesenheit
☐ Personenbetreuer/in	☐ flexible kurzzeitige Versorgung
☐ etwas anderes: _____	

Bewertung
☐ Das können wir nicht (oder nur teilweise) anbieten:
 Bitte wenden Sie sich an: _____
☐ Gerne übernehmen wir das. Da brauchen wir noch genauere Informationen → weitere Bearbeitung

Wie sind Sie auf uns gekommen?
 Bitte keine Namen hineinschreiben! z.B. Freundin, Nachbarin, Schwester!

☐ Internet	☐ Weiz Sozial
☐ Hausärztin/Hausarzt	☐ Gemeindeamt
☐ Krankenhaus	☐ Pflegedrehscheibe
☐ Persönliche Empfehlung (von)	☐ Sonstige: _____

Bei wie vielen Stellen haben Sie angefragt?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ mehr als 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Datum, Uhrzeit: _____ Telefonat entgegengenommen von _____

Seite 1 von 1 F_Telefonanfrage Incare 27.10.2021

Um einen strukturierten Überblick zu erhalten, haben wir im November 2021 eine Telefonkontakterhebung konzipiert und an drei verschiedenen Stellen, an denen erfahrungsgemäß Erstanrufe angenommen werden, durchgeführt (Hauskrankenpflege der Chance B, Servicestelle der Stadt Gleisdorf, Sozialmedizinischer Pflegedienst Stützpunkt Gleisdorf).

Die Telefonkontakterhebung wurde an allen drei Stellen im Zeitraum von 30.11.-20.12.2021 umgesetzt.

1.2. Auswertung Rücklauf Telefonkontakterhebung

Gesamt wurden im Erhebungszeitraum 28 Betreuungsanfragen telefonisch gestellt. Die durchschnittliche passende Trefferquote belief sich auf rund 75%. Ca. 25% der Telefonkontakte sind nicht in der richtigen Dienstleistung angekommen.

Erläuterungen im Detail: Die Weiterleitung erfolgte an: Chance B Hausmasters, SMP als Heimhilfe, Pflegebettverleih über Gemeinde oder Fa. Lorenz, Pflegedrehscheibe. Diese Anrufer:innen erhielten von den teilnehmenden Stellen die passgenaue Information und benötigten dafür nur eine telefonische Weiterleitung. Das bedeutet, dass die Mitarbeiterinnen, die für diese telefonischen Anfragen zuständig sind, über die entsprechende Beratungskompetenz verfügen.

Die Kontaktaufnahme mit den drei teilnehmenden Stellen erfolgte durch die Empfehlung des Hausarztes / der Hausärztin und durch Bekanntheit im familiären Umfeld. Ein kleiner Anteil der Kontaktaufnahmen fand durch Empfehlung des Krankenhauses (2) oder nach einer Internetrecherche (2) statt.

Eine Anfrage war die einer Angehörigen, die sich mit einer komplexen Fragestellung und unklaren Bedarfen an die HKP der Chance B wandte. Diese Angehörige erhielt zwar von allen von ihr kontaktierten Dienstleistungs-Stellen Informationen, hatte dafür aber einen hohen Aufwand. Die „Stationen“ waren in dem Fall: Entlassungsmanagement LKH Weiz; Pflegedrehscheibe; Pflegeheimanbieter; HKP; 24h-Agenturen; HKP.

Genau bei solchen komplexen Fällen wäre es hilfreich, wenn alle kontaktierten Stellen einhellig an ein Case-Management verweisen könnten, das durchaus auch pro-aktiv mit dem/der Betroffenen Kontakt aufnimmt. Das Beispiel oben zeigt, dass das derzeit noch nicht der Fall ist; bzw. auch, dass das Weiterverweisen an unterschiedliche einzelne, für jeweils unterschiedliche Aspekte zuständige Stellen, derzeit auch eine gängige Form der Beratung darstellt.

2.1 Daten der Pflegedrehscheibe Weiz

Die Pflegedrehscheibe des Landes Steiermark hat uns im Jahr 2022 ein Dokument mit Daten der Pflegedrehscheibe Weiz zur Verfügung gestellt, in dem ein Eindruck zu den wahrgenommenen Versorgungslücken festgehalten ist. Aufgelistet werden Schwierigkeiten bei der Suche nach Pflegeheimbetten, nach Kurzzeitpflege, Wartezeiten für Hauskrankenpflege und Heimhilfe aufgrund von Personalengpässen, sowie ein fehlendes Angebot von mobiler Fußpflege. Bei der Auflistung handelt es sich um einzelne Eindrücke und nicht um eine systematische Erfassung von Versorgungslücken.

2.2 Daten der Pflegedrehscheibe auf Steiermark-Ebene

Auf eine zweite Anfrage zu Versorgungslücken und Wartelisten bei der Bereichsleitung Case- und Caremanagement des Landes Steiermark erhielten wir im Juli 2023 folgende Rückmeldung: „Die Mitarbeiter*innen der Pflegedrehscheiben des Landes Steiermark gestalten u.a. auch im Caremanagement die Versorgungslandschaft in der Steiermark positiv und aktiv mit. Werden in dem Zusammenhang Versorgungslücken festgestellt so erfolgt eine Information darüber an das Referat Pflegemanagement, wo diese Informationen in die

weiteren Planungsarbeiten einbezogen werden. Das Land Steiermark arbeitet laufend daran das Angebot für alle Bürger*innen leistbar zu verbessern.“

3.1. InCARE online Umfrage

Im Zuge der im Rahmen von InCARE durchgeführten InCARE-online-Umfrage wurden auch in Österreich mehr als 300 Personen umfassend zu ihren Erfahrungen und ihren Einstellungen und Erwartungen im Zusammenhang mit Langzeit-Pflege und Langzeit-Betreuung befragt. Die länderspezifische Auswertung ist hier abrufbar:

[InCARE Umfrage Ergebnisse \(centre.org\)](https://centre.org/)



Co-funded by the
European Union



EUROPEAN CENTRE FOR
SOCIAL WELFARE POLICY
AND RESEARCH



CHANCE B
GRUPPE



Federal Ministry
Republic of Austria
Social Affairs, Health, Care
and Consumer Protection

Zentrale Erkenntnisse

- Informelle Pflege und die Auffassung, dass die Familie für die Pflege verantwortlich ist, sind nach wie vor weit verbreitet, obwohl eine stärkere Rolle des Staates bei der Bereitstellung und Finanzierung der Pflege befürwortet wird.
- Wenige ÖsterreicherInnen (vor allem im mittleren Alter) vertrauen darauf, dass das System der Langzeitpflege ihre Wünsche und Erwartungen in Bezug auf ihren künftigen Betreuungs- und Pflegebedarf zu erfüllen vermag, wobei mangelnde Verfügbarkeit und hohe Kosten als Haupthindernisse für den Zugang zu Diensten und Einrichtungen genannt werden.
- Trotz geschlechtsspezifischer, altersbedingter und sozio-ökonomischer Unterschiede sowie einem Stadt-Land-Gefälle bei Erwartungen, Erfahrungen und Zugangshindernissen wird deutlich, dass solidarische Systeme der sozialen Sicherung bei Pflege- und Betreuungsbedarf ausgebaut und anhaltende Ungleichheiten beseitigt werden müssen.

AutorInnen: Stefania Ilinca, Cassandra Simmons, Selma Kadi und Kai Leichsenring sind ForscherInnen am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Karin Ondas ist Projektleiterin in der Chance B Gruppe.

3.2. EuroQol-Befragung im Rahmen von InCARE

Eine weitere Datenquelle stellt die EuroQol-Befragung dar, die im Rahmen von InCARE im Juni 2022 und Juni 2023 an alle Chance B – Hauskrankenpflege – Kund:innen ausgesendet wurde. Hier hatten wir eine sehr hohe Rücklaufquote. Wir haben die Erhebung anonymisiert, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit eröffnet, über die Euroqol-Fragen hinaus eine qualitative Rückmeldung zu geben; einige der Befragten haben diese Möglichkeit auch genutzt.

Die freien Rückmeldungen im **Sommer 2022** beziehen sich zum Teil auf die Qualität der Hauskrankenpflege der Chance B, zum Teil auf – fehlende -Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, und zwei Mal wird die Pflegegeld-Einstufung problematisiert:

	Kommentar/e
501	Ich bin mit Ihrem Team sehr zufrieden. Sie sind alle nett und zuvorkommend. Ich bin so glücklich, daß ich mir endlich helfen ließ. Ich dachte, ich schaffe es alleine, dabei leider ist es nicht so. Vielen Dank
508	Meine Mutter hat starke Schmerzen in der Früh beim aufstehen. Tagsüber geht es sehr gut mit der 24Pflege, aber am Abend leider starke Demenz (Wert15). Da mein Sohn und ich immer in der Nähe sind ist es sehr viel leichter für meine Mutter. Sie kennt nur mehr die Hausleute was sie täglich sieht. Die 24Hilfe ist eine große Hilfe für sie. Weil sie sich nicht waschen u. anziehen kann.
514	Ich wäre dankbar wenn es mehr Hilfe und Unterstützung für die Pflege daheim gebe. Als pflegende Gattin bin ich 24 Stunden eingespannt, ohne Freizeit. Zum Glück gibt es die Chance B die mich jetzt 2mal in der Woche unterstützt, so das ich wenigstens meine Arzttermine wahrnehmen kann.
515	Warum ist die Pflege zu Hause nichts wert?? <u>Pflegestufe</u>
528	Ohne die großartige Mithilfe der bestens ausgebildeten Mitarbeiterinnen der Chance B, Stützpunkt Gleisdorf hätten wir trotz 24h-Pflegekräfte die aufwändige Pflege unserer an Demenz/Typ Alzheimer erkrankten Mutter nicht geschafft. Nach 2 Schenkelhalsbrüchen im Dezember 2017/2018 bekam wir auf grund von Dekubitusstellen an den Fersen HKP-Hilfe als Unterstützung zuerkannt. Im Jahr 2022 bis zum Sterbetag am 28.6.2022. Zuerst 3x Woche bis zum Schluss 6x Woche <u>tägliche</u> Wundpflege, vor allem am Rücken!!! Nochmals vielen, vielen Dank für diese großartige Mithilfe. So Konnte unsere Mutter zu Hause friedlich einschlafen.
529	Es gibt zu viele Institutionen - ich habe schon einiges organisiert- doch die zu pflegende Person hat vieles abgelehnt. An die Damen der Chance B hat sie sich "schon" gewöhnt. Mehrere Angebote z. B. Physiotherapie, Massage, Versorgung für 1 oder mehrere Tage sollten vo <u>einer</u> Institution angeboten werden.
611	Ich bin dankbar, das es diese Einrichtung gibt. Die Pflegekräfte sind wirklich das Beste für meine Mutter und die Pflege zu Hause. Leider ist es schwierig die richtige Pflegeeinstufung zu bekommen. Wir müssen schon von der eigenen Tasche dazu bezahlen.
617	Möchte mich bedanken das ich im Genuss eurer wertvollen Hilfe sein darf. Danke für Rat und Tat. Bitte weiter um Hilfe bei Notwendigkeit.
630	Das ausfüllen des Fragebogens fand ich ohne Hilfe schwierig.
631	Meine Betreuer sind sehr lieb und nett, ich bin so zufrieden!
634	Genick und Kopf sowie Schwindel fast immer! Schmerzen

Qualitative Rückmeldungen im Rahmen der InCARE-Euroqol-Befragung von Chance B Hauskrankenpflege-Kund:innen und ihren Angehörigen im Juni 2022.

Die freien Rückmeldungen im **Sommer 2023** zeigen einerseits Rückmeldungen bezüglich der (als sehr gut eingeschätzten) Qualität der Unterstützung durch die Hauskrankenpflege der Chance B; sie geben darüber hinaus auch einen wertvollen Hinweis bezüglich des EuroQoL in Zusammenhang mit Demenz (siehe Antwort 803) und zeigen, dass die Rückmeldungen bei „Antworten by Proxy“ (801-828) durchaus die Frage der Passgenauigkeit von Angeboten bzw. von wahrgenommenen Angebotslücken, stärker im Blick haben.

Die Rückmeldung 801 – „man ist weitgehend alleine gelassen“ – trifft sich mit vielen Erfahrungsberichten, dass pflegende Angehörige in der Fülle der Informationen und Angebote oftmals Passgenauigkeit vermissen, bzw. sich auch eine:n Lots:in / besseres Case-Management wünschen würden.

Wir haben dazu die Hypothese, dass viel zu sehr auf eine „Catch-All“-Stelle für Information gesetzt wird, und zu wenig darauf geachtet wird, die Akteur:innen im Feld – und damit auch die Information – besser miteinander zu vernetzen (siehe Punkt A.6).

	Kommentar/e
706	Ich bin sehr zufrieden mit dem Personal der Chance B Gruppe
707	Herzlichen Dank für die gute (super) Betreuung! Ich bin sehr froh daß es es Euch alle gibt
727	Ich lebe gerne zu Hause, und bin dankbar daß, mich die Hauskrankenpflege liebevoll betreut.
738	Mit der HKP fühlt man sich bestens und wohltuend behandelt. Verlorene Lebensfreude und Angst vor weiteren fortschreitender Kränklichkeiten sind weitgehendst vergessen. Es geht einfach besser und die Lebensfreude ist wieder vorhanden. Ich danke herzlichst für die umfangreiche und kompetente Behandlung.
740	Die Chance B ist eine erstklassige Einrichtung und ich danke allen Pfleger/innen für die hervorragende Betreuung.
743	Ich bin mit dem Betreuungspersonal sehr gut zufrieden.
801	Man ist weitgehend alleine gelassen
803	Ich habe diesen Bogen statt meiner Mutter ausgefüllt, da sie leicht dement ist. Bei zwei Fragen hatten wir Schwierigkeiten den Zustand gut abzubilden..... In diesem Fragebogen ist der Zustand der Demenz nach meinem Gefühl nicht gut gefasst.
804	In OÖ und in Wien gibt es das AMS, wo diese unter andeem in Bad Ischl, Bad Hall für Demente und deren Angehörige einen 8täg. Urlaub anbieten. Außerdem können sich 1x in der Woche, diese kostenlos treffen. Das gibt es leider in der Stmk. Nicht !!!
807	Fr. N. würde mitteilen" es ist nichts mehr mit mir" Starke Schmerzen alles ist negativ. Häusliche Pflege aufrecht erhalten.
825	Eine 1 oder 2tägige Betreuung im Haus - denn die Einrichtungen außer Haus nimmt meine Mutter nicht an - wäre eine Entlastung
828	Weiß nicht ob er Schmerzen spürt, trotz seines Harninfekts klagt er nicht dass ihm was weh tut, frag ihn doch öfter, er sagt immer nein.

Qualitative Rückmeldungen im Rahmen der InCARE-Euroqol-Befragung von Chance B Hauskrankenpflege-Kund:innen und ihren Angehörigen im Juni 2023.

3.3. I-CCC Bedarfsanalyse

Im Rahmen eines zweiten, ebenfalls in der Steiermark implementierten EASI-Projekts hat das Rote Kreuz die Gesundheit Österreich GmbH damit beauftragt, eine Bedarfsanalyse durchzuführen; genaueres siehe [Needs Assessment final bf.pdf \(goeg.at\)](#). Im Zuge dieser Erhebung wurden Fokusgruppen abgehalten und qualitative Interviews mit den Zielgruppen durchgeführt, sowie auch Stakeholder aus den beiden Projektregionen Wien und Hartberg-Fürstenfeld im Rahmen von Stakeholder-Meetings befragt. Die Beschreibung der Bedarfe, wie sie in der Region Hartberg-Fürstenfeld geäußert wurden, entspricht dem Alltags-Wissen der in das Projekt InCARE vor Ort eingebundenen Pflegefachkräften:

Ergebnisse

Die Bedürfnisse der Zielgruppen der geplanten Zentren variieren je nach Region. So spielen auf organisatorischer Ebene in Wien vor allem die Öffnungszeiten eine Rolle, in Hartberg steht hingegen ein aufsuchendes Angebot im Fokus. Inhaltlich sollen Schwerpunkte in beiden Regionen beispielsweise auf Beratung bezüglich Pflege und Entlastungsangeboten für Angehörige, Hilfe zur Selbsthilfe für pflegebedürftige Menschen und psychologische Unterstützung für alle Beteiligten gelegt werden. Auch die Empfehlungen der Stakeholder unterschieden sich teilweise regionsspezifisch: In Wien ist es wichtig, dass das I-CCC einen Überblick über die vielen Angebote für die Zielgruppe hat und Informationen auch mehrsprachig anbietet. Zudem soll ein „niedergelassenes Entlassungsmanagement“ umgesetzt werden. Die Stakeholder wünschen sich aktive Netzwerkarbeit sowie regelmäßige Netzwerktreffen mit den I-CCC. In Hartberg stehen Erwachsenensozialarbeit und das Aufzeigen von Angebotslücken im Vordergrund. Auch präventive Angebote werden dort als zentral erachtet. Parallelen zu Wien bestehen im Wunsch nach einem regelmäßigen Austausch innerhalb des Netzwerks.

Quelle: Juraszovich, Brigitte; Edtmayer, Alice; Rappold, Elisabeth (2021): Innovative Community Care Center (I-CCC) – Needs-Assessment. Gesundheit Österreich, Wien, Seite 5

B.4.2 Dokumentation, lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen

In Sachen Datenerhebung stehen wir regional vor denselben Problemen, die viele Player mit und trotz ihres wesentlich einfacheren Zugangs zu den gesammelten, vorhandenen Daten haben. Gleichzeitig könnte die Aussage einer Angehörigen – selbst wenn es sich um eine Einzel-Aussage und um keine systematische Datenerhebung handelt – richtungs- und handlungsweisend sein: „*Man ist weitgehend alleine gelassen.*“ Diese Rückmeldung macht betroffen. Wir müssen auf allen Entscheidungsebenen unsere Anstrengungen vervielfachen, um Betroffene bestmöglich zu unterstützen und zu entlasten –.

In diese Richtung leistet die Initiative „Two Next Inclusion“ seit mehreren Jahren sehr wertvolle Unterstützungsarbeit: <https://www.two-next-inclusion.org/>

In Sachen konkrete Impulse und Ergebnisse, d.h. B.1 bis B.3, sind wir zuversichtlich, dass unsere Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung – sowohl in der Region, als auch überregional – beigetragen haben.

Für das Format „Infomesse Pflege leicht verständlich“ gibt es seitens der Stadtgemeinde Gleisdorf Interesse an einer Fortführung. Angedacht wird eine zweijährige Variante, in der in einem Jahr stärker die Beratungsangebote für die Bevölkerung, und im Jahr darauf die Vernetzung untereinander im Vordergrund stehen. Auf überregionaler Ebene hat das Projekt InCARE den Pflegedrehscheiben angeboten, das nunmehr vorhandene Know-How für die Organisation von solchen oder ähnlichen Veranstaltungen in anderen Regionen weiterzugeben.

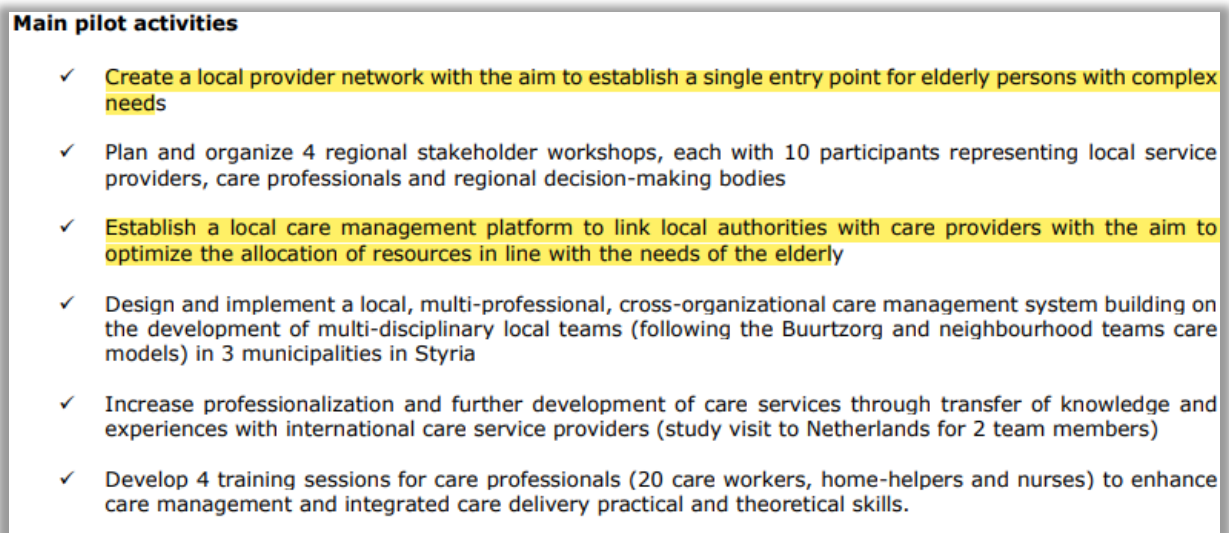
Unsere Empfehlung ist, dass Organisationseinheiten wie die Pflegedrehscheiben in der Steiermark, die nicht nur Case-Management, sondern auch Care-Management als eine Kernaufgabe haben, im Bereich des Care-Managements auch den Bedarf an (regionaler bzw. lokaler) Vernetzung von Professionist:innen untereinander stärker berücksichtigen sollten. Eine unmittelbar daran anschließende Empfehlung ist, dass Professionist:innen aus den mobilen Diensten für genau diese Vernetzungs- und Schnittstellen-Arbeit auch entsprechende Zeitressourcen zur Verfügung haben und diese Tätigkeit bei Bedarf entsprechend priorisieren können; hier braucht es jedenfalls Verbesserungen.

Wie bereits in Punkt A.6 ausgeführt, wäre eine Kombination von 1) Übersichtlichkeit der Angebote und 2) vielen Personen im Feld, die dieses Wissen haben und weitergeben können, eine optimale Voraussetzung dafür, dass jene älteren Menschen, die Unterstützung brauchen, und ihre Angehörigen auf kurzen Wegen (bzw. auch möglichst eingewoben in ihren sonstigen Alltag) die für sie wichtigen Informationen rechtzeitig bekommen können.

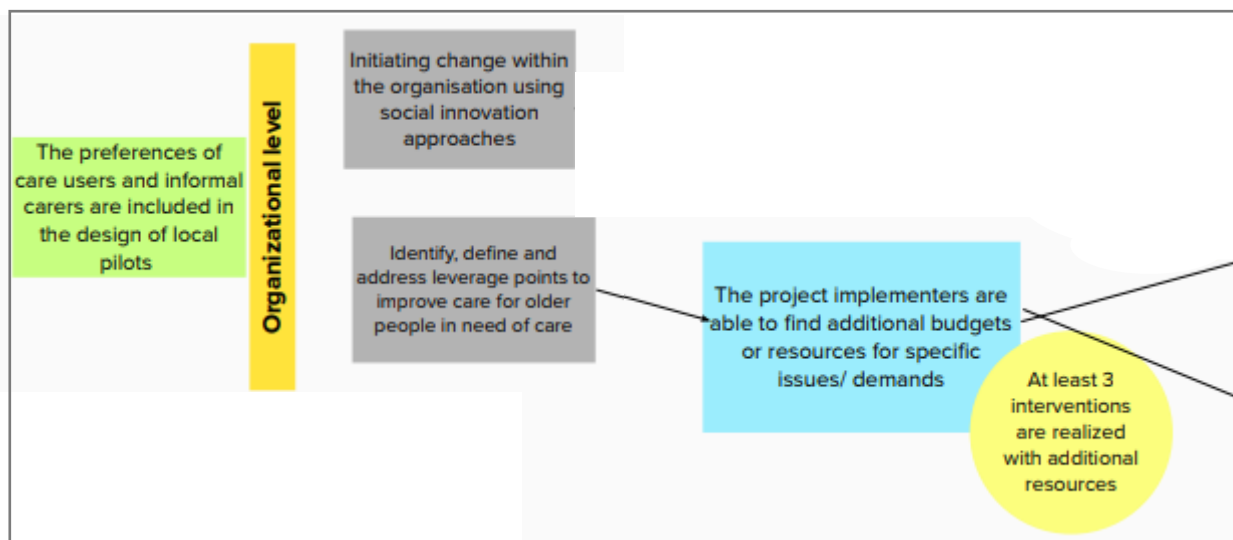
Die Etablierung von Community Nurses trägt diesem Gedanken Rechnung – sofern dabei die grundlegende Haltung von Vernetztheit und Verwobenheit zum Ausdruck kommt und es in Richtung Verknüpfung von Wissen und Informationsweitergabe geht. Das beinhaltet auch, dass viel mehr in Richtung eines „single entry points“ gearbeitet wird, d.h. dass der jeweilige Bedarf einer Person nicht in viele verschiedene Teil-Bedarfe unterteilt gesehen wird, wo für jeden Teil-Bedarf eine andere Stelle als anzusprechendes/zu kontaktierendes Gegenüber genannt wird.

Übersichtsblatt Ergebnis C: Outreach - Erreichen von mehr Personen mit Informationsbedarf, aber ohne eigenes, unmittelbares Informations-Bedürfnis

1. Basis im Projektantrag:



2. Verknüpfung mit der Theory of Change Map:



3. Meilensteinplan:

Meilenstein 3: die erste Outreach-Aktivität wurde erfolgreich abgeschlossen 31.05.2022

erfolgreich abgeschlossen!!

C.1 Abstimmung mit regionalen und lokalen Beratungsangeboten, Erhebung status quo

In und um Gleisdorf gibt es ein vielfältiges Angebot für die Begleitung und Unterstützung im Alter.

Das InCARE Team schlug der Stadtgemeinde Gleisdorf vor, unter Beteiligung der unterschiedlichen Dienstleistungsangebote in der Kleinregion Gleisdorf eine Infomesse zu veranstalten, um Pflege-Angebote für die Gesellschaft sichtbar zu machen. Alle angefragten Organisationen waren gerne bereit, an der geplanten Präsenz-Veranstaltung teilzunehmen. Tatsächlich war bei der ersten Durchführung im Mai 2022 erst 14 Tage vor dem Termin klar, dass eine solche auch in Bezug auf die Covid-Schutzmaßnahmen in Präsenz durchgeführt werden konnte.

C.2.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Info-Messe Pflege leicht verständlich (1)

Am 12.5.2022, dem internationalen Tag der Pflege, fand erstmals ein Informations-nachmittag zu regionalen Beratungs- und Dienstleistungsangeboten unter dem Motto „Pflege leicht verständlich“ statt.

Die Bewerbung der Veranstaltung erfolgte in regionalen Medien (Stadtjournal Gleisdorf, Homepage der Stadtgemeinde), Aushang (Stadtbücherei, lokale Anschlagtafeln, Nahversorger uvm.) und auch als persönliche Briefsendung mittels „Essen auf Rädern“ sowie durch die Mitarbeiter:innen der Hauskrankenpflege und Heimhilfe im Raum Gleisdorf.

Pflege leicht verständlich – Fachvorträge und Informationen

Der Bürgermeister von Gleisdorf Christoph Stark eröffnete die Veranstaltung und verwies darauf, dass mit der zeitgleich veröffentlichten Pflegereform ein „Tag der Hoffnung“ sei - auch hinsichtlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen.



Foto: Nadine Brandl, Chance B

Sozialstadträtin Philippine Hierzer machte das große Engagement der Stadtgemeinde Gleisdorf in Sachen Beratung und Unterstützung sichtbar. Sie bedauerte, dass das große Angebot an Informationen an Ort und Stelle auf eine geringe Resonanz in Sachen Besucher:innen-Frequenz traf – wobei die Personen, die gekommen waren, sehr zufrieden mit der angebotenen Beratung waren.

Es blieb also mehr Zeit als geplant für Vernetzung – wobei dieser Aspekt auch zentraler war als gedacht. Einige der Anwesenden, die schon seit Jahren in dem Bereich tätig sind, haben rückgemeldet, dass sie manchen der anderen handelnden Personen aus anderen Organisationen erstmals nicht nur telefonisch begegneten.

C.2.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation

Teilnahme von 10 Dienstleistungsorganisationen: Hauskrankenpflege Chance B / Sozialmedizinischer Pflegedienst Steiermark Ost / Schillerhaus Gleisdorf / SOPHA Weiz / Weiz Sozial, (Case- und Care-Management, Community Nursing) / Pflegedrehscheibe Weiz / Mobiles Palliativteam Hartberg-Weiz / Hospizverein Weiz / Stadtgemeinde Gleisdorf / Pflegeentlastungsdienst Caritas **3 Fachreferentinnen:** Dr. Susanne Schmidegg / MMag. Margit Gross / DGKP Regina Entfellner **sowie 2 Firmenaussteller:** Lorenz Pflegebetten GmbH Wilfersdorf / CuraSan Bandagist GmbH Gleisdorf

Alle Teilnehmer:innen, insbesondere die Stadtgemeinde Gleisdorf als Veranstalter, haben für eine Wiederholung der Veranstaltung im Jahr 2023 plädiert. Diese zweite, angepasste Veranstaltung wurde in Kooperation mit InCARE durchgeführt.

Die Vielfalt an professionellen Dienstleistungen für den Unterstützungs- und Pflegebedarf der Bevölkerung in der Region wurde positiv wahrgenommen.

Dass nur sehr wenige Besucher:innen – d.h. weniger als ein Dutzend – das Angebot nutzten, war sicher auch ein Effekt der Covid-Pandemie. Positiv war, dass die „Kleine Zeitung“ einen sehr ausführlichen Bericht zu der Veranstaltung veröffentlichte.



Für die Durchführung im Jahr 2023 verständigten wir uns darauf, den Aspekt der Vernetzung (auch im Sinne der Übersichtlichkeit der Angebote in der Region), ebenfalls als Ziel zu definieren. Für das Erreichen von mehr Menschen mit Informationsbedarf starteten wir 2023 den Versuch, die Veranstaltung durch eine kulturelle Rahmung mit Musik und Mundart-Gedichten als Rahmenprogramm noch ansprechender zu gestalten; im zweiten Versuch ist es gelungen, sehr viel mehr Besucher:innen anzusprechen. Für mehr Information zur Durchführung im Jahr 2023 siehe Punkt B.3 in diesem Bericht.

C.3.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Gesundheitstag Ilztal

Am 29.10.2022 fand in der Gemeinde Ilztal ein Gesundheits- und Sicherheitstag für die ganze Bevölkerung statt. Aufgrund deutlich geringerer Anmeldezahlen als vor der Pandemie wurde von drei auf einen Tag umgeplant – dieser eine Tag war dafür mit mehr als 90 Teilnehmer:innen sehr gut besucht.

Die Chance B war mit dem Projekt InCARE eingeladen, zum Themenschwerpunkt „Herz-Kreislauf“ einen Beitrag zu gestalten. Als Teil der „Gesundheitsstraße“ mit insgesamt 7 unterschiedlichen Beiträgen und Angeboten gestalteten wir unter dem Titel „Vorsorge mit Herz“ eine Pinnwand mit Gedanken zum Thema „Pflegen und gepflegt werden – was tut



Gesundheitstag Ilztal, Fotos: Karin Ondas

meinem Herzen gut? Was schadet meinem Herzen?“. Unser Ziel war es, pflegende Angehörige anzusprechen und ihnen mit ihren Erfahrungen und Wünschen Raum zu geben. Viele der Anwesenden – insbesondere Frauen in der Rolle als Schwiegertöchter – erzählten sehr offen und auch sehr berührend von der Übernahme von Pflegeverantwortung – oftmals als einzige in der Familie und über viele Jahre hinweg. Es wurden einige Herzen von unserem Herz-Baum gepflückt – am öftesten „Gemeinsam lachen und fröhlich sein.“ Von diesem Tag nahmen wir viele Eindrücke, Erzählungen, Wünsche und Fragen von pflegenden Angehörigen mit in die weitere Projekt-Bearbeitung.

C.3.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation

Die Erfahrungen vom Gesundheitstag Ilztal fanden Eingang in die weitere Konzeption der Fortbildungsreihe „Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen“. Eine pflegende Angehörige, die mit uns im Rahmen dieser Veranstaltung ins Gespräch kam, nahm in Folge auch an dieser Fortbildungsreihe teil, um uns auch dieser Perspektive Rückmeldungen zu den Inhalten und der Form der Vermittlung zu geben.

C.4.1 koordinierte Outreach-Aktivität: Café Miteinander

Um entsprechend der Bedarfe von älteren Menschen und ihren Angehörigen ein konkretes, lokal gut zu integrierendes Angebot zu setzen, wurde gemeinsam mit einer in der Region tätigen Demenztrainerin und Vertreter:innen der Stadtgemeinde Gleisdorf überlegt, wie man auf den Bedarf nach offenen Begegnungsräumen für Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen reagieren kann.

Auf Basis dieser Vorarbeiten wurde ein schriftliches Kurz-Konzept für das „Café Miteinander“ erstellt, das in den entsprechenden Gremien der Stadt Gleisdorf vorgestellt und diskutiert wurde. Das Konzept sah vor, dass zweimal monatlich in einem lokal bekannten, alteingesessenen Gasthaus ein Angebot für Menschen mit Demenz und ihre Begleitpersonen gesetzt wird. In einem Rahmen von 2,5 Stunden am Nachmittag sollte es die Möglichkeit zu einem gemütlichen Austausch über Alltagsthemen untereinander geben, verbunden mit einem lockeren Angebot an Gedächtnisübungen und leichten Körperübungen. Es wurde vereinbart, dass die Erprobungsphase dieses Angebots im Rahmen des Projekts InCARE in enger Abstimmung mit der Gemeinde erfolgt, damit die Rahmenbedingungen von vornherein so gestaltet werden können, dass die Gemeinde das Angebot unterstützen, selbst auch bewerben und – für den Fall, dass die Erprobungsphase erfolgreich verläuft – auch in Zukunft weiterführen kann. Das betraf einzelne Details, wie etwa die Frage, ob es einen freiwilligen Teilnahmebeitrag geben soll, ob ein Abhol-Service angeboten werden soll, und in welcher Form die Bewerbung erfolgt.



Das Café Miteinander startete Mitte März 2023 und wurde gleich sehr gut angenommen. Potenziell Interessierte erfuhren von dem Angebot durch die gute Bewerbung seitens der Gemeinde, durch die aktive Bewerbung bei HKP-Kund:innen, und durch die Bekanntmachung bei den vor Ort tätigen Allgemeinmediziner:innen.

Gleisdorf, Anfang März 2023: MMag. Margit Gross, Gedächtnistrainerin, und Regina Entfellner, DGKP, mit dem druckfrischen Plakat für die Bewerbung des Café Miteinander.

Foto: Karin Ondas

Die Tatsache, dass mit Margit Gross eine vor Ort bekannte und geschätzte Gedächtnis-trainerin als Durchführende gewonnen werden konnte, trug auch dazu bei, dass einige Interessierte ihre Zurückhaltung überwinden konnten, sich in dieser Form wieder – oder erstmals – in Gesellschaft zu begeben. In der Erprobungsphase war jeweils auch noch ein zweites InCARE-Teammitglied vor Ort, um damit auch noch besser die Möglichkeit zu haben, die Bedarfe der Besucher:innen gut wahrzunehmen, gemeinsam zu reflektieren und das Angebot entsprechend anzupassen. Diese Aufgabe hat vor allem Regina Entfellner übernommen, die auch ihr Talent im Singen und in der musikalischen Begleitung in die Gestaltung mit eingebracht hat.

C.4.2 Überprüfung der Ergebnisse, Dokumentation

Zur Erprobungsphase des Café Miteinander gibt es einen separaten, 8-seitigen Bericht, der als Basis für die weiteren Entscheidungen in der Gemeinde Gleisdorf und den Umlandgemeinden hinsichtlich einer Fortführung des Angebots über die InCARE-Projektlaufzeit hinaus dient. Der Bericht wurde darüber hinaus auch dem österreichischen Demenznetzwerk und den Verantwortlichen für die nationale Demenzstrategie zur Verfügung gestellt.

C.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen

„Hard to reach“ bedeutet: genau dieses. Manchmal ist es nicht nur schwierig, die genau passende Hilfe zu bekommen – es kann sogar selbst dann, wenn eine Unterstützung genau passend wäre, aus unterschiedlichsten Gründen sehr schwierig sein, diese Unterstützung auch tatsächlich anzunehmen. Während die betroffenen Menschen und die pflegenden Angehörigen – zum Großteil Frauen – die damit einhergehenden Schwierigkeiten oftmals als individuelle Problemlage wahrnehmen, geht es letztlich aber auch um gesellschaftspolitische Fragen. Gerade im Bereich der Sorgearbeit ist ein feministischer Ansatz wesentlich, um strukturelle Benachteiligungen in den Blick zu bekommen. Auf der Projektebene war dazu die Verknüpfung hin zu der Initiative fair sorgen! (<https://fairsorgen.at/>), wo es eine sehr aktive Steiermark-Gruppe gibt, und zur Initiative „Pflegestützpunkt. Wie wir pflegen und pflegen wollen“ (<https://helsinki.at/projekte/pflegestuetspunkt-4-0/>) hilfreich.

Auf einer praktischen Ebene ist das Erreichen von mehr Personen mit Informationsbedarf, aber ohne eigenes, unmittelbares Informations-Bedürfnis eine gemeinsame Anstrengung von allen Beteiligten, wobei eine gute Vernetzung untereinander ganz besonders wichtig ist.

Reflexion zu Ergebnis-Ebene C

Erstes Jahr Projektimplementierung: Die Kooperation mit der Stadt Gleisdorf zur Informationsmesse „Pflege leicht verständlich“ war eines der Highlights der Projektimplementierung im ersten Implementierungsjahr. Die gemeinsame Entwicklung der Ideen war sehr freudvoll – von der Analogie im Titel (zum in der Region etablierten „Medizin leicht verständlich“), dem Termin am Tag der Pflege bis zur Bewerbung u.a. auch über die Zustellung vom „Essen auf Rädern“.

In der Zusammenarbeit mit der Gemeinde Ilztal trafen wir auf eine große Expertise in der Umsetzung von Innovationen, verbunden mit langjähriger Erfahrung in Beteiligungs-Prozessen bei der Umsetzung von Gestaltungsideen in der Gemeinde. Hier waren wir als InCARE-Team auch Lernende und haben bei Bedarf hin zur nationalen und internationalen Ebene vernetzt (Caring Communities, Community Nursing, Europäische Pflegestrategie u.a.).

Einflussfaktor Covid-Pandemie und Schutzmaßnahmen: In sehr vielen Bereichen ist die Teilnahme von Interessierten an den unterschiedlichsten öffentlichen Veranstaltungen mit der Covid-Pandemie stark zurückgegangen; auch in Phasen der gänzlichen Öffnung bleibt blieb zu Beginn das Publikum aus. Das trifft v.a. auch für Veranstaltungen zu, die sich an ein älteres Zielpublikum wenden. In Bezug auf die Umsetzung im zweiten Jahr der Projektimplementierung war daher noch mehr Kreativität gefragt, um möglichst viele Menschen erreichen zu können.

Zweites Jahr Projektimplementierung: Im zweiten Jahr der Projektimplementierung konnten wir, aufbauend auf den vorangehenden Kooperations-Erfahrungen mit der Stadt Gleisdorf, das sehr konkrete Angebot des Café Miteinander in eine Erprobungsphase bringen. Dieses Angebot hat sich in kurzer Zeit zu einem sehr besonderen Raum des Austausches entwickelt. Es gibt mittlerweile eine Kerngruppe von sechs Personen, drei Personen mit Demenz und ihre jeweiligen Angehörigen. Obwohl sich die Personen vorher nicht kannten, ist schon nach recht kurzer Zeit ein herzliches Miteinander entstanden. Es wird recht offen über Sorgen und Probleme gesprochen, miteinander gelacht und auch besondere Anlässe, wie z.B. Geburtstage, gemeinsam gefeiert.

Die Teilnehmer:innen des Café Miteinander werden ermutigt, selbst Themenvorschläge einzubringen. Bisher wurden beispielsweise Karten- und Brettspiele, Witze, Kurzgeschichten und Erzählungen aus dem eigenen Lebensumfeld eingebracht.

Ein Ziel des Café Miteinander ist die Verbindung von sozialem Austausch mit dem gemeinsamen Tun. Es geht darum, situationsbezogen angemessen und empathisch mit Menschen mit Demenz umzugehen. In verschiedenen Alltagssituationen kann es vorkommen, dass über Menschen mit Demenz in der dritten Person gesprochen wird, auch wenn sie in unmittelbarer Nähe sind. In der Durchführung des Café Miteinander wird Wert darauf gelegt, alle Personen direkt anzusprechen. Das verändert unmittelbar die Situation, und kann gleichzeitig auch beispielgebend sein.

In der Zusammenschau der einzelnen Impulse und Aktivitäten von InCARE war es uns wichtig, dass wir auch in Richtung eines sehr niederschweligen, längerfristig angelegten Angebots arbeiten, das direkt der Vernetzung von Betroffenen und von pflegenden Angehörigen dient. Die Personen, die zum Café Miteinander kommen, würden sehr wahrscheinlich nicht zu einem Informations- oder Gesundheitstag kommen. Sie haben eher das Gefühl, dass das Café Miteinander bei ihnen, in ihrem unmittelbaren Alltag, „anklopft“ und sie dort auch abholt.

In diesem Fall geht es für ein Scaling nicht so sehr darum, die Anzahl der teilnehmenden Personen zu erhöhen – was schon rein praktisch begrenzt ist – sondern darum, auch andere Gemeinden und in der Begleitung von Menschen mit Demenz geschulte Personen dazu zu ermutigen, ebenso ähnliche Angebote zu setzen. In diesem Sinne haben wir den Bericht zur Erprobungsphase des Café Miteinander dem österreichischen Demenznetzwerk zur Verfügung gestellt.

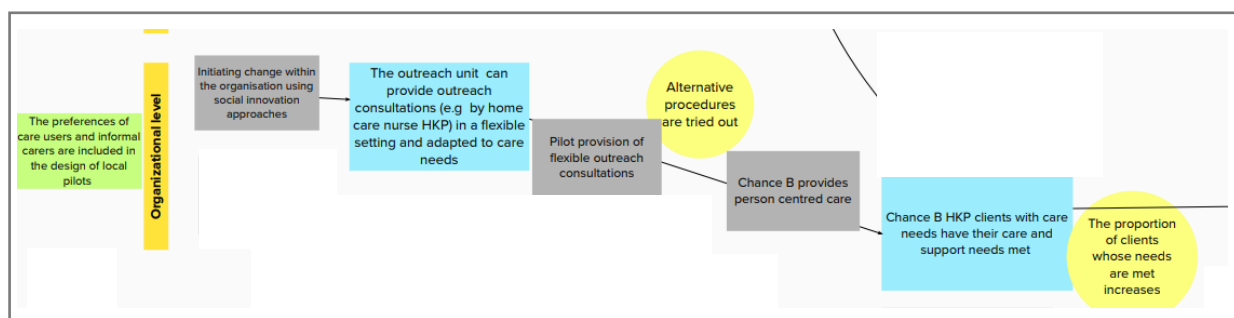
Übersichtsblatt Ergebnis D: Setting bei der aufsuchenden Beratung wird flexibler/bedarfsorientierter

1. Basis im Projektantrag:

Main pilot activities

- ✓ Create a local provider network with the aim to establish a single entry point for elderly persons with complex needs
- ✓ Plan and organize 4 regional stakeholder workshops, each with 10 participants representing local service providers, care professionals and regional decision-making bodies
- ✓ Establish a local care management platform to link local authorities with care providers with the aim to optimize the allocation of resources in line with the needs of the elderly
- ✓ Design and implement a local, multi-professional, cross-organizational care management system building on the development of multi-disciplinary local teams (following the Buurtzorg and neighbourhood teams care models) in 3 municipalities in Styria
- ✓ Increase professionalization and further development of care services through transfer of knowledge and experiences with international care service providers (study visit to Netherlands for 2 team members)
- ✓ Develop 4 training sessions for care professionals (20 care workers, home-helpers and nurses) to enhance care management and integrated care delivery practical and theoretical skills.

2. Verknüpfung mit der Theory of Change Map:



3. Meilensteinplan:

Meilenstein 4: Erprobungsphase wurde erfolgreich abgeschlossen 30.09.2022

erfolgreich abgeschlossen!!

D.1 Überarbeitung der Abläufe Erstgespräch

Für die Inanspruchnahme der Dienstleistung „Hauskrankenpflege“ – die um einiges facettenreicher ist, als es von der Bezeichnung her scheinen mag – ist ein bestimmtes Procedere vorgegeben. So findet beim ersten Hausbesuch ein sogenanntes „Erstabklärungsgespräch“ statt.

In diesem ersten Gespräch werden die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme der Dienstleistung erörtert – die insbesondere aufgrund der Selbstbehalte-Regelungen und der Verrechnungsmodalitäten recht komplex sind.

Diese Rahmenbedingungen sind in der Förderungsrichtlinie (Qualitätskriterien) des Landes Steiermark für Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege festgelegt. Sie beinhalten, welche Informationen jedenfalls übermittelt werden müssen.

Gleichzeitig wird auch eruiert, was genau vor Ort notwendig ist – wie oft die Hausbesuche stattfinden sollen, und welche Berufsgruppe - beziehungsweise auf das GuKG - dafür erforderlich ist. Dieses Erstabklärungsgespräch selbst unterliegt noch nicht der Selbstbehalte-Regelung, d.h. die Kosten für gesamt maximal 90 Minuten werden hier seitens des Landes Steiermark übernommen.

Die Rahmenbedingungen für ein solches Erstabklärungsgespräch können fordernd sein: sehr oft wird professionelle Hilfe erst dann hinzugezogen, wenn schon „der Hut brennt“, d.h. wenn es einen dringenden Unterstützungsbedarf gibt. D.h. die Erstberatung findet in einer Situation statt, wo man nicht von einer entspannten Aufmerksamkeits-Haltung des Gegenübers ausgehen kann.

Um diese Zeit möglichst optimal für die Anliegen der potenziellen Kund:innen zu nutzen, wurde ein kritischer Blick auf die Formulare geworfen: wie können die organisatorischen Abläufe so strukturiert und inhaltlich aktualisiert werden, dass die Erst-Information möglichst einfach verständlich ist für Personen, die sich mit dieser Thematik davor in den meisten Fällen noch nicht befasst waren.

Gemeinsam mit der Einsatzleiterin der Hauskrankenpflege der Chance B wurde überprüft: Was ist sinnvoll? Was muss inhaltlich vorhanden sein? Welche Themen können in der anschließenden Betreuung besser behandelt werden? Wie können die formalen Eckpunkte den Kund:innen (und ihren oftmals bei dem Gespräch ebenfalls anwesenden pflegenden Angehörigen) gut kommuniziert werden?

Aus dieser Auseinandersetzung mit der „formalen“ bzw. der Formular-Ebene, folgte:

- Die Überarbeitung des QM-Prozesses „Betreuen zu Hause“ inkl. Überarbeitung der Formulare, in Zusammenarbeit mit der Qualitätsmanagerin der Chance B, Mitarbeiter:innen der HKP und der Einsatzleitung
- Als weitere Überlegung wurde eingebracht, dass es möglich sein sollte, die 90 Minuten Erstabklärung auch zu splitten, insbesondere wenn ein unmittelbarer Unterstützungsbedarf gegeben ist. Die Aufmerksamkeit des Gegenübers ist in einer so fordernden Situation oftmals nicht 1,5 Stunden durchgehend gegeben. In vielen Fällen ist es hilfreicher, wenn nach den ersten, unbedingt notwendigen Informationen und Formalitäten gleich die unmittelbare Pflege und Betreuung anschließen kann - und man erst beim folgenden Hausbesuch den Faden in Richtung weitere Information und Beratung wieder aufgreift.

- Seitens der zuständigen Beamtin der Fachabteilung des Landes Steiermark wurde bestätigt, dass eine solche Vorgehensweise im Sinne der Sache ist; die Erstabklärungszeit in dieser Hinsicht flexibel gehandhabt werden kann; und dies auch in der Abrechnung entsprechend abgebildet werden kann (Teilbarkeit der Erstabklärungszeit).

D.2.1 Erprobung überarbeiteter Ablauf, Dokumentation

Die neue „Checkliste Aufnahme HKP“ wurde freigegeben und ist organisationsintern seit Anfang August 2022 in Verwendung. Neu ist vor allem, dass die Checkliste nun nach Themengebieten gereiht ist, wodurch sie viel mehr auch als Gesprächsleitfaden verwendbar wird. Auch die Gesprächsinhalte wurden aktualisiert und ergänzt.

D.2.2 Anpassungen

Eine weitere Anpassung, die im zweiten Implementierungsjahr bearbeitet wurde, ist eine Zusammenfassung von wichtigen Punkten aus den allgemeinen Rahmen- und Geschäftsbedingungen, die sich an der Leicht-Lesen Stufe B1 orientiert. Diese Version beinhaltet die wesentlichen Punkte, wie sie seitens des Landes durch die Förderrichtlinien vorgegeben sind, und soll allen Anbietern, die auf Basis der Förderrichtlinien mobile Dienste anbieten, zur Verfügung gestellt werden. Wir gehen davon aus, dass dies auch in anderen Organisationen zu einer Vereinfachung im Sinne der Kund:innen führen wird.

D.3 Darstellung der Ergebnisse & Impuls ggü. den Umsetzungsverantwortlichen

Im Rahmen von InCARE haben wir verschiedene Varianten ausprobiert, wie Beratung von Kund:innen und Angehörigen innerhalb des HKP-Settings optimiert werden kann. In diesem Prozess waren wir laufend in Abstimmung mit der zuständigen Fachabteilung des Landes Steiermark, um Veränderungen entsprechend zu kommunizieren und auch zu reflektieren. Ein Ergebnis dieser Erprobungsphase war, dass wir mit InCARE die Haltung vertreten, dass die Beratung im Rahmen der Hauskrankenpflege viel zentraler ist, als dies im allgemeinen sichtbar wird. In Folge haben wir basierend auf dem HKP-Know-How das Trainingsmodul zur Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen entwickelt, mit der Empfehlung in Richtung HKP, dass a) Kolleg:innen aus den mobilen Diensten Fortbildungen zu diesem Bereich zur Verfügung stehen sollten, und dass b) mehr Zeit für Vernetzung vorgesehen sein sollte, im Sinne eines genaueren Kennenlernens der Versorgungslandschaft.

D.4 Überleitung von best practice in das Standard-Procédere

Sowohl die Checkliste Aufnahme HKP, als auch die Möglichkeit der Splittung der Erstabklärungszeit sind in das Standard-Procédere übergeleitet worden. Die Zusammenfassung von wichtigen Punkten aus den allgemeinen Rahmen- und Geschäftsbedingungen, die sich an der Leicht-Lesen Stufe B1 orientiert, steht zu Ende der Projektlaufzeit kurz vor der Überführung in das Standard-Procédere.

D.5 Lessons learned und Empfehlungen; Formulierung der über den Projektrahmen hinausgehenden Anliegen und Forderungen

Im Stakeholder-Workshop zum Thema „mobil vor stationär“ wurde herausgearbeitet, dass es hinsichtlich der Selbstbehalte Vereinfachungen geben müsste. Nicht nur, was die Höhe der Selbstbehalte betrifft, sondern auch, wenn beispielsweise nur eine sehr kurze Betreuung

notwendig wäre, wie zwischen einem Krankenhaus-Aufenthalt und einem Reha-Aufenthalt. Gerade bei kurzen, intensiven Übergangs-Betreuungen steht der bürokratische Aufwand aller Beteiligten in keinem ausgeglichenen Verhältnis zu dem, was an unmittelbarer Betreuungs-Leistung vor Ort notwendig ist.

Inzwischen wurden in diesem Bereich einige Veränderungen angedacht und teilweise auch schon umgesetzt. So wurde der Selbstbehalt in der gesamten Steiermark „gedeckelt“ – dies war zuvor bereits in Graz umgesetzt: Würde einer Person aufgrund der Kosten für die mobilen Dienste weniger als die Mindestsicherung bleiben, dann übernimmt das Land Steiermark - zusätzlich zum Landesbeitrag - auch den entsprechenden Beitrag, um sicher zu stellen, dass Geldmittel in der Höhe der Mindestsicherung für die Person verfügbar bleiben. Auch das Angebot von mobiler geriatrischer Remobilisation wird in einigen steirischen Bezirken als Pilotprojekt ausgebaut, damit ältere Personen nach einem Aufenthalt im Krankenhaus eine Versorgung zu Hause erhalten können.

Im Kontakt mit dem politischen Referenten der bis Oktober 2023 zuständigen Landesrätin Juliane Bogner-Strauß haben wir immer wieder darauf hingewiesen, dass in vielen Fällen nicht zuvorderst aus der Perspektive der mobilen Unterstützung, sondern eher aus der Perspektive der stationären Angebote nach Lösungen gesucht wird. Dass diese Lösungen dann den mobilen Bereich oftmals nicht oder nicht ausreichend im Blick haben, ist nur folgerichtig.

Reflexion zu Ergebnis-Ebene D

Es ist nicht so einfach, das große Ziel der „integrierten Versorgung“ dann auf das tatsächliche „Alltagsgeschäft“ herunterzubrechen. Einerseits sieht es nach nicht viel aus, die Details von Prozessabläufen zu überarbeiten. Andererseits ist es genau dieser Bereich, wo tatsächlich in den Alltags-Abläufen Wirkung erzielt werden kann – weit über eine Projektlaufzeit hinaus. Es kommt darauf an, die Änderungen einerseits wirklich durchzudenken und durchzuarbeiten, und andererseits, sie auch tatsächlich im praktischen Tun umzusetzen. Wir meinen, dass uns dies in der engen Verschränkung zwischen den großen Zielen von InCARE und den kleinen Schritten in die richtige Richtung gut gelungen ist.

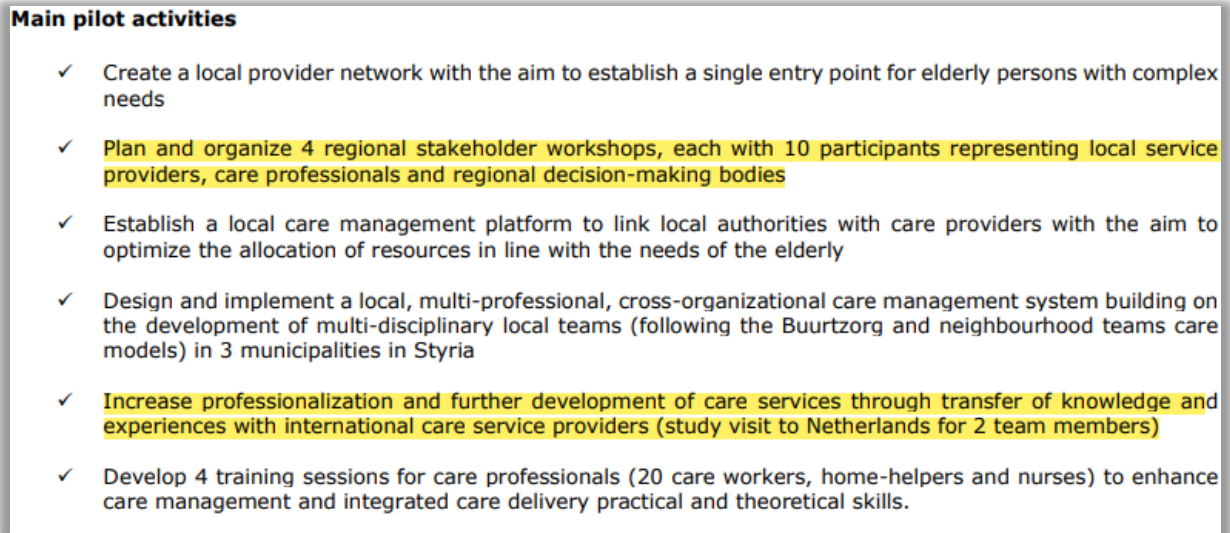
Einflussfaktor Covid-Pandemie und Schutzmaßnahmen: Vielleicht hat die Covid-Pandemie dazu beigetragen, den Wert von mobiler Pflege-Betreuung und Unterstützung besser sichtbar zu machen. In vielen Fällen waren die Kolleg:innen in der HKP die einzige Säule in der Versorgung, die aufrecht geblieben ist. Es ist zu wünschen, dass im Nachhall von dieser Phase nicht nur die unsagbar hohe Belastung in Erinnerung bleibt, sondern dass auch daraus Energie für Erneuerung entsteht. Ein wichtiger Punkt wäre, dass die Themen, die für die mobile Unterstützung wesentlich sind, tatsächlich auch Niederschlag finden in der Neupositionierung durch das geplante neue Pflege- und Betreuungsgesetz in der Steiermark.

Auf einer ganz anderen Ebene hat die Verlagerung der Kommunikation in den virtuellen Raum über einen so langen Zeitraum hinweg auch dazu beigetragen, dass nun Vernetzung und Austausch auch virtuell sehr selbstverständlich möglich ist, und dass dies damit auch sehr viel einfacher zu organisieren ist.

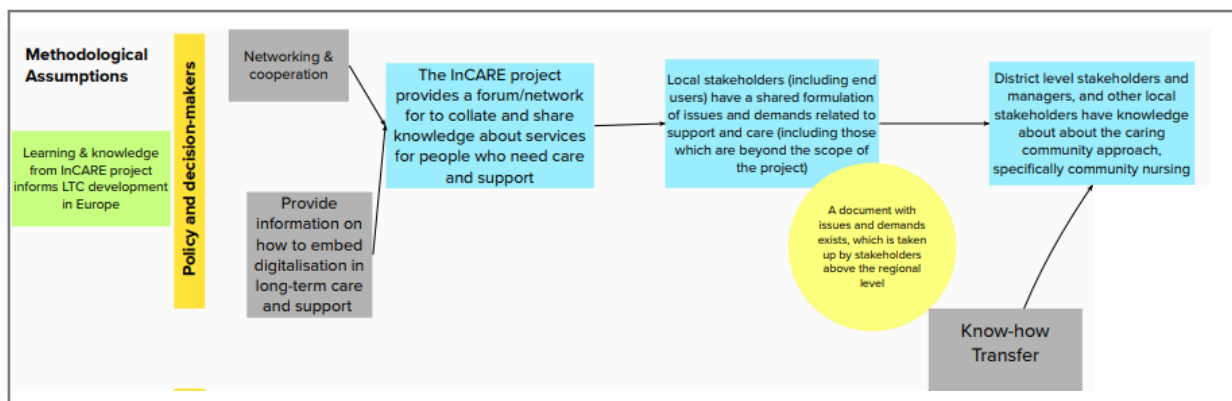
Übersichtsblatt Ergebnis E:

Vernetzung, Kooperation, Wissenstransfer

1. Basis im Projektantrag:



2. Verknüpfung mit der Theory of Change Map:



3. Meilensteinplan

Meilenstein 5: Umsetzung von mind. 3 Interventionen mit zusätzlichen Ressourcen bis 30.06.2023

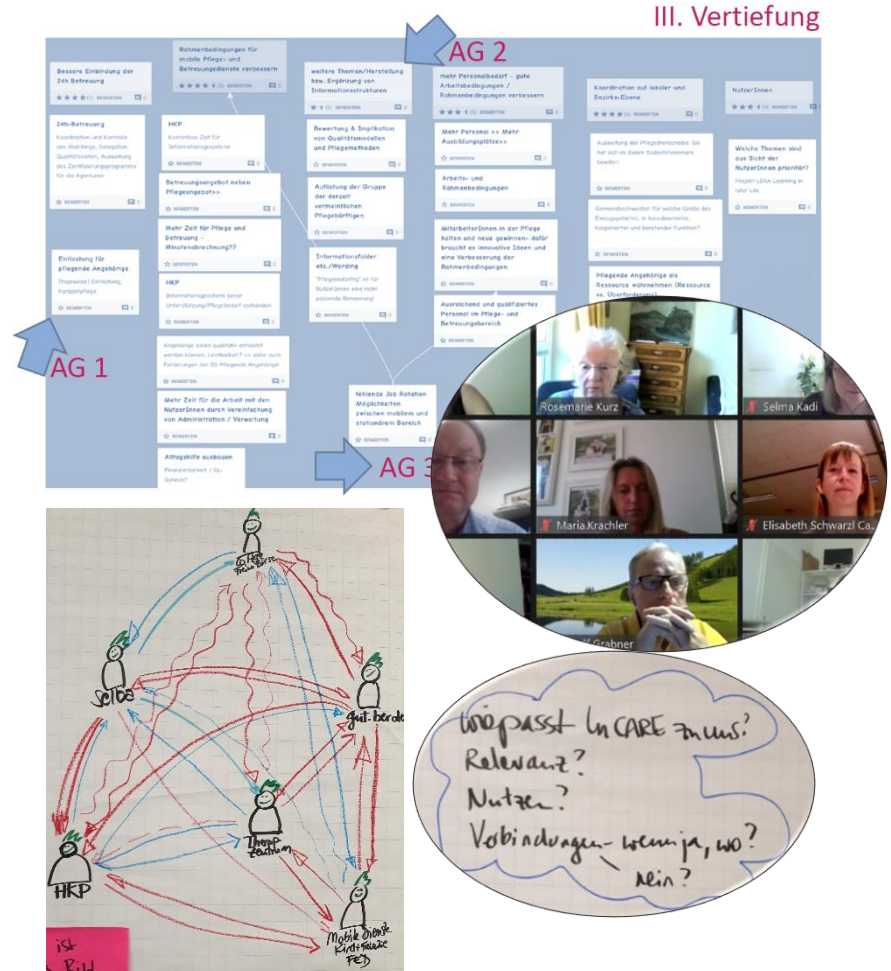
erfolgreich abgeschlossen!!

E.1 Initiierung von mind. 4 Vernetzungstreffen; Fokus: Impulse bezogen auf Projekt(zwischen)ergebnisse und Wissenstransfer

Die erste online-Vernetzungs-Aktivität fand mit den zwei aufeinanderfolgenden Teilen des Theory of Change Workshops bereits im Juni 2021 statt. Neben der Auseinandersetzung mit den Projekthaltungen war das Zusammenkommen von so unterschiedlichen Stakeholdern ein großes Plus dieser zwei online-Termine, zu denen es auch eine ausführliche Dokumentation gibt.

Mit dem Start der Projektkomplementierung, d.h. nach mehr als 1,5 Jahren Pandemie, ist es uns im November 2021 gelungen, ein erstes Vernetzungstreffen von InCARE mit den unterschiedlichen anderen Dienstleistungs-Bereichen der Chance B face-to-face abzuhalten. Das allein war schon außergewöhnlich – nicht zuletzt, weil einige Tage später bereits wieder ein strikter Lockdown in Kraft war.

Ziel dieses Treffens war die Einordnung des Projekts in Bezug auf Vor-Projekte, ein Austausch über Erwartungen und das Abholen von Erfahrungen und Expertise in angrenzenden Bereichen.



Welche Anreize brauchen wir für integrierte Langzeitpflege?

Finanzierungsträger	• Mechanismen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Finanzierung der Koordinationsaufgaben, Überwindung der Sozialhilfe-Logik, Akkreditierungsrichtlinien
NutzerInnen	• Persönliche Budgets, Dienstleistungs-Gutscheine, Beratung und Information, Case Management
Anbieter	• "Gebündelte Budgets"; Finanzierung von Koordination; "value-based payment"; Leistungsorientierte Finanzierung
Finanzierung von Wirkungen	• Träger- und sektorübergreifende Pauschalfinanzierung (Accountable Care Organisation)

Quelle: WHO Europe, 2015; eigene Übersetzung und Überarbeitung

Die zweite online-Vernetzungs-Aktivität fand im April 2022 statt und stellte den Bezug zum Theory of Change-Workshop her. Eingeladen waren alle Teilnehmenden des ToC-Workshops und einige weitere Stakeholder. Dieser Stakeholder-Workshop mit dem Schwerpunkt „Anreize für ‚mobil vor stationär‘“

wurde aufgrund der unterschiedlichen Verortung der Teilnehmer:innen – unterschiedliche Bundesländer, Landeshauptstadt Graz und Region Gleisdorf – wiederum als online-Veranstaltung konzipiert und umgesetzt. Zu den Inhalten siehe B.1.1 bis B.1.3 in diesem Bericht, sowie die separate Dokumentation des Workshops.

Die dritte online-Vernetzungs-Aktivität fand im Oktober 2022 statt und stellte eine inhaltliche Weiterentwicklung und Fokussierung aus den ToC-Workshops und dem vorhergehenden Stakeholder-Workshop im April 2022 statt. Der Schwerpunkt lag dieses Mal auf „Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen“. Zu den Inhalten siehe B 2.1 bis 2.3 in diesem Bericht, sowie die separate Dokumentation des Workshops.



Input Nicole Traxler 2/5

950.000 pflegende Angehörige sind meist stark belastet.

Womit kämpfen die pflegenden Angehörigen?

- **Psychosoziale** Belastungen
- **Vereinbarkeiten** mit Familie und Beruf, sowie eigenen Interessen
- Körperliche Belastungen durch pflegerische Tätigkeiten
- Finanzieller und zeitlicher **Mehraufwand**
- **Fehlende Orientierung im Informationsdschungel**
- Fehlende gesellschaftliche Wahrnehmung und Anerkennung

Was können Konsequenzen dieser Belastungen sein?

- **Vereinsamung** durch Isolation, sozialen Rückzug, zeitl. Mehraufwand, 24h-Bereitschaft
- **Burn-out** und andere psychische und körperliche Erkrankungen
- Eigene **Pflegebedürftigkeit**
- **Altersarmut** durch Reduktion oder Aufgabe der eigenen Berufstätigkeit

Aus Forschung in: Alles Clara & Innovationsnetzwerk zur Entlastung pflegender Angehöriger



Im November 2022 besuchte das InCARE-Team der Chance B die Kolleg:innen von Vilans in den Niederlanden, um die Umsetzung von integrierter Versorgung unter Einbeziehung von Community Nurses besser kennenzulernen. Aus diesem Studienaufenthalt entwickelten wir die Idee, in enger Zusammenarbeit mit Vilans ein Webinar zur Umsetzung des Community Nursing in den Niederlanden anzubieten. Mit einer breiten Bewerbung über unsere Netzwerk-Partner:innen

gelang es uns, mehr als 60 interessierte Personen in ganz Österreich und teilweise darüber hinaus anzusprechen.

Die fünfte von uns initiierte online-Vernetzungs-Aktivität war ein abschließender Stakeholder-Workshop im September 2023, zu dem alle bisherigen Interessierten aus dem ToC-Workshop und den vorhergehenden Stakeholder-Workshops eingeladen wurden.

Alle online-Veranstaltungen fanden in enger inhaltlicher und organisatorischer Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung statt.

Nachdem es im zweiten Implementierungsjahr wieder einfacher war, auch nicht-virtuelle Treffen abzuhalten, haben wir mehrere kleinere Vernetzungstreffen initiiert, wie beispielsweise zwei Abstimmungstreffen der regionalen Einsatzleitungen der mobilen Dienste; und im Nachhall zum Studienbesuch in den Niederlanden haben wir auch ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass in der InCARE Fortbildungsreihe, d.h. den Trainingsmodulen 3 und 4, die Vernetzung untereinander einen wichtigen Stellenwert erhält.

E.2 Teilnahme an mindestens 4 externen Vernetzungstreffen

So wie sich auch im Projekt InCARE viele Vernetzungs-Aktivitäten auf online-Treffen verlagert hatte, hatte sich auch die österreich-weite Vernetzung zu einem guten Teil auf online-Treffen verlagert. Das hatte den Vorteil, dass sehr viel mehr Vernetzungs-Aktivitäten auch im Rahmen der regionalen InCARE-Implementierung möglich waren, ohne dass sich Anreisezeiten und Reisekosten entsprechend erhöht hätten:

- InCARE war regelmäßig bei den österreichweiten Vernetzungen zu den demenzfreundlichen Gemeinden vertreten, die vom Kardinal-König-Haus aus organisiert werden.
- InCARE hat an der Tagung der österreichischen Gesellschaft für Care & Case Management (ÖGCC) teilgenommen;
- InCARE war bei den seitens der GÖG organisierten online-Vorträge im Rahmen von „Gesundheit für Generationen“ vertreten;
- InCARE nahm regelmäßig an den „Caring Communities“-Vernetzungen im D-A-CH-Netzwerk teil;
- Karin Ondas hat bei mehreren „Mehr für Care“-Veranstaltungen teilgenommen und hat für die Enquete „Pflege und Betreuung zu Hause“ auch eine online-Arbeitsgruppen-Moderation übernommen.
- Teilnahme an den von „Two Next Inclusion“ organisierten Jahreskonferenzen für Pflegende Angehörige
- Teilnahme am Online-Workshop der GÖG zu Caring Communities Idealmodell

Neben diesen mehr als 15 online-Veranstaltungen war das regionale InCARE-Implementierungs-Team auch bei einigen face-to-face-Konferenzen und Vernetzungstreffen präsent:



1 – Gesundheitskonferenz in Linz, Anna Stickler (FGÖ), Karin Ondas (InCARE), Klaus Ropin (GÖG); Foto privat / 2 – Equal Care Day, Foto Land Steiermark, Binder / 3 – Equal Care Day, privat / 4 - Poster-Präsentation Age and Care Konferenz, Margit Gross, Rosemarie Kurz, Karin Ondas, Foto privat / 5 Age and Care Konferenz, Foto Michael Körbler, CIRAC Uni Graz / 6 – Poster-Präsentation im Rahmen des Caring Community Symposiums, Teilnehmer der Konferenz, Foto privat

- 20.6.22, Linz: Fonds Gesundes Österreich, Vernetzungstreffen im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“
- 21.6.22, Linz: Fonds Gesundes Österreich, 24. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz „Gesundheit fördern – Klima schützen.“
- 9.9.22, Wien: Caring Communities: Symposium "Care und Gerechtigkeit"
- 15.9.22, Graz: EURAG-Kongress – Bund der älteren Generationen Europas
- 22.9.22, Bratislava: Co-Age-Konferenz
- 1.3.23, Graz: Equal Care Day
- 5.5.23, Wien, Community Nursing Tagung "Vom Projekt zur Routine"
- 15.6.23, Stubenberg am See: Workshop Regionalmanagement Oststeiermark, „Gutes Altern braucht Rahmenbedingungen“ Stubenberg am See
- 23.6.23, Wien: Caring Communities Symposium „Care-Bewegungen“
- 21.9.23, Graz: Poster-Präsentation bei der Age and Care Konferenz



Eindrücke von der Studienreise nach Utrecht, November 2022 Fotos: Karin Ondas

Neben diesen Vernetzungs-Aktivitäten nahmen 2 Vertreterinnen des InCARE-Teams an der Studienreise in den Niederlanden, organisiert von unserem Projektpartner Vilans, im November 2022 teil. Auch die spanischen Projektpartner nahmen an dieser Studienreise teil. Anknüpfend an das von Vilans im März 2023 durchgeführte Webinar nahmen vier InCARE-Teammitglieder und Kolleginnen der Caritas Steiermark im September 2023 an einer von uns initiierten Studienreise zur Caritas Wien teil, wo seit mehreren Jahren Teile des Buurzorg-Modells sowie soziokratische Entscheidungsfindungsprozesse implementiert werden. Die Kolleg:innen der Caritas Wien konnten bei dieser Gelegenheit auch zwei unserer Konsortiumspartner von Vilans persönlich kennenlernen.

E.3 Erwirken von zusätzlichen Budgets/Ressourcen für konkrete Bedarfe / konkrete Anliegen

Mit InCARE haben wir auf verschiedenen Ebenen versucht, zusätzliche Ressourcen für konkrete Bedarfe zu generieren. Von den Interventionen, die gesetzt wurden, waren einige nicht erfolgreich; andere waren teilweise erfolgreich; und bei wiederum anderen Impulsen ist nicht abschließend klar, inwieweit nicht vielleicht gerade dieser Impuls ausschlaggebend war.

So haben wir beispielsweise im Rahmen von InCARE die Information zu dem Förderungsschwerpunkt „Community Nursing“ im Rahmen des EU-Aufbau- und Resilienz-Planes frühzeitig zusammengefasst und den regionalen Stakeholdern zur Verfügung gestellt – unter anderem dem Sozialhilfeverband Weiz, der sich erfolgreich um ein Community Nursing Pilotprojekt bewarb. Wie bereits ausgeführt, wurde diese Projektumsetzung zeitgleich mit der Umstrukturierung der Sozialhilfeverbände vorzeitig beendet.

Der Impuls, den Pflegestammtisch der Stadtgemeinde Gleisdorf zur Reihe „Pflege leicht verständlich“ auszubauen, kann längerfristig dazu beitragen, dass die Ressourcen zu dem wichtigen Schwerpunkt der Information und Entlastung von pflegenden Angehörigen noch mehr gebündelt werden.

Wie sehr die Auseinandersetzung von InCARE mit dem Thema der Beratungszeit und mit der Umsetzung von Beratung innerhalb der HKP („Erstabklärungsgespräch“) dazu beitragen wird, dass diese Beratungszeit in der Praxis tatsächlich auch gesplittet wird und diese Ressource somit optimaler genutzt werden kann, ist derzeit noch schwer zu beziffern.

Dass eine Deckelung des Selbstbehalts im Bereich der mobilen Unterstützung eingeführt wurde, ist mit Sicherheit eine passende Antwort auf einen konkreten Bedarf. Möglicherweise hat InCARE auch einen kleinen Puzzlestein dazu beigetragen, indem das Thema präsent gehalten wurde. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass es eine gewisse Leerstelle hinsichtlich des Einbringens und der Vertretung der Interessen im Bereich der mobilen Unterstützung gibt; auch hier sind die Ressourcen knapp.

Für die Info-Messe „Pflege leicht verständlich“ und für das Café Miteinander haben wir in Sachen Öffentlichkeitsarbeit mit der Stadtgemeinde Gleisdorf eng zusammengearbeitet. Die Bewerbung, vom Layout der Flyer und Plakate über den Druck bis hin zur Verteilung, sowie die Bekanntmachung im Stadtjournal stellten eine sehr wertvolle Ressource dar.

Verortung der regionalen Umsetzung im Gesamt-Projekt-Rahmen von InCARE

Die regionale Umsetzung von InCARE war eng verbunden mit dem Gesamt-Projekt-Rahmen von InCARE. Aus der regionalen Umsetzung setzten wir Impulse für das Gesamt-Netzwerk; von sehr großer Bedeutung waren aber auch die Impulse des Gesamt-Netzwerks für die regionale Umsetzung. Ein wesentlicher Faktor war die enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Auch die Impulse, die über die Vernetzung mit Vilans zum Thema integrierte Versorgung und

Nachbarschafts-Strukturen in das Projekt eingebracht wurden, trugen maßgeblich zur Ausgestaltung der Projekt-Schwerpunkte vor Ort bei. Die näheren Informationen zu den vielfältigen Facetten des Gesamtprojekts sind hier abrufbar: <https://incare.euro.centre.org/>

Das regionale Implementierungsteam war vor allem in folgende Aspekte des Gesamtprojekts involviert:

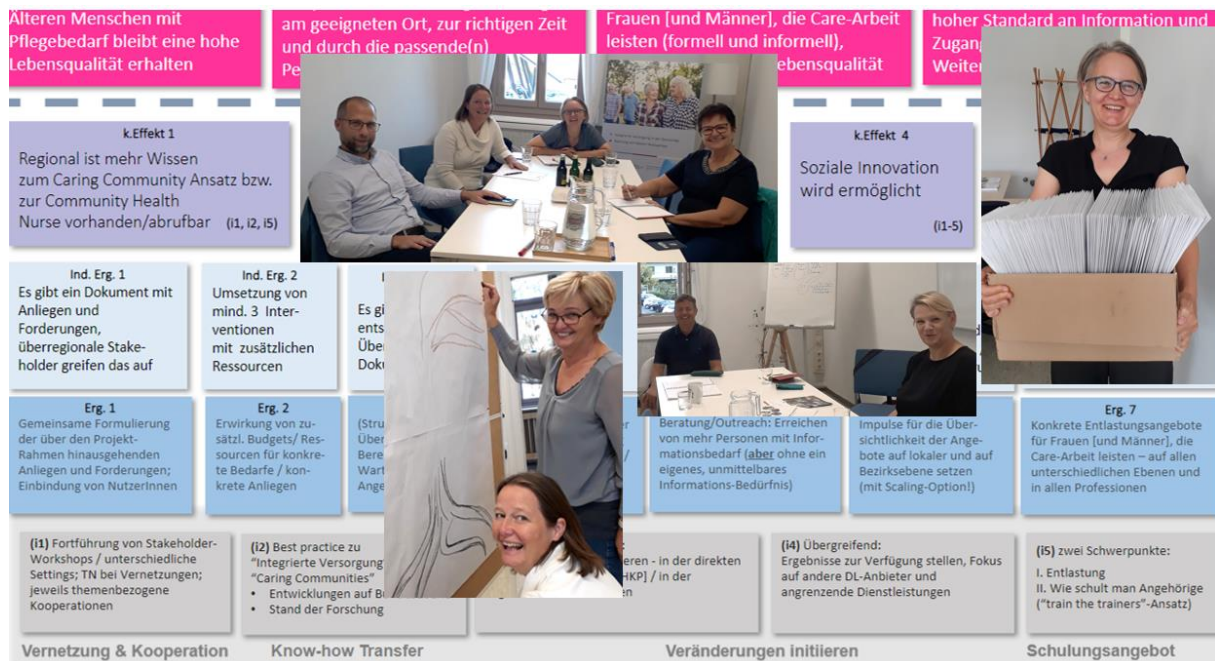
- Mitarbeit an der Situational Analysis für Österreich und der SWOT-Analyse der Situational Analysis
- Feed-Back zum Entwurf der InCARE-Umfrage und Mitarbeit an der Bekanntmachung und Bewerbung der InCARE Umfrage zu Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen zur Langzeitpflege in Österreich
- Erarbeitung des Evaluierungsplans für die Implementierung des Pilotprojekts in Österreich, gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- Erarbeitung des National InCARE Dissemination Plans für Österreich, gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- Regelmäßiger inhaltlicher Austausch mit Vilans, dem Kompetenzzentrum für Langzeitpflege in den Niederlanden
- Feed-Back zum Entwurf für einen wissenschaftlichen Aufsatz über die Anwendung der ToC Methode im Rahmen von InCARE
- Ansprechperson vor Ort für Expert:innen-Interviews
- Einreichung einer Präsentation der InCARE-Implementierung bei der internationalen ICIC Konferenz 23 in Antwerpen, gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- Regelmäßige Beiträge für den InCARE-Newsletter, regelmäßige Teilnahme an den online-Konsortiums-Vernetzungstreffen
- Regelmäßige Berichterstattung und Übermittlung aller relevanten Daten für das Dissemination Monitoring, den Country Evaluation Report und das Finanz-Controlling
- Inhaltliche Mitarbeit und Teilnahme an den policy facilitation group Meetings

Resümee zur Projektimplementierung

Die zwei Jahre der Projektimplementierung waren spannend, herausfordernd, manchmal auch schwierig – aber jedenfalls immer lohnend. Wir haben die Vernetzung vor Ort auf vielerlei Arten und auf vielen Ebenen umgesetzt und mit Leben erfüllt. Kompass war dabei immer die beim Theory of Change-Workshop entwickelte Landkarte mit den Interventionen, den erwarteten Ergebnissen, den kurz- und langfristigen Effekten. Die Impulse, die InCARE regional setzte, sind solcherart gestaltet, dass sie dem „open source“-Prinzip entsprechen. Es wurde immer darauf geachtet, wer in der Landschaft schon in diese oder eine ähnliche Richtung arbeitet. Dies nicht nur, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, sondern auch, um die längerfristige Verankerung „nach InCARE“ sicherzustellen. Die Selbstverständlichkeit, mit

der wir das in der Projektlaufzeit gelebt haben, machte InCARE für mögliche Kooperationspartner:innen gut anschlussfähig.

Das „wir“ bezieht sich auf das InCARE-Projektteam vor Ort. Dass dieses „wir“ überhaupt entstehen konnte, ist keine Selbstverständlichkeit angesichts der nicht unwesentlichen Begrenzungen, die die strikten Covid-Schutzmaßnahmen in Sachen Begegnung und Austausch in gut 2/3 der Gesamt-Laufzeit von InCARE mit sich gebracht haben. Auch hier dienten uns der ambitionierte Zielhorizont der ToC-Landkarte als ein guter Kompass.



Die enge Zusammenarbeit mit der Stadtgemeinde Gleisdorf in mehreren Projekt-Aktivitäten verdient eine besondere Aufmerksamkeit. Wenn Politiker:innen Hilfebedarf von älteren Menschen, pflegerische Unterstützung, die Einbindung von Menschen mit Demenz in die Gemeinschaft und die Entlastung von pflegenden Angehörigen als eine politische Aufgabe innerhalb der Gemeinde anerkennen und sichtbare Schritte in diese Richtung setzen, kann das für die betroffenen Menschen, die Professionist:innen an ihrer Seite, und für zivilgesellschaftlich engagierte Bürger:innen zu einer wertvollen Kraftquelle werden, um gemeinsam zu einer „Caring Community“ zu werden.

Wir blicken zurück, und wir schauen nach vorne: Wir haben einiges erreicht; und es ist noch ungleich viel mehr zu tun. Wir sind ein bisschen wehmütig, dass unsere InCARE-Zeit nun endet. Gleichzeitig sind wir voller Dankbarkeit dafür, dass wir in den letzten Jahren so vieles gemeinsam ausprobieren und gestalten konnten. Was uns auch ganz persönlich sicher bleiben wird, ist der Blick auf einen sehr viel weiter gewordenen Horizont.

Karin Ondas, Chance B, Leitung der Projektimplementierung in der Oststeiermark



Anhang

Theory of Change Landkarte

Erarbeitet im Rahmen des ToC Workshops, Juni 2021

Theory of Change Map

Extended English Version, Juli 2021, basierend auf der ToC Landkarte und erstellt mit Anleitung von Erica Breuer, ToC-Expertin / InCARE-Konsortium

Co-funded by the European Union



The European Union support for the production of this document does not constitute an endorsement of the contents, which reflects the views only of the authors, and the European Union institutions and bodies cannot be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.

(EaSI VS/2020/0258)

Co-funded by
Fonds Gesundes Österreich

 **Bundesministerium**
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich
GmbH

 **Fonds Gesundes Österreich**

