

Evaluation Community Nursing Österreich

ENDBERICHT

Christine Pichler, Birgit Aigner-Walder, Melitta Horak, Johannes Oberzaucher,
Thomas Fenzl, Gabriele Hagendorfer-Jauk, Daniela Ströckl, Johanna Breuer,
Albert Luger, Manuela Perchtaler, Stephanie Putz, Christoph Voutsinas,
Eleni Zografou, Susanne Kräuter, Clara Bauer, Bianca Lidolt-Petscher

Villach, Dezember 2024



Evaluation Community Nursing Österreich

Endbericht

Auftraggeberin: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Fachhochschule Kärnten - gemeinnützige Gesellschaft mbH

Europastraße 4, A- 9524 Villach

www.fh-kaernten.at

Institute for Applied Research on Ageing (IARA)

Europastraße 4, A- 9524 Villach

www.iara.ac.at

Kontakt:

FH-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Pichler, Bakk. MA

Telefon: +43 (0)5 90500-3326 / +43 (0)676 3589778, E-Mail: c.pichler@fh-kaernten.at

Die Fachhochschule Kärnten sowie alle involvierten Projektmitarbeiter:innen haben die Inhalte sorgfältig recherchiert und erstellt. Fehler können dennoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Autor:innen übernehmen daher keine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte, insbesondere übernehmen sie keinerlei Haftung für eventuelle unmittelbare oder mittelbare Schäden, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	IX
Glossar.....	XI
Abstract.....	XVII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage der Begleitevaluation	1
1.2 Evaluationsansatz.....	3
1.3 Aufbau des Endberichts	4
2 Sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Evaluation.....	5
2.1 Einleitung und Zielsetzung.....	5
2.2 Methodisches Vorgehen zur summativen Evaluation des Wirkmodells	6
2.2.1 Quantitative Erhebung.....	7
2.2.2 Qualitative Erhebung.....	9
2.3 Deskriptive Darstellung der Outputs von CN Österreich.....	12
2.3.1 Interventionen laut Aufgaben- und Rollenprofil	13
2.3.2 Beschreibung der Fallarten, Zielgruppe und Erstkontakte.....	14
2.4 Ergebnisse der summativen Evaluation zu den Wirkdimensionen	19
2.4.1 Gesundheitsversorgung und Pflege	19
2.4.2 Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden	24
2.4.3 Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment.....	29
2.4.4 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein	33
2.4.5 Handlungsfeld Community Nursing	38
2.4.6 Soziales und regionales Leben	45
2.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse aus sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Perspektive	50

3	Ökonomische Bewertung von Community Nursing in Österreich.....	54
3.1	<i>Einleitung und bisheriger Forschungsstand.....</i>	54
3.2	<i>Methodik.....</i>	57
3.3	<i>Ergebnisse der ökonomischen Analyse nach Wirkdimension</i>	58
3.3.1	<i>Gesundheits- und Pflegeversorgung</i>	58
3.3.2	<i>Gesundheitszustand.....</i>	74
3.3.3	<i>Finanzielle Aspekte.....</i>	77
3.3.4	<i>Regionalwirtschaftliche Effekte.....</i>	87
3.4	<i>Zusammenfassung zur ökonomischen Analyse</i>	91
4	Resümee	94
4.1	<i>Fazit der Gesamtevaluation und Beantwortung der Forschungsfragen.....</i>	94
4.2	<i>Limitationen und Empfehlungen für einen weiteren Monitoring- und Evaluierungsplan.....</i>	99
4.3	<i>Handlungsempfehlungen.....</i>	102
	Quellenverzeichnis.....	106
	Anhang 1: Sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Evaluation.....	110
	<i>Soziodemografische Daten: Community Nurse-Fragebogen</i>	110
	<i>Soziodemografische Daten: Zielgruppen-Fragebogen.....</i>	114
	<i>Detailangaben im Rahmen der Datenauswertung (Bürgermeister:innen-Interviews).....</i>	117
	<i>DokCN-Einträge je Subbereich der PHIW-Bereiche.....</i>	119
	<i>Daten der quantitativen Fragebogenerhebung zu den Wirkdimensionen.....</i>	123
	<i>Ergänzende Informationen zu den Falldarstellungen</i>	140
	Anhang 2: Ökonomische Analyse.....	150
	Supplement: Wirkmodell Community Nursing Österreich	160

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufgaben- und Rollenprofil CN Österreich (Kozisnik et al., 2021, S. 6; Darstellung der GÖG)	2
Abbildung 2: Community Nursing-Interventionen laut Aufgaben- und Rollenprofil der Pilotierung (n=206.604) 13	
Abbildung 3: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Community Nurse-Fragebogen	21
Abbildung 4: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Zielgruppen-Fragebogen	21
Abbildung 5: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Community Nurse-Fragebogen	26
Abbildung 6: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Zielgruppen-Fragebogen	26
Abbildung 7: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Community Nurse-Fragebogen	30
Abbildung 8: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Zielgruppen-Fragebogen	30
Abbildung 9: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Community Nurse-Fragebogen	35
Abbildung 10: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Zielgruppen-Fragebogen	35
Abbildung 11: Wirkdimension „Handlungsfeld Community Nursing“, Community Nurse-Fragebogen	41
Abbildung 12: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Community Nurse-Fragebogen	47
Abbildung 13: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Zielgruppen-Fragebogen	47
Abbildung 14: Vorgehensweise ökonomische Evaluation	57
Abbildung 15: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=7.700)	60
Abbildung 16: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=687)	63
Abbildung 17: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im vorherigen Tätigkeitsbereich	111
Abbildung 18: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im Community Nursing-Bereich	112
Abbildung 19: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=687)	153

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wirkdimensionen und Outcomes lt. Change-Modell	5
Tabelle 2: Community Nursing-Fälle nach Fallarten (DokCN)	14
Tabelle 3: Alter der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)	15
Tabelle 4: Geschlecht der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)	15
Tabelle 5: Familienstand der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)	15
Tabelle 6: Wohnlage der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN).....	16
Tabelle 7: Alter der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN).....	16
Tabelle 8: Geschlecht der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN).....	16
Tabelle 9: Familienstand der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN).....	17
Tabelle 10: Wohnlage der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN).....	17
Tabelle 11: Referenz für den Erstkontakt mit Community Nursing (DokCN).....	18
Tabelle 12: Übersicht, durch wen der Erstkontakt erfolgte (DokCN).....	18
Tabelle 13: Anzahl Kontakte nach Art der Inanspruchnahme, 2023.....	59
Tabelle 14: Anzahl durchgeführte präventive Hausbesuche nach Altersgruppe, 2023	59
Tabelle 15: Häufigkeit der Kontaktaufnahme, 2023	60
Tabelle 16: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Anzahl pro Monat	62
Tabelle 17: Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Stunden pro Woche.....	63
Tabelle 18: Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen	64
Tabelle 19: Inanspruchnahme informeller Pflege- und Betreuungsleistungen, Stunden pro Woche	65
Tabelle 20: Zufriedenheit mit Gesundheits- und Pflegeversorgung	66
Tabelle 21: Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgung.....	67
Tabelle 22: Aufdeckung von Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen	68
Tabelle 23: Maßnahmen durch CN zur Informationsvermittlung.....	69
Tabelle 24: Beratungsthemen zur Informationsvermittlung	69
Tabelle 25: Kenntnisstand zu Leistungsangebot	70
Tabelle 26: Wissen zu Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit	71
Tabelle 27: Anzahl Kontakte nach Art der Netzwerkpflege, 2023 (n=115)	72
Tabelle 28: Zufriedenheit mit Vernetzung (n=225).....	73
Tabelle 29: Arbeitsstunden der CNs (n=225)	73
Tabelle 30: Jobattraktivität (n=225).....	74
Tabelle 31: Gesundheitszustand älterer Personen	75
Tabelle 32: Belastung informell Pflegenden	76

Tabelle 33: Gesundheitszustand informell Pflegender	77
Tabelle 34: Darstellung Fördersumme je Kostenkategorie, insgesamt, pro Jahr und pro VZÄ.....	78
Tabelle 35: Darstellung Kosten der Begleitung	79
Tabelle 36: Schätzung finanzieller Effekte durch Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Leistungen pro Person.....	80
Tabelle 37: Anteilige Veränderung der Pflegestufe vor und nach der CN-Intervention und Pflegegeldhöhe 2023 (n=559)	82
Tabelle 38: Anspruchsberechtigte Personen nach Pflegegeldstufen und näherungsweise Zuordnung nach Betreuungsform, Jänner 2023 und Δ Jänner 2024.....	83
Tabelle 39: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Zuhause, Δ 2023 und 2024 (in %).....	84
Tabelle 40: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Stationär, Δ 2023 und 2024 (in %).....	84
Tabelle 41: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Gesamt, Δ 2023 und 2024 (in %)	85
Tabelle 42: Schätzung langfristiger Einsparungen durch reduzierte stationäre Pflege je betreuter/gepflegter Person, 2022	86
Tabelle 43: Veränderung Pflegeetätigkeit informell Pflegender durch CN (n=96)	87
Tabelle 44: Sonstige Aktivitäten und Informationen	89
Tabelle 45: Anzahl und Teilnehmende gruppenorientierter Angebote pro CN-Projekt, 2023 (n=114).....	90
Tabelle 46: Zusätzliche Fahrten durch CNs und Emissionen (CO ₂), 2023.....	90
Tabelle 47: Zusammenfassung Kosten und Nutzen je Wirkdimension	92
Tabelle 48: Geschlecht der Community Nurses	110
Tabelle 49: Alter der Community Nurses	110
Tabelle 50: Berufserfahrung der Community Nurses als DGKP	110
Tabelle 51: Tätigkeitsbereiche der Community Nurses (direkt) vor Übernahme der Community Nursing-Aufgabe	111
Tabelle 52: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im vorherigen Tätigkeitsbereich.....	111
Tabelle 53: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im Community Nursing-Bereich	112
Tabelle 54: Gründe für die Aufnahme der CN-Tätigkeit.....	113
Tabelle 55: Geschlecht der Leistungsempfänger:innen	114
Tabelle 56: Alter der Leistungsempfänger:innen	114
Tabelle 57: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Leistungsempfänger:innen	114
Tabelle 58: Aktuelle Wohnsituation der Leistungsempfänger:innen.....	115
Tabelle 59: Haushaltsgrößen der Leistungsempfänger:innen	115
Tabelle 60: Personen mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf im selben Haushalt	115
Tabelle 61: Wohnsitzbundesland der Leistungsempfänger:innen.....	116

Tabelle 62: Lage des Wohnorts der Leistungsempfänger:innen.....	116
Tabelle 63: Fragestellungen, Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus zur Datenauswertung der Bürgermeister:innen-Interviews	117
Tabelle 64: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Monitoring & Erhebung“.....	119
Tabelle 65: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Information, Edukation & Beratung“	120
Tabelle 66: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Pflegeintervention, Koordination & Vernetzung“	121
Tabelle 67: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Fürsprache und Interessensvertretung“	122
Tabelle 68: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung“	122
Tabelle 69: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)	123
Tabelle 70: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %) ..	124
Tabelle 71: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)	125
Tabelle 72: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)	126
Tabelle 73: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Community Nurse- Fragebogen (n=228; Angaben in %)	127
Tabelle 74: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Zielgruppen- Fragebogen (Angaben in %)	128
Tabelle 75: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Community Nurse- Fragebogen (n=228; Angaben in %)	129
Tabelle 76: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)	130
Tabelle 77: Wirkdimension „Handlungsfeld Community Nursing“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)	131
Tabelle 78: Hilfreiche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Vernetzungsaktivitäten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=305)	132
Tabelle 79: Hilfreiche Weiterbildungen der GÖG nach Themen, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=53)	133
Tabelle 80: Kritikpunkte an Begleitangeboten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=66)	133
Tabelle 81: Kritikpunkte an Weiterbildungsangeboten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=45)	134
Tabelle 82: Hilfreiche weiterführende Fort- und Weiterbildungen, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=168)	135
Tabelle 83: Hilfreiche weiterführende Ausbildungen, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=20)	136

Tabelle 84: Hilfreiche weiterführende Vernetzungsaktivitäten, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=74)	136
Tabelle 85: Fort- und Weiterbildungen, die hilfreich gewesen wären, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=216)	137
Tabelle 86: Ausbildungen, die hilfreich gewesen wären, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=39)	138
Tabelle 87: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)	138
Tabelle 88: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)	139
Tabelle 89: Zieldimensionen, Indikatoren und Subindikatoren inklusive Informationsquelle und Erhebungsform der ökonomischen Analyse	150
Tabelle 90: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen; Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	153
Tabelle 91: Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen; Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	153
Tabelle 92: Inanspruchnahme Pflege- und Betreuungsleistungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	154
Tabelle 93: Inanspruchnahme informeller Pflege- und Betreuungsleistungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	154
Tabelle 94: Zufriedenheit mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	154
Tabelle 95: Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	155
Tabelle 96: Aktuelle Versorgungssituation in der Pilotregion/-gemeinde, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	155
Tabelle 97: Aufdeckung von Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	155
Tabelle 98: Beratungen zu Heilbehelfe und Hilfsmittel, ZG- und CN-Befragung (n=449 bzw. n=225).....	156
Tabelle 99: Maßnahmen zur Informationsvermittlung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225) .	156
Tabelle 100: Beratungsthemen zur Informationsvermittlung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	157
Tabelle 101: Kenntnisstand zu Leistungsangebot, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225).....	158
Tabelle 102: Wissen zu Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit der Zielgruppe, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)	158
Tabelle 103: Veränderung der Zusammenarbeit aus Sicht der Zielgruppe (n=640)	158
Tabelle 104: Zusätzliche Mobilitätsangebote aus Sicht der CNs (n=225)	159
Tabelle 105: Sonstige Aktivitäten und Informationen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225) ...	159

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
BGBI	Bundesgesetzblatt
BH	Bezirkshauptmannschaft
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CN	Community Nursing/Community Nurse/Projekt Community Nursing Österreich
CNs	Community Nurses
CN-FB	Community Nurse-Fragebogen/-Befragung
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COVID-19	Coronavirus disease 2019
DCRD	Demographic Change and Regional Development
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DokCN	Dokumentationssystem/-software Community Nursing
EU	Europäische Union
E-Bike	Elektrofahrrad
E-Mobilität	Elektromobilität
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
GIS	Geografisches Informationssystem
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) StF: BGBl. I Nr. 108/1997. Zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 108/2023
HAT	Health and Assistive Technologies
HKP	Hauskrankenpflege
IARA	Institute for Applied Research on Ageing
ICN	International Council of Nurses
ISAC	Intergenerational Solidarity, Activity and Civil Society
IT	Informationstechnologie
k.A.	keine Angabe
LGBTQIA+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual/Transgender, Queer, Intersexual und Asexual
n	Stichprobengröße

ÖBAK	Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PFIF	Pflegegeldinformationssystem
PHIW	Public Health Intervention Wheel
PKW	Personenkraftwagen
PLZ	Postleitzahl
PSN	Psychosoziales Netzwerk
QCAmap	Open Access Web Applikation für systematische Textanalyse in wissenschaftlichen Projekten, basierend auf Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse (Qualitative Content Analysis)
RIS	Rechtsinformationssystem
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STG GuK	Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
USA	United States of America
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
ZG-FB	Zielgruppen-Fragebogen/-Befragung

Glossar

Community

Der Begriff „Community“ ist dem deutschen Wort der Gemeinschaft gleichzusetzen. Es handelt sich hierbei um eine soziale Gruppierung von Menschen, die aufgrund gemeinsamer Lebensformen (beruhend auf Neigungen, Vertrauen, Liebe, intimen Banden sowie seelischer Verbundenheit) in Abgrenzung zur restlichen Gesellschaft stehen (u.a. Tönnies, 1991, zitiert nach Hillmann, 2007, S. 271). Community Nurses, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), arbeiten mit spezifischen Zielgruppen in den Communities (Gemeinschaften/Gemeinden/Zusammenschlüsse) (Rappold, 2024).

Community Nurse/Community Nursing

Community Nurses sind DGKP, die durch die Anwendung ihres multidisziplinären Wissens in den Bereichen Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaften und Public Health sowie deren Vernetzungs- und Koordinierungskompetenzen mit weiteren Pflege- und Gesundheitsdienstleister:innen maßgeblich zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Durch die bedarfsorientierte und wohnortnahe Arbeitsweise von Community Nurses (in der Gemeinde, einer Ordination und bei Hausbesuchen von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen) sind diese eine Anlaufstelle für Beratungen und Erhebungen und dienen somit zur Förderung und zum Schutz von Gesundheit in Gemeinden, Familien und Gruppen (Kozisnik et al., 2021). Daraus resultiert die Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Verbesserung des Wohlbefindens der Bevölkerung aber auch die Möglichkeit, älteren Menschen den Verbleib im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Dies wird unter anderem durch die Stärkung der Selbsthilfe von Betroffenen und deren Angehörigen aufseiten Betroffener und deren Angehöriger sichergestellt (Gesundheit Österreich GmbH, 2023 & Kozisnik et al., 2021).

Empowerment

Der Begriff „Empowerment“ wird wörtlich als „Selbstbefähigung“ oder „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“ übersetzt (Herringer, 2020, S. 11). Er stammt aus der Frauenbewegung und ist mit der Stärkung von individuellen Akteur:innen in Verbindung zu setzen, wozu auch die Schaffung entsprechender gesellschaftlicher Rahmenbedingungen Voraussetzung ist (Lautmann, 2011, S. 165).

Familie

Die Familie ist eine soziale Einrichtung, die auf der Zusammengehörigkeit von Personen basiert, die in verwandtschaftlichen Beziehungen zueinander stehen. Eine gemeinsame Haushaltsführung ist nicht zwingend notwendig, die sozialen Beziehungen sind in diesem Kontext gegenüber den biologischen Beziehungen vorrangig (Lenz, 2011, S. 197).

Frailty

„Frailty ist ein multidimensionales geriatrisches Syndrom, das durch einen Verlust an individueller Reservekapazität und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber internen und externen Stressoren gekennzeichnet ist. Frailty ist mit einem erhöhten Risiko für Stürze und einem Autonomieverlust sowie mit einer erhöhten Mortalität verbunden.“ (Benzinger et al., 2021, S. 285) Unter Frailty wird demnach Zerbrechlichkeit oder Schwäche verstanden. Durch einen Zustand von physischer und psychischer Schwäche sind Personen anfälliger für Krankheiten, Verletzungen oder andere negative Einflüsse. Oft wird der Begriff im Zusammenhang mit dem Altern verwendet, um die zunehmende Verletzlichkeit älterer Menschen zu beschreiben.

Gesundheit

Laut WHO wird definiert „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO, 2024).

Gesundheitsbewusstsein

Gesundheitsbewusstsein bezieht sich auf das individuelle Bewusstsein und Verständnis für die Bedeutung der eigenen Gesundheit sowie auf die aktive Übernahme von Verantwortung für dieselbe. Im Kontext der Gesundheitsförderung zielt es darauf ab, die Persönlichkeitsentwicklung und sozialen Fähigkeiten einer Person zu unterstützen. Dies geschieht durch die Bereitstellung von Informationen, durch gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Förderung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten (WHO, 1986).

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozess, der darauf abzielt, allen Menschen ein gesteigertes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Ziel ist es, ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sowohl für Einzelpersonen als auch für Gruppen zu fördern. Dies soll durch die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse, die Verwirklichung von Wünschen und Hoffnungen sowie durch die Gestaltung einer unterstützenden und förderlichen Umwelt erreicht werden. Gesundheitsförderung und umfassendes Wohlbefinden können erreicht werden, wenn die Entwicklung gesünderer Lebensweisen vonseiten des Gesundheitssektors und allen politischen Bereichen gefördert und von Individuen umgesetzt wird (WHO, 1986).

Gesundheitskompetenz

Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ umfasst die Motivation, die Fähigkeit und das Wissen, die Menschen benötigen, um relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Ziel ist es, Entscheidungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung treffen zu können, um die Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern (Sørensen et al., 2012, zitiert nach Griebler et al., 2021, S. 1).

Allgemeine Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wird durch soziale Unterschiede beeinflusst, sodass es zu Ungleichheiten aufgrund des sozialen Status kommen kann. Durch gezielte Sensibilisierung, den Zugang zu leicht verständlichen, zielgruppenspezifischen Informationen und die Entwicklung von Organisationen und Systemen, die die Gesundheitskompetenz fördern, können mögliche Ungleichheiten abgebaut werden. Allgemeine Gesundheitskompetenz ist also nicht konstant, sondern variabel (WHO, 2019; World Health Organization Regional Office for Europe, 2019, zitiert nach Griebler et al., 2021, S. 2).

Digitale Gesundheitskompetenz

Der Begriff „Digitale Gesundheitskompetenz“ umfasst die Fertigkeit, digitale Gesundheitsinformationen in Online-Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Hierfür werden Fähigkeiten im Umgang mit digitalen Technologien und Ressourcen benötigt (Norman & Skinner, 2006, zitiert nach Griebler et al., 2021, S. 4f.).

Kommunikative Gesundheitskompetenz

Um adäquate Entscheidungen für die eigene Gesundheit und Lebensqualität treffen zu können, bedarf es der Möglichkeiten sowie der sozialen Fähigkeiten von Patient:innen und Nutzer:innen. Diese beziehen sich auf eine aktive persönliche Interaktion und Kommunikation und ergeben sich aus dem Einbringen, Erhalten und Einschätzen und Anwenden von Informationen. Diese Beschreibung wird im Rahmen gesundheitsbezogener Gespräche als kommunikative Gesundheitskompetenz bezeichnet (Nutbeam, 2015; Sørensen et al., 2012, zitiert nach Griebler et al., 2021, S. 6).

Navigationskompetenz im Gesundheitssystem

Um sich in einem stark untergliederten Gesundheitssystem zurechtzufinden, braucht es Wissen, Motivation und die Kompetenz, sich Informationen zu beschaffen sowie die Fähigkeit, die erhaltenen Information zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Die Navigationskompetenz im Gesundheitssystem dient als Instrument zur Beseitigung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung und garantiert einen problemlosen Zugang zur Befriedigung von gesundheitlichen Bedürfnissen (Bachner et al., 2018; Griese et al., 2020; Gui et al., 2018, zitiert nach Griebler et al., 2021, S. 5).

Gesundheitsversorgung

„Die Gesundheitsversorgung umfasst alle Organisationen, Strukturen und Prozesse, die der Förderung der Gesundheit, der Vorbeugung von Krankheiten, der medizinischen und therapeutischen Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege dienen.“ (Robert Koch-Institut, 2023a)

Individuum

Ein Individuum ist soziologisch betrachtet das Gegenteil der Gemeinschaft, der Gesellschaft. Es ist eine Einheit, die über einen freien Willen verfügt und sich selbst Maßstäbe setzen kann. Nach gegenwartssoziologischen Zugängen kann das Individuum erst durch die Gesellschaft und die Reflexion ihrer kulturellen Gegebenheiten zu einer Persönlichkeit und einem sozialen Wesen heranreifen (Linton, 1974, Daniel, 1981, Massing, 1987, Hitzler, 1988, Brose, 1988, Wolff, 1998, Ritsert, 2001 & Schimank, 2002, alle zitiert nach Hillmann, 2007, S. 365f.).

Kooperationspartner:innen

Der Begriff „Kooperation“ bezeichnet die Zusammenarbeit mehrerer Menschen zur Lösung einer Aufgabe und/oder zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse. Kooperation ist ein menschliches Verhaltensmuster, das auf Zusammenarbeit und nicht auf Konflikt und Konkurrenz beruht. Eine Partnerschaft ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Personen und/oder sozialen Gebilden, die nur gemeinsam verschiedene Ziele erreichen können. Unter dem Begriff „Kooperationspartner:innen“ kann daher die Zusammenarbeit unterschiedlicher Personen und/oder Gemeinschaften verstanden werden, die ein gemeinsames Ziel verfolgen (Fuchs-Heinritz, 2011, S. 378; Gollwitzer, 1962, Kluxen-Pyta, 1991 & Müller, 2006, alle zitiert nach Hillmann, 2007, S. 667f.).

Lebensqualität

Lebensqualität bezeichnet die umfassende Bewertung des individuellen und kollektiven Wohlbefindens, wobei ein guter Gesundheitszustand als Grundvoraussetzung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung betrachtet wird. Diese Bewertung berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, einschließlich politischer, ökonomischer, sozialer, kulturelle, biologischer, sowie umweltbedingter und verhaltensbedingter Faktoren, die die Gesundheit sowohl fördern als auch beeinträchtigen können (WHO, 1986).

Pflege

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (ICN, 2024)

Prävention

Prävention bezeichnet den Einsatz gezielter Maßnahmen zur Reduzierung der Krankheitslast in der Bevölkerung. Sie umfasst sämtliche Aktivitäten, die darauf abzielen, Erkrankungen zu verhindern, zu verzögern oder die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens zu verringern (Robert Koch-Institut, 2023b).

Public Health Intervention Wheel

Das Interventionsrad repräsentiert ein auf die Bevölkerung ausgerichtetes wissenschaftlich fundiertes Praxismodell, das neben den drei Hauptebenen Gemeinschaft, System und Individuum/Familie auch 17 Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit umfasst. Jede dieser Interventions- und Praxisebenen hat das Potential zur Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung beizutragen (Keller, 2004, S. 453; Minnesota Department of Health, 2019).

Region

Eine Region ist ein für Planungs- und Verwaltungszwecke geographisch festgelegtes Gebiet. Dieses wird je nach spezifisch festgelegten Merkmalen als eine Einheit angesehen. Als Merkmal einer Region kann auch der Lebensraum sowie dessen vorgestellte und unbewusste Wirklichkeitsbestandteile herangezogen werden (Mey, 2011, S. 563).

Stakeholder:innen

Stakeholder:innen sind Personen und Gruppen, die aus begründetem Interesse Ansprüche auf Berücksichtigung ihrer Meinung erheben. Darunter fallen unter anderem selbst betroffene Personen, Bürger:innengruppen, Anwohner:innen, Organisationen und deren Beschäftigte, Aktionär:innen, Regierungen usw. Diese Ansprüche richten sich in der Regel an Institutionen, Programme, Projekte und/oder Unternehmen (Wienold, 2011, S. 650). Im Kontext der Evaluierung von Community Nursing werden als Stakeholder:innen diejenigen bezeichnet, die die Interessen der Pilotierung vertreten; darüber hinaus sind es in einem umfassenden Verständnis alle, die am Projekt beteiligt und davon betroffen sind.

System

Das System ist ein theoretisches Konstrukt, das voneinander abhängige Elemente und Beziehungen bezeichnet. In einem System sind die einzelnen Systembestandteile wechselseitig voneinander abhängig, so dass sich jede Veränderung auf diese und deren Umwelt auswirkt. Gegenstände, die mit dem Begriff „System“ bezeichnet werden können, sind unter anderem Theorien, Gedanken, soziale Systeme sowie psychische Systeme (Epskamp & Jensen, 2011a, S. 671).

Systemtheoretisches Verständnis

Die Grundidee der Systemtheorie beruht auf der Annahme, dass gesellschaftliche Gebilde als Systeme betrachtet und diese immer in Beziehung zum umfassenden Ganzen stehen. Es geht hierbei um das Verständnis, dass Systeme rational agieren und um die Analyse ihrer Einwirkungen auf die inneren und

äußeren Systembausteine. Wichtige Vertreter dieser Theorie sind T. Parsons und N. Luhmann (Epskamp & Jensen, 2011b, S. 675; u.a. Parsons, 1968 & Luhmann, 1971, zitiert nach Hillmann, 2007, S. 881).

Wirkmodell und Programmtheorie

Wirkmodelle dienen als Grundlage für fundierte Evaluationen. Sie basieren auf der Identifikation von Programmelementen und der Analyse ihrer Wirkungen. Die Analyse der Prozesse (Wie), der Wirkmechanismen (Warum) und der Rahmenbedingungen (Wann) dient dazu Nachweise zu finden, wie und unter welchen Rahmenbedingungen eine Intervention, ein Programm, Wirkung zeigt. Ziel eines Wirkmodells und dazugehöriger Programmtheorie ist „[...] das zu evaluierende Programm und die dazugehörigen Interventionen besser zu verstehen, und ein geteiltes Verständnis über die Wirkmechanismen des Programms zwischen Stakeholdern und Evaluator(inn)en zu schaffen.“ (Fenzl, Lemke & Mayring, 2021)

Wohlbefinden

Wohlbefinden bezeichnet einen Zustand, in dem psychisches und körperliches Empfinden im Einklang stehen. Es wird geprägt durch positive Gefühle wie Freude oder eine optimistische Grundstimmung sowie durch das Fehlen körperlicher Beschwerden und das Erleben positiver körperlicher Empfindungen (Becker, 1991, S. 13ff., zitiert nach Fritz-Schubert, 2017, S. 18).

Abstract

Die Pilotierung von Community Nursing in Österreich zielt darauf ab, ein niederschwelliges, wohnortnahes Angebot durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zu etablieren, um Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere für ältere Personen und pflegende Angehörige zu verbessern. Die wissenschaftliche Begleitevaluation untersucht die Wirksamkeit der Pilotierung von Community Nursing in Österreich.

Die Evaluation wurde von Mai 2022 bis Dezember 2024 durchgeführt und umfasste sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche sowie ökonomische Analysen und einen Mixed-Methods-Ansatz in der Datenerhebung und -auswertung. Es wurden quantitative und qualitative Daten erhoben, wobei u.a. die Zielgruppe, Community Nurses, Projektleitungen, oder auch Bürgermeister:innen befragt wurden. Zusätzlich wurden sekundärstatistische Daten und Daten aus der Dokumentationssoftware DokCN analysiert.

Mit Stand November 2024 befinden sich österreichweit 117 Projekte mit 273 beantragten Community Nurses in der Umsetzung und es wurden über 485.000 Kontakte dokumentiert. Die Evaluation zeigt, dass Community Nursing kurzfristig zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege beiträgt, Gesundheitsrisiken frühzeitig erkennt und das subjektive Gesundheitsempfinden steigert. Langfristig kann es die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Zielgruppe verbessern und das Gesundheitssystem entlasten. Die ökonomische Analyse identifizierte kurzfristig höhere Kosten durch eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen, zeigte jedoch Einsparungspotentiale bei einem verlängerten Verbleib im eigenen Zuhause auf.

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines einheitlichen Rollenverständnisses und spezifischer Aus- und Weiterbildungsangebote für Community Nurses. Umfassende Wirkungen sind auf Ebene Individuum und Familie, Community und Gemeinde sowie System sichtbar und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen zeigen Weiterentwicklungspotentiale für eine langfristige Verankerung von Community Nursing als neues, bevölkerungsorientiertes, wohnortnahes und aufsuchendes Gesundheitsangebot in Österreich.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage der Begleitevaluation

Im Regierungsprogramm 2020-2024 wurde die Pilotierung von Community Nursing Österreich vorgesehen. Im Rahmen des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020-2026 wurde durch NextGenerationEU die Etablierung von Community Nursing Pilotprojekten gefördert, wobei der finanzierte Zeitraum der Pilotprojekte zwischen 1. Jänner 2022 und 31. Dezember 2024 lag. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ist Fördergeberin für die einzelnen Pilotprojekte und Auftraggeberin für die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die als Abwicklungsstelle zentrale Anlaufstelle für alle inhaltlichen und administrativen Fragen ist (BMSGPK, 2021).

Mit Stand November 2024 befinden sich österreichweit 117 Projekte mit 273 beantragten Community Nurses in der Umsetzung. Community Nursing soll einen niederschweligen und wohnortnahen Zugang bieten und als aufsuchendes Angebot in die Gesundheits- und Pflegelandschaft Österreichs implementiert werden. Zielgruppe sind insbesondere ältere Personen mit und ohne Pflegebedarf sowie pflegende An- und Zugehörige. Bei den Community Nurses handelt es sich um Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), die im Rahmen der berufsgesetzlichen Grundlagen (GuKG) agieren und in ihren jeweiligen Pilotregionen Gesundheitsförderung und Prävention als Schwerpunktfelder ihrer Interventionen setzen. Das Aufgabenprofil und die Umsetzungsmaßnahmen der Community Nurses orientieren sich am Public Health Intervention Wheel (PHIW) (Minnesota Department of Health, 2019), das für die Pilotierung von Community Nursing Österreich angepasst wurde und im Aufgaben- und Rollenprofil zu finden ist. Die Tätigkeitsfelder umfassen die Bereiche „Monitoring und Erhebung“, „Information, Edukation und Beratung“, „Fürsprache und Interessenvertretung“ und „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“. Ein fünftes Aufgabenfeld ist „Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung“. Dieses sollte in der Pilotphase jedoch noch eine untergeordnete Rolle spielen, um eine schrittweise Umsetzung zu gewährleisten und damit einer Überforderung von unterschiedlichen Akteur:innen im System CN vorzubeugen. Die fünf Tätigkeitsfelder sind jeweils auf der Ebene des Individuums/der Familien, der Community/Gemeinde und auf der Systemebene angesiedelt (Kozisnik et al., 2021 und Abbildung 1).

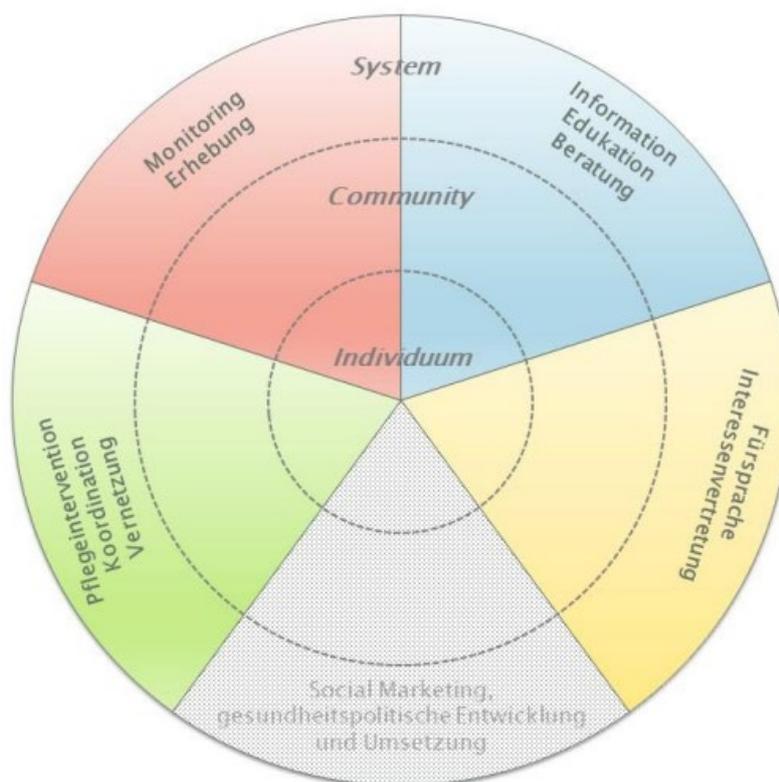


Abbildung 1: Aufgaben- und Rollenprofil CN Österreich (Kozisnik et al., 2021, S. 6; Darstellung der GÖG)

Fördernehmende Instanzen sind Gemeinden, Städte und Sozialhilfeverbände, bei denen eine oder mehrere DGKP tätig sind. Das Einzugsgebiet ist in der Pilotierung mit 3.000-5.000 Einwohner:innen je Vollzeitäquivalent (VZÄ) definiert (BMSGPK, 2021). Weitere Rahmenbedingungen der Projektumsetzung, Kontextfaktoren sowie Aspekte der Projektdurchführung sind im Wirkmodell (Supplement) detailliert festgehalten.

Die Pilotierung wird durch eine externe, theoriebasiert aufgesetzte und einem formativen, wie summativen Ansatz verfolgende, Evaluation begleitet. Im Zentrum des Evaluationsauftrages steht die Entwicklung eines Wirkmodells. Dieses besteht aus der Konzeptualisierung, der Implementierung (Action-Modell) und der Darstellung und Explikation von Wirkmechanismen (Change-Modell), der Erfassung der Wirkung von gesetzten Maßnahmen, der ökonomische Bewertung sowie der Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine Fortführung nach der Pilotphase.

Auf **Ebene der Zielgruppe der älteren Menschen** sollten folgende Intentionen der Pilotierung erfasst werden:

- ob die Gesundheit von Individuen, Familien und Gruppen verbessert werden kann
- ob den Problemlagen des Alters wie Einsamkeit und soziale Isolation begegnet werden kann
- ob soziale Netzwerke gestärkt werden können
- ob ein Verbleib im eigenen Zuhause ermöglicht werden kann
- ob Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz gestärkt werden
- ob Lebensqualität und Wohlbefinden gesteigert werden können
- ob Angebote bedarfsgerecht vermittelt wurden

- ob lokale/regionale Akteur:innen und Netzwerke der Gesundheitsförderung und Pflege identifiziert und vernetzt wurden
- ob Rückschlüsse in Hinblick auf die „Outcomes“ und damit Wirksamkeit von Community Nursing im Sinne einer Ergebnisevaluation erfolgen

Auf **Ebene der Community Nurses** sollten folgende Intentionen der Pilotierung geprüft werden:

- wie sich der Gegenstandsbereich von Community Nursing bei der älteren Bevölkerung in Österreich darstellt
- wie sich die Umsetzung des Aufgabenprofils gestaltet
- welche Leistungen die Community Nurse in welchem Umfang erbringt
- unter welchen Rahmenbedingungen Leistungserbringung stattfindet
- ob Community Nursing für die DGKP ein attraktives Berufsfeld darstellt
- welche Kompetenzen für die Ausübung von Community Nursing Voraussetzung sind
- welche der gesetzten Bildungsmaßnahmen den Kompetenzerwerb im Feld des Community Nursing unterstützen
- welche Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen als effektiv und zielführend betrachtet werden können

Neben den dargestellten Fragestellungen, wird auch eine ökonomische Bewertung von Community Nursing durchgeführt, mit dem Ziel die Kosten und den Nutzen von Community Nursing breit zu diskutieren.

1.2 Evaluationsansatz

Die Evaluationsstudie wird von einem interdisziplinären Team unter Anwendung unterschiedlicher Methoden umgesetzt. Im IARA, das an der Fachhochschule Kärnten angesiedelt ist, arbeiten drei Departments im Bereich der anwendungsorientierten Forschung mit transdisziplinären Ansätzen: Demographic Change and Regional Development (DCRD), Health and Assistive Technologies (HAT) sowie Intergenerational Solidarity, Activity and Civil Society (ISAC). Die Zusammenarbeit der volkswirtschaftlichen, technischen und sozialwissenschaftlichen Departments wird durch die Verzahnung mit weiteren Studiengängen der FH Kärnten in unterschiedlichen Settings vertieft. Im Falle der vorliegenden Evaluationsstudie erfolgt die Zusammenarbeit mit dem Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (STG GuK) aus dem Studienbereich Gesundheit und Soziales, wodurch die pflegewissenschaftliche Expertise hinsichtlich der Thematik Community Nursing gegeben ist, und multidisziplinäre Zugänge in der Evaluation gewährleistet sind.

In den Evaluationsprozess wurden alle relevanten Stakeholder:innen eingebunden, in diesem Fall die Auftraggeberin, die Community Nurses (CN), die Zielgruppe der älteren Personen und Akteur:innen in ihrem Sozialraum (z.B. An- und Zugehörige) sowie die Gemeinden und Städte als Modellregionen.

Das Untersuchungsfeld von Community Nursing und die Entwicklung einer Programmtheorie erfordern die Anwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes mit einer Methodentriangulation sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Datenauswertung (Tashakkori & Teddlie, 2008). Im vorliegenden Evaluationsdesign wurden eine systematische Literaturrecherche, semistrukturierte, qualitative (Expert:innen)-Interviews, leitfadengestützte Interviews mit Bürgermeister:innen, Fokusgruppen, quantitative Fragebogenerhebungen, quantitative Dokumentation in der Software DokCN sowie qualitative

Fallanalysen als Datenerhebungsinstrumente angewandt. Als Auswertungsmethoden wurden für die vorliegenden Textmaterialien die Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) eingesetzt und für die numerischen Daten die relevanten deskriptiv-statischen Verfahren. Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich für die formative Evaluation in der Programmtheorie und im Wirkmodell (Supplement) sowie für die summative Evaluation in Kapitel 2 des Endberichts.

1.3 Aufbau des Endberichts

Nach der Einleitung zum Endbericht (Kapitel 1) werden in Kapitel 2 die Ergebnisse der summativen Evaluation der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Analyse dargestellt. Das methodische Vorgehen in der summativen Evaluation wird erläutert und die Ergebnisse der Wirkungsmessung werden auf Basis des Wirkmodells (Supplement) dargestellt. In Kapitel 3 steht die ökonomische Analyse im Fokus. Nach einer kurzen theoretischen Einordnung und Darlegung der Methodik werden die Ergebnisse, gegliedert nach den definierten Wirkdimensionen und je definierter Kennzahl, dargestellt. Am Ende von Kapitel 2 und Kapitel 3 erfolgt jeweils eine Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse aus den einzelnen disziplinären Zugängen.

Kapitel 4 stellt das Resümee der Begleitevaluation zu Community Nursing Österreich dar. Unter Einbeziehung aller Ergebnisse und deren Synthese erfolgt die Beantwortung der leitenden Fragestellungen der Evaluation (siehe Kapitel 1.1) sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen, die sich aus der formativen und summativen Evaluation ergeben. Ebenso finden sich in diesem Abschlusskapitel die Limitationen der Studie sowie Empfehlungen für einen weiteren Monitoring- und Evaluationsplan.

Das Supplement zum Bericht stellt die Programmtheorie und das Wirkmodell Community Nursing als wesentliches Ergebnis der formativen Evaluation anhand von Action- und Change-Modell dar und dient als Grundlage für das Verständnis der Wirkungsmessung. Darüber hinaus sind in Anhang 1 und Anhang 2 zusätzliche Ergebnisse und Daten der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen sowie der ökonomischen Evaluation dargestellt.

2 Sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Evaluation

Christine Pichler, Johanna Breuer, Gabriele Hagendorfer-Jauk, Melitta Horak, Manuela Perchtaler

2.1 Einleitung und Zielsetzung

Ziel der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Begleitevaluation des Pilotprojektes Community Nursing ist die Gesamtevaluation des Projektes. Dem liegen folgende Fragestellungen zugrunde:

- Welche Wirkmechanismen enthält das Programm Community Nursing?
- Welche auf Basis des Wirkmodells indizierten Wirkungen lassen sich im Rahmen der Pilotierung von Community Nursing nachweisen?

Zur Beantwortung der Fragestellungen und der Zielerreichung erfolgte im ersten Schritt die Entwicklung einer Programmtheorie und eines Wirkmodells im Rahmen der formativen Evaluation sowie im zweiten Schritt, im letzten Jahr der Pilotierung (2024), die summative Evaluation der Wirkdimensionen und ihrer Indikatoren (siehe Tabelle 1).

Methodisch erfolgt dies mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes (siehe Kapitel 2.2). Das Wirkmodell mit Action- und Change-Modell (Supplement) beschreibt methodologisch die Identifikation der Programmelemente, die Teil der Intervention Community Nursing sind, und deren Wirkungen im Hinblick auf die Programmziele von CN Österreich untersucht werden. Die Programmtheorie beinhaltet die Analyse der **Prozesse** („Wie“), der **Wirkmechanismen** von Input-, Output- und Outcome-Faktoren („Warum“) und der **Rahmenbedingungen** („Wann“) und wird durch das Action- und Change-Modell dargestellt.

Im Change-Modell sind Wirkdimensionen definiert, in denen aufgrund der Programmelemente Wirkungen kurz-, mittel- und langfristig erwartet werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Wirkdimensionen und die erwarteten Outcomes, eine detaillierte Beschreibung findet sich im Supplement.

Tabelle 1: Wirkdimensionen und Outcomes lt. Change-Modell

Wirkdimension	Outcomes
Gesundheitsversorgung und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnis- und bedarfsorientiertes Angebot auf regionaler und individueller Ebene ist etabliert - Gemeindenahe, niederschwellig zugängliche Versorgung wird verbessert - Versorgungsangebot wird erweitert - Gesundheitssystem (z.B. Hausärzt:innen, Ambulanzen, Therapeut:innen, Hauskrankenpflege, etc.) wird entlastet - Lücken im Versorgungsangebot werden geschlossen - Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheits- und Sozialberufe und mit Verantwortlichen in den Gemeinden wird verbessert - Schnittstellenmanagement wird optimiert - Zielgruppenspezifische Angebote zur Unterstützung und zur sozialen Teilhabe werden generiert - Kontinuierliche Ansprechperson für pflegerische & gesundheitliche Belange ist etabliert

	<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit mit dem pflegerischen Versorgungsangebot wird gesteigert - Zufriedenheit mit dem öffentlichen Gesundheitsbereich wird gesteigert
Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsrisiken werden früher erkannt - Möglichkeit der objektiven Messbarkeit der Verbesserung der Gesundheit - Subjektives Gesundheitsempfinden wird gesteigert - Allgemeines Wohlbefinden (bei Menschen mit (Pfleger-) Bedürftigkeit/Bedarf und An-/Zugehörige) wird gesteigert - Lebensqualität (bei Menschen mit (Pfleger-) Bedürftigkeit/Bedarf und An-/Zugehörige) wird erhöht
Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Interventionen wird erhöht - Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden gefördert, verändert und umgesetzt - Selbsthilfefähigkeit/Selbstpflegefähigkeit (von Menschen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen) wird gestärkt - Gesundheitsbezogene Einstellungen, Werte, Überzeugungen werden verändert
Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein	<p>In pflegerischen und gesundheitlichen Belangen wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Gesundheitskompetenz - Digitale Gesundheitskompetenz - Kommunikative Gesundheitskompetenz - Navigationskompetenz im Gesundheitswesen gesteigert
Handlungsfeld Community Nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Einheitliches Verständnis der Rolle der Community Nurse in der Region und auf allen Ebenen wird etabliert - Bezeichnung und Benennung der Funktion sind für alle Akteur:innen und Stakeholder:innen transparent und verständlich - Berufsbild der Pflege wird attraktiviert
Soziales, regionales Leben	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialer Zusammenhalt in der Community wird gestärkt - Gemeinde als Lebensmittelpunkt wird attraktiver - Entlastung der Gemeindemitarbeiter:innen findet statt

Nach der Beschreibung des methodischen Vorgehens der summativen Evaluation in Kapitel 2.2 erfolgt in Kapitel 2.3 die Darstellung des Outputs von CN. Kapitel 2.4 zeigt die Analyse der Ergebnisse der summativen Evaluation nach Wirkdimensionen gemäß dem Action- und Change-Modell (siehe Supplement, in dem auch das methodische Vorgehen der formativen Evaluation in der Programmtheorie und im Wirkmodell dargestellt ist). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 2.5; ein abschließendes Resümee der Erkenntnisse sowie eine Ableitung von Handlungsempfehlungen ist, übergreifend mit den Erkenntnissen der ökonomischen Analyse, in Kapitel 4 zu finden.

2.2 Methodisches Vorgehen zur summativen Evaluation des Wirkmodells

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur summativen Evaluation dargestellt. Die Erhebungsinstrumente wurden übergreifend für die sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen sowie die ökonomischen Analysen entwickelt, durchgeführt und mit der Auftraggeberin abgestimmt. Die Verwendung der erhobenen Daten sowie die Datenauswertung erfolgte nach den spezifischen Bedarfen

der jeweiligen fachspezifischen Analysen. Diese getrennte Darstellung unterstützt die Nachvollziehbarkeit der Evaluationsergebnisse, da sich die ökonomische Analyse methodisch auf das Referenzjahr 2023 bezieht, in die sozial-, gesundheits- sowie pflegewissenschaftliche Analyse jedoch Daten der gesamten Pilotphase (2022-2024) von Community Nursing Österreich einfließen. Insofern wird in diesem Kapitel die Methodik aller Erhebungsinstrumente beschrieben, die Beschreibung der Datenauswertung erfolgt jedoch gesondert in den entsprechenden Teilen des Endberichts.

2.2.1 Quantitative Erhebung

Quantitative Daten aus der Dokumentationssoftware DokCN:

Eine der quantitativen Datengrundlagen ist die Dokumentation in der Software DokCN¹. Alle Community Nurses waren verpflichtet, Informationen über ihre Tätigkeit während der gesamten Projektlaufzeit zu dokumentieren. Dies umfasste neben den persönlichen Angaben der CNs auch Angaben zur Art der Kontakte, zur Verteilung der Arbeitszeit der CNs und zu den im Projekt von ihnen zurückgelegten Kilometern. Auf Fallebene wurde dokumentiert, ob es sich um eine Einzelperson, eine Familie oder eine Gruppe handelt, es wurden anonymisierte Informationen zur Lebenssituation der Klient:innen erfasst und welche Interventionen in jedem Fall durchgeführt wurden. Die Interventionen wurden dabei den Bereichen des im Pilotprojekt entwickelten, am PHIW angelehnten, Aufgaben- und Rollenprofils zugeordnet. Diese Bereiche sind (siehe dazu auch Kapitel 1.1):

- Monitoring und Erhebung
- Information, Edukation und Beratung
- Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung
- Fürsprache und Interessensvertretung
- Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung

Quantitative Fragebogenerhebung:

Für die Erhebung der quantitativen Daten wurden zwei inhaltlich aufeinander abgestimmte Fragebögen entwickelt: ein Onlinefragebogen (umgesetzt mit dem Tool LimeSurvey) für Community Nurses und ein Paper-Pencil-Fragebogen für die CN-Zielgruppe der älteren Personen und An- und Zugehörigen. Die Wirkungen der sechs im Vorfeld identifizierten Wirkdimensionen (siehe Tabelle 1) wurden mit 120 Items operationalisiert, die sich auf den Community Nurse-Fragebogen (69) und den Zielgruppenfragebogen (51) aufteilen. Einzelne Wirkaspekte werden in sprachlich leicht abgewandelter Form in beiden Fragebögen aufgegriffen. So wird beispielsweise im Online-Fragebogen für die Community Nurses mit dem Item „Die Klient:innen sind weniger gestresst“ die Einschätzung zur Wirkung der CN-Tätigkeiten auf die Zielgruppe erhoben, während im Paper-Pencil-Fragebogen die Zielgruppe mit der Frage „Ich bin weniger gestresst“ direkt nach der subjektiven Einschätzung der Wirkung auf die eigene Person befragt wird.

¹ Die Dokumentationssoftware DokCN wurde an der FH Kärnten im Zuge der Evaluierung Community Nursing Österreich entwickelt, implementiert und für die laufende Dokumentation der CN-Tätigkeiten im Zuge der Pilotierung verwendet.

Der Fragebogen für die Community Nurses wurde einem kognitiven Pretest mit 5 Personen unterzogen. Der Zugangslink zum finalen Erhebungsinstrument wurde am 29.04.2024 über den Verteiler von DokCN an 281 Community Nurses verschickt, die im Erhebungszeitraum aktiv waren. Projektleitungen, die nicht aktiv als Community Nurse tätig waren, wurden von der Befragung ausgenommen. Mit 30.06.2024 wurde die Datenerhebung unter Community Nurses beendet. Nach der Datenaufbereitung lagen insgesamt 228 auswertbare, vollständig ausgefüllte Fragebögen vor, was einer Rücklaufquote von 81,1 % entspricht.

Der Zielgruppenfragebogen wurde ebenfalls einem kognitiven Pretest mit 6 Personen unterzogen. Für die Datenerhebung im Projekt wurde eine Stichprobengröße von 20 % der Klient:innen anvisiert. Pro CN-Projekt wurden daher 20 % aller in DokCN verzeichneten Fälle des Referenzzeitraums 01.12.2023 bis 15.03.2024 (exkl. Einzelfallberatungen) berechnet. Insgesamt ergab dies 890 zu befragende Personen. Der Fragebogen wurde jeweils mit der Anzahl der pro Projekt zu befragenden Personen am 29.04.2024 in 114 Einzel-E-Mails an die CN-Projekte verschickt. In Anlehnung an die Verteilung innerhalb der Grundgesamtheit wurde festgelegt, dass zu zwei Dritteln ältere Personen und zu einem Drittel An- und Zugehörige befragt werden. Die letzten postalisch retournierten Fragebögen trafen am 25.06.2024 an der FH Kärnten ein. Insgesamt wurden 698 Fragebögen retourniert, der Rücklauf beträgt mit Blick auf die erbetenen 890 zu befragenden Personen 78,4%. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller Fälle des Referenzzeitraums beträgt der Anteil der Stichprobe 16,5 %.

Zur deskriptiv-statistischen Auswertung beider Fragebögen sowie zur grafischen Darstellung der Ergebnisse wurden die Programme SPSS und Excel verwendet.

Beschreibung der Stichproben der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die quantitativen Ergebnisse der Befragung der Community Nurses basieren auf 228 vollständig ausgefüllten Fragebögen. Die Community Nurses, die an der Erhebung teilgenommen haben, sind zu 90,8 % weiblich und befinden sich überwiegend in den Altersgruppen 30 bis 39 Jahre (36,4 %) und 40 bis 49 Jahre (37,3 %). Sie geben eine Berufserfahrung als DGKP von überwiegend 10 bis 14 Jahre (23,7 %), 15 bis 19 Jahre (17,5 %) oder 20 bis 24 Jahre (16,7 %) an. Vor der Übernahme der CN-Aufgabe waren sie häufig im Krankenhaus (44,3 %), im mobilen Dienst (14,0 %) oder im Pflegeheim (12,3 %) tätig. Auch sonstige Tätigkeitsbereiche werden oft genannt (20,2 %). Als Gründe für die Aufnahme der CN-Tätigkeit nennen die teilnehmenden Community Nurses CN als neues Aufgabenfeld (22,8 %), die Tätigkeit im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (21,8 %) sowie die höhere Flexibilität im Berufsalltag durch CN (17,1 %).

Aufseiten der Zielgruppe wurden 698 Fragebögen ausgewertet, wobei nicht alle Fragen von allen Teilnehmer:innen beantwortet wurden. Aus den vorliegenden Antworten geht hervor, dass die teilnehmenden älteren Personen und An- und Zugehörigen überwiegend weiblich (74,6 %; n=689) und vor allem in den Altersgruppen 80 bis 89 Jahre (30,9 %) und 70 bis 79 Jahre (30,1 %; n=674) zu finden sind. Sie verfügen überwiegend über einen Lehr- (34,5 %) oder Pflichtschulabschluss (25,5 %) oder einen Abschluss einer Fach- oder Handelsschule (22,0 %; n=682). Die Zielgruppe lebt überwiegend in einem Einfamilienhaus (51,1 %) oder in einer Wohnung (28,7 %; n=687), entweder mit einer weiteren Person (40,8 %) oder alleine (28,2 %; n=684). Im selben Haushalt lebt entweder keine Person mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf (63,2 %) oder eine erwachsene Person mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf (32,8 %; n=579). Mit Blick auf die Bundesländer zeigt sich, dass die größten Gruppen der

Erhebungsteilnehmer:innen in der Steiermark (21,9 %), in Oberösterreich (20,9 %) und in Niederösterreich (20,8 %; n=693) zu Hause sind. Die befragte Zielgruppe wohnt überwiegend ländlich (65,3 %) oder zentral/städtisch (24,8 %; n=689).

Eine detaillierte Auswertung der soziodemografischen Daten der quantitativ befragten Personengruppen findet sich in Anhang 1 (Tabelle 48 bis Tabelle 62 sowie Abbildung 17 und Abbildung 18).

2.2.2 Qualitative Erhebung

Methodik zur Erarbeitung von Falldarstellungen als Good-Practice-Beispiele:

Die qualitative Erhebung beinhaltet die Erarbeitung von Falldarstellungen aus der eigenen Praxis durch die Community Nurses. Um eine Vergleichbarkeit der Falldarstellungen zu gewährleisten, wurde eine Fallvignette erstellt. Diese orientiert sich inhaltlich an der für die Pflege angepassten Care Leitlinie nach Schrems (2022). Diese Fallvignette (siehe Anhang 1) dient als Leitfaden für die Aufbereitung von je 5 Fallkonstellationen, die durch 10 ausgewählte Community Nurses als Good-Practice-Beispiele identifiziert wurden. Für die Auswahl der Community Nurses, wurden folgende Inklusionskriterien definiert:

- Community Nurses, die von Anfang an im Projekt tätig waren,
- Community Nurses, die über eine berufsspezifische Zusatzausbildung verfügen (zusätzlich zur Ausbildung als DGKP liegt eine Weiterbildung in Community Health Nursing, Case Management etc. oder eine Ausbildung auf akademischem Niveau, wie ein Bachelor- oder Masterstudium in Themenbereichen wie Advanced Nursing Practice oder Ähnlichem vor).

Zudem wurde auf eine Ausgewogenheit hinsichtlich der Bundesländer geachtet, in denen die CNs tätig sind.

Die Fallvignette wurde den ausgewählten Community Nurses Ende März 2024 per E-Mail als Leitfaden für die schriftliche Aufbereitung der ausgewählten Fallkonstellationen (Good-Practice-Beispiele) zugesandt. Nach Erarbeitung von 5 Falldarstellungen durch die ausgewählten CNs wurden Einzelinterviews mit den Community Nurses zur Prozessdarstellung/Fallbesprechung durchgeführt. Die Inhalte dieser Interviews wurden in Form von schriftlichen Ergänzungen zu den von den CNs vorbereiteten Falldarstellungen festgehalten. Die Inhalte der Gespräche sowie die Falldarstellungen wurden anonymisiert weiterverarbeitet, um den zugesicherten Schutz personenbezogener Daten zu gewährleisten. Im April 2024 wurde im Rahmen eines Pretests ein Interview mit einer CN auf Basis von zwei Falldarstellungen durchgeführt. Die Methodik der vorbereitend erarbeiteten Fallvignette sowie der anschließend durchgeführten Einzelinterviews zur Prozessdarstellung/Fallbesprechung konnte unverändert beibehalten werden. Im Mai und Juni 2024 wurden Einzelinterviews mit den Community Nurses zur Prozessdarstellung/Fallbesprechung der 5 Falldarstellungen vereinbart und durchgeführt. Die so finalisierten Falldarstellungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurde die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2022) angewendet. Die Auswertungsfragen der induktiven Kategorienbildung konzentrierten sich auf die in den Falldarstellungen beschriebenen Wirkungen aufgrund der durch CN gesetzten Interventionen in den Wirkdimensionen (siehe Kapitel 2.1)

- Gesundheitsversorgung und Pflege,
- Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden,
- Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment,

- Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein,
- Handlungsfeld Community Nursing sowie
- Soziales und regionales Leben.

Die beiden Wirkdimensionen *Gesundheitsversorgung und Pflege* sowie *Handlungsfeld Community Nursing* wurden im Rahmen der Einschätzungen der Outcomes in der Fallvignette nicht explizit abgefragt. Durch die einführenden Beschreibungen, die Darstellung der Zeitachsen sowie die Beschreibungen des Pflegeprozesses in den Fallkonstellationen konnten jedoch auch Ergebnisse zu diesen Wirkdimensionen gewonnen werden. Das Auswertungskonzept inkl. der Auswertungsfragen, Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus der induktiven Kategorienbildung findet sich in Anhang 1.

In Bezug auf die Wirkdimension *Handlungsfeld Community Nursing* zeigte sich ein breites Bild an Tätigkeitsbereichen, die durch die CNs in den ausgewählten Good-Practice-Beispielen übernommen wurden. Diese Inhalte spiegelten ein umfassendes Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der CNs wider, das über das Aufgaben- und Rollenprofil der Pilotierung hinausgeht. Als Analyse- und -instrument für diese Wirkdimension wurde daher eine deduktive Kategorienanwendung nach Mayring (2022) auf Basis der Interventionsbereiche des internationalen Public Health Intervention Wheel (PHIW) (Minnesota Department of Health, 2019) gewählt. Dies soll dazu dienen, ausgehend vom breiten Möglichkeitsrahmen an Interventionen des internationalen PHIW, bisherige Interventionen im Rahmen der österreichischen Pilotierung zu analysieren und so zu Empfehlungen der Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils von CN Österreich beizutragen. Der Kodierleitfaden für die deduktive Kategorienanwendung ist im Auswertungskonzept für die Falldarstellungen der CNs in Anhang 1 dargestellt.

Die Auswertung des Textmaterials mittels der Techniken der induktiven Kategorienbildung sowie der deduktiven Kategorienanwendung in Richtung der Auswertungsfragen erfolgte softwaregestützt mittels der Open-Access Webapplikation QCAMap.

Beschreibung der Stichprobe der in den Falldarstellungen beschriebenen Fallkonstellationen

Insgesamt konnten 51 Falldarstellungen erarbeitet werden. Eine CN konnte aus zeitlichen Gründen nur 4 von 5 Falldarstellungen ausarbeiten, zusätzlich konnten aber die beiden Falldarstellungen aus dem Pretest herangezogen werden. 33 Falldarstellungen beschreiben das Fallgeschehen von weiblichen Klient:innen, 14 stellen das Fallgeschehen von männlichen Klient:innen dar. Weitere 4 Falldarstellungen beschreiben die gleichzeitige Begleitung eines Mannes und einer Frau durch die CN. Das Durchschnittsalter der in den Falldarstellungen beschriebenen Klient:innen von CN betrug 77 Jahre, der:die jüngste Klient:in war zum Zeitpunkt der beschriebenen Begleitung durch die CN 47 Jahre alt, das Alter der:des ältesten Klientin:Klienten betrug 96 Jahre. In Bezug auf die Zielgruppenzuordnung beschreiben 36 Fälle die Begleitung einer Person mit Unterstützungs- und Pflegebedarf, 11 Fälle adressieren die Begleitung von An- und Zugehörigen von Personen mit einem Unterstützungs- und Pflegebedarf und 4 Fälle sind wiederum auf beide Zielgruppen im Rahmen eines Fallgeschehens ausgerichtet. An dieser Stelle muss jedoch ergänzt werden, dass sich die in den Fallbeschreibungen dargestellte Begleitung der Zielgruppen durch die CN zumeist nicht nur auf die primär genannte Person bezieht, sondern eine integrative Begleitung der Personen im (familiären) Umfeld mit einschließt.

Aus den Falldarstellungen wurden die Gründe für die Kontaktaufnahme mit der CN herausgearbeitet. Die Gründe lassen sich einerseits der Begleitung von Angehörigen zuordnen, die aufgrund von

Überforderung bei der Betreuung und Pflege, verschiedenen Belastungsfaktoren oder der Aufgabe nach einem stationären Aufenthalt eine stabile häusliche Pflegesituation zu schaffen, die Hilfe der CN in Anspruch nehmen. Als weitere Gründe für die Kontaktaufnahme mit der CN werden Fragen des Versorgungsmanagements genannt, wie etwa in Zusammenhang mit häuslicher Verwahrlosung, familiären Problemen, Einschränkungen der Mobilität oder dem Schmerzmanagement. Sehr häufig wird auch das Thema soziale Isolation und Einsamkeit bzw. der Wunsch nach mehr sozialen Kontakten bei den Klient:innen als Grund für die Kontaktaufnahme genannt. Als viertes Themenfeld lässt sich die Prävention bzw. die Gesundheitsberatung als Grund für die Kontaktaufnahme mit der CN aus den Falldarstellungen ableiten.

Als Art der Kontaktaufnahme mit der CN wurde im Rahmen dieser Teilerhebung am häufigsten die direkte Kontaktaufnahme durch die Person mit Unterstützungs- und Pflegebedarf genannt, z.B. im Rahmen der Sprechstunde, telefonisch oder im Rahmen von Präventionsveranstaltungen. Des Weiteren wurde der Kontakt mit der CN telefonisch oder im Rahmen der CN-Sprechstunde durch betreuende Angehörige bzw. Vertrauenspersonen gesucht. Als dritte Form der Kontaktaufnahme konnten Verweise von Klient:innen an die CN durch Systempartner:innen wie die Gemeinde, die Überleitungs- pflege aus der stationären Versorgung, die Bezirkshauptmannschaft bzw. Soziale Arbeit sowie der:die Hausarzt:Hausärztin herausgearbeitet werden.

Methodisches Vorgehen im Rahmen der Bürgermeister:innen-Interviews:

Für die qualitativen Interviews mit der Zielgruppe der Bürgermeister:innen wurde von April bis Mai 2024 österreichweit Kontakt zu 17 (Stadt-)Gemeinden aufgenommen, die seit Beginn am Projekt „Community Nursing Österreich“ beteiligt sind. Dabei wurde auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Bundesländer, der Größe der (Stadt-)Gemeinden und der politischen Zugehörigkeit der Bürgermeister:innen geachtet. In zwei Fällen gab es kurz vor/nach der Interviewanfrage einen Bürgermeister:innen- bzw. Amtsleitungswechsel, weshalb auf ein Interview verzichtet wurde. Zwei Bürgermeister:innen baten darum, andere Interviewpartner:innen auszuwählen. Von 5 (Stadt-)Gemeinden gab es keine Rückmeldung, trotz wiederholter Kontaktaufnahme per Telefon und E-Mail.

Die Interviews wurden online und anhand eines vorab erstellten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Interviews wurden per Videoaufnahme dokumentiert, anschließend transkribiert und inhaltsanalytisch mit der Technik der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2022) unterstützt durch die Software QCAmap ausgewertet. Dabei wurden zunächst die Auswertungsfragestellungen, die an das Material herangetragen wurden, definiert (siehe Tabelle 63 in Anhang 1). Anschließend wurden inhaltstragende Teile identifiziert und kategorisiert. Danach wurden die Ergebnisse der Analyse, die in Form von induktiv entwickelten Kategoriensystemen und den zugehörigen markierten Textstellen vorlagen, zusammengefasst und interpretiert.

Beschreibung der Stichprobe der Bürgermeister:innen-Interviews:

Insgesamt konnten 8 Interviews (7 Interviews mit Bürgermeister:innen und 1 Interview mit einer Stadträtin) im Zeitraum von April bis Juni 2024 durchgeführt werden. Die Interviewpartner:innen sind in (Stadt)gemeinden in den Bundesländern Salzburg, Burgenland, Oberösterreich, Vorarlberg, Tirol, Kärnten, Steiermark und Niederösterreich tätig und gehören unterschiedlichen politischen Parteien an. Die

Größe der (Stadt)gemeinden beträgt gerundet zwischen 1.000 bis 50.000 Einwohner:innen, wobei fünf (Stadt)gemeinden unter 10.000 Einwohner:innen beheimaten.

Auf Basis der mit diesen Methoden/Instrumenten erhobenen und analysierten Daten werden im Folgenden der Output und die Outcomes von Community Nursing Österreich beschrieben. Zunächst wird analog zum Change-Modell (Supplement) auf den Output, auf die in DokCN dokumentierten Interventionen der Community Nurses, eingegangen. Anschließend werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Erhebungen anhand der Wirkdimensionen, also der Outcomes nach dem Change-Modell (Supplement), dargestellt.

2.3 Deskriptive Darstellung der Outputs von CN Österreich

Zum Stichtag 15.11.2024 dokumentieren im DokCN-System 117 Teams. Seit dem Start von DokCN wurden insgesamt 412 CNs in das System eingeschult, zum Stichtag 15.11.2024 sind 311 CNs im System aktiv und dokumentieren.

Im Folgenden wird auf die von den Community Nurses durchgeführten und in DokCN dokumentierten Tätigkeiten eingegangen. Dabei wird von „Fällen“, „Einzelinterventionen“ und „Kontakten“ gesprochen. Ein Fall ist eine Person, die Community Nursing in Anspruch nimmt; Einzelinterventionen sind gleichbedeutend mit den Kontakten, die eine CN mit einer Person hat. Aus der längerfristigen Begleitung von Klient:innen durch CNs – ein Alleinstellungsmerkmal von Community Nursing – ergibt sich somit, dass auf einen Fall mehrere Einzelinterventionen/Kontakte entfallen können. In Kapitel 3.3.1 wird dieser Umstand näher beleuchtet.

Aus den in DokCN erfassten **Tagesblättern** ist ersichtlich, dass

- zwischen **01.01.2022 und 30.09.2024** in Summe **486.919 Kontakte** dokumentiert wurden.
- mit 51,8 % etwas mehr als die Hälfte dieser Kontakte auf **Klient:innen (n=252.152)** entfiel.
- 48,2 % der Kontakte von den CNs für die **Netzwerkpflege** aufgewendet (**n=234.767**) wurden.

In diesen Kontaktzahlen enthalten sind Kontakte mit Individuen und Familien; nicht abgebildet sind Kontakte im Rahmen von Veranstaltungen oder Gruppensettings.

Von den Klient:innenkontakten entfielen 62,1 % (n=156.491) auf Telefonkontakte, 16,8 % (n=42.319) auf sonstige aufsuchende Leistungen, 13,6 % (n=34.196) auf Kontakte in der Sprechstunde der CN und 7,6 % (n=19.146) auf präventive Hausbesuche. Von den Kontakten zur Netzwerkpflege entfielen 50,8 % (n=119.225) auf telefonische Kontakte und 49,2 % (n=115.542) auf persönliche Kontakte.

Nachfolgend wird auf die von den Community Nurses gesetzten Interventionen laut Aufgaben- und Rollenprofil sowie auf die von ihnen betreuten Fälle (Personen) näher eingegangen. Es ist hervorzuheben, dass der Großteil der Fälle mehrmalige bzw. kontinuierliche Kontakte mit der CN hatte (mindestens 2 und bis zu 20 und mehr Kontaktaufnahmen). Als Datenbasis dafür dienen die von den CNs in DokCN dokumentierten Einträge gemäß Aufgaben- und Rollenprofil- bzw. PHIW-Systematik, also die **Falldokumentationen in DokCN**. Es ist darauf hinzuweisen, dass die oben beschriebene Anzahl der

Einträge in den Tagesblättern nicht zwingend mit der nachfolgend beschriebenen Anzahl an PHIW-Einträgen übereinstimmen muss, weil nicht für alle Kontakte eine Falldokumentation in DokCN erfasst wurde.

2.3.1 Interventionen laut Aufgaben- und Rollenprofil

Laut Auswertung der PHIW-Einträge wurden bis zum **Stichtag 15.11.2024** insgesamt 22.193 Falldokumentationen (Fälle) und 206.604 PHIW-Einträge in DokCN angelegt und somit Einzelinterventionen dokumentiert. Basierend auf den CN-Aktivitäten wurden 3.458 Monatsblätter, 197.053 individuelle Tagesblätter und 33.504 Tagesblätter auf Projektebene angelegt.

Abbildung 2 zeigt die prozentuelle Verteilung der in DokCN erfassten Community Nursing-Interventionen für den Zeitraum 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024 auf die Bereiche des österreichischen Aufgaben- und Rollenprofils. Knapp die Hälfte (44,4 %) der Interventionen entfällt auf den Bereich „Information, Edukation und Beratung“ und jeweils gut ein Viertel auf die Bereiche „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“ (27,6 %) sowie „Monitoring und Erhebung“ (25,4 %). Wenige Interventionen entfallen auf die Bereiche „Fürsprache und Interessensvertretung“ (2,3 %) sowie „Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung“ (0,3 %). Dies liegt zum einen daran, dass die drei erstgenannten Bereiche in der Pilotierung priorisiert wurden (siehe Kapitel 1.1) und zum anderen daran, dass die beiden letztgenannten Bereiche erst später in die Dokumentationssoftware DokCN mitaufgenommen wurden. Daher liegen diese Daten nicht für den gesamten Umsetzungszeitraum vor. Eine Aufschlüsselung der DokCN-Einträge je Subbereich der PHIW-Bereiche findet sich in Anhang 1 (Tabelle 64 bis Tabelle 68).

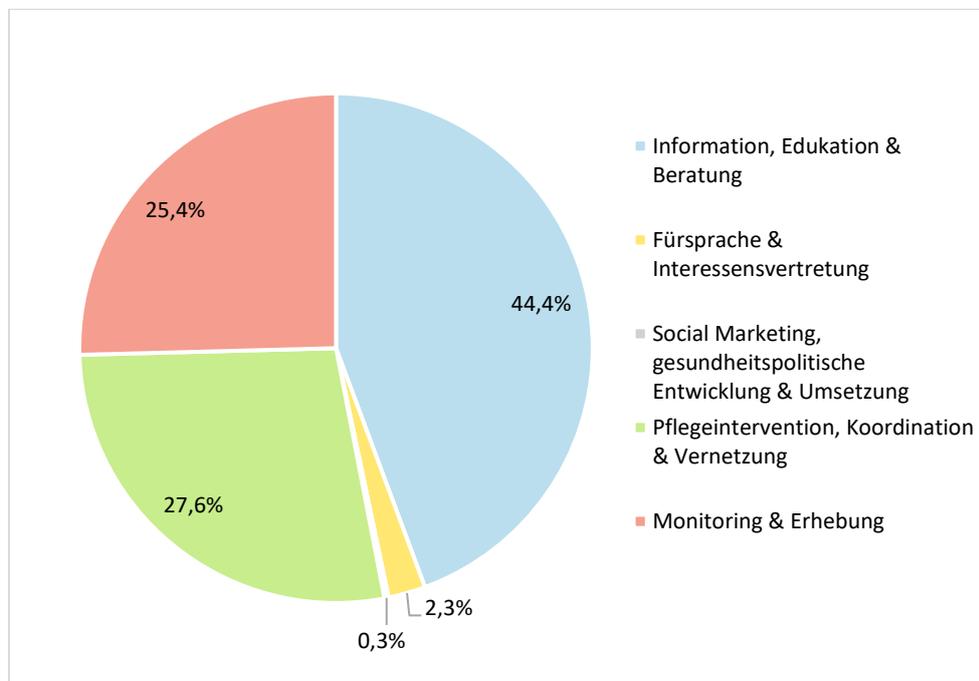


Abbildung 2: Community Nursing-Interventionen laut Aufgaben- und Rollenprofil der Pilotierung (n=206.604)

Quelle: DokCN, Falldokumentationen

2.3.2 Beschreibung der Fallarten, Zielgruppe und Erstkontakte

Datenbasis dieses Kapitels sind wiederum die Falldokumentationen (PHIW-Einträge) aus DokCN, die Darstellung des Outputs nach **Einzelpersonen**. Da im System nicht für alle 22.193 zum Stichtag 15.11.2024 in DokCN dokumentierten Fälle (siehe Kapitel 2.3.1) sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden, unterscheiden sich die Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12.

Tabelle 2 zeigt die **Art der Fälle**, die von den Community Nurses betreut werden. Einzelpersonen bilden dabei die größte Gruppe der CN-Klient:innen (47,1 %) und auch Familien werden häufig betreut (19,6 %). Etwa ein Viertel der Fälle (26,6 %) sind einmalige Einzelfallberatungen.

Tabelle 2: Community Nursing-Fälle nach Fallarten (DokCN)

Fallarten	Anzahl	Prozent
Einzelfallberatung	5.769	26,6
Einzelperson	10.223*	47,1
Familie	4.253*	19,6
Gruppe	1.464*	6,7
Gesamt	21.709**	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024,

*hervorzuheben ist, dass Einzelpersonen, Familie und Gruppen kontinuierlich von CNs begleitet wurden: **mind. 2 und bis zu 20 und mehr Kontaktaufnahmen**

**Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

In der **Zielgruppe der älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen** (Leistungsempfänger:innen) zeigt sich, dass die meisten Personen dieser Gruppe zwischen 70 und 99 Jahre alt sind (81,7 %). Etwa zwei Drittel von ihnen sind weiblich (66,1 %). Die Leistungsempfänger:innen sind überwiegend verheiratet (40,0 %) oder verwitwet (39,3 %). Mehr als die Hälfte der Personen wohnt in ländlichen Regionen (53,0 %), weitere 10,1 % in entlegenen ländlichen Regionen² (Tabelle 3 bis Tabelle 6).

² Die Gliederung des Indikators „Wohnlage“ in *zentral*, *ländlich* und *entlegene ländlich* musste, um keinen Datenverlust zu erleiden, im Zuge der Evaluation aufgrund der Umstellung von einer excellistenbasierten in eine softwaregestützte Dokumentation aus den bestehenden Dokumenten der Pilotierung übernommen werden. Für diese Gliederung liegt keine eindeutige Definition vor. Unter „zentral“ werden im Zuge der Evaluation Gebiete verstanden, die eine hohe bis mittlere Bevölkerungsdichte sowie guten Zugang zu Dienstleistungen und Arbeitsplätzen haben. Ländliche Gebiete weisen eine geringere Bevölkerungsdichte auf und haben einen weniger guten Zugang zu Dienstleistungen, entlegene ländliche Gebiete haben eine noch geringere Bevölkerungsdichte und kaum bis gar keinen Zugang zu Dienstleistungen direkt vor Ort.

Tabelle 3: Alter der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)

Alter (in Jahren)	Anzahl	Prozent
0-9	61	0,7
10-19	30	0,3
20-29	55	0,6
30-39	83	0,9
40-49	148	1,6
50-59	377	4,1
60-69	912	9,9
70-79	2.458	26,8
80-89	4.052	44,2
90-99	980	10,7
100+	13	0,1
Gesamt	9.169*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 4: Geschlecht der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Männlich	3.329	33,9
Weiblich	6.491	66,1
Gesamt	9.820*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 5: Familienstand der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)

Familienstand	Anzahl	Prozent
Verwitwet	3.826	39,3
Verheiratet	3.893	40,0
Ledig	1.098	11,3
Geschieden	674	6,9
In Partnerschaft	252	2,6
Gesamt	9.743*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 6: Wohnlage der Leistungsempfänger:innen von CN (DokCN)

Wohnlage	Anzahl	Prozent
Entlegen ländlich	874	10,1
Ländlich	4.587	53,0
Zentral	3.196	36,9
Gesamt	8.657*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Die demografischen Daten der **informell betreuenden/pflegenden Angehörigen** zeigen, dass in dieser Gruppe die meisten Personen zwischen 50 und 89 Jahre alt sind (83,6 %). Gut drei Viertel der betreuenden/pflegenden Angehörigen sind weiblich (75,9 %) und knapp drei Viertel sind verheiratet (73,2 %). Auch hier wohnt mehr als die Hälfte in ländlichen Regionen (57,1 %) und weitere 10,2 % leben in entlegen ländlichen Regionen (Tabelle 7 bis Tabelle 10).

Tabelle 7: Alter der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN)

Alter (in Jahren)	Anzahl	Prozent
0-9	20	0,6
10-19	5	0,2
20-29	29	0,9
30-39	117	3,7
40-49	273	8,6
50-59	615	19,3
60-69	653	20,5
70-79	655	20,6
80-89	735	23,1
90-99	79	2,5
Gesamt	3.181*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 8: Geschlecht der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN)

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Männlich	1.071	24,1
Weiblich	3.376	75,9
Gesamt	4.447*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 9: Familienstand der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN)

Familienstand	Anzahl	Prozent
Verheiratet	3.012	73,2
Ledig	377	9,2
In Partnerschaft	240	5,8
Geschieden	183	4,4
Verwitwet	302	7,3
Gesamt	4.114*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 10: Wohnlage der informell betreuenden/pflegenden Angehörigen (DokCN)

Wohnlage	Anzahl	Prozent
Entlegen ländlich	361	10,2
Ländlich	2.023	57,1
Zentral	1.159	32,7
Gesamt	3.543*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Tabelle 11 gibt einen Überblick darüber, **wie die Zielgruppe vom Angebot Community Nursing erfährt**. Es zeigt sich, dass es vor allem durch den Verweis von Freund:innen, Bekannten oder Verwandten (21,1 %) sowie durch das Gemeindeamt (17,9 %) gelingt, auf das Angebot CN aufmerksam zu machen. Auch Anzeigen in Printmedien (14,2 %) sowie sonstige Kanäle, wie Versicherungen, das Internet oder Notar:innen (14,0 %), sind hier erfolgreich. Die Weitervermittlung durch Hausärzt:innen scheint ebenso vielfach zu gelingen (12,1 %).

Tabelle 11: Referenz für den Erstkontakt mit Community Nursing (DokCN)

Referenz für Erstkontakt mit CN	Anzahl	Prozent
Freund:innen, Bekannte od. Verwandte	4.313	21,1
Gemeindeamt	3.663	17,9
Printmedien	2.912	14,2
Sonstige (inkl. Versicherung, Internet, Notar)	2.866	14,0
Hausärzt:innen	2.484	12,1
Postwurfsendung	1.473	7,2
Pflegedienstleister:innen	1.064	5,2
Krankenhaus	796	3,9
Verein	750	3,7
Therapeut:innen	124	0,6
Gesamt	20.445*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Aus Tabelle 12 ist zu entnehmen, **durch wen der Erstkontakt mit der Community Nurse erfolgt**. Hier sind es insbesondere Familienangehörige (41,9 %) oder Klient:innen selbst (41,3 %), die den Kontakt aufnehmen. Nicht unwesentlich sind außerdem vermittelnde Institutionen, wie zum Beispiel Krankenhäuser (7,8 %).

Tabelle 12: Übersicht, durch wen der Erstkontakt erfolgte (DokCN)

Erstkontakt erfolgte durch	Anzahl	Prozent
Familienangehörige	8.778	41,9
Klient:in selbst	8.643	41,3
Vermittelnde Institution (z.B. Krankenhaus)	1.624	7,8
Sonstige	809	3,9
Freund:innen, Bekannte etc.	571	2,7
Zugehörige	502	2,4
Gesamt	20.927*	100,0

Quelle: DokCN, Falldokumentationen; Anm.: Zeitraum: 01.01.2022 bis inkl. 15.11.2024

*Anzahl der Falldokumentationen in DokCN: Gesamtzahlen in Tabelle 2 bis Tabelle 12 unterscheiden sich, da im System nicht für alle Fälle sämtliche Detailinformationen eingetragen wurden.

Die Beschreibung der Fallarten und Merkmale zeigt die Zielgruppe von CN Österreich. In der Evaluierung werden unter der Bezeichnung „Klient:innen“ sowohl ältere Personen als auch ihre An- und Zugehörigen zusammengefasst. Beide Zielgruppen nehmen CN in Anspruch und sind somit Klient:innen der Community Nurses. Im nächsten Kapitel werden zusätzlich zu den hier beschriebenen Outputs die Outcomes von CN dargestellt.

2.4 Ergebnisse der summativen Evaluation zu den Wirkdimensionen

Aus dem Datenmaterial vorangegangener Erhebungen konnten im Rahmen dieses Evaluationsprojekts sechs Wirkdimensionen abgeleitet werden, die auf gesellschaftlicher und sozialer Ebene sowie im gesundheitlichen und pflegerischen Bereich angesiedelt sind (siehe Kapitel 2.1):

1. Gesundheitsversorgung und Pflege
2. Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden
3. Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment
4. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein
5. Handlungsfeld Community Nursing
6. Soziales und regionales Leben

2.4.1 Gesundheitsversorgung und Pflege

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Gesundheitsversorgung und Pflege* wurden im Community Nurse-Fragebogen mit 14 Items, im Zielgruppenfragebogen mit 13 Items erhoben (CN-FB: n=228; ZG-FB: n=603 bis 665). Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 und Abbildung 4 grafisch dargestellt, die dazugehörigen Tabelle 69 und Tabelle 70 finden sich in Anhang 1.

Es sticht hervor, dass rund 97 % sowohl der befragten Community Nurses (96,9 %) als auch der befragten Zielgruppe (97,1 %) (eher) zustimmen, dass sich die Community Nurse als **ständige Ansprechperson** für Gesundheits- und Pflege Themen in der Gemeinde/Region etabliert hat. Beide Gruppen stimmen auch (eher) zu, dass mehr **Angebote, wie z.B. Vorträge, Kurse oder Informationen** zu Krankheiten (92,6 % der befragten Community Nurses und 85,2 % der befragten Zielgruppe) sowie mehr **Angebote zur Vernetzung und zum Austausch** (86,9 % Community Nurses und 80,2 % Zielgruppe) geschaffen werden. Auch die **bedarfsangepasste Vermittlung oder Schaffung von Angeboten** (z.B. Pflegegeldantrag, Anti-Rutschmatten) bewerten beide Gruppen positiv: 82,5 % der befragten Community Nurses und 86,5 % der befragten Zielgruppe stimmen (eher) zu, dass dies umgesetzt wurde.

Obwohl beide Gruppen grundsätzlich bejahen, dass **Lücken in der Gesundheitsversorgung aufgedeckt** werden konnten, unterscheidet sich der Grad der Zustimmung: Während 87,3 % der befragten Community Nurses hier (eher) zustimmen, sind es in der befragten Zielgruppe 56,5 %. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass von 38,1 % der befragten Zielgruppe bei diesem Item die Antwortoption „Weiß nicht / Nicht zutreffend“ gewählt wurde, für viele also keine Aussage möglich oder es nicht zutreffend war. Beide Gruppen stimmen grundsätzlich (eher) zu, dass **Lücken in der Pflegeversorgung aufgedeckt** werden konnten. Aber auch hier zeigt sich ein ähnlicher Unterschied: Während 85,0 % der befragten Community Nurses (eher) zustimmen, tun dies nur 53,9 % der befragten Zielgruppe (für 42,5 % war wiederum keine Aussage möglich).

Ein etwas geringerer, aber dennoch auffälliger Unterschied zwischen den Gruppen zeigt sich bei der Einschätzung zur **Verbesserung der pflegerischen Versorgung**: Zwar stimmen beide einer solchen zwar (eher) zu, jedoch sind es 90,4 % der befragten Community Nurses und 69,1 % der befragten Zielgruppe (25,4 % konnten keine Aussage treffen). Ähnlich verhält es sich mit der **Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung**: Während 87,3 % der befragten Community Nurses dieser (eher) zustimmen, tun dies mit 72,1 % der befragten Zielgruppe (20,3 % ohne Aussage) auffallend weniger.

Schließlich sind zwar beide Gruppen grundsätzlich der Meinung, dass sich die **Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Gemeinde/Region** verbessert hat. Allerdings zeigt sich auch hier ein Unterschied im Grad der Zustimmung: 84,7 % der befragten Community Nurses und 67,3 % der befragten Zielgruppe stimmen einer Verbesserung (eher) zu (29,5 % der Zielgruppe konnten zu diesem Item keine Aussage treffen). Das Item zur Verbesserung der **Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen und den Verantwortlichen in der Gemeinde/Region** wurde nur den Community Nurses vorgelegt und mit 86,4 % stimmt die Mehrheit von ihnen dieser Verbesserung (eher) zu.

Auch wenn bei allen Items bzw. Aspekten einer Verbesserung durchwegs (eher) zugestimmt wird, so gibt es einige, bei denen der Anteil der fehlenden Zustimmung etwas höher ist und die daher auf Möglichkeiten der Weiterentwicklung des bestehenden Angebots hinweisen. Einer **Entlastung des Pflegesystems** stimmen 36,4 % der befragten Community Nurses und 11,6 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zu (für 39,0 % der Zielgruppe keine Aussage möglich). Ebenso stimmen 11,8 % der befragten Community Nurses und 20,0 % der befragten Zielgruppe einer **Entlastung des Gesundheitssystems** (eher) nicht zu (46,2 % der Zielgruppe konnten hierzu keine Angabe machen). Dieser Aspekt ist der einzige in dieser Wirkdimension, bei dem die Ablehnung (oder Zustimmung) unter der befragten Zielgruppe höher ausfällt als bei den befragten Community Nurses.

Auch dem **Schließen von Lücken in der Gesundheitsversorgung** wird von beiden Gruppen eher weniger zugestimmt, allerdings in unterschiedlich starkem Ausmaß: 26,3 % der befragten Community Nurses und 9,1 % der befragten Zielgruppe stimmen (eher) nicht zu, dass Lücken in der Gesundheitsversorgung geschlossen werden konnten (mit 44,5 % ist der Anteil an „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben unter der Zielgruppe jedoch sehr hoch). Ähnlich verhält es sich bei der Einschätzung zur **Schließung von Lücken in der Pflegeversorgung**, welcher 25,0 % der befragten Community Nurses und 9,3 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zustimmen (auch hier mit 46,2 % ein hoher Anteil an „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben unter der Zielgruppe).

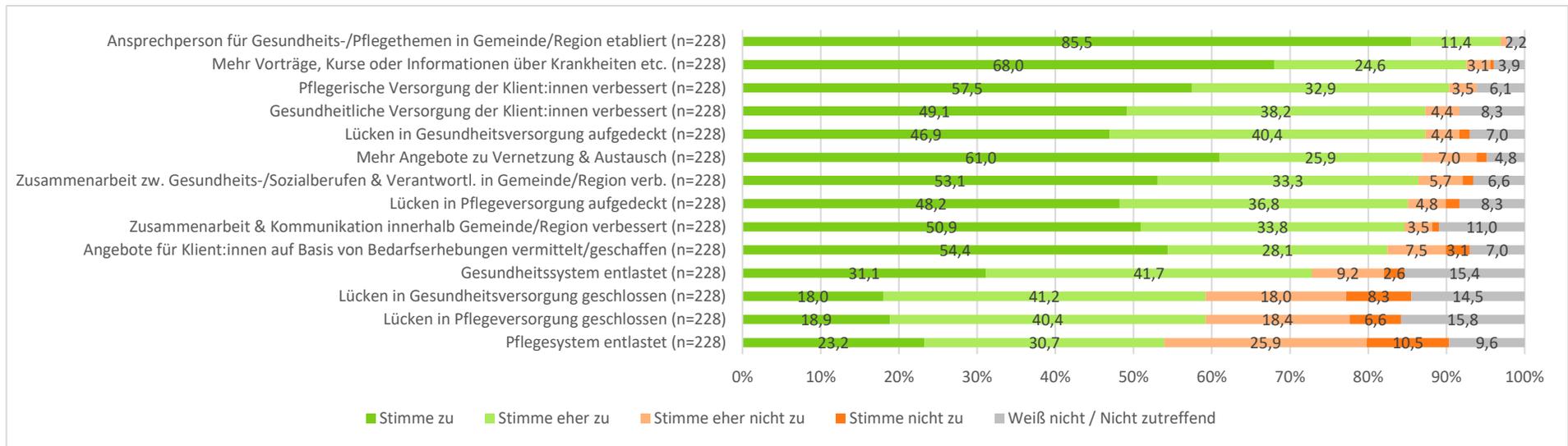


Abbildung 3: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Community Nurse-Fragebogen

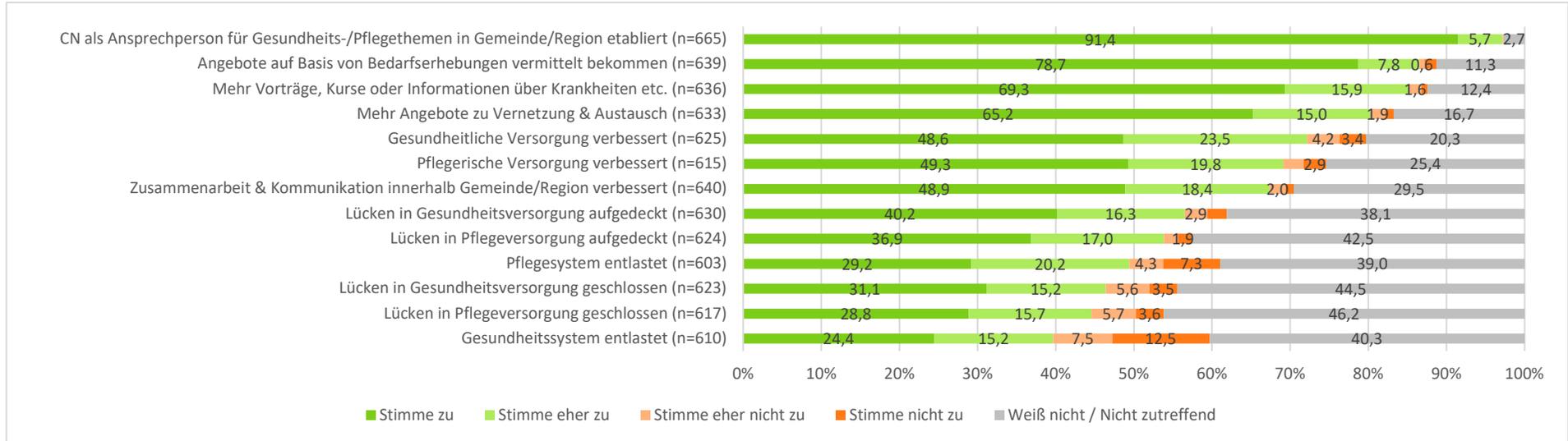


Abbildung 4: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Zielgruppen-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Wirkdimension *Gesundheitsversorgung und Pflege*, die mit Hilfe der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 2.2.2) aus den 51 Falldarstellungen gewonnen wurden, vorgestellt. Die zentralen Ergebnisse der Kategorienbildung werden im nachfolgenden Text durch verstärkte Schrift hervorgehoben. Die angeführten Zitate aus den Falldarstellungen bzw. der Verweis auf die entsprechenden Ausführungen in anderen Kapiteln des Endberichts belegen diese zentralen Kategorien.

Hinsichtlich der Entfaltung der Outcomes in dieser Wirkdimension haben sich Ergebnisse zur Schließung von Lücken im Versorgungssystem als zentral herausgestellt. Eine CN tritt in der Region als DGKP auf, die als **niederschwellig erreichbare Ansprechperson für gesundheitliche, pflegerische und soziale und medizinische Belange** in der Gemeinde vor Ort ist (siehe Beschreibung der Stichprobe und Art der Kontaktaufnahme, Kapitel 2.2.2). Durch eine umfassende und **kontinuierliche Einschätzung der Gesamtsituation hinsichtlich gesundheitsgefährdender und -fördernder Faktoren mit anschließender Planung und kontinuierlicher Sicherstellung der Versorgung** wird die CN als **Lotse:Lotsin durch das Gesundheitssystem** sichtbar. Auszüge aus Falldarstellungen (Fallsituation 24 und 5) verdeutlichen dies beispielhaft im Anhang 1. Auch ein optimiertes **Schnittstellenmanagement, das zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bzw. Wiederaufnahmen** beitragen kann, wird dadurch möglich. Folgende Zitate zeigen dies prozesshaft auf:

„Am Tag der Krankenhausentlassung, Hausbesuch [...] Verbandswechsel wurde gemeinsam mit Schwester durchgeführt [...] sie wurde eingeschult, ab Tag 4 schafft es die Schwester selbstständig, die CN ist dabei in ständigem Kontakt mit den mobilen Diensten, nach 2 Wochen waren wieder Kapazitäten vorhanden, Übernahme [durch mobile Dienste].“ (F.13)

„Regelmäßige Hausbesuche, Austausch mit Freundin, freiberufliche Alltagsbegleitung, Caritas, Hausärztin, Einstufung Pflegegeld [Interventionen der CN] Hausärztin meldet sich, sie hatte gerade Hausbesuch bei Klientin. Sie möchte Klientin einweisen lassen. Gespräch über Wünsche von Klientin geführt, die derzeitige Versorgungssituation aufgeklärt. Hausärztin lässt sich überzeugen, von einer Einweisung abzusehen.“ (F.7)

Durch die CN erfolgt auch eine **niederschwellige Einschätzung von Belastungen und Optimierungen im Familiensystem durch psychosoziale Betreuung mit Beziehungs- und Vertrauensaufbau**. Eine **Unterstützung zur Verbesserung der Kommunikation** wird geboten bzw. vermittelt.

„Sie [die Familienmitglieder] äußern starke Belastung durch die verstärkte Betreuungsbedürftigkeit bei Berufstätigkeit, Erschöpfung und Sorge vor der Zukunft [...]. Durch die Arbeit mit dem Geno-Ökogramm³ konnte der Familie ein Weg aufgezeigt werden, wie sie die Aufgaben besser untereinander aufteilen können. [...] Überforderung wurde angesprochen [...], nach Ermutigung das kostenlose Angehörigengespräch in Anspruch genommen.“ (F.1)

„Die Kommunikation innerhalb der Familie hat sich [durch die Interventionen der CN] verbessert. Sie haben sich gegenseitig unterstützt, motiviert und sind sehr dankbar miteinander umgegangen.“ (F.6)

³ Geno-Ökogramm = Visualisierung von Familiensystem und Beziehungen innerhalb der Familie

Im Rahmen des niederschweligen, kontinuierlichen Unterstützungsangebots konnten auch **Optimierungen der finanziellen Herausforderungen in allen Lebenslagen** erreicht werden.

„Durch die Beratung der CN konnten Maßnahmen zur finanziellen Entlastung erzielt werden. Neben den Unterstützungsangeboten (GIS und Rezeptgebührenbefreiung, sowie Wohn- und Heizkostenzuschuss) wurde Fr. S. auch Pflegegeldstufe 5 zugesprochen. Die CN hat bei der Antragsstellung unterstützt und zusätzlich eine schriftliche fachliche Stellungnahme beigelegt.“ (F.16)

Die Umsetzung der **kontinuierlichen Koordination, die umfassende Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und sonstigen Dienstleister:innen sowie die Vernetzungsarbeit** trugen zur Bewältigung der Gesamtsituation bei (siehe auch als Beispiel Fallsituation 5 in Anhang 1).

„Organisation der pflegerischen Versorgung nach Entlassung [durch CN] [...] CN organisiert freiberufliche DGKP zur Darmspülung am Wochenende, da dies innerhalb von 48 Stunden gemacht werden muss. Hauskrankenpflege kommt nicht am Wochenende.“ (F.32)

Nachfolgendes Zitat zeigt die **Vielfalt der Vernetzungsleistungen** der CN in einer Fallsituation auf.

„Vernetzung: HKP (Hauskrankenpflege), Hausarzt, PSN (Psychosoziales Netzwerk), KH (Krankenhaus), Mobiles Palliativteam, BH (Bezirkshauptmannschaft), AMS.“ (F.41)

Die CN wird als **Ansprechperson für öffentliche Ämter und Gesundheitsberufe oder Gesundheitsinstitutionen und -organisationen für vielfältige Belange** und bei **Versorgungslücken** kontaktiert. Damit kann sie zur Entlastung des Systems beitragen.

„Kontaktaufnahme durch Sozialausschuss der Pfarre mit der Bitte um einen HB (Hausbesuch) bei Klienten.“ (F.19)

„Im Krankenhaus wurde die Bezirkshauptmannschaft kontaktiert, worauf die zuständige Sozialarbeiterin kontaktiert wurde. Diese wiederum nahm Kontakt mit der zuständigen CN auf.“ (F.24)

„Auf Empfehlung der Station (Krankenhaus) wurde Fr. H angehalten, unmittelbar nach ihrer Entlassung die CN zu kontaktieren.“ (F.23)

„Das Bürgerbüro der Stadtgemeinde meldet sich telefonisch bei der CN. Grund dafür wäre der Besuch bei Fr. K. [...] diese macht sich große Sorgen, um die alleinlebende Bekannte.“ (F.49)

CN leistet auch einen **Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung in Fallsituationen mit Personenbetreuung/24-Stunden-Betreuung**.

„[...] durch das Einschalten einer 24hBetreuungsagentur (Personenbetreuung) [durch die CN] werden einmal im Quartal Qualitätssicherungen durch eine DGKP der Agentur [...] durchgeführt.“ (F.14)

Auch die **Zufriedenheit mit den Angeboten im Rahmen der Versorgung und Unterstützung sowie der kontinuierlichen Begleitung durch die CN** wird durchgehend deutlich.

„Obwohl Verschlechterungsprozess gegeben war, wurde CN als Sicherheitsaspekt wahrgenommen, als Person zu der sie mit allen Fragen kommen konnte, mithilfe dessen ein Verbleib in den eigenen 4 Wänden trotz Defizite und Verschlechterung ermöglicht werden kann.“ (F.26)

„Den Erstkontakt zum Neurologen, zur Physio, zur HKP [...] habe ich [die CN] zur Erleichterung [der Angehörigen] übernommen. Durch die Übergabe (nach Einverständnis) konnten die anderen Gesundheitsanbieter gut in den Fall einsteigen, das hat die Familie sehr angenehm erlebt und mehrfach rückgemeldet.“ (F.48)

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Für die befragten Bürgermeister:innen ist die CN ein wichtiges **Bindeglied in der Gesundheitsversorgung und entlastet die Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen**, die mit ihr zusammenarbeiten.

„Ärzt:innen und alle andere Berufsgruppen schätzen die Möglichkeit sich wieder auf den eigenen Kernbereich zu fokussieren und werden entlastet.“ (IP3)

„Und wenn man weiß, wie wenig Zeit heute ein Arzt mittlerweile für Patienten hat, dann braucht es hier für gewisse Dinge jemand anderes. Und unsere Ärzte sind sehr froh, dass das gut funktioniert.“ (IP1)

Von den Wirkungsbereichen der CNs werden vor allem die **Steigerung der Versorgungsqualität** und die Vernetzungsarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung seitens der Bürgermeister:innen unterstrichen:

„Ich glaube man unterschätzt das, wieviel die Community Nurse wirklich für das gesamte Gesundheitssystem bringt im Vergleich zu den Kosten.“ (IP2)

„Da ist viel wertvolle Vernetzungsarbeit passiert. Die CN ist eine Drehscheibe geworden in der Gesundheitsversorgung in unserer Gemeinde, was sehr wertvoll und wichtig ist.“ (IP3)

Die Arbeit der CNs kann dazu beitragen, Versorgungslücken im Bereich des niederschweligen Zugangs, im Bereich der Übergangspflege und bei Hausbesuchen zu schließen. Die Unterstützung der CNs kann einen längeren Verbleib von Menschen in ihrem Zuhause ermöglichen.

2.4.2 Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden* wurden sowohl im Community Nurse-Fragebogen als auch im Zielgruppenfragebogen mit jeweils 11 Items erhoben (CN-FB: n=228; ZG-FB: n=596 bis 635). Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 und Abbildung 6 grafisch dargestellt, die zugehörigen Tabellen (Tabelle 71 und Tabelle 72) finden sich in Anhang 1. Auffallend sind hier bei der befragten Zielgruppe die durchwegs hohen Anteile an „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben mit 14,1 % bis 41,5 %.

Sowohl die befragten Community Nurses als auch die befragte Zielgruppe stimmen (eher) zu, dass sich die Stimmung der Klient:innen bzw. ihre eigene **Stimmung verbessert** hat (86,8 % der Community Nurses und 79,0 % der Zielgruppe). Auch die **Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen** (der Klient:innen) wird von beiden Gruppen positiv bewertet: 72,8 % der befragten Community Nurses und 68,3 % der befragten Zielgruppe stimmen einer größeren Zufriedenheit (eher) zu (24,9 % ohne Aussage).

Einige Aspekte werden von den befragten Community Nurses auffallend positiver eingeschätzt als von der befragten Zielgruppe. So stimmen etwa die befragten Community Nurses mit 89,5 % (eher) zu, dass sich die **Lebensqualität** der Klient:innen **aufgrund der Deckung ihres Pflegebedarfs** verbessert hat, während dies 58,1 % der befragten Zielgruppe angeben (34,7 % ohne Aussage). Ähnlich verhält es sich mit dem **Sicherheitsgefühl im Wohnumfeld** (der Klient:innen), etwa aufgrund von Anpassungen zur Sturzprophylaxe: 92,1 % der befragten Community Nurses stimmen (eher) zu, dass sich die Klient:innen sicherer fühlen, während dies 70,8 % der Zielgruppe angeben (24,5 % ohne Aussage). Einer **Verbesserung des Gesundheitszustandes** (der Klient:innen) durch angepasste Maßnahmen stimmen 90,8 % der befragten Community Nurses und 71,8 % der befragten Zielgruppe (eher) zu (21,5 % ohne Aussage). Schließlich gibt es auch noch unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich der **insgesamten Verbesserung der Lebensqualität**: 89,9 % der befragten Community Nurses stimmen (eher) zu, dass sich die Lebensqualität der Klient:innen verbessert hat, während 79,1 % der befragten Zielgruppe eine Verbesserung ihrer Lebensqualität angeben.

Auch in dieser Wirkdimension wird einer Verbesserung der Einzelaspekte durchwegs (eher) zugestimmt. Bei einigen Items sind die Zustimmungswerte geringer und die befragte Zielgruppe stimmt den Aussagen durchwegs stärker (eher) nicht zu als die befragten Community Nurses. So stimmen 9,7 % der befragten Community Nurses, aber 17,5 % der befragten Zielgruppe eher (nicht) zu, dass die Klient:innen bzw. sie selbst **körperlich mobiler** sind (28,2 % der Zielgruppe ohne Aussage). Während 4,4 % der befragten Community Nurses (eher) nicht zustimmen, dass die Klient:innen **alltägliche Dinge besser erledigen** können, stimmen 12,5 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zu, dies zu können (27,6 % ohne Aussage). Einer Verbesserung der Lebensqualität der Klient:innen bzw. der eigenen **Lebensqualität aufgrund einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit** stimmen 10,5 % der befragten Community Nurses und 14,4 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zu (41,5 % ohne Aussage). Die befragten Community Nurses stimmen darüber hinaus zu 6,1 % (eher) nicht zu, dass die Klient:innen **weniger gestresst** sind, während 10,2 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zustimmen, weniger gestresst zu sein (22,1 % ohne Aussage). Ähnlich verhält es sich mit der Einschätzung zur **Verringerung der Einsamkeit**, der 6,1% der befragten Community Nurses und 10,6% der befragten Zielgruppe (eher) nicht zustimmen (24,8 % ohne Aussage).

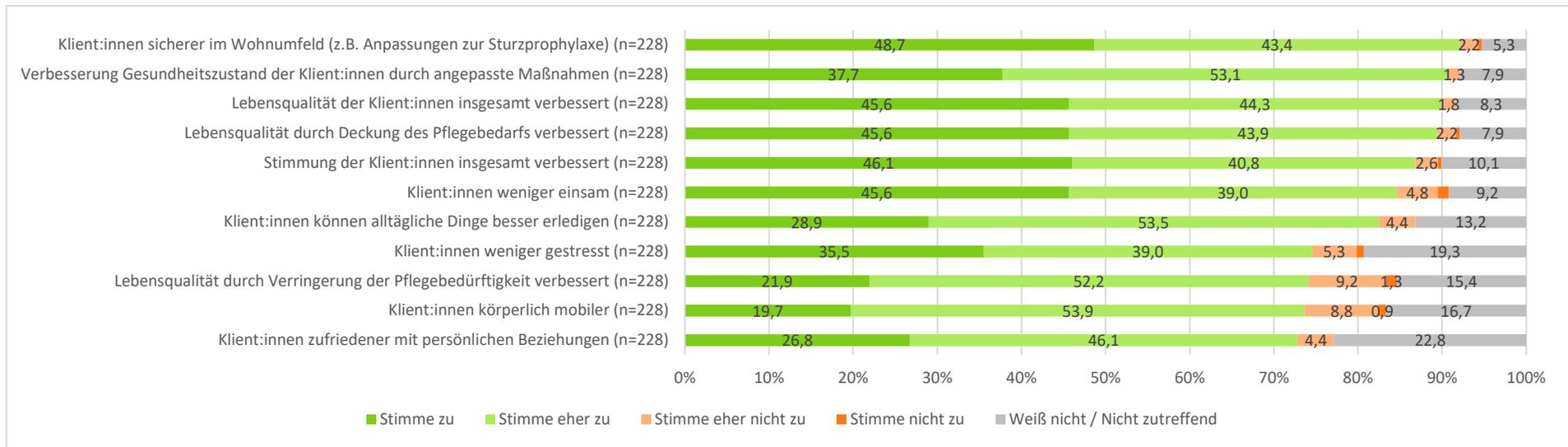


Abbildung 5: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Community Nurse-Fragebogen

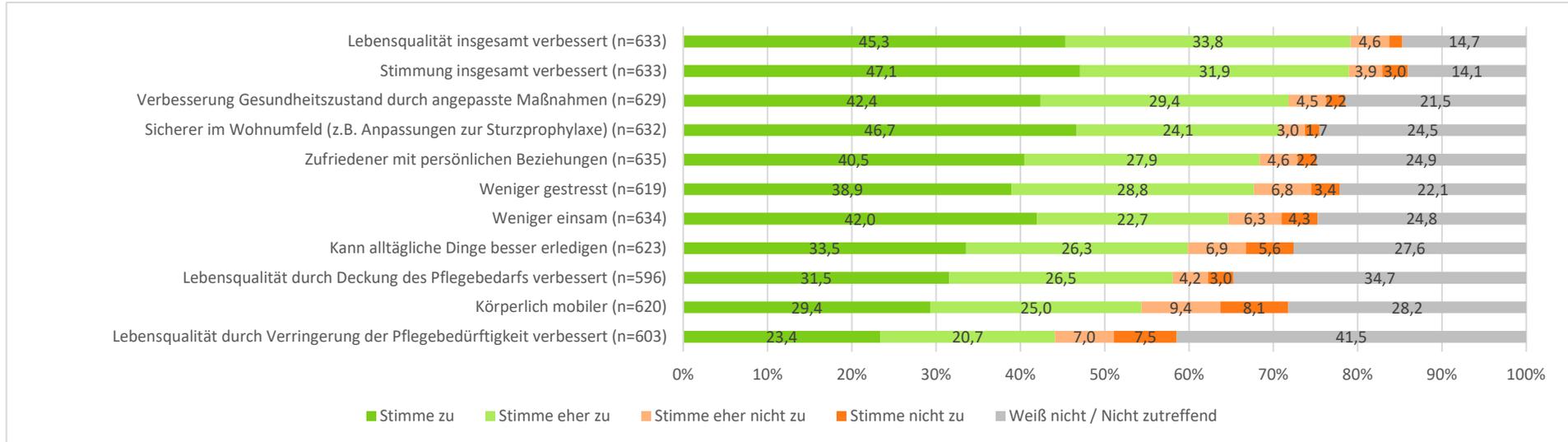


Abbildung 6: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Zielgruppen-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Wirkdimension *Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden* dargestellt, die auf Basis der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 2.2.2) aus den 51 Falldarstellungen gewonnen wurden. Die zentralen Ergebnisse im Rahmen der Kategorienbildung werden wiederum durch verstärkte Schrift hervorgehoben. Die angeführten Zitate aus den Falldarstellungen untermauern diese zentralen Kategorien. In Bezug auf die Wirkdimension zeigen sich in den von den CNs erarbeiteten Falldarstellungen, auf Basis von Good-Practice-Beispielen aus ihrer Praxis, vielfältige, überwiegend positive Veränderungen, die auf die gesetzten Interventionen von Community Nursing zurückgeführt werden. Dabei werden häufig **positive Veränderungen zum Zeitpunkt des Erkennens von Gesundheitsrisiken** beschrieben. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass zum Teil erst ein Bewusstsein über den Gesundheitszustand bzw. eine Erkrankung geschaffen werden muss. Darauf aufbauend kann, durch die Begleitung der CN, das (frühere) Erkennen von Gesundheitsrisiken gefördert werden, um nachfolgend Schritte zur Handlung bzw. Veränderung zu setzen bzw. sich Unterstützung zu holen.

„Die Familie war sehr unsicher im Erkennen von Gesundheitsrisiken, da sie schlecht bis gar nicht über die Erkrankungen sowie Nebenwirkungen aufgeklärt waren. Vor allem im Bereich der onkologischen Pflege ist das Erkennen von Gesundheitsrisiken wichtig. Durch die vielen Informationen aber auch das rege Interesse der Familie konnten sie sich einen guten Überblick über die Erkrankungen sowie die relevanten Gesundheitsrisiken verschaffen.“ (F.6)

„Gesundheitsrisiken waren lt. Klientin bekannt, jedoch konnten diese durch die Interventionen der CN erst begreifbar gemacht werden. Zuerst waren sie nur grob bekannt, nun wurden sie stark ins Bewusstsein verankert.“ (F.2)

„Klientin hat gelernt Hilfe/Unterstützung anzunehmen, um Risiken zu minimieren (z.B. schwere Sachen tragen, Müllcontainer nicht alleine zu heben, Unterstützung durch Heimhilfe anzunehmen), dadurch konnten die Tätigkeiten minimiert werden, die sie belasteten.“ (F.17)

Die Veränderungen betreffen häufig das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken, insbesondere im Hinblick auf die Belastungen pflegender bzw. betreuender Angehöriger. Dabei rückt auch ein bewusster Umgang mit den eigenen Ressourcen in den Fokus:

„Die Gattin ist gegenüber ihrer eigenen Gesundheit sensibler geworden und achtet auf körperliche und geistige Fitness. Sie hat sich Auszeiten genommen, hat Vorsorge getroffen, auch in soziale Kontakte investiert.“ (F.34)

In 6 Falldarstellungen wurde vermerkt, dass keine Veränderung in Bezug auf das Erkennen von Gesundheitsrisiken eingetreten ist. Als Gründe dafür wurden zum einen genannt, dass bereits zu Beginn der Intervention ein vorausschauender Blick vorhanden war, zum anderen aber auch eine fehlende Krankheitseinsicht oder die alleinige Fokussierung auf die:den zu pflegende:n Angehörige:n:

„Die eigene Gesundheit will Herr P. nicht besprechen.“ (F.32)

Positive Veränderungen in Bezug auf die Lebensqualität, das allgemeine Wohlbefinden und das Gesundheitsempfinden bei den Klient:innen wurden sehr häufig in den Falldarstellungen dokumentiert.

„Der Klient gibt an, dass er mehr Sicherheit empfindet. Er wüsste, dass er sich immer bei uns melden kann und er nicht eine Fallnummer ist.“ (F.48)

„Der Klient gibt weiters an, dass sich die Lebensqualität aufgrund der Hausbesuche und der Aufgaben (Bewegungsübungen, Aufgaben der CN) verbessert hat.“ (F.40)

„Ja, die Klientin hat nach dem ersten Hausbesuch einen Brief an den Bürgermeister geschrieben, dass ihr das Angebot der Community Nurse sehr gut getan hat, sie schrieb darin – ‚ich finde für mich einen guten Weg vertrauensvoll in die Zukunft zu schauen‘.“ (F.43)

In den Falldarstellungen wurde häufig auf **positive Veränderungen in Bezug auf das Erleben von Einsamkeit** berichtet. Einerseits wurde dies auf ein verbessertes Gesundheitsempfinden bzw. Wohlbefinden zurückgeführt:

„Durch die gesetzten Interventionen merkte man bei der Klientin eine deutliche Verbesserung der Stimmung (sie lächelte, war gut gelaunt, redete mehr, war aufgeschlossener). Sie schöpfte Hoffnung, was die Verbesserung ihrer Einsamkeit und Lebensqualität betraf.“ (F.49)

„Frau G. hat neuen Lebenswillen zurückerlangt und freut sich wieder am Leben teilzunehmen. Sie hat nicht mehr so stark das Gefühl einsam zu sein und ist motiviert selbständig ihren Alltag zu meistern.“ (F.12)

Andererseits werden die Hausbesuche der CN und die durch Community Nursing erzielte Erweiterung des Hilfesystems damit in Verbindung gebracht, dass sich die **Klient:innen weniger allein gelassen fühlen**. Durch die vielfältigen Angebote und Veranstaltungen wird es (wieder) möglich, soziale Kontakte zu pflegen und die soziale Einbindung zu stärken. Die Community Nurse selbst und ihre Rolle als stabile Ansprechperson wird als eine Erweiterung der sozialen Kontakte wahrgenommen.

„Ich denke, dass die Teilnahme am Tageszentrum für den Klienten soziale Kontakte brachte, aber vor allem der Ehefrau Verschnaufzeiten ermöglicht hat. Diese hat sie auch für soziale Kontakte genutzt.“ (F.47)

„Herr M. berichtet, dass er weniger überfordert in der Rolle des pflegenden Angehörigen ist, sich durch das Community Nursing weniger allein gelassen fühlt. Er kommt regelmäßig zu Veranstaltungen, welche von CN organisiert werden. Hier trifft er auch immer wieder Bekannte von früher. Er kommt in Austausch mit Menschen, die in der gleichen Lage sind wie er. Durch die 24h Betreuung hat er wieder die Möglichkeit von zu Hause weg zu sein und soziale Kontakte und Freundschaften zu pflegen.“ (F.9)

„Einsamkeit ist kein Thema, ist gut in ihr soziales Umfeld integriert, sieht aber in der CN eine Erweiterung ihrer sozialen Kontakte, freut sich immer wieder auf Anrufe und Besuche von ihr.“ (F.17)

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Aus Sicht der befragten Bürgermeister:innen wird durch Community Nursing eine **persönliche Unterstützung und Hilfe** direkt aus der Gemeinde ermöglicht und damit Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden gesteigert. Ausschlaggebend dafür sind vor allem das Gespräch bzw. der Kontakt auf Augenhöhe, die Vermittlung von passgenauen Angeboten durch die CN und ein hohes Vertrauen in die handelnden Personen.

„Gerade die älteren Menschen werden auf Augenhöhe gesehen, sie werden nicht einfach abgestempelt und hingengelassen, sondern unsere Damen versuchen sie in den besten Zustand

zu bringen, mit Eigenverantwortung, Eigenmotivation [...] die kümmert sich um Probleme und das kommt bei den Menschen positiv an und sie haben wieder Lebenswillen, weil sie unterstützt werden.“ (IP6)

„CNs sind zuhause, vor Ort. Da haben besonders die alten Leute sehr viel Vertrauen, wenn jemand nach Hause kommt und dieses Vertrauen wird geschenkt, sie werden sehr gut aufgenommen.“ (IP1)

2.4.3 Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment* wurden sowohl im Community Nurse-Fragebogen als auch im Zielgruppenfragebogen mit jeweils 5 Items erhoben (CN-FB: n=228; ZG-FB: n=629 bis 642). Die Ergebnisse sind in Abbildung 7 und Abbildung 8 grafisch dargestellt, die dazugehörigen Tabelle 73 und Tabelle 74 finden sich in Anhang 1.

Zu 90,8 % stimmen die befragten Community Nurses (eher) zu, dass die Klient:innen **wissen, wie** sie einer **Pflegebedürftigkeit vorbeugen** können. Auch 81,4 % der befragten Zielgruppe stimmen (eher) zu, über dieses Wissen zu verfügen.

Die Einschätzungen in Bezug auf das **Wissen zur Vorbeugung einer Erhöhung von bestehendem Pflegebedarf** divergieren allerdings zwischen den Gruppen: Während 91,2 % der befragten Community Nurses (eher) zustimmen, dass die Klient:innen über das entsprechende Wissen verfügen, geben dies 74,1 % der befragten Zielgruppe an (21,0 % wählten hier die Antwortoption „Weiß nicht / Nicht zutreffend“). Auch die **Inanspruchnahme von Präventionsangeboten** wird unterschiedlich bewertet: 80,7 % der befragten Community Nurses stimmen (eher) zu, dass die Klient:innen mehr Angebote dieser Art in Anspruch nehmen, während 66,5 % der befragten Zielgruppe angeben, dies zu tun (19,9 % ohne Aussage).

Die Anteile von geringerer Zustimmung werden bei zwei Items sichtbar, wobei bei beiden die befragte Zielgruppe den jeweils größeren Anteil aufweist. Einer häufigeren **Teilnahme** (der Klient:innen) **an Schulungen zu Pflege- und Betreuungsthemen** stimmen 12,3 % der befragten Community Nurses und 30,4 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zu (28,5 % ohne Aussage). Ähnlich verhält es sich mit der **Teilnahme an sozialen Aktivitäten und Veranstaltungen** in der Gemeinde/Region: 8,8 % der befragten Community Nurses stimmen (eher) nicht zu, dass die Klient:innen häufiger an Treffen und Veranstaltungen teilnehmen, während 25,2 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zustimmen, dass sie häufiger zu Treffen und Veranstaltungen gehen (20,0 % „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben).

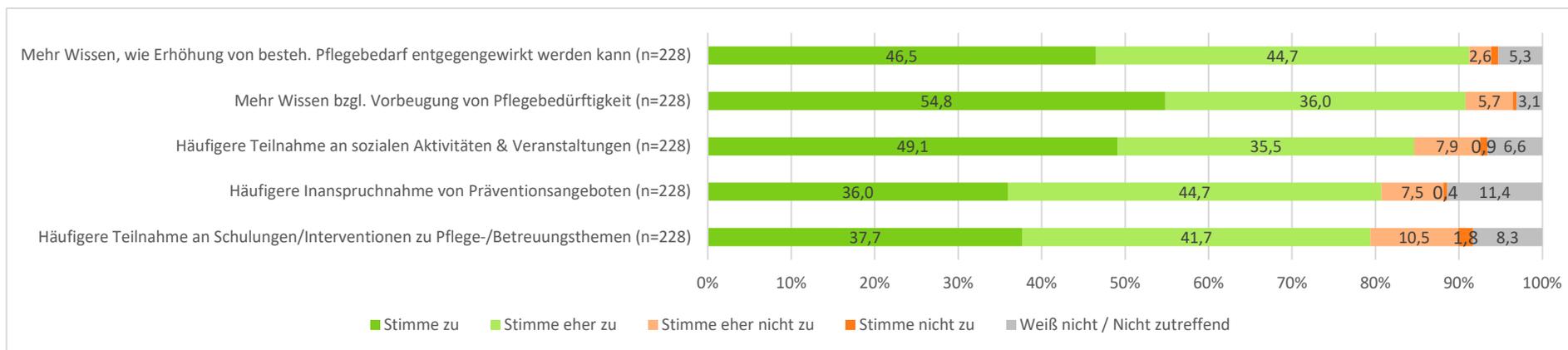


Abbildung 7: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Community Nurse-Fragebogen

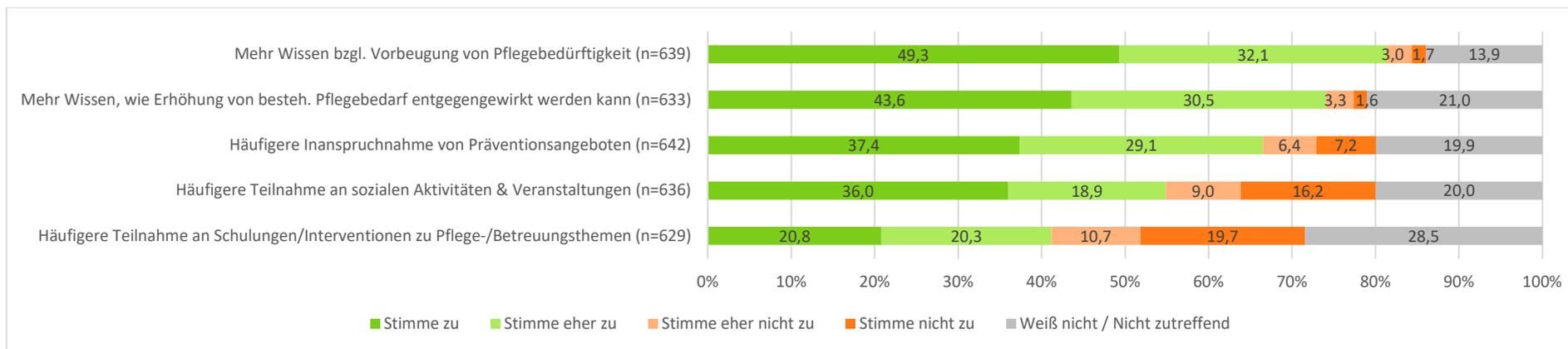


Abbildung 8: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Zielgruppen-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Nachfolgend werden auch in der Wirkdimension *Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment*, die auf Basis der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 2.2.2) gewonnenen Ergebnisse aus den 51 Falldarstellungen vorgestellt. Die Outcomes dieser Wirkdimension (siehe Kapitel 2.1) zeigten sich in der Analyse der Fallbesprechungen in den intendierten Indikatoren, wie einer erhöhten Teilnahme an Interventionen, der Förderung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie einer Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen, Werte und Überzeugungen. Die zentralen Ergebnisse im Rahmen der Auswertung der qualitativen Daten zu den Falldarstellungen sind für diese Wirkdimension wiederum in hervorgehobener Schrift dargestellt. Die Ergebnisse werden durch Zitate verdeutlicht.

Durch die **Akzeptanz und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen**, die zuvor nicht gegeben war und erst durch die CN bewirkt wurde, konnte in vielen Fällen eine **Optimierung der Situation** erreicht werden.

„Akzeptanz der Dienste (HKP, Wundmanagement) konnte durch Bewusstseinsgenerierung [durch CN] erreicht werden, da sich die Situation verschlechtert hatte. Übergeordnetes Management blieb bei der der CN.“ (F.4)

„Entlastungsgespräch im Beisein mit dem Gatten – dieser willigt ein, Hauskrankenpflege anzunehmen, falls die Gattin diesen Wunsch äußert. Durch dieses Zugeständnis im Gespräch kommt es zur sofortigen psychischen Entlastung der Klientin.“ (F.33)

Eine **Bewusstseinsgenerierung sowie Früherkennung in Bezug auf Gesundheitsgefährdungen/-risiken** wird vielfältig beschrieben. Eine **Reduktion von Risikofaktoren oder bestehender Symptomatik in Bezug auf Frailty durch pflegerische Maßnahmen** und **Maßnahmen in Kooperation mit anderen Berufsgruppen** wird aufgezeigt.

„Ohne die Interventionen der CN (Eduktion, Vermittlung Physiotherapie) ist es fraglich, ob die Klientin ihr niedriges physisches Aktivitätsniveau mit dem Risiko von Gesundheitsschäden in Verbindung bringen hätte können. Ebenso hatte die Klientin vorher noch kein Bewusstsein für das Risiko der Mangelernährung. Sie hatte sich nun mehr bewegt, ging jeden Tag vor der Wohnungstür auf und ab.“ (F.3)

Im Rahmen der Analysen der Falldarstellungen zeigte sich die **Generierung und/oder die Stärkung der Selbsthilfefähigkeit/Selbstpflegefähigkeit** im Sinne von **Empowerment für Betroffene, aber auch für An- und Zugehörige**.

„Nach 3 Monaten waren die Wunden verheilt, die Klientin kann nun vollkommen selbstständig die Stomaversorgung durchführen und selbstständig bei Bedarf Materialien nachbestellen.“ (F.13)

„Gattin weiß [durch Interventionen der CN] über Diagnose Bescheid und kann Klienten besser verstehen. Führt mit Klienten Demenzübungen durch und geht mit ihm zum Pflegestammtisch [...] Gattin hat Nachbarn über Demenz des Klienten aufgeklärt, [diese] verstehen nun das Verhalten des Klienten und können besser damit umgehen.“ (F.34)

Die **positive Veränderung von Einstellungen, Werten und Verhalten** sowie auch die **Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit⁴ und/oder des Selbstwertes** der Betroffenen und Angehörigen wird in den erhobenen Daten ebenfalls sichtbar.

„Klientin hat wieder mehr Motivation, ihre Übungen zu machen und zeigt stolz, was sie alles kann; weiß, dass die Maßnahmen wichtig sind, um ihren Gesundheitszustand zu erhalten.“ (F.18)

„Erste positive Schritte sind erkennbar [bei Klientin]. Sie ist aktiver, sie kocht für sich selber, sie spricht über die Trauer, sie freut sich über den Kontakt.“ (F.19)

„Klient hat wieder Spaß, traut sich in die Gesellschaft und empfindet sich als wertvoll.“ (F.36)

„Die Klientin gibt in den Evaluierungsgesprächen leicht gesteigerten Selbstwert und deutlich gesteigerte Selbstwirksamkeit an.“ (F.1)

Durch Interventionen der CN konnte eine erstmalige oder vermehrte **Teilnahme an gesundheitsfördernden und sozialen Aktivitäten** erreicht werden.

„Durch den Besuch am Mittagstisch [durch CN initiiert] haben sich Freundschaften gebildet oder wurden wieder belebt, Bindeglied CN hat ihm geholfen anzudocken, er kannte dort viele Leute von früher.“ (F.36)

„Er ist, seit er sich [durch die Interventionen der CN] stabilisiert hat, jede Woche mehrmals unterwegs [...]; er kommt zu Gesundheitsvorträgen und Gesundheitspflege-Cafés [von CN initiiert]. Er fährt regelmäßig ins Einkaufszentrum.“ (F.45)

Präventive Maßnahmen und/oder Maßnahmen der Akutversorgung, die Krankenhausaufenthalte oder Heimeintritte verhindern können und konnten, zeigen sich immer wieder im Rahmen der Interventionen der CN:

„Zu hohe Blutzuckerwerte wurde [durch CN] entdeckt und durch die anfängliche medikamentöse Therapie, aber auch durch die Steigerung der Bewegung der HBA1C (Langzeitzuckerwert) deutlich gesenkt. Ernährungsumstellung ist (noch) nicht gelungen – aber es wird kein Traubenzucker mehr verzehrt. Er hatte keinen Krankenhausaufenthalt mehr seit der Begleitung. Er war nur dreimal beim Hausarzt.“ (F.44)

„Fr. S muss mindestens 1x/Monat (teilweise auch öfters) ins Krankenhaus, weil der Dauerkatheter verstopft ist – zudem leidet sie unter häufigen rezidivierenden Harnwegsinfekten. [...] durch die Maßnahmen in Bezug auf Katheterpflege kann dem Risiko eines erneuten Harnwegsinfekts vorgebeugt werden.“ (F.16)

⁴ Selbstwirksamkeit beschreibt die subjektive Überzeugung gewünschte Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen erfolgreich bewältigen zu können (Brinkmann, 2014, zitiert nach Abderhalden & Jüngling, 2019).

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Die befragten Bürgermeister:innen heben vor allem das **laufende Angebot an präventiven Gesundheitsprogrammen** hervor, das dazu beiträgt, die Gesundheit und das Empowerment der Bürger:innen zu fördern.

„Und das Spannende ist, dass mittlerweile auch immer jüngere Leute zu diesen Veranstaltungen kommen und sich vorab informieren. Was ja dieser eigentliche Ansatz der Prävention wäre, bevor man in dieses Problem kommt, hört man sich gewisse Dinge an.“ (IP2)

Ein zentraler Baustein im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Vermittlung von Wissen und die Sensibilisierung für Gesundheits- und Pflegethemen, insbesondere auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

„Sie gehen auch in Schulen und machen kleinere Gesundheitsworkshops zu einem speziellen Thema, wo man Menschen dann auch immer wieder erreicht, damit man diese Hemmschwelle abbaut und das ist sehr gut gelungen [...]. Es gibt ja bei uns an den Schulen minderjährige Kinder, die stark in der Pflege involviert sind und das weiß oft gar niemand oder die mit alkoholkranken Eltern zusammenleben. Und auch da bekommen die CNs, die ein sehr junges und zugängliches Team sind, leichter Zugang und Informationen.“ (IP7)

2.4.4 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein* wurden sowohl im Community Nurse-Fragebogen als auch im Zielgruppenfragebogen mit jeweils 16 Items erhoben (CN-FB: n=228; ZG-FB: n=631 bis 667). Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 und Abbildung 10 grafisch dargestellt, die dazugehörigen Tabelle 75 und Tabelle 76 finden sich in Anhang 1.

Die befragten Community Nurses (97,4 %) und die befragte Zielgruppe (91,9 %) stimmen (eher) zu, dass die Klient:innen bzw. sie selbst besser **über Leistungen/Angebote im Gesundheits- und Pflegesystem informiert** sind. Auch der Aussage, dass die Klient:innen bzw. sie selbst besser wissen, **an wen sie sich bei Pflegebedürftigkeit wenden** können, um Hilfe zu bekommen, stimmen 96,1 % der befragten Community Nurses und 96,1 % der befragten Zielgruppe (eher) zu. Einem größeren Bewusstsein (aufseiten der Klient:innen) für den **eigenen Anteil an einem guten Gesundheitszustand** stimmen 86,8 % der befragten Community Nurses und 93,1 % der befragten Zielgruppe (eher) zu. Einer Erhöhung der **Selbstpflegefähigkeit** (aufseiten der Klient:innen) stimmen wiederum 89,5 % der befragten Community Nurses und 82,2 % der befragten Zielgruppe (eher) zu. Die befragten Community Nurses (89,0 %) und die befragte Zielgruppe (88,3 %) stimmen (eher) zu, dass es den Klient:innen bzw. ihnen selbst leichter fällt, **Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen** zu finden. Einer vermehrten **körperlichen Aktivität** (der Klient:innen) stimmen 78,5 % der befragten Community Nurses und 83,0 % der befragten Zielgruppe (eher) zu.

Etwas niedrigere Zustimmungswerte weisen zwei Items auf, die ein besseres Verständnis von Anweisungen oder Erklärungen aufgreifen. Der Aussage, dass die Klient:innen bzw. sie selbst Anweisungen von Ärzt:innen oder Apotheker:innen zur **Einnahme von Medikamenten** besser verstehen, stimmen 76,3 % der befragten Community Nurses und 64,1 % der befragten Zielgruppe (eher) zu, wobei bei

beiden Gruppen auch ein großer Anteil an „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben auffällt (15,4 % aufseiten der Community Nurses und 26,4 % aufseiten der Zielgruppe). Der Aussage, dass die Klient:innen bzw. sie selbst besser verstehen, was die **Gesundheitsdienstleister:innen (z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Hauskrankenpflege) sagen**, stimmen 73,7 % der befragten Community Nurses und 66,6 % der befragten Zielgruppe (eher) zu, wobei auch hier viele keine Aussage treffen konnten (18,0 % der Community Nurses und 24,9 % der Zielgruppe).

Bei einigen Items unterscheiden sich die Einschätzungen von Community Nurses und Zielgruppe deutlich. Obwohl sich beide Gruppen grundsätzlich einig sind, dass die Klient:innen bzw. sie selbst besser einschätzen können, was ihrer **Entspannung und Erholung** dient, stimmen hier die befragten Community Nurses mit 69,3 % (21,9 % ohne Aussage) deutlich zurückhaltender (eher) zu als die befragte Zielgruppe mit 86,5 %. Auch stimmen 74,6 % der befragten Community Nurses laut ihrer Einschätzung (eher) zu, dass die Klient:innen bewusster **wahrnehmen, wie sie sich fühlen** (18,4 % ohne Aussage), während die befragte Zielgruppe dies zu 85,5 % angibt. Ähnliches gilt für das aufmerksamere Achten auf **Veränderungen der Gesundheit**: Während 75,0 % der befragten Community Nurses (eher) zustimmen, dass die Klient:innen dies tun (17,5 % ohne Aussage), geben dies 83,9 % der befragten Zielgruppe an.

Es gibt aber auch Unterschiede in die entgegengesetzte Richtung: Der Aussage, dass die Klient:innen besser wissen, wo sie **Informationen über Verhaltensweisen** finden, die gut für ihr Wohlbefinden sind, stimmen 83,3 % der befragten Community Nurses (eher) zu. Gleichzeitig geben 71,8 % der befragten Zielgruppe an, darüber mehr zu wissen (21,2 % ohne Aussage). Die befragten Community Nurses stimmen zu 96,5 % (eher) zu, dass die Klient:innen besser wissen, wo sie **Hilfe für ihre gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen** finden können, während 86,7 % der befragten Zielgruppe (eher) zustimmt, dies besser zu wissen. Der Aussage, dass die Klient:innen besser wissen, wo sie **Informationen über Veranstaltungen** in ihrer Gemeinde/Region finden, stimmen 88,2 % der befragten Community Nurses (eher) zu und 79,8 % der befragten Zielgruppe geben dies an.

Bei zwei Items sind die Anteile an fehlender Zustimmung höher. Beim ersten Item stimmen die befragten Community Nurses und die befragte Zielgruppe zu 32,5 % bzw. 21,1 % (eher) nicht zu, dass es den Klient:innen bzw. ihnen selbst leichter fällt, **im Internet Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen** zu finden. Allerdings ist der Anteil an „Weiß nicht / Nicht zutreffend“-Angaben in beiden Gruppen mit 18,9 % bzw. 30,1 % hoch. Beim zweiten Item stimmen die befragten Community Nurses zu 10,1 % (eher) nicht zu, dass die Klient:innen besser einschätzen können, welche **Pflege und Betreuung für sie passend** ist, während 6,2 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zustimmen, dies besser einschätzen zu können (22,3 % ohne Aussage).

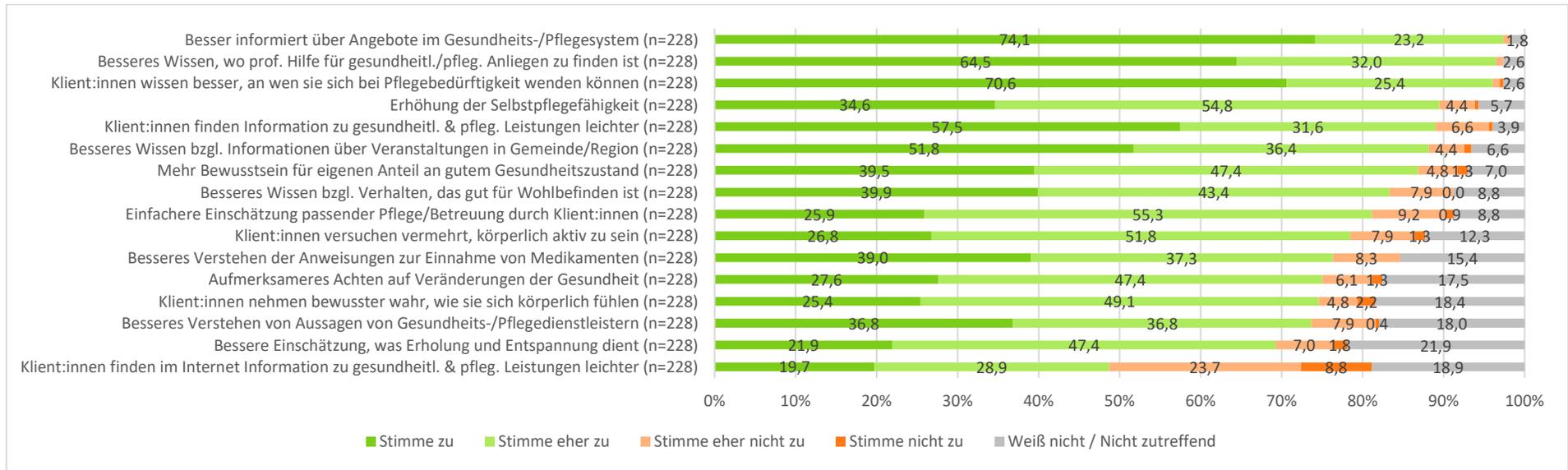


Abbildung 9: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Community Nurse-Fragebogen

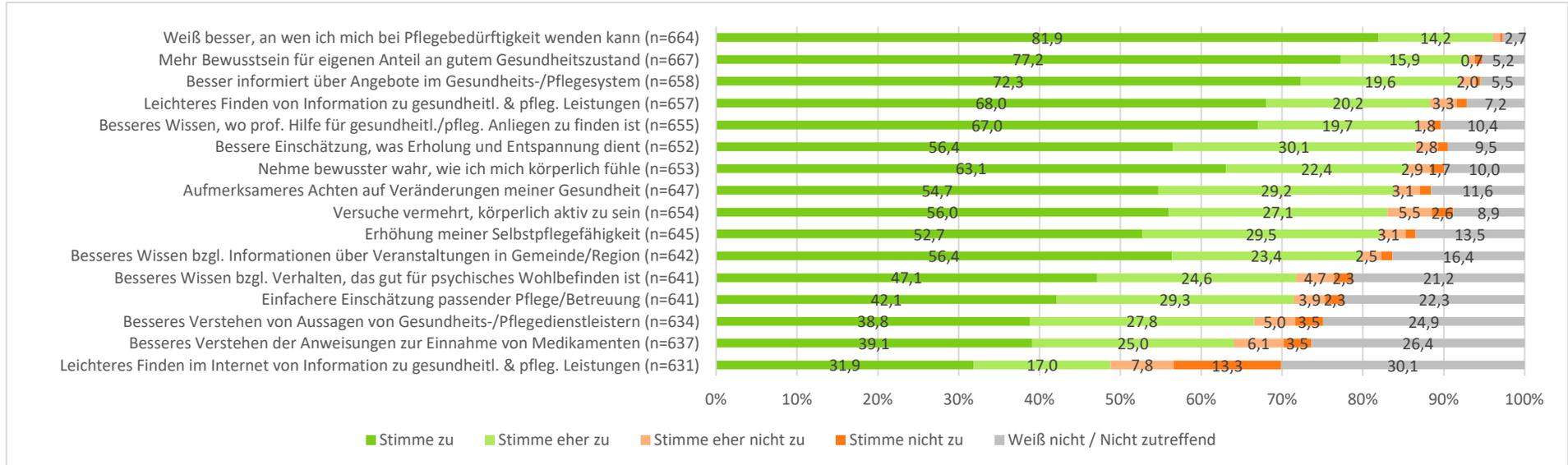


Abbildung 10: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Zielgruppen-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Wirkdimension *Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein*, die aus den 51 Falldarstellungen gewonnen und auf Basis der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 2.2.2) erstellt wurden, vorgestellt. Die zentralen Ergebnisse der Kategorienbildung werden in verstärkter Schrift hervorgehoben. Mit den angeführten Zitaten aus den Falldarstellungen werden diese zentralen Kategorien untermauert. In Bezug auf die Wirkdimension *Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein* wird in den Falldarstellungen, als Auswahl von Good-Practice-Fallkonstellationen begleitet durch die Community Nurses, eine eindeutig positive Veränderung beschrieben. In Zusammenhang mit der **allgemeinen Gesundheitskompetenz** wird ein erleichterter Umgang mit (chronischen) Erkrankungen geschildert, kombiniert mit einem Zugewinn an Wissen sowie dem Erkennen der Bedeutung von Vorsorge.

„Die Klientin nutzt die CN um Gesundheitsinformationen gezielt zu bewerten. Sie kann sinnvolle präventive Maßnahmen in Anspruch nehmen. Sie hat Neues gelernt, um mit ihren chronischen Erkrankungen besser umgehen zu können. Sie erkennt die Wichtigkeit der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeangeboten und nimmt daran teil.“ (F.2)

„Aufgrund des Wissenszuwachses über Gesundheit, Pflege und ressourcenorientiertes Arbeiten wurde die Pflegenden Angehörige Expertin für die Pflegesituation zuhause. Sie kennt die Risiken, Prophylaxen und Ressourcen ihres Gatten. Dadurch kann sie adäquat reagieren.“ (F.5)

Die **eigenverantwortliche Übernahme von Tätigkeiten, die eigene Gesundheit bzw. die Gesundheit der zu betreuenden Angehörigen betreffend** sowie der **kritische Umgang mit Gesundheitsinformationen** werden als weitere Stufen der allgemeinen Gesundheitskompetenz beobachtet, bedingt durch die Intervention der CN.

„Die allgemeine Gesundheitskompetenz hat sich verbessert, da Herr E. regelmäßig Beratung und Schulung durch die Fachkräfte erhält und selbst z.B. die Dispensierung der Medikamente übernimmt, er hat begonnen, Ordnung in seinen Unterlagen (Befunde) zu schaffen, um sich auszukennen.“ (F.24)

„Der Klient gibt an, dass er mehr Wissen über Gesundheit hat, bzw. sensibler mit den Themen und auch der Auswahl mit richtigen Gesundheitsinformationen umgehen kann.“ (F.48)

Die Analyse der Falldarstellungen zeigt auch eine positive Wirkung hinsichtlich der **kommunikativen Gesundheitskompetenz**. Klient:innen können durch die regelmäßige Interaktion mit der CN Ihre Bedürfnisse klarer zum Ausdruck bringen und damit ihren eigenen Behandlungsprozess aktiver mitgestalten. Auch die eigenen Grenzen in Bezug auf Therapien werden besprochen und können aktiv kommuniziert werden.

„Der betroffenen Person konnte durch die Biografiearbeit und durch das Einbeziehen der Angehörigen trotz Einschränkungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit eine Stimme im Behandlungsprozess gegeben werden.“ (F.1)

„Durch die Interventionen kann die Klientin eine aktive Rolle im Behandlungsprozess übernehmen. Sie kann die von Gesundheitsdienstleistern ihr gegenüber kommunizierten Informationen nunmehr für sie passend in ihre Wirklichkeit einordnen.“ (F.2)

„Ja, die kommunikative Gesundheitskompetenz von Frau H. hat sich verbessert. Obwohl sie Schwierigkeiten beim Texten von Nachrichten aufgrund ihrer eingeschränkten motorischen Fähigkeiten hat, ist ihre verbale Kommunikation uneingeschränkt möglich. Durch die regelmäßigen Gespräche mit der CN könnte Frau H. gelernt haben, effektiv über ihre Gesundheitsbedürfnisse und -wünsche zu kommunizieren. Sie sagt auch Bescheid, wenn die Therapie zu viel ist.“ (F.23)

Sehr deutlich zeigen sich auch positive Veränderungen in Bezug auf die **Navigationskompetenz im Gesundheitswesen**. Hier wird in den Falldarstellungen einerseits deutlich, dass sich Klient:innen besser im Gesundheitssystem zurechtfinden, verschiedene Anbieter:innen von Gesundheitsleistungen kennen und im Begleitprozess durch die CN auch einen guten Überblick über die Wege im Gesundheitssystem erworben haben.

Dennoch wird der CN weiterhin eine zentrale Rolle in Zusammenhang mit den Wegen im Gesundheitssystem zugeschrieben. Sie wird *„[...] als Anlaufstelle und Lotse wahrgenommen. Wissen über die Systeme (z.B. Pflegegeldprozess, Therapeut:innen etc.) wurde erworben, doch die zentrale Person blieb die CN.“ (F.26)*

Besonders in sehr schwierigen Situationen, in denen es nicht mehr möglich ist, noch Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, wird die CN als Unterstützung wahrgenommen.

„Für die Freundin der Klientin war es eine große Unterstützung, einen Lotsen durch den Dschungel der Unterstützungsmöglichkeiten und die Organisation dieser zu haben. Sie hat sich aber hier sehr zurück genommen, weil keine Ressourcen mehr für die Aufnahme von Informationen vorhanden waren. Sie weiß ob der Kompetenz der Community Nurse, hier Informationen diesbezüglich zu erhalten.“ (F.7)

Die CN übernimmt also in vielen Fällen die **Rolle der:des Navigatorin:Navigator**s durch das Gesundheitssystem. Informationen werden zum Teil selbstständig eingeholt, die Reflexion der Informationen mit der CN bleibt jedoch bedeutend.

„Ja, sie ruft bei allen möglichen Fragen hierzu an. Erzählt was sie herausgefunden hat, und lässt sich von der CN ihre Navigation bestätigen bzw. holt sich Empfehlungen ein. Z.B. wollte sie einen Wechsel des Facharztes vornehmen, und hat das mehrfach mit der CN besprochen, um Bestätigung einzuholen, ob das in Ordnung ist.“ (F.43)

In Bezug auf die **digitale Gesundheitskompetenz** wurde in einigen Fällen eine Verbesserung beschrieben. Dies betrifft beispielsweise das Kontaktaufnehmen mit der CN über Messaging-Dienste, die Unterstützung im Umgang mit dem Telefon, das Senden von Vital-Parametern an die CN, die Teilnahme an Online-Kursen oder zum Stellen von Anträgen, wie nachfolgendes Beispiel verdeutlicht:

„Ja, die digitale Gesundheitskompetenz von Frau H. hat sich verbessert, obwohl sie aufgrund ihrer eingeschränkten motorischen Fähigkeiten Schwierigkeiten beim Texten von Nachrichten hat. Sie organisiert sich gesundheitliche Themen/Anträge etc. über Austria ID bei der Versicherung.“ (F.23)

Der Großteil der Schilderungen in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz der Klient:innen zeigt jedoch keine Veränderungen durch die Interventionen der CNs. Begründet wird dies einerseits dadurch, dass sich die Klient:innen bereits bei der Fallaufnahme als digital sehr kompetent zeigen oder andererseits digitale Kompetenzen gar kein Thema waren, da keine Notwendigkeit, kein Interesse oder

kein Zugang zu technologiebasierter Kommunikation bestand. Zum Teil gaben die CNs auch an, die Veränderungen in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz nicht beurteilen zu können.

In Bezug auf das **Gesundheitsbewusstsein** wurden hauptsächlich positive Veränderung durch die CN-Interventionen beschreiben.

„Die Beratung und Unterstützung durch die CN konnte dazu führen, dass Frau H. ihre Einstellungen und Überzeugungen bezüglich Gesundheit und Selbstpflege positiv verändert hat. Sie nimmt bezogen auf ihre Herausforderungen immer öfters eine positive Perspektive ein, die Verzweiflung /Aussagen der Verzweiflung konnten minimiert werden.“ (F.23)

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Die Bürgermeister:innen berichten, dass die CNs eine wichtige Säule hinsichtlich der **Orientierung im Gesundheitswesen** sind. Vor allem die Unterstützung unter anderem bei Antragsstellungen, Förderungen und Vermittlungen wird sehr geschätzt und stellt eine große Erleichterung für die Bevölkerung dar.

„Weil viele kommen und sagen, ich habe gar nicht gewusst, was ich mit so Kleinigkeiten zuhause tun kann, damit ich meine Oma, Mama, meinen Papa bei mir zuhause lassen kann. Ich hab gar nicht gewusst, dass es diese Förderungen gibt, dass es diese Hilfestellungen gibt. Und da ist jetzt etwas passiert, das hat es in dieser Form 60 Jahre lang nicht gegeben in der Gemeinde, dass wir eine Anlaufstelle haben, die so genutzt wird. Und egal was da jetzt kommt, ich werde das weiter betreiben.“ (IP6)

„Orientierung im Gesundheitswesen ist ein Riesenthema, also die Unterstützung von Angehörigen sich in dem Gesundheitswesen zurecht zu finden. Wen rufe ich an, was kann ich tun, wie geht das?“ (IP7)

2.4.5 Handlungsfeld Community Nursing

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Handlungsfeld Community Nursing* wurden im Community Nurse-Fragebogen mit 17 Items erhoben (n=228), im Zielgruppenfragebogen war diese Wirkdimension nicht abgebildet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 11 grafisch dargestellt, die dazugehörige Tabelle 77 findet sich in Anhang 1.

Die befragten Community Nurses stimmen zu 99,1 % (eher) zu, im Tätigkeitsfeld CN viel **Positives für die Gesundheit der Klient:innen** bewirken zu können. Sie stimmen zu 98,2 % (eher) zu, stark **eigenverantwortlich und unabhängig arbeiten** zu können. Darüber hinaus stimmen sie zu 98,2 % (eher) zu, durch das Tätigkeitsfeld CN **viel Neues** in ihrem Berufsfeld lernen zu können. Auch einer **Erhöhung der Arbeitszufriedenheit durch die interprofessionelle Zusammenarbeit** stimmen die befragten Community Nurses zu 95,6 % (eher) zu. Der Aussage, dass das Tätigkeitsfeld CN die **Attraktivität des Berufsbildes** der Gesundheits- und Krankenpflege steigert (94,7 %) wird ebenso (eher) zugestimmt wie der Aussage, dass dadurch ein **längerer Verbleib im Berufsfeld** der Gesundheits- und Krankenpflege möglich wird (94,7 %). Ebenso wird von den befragten Community Nurses zu 91,2 % (eher) zugestimmt, sich vorstellen zu können, **weiterhin als Community Nurse tätig** zu sein.

(Eher) zugestimmt wird auch den Aussagen, dass die Tätigkeit als Community Nurse **weniger körperlich anstrengend** ist als die frühere Tätigkeit (88,6 %) und das Tätigkeitsfeld CN die Umsetzung der umfassenden **pflegerischen Kompetenzen laut GuKG** ermöglicht (87,7 %). Weiters, dass es durch die **interprofessionelle Zusammenarbeit** möglich wird, der **Tätigkeit als Community Nurse langfristig nachzugehen** (86,8 %) und dass die Tätigkeit als Community Nurse **abwechslungsreicher** ist als die frühere Tätigkeit (82,9 %). Schließlich stimmen die befragten Community Nurses zu 81,1 % (eher) zu, dass alle an der Versorgung der Klient:innen beteiligten **Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen** ihren jeweiligen **Verantwortungsbereich** in der Versorgung **kennen**.

Bei einigen Aspekten ist auch hier der Anteil fehlender Zustimmung höher. So stimmen 49,6 % (eher) nicht zu, dass sie durch ihre Grundausbildung als DGKP gut **auf die Tätigkeit als Community Nurse vorbereitet** wurden. Auch einer guten **Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit** durch die Grundausbildung zur DGKP wird (eher) nicht zugestimmt (28,9 %). Der Aussage, dass alle an der Versorgung von Klient:innen beteiligten **Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen den Verantwortungsbereich der anderen** Gesundheitsdienstleister:innen kennen, wird zu 26,8 % (eher) nicht zugestimmt. Auch der Aussage, dass die jeweiligen **Verantwortungsbereiche** der Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen in der Versorgung **von allen respektiert** werden, wird zu 18,4 % (eher) nicht zugestimmt. Schließlich stimmen die befragten Community Nurses zu 18,0 % (eher) nicht zu, für ihre Tätigkeit wichtige **klient:innenbezogene Informationen** von den anderen Berufsgruppen zeitnah zu erhalten.

Im Rahmen der quantitativen Fragebogenerhebung hatten die Community Nurses auch die Möglichkeit, in Form von Freitextantworten ihre Überlegungen zu folgenden Fragestellungen zu nennen:

- „Welche Ausbildungen, Bildungsmaßnahmen und Vernetzungsaktivitäten der GÖG haben sich als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen?“
- „Welche weiterführenden Ausbildungen, Bildungsmaßnahmen und Vernetzungsaktivitäten im Rahmen Ihrer Community Nurse-Tätigkeit haben sich als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen?“
- „Welches zusätzliche Ausbildungs- und Weiterbildungsangebot wäre aus Ihrer Sicht hilfreich gewesen?“

In Zusammenhang mit den **hilfreichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Vernetzungsaktivitäten der GÖG** wurden von den Community Nurses am häufigsten die Webinare (26,6 % der Nennungen), die Vernetzungstreffen (23,6 % der Nennungen), themenspezifische Weiterbildungen (17,4 % der Nennungen) und die CN Sprechstunde (10,5 % der Nennungen) genannt. Thematisch wurden am häufigsten Weiterbildungen zu psychiatrischen Erkrankungen (20,8 % der Nennungen), psychosozialen Themen allgemein, dem Umgang mit Demenz sowie der Gesundheitsförderung (jeweils 13,2 % der Nennungen) als hilfreich genannt.

Kritikpunkte am Weiterbildungsangebot der GÖG waren einerseits inhaltlicher Natur (64,4 % der Nennungen), wie etwa, dass diese thematisch wenig hilfreich, zu grundlegend oder fern von der Praxis waren. Andererseits wurde auch der Wunsch nach weiteren Schulungen zu spezifischen Themen geäußert (15,6 % der Nennungen). Es wurde angemerkt, dass die Weiterbildungsmaßnahmen zu spät angeboten wurden (13,6 % der Nennungen). In Bezug auf die **Begleitung durch die GÖG** wurden neben der Kritik am Weiterbildungsangebot (68,2 % der Nennungen) auch fehlende Rahmenbedingungen

und Strukturen (16,7 % der Nennungen) sowie das Gefühl des Alleingelassenseins (10,6 %) als wenig hilfreich genannt.

Die am häufigsten genannten **hilfreichen Fort- und Weiterbildungen**, die von den CNs **zusätzlich zum Angebot der GÖG** absolviert wurden, waren Weiterbildungen zu den Themen Pflegegeld und Pflegeleistungen (13,5 % der Nennungen), Case- und Caremanagement (11,8 % der Nennungen) sowie Prävention und Gesundheitsförderung (9,4 % der Nennungen). **Weiterführende Ausbildungen**, die von den CNs am häufigsten als hilfreich genannt wurden, sind Advanced Nursing Practice, Advanced Nursing Counseling, Advanced Nursing Education (50,0 % der Nennungen), das Upgrade zum Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflege, Soziale Arbeit sowie Public Health (jeweils 10,0 % der Nennungen). Die Nennungen in Bezug auf **hilfreiche weiterführende Vernetzungsaktivitäten** befassen sich zum Großteil mit der eigenständigen Vernetzung unter den CNs (54,1 % der Nennungen), der Vernetzung mit regionalen Gesundheitsanbieter:innen (29,7 % der Nennungen) sowie den Vernetzungsaktivitäten in der Gemeinde bzw. dem Bezirk (12,2 % der Nennungen). Als wenig hilfreich wurde hingegen beschrieben, wenn die Vernetzung, z.B. mit der Ärzt:innenschaft oder Vereinen, noch nicht so gut funktioniert.

Die am häufigsten genannten **Fort- und Weiterbildungsangebote, die aus Sicht der CNs zusätzlich noch hilfreich gewesen wären**, sind Case- und Caremanagement (14,8 % der Nennungen), Kommunikation, Konfliktmanagement und Beratung (11,6 % der Nennungen) sowie Marketing und Öffentlichkeitsarbeit (9,7 % der Nennungen). Als **Ausbildungen, die zusätzlich noch hilfreich gewesen wären**, identifizierten die Community Nurses vorrangig Community Health Nursing (35,9 % der Nennungen), Soziale Arbeit (25,6 % der Nennungen) sowie Advanced Nursing Practice und Public Health (jeweils 12,8 % der Nennungen).

Die detaillierten Ergebnisse zu den Freitextantworten in Zusammenhang mit den hilfreichen bzw. weniger hilfreichen Fort- und Weiterbildungsangeboten, Ausbildungen sowie Vernetzungsaktivitäten im Rahmen des Community Nurse-Fragebogens sind in Anhang 1 in Tabelle 78 bis Tabelle 86 mit der Anzahl der Nennungen sowie deren prozentueller Verteilung aufgelistet.

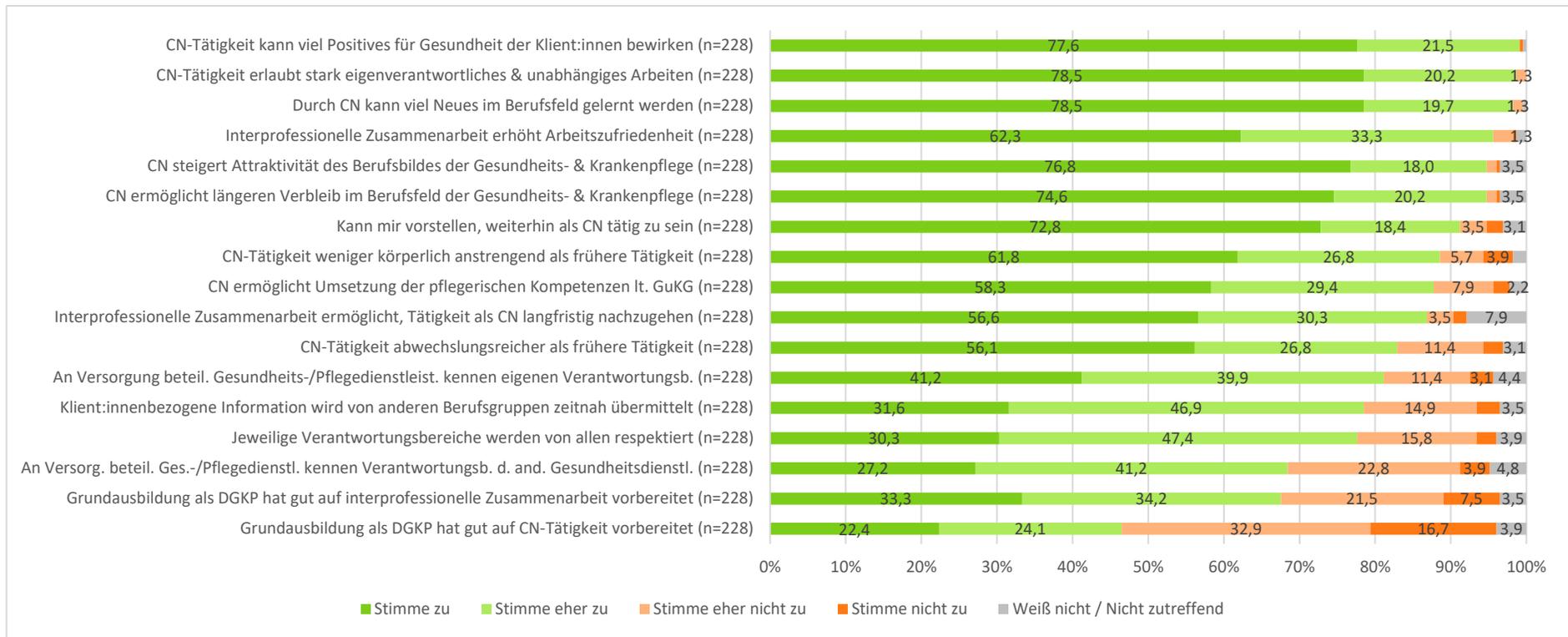


Abbildung 11: Wirkdimension „Handlungsfeld Community Nursing“, Community Nurse-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Wirkdimension *Handlungsfeld Community Nursing*, die aus den 51 Falldarstellungen auf Basis einer deduktiven Kategorienanwendung (siehe Kapitel 2.2.2) gewonnen wurden, dargestellt. Die zentralen Kategorien werden wieder in verstärkter Schrift hervorgehoben und mit Zitaten aus den Falldarstellungen untermauert.

In den Good-Practice-Falldarstellungen zeigte die qualitative, deduktive Analyse der Outcomes dieser Wirkdimension, dass sich bereits ein **einheitliches Verständnis der Rolle der CN in der Region und auf allen Ebenen** entfalten konnte. Auch die Bezeichnung und Benennung der Funktion wurde thematisiert. In den Falldarstellungen wurde deutlich, dass in diesen Good-Practice-Beispielen, die von den CNs gesetzten Interventionen über das für die Pilotierung in Österreich definierte Aufgaben- und Rollenprofil hinausgehen. Daher wurde für die Analyse eine Orientierung an den Interventionsebenen des PHIW gewählt, um Handlungsempfehlungen für die zukünftige Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils für den österreichischen Kontext ableiten zu können.

In der **Identifikation von Fallsituationen**, zeigte sich in der Verschiedenheit der Anlässe der Kontaktaufnahme, dass die CN sich nachhaltig als **Ansprechperson für alle gesundheitlichen, sozialen sowie pflegerischen und häufig auch medizinischen Belange in der Region etabliert hat** (siehe auch Kapitel 2.2.2).

„Die Klientin nimmt die CN als Single-Point-of-Contact im Gesundheitswesen wahr und kontaktiert sie für alle Belange.“ (F.3)

„CN wird als Anlaufstelle und Lotse wahrgenommen – Wissen über Systeme (z.B. Pflegegeldprozess, Therapeut:innen) wurde erworben, doch die zentrale Person blieb die CN.“ (F.26)

Fanden weiterführende Kontakte seitens der CN statt, wurde in den hier vorliegenden Daten eine umfassende **Ermittlung von Symptomen und Risikofaktoren hinsichtlich Erkrankung und sonstigen gesundheitsgefährdenden oder -fördernden Faktoren** durchgeführt und daraus **der Bedarf abgeleitet**. Die Auswertung dieser Daten zeigt, dass für die Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils der Bedarf einer Vertiefung von Kompetenzen in der systematischen und strukturierten Rollenausübung sichtbar wird, um das Tätigkeitsprofil von Community Nursing auf Ebene Individuum / Familie, Community / Gemeinde und System sowie ihren Verschränkungen zu schärfen. Teilweise werden systematische Assessments, die für die Ausführung des Berufs DGKP obligatorisch sind (z.B. „Anamnese über mehrere Wochen hinweg: Basisassessment, Advanced Assessment, [...], Frailty Index, [...], MMSE (Mini-Mental Status-Test), SF-36 (Short Form- 36 Health Survey) [...]“ (F.3)), bereits eingesetzt, häufig wird aber auch unsystematisch vorgegangen:

„Als Assessment wird die Pinnwand im Büro verwendet – hier werden Bedarfe und Ressourcen von Bürger:innen gegenübergestellt [...]; Erstkontakt im Präsenzspot, narrative Dokumentation, Informationen werden selektiert und geordnet.“ (F.9)

Die **Überwachung und Kontrolle gesundheitsgefährdender und gesundheitsfördernder Prozesse auf individueller und auch auf familiärer Ebene** mit der **Gewährleistung einer kontinuierlichen Begleitung** hat sich im Rollenverständnis der CN etabliert und wurde sowohl auf Ebene des Individuums, als auch auf familiärer Ebene als solche wahrgenommen.

„Gesundheitsrisiken (Sturzgefahr, Gefahr der Austrocknung, Aspirationsgefahr, Dekubitusgefahr, Schmerzen bei fehlender verbaler Kommunikation) konnten bei den wiederholten

Besuchen durch die CN identifiziert werden und inkl. Präventionsmaßnahmen an die Familie kommuniziert werden, Bewusstseinsgenerierung konnte erreicht werden, Beobachtungen fanden statt.“ (F.1)

Durch das **soziale Engagement** und **dem Schaffen von sozialräumlicher Nähe** konnte diese Rolle auch über die Familie hinaus, auf Gemeindeebene etabliert werden.

„Soziale Kontakte und Hobbys werden wieder mindestens dreimal die Woche wahrgenommen. Eventuell entsteht ein Bürgerprojekt, wo Hr. K. mit seinem Gärtnerwissen viel dazu beitragen kann.“ (F.8)

Die Fallsituationen zeigten ebenso **Interventionen im Sinne des Casemanagements** sowie der **Weitervermittlung und Nachbetreuung** und auch **Delegationsfunktionen** in der Zusammenarbeit mit ärztlichen Berufen. Diese Delegationsfunktionen beziehen sich dabei auf die jeweiligen gesetzlichen Gegebenheiten, die in Österreich im GuKG abgebildet sind (z.B. im Rahmen der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie §15 muss eine Delegation bei ärztlichen Berufen eingeholt werden). Im Anhang 1 sind beispielhaft ausführlichere Auszüge dargestellt (siehe Fall 5 und 24). Im nachfolgenden Zitat konnte ein Verständnis der Rolle der CN auf allen Ebenen in der Fallsituation aufgezeigt und etabliert werden.

„Anruf der Klientin/Tochter: Klientin Covid positiv, Fallbesprechung mit Hausärztin, Bitte um Hausbesuch und Ordern der Medikamente, Sohn wird Mutter versorgen, Essen auf Rädern wird geliefert, [...] Organisation von Inkomaterial [Inkontinenzversorgung], Telefonat mit Klientin [...] Evaluierungsanruf: Klientin am Weg der Besserung, fühle sich deutlich wohler.“ (F.17)

Die Bedeutung der Rolle der CN im Rahmen von **Interventionen der Familien- und Patient:innenedukation** sowie die Gewährleistung einer **kontinuierlichen psychosozialen Betreuung von Individuum und Familie**, konnte systemübergreifend in den vorliegenden Daten des Projektzeitraums identifiziert werden. Dabei erwies sich der **Beziehungs- und Vertrauensaufbau** als wesentliches Element der Wirksamkeit und des Aufgaben- und Rollenprofils.

„Klient wird aus Krankenhaus entlassen, im Allgemeinzustand reduziert [...] Gatte erwartet, dass Gattin die Pflege übernimmt [...]; Fr. F äußert Hilflosigkeit, sie würde bevorstehende Aufgabe nicht schaffen, möchte geschult werden. Gemeinsam werden praktische Edukationen zu den Themen Mobilisation, Körperpflege, Stoma Versorgung durchgeführt [...]; regelmäßige Follow Up Besuche, um Fr. F die Möglichkeit für Fragen zu bieten [...] und für Entlastungsgespräche.“ (F.33)

Die **Koordination, Kooperation und Organisation von Unterstützungsleistungen** sowie die **Vernetzung, Organisation von Gemeinschaften** und die **Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen** wurden in diesen Good-Practice-Beispielen im Verständnis der CN als eine der wesentlichsten Rollen auf allen Ebenen, bei entsprechenden bedingenden Faktoren, sichtbar. Die Koordination, die Fallführung blieb bei der CN.

„Es wurde eine rasche Kontaktaufnahme zur Sozialberatungsstelle und Hausärztin durchgeführt. Die CN koordinierte die Fallführung und war Schnittstelle für alle beteiligten Stellen (Freundin, freiberufliche Pflege, Mobile Pflege und Betreuung, Sozialberatungsstelle, Hausärztin, Vertretungsnetz, Bezirksgericht, Erwachsenenvertretung, Entrümpelungsfirma, 24hBetreuungsagentur).“ (F.7)

Auch die Rolle der **Anwaltschaft für gesundheitliche Belange** trat in der Analyse der Fallsituationen auf individueller, familiärer und der Ebene der Gemeinde hervor.

„Durch das Monitoring der CN konnte bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes zeitgerecht ein Pflegegeld Erhöhungsantrag gestellt werden [...]; die Gemeindeverwaltung wurde auf die für die Familie finanziell aufwendig Situation aufmerksam. Durch das Vorschlagsrecht der CN bei der Vergabe von Sozialmitteln konnte eine kleine finanzielle Unterstützung für die Familie erreicht werden.“ (F.1)

Diese Ergebnisse der deduktiven Auswertung auf Basis des PHIW zeigen, dass die in den ausgewählten Falldarstellungen analysierten Interventionen der CNs bereits während der Pilotierung über das bestehende Aufgaben- und Rollenprofil hinausgehen und die Interventionen der Community Nurses vielfältige Bereiche – unter jeweils spezifischen bedingenden Faktoren – umfassen. Das PHIW erschien hier als geeignetes idealtypisches Analyseinstrument um in weiterer Folge bestehende Entwicklungspotentiale des Aufgaben- und Rollenprofils – angepasst an österreichische Verhältnisse – abzuleiten.

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Seitens der Bürgermeister:innen wurde anfangs der sperrige englische Begriff kritisiert. In vielen Gemeinden haben sich eigene Begrifflichkeiten eingebürgert wie „Gemeindeengel“ (IP6). Manche reden von „ihren Nurses“ (IP 2), oder haben einen anderen Begriff gewählt wie Gesundheitspflege (IP1).

„Ich glaube ja, dass Namen nicht ganz so ohne sind, weil sie eine erste Vorstellung erwecken, was jemand macht. Die Berufsbezeichnung Kranfahrer ist klar, der fährt mit einem Kran. Jetzt als Berufsbezeichnung Nurse, das umfasst schon wahnsinnig viel, also auch was überhaupt nicht betroffen ist. Die stehen in keinem OP drin und sind auch nicht unbedingt selber handwerklich tätig, sondern es ist eher eine beratende Funktion und das kommt meiner Meinung nach bei dem Begriff nicht zum Ausdruck.“ (IP5)

„Die Vorstellung generell war eine völlig andere. Die Menschen haben geglaubt, da gibt es jetzt eine Pflegeperson die Pflegeleistungen anbietet, das war die Vorstellung der Bürger:innen. Kann sie mir den Blutzucker, den Verband machen? Kann ich da anrufen, weil ich keinen für die Körperpflege meiner Mama habe? Machen die Bewegungstherapie?“ (IP3)

Aus Sicht der Bürgermeister:innen leisten CNs vorrangig **vorgelagerte Pflege mit Fokus auf Prävention und Beratung**. Im Sinne der Bedürfnisse der Bevölkerung wäre für sie jedoch in weiterer Folge eine Aufgabenerweiterung wünschenswert.

„Es gibt Konzepte, die das ermöglichen, das braucht auch Vertrauen zwischen Medizin und Pflege und das muss telefonisch oder digital funktionieren, dass gesagt wird: einen kleinen Verbandswechsel, weil die Hauskrankenpflege kann auch nicht springen. Über solche Dinge muss man nachdenken. Aber nicht primär, denn wichtig ist die Gesundheitsversorgung, wichtig ist für die Menschen da zu sein. Wir haben ein tolles Gesundheitssystem, das möchte ich unterstreichen, aber wir wissen alle nicht wo wir hingehen müssen, wenn wo eine Not ist und dass das Vorlaufzeit braucht.“ (IP3)

„Da weiß man jetzt, dass das nicht die Hauskrankenpflege ist, sondern dass die für vieles zuständig sind, auch Tätigkeiten der Hauskrankenpflege schnell mitmachen, aber präventiv, beratend und was Anträge betrifft ganz stark sind. Ja und sie erkennen aufgrund ihrer Ausbildung auch, wenn es jemandem nicht gut geht und können dann jemanden verständigen.“ (IP6)

Als wesentlich für die Arbeit und für den Erfolg der CNs wird seitens der Bürgermeister:innen **Präsenz, Engagement und auch die Ausbildung** angesehen.

„Man muss präsent sein und Community Nursing funktioniert nur, wenn die Nurses das wirklich wollen und es die richtigen Personen sind, das ist die Basis. Wenn die Gemeinde ausschreibt und Nurses sucht und da melden sich welche, die sich ins Kammerl setzen und warten bis wer anruft, dann wird das nicht funktionieren. Die müssen ständig aktiv, unterwegs sei, bei Veranstaltungen in der Gemeinde sein, selber Veranstaltungen machen.“ (IP2)

„Die Ausbildung ist immer das Wesen für das, was jemand zu leisten vermag und kann. Weil auch ein Tischler, der lernt ja nicht umsonst 3 Jahre seinen Beruf oder Arzt, der 5 Jahre studiert. Genauso ist es ja auch bei unseren CNs, die haben ja eine Ausbildung.“ (IP6)

Community Nursing ist aus der Perspektive der Bürgermeister:innen ein **interessantes Handlungsfeld für DGKP und sensibilisiert das öffentliche Bewusstsein**. Es werden in den **Interviews interprofessionelle Netzwerke und interdisziplinäre Teams** rund um Community Nursing angesprochen, die aus Sicht der Befragten einen Mehrwert darstellen würden. Dies ist auch im Handlungsfeld Community Nursing als solches vorgesehen.

„Alleine, dass man eine CN hat, was macht die genau? Das macht schon etwas mit dem öffentlichen Bewusstsein.“ (IP7)

„Derzeit nur Diplomierte als CNs, um den Bedürfnissen der Bevölkerung noch besser gerecht zu werden, bräuchte es meiner Meinung nach eine Aufweichung, dass da auch Sozialarbeiter:innen [...] das würde auch die Bedenken/Eifersucht im Akut- und Langzeitbereich etwas reduzieren, dass man ihnen Personal nimmt. Und interdisziplinäre Teams sind immer gut, ist meine Erfahrung [...] was ich mir wünschen würde, wie im Kindergarten: nicht nur Elementarpädagog:innen, sondern auch Logopäd:innen, Sozialarbeiter:innen.“ (IP4)

2.4.6 Soziales und regionales Leben

Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung:

Die Wirkungen der Dimension *Soziales und regionales Leben* wurden sowohl im Community Nurse-Fragebogen als auch im Zielgruppenfragebogen mit jeweils 6 Items erhoben (CN-FB: n=228; ZG-FB: n=617 bis 654). Die Ergebnisse sind in Abbildung 12 und Abbildung 13 grafisch dargestellt, die dazugehörigen Tabellen (Tabelle 87 und Tabelle 88) finden sich in Anhang 1.

Die befragten Community Nurses (96,1 %) und die befragte Zielgruppe (89,1 %) stimmen (eher) zu, dass die Klient:innen bzw. sie selbst mehr **Zugang zu Informationen** haben, die sie für das tägliche Leben brauchen. Auch stimmen beide (eher) zu, dass die Klient:innen bzw. sie selbst wissen, **an wen**

sie sich **im persönlichen Umfeld wenden** können, wenn sie Probleme haben oder Hilfe brauchen (95,2 % der Community Nurses und 93,7 % der Zielgruppe). Weiters stimmen 76,3 % der befragten Community Nurses (eher) zu, dass die Klient:innen **mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen (z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Hauskrankenpflege) in der Gemeinde/Region zufrieden** sind, 78,9 % der befragten Zielgruppe bekunden dieselbe Meinung. Ähnlich verhält es sich mit der Aussage zur allgemeinen **Zufriedenheit mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung**: 75,0 % der befragten Community Nurses stimmen (eher) zu, dass die Klient:innen mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung allgemein zufriedener sind, 75,2 % der befragten Zielgruppe geben dies auch an.

Auch in dieser Wirkdimension – wiederum bei insgesamt hohen Zustimmungswerten – wurde bei zwei Items eher weniger zugestimmt: Sowohl die befragten Community Nurses (16,2 %) als auch die befragte Zielgruppe (14,7 %) stimmen (eher) nicht zu, dass die Klient:innen bzw. sie selbst mehr **Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten** haben (28,7 % der Zielgruppe konnten hier keine Aussage treffen). Darüber hinaus stimmen 14,7 % der befragten Community Nurses und 6,7 % der befragten Zielgruppe (eher) nicht zu, dass der **soziale Zusammenhalt** in der Region **gestärkt** wird, z.B. durch ehrenamtliche Tätigkeiten oder Nachbarschaftshilfe (32,7 % der Zielgruppe konnten hier keine Aussage treffen).

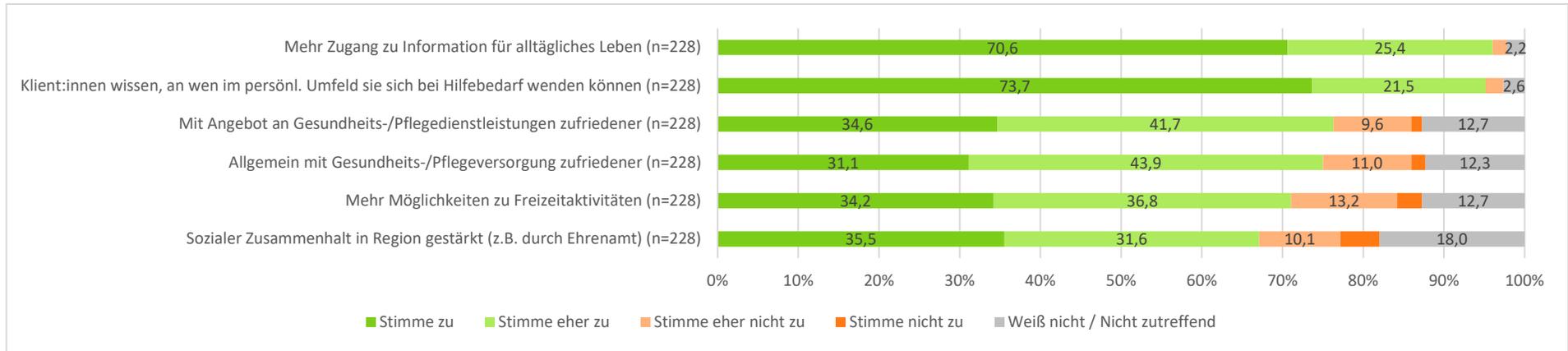


Abbildung 12: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Community Nurse-Fragebogen

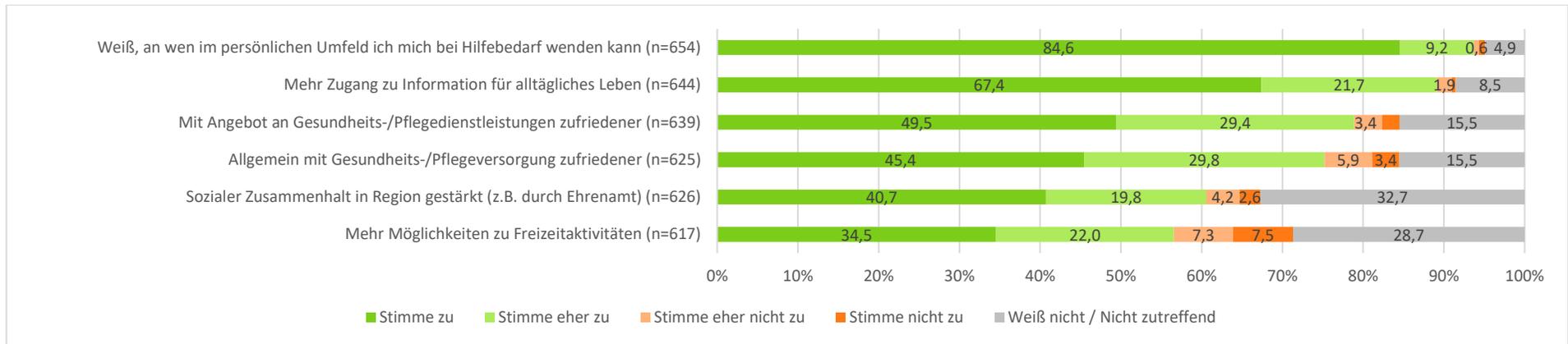


Abbildung 13: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Zielgruppen-Fragebogen

Ergebnisse der Falldarstellungen:

Nachfolgend werden die Kategorien zur Wirkdimension *Soziales und regionales Leben*, die auf Basis der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 2.2.22.2) aus den 51 Falldarstellungen gewonnen wurden, vorgestellt. Die zentralen Ergebnisse im Rahmen der Kategorienbildung werden wiederum in verstärkter Schrift hervorgehoben. Mit den angeführten Zitaten aus den Falldarstellungen werden diese zentralen Kategorien untermauert.

In Bezug auf die soziale Einbettung und die Stärkung des sozialen Zusammenhalts in der Gemeinde zeigen sich in den Falldarstellungen auf der Basis von Good-Practice-Beispielen aus der Praxis der CNs, vielfältige, überwiegend positive Veränderungen. Diese stehen in engem Zusammenhang mit der Wirkdimension *Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden* und hier vor allem mit dem Erleben von Einsamkeit bzw. den Veränderungen durch die Interventionen des Community Nursing (siehe dazu Kapitel 2.4.2).

Eine **Teilnahme an zielgruppenspezifischen Angeboten** in der Gemeinde bzw. in einer Einrichtung wurde am häufigsten im Zusammenhang mit Veränderungen der sozialen Teilhabe der Klient:innen geschildert. Genannt wurden hier gesellschaftliche Treffen, Vorträge, Angebote im betreuten Wohnen, Sprachkurse, Senior:innentreffen und Ähnliches. Diese Teilnahmen stehen in enger Verbindung mit Community Nursing: Einerseits wurden durch die Interventionen erst wieder die Voraussetzungen für Ausflüge und Unternehmungen geschaffen (z.B. durch Förderung der Mobilität, Besserung der Schmerzsituation, Verbesserung der Versorgungssituation und damit gewonnene Zeitressourcen etc.); andererseits war die CN vielfach in die Organisation zielgruppenspezifischer Angebote involviert bzw. wurden diese von der CN ausgehend organisiert. Die **Veranstaltungen der CN ermöglichen soziale Teilhabe**. Hierzu zählen z.B. der Stammtisch für pflegende Angehörige, Erzählcafés, Workshops zu vielfältigen Themen/Schwerpunkten, Bürger:innen-Projekte zum Wissenstransfer zwischen den Generationen, ‚Geben und Nehmen‘-Markt, Community-Plauder-Café, Gesundheitstage etc.

*„Herr M. ist wieder in der Lage auf Veranstaltungen zu gehen, ohne unter Druck zu stehen.“
(F.9)*

„Soziale Kontakte und Hobbys werden wieder mindestens einmal die Woche wahrgenommen. In einem Bürgerprojekt wird Frau B. mit ihren Schneiderkenntnissen viel beitragen.“ (F.11)

„Frau H. könnte durch die Beratung und Unterstützung der CN dazu ermutigt werden, an weiteren gesundheitsfördernden Aktivitäten teilzunehmen (z.B.: Konzertbesuche).“ (F.23)

Der Bezug zu den Mitmenschen, der Austausch und die regelmäßigen Treffen sowie die regelmäßige Ansprache durch Unterstützungsangebote, werden in den Falldarstellungen mit einer **Reduktion von Einsamkeit und sozialer Isolation** in Zusammenhang gebracht. Damit einher geht ein Zugewinn an Gesundheit und neuem Lebensmut bei den Klient:innen.

„Die CN Angebote - Senior:innen Café und ‚Gemma a Runde‘ konnten bei Herrn O., zur körperlichen und seelischen Gesundheitsförderung beitragen.“ (F.50)

„Hier war es wichtig Herrn M. aus der Isolation zu holen und gegen die Einsamkeit etwas zu unternehmen. Gespräche waren wie Balsam für die Seele.“ (F.9)

In 17 Falldarstellungen wurden jedoch **keine Veränderungen in Bezug auf die soziale Einbindung in der Region** beschrieben. Hierfür werden verschiedene Gründe genannt, z.B. ist es aufgrund des Gesundheitszustandes zum Teil nicht möglich an Aktivitäten in der Region teilzunehmen.

„Der zu Pflegende ist nicht mehr in die Region eingebunden, kann an keinen sozialen Aktivitäten außerhalb der eigenen vier Wände teilnehmen. Hier herrscht aufgrund des vorliegenden Gesundheitszustandes soziale Isolation.“ (F.5)

Zudem besteht von Seiten der Klient:innen teilweise kein Interesse bzw. kein Wunsch nach sozialer Einbindung in der Region. In einigen Fällen wurde zwar bereits eine Einladung zu den Treffpunkten ausgesprochen, jedoch bisher noch keine Teilnahme der Klient:innen erzielt.

„Wegen des reduzierten Zustands des Gatten hat sich in diesem Bereich nichts verändert. Die Gattin zeigt aber Gefallen am Projekt des gemeinsamen Mittagstisches im Ortsgebiet und beabsichtigt diesen zu besuchen. Gattin ist sonst sehr isoliert, Thema Depression im Todesfall [des Gatten] steht im Raum.“ (F.33)

„Nein, leider [hat sich in Bezug auf die soziale Isolation nichts verändert], wobei es dazu laufend Vorschläge gibt. Er selbst empfindet seine Situation auch nicht so isoliert.“ (F.44)

Ergebnisse der Interviews mit Bürgermeister:innen:

Alle Interviewpartner:innen berichten über den **hohen Nutzen und den positiven Effekt von Community Nursing auf das Leben in ihrer (Stadt-)Gemeinde**. Besonders spürbar wird dies durch zahlreiche Rückmeldungen von Menschen, die sich für die Arbeit der CNs bedanken.

„Ich habe noch nie so viele positive Briefe, persönliche Gespräche und Anrufe bekommen wie zu diesem Thema. Das ist wirklich eines der besten Projekte, das momentan läuft.“ (IP1)

Community Nursing wirkt aus Sicht der Bürgermeister:innen vor allem durch den **Blick auf die Probleme der Menschen vor Ort**. Das aufsuchende, niederschwellige Angebot als Kernelement in Kombination mit Veranstaltungen zu unterschiedlichsten Themen erhöht die Attraktivität des Angebots. Im Rahmen der Bürgermeister:innen-Interviews wird besonders der **positive Einfluss der CNs auf den sozialen Zusammenhalt** betont. Durch die vielen Veranstaltungen, bei denen die Bürger:innen informiert werden und einen Rahmen zum Austausch haben, aber auch durch die vielen persönlichen Gespräche mit den CNs.

„Und gerade durch die CNs, durch die Veranstaltungen, kommt man wieder zusammen. Man kennt sich ja, ist gemeinsam alt geworden, aber die einen leben dort, die anderen zuhause. Und da kommt man wieder zusammen. Die haben so viel gelacht und wenn das nicht ein Volltreffer ist, was dann?“ (IP6)

Ausnahmslos wird die **Weiterführung von Community Nursing** in den Gemeinden und österreichweit gefordert.

„Wichtig ist, dass es weitergeführt wird. Ich sehe, dass es nicht allein durch die EU, durch den Bund oder durch das Land finanziert werden kann, aber wenn jeder einen Beitrag leistet [...] ist es auch möglich dieses Projekt über dieses Jahr hinauszuziehen.“ (IP2)

„Die Bürger wurden jetzt 3 Jahre sensibilisiert, unsere CNs sind so in dem System drinnen, das wäre ja ein Wahnsinn, wenn dieses Know-How jetzt verloren geht.“ (IP1)

„Wenn uns das in der politischen Arbeit jeden Tag so gelingen würde, so viele positive Stimmen. Ich kann Schulen bauen so viel ich will, krieg ich nie so ein positives Feedback, weil man hat sich gewünscht, es hat gefehlt und es ist jetzt gemacht worden. Jetzt natürlich die Sorge, nicht nur von den [...] CNs selbst, aber von Menschen, die uns fast anflehen: bitte macht das weiter!“ (IP6)

Wobei sowohl der **Wunsch nach Verlängerung des Projektes auf Bundesebene** formuliert als auch die **Unzufriedenheit über die unterschiedliche Handhabung seitens der Länder** thematisiert wird.

„Es wäre nur gegangen als Bund, wenn gesagt worden wäre, wir verlängern dieses EU-Projekt und nicht wir legen es in unseren Finanzierungshaushalt mit hinein, weil das kann nicht funktionieren, das Geld wird woanders auch dringend gebraucht.“ (IP3)

„Ich hätte mir vonseiten des Bundes gewünscht, dass eine klare Bindung vorgegeben wird, dass gewisse Gelder dahinfließen müssen. Also eine Muss-Funktion und keine Kann-Funktion. Diese Projekte gehören weiterhin unterstützt, weil sie sehr viel für das Gesundheitssystem tun.“ (IP1)

Einige Interviewpartner:innen werden Community Nursing in jedem Fall in ihrer Gemeinde weiter anbieten.

„Das ist das Wichtigste was wir in den letzten Jahren sozialpolitisch in der Gemeinde geschafft haben und das werden wir jetzt nicht aus Kostengründen einschränken, es wird uns etwas einfallen. Ich werde nicht von dieser Qualität heruntergehen, da sanieren wir den Sportplatz ein Jahr später oder was auch immer.“ (IP6)

2.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse aus sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Perspektive

Die sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Begleitevaluation der Pilotierung von Community Nursing Österreich hatte zum Ziel, Wirkmechanismen des Programms zu identifizieren und sichtbar zu machen und aufbauend darauf in weiterer Folge Wirkungen der Pilotierung von Community Nursing Österreich aufzuzeigen. Dazu wurde zunächst eine Programmtheorie und ein Wirkmodell entwickelt, das ausführlich im Supplement dargestellt ist. Die auf Basis des Wirkmodells indizierten Wirkungen wurden anschließend in der summativen Evaluation analysiert und die Ergebnisse sind in Kapitel 2 des vorliegenden Endberichts dargestellt.

Die in der Dokumentationssoftware DokCN von den Community Nurses erfassten Tagesblätter zeigen, dass zwischen 01.01.2022 und 30.09.2024 in Summe 486.919 Kontakte dokumentiert wurden (siehe Kapitel 2.3). Mit 51,8 % entfiel etwas mehr als die Hälfte dieser Kontakte auf Klient:innen (n=252.152), die übrigen 48,2 % der Kontakte wurden von den CNs für die Netzwerkpflege aufgewendet (n=234.767). Zusätzlich wurden in DokCN von den CNs Falldokumentationen angelegt und Einzelinterventionen erfasst. Anzumerken ist, dass nicht zwingend für alle Kontakte eine Falldokumentation in DokCN angelegt wurde, sodass sich unterschiedliche Zahlen in Tagblättern und Falldokumentationen ergeben. Zwischen 01.01.2022 und dem Stichtag 15.11.2024 wurden insgesamt 22.193 Falldokumentationen (Fälle) und 206.604 Einzelinterventionen dokumentiert (siehe Kapitel 2.3.1). Bei den Fallarten

ist hervorzuheben, dass bei Einzelperson, Familie oder Gruppe die kontinuierliche Begleitung durch die CN mit mindestens 2 und bis zu 20 und mehr Kontaktaufnahmen gekennzeichnet ist. Die prozentuelle Verteilung der Einzelinterventionen auf die Bereiche des österreichischen Aufgaben- und Rollenprofils zeigt, dass in den Bereichen „Information, Edukation und Beratung“ (44,4 %), „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“ (27,6 %) sowie „Monitoring und Erhebung“ (25,4 %) die meisten Interventionen gesetzt wurden. Aus den Falldokumentationen sind auch die Charakteristika der von den CNs erreichten Zielgruppe ersichtlich (siehe Kapitel 2.3.2). Die von den CNs begleiteten älteren und/oder pflegebedürftigen Personen sind überwiegend zwischen 70 und 99 Jahre alt (81,7 %), weiblich (66,1 %), verheiratet (40,0 %) oder verwitwet (39,3 %) und leben in ländlichen (53,0 %) oder entlegenen ländlichen (10,1 %) Regionen. Die dazugehörigen betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen sind überwiegend zwischen 50 und 89 Jahre alt (83,6 %), weiblich (75,9 %), verheiratet (73,2 %) und leben ländlich (57,1 %) oder entlegen ländlich (10,2 %). Vom Angebot des Community Nursing erfährt die Zielgruppe am häufigsten über Freund:innen, Bekannte, Verwandte (21,1 %) und über das Gemeindeamt (17,9 %). Auch Printmedien (14,2 %), sonstige Stellen wie Versicherungen, Internet oder Notar:innen (14,0 %) und Hausärzt:innen (12,1 %) sind hierfür wichtig. Der Erstkontakt mit der Community Nurse erfolgt zu 41,9 % durch Familienangehörige und zu 41,3 % durch die Klient:innen selbst.

Die Ergebnisse der summativen Evaluation werden einerseits im zuvor dargestellten Output, in den dokumentierten Aktivitäten und Tätigkeiten (Falldokumentationen) der Community Nurses in DokCN, sichtbar (siehe Kapitel 2.3); andererseits zeigen sich die Outcomes in der Ergebnisdarstellung der summativen Evaluation. Hier wurden mittels quantitativen Fragebögen 228 Community Nurses und 698 Klient:innen (ältere Personen sowie An- und Zugehörige) erreicht und zu ihrer Einschätzung der Wirkungen von Community Nursing Österreich befragt. Darüber hinaus wurde mit 8 Bürgermeister:innen qualitative Interviews geführt sowie mit ausgewählten Community Nurses 51 Good-Practice-Fallkonstellationen auf Basis eines qualitativen Leitfadens besprochen. Es zeigt sich, dass die Zielgruppe der Individuen im Fokus der Umsetzung von Community Nursing Österreich steht und insbesondere die in der Pilotierung anvisierte Zielsetzung, eine bedarfsgerechte, niederschwellige und aufsuchende Leistung auf Ebene der Individuen/Familie zu etablieren, gelungen ist. Ebenso besteht eine Fokussierung der Pilotprojekte auf den ländlichen Raum, wie dies in der Pilotierung intendiert war. Neben detaillierten qualitativen und quantitativen Ergebnissen, die in den nächsten Abschnitten je Wirkdimension zusammengefasst und diskutiert werden, ist generell hervorzuheben, dass anhand der summativen und der formativen Evaluation deutlich geworden ist, dass es in den Regionen unterschiedlichster Kanäle bedarf, um das Angebot Community Nursing bekannt zu machen.

Die summative Evaluation zu den Indikatoren der Wirkdimensionen *Gesundheitsversorgung und Pflege* (siehe Kapitel 2.4.1 und Supplement) zeigt, dass Community Nursing kurzfristig einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der gemeindenahen, niederschwellig zugänglichen Versorgung und zur Schließung von Lücken im Versorgungsangebot leisten kann. Es zeigt sich in den Daten auch, dass die Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen und den Verantwortlichen in den Gemeinden durch Community Nursing verbessert werden kann. Mittel- und langfristig kann Community Nursing zu einem optimierten Schnittstellenmanagement beitragen und die Zufriedenheit mit dem pflegerischen und öffentlichen Gesundheitsbereich erhöhen. Weiters kann durch CN eine Entlastung des Gesundheitssystems stattfinden. Dies wird vor allem durch die qualitativen Daten sichtbar; für einen quantitativen Nachweis wäre ein wesentlich längerer Evaluationszeitraum als jenen der Pilotierung notwendig, um mittel- und langfristige Wirkungen nachzuweisen. Die im Vergleich relativ hohen „Weiß

nicht / Nicht zutreffend“-Angaben der Zielgruppe lassen darauf schließen, dass eine Einschätzung der Effekte für diese Indikatoren zu diesem Zeitpunkt nicht eindeutig möglich ist bzw. Effekte auch aufgrund der kurzen Laufzeit für die Zielgruppe noch nicht sichtbar oder nicht zutreffend sind.

Zu den untersuchten Indikatoren der Wirkdimensionen *Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden* (siehe Kapitel 2.4.2 und Supplement) konnte durch die summative Evaluation und im Besonderen durch die qualitativen Daten aufgezeigt werden, dass kurzfristig Gesundheitsrisiken früher erkannt werden können und das subjektive Gesundheitsempfinden gesteigert werden kann. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass die befragten Klient:innen sowie Community Nurses eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes durch angepasste Maßnahmen erkannten (90,8 % der befragten Community Nurses und 71,8 % der befragten Zielgruppe stimmten (eher) zu). Die Möglichkeit der objektiven Messbarkeit der Verbesserung der Gesundheit würde voraussetzen, dass diese im Feld gemeinsam mit den Klient:innen gemonitort wird, beispielsweise durch regelmäßige Blutdruckmessungen. Dies fand im Rahmen der summativen Evaluation in dieser Form nicht statt, könnte jedoch zukünftig zur Wirkungsmessung Einsatz finden. Mittel- und langfristig lässt sich tendenziell die Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der Lebensqualität feststellen. Nachweise in diese Richtung finden sich auch in den quantitativen Daten (89,9 % der befragten Community Nurses und 79,1 % der befragten Zielgruppe stimmen (eher) zu, dass sich die Lebensqualität verbessert hat), allerdings wären hier für eine verlässliche quantitative Aussage mehrere Erhebungszeitpunkte, ggf. eine Kontrollgruppe sowie ein längerer Beobachtungszeitraum, also ein Längsschnitt-Studiendesign, im optimalen Fall ein Paneldesign, erforderlich.

Die summative Evaluation der Indikatoren zur Wirkdimension *Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment* (siehe Kapitel 2.4.3 und Supplement) unterstreicht, dass Community Nursing dazu beitragen kann, Prävention und Gesundheitsförderung zu steigern und die Gefahr von Frailty zu minimieren. Dies wurde im Rahmen der Evaluation insbesondere im Bereich der Stärkung der Selbsthilfefähigkeit und Selbstpflegefähigkeit sichtbar (89,5 % der befragten Community Nurses und 82,2 % der befragten Zielgruppe stimmten (eher) zu). Auch in Bezug auf die mittel- bis langfristig erwarteten Outcomes (gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden gefördert, verändert und umgesetzt sowie gesundheitsbezogene Einstellungen, Werte und Überzeugungen werden verändert) gibt es Nachweise für tendenziell positive Effekte. So stimmten beispielsweise einer vermehrten körperlichen Aktivität (der Klient:innen) 78,5 % der befragten Community Nurses und 83,0 % der befragten Zielgruppe (eher) zu. Wenngleich die quantitativen Daten hier auch zeigen, dass vielfach „Weiß nicht / Nicht zutreffend“ ausgewählt wurde. Dies kann daran liegen, dass insbesondere von Klient:innen diese Effekte (noch) nicht als solche erkannt werden.

Die Untersuchung der Indikatoren der Wirkdimension *Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein* (siehe Kapitel 2.4.4 und Supplement) ergab eindeutiger qualitative als quantitative Nachweise für die Wirkungen in dieser Dimension. Wesentlich für den Nachweis dieser Outcomes sind die Beobachtungen der Community Nurses und die Einschätzung der Bürgermeister:innen, jedoch kann auch anhand der quantitativen Daten erkannt werden, dass CN steigernde Effekte auf die Gesundheitskompetenzen und das Gesundheitsbewusstsein hat. Beispielsweise stimmten die befragten Community Nurses (89,0 %) und die befragte Zielgruppe (88,3 %) (eher) zu, dass es den Klient:innen bzw. ihnen selbst leichter fällt, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden. Hier ist es jedoch zukünftig auch erforderlich, mehrere Messzeitpunkte mit einem spezifischen

Erhebungsinstrument heranzuziehen, ggf. eine Kontrollgruppe einzuführen und die Daten entsprechend zu vergleichen, um belastbare quantitative Aussagen zu dieser Wirkdimension treffen zu können.

Die Untersuchung der Indikatoren zur Wirkdimension *Handlungsfeld Community Nursing* (siehe Kapitel 2.4.5 und Supplement) zeigte, dass die Etablierung eines einheitlichen Verständnisses der Rolle Community Nursing eine Voraussetzung für die Entfaltung dieses Handlungsfeldes ist. In den Good-Practice-Falldarstellungen zeigte eine qualitative Analyse der Outcomes dieser Wirkdimension, dass sich auf Basis der gesetzten Interventionen der agierenden Community Nurses in der Praxis bereits ein breites Verständnis ihrer Rolle in der Region entfalten konnte. Der Grundstein für die Etablierung des neuen Handlungsfeldes ist somit mit der Pilotierung gelegt. Weitere Ergebnisse zeigen ergänzend, dass es jedoch noch weiterer Schritte bedarf, um ein einheitliches Verständnis der Rolle auf allen Ebenen zu erreichen. So wird in den quantitativen Daten deutlich, dass die Bezeichnung und Benennung der Funktion der CN nicht für alle Akteur:innen und Stakeholder:innen im Feld transparent und verständlich ist. Wenngleich Community Nursing also ein neues Handlungsfeld darstellt und dieses in mehrfacher Hinsicht attraktiv macht, wird sichtbar, dass es gerade für dieses Tätigkeitsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege spezifischer Kompetenzen und eines einheitlichen Verständnisses bedarf, die die Community Nurses als noch nicht ausreichend entwickelt ansehen bzw. erkennen, dass es für die Ausführung dieser Tätigkeit auch weiterführende Ausbildungen braucht. Die qualitativen Auswertungen im Rahmen der Fallbesprechungen zeigen aber auch, dass bei entsprechender Ausbildung, einem offenen Verständnis für Rolle und Funktion sowie freiem Handlungsspielraum, eine Annäherung an die Interventionsbereiche des internationalen PHIW stattfinden kann. Für die Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils für den österreichischen Kontext können daraus Erkenntnisse, bezogen auf nationale Rahmenbedingungen und Strukturen, abgeleitet werden.

Aus der summativen Evaluation der Indikatoren zur Wirkdimension *Soziales und regionales Leben* (siehe Kapitel 2.4.6 und Supplement) geht hervor, dass durch das Angebot Community Nursing quantitativ wie qualitativ positive Outcomes identifiziert werden können. Durch die Unterstützung und den Support vonseiten der CN in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen kann das unmittelbare soziale Umfeld, die Gemeinde, als Lebensmittelpunkt attraktiver gestaltet und der soziale Zusammenhalt gestärkt werden. Dies zeigt sich auch in Verbindung mit den Ergebnissen der Wirkdimension *Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität*. Aus den Datenerhebungen und den bisherigen Erkenntnissen ist davon auszugehen, dass die Community Nurse in ihrer Funktion ein entscheidendes Bindeglied in der Gemeinde/Region ist und dadurch Brücken gebaut und Lücken geschlossen werden können. Voraussetzung dafür ist die Zusammenarbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams, wie sie auch im Handlungsfeld Community Nursing vorgesehen ist.

3 Ökonomische Bewertung von Community Nursing in Österreich

Birgit Aigner-Walder, Albert Luger, Stephanie Putz

3.1 Einleitung und bisheriger Forschungsstand

Das folgende Kapitel des Berichts fokussiert die Ergebnisse der ökonomischen Analyse. Zielsetzung der ökonomischen Analyse ist es, die Kosten und den Nutzen von Community Nursing breit darzulegen. Methodisch wird dazu eine Kosten-Nutzen-Betrachtung angewendet. Sowohl die Kosten als auch die multiplen Effekte von CN werden breit aufgezeigt, wobei der Nutzen in natürlichen Einheiten abgebildet wird (z.B. Anzahl an gesundheitsfördernden Veranstaltungen); eine monetäre Bewertung sämtlicher Nutzenfaktoren erfolgt nicht. Eine entsprechende ökonomische Bewertung erscheint auch vor dem Hintergrund interessant, als dass im europäischen Kontext noch wenige Studien zum Thema CN vorliegen, wie die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen.

Die Literatursuche erfolgte in gängigen Datenbanken wie Springer, Thieme Verlag, Wiley Library, Science Direct, PubMed, Google Scholar, Research Gate, Cochrane Library und in den österreichischen Universitäts- und Fachhochschulbibliotheken, inkl. ausgewählter Literatur aus internen Literatursammlungen (v.a. Bücher und Informationsmaterialien zum Projekt).⁵ 59 Fachartikel und 2 Bücher, die konkret auf ökonomische Analysen von CN oder Primärversorgungs- und Präventionsprogramme eingehen, wurden genauer betrachtet. Hervorzuheben ist, dass die Studien vorwiegend aus den Ländern Großbritannien, den USA, Australien, Kanada oder Neuseeland stammen, sowie vereinzelt aus Singapur, China, Südafrika oder aus EU-Ländern. Die nachfolgenden Absätze fassen die Rechercheergebnisse zum bisherigen Forschungsstand zusammen.

Laurant et al. (2018) zeigen bisherige Forschungsergebnisse im Rahmen eines systematischen Reviews auf. Bei den Gesundheitsfaktoren zeigt sich einerseits, dass die Todesfälle durch eine Primärversorgung mit Pflegepersonal als Berater:innen neben Ärzt:innen und zusätzlicher Unterstützung im Setting der Primärversorgung leicht weniger waren (aus 36.529 Patient:innen; Evidenzrate gering). Auch beim Gesundheitszustand bzw. den Blutdruckwerten wurde eine leichte Verbesserung erfasst (3 klinische Ergebnisse, 13 Selbstreflexionen, mittlere Evidenz). Ebenso zeigte sich eine leicht höhere Zufriedenheit (mittlere Evidenz) und eine leicht höhere Lebensqualität (niedrige Evidenz). Andererseits konkludieren Lukewich et al. (2022) im systematischen Review zu Studien mit Pflegepersonen in der Primärversorgung, dass bei den herangezogenen Studien bezugnehmend auf allgemeine unerwünschte

⁵ Relevante Stichwörter waren Community Nursing, integrierte Versorgung, Prävention für Ältere, Evaluationen im Gesundheitswesen, in Kombination mit Kosten und/oder ökonomischer Evaluation. Einschlusskriterien der Studien waren, dass ein Fokus auf die ökonomische Evaluation von CN bzw. Kosten und/oder Kosten-Nutzen-Analysen (im weiteren Sinne) von Primärversorgung, von Prävention/Präventionsprogrammen, von Pflegevorsorge oder Pflegeversorgung für ältere Personen (65+) gegeben ist. Ausschlusskriterien hingegen waren, dass die Publikationen nicht älter als 10 Jahre sind, wobei vereinzelt auch ältere Werke aufgrund des thematischen und evaluationsmethodischen Zusammenhangs in die Analyse aufgenommen wurden; spezifische Krankheitsbilder oder Präventionsprogramme, die nicht im Kontext zu älteren Personen stehen, sowie Themen der stationären Langzeitpflege oder pharmazeutische Services wurden ebenso exkludiert. Nach erster Selektion anhand der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte die genauere Sichtung (insgesamt 133 Publikationen).

Zwischenfälle (wie Stürze oder jegliche Verschlechterungen von Gesundheitsproblemen) aus den Ergebnissen keine signifikanten Unterschiede erkennbar waren.

Abgesehen vom Gesundheitszustand erscheinen im Rahmen der Bewertung von CN die Effekte auf die Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsdienstleistungen von Interesse. In Bezug auf die Anzahl an Konsultationen oder Hospitalisierungen fassen beispielsweise Xu et al. (2022) zusammen, dass durch CN weniger Besuche in der Notaufnahme getätigt wurden und weniger ungeplante stationäre Krankenhausaufenthalte erforderlich waren (Xu et al., 2022). Auch im Rahmen einer weiteren Analyse bei bestimmten Patient:innengruppen (v. a. bei Personen zwischen 65 und 75 Jahren bzw. mit chronischer Herzinsuffizienz) wurde eine vergleichsweise geringere Inanspruchnahme der Krankenhausressourcen vermerkt (Buzath & Zechmeister-Koss, 2023). Keine signifikante Veränderung zeigte sich jedoch bei der Aufenthaltsdauer sowie den Besuchen im Krankenhaus (Xu et al., 2022). In Lukewich et al. (2022) resultierte hingegen kein signifikanter Unterschied zur Häufigkeit von Klinikbesuchen durch Schulungsinterventionen bei Rückenschmerzen im Vergleich zur Standardversorgung.

Laurant et al. (2018) analysierten gleichermaßen im systematischen Review, dass es in der Anzahl der wiederholten Konsultationen kaum einen Unterschied gab (mittlere Evidenz). Kaum bis keine Veränderungen vermerkten die Autor:innen auch bei den Überweisungszahlen in Krankenhäuser (mittlere Evidenz). Auch die Anzahl der Untersuchungen und Medikamentenverschreibungen variierte kaum bis gar nicht. Zudem betrachteten Xu et al. (2022) die Anzahl der Besuche: die Inanspruchnahme von Akutversorgungsleistungen wurde nach zwei oder mehreren CN-Besuchen geringer; die Anzahl der Besuche in den Spezialambulanzen stieg jedoch v. a. unter den Teilnehmer:innen ohne aktuelle Diagnose einer chronischen Krankheit, was vermutlich auf die Vermittlung der CNs zurückzuführen ist. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Pflegeprogramm effektiv dazu beigetragen hat, unnötige Krankenhausaufenthalte und vor allem die Akutversorgung bei älteren Personen zu reduzieren. Gleichermäßen können aus dem systematischen Review von Buzath & Zechmeister-Koss (2023) bei der Nutzung anderer Gesundheits- und Sozialdienste keine signifikanten bzw. unklare Ergebnisse beschrieben werden. Es wird vermutet, dass vermehrt Leistungen konsumiert werden, dies aber tendenziell auf eine Früherkennung durch CNs hindeutet.

Für den niedergelassen Bereich zeigen Lukewich et al. (2022) weniger Konsultationen von Ärzt:innen (um 54 % reduziert) und auch weniger Besuche bei Pflegepersonen in der Primärversorgung (um 21 % weniger) durch eine Zusammenarbeit bzw. Vorab-Konsultation (via Telefon) durch Pflegepersonen, was als potentielle Arbeitsentlastung eingestuft wird. Aufgrund des Studiendesigns ist es jedoch unklar, ob es sich diesbezüglich nicht um einen saisonalen Trend handelt. Die Auswertung der Arbeitszeiten ergab hingegen, dass die Arbeitszeiten der Ärzt:innen durch eine Primärversorgung chronisch Kranker durch Pflegepersonen, nicht signifikant reduziert wurden. Das Primärversorgungsmodell führte in dieser Studie zu einer Verdoppelung der Arztkonsultationen, dies widerlegte die bisherige Annahme einer Entlastung der Ärzt:innen durch das Konzept der Primärversorgung durch Pflegepersonen. Darüber hinaus wurde eine signifikant höhere Anzahl an Wiederholungskonsultationen wegen der gleichen Gesundheitsprobleme durch Pflegepersonen der Primärversorgung festgestellt als bei Konsultationen von Ärzt:innen.

Obwohl in den einbezogenen Studien vielfach konkrete Maßnahmen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten bzw. zur Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ergriffen wurden, konnten kaum statistisch signifikante Belege für verminderte Krankenhausbesuche oder Rehospitalisierungen gemacht werden. Es wurde betont, dass für zukünftige Bewertungen von CN-Leistungen die Art der Erkrankungen wesentlich sind, um zu erkennen, für welche Personengruppen weniger Krankenhausleistungen möglich wären und mehr häusliche Betreuungsleistungen optimal erscheinen. Bezüglich der Pflegeheimeinzüge konnten keine homogenen Aussagen getroffen werden. Mehrere Studien zeigen signifikant niedrigere Pflegeheimeinzüge bzw. positive Outcomes lediglich bei spezifischen Personengruppen. Demgegenüber wies eine weitere Studie signifikant höhere Pflegeheimeinzüge auf (Buzath & Zechmeister-Koss, 2023).

Aus ökonomischer Sicht ist auch eine Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen von Interesse. Tappenden et al. (2012) weisen im Rahmen des systematischen Reviews zwei relevante Studien mit einer Kostenreduktion, aber auch eine Studie mit deutlich erhöhten Kosten aus. Die Ergebnisse der im systematischen Review betrachteten Studien von Buzath & Zechmeister-Koss (2023) präsentieren ebenfalls heterogene Ergebnisse in Bezug auf die Kosteneffektivität von CN und ähnlichen Versorgungskonzepten. Der Trend zeigt, dass die initialen Kosten durch die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen steigen. Grundsätzlich kamen die Autor:innen zum Schluss, dass CN für eine bestimmte Bandbreite an Patient:innen kosteneffektiv ist, nichtsdestotrotz sind Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit einer Kostensteigerung verbunden (Buzath & Zechmeister-Koss, 2023).

Buzath & Zechmeister-Koss (2023) heben hervor, dass insbesondere in Europa ein Mangel an ökonomischen Analysen zu CN herrscht. Sie motivieren dazu, sich in den Analysen auf spezielle Erkrankungen bzw. Personengruppen mit spezifischen Krankheiten zu fokussieren, betonen jedoch auch, dass das Engagement der CNs sowie der Klient:innen die Effekte beeinflusst. Auch Lopatina et al. (2017) führen aus, dass unterschiedliche bzw. individuelle Rahmenbedingungen Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. Beide Publikationen schließen daraus, dass die Kosten- und Nutzen-Bewertung von CN durch variierende und komplexe Rahmenbedingung schwierig darzustellen und zu vergleichen ist (Buzath & Zechmeister-Koss, 2023; Lopatina et al., 2017).

Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass auf internationaler Ebene durch CN Verbesserungen in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität festgestellt werden konnten. Die Ergebnisse zu den Effekten für die Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsdienstleistungen fallen hingegen unterschiedlich aus. Daraus resultierten in weiterer Folge auch differenzierte Ergebnisse hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Betrachtung. Hervorzuheben ist auch, dass es keine einheitliche Definition des Berufsfeldes von CN bzw. der Tätigkeiten der Gesundheits- und Krankenpflege in der Primärversorgung in den verschiedenen Ländern gibt. Auch wenn der Begriff der Community Nurse in weiteren Ländern verwendet wird, sind Unterschiede in der Ausbildung sowie im Umfang des Aufgabenfeldes nicht auszuschließen und begrenzen daher die Vergleichbarkeit der erfassten Studien. Grundsätzlich gilt zudem, dass für den europäischen Raum nur wenige Studien vorliegen. Umso interessanter erscheinen die Ergebnisse der hier dargestellten ökonomischen Analyse zur großflächigen Umsetzung von Pilotprojekten in Österreich.

3.2 Methodik

Die ökonomische Analyse erfolgte in fünf Arbeitsschritten, welche in der folgenden Abbildung 14 („Pfeil“) dargelegt sind. Nach der rechercebasierten Identifikation und folglich der Festlegung relevanter Kosten- und Nutzenparameter (in Abstimmung mit der Auftraggeberin) erfolgte die Operationalisierung und Erhebung derselben. Dies führte final zur Bewertung von 54 Kennzahlen in den vier Wirkdimensionen „Gesundheits- und Pflegeversorgung“, „Gesundheitszustand“, „Finanzielle Aspekte“ und „Regionalwirtschaftliche Effekte“, welche im folgenden Kapitel im Detail dargelegt sind. Die finale Version der Kennzahlen samt Angabe der Informationsquellen ist dem Anhang (Tabelle 89) zu entnehmen.

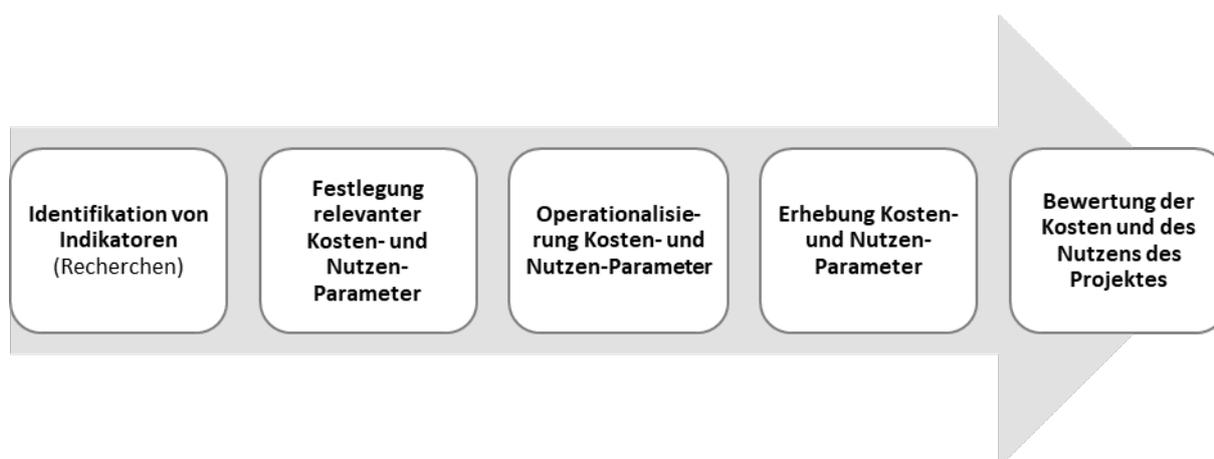


Abbildung 14: Vorgehensweise ökonomische Evaluation

Quelle: eigene Darstellung

Zudem ist hervorzuheben, dass die vorliegende ökonomische Analyse sich ausschließlich auf das Jahr 2023 bezieht und sich damit von den bisher dargestellten Auswertungen in Kapitel 2 hinsichtlich des methodischen Zugangs unterscheidet. Um eine Vergleichbarkeit mit statistischen Daten zu ermöglichen, ist im Rahmen der ökonomischen Analyse eine jährliche Betrachtungsbasis vorzuziehen. Da im Jahr 2022 erst der Aufbau der CN-Projekte erfolgte und für das Jahr 2024 zum Zeitpunkt der Analyse noch keine Daten für das gesamte Kalenderjahr vorlagen, wurde das Jahr 2023 als Betrachtungszeitraum gewählt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass für die Analyse all jene Projekte ausgeschlossen wurden, welche im Jahr 2023 weniger als drei Monate aktiv waren⁶ und den Fokus nicht auf ältere Personen hatten (z.B. „School Nurses“). Dies führte final zu einer Aufnahme von 115 Pilotprojekten in die Evaluierung.⁷ Insgesamt waren in diesen evaluierten Projekten 165,00 CNs in Vollzeitäquivalenten (VZÄ, Stand: 31.12.2023) aktiv.⁸

⁶ Zwei Pilotprojekte endeten im Laufe des ersten Quartal 2023 und wurden ausgeschlossen, um u.a. die Kostenzurechnung exakt vornehmen zu können.

⁷ Diesbezüglich soll explizit darauf hingewiesen werden, dass die genannten Einschlusskriterien sich von jenen der sozialwissenschaftlichen Analyse unterscheiden, mit der Konsequenz, dass beispielsweise drei Fragebögen der CN-Befragung im Rahmen der ökonomischen Analyse nicht miteinbezogen wurden.

⁸ Hierbei ist zu beachten, dass diese Zahlen Angaben der Fördernehmer:innen aus den Monitoringberichten zum Stichtag 31.12.2023 sind. Dabei handelt es sich nicht um tatsächlich im Zuge der Abrechnung verifizierte Zahlen.

Im Hinblick auf das Forschungsinteresse wurden insgesamt fünf verschiedene Datenquellen herangezogen, um die zuvor festgelegten Kennzahlen zu ermitteln: (1) Im Rahmen der Befragungen mittels Papierfragebögen von Klient:innen konnten insgesamt 698 Datensätze generiert werden, die für die entsprechende Analyse herangezogen wurden. (2) Bei den CNs wurden 225 Personen mittels Onlinefragebogen erreicht, was einer Rücklaufquote von 81,23 % entspricht. (3) DokCN ist ein eigens für diese Evaluation geschaffenes Tool zur Datenverwaltung/-analyse, das im relevanten Analysezeitraum 2023 insgesamt 9.987 Falldokumentationen der Klient:innen sowie Tages- und Monatsblätter der 115 Pilotregionen aufzeichnete.⁹ (4) Zum Abgleich bzw. teils auch zur Spezifizierung der quantitativen Forschungsergebnisse wurde vereinzelt auf die qualitativen Ergebnisse der Bürgermeister:innen-Befragung eingegangen. Sieben Bürgermeister:innen und eine Stadträtin wurden für die entsprechende Analyse befragt.¹⁰ (5) Informationen zu den Kosten des Pilotprojektes wurden direkt bei der Auftraggeberin (GÖG bzw. beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)) eingeholt.

Abgesehen von den fünf genannten Primärquellen wurden diverse sekundärstatistische Daten herangezogen: Seitens des BMSGPK wurden Informationen hinsichtlich der Anspruchsberechtigten in Österreich nach Pflegegeldstufen, aggregiert nach Postleitzahlen, aus dem Pflegegeldinformationssystem (PFIF) zur Verfügung gestellt, die als Abgleich zu bestimmten Erkenntnissen der oben genannten Befragungen herangezogen wurden. Weitere sekundärstatistische Quellen sind u.a. die Statistik Austria, die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) und das (österreichische und deutsche) Umweltbundesamt; die entsprechenden Verweise zu den einzelnen Quellen finden sich an den relevanten Stellen.

Die gewählte Herangehensweise verdeutlicht den multimodalen Ansatz der Datenerhebung, die sowohl quantitative als auch qualitative Elemente sowie Primär- und Sekundärquellen einbezieht, um umfangreiche Auswertungen und Analysen (z.B. statistische Auswertungen, ökonomische Analysen, Hochrechnung) zu ermöglichen. Detaillierte Informationen zur methodischen Vorgehensweise finden sich unter den entsprechenden Kennzahlen.

3.3 Ergebnisse der ökonomischen Analyse nach Wirkdimension

3.3.1 Gesundheits- und Pflegeversorgung

Die erste Wirkdimension der ökonomischen Analyse verfolgt die Zielsetzung, die Effekte von CN auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung darzustellen. Dazu werden 20 Kennzahlen analysiert, in den Bereichen „Inanspruchnahme von CN-Leistungen“, „(Geänderte) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsqualität“, „Gesundheitskompetenz“, „Vernetzungsarbeit“ und „Verfügbarkeit Diplomierter Gesundheits- und Pflegepersonen“.

⁹ Für Details zur methodischen Vorgehensweise der quantitativen Erhebungen sowie der Aufzeichnungen in DokCN siehe Kapitel 2.2.1.

¹⁰ Für Details zur methodischen Vorgehensweise der qualitativen Erhebungen siehe Kapitel 2.2.2.

Inanspruchnahme von CN-Leistungen

Der Indikator „Inanspruchnahme von CN-Leistungen“ beinhaltet die im Rahmen von CN in Anspruch genommenen Leistungen, wobei bei den Leistungen zwischen den Subindikatoren¹¹ (1) **Anzahl durchgeführte präventive Hausbesuche**, (2) **Anzahl aufsuchende Leistungen bei Klient:innen**, (3) **Anzahl Kontakte über niedergelassene Sprechstunde** und (4) **Anzahl Telefonkontakte mit Klient:innen** unterschieden wird. Als Datenquelle wird auf DokCN zurückgegriffen.

Nachfolgende Tabelle 13 zeigt die Häufigkeit der Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung (absolut und anteilig) und die entsprechenden Kontakte pro VZÄ für das Jahr 2023. Telefonische Kontakte (einschließlich Casemanagement) machen mit 68.919 den größten Anteil aus (65,3 %), was 418 Konsultationen pro VZÄ entspricht. Die aufsuchenden Leistungen (bei Klient:innen; exkl. präventive Hausbesuche) wurden 16.258 mal erbracht (15,4 %; 99 pro VZÄ). Die niedergelassene Sprechstunde wurde 11.575-mal genutzt (11,0 %; 70 pro VZÄ). Präventive Hausbesuche rangieren mit 8.762 (oder 8,3 % bzw. 53 pro VZÄ) am unteren Ende der Skala. Insgesamt wurden 105.514 Kontakte dokumentiert, mit einem Durchschnitt von 639 pro VZÄ.

Tabelle 13: Anzahl Kontakte nach Art der Inanspruchnahme, 2023

Art der Inanspruchnahme	Anzahl		Kontakte je VZÄ
	absolut	relativ	
Telefonische Kontakte (inkl. Casemanagement; n=115)	68.919	65,3%	418
Aufsuchende Leistungen bei Klient:innen (exkl. präventive Hausbesuche; n=115)	16.258	15,4%	99
Niedergelassene Sprechstunde (n=112)	11.575	11,0%	70
Präventive Hausbesuche (n=112)	8.762	8,3%	53
Gesamt	105.514	100,0%	639

Quelle: DokCN (Monatsblätter), eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 14 zeigt, dass von den insgesamt 8.762 präventiven Hausbesuchen etwa zwei Drittel (63,8 %) bei Personen ab 75 Jahren durchgeführt wurden, während 36,2 % auf Personen unter 75 Jahren entfallen.

Tabelle 14: Anzahl durchgeführte präventive Hausbesuche nach Altersgruppe, 2023

Altersgruppe	Anzahl	
	absolut	relativ
< 75 Jahre	3.174	36,2%
≥ 75 Jahre	5.588	63,8%
Gesamt	8.762	100,0%

Quelle: DokCN (Monatsblätter), eigene Berechnung und Darstellung

¹¹ Anmerkung: Die Subindikatoren werden im Folgenden jeweils fett markiert.

Aus den detaillierteren Falldokumentationen lassen sich zudem näherungsweise Ableitungen darüber treffen, wie oft die CNs mit den Klient:innen, d.h. zu pflegenden und/oder informell pflegenden Personen, in Kontakt traten.¹² Insgesamt wurden 9.987 Fallbesuche dokumentiert, wobei in 7.700 Fällen detaillierte Informationen zur Intervention vorhanden sind; konkret wurden bei diesen 7.700 Personen 32.054 Einträge dokumentiert. Hierbei kann zwischen **Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“** unterschieden werden. So entfallen 7,9 % (oder 2.532) auf Einfaceintragungen, d.h. es kam zu einer einzigen Interaktion, was 32,9 % aller Klient:innen entspricht. 1.470 Personen (19,1 %) standen jeweils zweimal in Kontakt mit einer CN. Bei 26,9 % der Klient:innen fanden 3 bis 5 und bei 13,1 % der Klient:innen 6 bis 10 Interaktionen statt. 6,0 % bzw. 2,0 % entfallen auf Klient:innen, welche 11- bis 20-mal oder häufiger Leistungen in Anspruch genommen haben – dies entspricht über 35,3 % aller Kontakte (Tabelle 15 und Abbildung 15).

Tabelle 15: Häufigkeit der Kontaktaufnahme, 2023

Häufigkeit	Personen		Kontakte	
	absolut	relativ	absolut	relativ
1-mal	2.532	32,9%	2.532	7,9%
2-mal	1.470	19,1%	2.940	9,2%
3- bis 5-mal	2.071	26,9%	7.763	24,2%
6- bis 10-mal	1.012	13,1%	7.515	23,4%
11- bis 20-mal	459	6,0%	6.437	20,1%
Mehr als 20-mal	156	2,0%	4.867	15,2%
Gesamt	7.700	100,0%	32.054	100,0%

Quelle: DokCN (Falldokumentation), eigene Berechnung und Darstellung

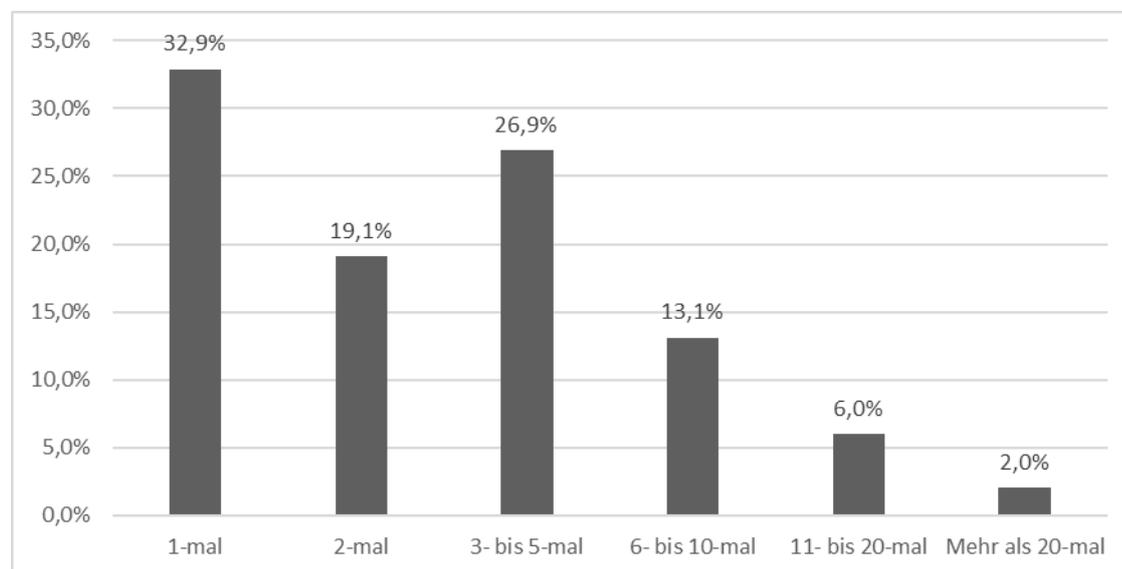


Abbildung 15: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=7.700)

Quelle: DokCN (Falldokumentation), eigene Berechnung und Darstellung

¹² Diesbezüglich ist anzumerken, dass nicht jeder Kontakt mit Klient:innen auch weiterführend dokumentiert wurde und diese Informationen auch aus unterschiedlichen Datenquellen von DokCN stammen (Falldokumentation vs. Monatsblätter).

Jene Klient:innen, die an der empirischen Erhebung teilgenommen haben, gaben zum größten Teil an, dass sie CN in den letzten zwölf Monaten 3- bis 5-mal (32,5 %) bzw. 6- bis 10-mal (27,4 %) in Anspruch genommen haben; bei 28,4 % waren es zudem 11 bis 20 oder auch mehr Interaktionen (n=687; Abbildung 19 im Anhang). Damit haben an der empirischen Erhebung Klient:innen teilgenommen, die überdurchschnittlich oft in Kontakt mit CNs waren; dies ist in Bezug auf die weiteren Auswertungen zu berücksichtigen.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen ist auch von Interesse, wie hoch der **Anteil der erreichten älteren Personen (in Relation zur älteren Bevölkerung der Gemeinde)** ist. In den 115 Pilotregionen, die sich aus insgesamt 283 Gemeinden/Katastralgemeinden/Ortschaften/Wahlsprengele usw. zusammensetzen, lebten laut amtlicher Statistik zu Jahresbeginn 2023 etwa 1.432.039 Personen, von denen 270.576 der Altersgruppe 65 Jahre und älter angehörten (18,9 %; Statistik Austria, 2024a).¹³ In DokCN (Falldokumentation) wurden im Jahr 2023 insgesamt 9.987 Fälle mit detaillierten Informationen zum Alter dokumentiert, wobei 80,2 % der Altersgruppe 65 Jahre und älter angehörten. Werden diese in Relation zur Bevölkerung der entsprechenden Altersgruppe in den Pilotregionen gestellt, resultieren daraus 3,0 %, die direkt von den CNs im Rahmen von Fallbesuchen erreicht wurden. Dabei ist explizit anzumerken, dass auch indirekt Personen Leistungen von CN in Anspruch genommen haben (z.B. durch die Teilnahme an Veranstaltungen; Tabelle 45 in Abschnitt 3.3.4), so dass davon ausgegangen werden kann, dass insgesamt ein höherer Anteil (direkt und indirekt) erreicht wurde.

(Geänderte) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen

Der Indikator „(Geänderte) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen“ umfasst als Subindikatoren die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, therapeutischer Leistungen sowie der Pflege- und Betreuungsleistungen. Im Rahmen der Befragung der Zielgruppe wurde nach der Inanspruchnahme der jeweiligen (Dienst-)Leistungen vor und nach der CN-Intervention gefragt. Die Daten wurden im Rahmen statistischer Tests auf signifikante Unterschiede überprüft; aufgrund von fehlender Normalverteilung kam der Wilcoxon-Test (nichtparametrischer statistischer Test für zwei abhängige Stichproben) zur Anwendung.

Die **Inanspruchnahme medizinischer Leistungen** umfasst die Anzahl der Besuche bei Hausärzt:innen (in der Ordination), Hausbesuche durch Hausärzt:innen, Besuche bei Fachärzt:innen, in Krankenhausambulanzen (ohne Übernachtung), Krankenhausaufenthalte (mit Übernachtung) und Rettungs- und Krankentransporte. Um mögliche Effekte von CN in diesem Kontext zu eruieren, fokussierten die entsprechenden Fragebogenitems auf eine Bewertung vor CN (t_0) und nach CN (t_1) bzw. wurde die Inanspruchnahme zu diesen beiden Zeitpunkten im Fragebogen abgefragt. Ein hoch signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Test) in der Nutzung medizinischer Leistungen vor und nach der CN-Intervention zeigt sich bei Besuchen von Hausärzt:innen in der Ordination ($p=0,002$), bei einem Rückgang der Leistungsinanspruchnahme von durchschnittlich 1,29 Besuchen pro Monat auf 1,10. Kein signifikanter Unterschied konnte hingegen bei Hausbesuchen durch Hausärzt:innen, bei Besuchen von Fachärzt:innen,

¹³ Der genannte Wert basiert auf einer näherungsweisen Berechnung in Abgleich mit Bevölkerungszahlen der amtlichen Statistik in Abhängigkeit der durch CN versorgten Gebiete, welche sich vielfach nicht mit den administrativen Grenzen deckt (Statistik Austria, 2024a; Statistik Austria, 2024b).

bei Krankenhausaufenthalten ohne Übernachtungen bzw. in Ambulanzen, bei Krankenhausaufenthalten mit Übernachtungen bzw. stationären Aufenthalten oder Rettungs- und Krankentransporten festgestellt werden (Tabelle 16).

Tabelle 16: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Anzahl pro Monat

Art der Leistung	Mittelwert (Standardabweichung)		p-Wert
	t ₀	t ₁	
Hausärzt:in (Ordination) (n=424)	1,29 (1,77)	1,10 (1,61)	0,002**
Hausärzt:in (Hausbesuch) (n=422)	0,27 (0,71)	0,47 (1,91)	0,093
Fachärzt:in (n=385)	0,50 (0,89)	0,59 (1,26)	0,119
Krankenhausaufenthalt (ambulant) (n=405)	0,50 (1,41)	0,50 (1,73)	0,297
Krankenhausaufenthalt (stationär) (n=395)	2,18 (8,55)	1,37 (5,13)	0,090
Rettungs-/Krankentransporte (n=416)	0,64 (1,41)	0,90 (2,92)	0,718

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Abgesehen von der Zielgruppe wurde auch die Wahrnehmung der CNs bezüglich der Veränderung der Nutzung der bestehenden Versorgungsinfrastruktur befragt. Hier ergab die Antwort zu den Hausärzt:innen ein geteiltes Bild: 39,6 % haben geantwortet, dass eine (deutliche) stärkere Nutzung wahrgenommen wurde, 39,5 % jedoch eine (deutlich) geringere Nutzung; 14,7 % gaben „weiß nicht an“ und für 6,2 % waren keine Effekte ersichtlich. Bei den Hausbesuchen der Hausärzt:innen überwog zu 42,3 % eine (deutlich) geringere Nutzung, allerdings gehen 33,8 % auch von einer (deutlich) stärkeren Nutzung aus. 16,4 % antworteten mit „weiß nicht“ und 7,6 % mit „keine Effekte“. Umgekehrt gab fast die Hälfte (49,5 %) der CNs bei den Fachärzt:innen eine (deutlich) stärkere Nutzung an. 22,2 % bemerkten eine (deutlich) geringere Nutzung und weitere 21,3 % beantworteten die Frage mit „weiß nicht“; 6,7 % haben keine Effekte angegeben. Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser wurde bei den Ambulanzen mit 48,4 % (deutlich) geringerer Nutzung gelistet und bei den stationären Aufenthalten mit 48,0 %. Dagegen haben 14,3 % (ambulant) und 15,1 % (stationär) eine (deutlich) stärkere Nutzung vermerkt. Jeweils rund 27 % gaben „weiß nicht“ an und knapp 10 % haben keine Effekte wahrgenommen. Die Rettungstransporte wurden laut 44,0 % der CNs (deutlich) weniger genutzt, aber hierzu haben auch 25,8 % „weiß nicht“ geantwortet, sowie 18,7 % eine (deutlich) stärkere Nutzung genannt; keine Effekte hatten sich für 11,6 % gezeigt. Die Befragung der CNs zeigt damit ein sehr durchmisches Bild; die Zusammenfassung der Ergebnisse der CNs ist in Tabelle 90 des Anhangs zu finden.¹⁴

¹⁴ Die Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (n=1.308) wurde ebenso in DokCN dokumentiert bzw. die Inanspruchnahme derselben zu zwei verschiedenen Stichtagen, d.s. 31.01.2024 und 15.05.2024, ausgefahren. Es konnten keine signifikanten Unterschiede (Chi²-Tests, p>0,05) in der Nutzung festgestellt werden. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Eingabefelder in DokCN nicht als Pflichtfelder definiert wurden und somit die Zellenbesetzung mitunter große Lücken aufweist. Daher müssen die entsprechenden Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

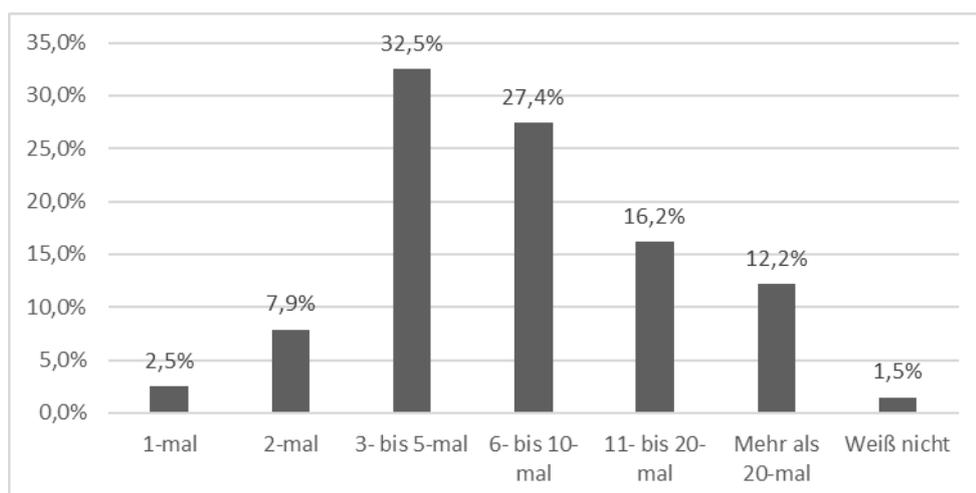


Abbildung 16: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=687)

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Die **Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen** umfasst den Stundenumfang pro Woche bei der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und der Psychotherapie. Ein signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Test) in der Nutzung therapeutischer Leistungen vor und nach der CN-Intervention zeigt sich bei der Physiotherapie ($p < 0,001$) und bei der Logopädie ($p = 0,002$). So ist bei der Physiotherapie ein Anstieg an Leistungsanspruchnahme in Stunden pro Woche ersichtlich ($t_0 = 0,53$; $t_1 = 0,80$); dies gilt auch für die Inanspruchnahme der Logopädie ($t_0 = 0,03$; $t_1 = 0,06$; Tabelle 17).

Tabelle 17: Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Stunden pro Woche

Art der Leistung	Mittelwert (Standardabweichung)		p-Wert
	t ₀	t ₁	
Physiotherapie (n=464)	0,53 (2,77)	0,80 (2,60)	<0,001***
Ergotherapie (n=436)	0,10 (0,75)	0,13 (0,64)	0,081
Logopädie (n=426)	0,03 (0,49)	0,06 (0,53)	0,002**
Psychotherapie (n=435)	0,09 (0,56)	0,14 (0,73)	0,069

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Die Einschätzungen der CNs bilden bei allen therapeutischen Leistungen eine (deutlich) stärkere Nutzung ab. 32,0 % haben keine Effekte wahrgenommen. Nichtsdestotrotz sind die Einschätzungen sehr vage und die Angaben „keine Effekte bzw. „weiß nicht“ häufig gewählt. Die Ergebnisse der Einschätzungen der CN zur Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen sind in der Tabelle 91 im Anhang im Detail ersichtlich.¹⁵

¹⁵ Hinsichtlich der Veränderung der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen in Stunden innerhalb der letzten vier Wochen (n=221) konnten in DokCN signifikante Unterschiede (Wilcoxon-Test; $p = 0,000$) in der Mehrnutzung festgestellt werden (Mittelwert $t_0 = 2,34$ (Standardabweichung=3,769) vs. Mittelwert $t_1 = 2,62$ (Standardabweichung=3,694)). Die entsprechenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (siehe Fußnote 14).

Die Kennzahl **Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen** beinhaltet die häuslichen Hilfsdienste (wie Heimhilfe), die mobile Pflege und Betreuung (z.B. Pflegekräfte) jeweils in Stunden pro Woche sowie die 24-Stunden-Betreuung und die stationäre Pflege, unterteilt in im Krankenhaus und im Pflegeheim, jeweils in Tagen pro Woche. Ein höchst signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Test) in der Nutzung der Pflege- und Betreuungsleistungen vor und nach der CN-Intervention zeigt sich bei den häuslichen Hilfsdiensten ($p < 0,001$), bei der mobilen Pflege und Betreuung ($p < 0,001$) und der 24-Stunden-Betreuung ($p < 0,001$). Der Stundenumfang stieg bei den häuslichen Hilfsdiensten ($t_0=0,47$; $t_1=1,48$) und bei der mobilen Pflege und Betreuung ($t_0=0,44$; $t_1=1,69$) deutlich an, wie auch die Tage pro Woche bei der 24-Stunden-Betreuung ($t_0=0,60$; $t_1=2,28$). Die Pflege im stationären Setting (im Krankenhaus oder im Pflegeheim) wies keinen signifikanten Unterschied auf (Tabelle 18).

Tabelle 18: Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

Art der Leistung	Mittelwert (Standardabweichung)		p-Wert
	t ₀	t ₁	
Häusliche Hilfsdienste (Stunden pro Woche) (n=490)	0,47 (2,57)	1,48 (3,41)	<0,001***
Mobile Pflege und Betreuung (Stunden pro Woche) (n=436)	0,44 (2,87)	1,69 (8,28)	<0,001***
24-Stunden-Betreuung (Tage pro Woche) (n=469)	0,60 (7,85)	2,28 (17,31)	<0,001***
Stationäre Pflege im Krankenhaus (Tage pro Woche) (n=434)	0,41 (2,49)	0,49 (2,53)	0,463
Stationäre Pflege im Pflegeheim (Tage pro Woche) (n=456)	0,17 (1,79)	0,14 (1,11)	0,749

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Die Antworten der CNs zu den Effekten auf die Pflege- und Betreuungsleistungen fielen ähnlich wie bei den therapeutischen Leistungen relativ einheitlich aus, in Bezug auf eine (deutlich) stärkere Nutzung der häuslichen Hilfsdienste (57,3 %), der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (84,4 %) und der 24-Stunden-Betreuung (58,6 %). Diesbezüglich decken sich die Ergebnisse mit jenen aus der Klient:innen-Befragung. Bei der stationären Pflege im Krankenhaus und der stationären Pflege im Pflegeheim wurde hingegen eine (deutlich) geringere Nutzung ausgewiesen (53,8 % bzw. 52,9 %). Dennoch haben einige CNs auch „keine Effekte“ oder „weiß nicht“ angegeben. Die Auswertung ist im Anhang der Tabelle 92 zu entnehmen.¹⁶

Die letzte Kennzahl zur (geänderten) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen bildet die **Inanspruchnahme informeller Pflege- und Betreuungsleistungen** (Pflege und Betreuung durch An- und Zugehörige) in Wochenstunden ab. Die statistischen Tests ergaben kein signifikantes Ergebnis¹⁷; der erhöhte Mittelwert und die dazugehörige Standardabweichung werden nachfolgend tabellarisch

¹⁶ In DokCN konnten bzgl. der Veränderung der Inanspruchnahme pflegerischer/betreuerischer Leistungen in Stunden pro Woche (n=283) keine signifikanten Unterschiede (Wilcoxon-Test; $p > 0,05$) in der Nutzung festgestellt werden. Die entsprechenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (siehe Fußnote 14).

¹⁷ Die Überprüfung dieses Parameters (n=445) auf etwaige signifikante Unterschiede mittels Daten aus DokCN bestätigt dieses Ergebnis (Wilcoxon-Test; $p > 0,05$). Die entsprechenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (siehe Fußnote 14).

dargestellt. Die dahingehende mehrheitliche Einschätzung der CNs hinsichtlich der (deutlich) stärkeren Nutzung (76,0 %) informeller Pflege und Betreuung steht in Einklang mit der verstärkten Inanspruchnahme, welche von den Klient:innen berichtet wird, sich allerdings als nicht signifikant erweist (Tabelle 19 sowie Tabelle 93 im Anhang).

Tabelle 19: Inanspruchnahme informeller Pflege- und Betreuungsleistungen, Stunden pro Woche

Art der Leistung	Mittelwert (Standardabweichung)		p-Wert
	t ₀	t ₁	
Informelle Pflege und Betreuung (n=467)	8,90 (25,41)	10,18 (28,33)	0,243

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

In Hinblick auf die dargestellten Kennzahlen zur geänderten Nutzung medizinischer, therapeutischer oder pflegerischer Leistungen ist explizit darauf hinzuweisen, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass vergleichbare Effekte auch ohne CN-Interventionen eingetreten wären, da keine Kontrollgruppe vorliegt. D.h. signifikante Ergebnisse zeigen, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit (von min. 95 %) zu einer Veränderung in der Leistungsnutzung kam, es jedoch nicht hinreichend überprüft werden kann, ob diese durch die CN-Intervention ausgelöst wurde oder auch ohne diese gegeben wäre.

Einen Hinweis für positive Effekte liefern die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung: Aus der Befragung der Bürgermeister:innen ging hervor, dass sich die CN-Pilotprojekte durchwegs positiv auf die Inanspruchnahme der (vor allem) medizinischen und pflegerischen Leistungen ausgewirkt haben. So berichteten die befragten Personen, dass die Hausärzt:innen zu organisatorischen Belangen (z.B. diverse Anträge) oder Themen wie Sturzprävention eine Entlastung rückmeldeten, sowie auch die örtlichen Pflegeheime und Apotheken eine Entlastung bzw. Abfederung durch die CN-Interventionen wahrnahmen (IP1, IP2, IP3, IP5, IP6, IP8).

Versorgungsqualität

Der Indikator Versorgungsqualität wird durch die Subindikatoren „Zufriedenheit mit Gesundheits- und Pflegeversorgung“ und „Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgungsleistungen“ abgebildet.

Zur **Zufriedenheit mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung** stimmten im Rahmen der Zielgruppenbefragung knapp die Hälfte der Befragten zu, mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Gemeinde/Region (49,5 %) bzw. allgemein (45,4 %) durch die CN-Intervention zufriedener zu sein; jeweils knapp 30 % stimmten den beiden Aussagen eher zu. Lediglich 3,4 % (Gemeinde/Region) bzw. 5,9 % (allgemein) stimmten der Aussage eher nicht zu, sowie ein geringer Anteil (2,2 % gemeinde-/regionsbezogen bzw. 3,4 % allgemein) stimmten nicht zu (Tabelle 20).

Auch die CNs teilten die Einschätzung, dass Ihre Klient:innen durch Ihre Leistungen mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zufriedener sind, wenn auch „stimme eher zu“ in der

Verteilung mit über 40 % der Nennungen höhere Werte erreichte als „stimme zu“ mit jeweils rund einem Drittel der Nennungen (Tabelle 94 im Anhang).¹⁸

Tabelle 20: Zufriedenheit mit Gesundheits- und Pflegeversorgung

Art der Leistung	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Ich bin mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Gemeinde/Region zufriedener. (n=639)	49,5%	29,4%	3,4%	2,2%	15,5%
Ich bin allgemein mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung zufriedener. (n=625)	45,4%	29,8%	5,9%	3,4%	15,5%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Hinsichtlich der **Aufdeckung von Versorgungslücken** bzw. der Kontinuität der Versorgungsleistungen zeigt das Ergebnis der Zielgruppenbefragung, dass durch CN sowohl Lücken in der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde/Region aufgedeckt wurden (40,2 % stimmten zu), als auch geschlossen werden konnten (31,1 % Zustimmung); nur ein geringer Anteil stimmten eher nicht zu (2,9 % bzw. 5,6 %) oder nicht zu (2,5 % bzw. 3,5 %). Ebenso stimmten 36,9 % der Aussage zur Aufdeckung von Lücken in der Pflegeversorgung zu und 28,8 %, dass Lücken in der Pflegeversorgung geschlossen werden konnten (17,0 % stimmten eher zu; 1,8 % stimmten eher nicht zu und 1,9 % stimmten nicht zu). Über 90 % gaben zudem an, dass es durch die CN in der Gemeinde/Region eine ständige Ansprechperson für Gesundheits- und Pflege Themen gibt. Tabelle 21 fasst die Ergebnisse der Zielgruppenbefragung zusammen.

¹⁸ Die Zufriedenheit bzw. die Veränderung derselben mit dem regionalen Leistungsangebot im Bereich der Gesundheits-, Pflege- & Betreuungsversorgung (n=1.548) wurde durch die CNs ebenso in DokCN mittels Ordinalskala (0/2/4/6/8/10) dokumentiert: Es konnten dahingehend keine signifikanten Änderungen (Wilcoxon-Test; $p > 0,05$) hinsichtlich der Zufriedenheitswerte festgestellt werden. Die entsprechenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (siehe Fußnote 14).

Tabelle 21: Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgung

Art der Leistung	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden. (n=630)	40,2%	16,3%	2,9%	2,5%	38,1%
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden. (n=623)	31,1%	15,2%	5,6%	3,5%	44,5%
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden. (n=625)	36,9%	17,0%	1,8%	1,9%	42,5%
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden. (n=617)	28,8%	15,7%	5,7%	3,6%	46,2%
Durch die Community Nurse ist in der Gemeinde/Region eine ständige Ansprechperson für Gesundheits- und Pflege Themen da. (n=665)	91,4%	5,7%	0,2%	0,0%	2,7%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Deutlich höhere Werte ergaben sich diesbezüglich bei der Befragung der CNs: Beinahe die Hälfte der CNs stimmte zu, dass Lücken in der Gesundheitsversorgung (47,1 %) sowie in der Pflegeversorgung (48,9 %) aufgedeckt werden konnten (stimme eher zu: Gesundheitsversorgung 40,4 %; Pflegeversorgung 36,4 %). Vorwiegend eher zugestimmt wurde der Schließung der Lücken in der Gesundheitsversorgung mit jeweils 40,9 % (vs. stimme zu mit 18,2 % Gesundheitsversorgung und 18,7 % in der Pflegeversorgung). Zum Fragenitem, ob durch die CN eine ständige Ansprechperson in der Gemeinde/Region zu Gesundheits- und Pflege Themen vorhanden sei, war die Zustimmung der CNs geringfügig unter jener der Zielgruppe (85,8 % vs. 91,4 %; Tabelle 95 im Anhang für die Ergebnisse der CN-Befragung).

Das Aufdeckung von Versorgungslücken und die Kontinuität der Versorgung wird auch durch Aussagen der Bürgermeister:innenbefragung gestützt. Hier wurde angemerkt, dass die Versorgungslücken geschlossen werden konnten bzw. vor allem der niederschwellige Zugang zur Versorgung durch die CNs überbrückt wurde (IP1, IP3, IP4, IP7, IP8). Beispielhaft zu nennen, ist folgende Aussage: „Wenn das Krankenhaus jemanden heimschickt, haben wir das Problem für Alleinstehende, die kommen heim, sind alleine, sind noch nicht fit und brauchen Unterstützung und da ist die Nurse [...], wie kanns weitergehen?“ (IP1).

Zusätzlich wurde die Versorgungssituationen in den Pilotregionen/-gemeinden in der CN-Befragung im Detail erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass etwas mehr als ein Drittel die Versorgung durch die mobile Pflege und Betreuung, durch die Ärzt:innen, durch die Therapeut:innen, durch die teilstationäre Pflege und durch die Krankenhäuser mehrheitlich als „gut“ empfinden (38,7 %; 39,1 %; 40,9 %; 39,1 %;

30,2 %; n=225). Die Pflegeheimplätze wurden zu 26,7 % mit mehrheitlich „schlecht“ und die Sozialarbeit mit „sehr schlecht“ (22,7 %) am schwächsten bewertet (Tabelle 96 im Anhang).

Die Zielgruppenbefragung zeigt darüber hinaus, dass knapp 60 % durch die CN auf Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen aufmerksam gemacht wurden. Die CNs bejahten auch die Frage, ob sie durch ihre Beratungen, Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen entdeckt haben, mit 78,2 % (Tabelle 22 bzw. Tabelle 97 im Anhang).

Tabelle 22: Aufdeckung von Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen

	Zielgruppe (n=630)
Ja	59,7%
Nein	40,3%
Gesamt	100,0%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Nach Eigenangaben der Klient:innen wurde bei etwa 6 von 10 Klient:innen (61,1 %; n=646) ein Bedarf an Heilbehelfen und Hilfsmitteln entdeckt. Jeweils die Hälfte der Klient:innen gab an, zu Inkontinenzartikeln sowie Geh-Hilfen, Aufsteh- und/oder Steh-Hilfen beraten worden zu sein, über 40 % zu Notrufarmbändern und ein Drittel zu Fragen einer altersgerechten Wohnumgebung. Diese Angaben decken sich mit jenen der CNs, welche ebenfalls die genannten vier Bereiche am stärksten hervorheben. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Klient:innen und CNs bezugnehmend auf diese Beratungen ist in Tabelle 98 des Anhangs zu finden.

Gesundheitskompetenz

Unter dem Indikator Gesundheitskompetenz sind die Maßnahmen der CNs zur Informationsvermittlung, der Kenntnisstand zum Leistungsangebot und das Wissen über Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit als dazugehörige Subindikatoren erfasst.

Betreffend den **Maßnahmen durch CN zur Informationsvermittlung** gaben bei der Zielgruppenbefragung fast 70 % an, dass es durch die CNs mehr Angebote, wie Vorträge, Kurse oder Informationen über Krankheiten für ältere Personen gibt und beinahe 80 % gaben an, dass die CNs bei der Zielgruppe die Bedarfe erhoben und passende Angebote vermittelt haben bzw. geschaffen haben (z.B. Pflegegeld-Antrag, Anti-Rutschmatten); lediglich 1,6 % (mehr Angebote für Ältere) bzw. 0,6 % (passende Angebote) stimmten eher nicht, sowie 0,8 % (mehr Angebote für Ältere) bzw. 1,5 % (passende Angebote) stimmten nicht zu (Tabelle 23).

Tabelle 23: Maßnahmen durch CN zur Informationsvermittlung

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen, wie z.B. Vorträge, Kurse oder Informationen über Krankheiten. (n=636)	69,3%	15,9%	1,6%	0,8%	12,4%
Die Community Nurse hat meine Bedarfe erhoben und mir passende Angebote vermittelt oder sie geschaffen (z.B. Pflegegeld-Antrag, Anti-Rutschmatten). (n=639)	78,7%	7,8%	0,6%	1,6%	11,3%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Auch die CNs gaben an, dass durch ihre Leistungen vermehrt Angebote für ältere Personen zur Verfügung standen (68,4 %) und knapp mehr als die Hälfte (54,2 %) stimmten zu, dass individuell passende Angebote an die Klient:innen nach der Bedarfserhebung vermittelt wurden bzw. geschaffen wurden (24,9 % bzw. 28,4 % stimmten eher zu). 3,1 % bzw. 10,2 % stimmten den Aussagen eher nicht zu sowie 3,1 % bzw. 0 % stimmten nicht zu (Tabelle 99 im Anhang).

Tabelle 24: Beratungsthemen zur Informationsvermittlung

Beratungsthema	Anteil (n=698)
Gesundheitsförderung (gesundheitliche Ressourcen der Menschen stärken)	82,7%
Prävention (Krankheit vermeiden, vorbeugen)	72,6%
Beantragung/Erhöhung Pflegestufe (Pflegegeld)	72,5%
Informative Veranstaltungen in der Region (z.B. Vorträge über Gesundheit)	71,2%
Unterstützung durch häusliche Hilfsdienste (z.B. Heimhilfe, Soziale Alltagsbegleitung)	66,2%
Soziale Veranstaltungen in der Region (z.B. Stammtische, Tanzabende)	56,4%
Unterstützung durch mobile Pflege und Betreuung (z.B. Hauskrankenpflege)	55,2%
Therapeutische Leistungen (z.B. Physiotherapie, Psychotherapie)	53,2%
Medizinische Leistungen (z.B. Ärzt:innen-Besuche, Krankenhausaufenthalt)	51,1%
Pflegebedürftigkeit/Pflegebedarf (z.B. Verbandwechsel, Medikamenten-Management)	50,9%
Pflege und Betreuung durch Angehörige (z.B. Urlaubsanspruch für pfleg. Angehörige)	31,1%
Unterstützung durch 24-Stunden-Betreuung	27,2%
Tageszentren (Tagesstätte, teilstationäre Pflege)	25,9%
Alten- und Pflegeheim	25,5%
Beantragung Behindertenpass	21,3%
Sonstiges	10,0%
Selbstversicherung für pflegende Angehörige	9,3%

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

In Bezug auf die Informationsvermittlung wurde das Beratungsthema im Detail erfragt: 82,7 % haben angegeben, im Bereich Gesundheitsförderung beraten worden zu sein. Dies ist der höchste Wert, gefolgt von Prävention (72,6 %), Beantragung/Erhöhung Pflegestufe (72,5 %), informative Veranstaltungen in der Region (z.B. Vorträge über Gesundheit) (71,2 %) und Unterstützung durch häusliche

Hilfsdienste (66,2 %). Am unteren Ende der Skala rangieren mit 21,3 % Beratungen zur Beantragung des Behindertenpass sowie mit 9,3 % zur Selbstversicherung für pflegende Angehörige (n=698, Tabelle 24). Im Vergleich dazu haben 59,6 % der CNs („sehr häufig“) angegeben, Beratungen zur Beantragung/Erhöhung des Pflegegeldes gegeben zu haben, gefolgt von 57,8 % zu Beratungen über die mobile Pflege und Betreuung und die häuslichen Hilfsdienste (56,9 %). Kongruent ist die Angabe zur Beratung einer Selbstversicherung für pflegende Angehörige: 32,4 % der CNs gaben „Nie“ an, was innerhalb dieser Rubrik mit Abstand den höchsten Wert darstellt, gefolgt von 19,6 % bei der Beantragung des Behindertenpass (Tabelle 100 im Anhang).

Tabelle 25: Kenntnisstand zu Leistungsangebot

Art der Leistung	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Ich weiß besser über Angebote im Gesundheits- und Pflegesystem Bescheid. (n=658)	72,3%	19,6%	2,0%	0,6%	5,5%
Es fällt mir leichter, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu finden. (n=657)	68,0%	20,2%	3,3%	1,2%	7,2%
Es fällt mir leichter, im Internet Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu finden. (n=631)	31,9%	17,0%	7,8%	13,3%	30,1%
Ich weiß besser, wo ich Hilfe für meine gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen finde (z.B. welche Anbieter:innen von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen ich kontaktieren kann). (n=655)	67,0%	19,7%	1,8%	1,1%	10,4%
Ich weiß besser, an wen ich mich bei Pflegebedürftigkeit wenden kann, um Hilfe zu bekommen. (n=664)	81,9%	14,2%	0,9%	3,0%	2,7%

Quelle: ZG-FB; eigene Berechnung und Darstellung

Auch der **Kenntnisstand zum Leistungsangebot** wurde sowohl bei der Zielgruppe als auch bei den CN abgefragt. 72,3 % der Zielgruppe stimmten zu, durch die CNs besser über Angebote im Gesundheits- und Pflegewesen Bescheid zu wissen (19,6 % stimmten eher zu) und nur 2,0 % stimmten eher nicht zu bzw. 0,6 % stimmten nicht zu. 68,0 % der Klient:innen stimmten zu, durch den Beitrag der CNs die Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten leichter zu finden; 20,2 % stimmten eher zu und lediglich 3,3 % sowie 1,2 % stimmten eher nicht sowie nicht zu. Bezugnehmend auf das leichtere Finden von Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten im Internet haben hingegen nur 31,9 % der Zielgruppe zugestimmt; 17,0 % stimmten eher zu. Knapp ein Drittel (30,1 %) gaben „weiß nicht/nicht zutreffend“ an. Eher nicht zugestimmt haben 7,8 % sowie nicht zugestimmt haben 13,3 %. Darüber hinaus stimmten 67,0 % in der Zielgruppenbefragung zu, dass ihr Wissen, wo sie professionelle Hilfe für gesundheitliche und pflegerischer Anliegen finden können, durch die CN besser wurde; weitere 19,7 % stimmten eher zu. Eher nicht zugestimmt haben hingegen

nur 1,8 %, sowie 1,1 % stimmten nicht zu. Der Aussage „Ich weiß besser, an wen ich mich bei Pflegebedürftigkeit wenden kann, um Hilfe zu bekommen“ stimmten 81,9 % der Zielgruppe zu und 14,2 % stimmten eher zu. Eher nicht zugestimmt haben nur 0,9 % bzw. nicht zugestimmt haben hierbei 3,0 %. Die Ergebnisse der Zielgruppenbefragung sind in der folgenden Tabelle 25 zusammengefasst.

Die Einschätzung der CNs, dass die Zielgruppe nun besser über Angebote im Gesundheits- und Pflegewesen Bescheid weiß, fällt vergleichbar aus; 73,8 % stimmten zu und 23,6 % stimmten eher zu. Allerdings sind sie weniger optimistisch, dass es den Klient:innen leichter fällt, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden: mit 57,8 % Zustimmung lag der Wert über zehn Prozentpunkte unter der Bewertung der Zielgruppe. Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Frage nach dem Finden von Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten im Internet: nur 19,6 % der CNs stimmten zu und 28,4 % stimmten eher zu. Zum besseren Wissen, wo professionelle Hilfe gefunden werden kann, stimmten fast zwei Drittel der CNs zu (64,9 %), was in etwa der Einschätzung der Zielgruppe entspricht. Etwas zurückhaltender stimmten die CNs hingegen zu, dass die Klient:innen besser Bescheid wissen, an wen sich sie bei einer Pflegebedürftigkeit wenden können; so liegt der Wert von 71,6 % über 10 Prozentpunkte unter jenem der Zielgruppe. Die Ergebnisse der CN-Befragung sind in Tabelle 101 des Anhangs zu finden.

Das **Wissen über Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit** wurde in Bezug auf eine bessere Einschätzung, welche Pflege und Betreuung für die Klient:innen persönlich passend ist, von 42,1 % zustimmend beantwortet bzw. 29,3 % stimmten eher zu. Ein geringer Anteil von 3,9 % sowie 2,3 % stimmten eher nicht und nicht zu. 22,3 % haben dahingehend keine Beurteilung abgegeben. Mehr als die Hälfte der Klient:innen (52,7 %) teilen die Einschätzung nun besser zu wissen, was sie bei einer Pflegebedürftigkeit selbst tun können, sowie knapp ein Drittel (29,5 %) stimmten dem auch eher zu. 3,1 % stehen dieser Einschätzung eher ablehnend gegenüber, sowie 1,2 % nicht zustimmend und 13,5 % konnten diesbezüglich keine Aussage treffen (Tabelle 26). Diese Selbsteinschätzung der Klient:innen deckt sich weitgehend mit der Bewertung der CNs, als dass 55,6 % ihren Klient:innen eher zutrauen, eine passende Pflege und Betreuung zu wählen (26,2 % stimmten zu) bzw. 55,1 % eher denken, dass sich die Selbsthilfefähigkeit bei Pflegebedürftigkeit verbessert hat (35,1 % stimmten zu). Interessant ist, dass die CNs in beiden Fragestellungen etwas zuversichtlicher sind als die Zielgruppe (Differenz von 10,4 %P bzw. 8,0 %P; Tabelle 102 im Anhang).

Tabelle 26: Wissen zu Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit

Art der Leistung	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Ich kann besser einschätzen, welche Pflege und Betreuung für mich passend ist. (n=641)	42,1%	29,3%	3,9%	2,3%	22,3%
Ich weiß besser, was ich bei Pflegebedürftigkeit selbst tun kann. (n=645)	52,7%	29,5%	3,1%	1,2%	13,5%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Auch aus der Bürgermeister:innenbefragung ging hervor, dass die CNs die Bevölkerung über das Leistungsangebot aufklären und die betreffenden Personen sich dadurch die Pflege und Betreuung zu- trauen. Ebenfalls positiv hervorgehoben wird die Beratungsleistung, wohin sich die Personen in gewissen Problemlagen (vor allem am Wochenende) wenden können und im Umkehrschluss auf eine Entlastung diverser Gesundheits- und Pflegedienstleitungen verwiesen (IP1, IP2, IP3, IP5, IP6, IP7). Beispielhaft genannt werden dazu die folgenden Aussagen: „Orientierung im Gesundheitswesen ist ein Riesenthema, also die Unterstützung von Angehörigen sich in dem Gesundheitswesen zurecht zu finden. Wen rufe ich an, was kann ich tun, wie geht das.“ (IP7) „Die Nurses tragen sehr dazu bei, eindeutig.“ (IP2) „Hilfe bei Pflegegeldanträge, Orientierung sind sie auch.“ (IP6)

Vernetzungsarbeit

Im Rahmen des Indikators Vernetzungsarbeit standen die Kontakte zur Netzwerkpflege durch die CN sowie deren Zufriedenheit mit der Vernetzung im Fokus.

Die nachfolgende Tabelle 27 zeigt die **Anzahl persönlicher Kontakte zu Netzwerkpflege in der Pilotregion** sowie die **Anzahl telefonischer Kontakte zu Netzwerkpflege in der Pilotregion**. Im Jahr 2023 wurden durch die CN 52.019 telefonische und 49.694 persönliche Kontakte zur Netzwerkpflege dokumentiert; dies sind 315 telefonische bzw. 301 persönliche Kontakte je CN (in VZÄ).

Tabelle 27: Anzahl Kontakte nach Art der Netzwerkpflege, 2023 (n=115)

Art der Kontaktaufnahme	Anzahl	Kontakte je VZÄ
Telefonische Kontakte zu Netzwerkpflege	52.019	315
Persönliche Kontakte zu Netzwerkpflege	49.694	301

Quelle: DokCN, eigene Berechnung und Darstellung

Die **Zufriedenheit mit der Vernetzung** wurde ebenfalls von den CNs bewertet. 90 % zeigten sich mit der Vernetzung mit anderen CNs zufrieden, was den höchsten Wert darstellt; gefolgt von den mobilen Pflegedienstleistungen (80,0 %) und den Therapeut:innen (68,9 %). 68,4 % sind zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der Gemeinde. Mit lediglich 13,8 % wurde die Zusammenarbeit mit dem Land mit dem niedrigsten Wert bei „zufrieden“ bewertet, wobei der höchste Wert der Rubrik „unzufrieden“ bei den Ärzt:innen ausgewiesen wurde (16,4 %). Tabelle 28 fasst die Stakeholder:innen übersichtlich zusammen.

In Gegenüberstellung zu den CNs gab die Zielgruppe bei der Frage nach der Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Gemeinde/Region zu 44,8 % „stimme zu“ an; fast ein Drittel konnte dazu keine Aussage treffen und gab „weiß nicht/nicht zutreffend“ an (27,2 %; Tabelle 103 im Anhang).

Durchwegs positive Resultate wurden in der Bürgermeister:innenbefragung zur Vernetzung innerhalb der Gemeinde genannt. Vorwiegend wird die CN als Verbindung zwischen den unterschiedlichen Akteur:innen gesehen, aber auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen, den Pflegeheimen, den weiteren Pflegediensten oder auch anderen CNs werden in den Interviews oft hervorgehoben (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8). Beispielhaft sind Aussagen, wie „CN ist ein Bindeglied in der Gesundheitsversorgung“ (IP1), „Die CN sieht sich ja ganz stark als Vernetzer, sieht zu allen Agenden,

angefangen von der ärztlichen Versorgung bis hin zu den Vereinen und Organisationen, die vor Ort sind“ (IP1) oder „Unsere CNs sind mit den Ärzt:innen in ständigem Austausch.“ (IP6)

Tabelle 28: Zufriedenheit mit Vernetzung (n=225)

Interessensgruppe	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden	Keine Zusammenarbeit	Weiß nicht
Gemeinde	68,4%	23,6%	5,3%	0,4%	2,2%
Bezirkshauptmannschaft	36,4%	40,0%	3,6%	12,0%	8,0%
Land	13,8%	42,7%	8,4%	21,3%	13,8%
Sozialversicherung	34,2%	44,0%	4,0%	11,1%	6,7%
Ärzt:innen	49,8%	28,4%	16,4%	1,3%	4,0%
Therapeut:innen	68,9%	24,9%	1,3%	1,8%	3,1%
Krankenhäuser	54,7%	34,2%	6,7%	1,3%	3,1%
Mobile Pflegedienstleister:innen	80,0%	13,3%	4,4%	0,4%	1,8%
(Teil)Stationäre Pflegedienstleister:innen	50,2%	28,4%	1,8%	8,0%	11,6%
Trägerorganisation (nicht Gemeinde)	42,2%	17,8%	5,8%	15,1%	19,1%
Andere Community Nurses	89,8%	8,9%	0,9%	0,0%	0,4%
GÖG - inhaltliche Begleitung	49,3%	38,7%	8,0%	0,0%	4,0%
GÖG - Förderabwicklung	30,2%	33,3%	12,0%	3,6%	20,9%

Quelle: CN-FB; eigene Berechnung und Darstellung

Verfügbarkeit Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Als letzter Indikator zur Wirkdimension Gesundheits- und Pflegeversorgung wurde die Verfügbarkeit der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aufgenommen, mit den Subindikatoren Arbeitsstunden pro Woche und Jobattraktivität des Berufsfeldes CN.

Die **Arbeitsstunden der CNs** umfassen im Durchschnitt 26,9 Wochenstunden. Hierbei interessiert in Bezug auf die Verfügbarkeit von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch, inwiefern die Tätigkeit als CN zu einer Erhöhung oder Reduktion der Arbeitszeit geführt hat. Dazu wurden diese auch nach ihrem Arbeitsumfang vor der Tätigkeit als CN befragt. Es zeigte sich, dass sich die wöchentliche Arbeitszeit reduziert hat, um durchschnittlich 4,8 Stunden pro Woche (bei statistischer Signifikanz von $p < 0,001$; Wilcoxon-Test). Das Ergebnis ist nachfolgend tabellarisch dargestellt.

Tabelle 29: Arbeitsstunden der CNs (n=225)

Art der Leistung	Mittelwert (Standardabweichung)		p-Wert
	t ₀	t ₁	
Stunden pro Woche	31,76 (8,24)	26,94 (9,86)	<0,001***

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: CN-FB; eigene Berechnung und Darstellung

Insgesamt standen dem weiteren Gesundheits- und Pflegebereich durch die CN-Pilotprojekte in Vollzeitäquivalenten 165,00 weniger DGKPs zur Verfügung (Stand: 31.12.2023), was zu einer Verstärkung des bestehenden Fachkräftemangels im Gesundheits- und Pflegebereich führt. Diese Angabe wäre

jedoch nur dann korrekt, wenn alle CNs davor auch im Gesundheits- und Pflegebereich tätig waren. Um dies zu überprüfen, wurde nach dem Tätigkeitsbereich vor der CN-Tätigkeit gefragt und es zeigte sich, dass 76,8 % der CNs (direkt) aus dem Gesundheits- und Pflegebereich (v.a. Krankenhaus mit 44,0 % und mobiler Dienst mit 14,2 %) in die CN-Tätigkeit gewechselt sind. Auf die sonstige Antwortoption bzw. das dazugehörige Freitextfeld entfallen 20,0 %, wobei hier ebenso vorrangig gesundheits- und pflegerelevante Tätigkeiten im Case- und Caremanagement, in der Intensivmedizin und Anästhesie sowie im sozial- und pfledepädagogischen Bereich u.ä. angeführt wurden. In Summe lässt sich daraus schließen, dass in etwa 95 % der CNs auch davor im Gesundheits- und Pflegebereich tätig waren. Es muss jedoch angemerkt werden, dass daraus nicht geschlossen werden kann, dass ohne die Implementierung von CN alle durch sie gebundenen DGKPs auch sonst im Gesundheits- und Pflegebereich tätig gewesen wären.

Die **Jobattraktivität** der CN-Position wird zum größten Teil (87,1 %) im neuen Aufgabenfeld gesehen, gefolgt von der Tätigkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung (83,1 %). Knapp unter zwei Drittel (65,8 %) gaben an, dass die höhere Flexibilität im Berufsalltag entscheidend dafür war, als CN tätig zu sein. Am wenigsten häufig (11,1 %) wurde die höhere Bezahlung als Grund genannt. Die Resultate der Befragung sind nachfolgend dargestellt.

Tabelle 30: Jobattraktivität (n=225)

Warum haben Sie diese Position angenommen?	Anteil
Neues Aufgabenfeld	87,1%
Tätigkeit in Prävention und Gesundheitsförderung	83,1%
Höhere Flexibilität im Berufsalltag	65,8%
Hausbesuche bzw. die aufsuchende Arbeit als Chance in den direkten Kontakt zu treten	50,7%
Keine Nachtdienste	40,4%
Keine Bereitschaftsdienste	27,1%
Höhere Bezahlung	11,1%
Sonstiges	17,8%

Quelle: CN-FB; eigene Berechnung und Darstellung; Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

3.3.2 Gesundheitszustand

Die Zieldimension Gesundheitszustand fokussiert zum einen auf den Gesundheitszustand älterer Personen als auch auf den Gesundheitszustand der informell Pflegenden.¹⁹

Gesundheitszustand älterer Personen

Der Gesundheitszustand der älteren Personen umfasst die Subindikatoren **Bewertung Gesundheitszustand**, **Bewertung Lebensqualität**, **Wohlbefinden** und **Soziale Teilhabe** jener Klient:innen, die keine Pflegeaufgabe haben bzw. nicht als informell pflegende Personen gelten. So stimmte 44,3 % der Personen ohne Pflegeaufgabe zu, dass sich ihr Gesundheitszustand aufgrund der CN-Intervention verbessert hat (29,4 % stimmten eher zu). Jeweils 2,8 % der Befragten stimmten eher nicht bzw. nicht zu. Die Lebensqualität der älteren Personen hat sich insgesamt bei 46,7 % der Befragten („stimme zu“)

¹⁹ Weitere Auswertungen zum Gesundheitszustand der Klient:innen sind Kapitel 2 (Sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Evaluation) zu entnehmen.

verbessert, 33,0 % stimmten eher zu. Nur 2,5 % stimmten eher nicht und 1,9 % stimmten nicht zu. Gleichmaßen wurde dem subjektiven Wohlbefinden (Verbesserung der Stimmung insgesamt) mit 47,8 % zugestimmt; zusätzlich stimmten 31,5 % eher zu, nur 3,6 % stimmten eher nicht und 2,8 % nicht zu. Durch die CN-Intervention fühlten sich zudem 44,9 % der Befragten ohne Pflegeaufwand weniger einsam; weitere 23,4 % stimmten eher zu, jedoch stimmten hierbei 7,2 % mit eher nicht und 3,3 % gänzlich nicht zu – die höchsten Werte im Vergleich der Subindikatoren. Es ist jedoch auch anzumerken, dass bei allen vier Aspekten häufig „weiß nicht/nicht zutreffend“ gewählt wurde (Gesundheitszustand 20,8 %, Lebensqualität 15,9 %, Wohlbefinden, 14,4 %, soziale Teilhabe 21,2 %). Dennoch weisen die Ergebnisse auf eine eindeutige Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes der älteren Personen hin bzw. wurde dies in Bezug auf alle gemessenen Subindikatoren von mehr als zwei Drittel der Befragten bestätigt. Eine Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse ist in Tabelle 31 dargelegt.

Tabelle 31: Gesundheitszustand älterer Personen

Dimension	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Mein Gesundheitszustand hat sich durch auf mich angepasste Maßnahmen verbessert. (n=361)	44,3%	29,4%	2,8%	2,8%	20,8%
Meine Lebensqualität hat sich insgesamt verbessert. (n=364)	46,7%	33,0%	2,5%	1,9%	15,9%
Meine Stimmung hat sich insgesamt verbessert. (n=362)	47,8%	31,5%	3,6%	2,8%	14,4%
Ich fühle mich weniger einsam. (n=363)	44,9%	23,4%	7,2%	3,3%	21,2%

Quelle: ZG-FB; eigene Berechnung und Darstellung

Zur sozialen Teilhabe der älteren Personen vermerken auch die Bürgermeister:innen in den Interviews, dass die Einsamkeit ein stetiges Thema ist und hierbei durch die Vernetzung gegengesteuert wird: „Und wenn es Klient:innen gibt, wo den CNs auffällt, dass es ein Einsamkeitsproblem gibt, dann haben sich die CNs so gut vernetzt, dass das dann zusammengehakt wird“ (IP7; auch weitere Anmerkungen durch IP3, IP6, IP7, IP8).

Gesundheitszustand informell Pfleger

Der Indikator Gesundheitszustand informell Pfleger enthält lediglich die Rückmeldung jener Klient:innen, welche angaben, dass sie informelle Pflegepersonen sind, was auf 35,4 % der Befragten im Rahmen der Zielgruppenbefragung zutraf. Der erste Subindikator bildet die **Belastung informell Pfleger und Betreuer** ab. In Anlehnung an das Zarit Caregiver Burden Assessment (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980) umfasste dieser Aspekt vier Fragen (4-items). 36,8 % stimmten zu bzw. 34,2 % stimmten eher zu, dass sie durch die Betreuung und Pflege der Angehörigen nicht genügend Zeit für sich selbst haben; 9,6 % stimmten eher nicht, sowie 15,4 % stimmten dem nicht zu (3,9 % „weiß nicht“). 21,1 % stimmten zu bzw. 33,5 % stimmten eher zu, dass sie überfordert sind, beim Versuch neben der Betreuung und Pflege der Angehörigen anderen Verpflichtungen (z.B. gegenüber Familie oder Beruf) nachzukommen; 20,3 % stimmten eher nicht bzw. 19,8 % nicht zu (5,3 % „weiß nicht“). Auf

die Frage, ob sie sich angespannt fühlen, wenn sie neben der zu betreuenden/pflegenden Person sind, haben fast ein Drittel (30,1 %) eher zugestimmt; 18,3 % stimmten zu, während 21,8 % eher nicht und 26,2 % nicht zustimmten (3,5 % „weiß nicht“). Des Weiteren haben 7,2 % zugestimmt, dass sie unsicher sind, was mit der zu betreuenden/pflegenden Person zu tun ist; 18,0 % stimmten eher zu. Demgegenüber stimmten 25,2 % eher nicht zu und ein hoher Anteil (42,8 %) stimmten nicht zu („weiß nicht“ mit 6,8 %). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass über zwei Drittel der pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen gemäß den eigenen Angaben zu wenig Zeit für sich haben, mehr als die Hälfte eine Überforderung mit weiteren Verpflichtungen sehen und knapp die Hälfte sich angespannt fühlen. Dies weist auf eine belastende Situation der informell Pflegenden hin (Tabelle 32).

Tabelle 32: Belastung informell Pflegender

Dimension	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Ich habe durch die Betreuung und Pflege meiner angehörigen Person nicht genügend Zeit für mich selbst. (n=228)	36,8%	34,2%	9,6%	15,4%	3,9%
Ich fühle mich überfordert beim Versuch, neben der Betreuung und Pflege meiner angehörigen Person anderen Verpflichtungen (z.B. gegenüber Familie oder Beruf) nachzukommen. (n=227)	21,1%	33,5%	20,3%	19,8%	5,3%
Ich fühle mich angespannt, wenn ich neben meiner zu betreuenden bzw. pflegenden, angehörigen Person bin. (n=229)	18,3%	30,1%	21,8%	26,2%	3,5%
Ich bin unsicher, was mit meiner zu betreuenden/ pflegenden, angehörigen Person zu tun ist. (n=222)	7,2%	18,0%	25,2%	42,8%	6,8%

Quelle: ZG-FB; eigene Berechnung und Darstellung

Der Subindikator **Lebensqualität** zeigt, dass 40,1 % der pflegenden und betreuenden Angehörigen einer Verbesserung der insgesamt Lebensqualität durch die Services der CNs zugestimmt haben. Weitere 36,6 % stimmen eher zu, 8,4 % eher nicht und 1,3 % nicht zu. Das **Wohlbefinden**, gemessen an der Stimmung, hat sich bei 43,0 % verbessert bzw. bei 34,2 % eher verbessert und lediglich 5,3 % stimmten hierbei eher nicht bzw. 3,5 % stimmten nicht zu. Die **soziale Teilhabe** gemessen an weniger Einsamkeit hat sich bei 32,6 % der informell Pflegenden verbessert und bei 23,3 % eher verbessert; wobei 5,7 % der Aussage eher nicht bzw. 6,6 % nicht zugestimmt haben. Dies weist eindeutig auf positive Effekte für den Gesundheitszustand der pflegenden und betreuende Angehörigen hin. Kongruent zu den Personen ohne Pflege- und Betreuungsaufwand konnten jedoch auch die informell Pflegenden oftmals keine Aussage treffen und antworteten mit „weiß nicht/nicht zutreffend“ (Tabelle 33).

Tabelle 33: Gesundheitszustand informell Pflegender

Dimension	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht/ Nicht zutreffend
Meine Lebensqualität hat sich insgesamt verbessert. (n=227)	40,1%	36,6%	8,4%	1,3%	13,7%
Meine Stimmung hat sich insgesamt verbessert. (n=228)	43,0%	34,2%	5,3%	3,5%	14,0%
Ich fühle mich weniger einsam. (n=227)	32,6%	23,3%	5,7%	6,6%	31,7%

Quelle: ZG-FB; eigene Berechnung und Darstellung

3.3.3 Finanzielle Aspekte

Die dritte Zieldimension zu finanziellen Aspekten inkludiert die Indikatoren „Kosten der Umsetzung“, „Finanzielle Effekte durch geänderte Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen“ und „Langfristige finanzielle Effekte“.

Kosten der Umsetzung

Die CN-Pilotprojekte werden von der Europäischen Union über die Förderschiene NextGenerationEU gefördert. Die anerkannte Fördersumme der Europäischen Union für die Umsetzung der betrachteten 115 CN-Pilotprojekte betrug für die Projektjahre 2022-2024 insgesamt rund 49.390.046 €. Das bedeutet, dass pro Jahr im Durchschnitt 16.463.349 € zur Verfügung standen. Diesbezüglich ist allerdings darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der ökonomischen Analyse nicht alle Projekte miteinbezogen wurden (Kapitel 0); die anerkannte Fördersumme betrug gesamt rund 49.823.379 €; dies entspricht im Durchschnitt knapp 16.607.793 € pro Jahr.²⁰

Die Gesamtfördersumme jedes CN-Projektes ist in unterschiedliche Kostenkategorien untergliedert.²¹ Diese Kategorien sind Personalkosten, Sachaufwendungen, Overheadkostenpauschale und E-Mobilität. Die Kategorie Personalkosten ist ausschließlich für die Personalkosten der CN vorgesehen. Jedes Projekt hatte im Rahmen der Einreichung die Möglichkeit ein Drittel der Kostenkategorie als Sachaufwendungen pauschalisiert in Form einer „optionalen Pauschale“ abzurechnen. Diese „Optionale Pauschale“ war im Gegenzug auf bestimmte Ausgaben begrenzt (z.B. Reisekosten, Stromkosten der E-Mobilität, Ausstattung mit Arbeitsbekleidung, etc.). Die Kategorie der Overheadkosten ist für Ausgaben des laufenden Betriebes vorgesehen (z.B. Büromiete, Lohnverrechnung, Buchhaltung, etc.) und die Kostenkategorie E-Mobilität umfasst Anschaffungs- oder Leasingkosten für elektrische Autos oder Fahrräder.²²

²⁰ Hierbei ist anzumerken, dass gegebenenfalls zur EU-Förderung noch andere nationale Förderungen ausbezahlt werden.

²¹ Anmerkung: Die hier dargestellten Kostenkategorien entsprechen aufgrund der Verfügbarkeit in den Projektaufzeichnungen nicht zur Gänze den ursprünglich angedachten Kostenparametern lt. Tabelle 89 im Anhang, geben jedoch einen guten Überblick zur Kostenstruktur.

²² Detaillierte Informationen zu den Kostenkategorien finden sich in der Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan - Maßnahme Community Nursing (BMSGPK, 2021).

Insgesamt verteilt sich die anerkannte Gesamtfördersumme der 115 evaluierten Projekte auf Personalkosten von rund 38.113.035 €, Sachaufwendungen inklusive der „optionalen Pauschale“ von rund 5.387.602 €, Overheadkosten von rund 3.699.714 € und einer Fördersumme für die E-Mobilität von rund 2.189.694 €. Pro VZÄ (im Jahr 2023) ergibt sich damit eine Gesamtfördersumme von durchschnittlich knapp 99.778 € bzw. auf die einzelnen Posten verteilt von rund 76.996 € für Personalkosten, rund 10.884 € für Sachaufwendungen (inkl. „optionaler Pauschale“), knapp 7.474 € für die Overheadkostenpauschale und für die E-Mobilität sind im Durchschnitt rund 4.424 € pro VZÄ berechnet. Die folgende Tabelle fasst die beschriebenen Werte zusammen.

Tabelle 34: Darstellung Fördersumme je Kostenkategorie, insgesamt, pro Jahr und pro VZÄ

Kostenart	Gesamt-fördersumme (alle Projektjahre)	Durchschnittliche Fördersumme (pro Jahr)	Durchschnitt pro VZÄ (pro Jahr)
Personalkosten	38.113.034,90 €	12.704.344,97 €	76.996,03 €
Sachaufwendungen inkl. optionale Pauschale	5.387.602,39 €	1.795.867,46 €	10.884,05 €
Overheadkosten	3.699.714,05 €	1.233.238,02 €	7.474,17 €
E-Mobilität	2.189.694,41 €	729.898,14 €	4.423,63 €
Anerkannte Fördersumme insgesamt	49.390.045,75 €	16.463.348,58 €	99.777,87 €

Quelle: GÖG/FGÖ; eigene Berechnung und Darstellung

Anmerkung: Die Berechnungen pro VZÄ basieren auf der Anzahl an Projekten und VZÄ im Jahr 2023.

Zusätzlich zu den Umsetzungskosten fallen Begleitkosten an. Die GÖG wurde vom BMSGPK unter anderem mit der Koordination und Begleitung der Pilotprojekte beauftragt. Neben den spezifisch auf die Pilotphase bezogenen Ausgaben, die für den Aufbau und die Förderabwicklung anfallen, entstehen laufende Begleitkosten, die Maßnahmen wie Koordination, Vernetzung, Schulung, Monitoring und Evaluierung umfassen. In Tabelle 35 werden die als dauerhaft einzustufenden Begleitkosten von insgesamt rund 821.211 € (exkl. Fördermanagement und Aufbaukosten), aufgeschlüsselt nach Personal- und Sachkosten, exemplarisch für das Jahr 2023 dargestellt. Der größte Kostenanteil entfällt dabei auf Personalkosten für Vernetzungsaktivitäten (rund 141.236 €), gefolgt von Sachkosten für Öffentlichkeitsarbeit (311.111 €) sowie für Monitoring und Evaluierung (knapp 146.940 €).²³ Kosten für den Aufbau und die Förderabwicklung werden hier nicht abgebildet, da diese im Zuge einer dauerhaften Umsetzung von CN nicht relevant wären.

Die für das Jahr 2023 dargestellten Begleitkosten der Kategorie Öffentlichkeitsarbeit sind in der Höhe von 311.111 € dem Ministerium (BMSGPK) zugeordnet. Darunter erfasst sind Kosten für Marketing, Werbung, Kampagne, Administrative und Supportkosten (vgl. BMF, 2021). Der Betrag bildet eingereichte Kosten ab, Daten zu Echtkosten liegen in dieser Kategorie nicht vor. Damit ergeben sich gesamt (inkl. Begleitkosten durch die GÖG und das Ministerium) Kosten von rund 104.755 € pro Jahr pro VZÄ.

²³ Darin umfasst sind externe Beauftragungen für die Evaluierung, Dokumentation und anderweitige Aufwände.

Tabelle 35: Darstellung Kosten der Begleitung

Kosten der Begleitung	Personalkosten (2023)	Sachkosten (Durchschnitt pro Jahr)
Vernetzungsaktivitäten	141.235,88 €	40.159,89 €
Koordination und Projektmanagement inkl. fachlicher Grundlagen	63.327,00 €	27.058,67 €
Schulungen (z.B. Webinare)	55.524,75 €	20.968,51 €
Monitoring und Evaluierung	14.884,88 €	146.940,08 €
Öffentlichkeitsarbeit*	k.A.	311.111,00 €
Summe Begleitkosten	274.972,50 €	546.238,15 €

Quelle: GÖG, BMF, 2021; eigene Berechnung und Darstellung

* geplante Kosten des BMSGPK

Finanzielle Effekte durch geänderte Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen

In diesem Abschnitt werden die potentiellen finanziellen Effekte aus Sicht der öffentlichen Hand abgeschätzt, die sich durch eine geänderte Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen durch die CN-Intervention ergeben. Dies geschieht auf jährlicher Basis, wobei jene medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen berücksichtigt werden, bei welchen in Kapitel 3.3.1 eine signifikante (gestiegene oder gesunkene) Inanspruchnahme festgestellt wurde. Dies betrifft die folgenden Leistungen: Hausärzt:in in der Ordination, Physiotherapie, Logopädie, Häusliche Hilfsdienste, Mobile Pflege und Betreuung und 24-Stunden-Betreuung. Aus methodischer Sicht wurde jeweils der Mittelwert der Nutzung herangezogen bzw. miteinander verglichen (z.B. 1,29 Besuche vor der CN-Intervention vs. 1,10 Besuche nach der CN-Intervention bei „Hausärzt:in in der Ordination“).

Für die Berechnung der finanziellen Effekte wurden die entsprechenden Kosten für die jeweilige Leistung recherchiert. Aufgrund der föderalen Strukturen und der Vielzahl an Krankenkassen (z.B. ÖGK, BVAEB, SVB) gestaltet sich dieser Schritt als herausfordernd. Da 7,6 Millionen Personen und damit mehr als 80,0 % aller in Österreich lebenden Personen bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert sind (ÖGK, 2024a), wurde eine Honorarordnung der ÖGK herangezogen.²⁴ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungstarife von niedergelassenen Ärzt:innen und Therapeut:innen der regionalen Gebietskrankenkassen in den meisten Fällen geringer sind als die Tarife der weiteren Krankenkassen. Im Fall einer signifikanten Reduktion der in Anspruch genommenen Leistungen durch die Nutzung von CN wird daher im Rahmen der Berechnungen die Mindestersparnis ausgewiesen. Umgekehrt würden im Fall einer verstärkten Nutzung die dadurch entstehenden Kosten tendenziell unterschätzt werden.

Hinsichtlich der pflegerischen Leistungen „Häusliche Hilfsdienste“ und „Mobile Pflege und Betreuung“ wurde auf Daten der Pflegedienstleistungsstatistik zurückgegriffen bzw. wurden dort die

²⁴ Konkret wurde die Honorarordnung der ÖGK Steiermark herangezogen. In der Steiermark gibt es keine Staffe- lung der Grundleistungsvergütung pro Fall (wie z.B. durch die ÖGK Oberösterreich), die in Abhängigkeit der An- zahl der Fälle im Kalendervierteljahr variieren kann bzw. mit steigender Fallzahl abnimmt. Da keine Informatio- nen bezüglich der Fallzahlen in niedergelassenen Ordinationen Österreichs verfügbar sind, wird die Honorarord- nung der ÖGK Steiermark (Stand 01.01.2024) mit konstanter Grundleistungsvergütung herangezogen (ÖGK, 2024b).

Nettoausgaben, d.h. die Bruttoausgaben abzüglich der Beiträge und Ersätze sowie der sonstigen Einnahmen, herangezogen (Statistik Austria, 2024c; Statistik Austria, 2024d; Statistik Austria, 2024e). Letztgenannte Quelle weist explizit aus, dass die „24-Stunden-Betreuung“ nicht zum Erfassungsbereich gehört, weshalb für Informationen zu den diesbezüglichen Kosten auf den „Pflegevorsorgebericht 2022“ zurückgegriffen wird (BMSGPK, 2023); diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den hier dargestellten Kosten rein um die Kosten der öffentlichen Hand handelt, aber in vielen Fällen eine private Ko-Finanzierung stattfindet.

Tabelle 36: Schätzung finanzieller Effekte durch Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Leistungen pro Person

Art der Leistung	Veränderung Mittelwert t_1 zu t_0	p-Wert	Angenommene Kosten pro Einheit	Finanzielle Veränderung (pro Jahr)
Hausärzt:innen (Ordination) (Anzahl pro Monat)	-0,19	0,002**	23,13 € ²⁵ 8,02 € ²⁶	-18,29 €
Physiotherapie (Stunden pro Woche)	0,27	<0,001***	59,10 € ²⁷	832,61 €
Logopädie (Stunden pro Woche)	0,03	0,002**	59,10 € ²⁸	92,51 €
Häusliche Hilfsdienste (Stunden pro Woche)	1,01	<0,001***	31,63 € ²⁹	1.667,14 €
Mobile Pflege und Betreuung (Stunden pro Woche)	1,25	<0,001***	31,67 € ³⁰	2.065,70 €
24-Stunden-Betreuung (Tage pro Woche)	1,68	<0,001***	18,89 € ³¹	1.655,61 €

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: ZG-FB sowie Quellen in Fußnoten, eigene Berechnung und Darstellung

²⁵ Die Leistungsabrechnung der ÖGK Steiermark erfolgt quartalsweise: Die Kostenposition der 23,13 € umfasst eine Erstordination (ÖGK, 2024b).

²⁶ Für jede weitere Ordination im Quartal werden jeweils 8,02 € (ÖGK, 2024b) ausbezahlt. Bei der Hochrechnung auf ein Jahr wurde eine gleichmäßige Inanspruchnahme pro Quartal angenommen. Siehe auch Fußnote 26.

²⁷ Die Rückerstattung der ÖGK für die Kosten einer Einzelbehandlung von 60 Minuten bei Nicht-Vertragspartner:innen der ÖGK betragen € 59,10. Die Kostenerstattung beträgt 80,0 % jenes Tarifes, den die ÖGK einem:einer Vertragsphysiotherapeuten:Vertragsphysiotherapeutin für dieselbe Leistung bezahlt (ÖGK, 2024c).

²⁸ Die Rückerstattung der ÖGK für die Kosten einer Einzelbehandlung von 60 Minuten bei Nicht-Vertragspartner:innen betragen € 59,10. Die Kostenerstattung beträgt 80,0 % jenes Tarifes, den die ÖGK einem:einer Vertragslogopäden:Vertragslogopädin für dieselbe Leistung bezahlt (ÖGK, 2024d).

²⁹ Die angenommenen Kosten pro Stunde berechnen sich aus den 304.384,81 österreichweit verrechneten Leistungsstunden (Jahressumme 2022) der Betreuungsform „Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste“ für die insgesamt Nettoausgaben von 9.629.002,93 € aufgewandt wurden (Statistik Austria, 2024c). Daraus ergibt sich: $9.629.002,93 \text{ €} / 304.384,81 = 31,63 \text{ €}$.

³⁰ Die angenommenen Kosten pro Stunde berechnen sich aus den 15.873.874,85 österreichweit verrechneten Leistungsstunden (Jahressumme 2022) der Betreuungsform „Mobile Betreuungs- und Pflegedienste“ für die insgesamt Nettoausgaben von 502.745.398,55 € aufgewandt wurden ($502.745.398,55 \text{ €} / 15.873.874,85 = 31,67 \text{ €}$; Statistik Austria, 2024d).

³¹ Die angenommenen Kosten pro Tag berechnen sich aus der durchschnittlichen Zahl der Bezieher:innen pro Monat von 22.499 im Jahr 2022, die von Bund und Ländern in der „24-Stunden-Betreuung“ mit 155,1 € Mio. gefördert wurden ($155.100.000 \text{ €} / 22.499 / 365 = 18,89 \text{ €}$; BMSGPK, 2023).

Wie aus Tabelle 36 hervorgeht, führt die Mehrinanspruchnahme (gemessen in natürlichen Einheiten wie „Stunden pro Woche“) aus Sicht der öffentlichen Hand und Krankenkassen erwartungsgemäß zu höheren Kosten pro Person. Besonders eklatant ist diese Kostensteigerung in der Pflege, wozu die „Mobile Pflege und Betreuung“ (+ 2.065,70 € pro Person), „Häusliche Hilfsdienste“ (+ 1.667,14 €) und die „24-Stunden-Betreuung“ (+ 1.655,61 €) zählen. Demgegenüber fällt die Kostenzunahme bei den therapeutischen Leistungen vergleichsweise gering aus (+ 92,51 € für Logopädie und + 832,61 € für Physiotherapie) bzw. wird in Hinblick auf medizinische Leistungen bei den Ordinationsbesuchen überhaupt eine Kostenreduktion aufgrund der geringeren Inanspruchnahme geschätzt (-18,29 € pro Jahr).

Zusammenfassend lässt sich auf Basis der Schätzungen, die unter Annahme von Minimalkosten für die öffentliche Hand und Krankenkassen erstellt wurden, feststellen, dass die Tätigkeiten und Beratungen der CNs zumindest kurz- bis mittelfristig zu jährlichen Mehrkosten von 6.295,28 € pro Person führen. Mangels einer Kontrollgruppe kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es auch ohne die Intervention der CNs zu ähnlichen Veränderungen gekommen wäre, beispielsweise aufgrund der Alterung der Bevölkerung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Erhebung der Klient:innen handelt.³² Eine exemplarische Schätzung langfristiger Effekte (und damit auch potentieller langfristiger Einsparungen aufgrund eines möglichen längeren Aufenthalts zu Hause) ist unter der folgenden Kennzahl „Langfristige finanzielle Effekte“ in diesem Kapitel zu finden.

Neben den finanziellen Effekten, ausgelöst durch eine veränderte Nutzung medizinischer, therapeutischer oder pflegerischer Leistungen, interessiert auch der finanzielle Effekt, welcher durch Veränderungen in der Pflegestufe ausgelöst wird. Wie bereits erwähnt, sind CNs vielfach in Bezug auf Pflegegeldanträge unterstützend tätig. Dies resultiert gemäß der Zielgruppen-Befragung häufig auch in einer Veränderung der Pflegestufe, die sich bei 256 von 559 antwortenden Klient:innen verändert hat (45,8 %; n=559); bei den weiteren 303 Klient:innen (54,2 %) ist diese gleich geblieben. So zeigt sich ein statistisch höchst signifikanter Unterschied zwischen der Pflegestufe vor und nach der CN-Intervention basierend auf der Zielgruppen-Befragung (Wilcoxon-Test, $p < 0,001$). Der Median lag vor der Intervention bei „keine Pflegestufe“ (Stufe 0) und nach der Intervention bei Stufe 2; der häufigste Wert (Modus) ist „keine Pflegestufe“ sowohl vor (52,1 %) als auch nach der Intervention (29,5 %). Während jedoch hinsichtlich den Pflegegeldstufen zu t_0 die Stufe 1 den höchsten Anteil aller Pflegegeldstufen hat (16,1 %), stellt sich dies zu t_1 mit Stufe 3 anders dar (18,8 %; Tabelle 37).

Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen durch die Veränderung der Pflegegeldeinstufung wird das Betrachtungsjahr 2023 bzw. die entsprechenden Auszahlungsbeträge dieses Jahres herangezogen, wobei diese zwölf Mal monatlich im Nachhinein ausbezahlt werden (Tabelle 37; Bundespflegegeldgesetz - BPGG, BGBl. 110/1993 idF 109/2024). Gemäß der ermittelten Verteilung zur Pflegegeldstufe lag der jährliche durchschnittliche Auszahlungsbetrag pro Person vor der Intervention bei 2.445,13 € bzw. liegt nach der Intervention bei 4.502,14 €. Basierend auf diesen Informationen ergeben sich im Durchschnitt höhere Kosten von 2.057,02 € (+84,1 %) pro Person. Mangels fehlender Kontrollgruppe kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es auch ohne die Intervention der CNs zu Veränderungen bei der Pflegegeldeinstufung gekommen wäre bzw. konnten in DokCN keine signifikanten Änderungen

³² So muss beispielsweise eine Zunahme an physiotherapeutischen Leistungen zum Zeitpunkt der Befragung nicht bedeuten, dass diese für das gesamte Jahr gilt.

eruiert werden.³³ Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass insbesondere Personen im Rahmen der Zielgruppen-Befragung teilgenommen haben, welche im Vergleich zur Grundgesamtheit überdurchschnittlich oft eine CN-Intervention in Anspruch genommen haben.

Tabelle 37: Anteilige Veränderung der Pflegestufe vor und nach der CN-Intervention und Pflegegeldhöhe 2023 (n=559)

Stufe	% t ₀	% t ₁	Veränderung	Pflegegeld 2023 (jährlich)
0	52,1%	29,5%	-22,6%P	
1	16,1%	14,8%	-1,3%P	2.100,00 €
2	13,6%	15,2%	1,6%P	3.872,40 €
3	8,9%	18,8%	9,9%P	6.033,60 €
4	5,4%	11,1%	5,7%P	9.048,00 €
5	2,9%	7,5%	4,6%P	12.290,40 €
6	0,7%	2,7%	2,0%P	17.162,40 €
7	0,4%	0,4%	0,0%P	22.554,00 €

Quelle: ZG-FB, RIS, 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe wurden zusätzlich zur Analyse potenzieller Veränderungen der Pflegegeldstufen auf Basis der Klient:innenbefragung und DokCN Berechnungen durchgeführt, die auf bereitgestellten aggregierten Daten (nach Postleitzahl) des Pflegegeldinformationssystem (PFIF) für die Altersgruppe 65 Jahre und älter fußen. Die Zielsetzung dieser Untersuchung besteht darin, eine Dichotomisierung nach „CN-Gemeinden“ und „Nicht-CN-Gemeinden“ vorzunehmen und auf eventuelle signifikante Unterschiede zu testen.³⁴

Die Zusammenführung der 115 Pilotregionen, die sich insgesamt aus 283 Gemeinden/Katastralgemeinden/Ortschaften/Wahlsprengel usw. zusammensetzen, mit den PFIF-Daten gestaltete sich insofern als herausfordernd, als dass in manchen Pilotregionen „nur“ gewisse Gemeindegebiete bzw. Ortschaften versorgt wurden (z.B. Stadtteil Annabichl für Klagenfurt). Hinsichtlich der oben genannten Dichotomisierung wurde daher insofern vorgegangen, dass nur jene Gemeinden der Pilotregionen mitberücksichtigt wurden, die entweder zur Gänze (CN) oder gar nicht (Nicht-CN bzw. Regelversorgung) versorgt wurden. Demnach wurden jene Gemeinde bzw. die dazugehörigen Postleitzahlen aus der weiterführenden Analyse ausgeschlossen, wo CN „nur“ teilweise ausgerollt wurde. Vor diesem Hintergrund muss hervorgehoben werden, dass Städte in dieser Analyse tendenziell unterrepräsentiert sind, weil dort in vielen Fällen „nur“ eine teilweise Versorgung stattfand (z.B. Wien, Graz, Linz). Demnach sind in der Analyse ländliche Gemeinden mit einem tendenziell höheren Anteil der Bevölkerungsgruppe 65 Jahre oder älter zu Lasten der „jüngeren“ Städte überrepräsentiert.

³³ In DokCN konnten bezüglich der Veränderung der Pflegestufe (n=813) keine signifikanten Unterschiede (Wilcoxon-Test; $p > 0,05$) in der Nutzung festgestellt werden, wobei ausschließlich jene Klient:innen in die Analyse miteinbezogen werden konnten, die zumindest Pflegestufe 1 hatten. Die entsprechenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (siehe Fußnote 14).

³⁴ Diesbezüglich ist anzumerken, dass auch für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen versucht wurde, aggregierte Daten zu bekommen; eine entsprechende Ausfuhr von Daten auf Gemeindeebene durch die ÖGK für das Jahr 2023 aufgrund der Verfügbarkeit der Daten jedoch nicht möglich war.

In der PFIF-Datenbank sind außerdem ausschließlich Informationen zur Postleitzahl und dem Bundesland enthalten. Weil eine Gemeinde mehr als eine Postleitzahl haben kann, wurde unter Zuhilfenahme entsprechender Listen der amtlichen Statistik eine Einfachzuweisung nach Postleitzahl des Gemeindeamtes vorgenommen (Statistik Austria, 2024f); d.h. hier kommt es zu Ungenauigkeiten bei gemeindeübergreifenden Postleitzahlen. Eine weitere Einschränkung betrifft Pilotregionen mit Gemeinden wie Thalheim bei Wels, das ca. 5.548 Einwohner:innen hat. Diese Gemeinde hat mit der Postleitzahl 4600 jedoch dieselbe Postleitzahl wie die nach Einwohner:innenzahl siebtgrößte österreichische Stadt Wels (65.287), die nicht Teil einer CN-Pilotregion ist. Zusätzlich nutzt die Gemeinde Schleißheim (1.441) ebenfalls diese Postleitzahl (des Gemeindeamtes) und ist auch keine CN-Gemeinde. In Hinblick darauf wurde, wie bereits oben erläutert, ebenso das Ausschluss- oder Einschlusskriterium der Eindeutigkeit angewandt bzw. sind entsprechende Postleitzahlen aufgrund der „nur“ teilweisen Versorgung aus der Analyse ausgeschlossen.

In Hinblick auf diese klassifikationstechnischen Limitationen wurden somit 207 von insgesamt 2.222 in der PFIF-Datenbank für die Jahre 2023 und 2024 enthalten Postleitzahlen als CN-Gemeinden bzw. PLZ klassifiziert, was 9,3 % entspricht. Diese Klassifizierung deckt 218 der 283 Gemeinden/Katastralgemeinden/Ortschaften/Wahlsprengele usw. ab, die Teil einer Pilotregion sind (77,0 %). 1.980 Postleitzahlen wurden als Nicht-CN definiert und 35 aus der Analyse ausgeschlossen. Gemäß den zur Verfügung gestellten Monatsdaten hatten im Jänner 2023 österreichweit 358.875 Personen der Altersgruppe 65 Jahre und älter Anspruch auf Pflegegeld, was etwa 20,2 % dieser Altersgruppe entspricht (Statistik Austria, 2024a). Dabei ist gemäß den Daten eine näherungsweise Unterscheidung zwischen Personen, die zuhause oder stationär in einem Pflegeheim betreut werden, möglich bzw. beträgt das Verhältnis 85,8 % (307.890 Personen) zu 14,2 % (50.958 Personen). Hierbei fällt auf, dass die Pflegestufen 1 bis 3 bei der Pflege und Betreuung Zuhause und 4 bis 7 bei der stationären Versorgung dominieren (insgesamt 75,3 % bzw. 81,4 %).

Der Vergleichswert der Anzahl der Anspruchsberechtigten im Jänner 2024 beträgt 369.756 Personen, was einer Zunahme um 3,0 % (oder 10.881) gegenüber Jänner 2023 entspricht (Tabelle 38). In diesem Zusammenhang ist von Interesse, ob es in diesem Vergleichszeitraum signifikante Unterschiede in den Veränderungsraten (in %) zwischen als CN und Nicht-CN klassifizierten Postleitzahlen gibt.

Tabelle 38: Anspruchsberechtigte Personen nach Pflegegeldstufen und näherungsweise Zuordnung nach Betreuungsform, Jänner 2023 und Δ Jänner 2024

Stufe	Zuhause		Stationär		Gesamt		Δ 2023-2024 (abs. in %)
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	
1	95.145	30,9%	594	1,2%	95.739	26,7%	3,9%
2	73.913	24,0%	1.859	3,6%	75.772	21,1%	1,5%
3	62.895	20,4%	7.041	13,8%	69.936	19,5%	2,7%
4	40.867	13,3%	14.546	28,5%	55.413	15,4%	2,9%
5	25.858	8,4%	18.179	35,7%	44.037	12,3%	4,8%
6	6.589	2,1%	6.422	12,6%	13.011	3,6%	3,4%
7	2.623	0,9%	2.344	4,6%	4.967	1,4%	-1,3%
Gesamt	307.890	100,0%	50.985	100,0%	358.875	100,0%	3,0%

Quelle: Pflegegeldinformationssystem (PFIF; 2024); eigene Berechnung und Darstellung

Dem Forschungsinteresse folgend wurden demnach zweiseitige Signifikanztests (t-Tests für die Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben) der jährlichen Veränderungsrate zwischen 2023 und 2024 in CN und Nicht-CN Postleitzahlen nach Pflegegeldstufen und insgesamt durchgeführt, wobei zwischen Pflege zuhause und stationärer Pflege im Pflegeheim unterschieden wurde. Die Auswertung in Tabelle 39 vergleicht die prozentualen Veränderungen der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Gemeinden bzw. Postleitzahlen nach Pflegegeldstufen im Zeitraum Jänner 2023 bis Jänner 2024 bei Pflege in den eigenen vier Wänden. Für alle Pflegegeldstufen sowie die Gesamtveränderung gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 39: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Zuhause, Δ 2023 und 2024 (in %)

Stufe	Durchschnittliche Veränderung			p-Wert
	CN	Nicht-CN	Mittlere Differenz	
1	11,0%	5,6%	5,4%P	0,080
2	4,2%	4,6%	-0,4%P	0,875
3	3,4%	8,4%	-5,1%P	0,060
4	13,3%	12,9%	0,4%P	0,920
5	14,3%	11,4%	2,9%P	0,520
6	0,3%	2,7%	-2,5%P	0,691
7	-7,9%	-14,5%	6,6%P	0,342
Gesamt	4,3%	3,5%	0,8%P	0,376

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: Pflegegeldinformationssystem (PFIF; 2024); eigene Berechnung und Darstellung

Die Wiederholung dieser Analyse der Entwicklung bei der stationären Pflege in Pflegeheimen führt zu einem ähnlichen Ergebnis. Mit Ausnahme von Pflegegeldstufe 6 (33,2 % vs. 11,1 %, p-Wert = 0,021) zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen, was auch für die gesamthafte Betrachtung aller Pflegestufen gilt (Tabelle 40).

Tabelle 40: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Stationär, Δ 2023 und 2024 (in %)

Stufe	Durchschnittliche Veränderung			p-Wert
	CN	Nicht-CN	Mittlere Differenz	
1	-12,7%	-14,1%	1,4%P	0,929
2	-9,3%	-9,7%	0,4%P	0,970
3	1,9%	2,0%	-0,1%P	0,992
4	14,9%	0,9%	14,0%P	0,153
5	8,9%	7,8%	1,1%P	0,925
6	33,2%	11,1%	22,2%P	0,021*
7	17,5%	-0,6%	18,1%P	0,125
Gesamt	7,2%	7,2%	0,0%P	0,999

Anmerkung Signifikanz: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: Pflegegeldinformationssystem (PFIF; 2024); eigene Berechnung und Darstellung

Nachfolgende Berechnungen der Veränderungsrate aller Pflegegeldbezieher:innen in der Pflege zuhause und stationär gesamt, bestätigen größtenteils die nicht signifikanten Veränderungen der

vorangegangenen Analysen (Tabelle 41). Einzig in Pflegegeldstufe 3 (3,1 % vs. 8,1 %, p-Wert=0,029) können signifikante Veränderungsdaten identifiziert werden.

Tabelle 41: Veränderung der anspruchsberechtigten Personen in CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen nach Pflegegeldstufe, Gesamt, Δ 2023 und 2024 (in %)

Stufe	Durchschnittliche Veränderung			p-Wert
	CN	Nicht-CN	Mittlere Differenz	
1	11,0%	5,5%	5,4%P	0,078
2	3,8%	4,4%	-0,6%P	0,824
3	3,1%	8,1%	-5,0%P	0,029*
4	13,8%	12,1%	1,7%P	0,661
5	16,0%	11,3%	4,7%P	0,444
6	12,5%	4,0%	8,5%P	0,250
7	2,3%	-8,2%	10,5%P	0,104
Gesamt	4,9%	3,5%	1,4%P	0,106

Anmerkung: * 5 % Niveau ** 1 % Niveau *** 0,1 % Niveau

Quelle: Pflegegeldinformationssystem (PFIF; 2024); eigene Berechnung und Darstellung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die analysierten aggregierten Daten des Pflegeinformationssystems (PFIF) keine gesamthaften signifikanten Unterschiede in den Veränderungsdaten der Pflegegeldstufe zwischen CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen erkennen lassen: Dies kann einerseits auf den relativ geringen Anteil der direkt erreichten Personen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter von etwa 3,0 % in den CN-Gemeinden/Katastralgemeinden/Ortschaften/Wahlsprengel usw. zurückgeführt werden (vgl. hierzu Abschnitt 3.3.1). Andererseits stellen die Vergrößerung über die Postleitzahlen und somit den Ein- und Ausschluss von Gemeinden wegen teilweiser Überlappung von Gemeindegebieten, der Ausschluss von Gemeinden mit „nur“ teilweiser Versorgung durch CN, und folglich die Überrepräsentierung von ländlichen Gemeinden mit einem tendenziell höheren Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter weitere Einschränkungen dar.

Langfristige finanzielle Effekte

Ergänzend zu den bisherigen Berechnungen wird im Folgenden eine exemplarische Berechnung langfristiger finanzieller Effekte aus Sicht der öffentlichen Hand dargestellt. Zielsetzung der Berechnungen ist es, potentielle Einsparungen durch einen möglicherweise durch CN-Interventionen ausgelösten längeren Verbleib im eigenen Zuhause, den damit verbundenen Kosten (z.B. der CN-Leistungen) gegenüberzustellen. Wie bereits dargelegt, kann die Hypothese, dass sich CN positiv auf einen längeren Aufenthalt in den eigenen vier Wänden auswirkt, im Rahmen des Projektes aufgrund des beschränkten Umsetzungszeitraums nicht geprüft werden. Die nachfolgenden Kosten- und Einsparungsschätzungen weisen daher einen hypothetischen Charakter auf.

Vor diesem Hintergrund werden die folgenden zwei Pflegeszenarien miteinander verglichen: 1. Inanspruchnahme mobiler Betreuungs- und Pflegedienste (inkl. CN) Zuhause und 2. Inanspruchnahme stationärer Betreuungs- und Pflegedienste. Für die Berechnungen werden durchschnittliche Daten auf Basis der amtlichen Statistik herangezogen und die Einsparungen auf einen dreimonatigen, sechsmonatigen und einjährigen Zeitraum hochgerechnet. Betrachtet werden dabei die österreichweiten Nettoaufgaben je betreuter/gepflegter Person des Jahres 2022 in Abhängigkeit der Betreuungsform

„Mobile Betreuungs- und Pflegedienste“ (Statistik Austria, 2024d) und „Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste“ (Statistik Austria, 2024g). Da die Kosten aufgrund der föderalen Strukturen variieren, wurde auch jeweils das Bundesland mit den geringsten und höchsten Einsparungen pro betreuter/gepflegter Person ausgewiesen bzw. werden somit ein Minimum-, Durchschnitts- und Maximumszenario diskutiert.

Für die Kosten von CN wurden die jährlichen (2023) Gesamtkosten pro VZÄ von rund 104.755 € (inkl. anteiliger Begleitkosten der GÖG und des BMSGPK für Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung, Evaluierung etc.; siehe die Kennzahl Kosten der Umsetzung) in Relation zum Versorgungsschlüssel von 3.000 bis 5.000 Einwohner:innen gesetzt (BMSGPK, 2022), daraus resultieren Kosten von 20,95 € bis 34,92 € pro Kopf (bezogen auf die Gesamtbevölkerung bzw. in Abhängigkeit des Versorgungsschlüssels).³⁵ Werden diese Pro-Kopf-Ausgaben ausschließlich auf die Hauptzielgruppe von CN, die Altersgruppe 65 Jahre und älter, umgelegt, welche zu Jahresbeginn 2023 österreichweit 19,0 % ausgemacht haben (Statistik Austria, 2024a), liegen diese in einer Bandbreite von 110,27 € bis 183,78 € pro Kopf.

Die Schätzungen aus Tabelle 42 zeigen, dass sich mit einem hypothetischem 3-monatigen längerem Aufenthalt zuhause bei mobiler anstatt stationärer Pflege ($\Delta 3$), Einsparungen pro gepflegter Person in der Bandbreite von 2.406 € bis 7.636 € für die öffentliche Hand ergeben würden; die oben genannten (max.) Pro-Kopf-Ausgaben für CN von 183,78 € wurden in dieser Berechnung bereits in Abzug gebracht bzw. führen diese angenommenen Höchstkosten pro Kopf zu einer wahrscheinlichen Unterschätzung der Einsparungseffekte. Bei einem Betrachtungszeitraum von einem Jahr ($\Delta 12$) ergäbe sich eine hypothetische Einsparung, die je nach Bundesland von 9.626 € bis 30.545 € reicht; im Durchschnittsszenario werden 19.559 € geschätzt.

Tabelle 42: Schätzung langfristiger Einsparungen durch reduzierte stationäre Pflege je betreuter/gepflegter Person, 2022

Nettoausgaben je betreuter/ gepflegter Person (pro Jahr)	Mobil	Stationär	Schätzung der Einsparungen (abzgl. Kosten CN; in Monaten)		
			$\Delta 3$	$\Delta 6$	$\Delta 12$
Minimal	3.263 €	13.072 €	2.406 €	4.813 €	9.626 €
Durchschnitt (Österreich)	3.331 €	23.074 €	4.890 €	9.780 €	19.559 €
Maximal	5.803 €	36.531 €	7.636 €	15.273 €	30.545 €

Quelle: Statistik Austria, 2024d; Statistik Austria, 2024g; eigene Berechnung und Darstellung

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Berechnung von einer Konstanz der Nutzung medizinischer Dienstleistungen wie Allgemeinmedizin, Fachmedizin und Therapien sowohl im mobilen als auch stationären Pflegeszenario ausgegangen wurde und folglich keine Veränderung an Kosten eingerechnet wurde. Die potentiell kurzfristig entstehenden, zusätzlichen Kosten durch die CN-Intervention (vgl. dazu die Kennzahl zuvor) können damit, sofern dadurch ein längerer Aufenthalt in den eigenen vier Wänden ermöglicht wird, wieder eingespart werden.

³⁵ Diesbezüglich ist zu beachten, dass die Kosten möglicherweise geringer ausfallen, sofern beispielsweise Koordinationstätigkeiten auf nationaler Ebene oder auch Evaluierungsleistungen potentiell reduziert werden.

3.3.4 Regionalwirtschaftliche Effekte

Die regionalwirtschaftlichen Effekte umfassen die Indikatoren „Arbeitsmarktbeteiligung informell Pflegender“, „Regionalwirtschaftliche Nachfrageeffekte“, „Regionale Angebote“ und „Umwelteffekte“.

Arbeitsmarktbeteiligung informell Pflegender

Der erste Indikator enthält drei Subindikatoren: Veränderung der Pflegesituation in Stunden pro Woche, Veränderung der Pflegesituation aus rechtlicher Sicht und die berufliche Situation der Personen, die überwiegend die Pflegeaufgaben übernehmen.

35,4 % bzw. 247 der Befragten der Zielgruppenerhebung gaben an, dass sie mindestens einmal pro Woche jemanden pflegen oder unterstützen (55,3 % „nein“; 9,3 % fehlend; n=698), sie stellen die Gruppe der informell Pflegenden dar; unter ihnen wurde nach einer **Veränderung der Pflegesituation** bzw. des Pflegeausmaßes gefragt. 70,9 % der informell Pflegenden gaben Informationen zum Umfang der Pflege- und Unterstützungstätigkeiten, welche durchschnittlich 34,8 Stunden pro Woche geleistet werden. Die weiterführende Frage, ob sich durch CN die Pflegesituation verändert hat, wurde von 38,9 % bejaht und von 42,1 % verneint. 6,5 % dieser Befragten berichteten von einer **Veränderung der Pflegesituation aus rechtlicher Sicht** bzw. gaben an, dass sie nun als pflegende:r Angehörige:r selbst sozialversichert sind; 12,6 % der Antworten zu dieser Frage wurden als fehlend deklariert, woraus in Summe 100,0 % resultieren. Bei Bejahung der Frage nach der Veränderung der Pflegesituation (n=96) interessierte die Änderung des Pflegeausmaßes, wobei von 10,4 % eine Erhöhung und von 64,6 % eine Verringerung der Pfl egetätigkeit dokumentiert wurde; bei 14,6 % besteht keine Pfl egetätigkeit mehr und von 10,4 % wurden keine Angaben gemacht (Tabelle 43).³⁶

Tabelle 43: Veränderung Pfl egetätigkeit informell Pflegenden durch CN (n=96)

Veränderung der informellen Pflege	abs.	rel.
Erhöhte Pfl egetätigkeit	10	10,4%
Verringerte Pfl egetätigkeit	62	64,6%
Keine Pfl egetätigkeit mehr	14	14,6%
Keine Angaben	10	10,4%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Die dritte Subkategorie bildet die **Berufliche Situation der informell Pflegenden** ab. Von den Befragten (n=247), welche mindestens einmal pro Woche eine Person pflegen oder unterstützen, sind über zwei Drittel (61,1 %) nicht bzw. nicht mehr erwerbstätig. 31,2 % (oder 77 Personen) sind erwerbstätig. Der größte Anteil der Nicht-Erwerbstätigen (n=151) ist in Pension (91,4 %).

Von den 77 Personen, die entweder selbständige oder unselbständige Erwerbsarbeit leisten, gaben 72 Auskunft über den Stundenumfang der Erwerbsarbeit pro Woche (n=72): Dieser liegt im Durchschnitt bei 32,2 Stunden pro Person. Da dieser Wert eine vergleichsweise hohe Streuung aufweist (Standardabweichung 12,4), interessieren in diesem Zusammenhang die Intervalle des

³⁶ Hinsichtlich des Ausmaßes des erhöhten/verringerten Stundenumfanges der informellen Pfl egetätigkeit wurden vergleichsweise wenige Angaben gemacht (n=8; n=5) bzw. reicht dieser Stichprobenumfang (n < 10) nicht aus, um verlässliche Aussagen darüber zu treffen.

Beschäftigungsausmaßes: Auf die Kategorien mehr als 36 Stunden pro Woche und 20 bis 36 Stunden pro Woche verteilen sich mit 45,8 % und 44,4 % in etwa gleich hohe Anteile; auf weniger als 20 Stunden pro Woche entfallen lediglich 9,7 %.

Auf die Frage, ob sich der Erwerbsumfang durch die CN-Leistungen verändert hat, haben lediglich acht Personen derjenigen mit Betreuungs- und Pflegeaufwand, eine Veränderung angegeben: 3 Personen gaben bekannt, dass sie nun mehr arbeiten (Durchschnitt 7,3 Stunden, Standardabweichung 5,9) und 3 Personen gaben an, dass sie weniger arbeiten (durchschnittlich 23,3 Stunden; Standardabweichung 5,8). 2 Personen gaben an, nun nicht mehr erwerbstätig zu sein und 1 Person gab keine näheren Informationen an. Da nur eine geringe Anzahl an Angaben ($n < 10$) resultierten, können keine verlässlichen Aussagen getroffen werden sowie weiterführende Berechnungen durchgeführt werden.

Regionalwirtschaftliche Nachfrageeffekte

Regionalwirtschaftliche Nachfrageeffekte werden aufgrund eines erhöhten Konsums durch potentiell erhöhte Erwerbsbeteiligung informell Pflegender und aufgrund der geänderten Pflegegeldleistung abgebildet.

Aus den Ergebnissen der Zielgruppenbefragung ist kein **Erhöhter Konsum durch potentiell erhöhte Erwerbsbeteiligung informell Pflegender** ($n=247$) ableitbar, da mit 8 Beobachtungen weniger als 10 Personen aus dem Kreis der informell Pflegenden angegeben haben, ihren Erwerbsstatus verändert zu haben, was lediglich 3,2 % entspricht.³⁷ Im Umkehrschluss kam es somit bei 96,7 % zu keiner Veränderung. Wegen des geringen Stichprobenumfanges ($n < 10$) bzw. der u.a. deswegen nicht nachzuweisenden Signifikanz können für diesen Parameter keine potentiellen regionalwirtschaftlichen Nachfrageeffekte berechnet werden.

Anders ist die Situation in Bezug auf potentielle Nachfrageeffekte durch Änderungen in der Pflegegeld-einstufung zu bewerten. Wie aus Abschnitt 3.3.3 ersichtlich, wurde im Rahmen der Zielgruppenbefragung eine statistisch signifikante Erhöhung der Pflegegeldstufe ermittelt. Die Veränderung führte gemäß eigenen Berechnungen durchschnittlich zu zusätzlichen Geldleistungen von 2.057,02 € pro Person pro Jahr. Diese sollen pflegebedingte Mehraufwendungen (z.B. für mobile Pflege und Betreuung) abgelden. Hinsichtlich der Pflegegeldeinstufung ist jedoch abermals darauf hinzuweisen, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine entsprechende oder zumindest teilweise Erhöhung der Pflegegeldstufe innerhalb eines Jahres nicht auch ohne die CN-Interventionen erfolgt wäre, da keine Kontrollgruppe vorliegt. So lassen die analysierten aggregierten Daten des Pflegeinformationssystems (PFIF) keine gesamthaften signifikanten Unterschiede in den Veränderungsraten der Pflegegeldstufe zwischen CN- und Nicht-CN-Postleitzahlen erkennen (vgl. ebenfalls Abschnitt 3.3.3).

Regionale Angebote

Die Kennzahl „Regionale Angebote“ umfasst zusätzliche Mobilitätsangebote, welche durch CN aufgebaut wurden, sowie sonstige Aktivitäten (z.B. organisierte Veranstaltungen und Events).

³⁷ Diesbezüglich ist von Interesse, dass auch bei der geringen Anzahl an vorliegenden Daten keine Tendenz ersichtlich ist; vielmehr ist beinahe eine Gleichverteilung zwischen einer Erhöhung, einer Verringerung und einer Beendigung der Erwerbstätigkeit gegeben.

Die Zielgruppenbefragung ergab in Hinblick auf **Zusätzliche Mobilitätsangebote**, dass 12,6 % Fahrtendienste, welche vom CN-Team durchgeführt wurden, genutzt haben. 64,0 % gaben hingegen an, keinen Bedarf an entsprechenden Leistungen zu haben. Zudem gaben 16,1 % der Befragten an, Fahrtendiensten über Freiwillige, Angehörige etc. stärker genutzt zu haben. Gleiches gilt für 9,6 % bei Fahrtendiensten bestehender Anbieter:innen und 4,8 % bei alternativen Fahrtendiensten (z.B. „Go-Mobil“).

Aus Sicht der CNs hat sich das Angebot von Fahrten- und Mobilitätsdiensten durch CN teilweise verändert. So gaben 15,6 % der CNs an, dass es mehr Angebote an Fahrtendiensten über Freiwillige, Angehörige etc. gibt; ein Wert der für Fahrtendienste über bestehende Anbieter:innen mit 16,0 % annähernd gleich ist. 12,0 % gaben an, dass Fahrtendienste durchgeführt vom CN-Team aufgebaut wurden und 7,1 %, dass es nun mehr alternative Fahrtendienste gibt. Zudem befänden sich weitere Angebote im Aufbau, wobei dies am stärksten für Fahrtendienste über Freiwillige, Angehörige etc. (24,4 %), sowie Fahrtendienste über bestehende Anbieter:innen (13,8 %) gilt, gefolgt von alternativen Fahrtendiensten (7,1 %). 4,9 % gaben zudem an, dass Fahrtendienste, welche von den CNs durchgeführt werden, im Aufbau sind (Tabelle 104).

Bezugnehmend auf zusätzliche regionale **Sonstige Aktivitäten**, gaben vier von fünf Befragten an, dass es mehr Angebote zum Treffen und Austausch für ältere Personen gibt (65,2 % stimmten zu und 15,0 % stimmten eher zu), wohingegen nur 1,9 % diese Einschätzung eher und (1,0 %) sie gar nicht teilten; 16,7 % antworteten mit „weiß nicht/nicht zutreffend“. Auch die CNs führten mit zwei Drittel (61,3 %) an, dass es ein Mehrangebot durch die Pilotprojekte gibt (26,2 % stimmten eher zu); 7,1 % stimmen dahingehend eher nicht zu, 0,9 % stimmten gänzlich nicht zu und 4,4 % gaben eine unspezifische Antwort („weiß nicht/nicht zutreffend“). Des Weiteren stimmen mehr als die Hälfte (56,4 %) der Klient:innen zu, besser über regionale Veranstaltungen Bescheid zu wissen; 23,4 % stimmten eher zu. 2,5 % schätzen dies eher nicht und 1,4 % nicht so ein. Die Vergleichswerte der CNs liegen bei 52,0 % (Zustimmung) bzw. 36,4 % (eher Zustimmung) und 4,4 % (eher Ablehnung) bzw. 0,9 % (Nicht-Zustimmung). 16,4 % der Klient:innen und 6,2 % der CN antworteten mit „weiß nicht/nicht zutreffend“ (Tabelle 44 bzw. Tabelle 105 im Anhang).

Tabelle 44: Sonstige Aktivitäten und Informationen

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen zum Treffen und zum Austausch. (n=633)	65,2%	15,0%	1,9%	1,0%	16,7%
Ich weiß besser, wo ich Informationen über Veranstaltungen in meiner Gemeinde/Region finde. (n=642)	56,4%	23,4%	2,5%	1,4%	16,4%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Als beispielhafte Veranstaltungen nannten die Bürgermeister:innen „Dorffrühstück“, „Senior:innenadvent“, „Spazierrunden“ oder „Trauercafés“ (IP1, IP2, IP3, IP6, IP8). Aber auch Zusammenschlüsse von CNs und anderen ehrenamtlichen Organisationen der Gemeinden oder gemeindeeigene Projekte (wie

„Gesunde Gemeinde“) organisieren gemeinsame Events, wie beispielsweise Gesundheitsworkshops oder Besuchsdienste (IP6, IP8).

Von den CNs bzw. den einzelnen Pilotprojekten wurden in den Projektjahren gruppenorientierte Angebote organisiert: Im Betrachtungsjahr 2023 sind dies 2.769 Veranstaltungen, was etwa 27 Veranstaltungen pro VZÄ entspricht. Dadurch wurden insgesamt 36.096 Personen indirekt erreicht, was im Durchschnitt etwa 13 Teilnehmer:innen pro Veranstaltung bzw. 219 je VZÄ ergibt (Tabelle 45).

Tabelle 45: Anzahl und Teilnehmende gruppenorientierter Angebote pro CN-Projekt, 2023 (n=114)

Gruppenorientierte Angebote	Insgesamt ³⁸	Mittelwert pro VZÄ
Anzahl gruppenorientierte Angebote 2023	2.769	16,78
Anzahl teilnehmende Personen 2023	36.096	218,76

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Umwelteffekte

Als letzte Kennzahl im Rahmen der Wirkdimension „Regionalwirtschaftliche Effekte“ werden die ökologischen Effekte betrachtet, wobei die durch CN ausgelösten zusätzlichen Fahrten und die CO₂ Einsparungen durch den Einsatz von Elektromobilität bewertet werden.

Tabelle 46: Zusätzliche Fahrten durch CNs und Emissionen (CO₂), 2023

Fortbewegungsmittel	Gesamt (in Kilometer)		CO ₂ -Emissionen (in Tonnen)		
	absolut	relativ	absolut	relativ	Δ Fossile Energiequelle (PKW)
Fossile Energiequelle (PKW; n=94) ³⁹	227.157	53,6%	53,9	72,2%	0,0
E-Mobilität (PKW; n=82) ⁴⁰	191.959	45,3%	20,8	27,8%	24,8
E-Bike (Fahrrad; n=43) ⁴¹	4.740	1,1%	0,0	0,0%	1,1
Gesamt	423.856	100,0%	74,7	100,0%	25,9

Quelle: DokCN, Österreichisches Umweltbundesamt (2024), Deutsches Umweltbundesamt (2024), eigene Berechnung und Darstellung

In Bezug auf die **Zusätzlichen Fahrten durch CN** wurden für das Jahr 2023 insgesamt 423.856 gefahrene Kilometer von den CNs dokumentiert; dies entspricht im Durchschnitt 2.569 Kilometer pro CN bzw. VZÄ, wovon mehr als die Hälfte (53,6 %) durch mit fossilen Brennstoffen betriebene Fahrzeuge

³⁸ Angaben pro Pilotprojekt; Doppelungen wurden ausgeschlossen; bei unterschiedlichen Angaben innerhalb eines Projektes wurde die höchste Anzahl für die Berechnung herangezogen.

³⁹ Die (direkten und indirekten) Gesamtemissionen (CO₂) in Gramm je Fahrzeugkilometer (g/Fkm) in der Kategorie „PKW-Durchschnitt Benzin+Diesel“ betragen lt. den Emissionskennzahlen 237,4 g/Fkm (Datenbasis 2022; Umweltbundesamt (2024)).

⁴⁰ Die Gesamtemissionen (CO₂) betragen 108,2 g/Fkm bzw. wurde die Kategorie „Battery Electric Vehicle (BEV; Ö. Stromaufbringung inkl. Importen)“ mit den höchsten Emissionswerten herangezogen, sodass potentielle CO₂-Einsparungen tendenziell eher unterschätzt werden würden (Umweltbundesamt (2024)).

⁴¹ Die CO₂-Äquivalente in Gramm je Personenkilometer (g/Pkm) in der Kategorie „E-Bike“ betragen 3 g/Pkm (Deutsches Umweltbundesamt (2024)).

durchgeführt wurden. Dahinter folgen Fahrten mit emissionsärmeren Elektroautos, auf die sich etwas weniger als die Hälfte konzentrieren (45,3 %); die restlichen Kilometer wurden mit E-Bikes zurückgelegt (1,1 %; Tabelle 46).

Für die Berechnung der **Einsparung von CO₂ durch den Einsatz von Elektromobilität** wird auf die oben genannten Kilometer zurückgegriffen bzw. die CO₂ Belastung nach Fahrzeugtyp herangezogen. Daraus resultieren in Summe direkte und indirekte Emissionen (CO₂) von 74,7 Tonnen, wovon 72,2 % auf die vergleichsweise emissionsstarke Kategorie „Fossile Energiequelle (PKW)“ entfallen, während die anderen beiden Fortbewegungsmittel vergleichsweise wenig Emissionen auslösen (E-Mobilität: 27,8 % bzw. E-Bike: 0,0 %). Sofern alle Fahrten mit fossil betriebenen PKWs durchgeführt worden wären, hätte die Emissionsbelastung 100,6 Tonnen betragen; d.h. durch den Einsatz der Elektromobilität wurden 25,9 Tonnen CO₂ eingespart (Tabelle 46).

3.4 Zusammenfassung zur ökonomischen Analyse

Die ökonomische Analyse verfolgte die Zielsetzung, Kosten- und Nutzenabwägungen, welche durch CN hervorgerufen werden, breit darzustellen. Dazu wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse im weiteren Sinne durchgeführt, im Rahmen welcher Kosten- und Nutzenparameter umfassend und in natürlichen Einheiten dargestellt wurden. Für die Analyse wurden insgesamt 54 Kennzahlen ausgewählt, subsumiert unter den Wirkdimensionen „Gesundheits- und Pflegeversorgung“, „Gesundheitszustand“, „Finanzielle Aspekte“ und „Regionalwirtschaftliche Effekte“. Abgesehen von eigens durchgeführten empirischen Erhebungen bei den CNs sowie den Klient:innen flossen auch Daten aus dem Dokumentations-tool DokCN, Informationen der Auftraggeberin sowie sekundärstatistische Daten in die Analyse mit ein. Betrachtungszeitraum war das Jahr 2023.

Die folgende Tabelle 47 fasst die Kosten- und Nutzenaspekte in den vier Dimensionen zusammen. In Bezug auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung lässt sich festhalten, dass im Jahr 2023 über 100.000 Kontakte durch die CNs zu Klient:innen erfolgten. Dies führte zu einem Rückgang an Besuchen bei Hausärzt:innen und zu einer höheren Zufriedenheit der Klient:innen mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Nach Angaben der Klient:innen konnten die CNs dazu beitragen, Lücken in der Gesundheits- und Pflegeversorgung als auch Gesundheitsrisiken und Erkrankungen aufzudecken, mit der Folge einer Stärkung der Gesundheitskompetenz. Kurzfristig führten die Beratungen auch zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme von Physiotherapie und Logopädie, sowie von häuslichen Hilfsdiensten, der mobilen Pflege und Betreuung und der 24-Stunden-Betreuung. Darüber hinaus ist auf der Kostenseite anzuführen, dass durch das neue Tätigkeitsfeld von CN die Nachfrage nach diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen steigt.

Die Versorgung durch die CNs führt dazu, dass der Gesundheitszustand von den Klient:innen subjektiv als deutlich verbessert bewertet wird, als auch die Lebensqualität und das Wohlbefinden von informell Pflegenden. Finanziell betrachtet, schlägt sich diese Betreuung jedoch mit knapp 105.000 € an Kosten pro CN pro Jahr nieder. Zudem ist kurzfristig mit höheren Kosten von rund 6.300 € pro Person pro Jahr durch die vermehrte Inanspruchnahme therapeutischer und pflegerischer Leistungen zu rechnen. Gelingt es allerdings, durch die CN-Intervention einen potenziellen Aufenthalt in einem Pflegeheim zu

Gunsten mobiler Pflege und Betreuung zu verhindern oder hinauszuzögern, können langfristig Einsparungen von rund 20.000 € jährlich pro Person (österreichischer Durchschnitt) erzielt werden.

Tabelle 47: Zusammenfassung Kosten und Nutzen je Wirkdimension

Wirkdimension	Kosten	Nutzen
Gesundheits- und Pflegeversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristig erhöhte Leistungsanspruchnahme von Physiotherapie und Logopädie • Erhöhte Inanspruchnahme häuslicher Hilfsdienste, mobiler Pflege und Betreuung und 24-Stunden-Betreuung • Erhöhte Nachfrage an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • 105.514 Kontakte durch CN in 2023 (639 je VZÄ) • Kurzfristig Rückgang an Besuchen bei Hausärzt:innen • Höhere Zufriedenheit mit Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen • CNs tragen zur Aufdeckung von Lücken in Gesundheits- und Pflegeversorgung bei • CNs tragen zur Erkennung von Gesundheitsrisiken und Erkrankungen bei • Gestärkte Gesundheitskompetenz
Gesundheitszustand		<ul style="list-style-type: none"> • Deutliche Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes der Klient:innen • Deutliche Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens informell Pflegenden
Finanzielle Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Knapp 105.000 € an Kosten pro CN pro Jahr (inkl. Begleitkosten) • Kurzfristig höhere Kosten durch verstärkte Inanspruchnahme einzelner therapeutischer und pflegerischer Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Deutliches Einsparungspotential sofern durch CN der Aufenthalt im eigenen Zuhause verlängert bzw. ein Heimaufenthalt (zu Gunsten mobiler Pflege) hinausgezögert wird
Regionalwirtschaftliche Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlich ausgelöste Fahrten (mehrheitlich durch mit fossilen Brennstoffen betriebenen Fahrzeugen), aber Einsparung von Emissionen durch den partiellen Einsatz von Elektromobilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiell positive Nachfrageeffekte durch höheren Pflegegeldbezug • Zusätzliche Mobilitätsangebote in der Region • Angebot an zusätzlichen Aktivitäten für ältere Personen in der Region (z.B. Senior:innenfrühstück)

Quelle: eigene Darstellung

Darüber hinaus kann aus regionalwirtschaftlicher Perspektive davon ausgegangen werden, dass durch CN positive Nachfrageeffekte in der Region entstehen und auch die Angebote für ältere Personen im Bereich Mobilität aber auch generell (z.B. Veranstaltungen für ältere Personen wie Senior:innenfrühstück) erhöht werden. Indirekt kann daher davon ausgegangen werden, dass neben den oben dargestellten direkten Kontakten ein noch größerer Personenkreis erreicht wird. Aus ökologischer Perspektive ist davon auszugehen, dass es durch CN zu einer zusätzlichen Belastung der Umwelt kommt (zusätzliche Fahrten), allerdings werden durch den partiellen Einsatz bzw. die Förderung von Elektromobilität Emissionen deutlich eingespart.

Die Ergebnisse der ökonomischen Analyse stehen damit weitgehend im Einklang mit bisherigen Analysen, in welchen mehrfach eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine höhere Zufriedenheit der versorgten Bevölkerung bestätigt wurde (Lukewich et al., 2022). Die aus der Literatur vermutete Ableitung, dass CNs zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme führen, dies tendenziell jedoch eine Früherkennung vermuten lässt (Buzath & Zechmeister-Koss, 2023), lässt sich mit den vorliegenden Daten ebenfalls partiell nachweisen. Auch die hier berechnete Kostensteigerung ist demnach erwartbar, da Präventionsmaßnahmen meist mit einer Kostensteigerung verbunden sind. Während in der Literatur die Effekte auf Pflegeheimeinzüge divergierend dargelegt werden (Kapitel 3.1), zeigen sich im Rahmen der vorliegenden Analyse basierend auf Daten der amtlichen Statistik keine signifikanten Unterschiede zwischen CN- und Nicht-CN Regionen in der Veränderungsrate von Pflegegeldbezieher:innen im stationären Setting. Die hypothetischen Berechnungen langfristiger finanzieller Effekte weisen jedoch auf bestehendes Einsparungspotential hin, sofern durch CN ein längerer Verbleib im eigenen Zuhause (bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von mobiler Pflege und Betreuung) unterstützt werden kann. Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass national unterschiedliche Berufsbilder und Aufgabengebiete von CNs einen länderübergreifenden Vergleich von Wirkungen erschweren.

In Bezug auf die hier dargestellten Ergebnisse sind auch die Limitationen der Untersuchung zu betonen. So liegt keine Kontrollgruppe vor, mit der Folge, dass nicht überprüft werden kann, ob Verhaltensänderungen nicht auch ohne eine CN-Betreuung stattgefunden hätten. Des Weiteren führten Datenlücken im Dokumentationssystem DokCN mitunter zu Restriktionen im Rahmen der Auswertung. Auch bezüglich der Befragung der Klient:innen ist insofern ein Bias gegeben, als dass vermehrt Personen teilgenommen haben, welche CN-Leistungen überdurchschnittlich stark genutzt haben. Ebenso ist hervorzuheben, dass nicht überprüft werden kann, ob Verhaltensänderungen auch nachhaltig bestehen bleiben (z.B. weniger Besuche bei Hausärzt:in, höhere Inanspruchnahme von Physiotherapie), oder nur kurzfristige Phänomene darstellen; langfristige Effekte sind aufgrund des begrenzten Umsetzungszeitraums nicht nachweisbar. In diesem Zusammenhang wäre für folgende Analysen eine Paneluntersuchung inklusive Kontrollgruppe anzustreben.

4 Resümee

4.1 Fazit der Gesamtevaluation und Beantwortung der Forschungsfragen

Die wissenschaftliche Begleitevaluation der Pilotierung von Community Nursing in Österreich verfolgte das Ziel, die Wirkungen von CN umfassend zu analysieren und beinhaltete dazu eine sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Begleitevaluation sowie eine ökonomische Analyse zur Bewertung der Kosten und Nutzen von Community Nursing. Die in der Einleitung (Kapitel 1.1) formulierten Fragestellungen waren Teil des Ausschreibungsprozesses und somit leitend für die Begleitevaluation der Pilotierung von Community Nursing Österreich, die von Mai 2022 bis Dezember 2024 erfolgte. Auf die Beantwortung dieser Fragestellungen wird im Gesamtresümee des Endberichts Bezug genommen. Die dem Resümee zu Grunde liegende Ergebnisdarstellung und Diskussion der Outcomes laut Wirkmodell sowie der ökonomischen Analyseergebnisse sind in Kapitel 2 und 3 dargestellt.

Im Zuge der formativen und summativen Evaluation von Community Nursing Österreich wurden unterschiedlichste Daten erhoben, um Wirkmechanismen von Community Nursing Österreich zu identifizieren, und in weiterer Folge Wirkungen aufzeigen zu können. Dies beinhaltete zu Beginn der Evaluierung zum einen eine detaillierte, systematische Literaturrecherche nationaler sowie internationaler Quellen und zum anderen die Befragung von nationalen und internationalen Expert:innen aus den Fachbereichen Public Health, Community Health Nursing, Angewandte Pflegewissenschaft, Volkswirtschaft, Sozialwissenschaft, Technik, Recht und Soziale Arbeit. Basis für die formative Evaluierung bildeten in weiterer Folge Fokusgruppen mit den Umsetzer:innen, d.h. Community Nurses und Projektleitungen/-träger:innen, sowie Interviews mit Zielgruppenangehörigen und Workshops mit Personen der Umsetzungsstelle Gesundheit Österreich GmbH zu Input- und Kontextfaktoren. Die Analyse der Monitoringberichte sowie die Auswertung der Daten aus der Dokumentationssoftware DokCN erfolgten zu mehreren Zeitpunkten im Projektverlauf und flossen damit in die formative als auch summative Evaluierung mit ein. Die Basis für die summative Evaluierung bildeten schließlich eine quantitative Fragebogenerhebung bei Community Nurses, eine quantitative Fragebogenerhebung bei Klient:innen von Community Nursing, qualitative Bürgermeister:innen-Interviews, die qualitative Erarbeitung von Falldarstellungen zu Good-Practice-Beispielen mit Community Nurses sowie die Auswertung und Analyse sekundärstatistischer Daten (z.B. aus dem Pflegegeldinformationssystem).

Die gewonnenen Daten flossen in die sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche sowie ökonomische Analyse ein und werden nun – im Sinne eines Mixed-Methods-Approach – miteinander verknüpft und zusammenfassend dargestellt.

Im Rahmen der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Begleitevaluation standen die Ebenen der Zielgruppe der älteren Menschen und ihrer An- und Zugehörigen sowie der Community Nurses im Fokus. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Daten auf den gesamten Evaluierungszeitraum (2022-2024) beziehen. Im Rahmen der ökonomischen Analyse wurden 54 Kennzahlen zu Kosten- und Nutzenaspekten von Community Nursing erhoben. Dabei flossen Informationen aus den empirischen Erhebungen mit den CNs sowie Klient:innen, dem Dokumentationstool DokCN und sekundärstatistische Daten mit ein. Um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurde der Fokus der ökonomischen Analyse, im Gegensatz zum Betrachtungszeitraum der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Evaluation (2022-2024), auf das Jahr 2023 gelegt. Resümierend können auf Basis der Ergebnisse der summativen Evaluation die folgenden Erkenntnisse zu den in der Einleitung präsentierten Fragestellungen festgehalten werden.

Auf Ebene der Zielgruppe der älteren Menschen wurden die Ergebnisse im Zuge der formativen Evaluation aus den qualitativen Interviews mit den Zielgruppenangehörigen und in der summativen Evaluation von der quantitativen Befragung der Zielgruppe und den Community Nurses sowie von der qualitativen Erarbeitung von Falldarstellungen abgeleitet. Die Erkenntnisse zeigen, dass die **Gesundheit von Individuen, Familien und Gruppen durch präventive Maßnahmen und die kontinuierliche Betreuung durch die Community Nurse verbessert** werden kann. Durch das niederschwellige und wohnortnahe Angebot Community Nursing wird es möglich, dass Personen in den Regionen eine Ansprechperson in allen gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen haben, die auch das **Schnittstellenmanagement zu anderen Berufsgruppen im Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich laut GuKG** übernimmt. Vor allem anhand der qualitativen Daten im Rahmen der Good-Practice Falldarstellungen geht hervor, dass die Klient:innen und ihre An- und Zugehörigen durch die Community Nurses z.B. bedarfsgerechte Unterstützung bei Krankenhausentlassungen erhalten, wodurch längerfristig die Anzahl an Wiederaufnahmen ins Krankenhaus minimiert werden könnte. In den Befragungen der Klient:innen von Community Nursing wurde besonders die individuelle Beziehung zur Community Nurse und das damit verbundene Vertrauen hervorgehoben, das entscheidend dazu beiträgt, Angebote im Gesundheits- und Pflegebereich in Anspruch zu nehmen. Die quantitativen Daten der summativen Fragebogenerhebungen – jedoch vielmehr die qualitativen Daten (Falldarstellungen und Interviews mit Zielgruppenangehörigen) – haben auch im kurzen Erhebungs- und Beobachtungszeitraum der Pilotierung und Evaluierung gezeigt, dass ein **längerer Verbleib im eigenen Zuhause** durch unter anderem Beratung, Edukation, Wohnraumadaptionen oder auch mobile Unterstützungsleistungen erreicht werden kann. Dies wird in erster Linie durch die **Vermittlung von Angeboten auf Basis individueller Bedarfe**, die die Community Nurse in ihrer Rolle als DGKP gemeinsam mit den Klient:innen umfassend erhebt, erreicht. Die Community Nurse berät ältere Personen in ihrem Wohnumfeld zu häuslicher Pflege und Unterstützung, bietet Hilfe bei alltäglichen Aufgaben und bei der Anpassung des individuellen Wohnraums. Durch Schulungen und Beratungen von Klient:innen – älteren Personen aber auch pflegenden/betreuenden An- und Zugehörigen – wird die **Selbsthilfe- sowie die Selbstpflegefähigkeit gestärkt**. Community Nursing trägt entscheidend dazu bei, dass Personen in der Lage sind, ihre gesundheitlichen und pflegerischen Bedürfnisse selbstbestimmt bewältigen können. So zeigt sich auch in den Daten, dass die **Lebensqualität und das Wohlbefinden der Klient:innen tendenziell gesteigert wurde**. Für einen aussagekräftigen quantitativen Nachweis der physischen und psychischen Wirkungen in diesen Bereichen sind jedoch längerfristige und weitergehende Erhebungen erforderlich.

Gleichzeitig wird durch das Vorhandensein einer kontinuierlichen Ansprechperson und ihrer Beziehung zu den Bürger:innen und Stakeholder:innen in der Region **Problemen des Alters wie Einsamkeit und sozialer Isolation** begegnet. Dies zeigte sich in den Auswertungen der Daten der quantitativen Fragebogenerhebung bei der Zielgruppe und den Community Nurses sowie der qualitativen Falldarstellungen im Zuge der summativen Evaluation, aber auch in den Fokusgruppen mit Umsetzer:innen und Interviews der Zielgruppenangehörigen im Rahmen der formativen Evaluation. Durch regelmäßige Besuche, Sprechstunden oder die Initiierung und Organisation von sozialen Aktivitäten werden Formate geschaffen, die von einzelnen Personen zur Vernetzung genutzt werden und so zur Minderung der Einsamkeit beitragen können. Zudem fördern diese Programme – die regionsspezifisch und bedarfsgerecht auf die Bürger:innen abgestimmt sind – den sozialen Austausch und auch das Gemeinschaftsgefühl. Durch die Vernetzung der Community Nurse mit regionalen Stakeholder:innen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Kultur etc. wird es möglich insbesondere auch ältere Personen, deren Risiko für Einsamkeit oder soziale Isolation höher ist, in **soziale Netzwerke** einzubringen und so Unterstützung

in diesem Bereich zu bieten. Beispiele, wie die Initiierung von Fahrtendiensten oder Nachbarschaftsdiensten, heben hervor, dass soziale Unterstützung und Integration in den Regionen durch das Wirken der Community Nurse gestärkt werden können. Neben diesen Effekten auf Individuen- und Gruppenebene ist insbesondere in den qualitativen Daten (siehe beispielsweise Ergebnisse der Bürgermeister:innen-Interviews) zu erkennen, dass die Community Nurse auch dazu beitragen kann, dass die Gemeinde als Lebensmittelpunkt attraktiver wird.

Laut dem Aufgaben- und Rollenprofil von Community Nursing, das im für den österreichischen Kontext angepassten PHIW festgehalten ist, arbeiten Community Nurses eng mit **regionalen Akteur:innen und Stakeholder:innen im Bereich Gesundheitsförderung, Pflege und Soziales** zusammen. Es zeigt sich in den gewonnenen qualitativen Daten der Falldarstellungen, dass die Rolle Community Nursing hier eine Drehscheibe zur Vernetzung im Sinne einer koordinierten und umfassenden Versorgung sicherstellen kann. Um dies weiterentwickeln zu können, ist es erforderlich, dass bei allen Akteur:innen ein einheitliches Rollenverständnis – auch in Abgrenzung zu anderen Berufsfeldern – existiert. Die summative Evaluation zeigte, dass dies in einigen Bereichen bereits sehr gut funktioniert, in anderen Bereichen jedoch noch Entwicklungspotential besteht. Die **Identifikation von lokalen/regionalen Akteur:innen und Netzwerken der Gesundheitsförderung und Pflege** gelang nach Einschätzung der Community Nurses sehr gut. Die Vernetzung war jedoch sehr stark abhängig von der Möglichkeit, die eigene Rolle auch zu kommunizieren und von der Offenheit, Synergien zu finden und dadurch nachhaltige Netzwerke aufzubauen. In den Ergebnissen der formativen Evaluation zeigten sich die Bereitschaft für interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Entwicklung von Netzwerken in der Gemeinde einerseits als bedingende Faktoren für gelingende Kooperation, andererseits aber auch als große Herausforderung im Tätigkeitsbereich der Community Nurses. Auch in den qualitativen Falldarstellungen der summativen Evaluation wird sichtbar, dass Community Nurses zum einen die Vernetzung mit regionalen Gesundheitsanbieter:innen und Netzwerkpartner:innen, wie Sozialarbeiter:innen, dem Entlassungsmanagement oder bestehenden länderspezifischen Koordinations- und Vernetzungsstellen (z.B. Pflegedrehscheibe Steiermark, CareManagement Tirol oder Koordination für Betreuung und Pflege Oberösterreich) als hilfreich nennen, zum anderen aber schnell an Grenzen stoßen, wenn diese Verbindungen zur multiprofessionellen sowie interdisziplinären Vernetzung der Stakeholder:innen in der Region nicht vorhanden sind. Die Etablierung dieses neuen Handlungsfeldes der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich kann daher nicht alleinige Aufgabe der Community Nurses sein, sondern muss durch entsprechende staatliche und strukturelle Ressourcen begleitet werden.⁴² Ziel dabei ist die Förderung eines einheitlichen Konzeptverständnisses von CN, die Anerkennung von Rolle, Ziel und Zweck von Community Nursing sowie die Stärkung der Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Beispiel hierfür könnte die Eröffnung von Prozessen zur Stärkung fallspezifischer Zusammenarbeit in Form von multiprofessionellen und interdisziplinären Teams sein. Dazu bedarf es entsprechend belebter Netzwerke von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, in denen konkrete

⁴² Im OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) wird ein weiterer Entwicklungsbedarf in Österreich zur Stärkung der Primärversorgung und Verbesserung der Koordination zur weiteren Reduktion der strukturellen und finanziellen Fragmentierung des Gesundheitssystems beobachtet. Verwiesen wird dabei hauptsächlich auf die Errichtung der Primärversorgungszentren und -netzwerke (siehe dazu: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Austria: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, S. 13). Die Verknüpfung mit Community Nursing im Sinne eines Primary Health Care Systems wäre hier jedenfalls mitzudenken.

Vorstellungen von den Kompetenzen und Aufgabenprofilen der beteiligten Berufsgruppen bestehen. In multiprofessionellen und interdisziplinären Teams werden Prävention und Gesundheitsförderung in einem multiperspektivischen Verständnis von Gesundheit fokussiert und Vernetzungsaufgaben in Bezug auf medizinisch-pflegerische aber auch psychosoziale Angebote übernommen. Die Stärkung und Intensivierung von interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wird dazu ebenfalls nötig sein.⁴³

In Hinblick auf die im Wirkmodell Community Nursing identifizierten Wirkdimensionen der Pilotierung wird es zukünftig erforderlich sein, Daten systematisch zu erfassen und auszuwerten, um **Rückschlüsse auf Outcomes von Community Nursing** zu ziehen. Dies ermöglicht darüber hinaus eine kontinuierliche Verbesserung der Angebote und Maßnahmen über den Zeitraum der Pilotierung hinaus.

Die Ergebnisse der Evaluation der Wirkungen auf *Ebene der Community Nurses* (quantitative Befragung der Community Nurses und der Zielgruppe) legen dar, dass sich der **Gegenstandsbereich Community Nursing bei der älteren Bevölkerung in Österreich** insbesondere auf die Bereiche der akuten, nachhaltigen Versorgung (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt), der Prävention, dem Aufbau von Selbsthilfe- und Selbstpflegekompetenzen sowie der Betreuung und Unterstützung konzentriert und in den Pilotregionen hier qualitativ von einer Verbesserung der Situation ausgegangen werden kann. Wenngleich die Bezeichnung Community Nursing neu und durch den englischen Begriff zunächst unklar war – wie u.a. in den Interviews mit der Zielgruppe im Zuge der formativen Evaluation sichtbar wurde – konnte diese im Verlauf der Pilotierung in der Praxis Verankerung finden. Community Nursing als bevölkerungsorientiertes, wohnortnahes und aufsuchendes Angebot unterstützt das Setzen von präventiven Maßnahmen und die Gesundheitsförderung. Dies kann gelingen, wenn die bedingenden Faktoren (siehe Change-Modell im Supplement) erfüllt sind und die Umsetzung des Handlungsfeldes Community Nursing dadurch unterstützt wird. Die Evaluation zeigt, dass die **Umsetzung des Aufgabenprofils** dann gut funktioniert, wenn die entscheidenden Rahmenbedingungen (strukturelle Rahmenbedingungen, staatliche Unterstützungen, entsprechende Aus- und Weiterbildungen der CNs etc.) vorhanden und die Rollen klar und verständlich für alle Akteur:innen und Stakeholder:innen sind. Dafür konnten Nachweise u.a. in den qualitativen Falldarstellungen und Fokusgruppen mit Umsetzer:innen gefunden werden. Der Output, die **Leistungen und Aktivitäten der Community Nurses**, konzentrierte sich in der Pilotierung vorwiegend auf die Bereiche „Information, Edukation und Beratung“, „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“ sowie „Monitoring und Erhebung“ (siehe Kapitel 2.3.1 und Anhang 1). Für die Weiterführung von Community Nursing ist es erforderlich, die einzelnen Bereiche differenzierter zu betrachten und das gemeinsame Verständnis der Bereiche zu schärfen. Im Zuge der Pilotierung und der Evaluation zeigte sich, dass diese Zuordnung der Aktivitäten zu den einzelnen Bereichen teilweise mit Herausforderungen verbunden ist und Begriffsabgrenzungen schwierig sind. Community Nursing ist ein neues Handlungsfeld in Österreich und daher wird es in weiterer Folge für

⁴³ Erläuterungen im Positionspapier des Ausschusses der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) zum aktuellen Stand und den Zukunftsperspektiven der interprofessionellen Ausbildung von Gesundheitsberufen in Österreich weisen darauf hin, dass die Wichtigkeit interprofessioneller Ausbildungen für eine integrierte Gesundheitsversorgung auf unterschiedlichen Ebenen erkannt wird, deren Umsetzung jedoch noch größtenteils aussteht. (siehe dazu: Kaap-Fröhlich S, Ulrich G, Wershofen B, Ahles J, Behrend R, Handgraaf M, Herinek D, Mitzkat A, Oberhauser H, Scherer T, Schlicker A, Straub C, Waury Eichler R, Wesselborg B, Wittl M, Huber M, Bode SF. Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook. GMS J Med Educ. 2022;39(2):Doc17, <https://doi.org/10.3205/zma001538>)

die systematische Weiterentwicklung auch notwendig sein, das Aufgabenprofil aus der Theorie in der praktischen Anwendung zu vertiefen, also spezifische Aus- und Weiterbildungen in diesem Handlungsfeld zu etablieren. Damit einher geht auch eine begleitende Analyse der **Rahmenbedingungen, unter denen die Leistungserbringung von Community Nursing** erfolgt.

Community Nursing stellt laut den qualitativen und quantitativen Daten, die direkt in der Gruppe der CNs erhoben wurden, ein **attraktives Berufsfeld** für DGKP dar, das vielfältige Aufgaben und Entwicklungsmöglichkeiten im Vergleich zu bisher etablierten Handlungsfeldern in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich bietet. Zudem ermöglicht es eine enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen, der Gemeinschaft sowie ein Mitgestalten von regionalen Entwicklungsplänen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Für die Ausübung von Community Nursing sind **spezifische Kompetenzen** erforderlich, darunter vertiefende Kenntnisse und Kompetenzen in Gesundheitsförderung, Prävention und Pflegekoordination, Pflegediagnostik sowie auch Edukation, Wissensvermittlung, Schulung und Beratung. Fort- und Weiterbildungen sind essenziell, insbesondere in Bereichen, die über die bisher etablierten Handlungsfelder der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich hinausgehen. **Weiterbildungsmaßnahmen**, wie spezialisierte Masterstudiengänge und Fortbildungen, unterstützen den Kompetenzerwerb im Bereich Community Nursing. Diese Programme sollen die notwendigen **Kenntnisse und Fähigkeiten für die Praxis** vermitteln (vorwiegend bezogen auf Pflegediagnostik; herangezogen können auch die Interventionsbereiche des PHIW im Zusammenhang mit dem GuKG werden, insbesondere bezogen auf die Kompetenzbereiche, die in §14 und §16 im GuKG verankert sind). Ausbildungsprogramme mit dem Fokus auf diese Inhalte müssen entwickelt und/oder weiterentwickelt werden und sind zukünftig für die Implementierung von Community Nursing als Regelangebot sowie für eine Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils von CN in Österreich erforderlich. **Effektive Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen** sind entscheidend für den Erfolg von Community Nursing und die Community Nurses sollen darauf vorbereitet sein, diese Strukturen entsprechend zu identifizieren. Dies umfasst die Zusammenarbeit mit lokalen Gesundheits- und Sozialdiensten, sozialen Einrichtungen und anderen relevanten Akteur:innen und Stakeholder:innen in den Regionen. Die Ergebnisse der Gesamtevaluation von Community Nursing Österreich konnten nicht identifizieren, welche Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen als besonders effektiv und zielführend betrachtet werden können, weil diese von den spezifischen Rahmenbedingungen in den Regionen abhängig sind.

Die Ergebnisse der ökonomischen Analyse zeigen, dass die über 105.000 Kontakte zu Klient:innen im Jahr 2023 zu einem Rückgang an Besuchen bei Hausärzt:innen und zu einer höheren Zufriedenheit der Klient:innen mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen führten. CNs trugen dazu bei, die Gesundheitskompetenz zu erhöhen, Lücken in der Versorgung sowie Gesundheitsrisiken und Erkrankungen aufzuzeigen. Damit verbunden kam es jedoch zu einer erhöhten Inanspruchnahme diverser Leistungen des Gesundheits- und Pflegebereichs (z.B. Physiotherapie, häusliche Hilfsdienste, mobile Pflege und Betreuung). Kurzfristig ist daher mit erhöhten Kosten für therapeutische und pflegerische Leistungen zu rechnen, zusätzlich zu den Kosten für die Finanzierung der CNs.

Sowohl die Klient:innen als auch die informell Pflegenden beurteilten ihren Gesundheitszustand durch die Versorgung der CNs als deutlich besser. Sofern es durch die CN-Intervention gelingt, Personen länger im eigenen Zuhause zu betreuen, würde dies langfristig zu Einsparungen für das österreichische Gesundheitssystem führen. Diesbezüglich ist jedoch – insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels – zu beachten, dass durch CN die Nachfrage nach diplomierten Gesundheits- und

Krankenpflegepersonen zusätzlich steigt. Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass die quantitative Befragung der Community Nurses zeigte, dass nach deren Einschätzung die Attraktivität der Gesundheits- und Krankenpflege durch CN gesteigert wird. In den qualitativen Erhebungen der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Analyse im Zuge der formativen Evaluation gaben die befragten Community Nurses in den Fokusgruppen darüber hinaus an, dass dadurch auch ein längerer Verbleib in diesem Handlungsfeld ermöglicht werden kann. Ergänzend dazu zeigen die volkswirtschaftlichen Analysen, dass auch die regionale Wirtschaft von CN durch positive Nachfrageeffekte in der Region sowie durch zusätzliche Angebote für ältere Personen im Bereich Mobilität sowie bei Veranstaltungen profitiert.

4.2 Limitationen und Empfehlungen für einen weiteren Monitoring- und Evaluierungsplan

Aufgrund der kurzen Laufzeit der Pilotierung ist es im Zuge der summativen Evaluation möglich kurzfristige Wirkungen nachzuweisen; insbesondere für die quantitative Messung von mittel- und langfristigen Wirkungen ist die Laufzeit zu gering, um eine verlässliche Aussage treffen zu können. Hierfür wäre eine kontinuierliche Projektumsetzung in den Pilotregionen von zumindest drei Jahren (mittelfristig) bzw. fünf Jahren und länger (langfristig) erforderlich. In Verbindung mit qualitativen Daten lassen sich jedoch Tendenzen in Bezug auf mögliche Wirkungen abbilden, wie in der Ergebnisdarstellung und Diskussion ersichtlich wurde.

Zudem ist als Limitation anzuführen, dass keine Kontrollgruppe für die Evaluierung gegeben war, mit der Folge, dass nicht überprüft werden kann, ob Verhaltensänderungen nicht auch ohne eine CN-Betreuung stattgefunden hätten (z.B. verstärkte Nutzung therapeutischer Leistungen durch Alterung der Bevölkerung). Auch die verwendeten Daten wiesen mitunter Schwächen auf: so ist in Bezug auf die Befragung der Klient:innen hervorzuheben, dass insbesondere Personen gewählt wurden, die CN-Leistungen überdurchschnittlich stark in Anspruch nahmen, was zu einer Verzerrung der Bewertung führen kann.

Weiteres birgt die Befragung der tätigen Community Nurses einen Bias, da die Möglichkeit von ‚erwünschten‘ Antworten gerade im Zuge der Pilotierung einer neuen Intervention nicht ausgeschlossen werden kann. Bezüglich des Dokumentationssystems DokCN lagen darüber hinaus häufig Datenlücken vor, mit der Konsequenz von Restriktionen im Rahmen der Auswertung. Ebenso ist hier zu ergänzen, dass es auch in Bezug auf das Verständnis der Bedeutung von Parametern, die in DokCN abgefragt wurden, zu unterschiedlichen Auslegungen bei den Personen, die die Dokumentation ausführten, gekommen ist.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass bei einem Vergleich der Ergebnisse des vorliegenden Berichtes mit Studien aus weiteren Ländern darauf Bedacht zu nehmen ist, dass das Rollenprofil von CN und die damit verbundenen Aufgaben sehr unterschiedlich definiert sind, wodurch länderübergreifende Vergleiche erschwert werden.

Um die Effekte von CN umfassend darlegen zu können bzw. insbesondere langfristige Effekte nachweisen zu können und den genannten Limitationen zu begegnen, wird folgender **Monitoring- und Evaluierungsplan** vorgeschlagen:

Allgemeine Empfehlungen zum langfristigen Monitoring der Umsetzung von Community Nursing in Österreich:

- Fortführendes Monitoring von Community Nursing für den langfristigen Nachweis von Wirkungen durch Bund und Länder, sowie die stetige Analyse der Effekte (kurz- und langfristig).
- Etablierung und Sicherstellung national einheitlicher Standards und Klassifikationssysteme für die Dokumentation von CN-Leistungen, die Outcomes auf individueller, familiärer und gemeindenaher sowie systemischer Ebene abbilden können und somit für dieses Handlungsfeld geeignet sind.
- Etablierung und Sicherstellung national einheitlicher Standards bezogen auf Parameter für begleitende Evaluationen. Damit einher geht der Einsatz einer geeigneten und einheitlichen Dokumentationssoftware, die für das Monitoring und die wissenschaftliche Evaluation der Wirkungen genutzt werden kann.
- Wiederholung der in der Pilotierung durchgeführten Evaluierung auf Basis des Wirkmodells sowie der Programmtheorie und den darin definierten Outcomes sowie der ökonomischen Indikatoren in zwei bis drei Jahren, um die Kontinuität der Ergebnisse zu überprüfen und auch langfristige Wirknachweise aufzuzeigen.
- Einsatz eines Längsschnittdesigns in der Evaluation, im Idealfall eines Paneldesigns, mit Kontrollgruppe/Vergleichsgruppe, um Veränderungen durch CN sichtbar zu machen sowie die Wirknachweise zu verstärken.

Empfehlungen für mittel- und langfristige Evaluationen auf Basis von (regions)spezifischen Indikatoren:

Für eine mittel- und langfristige Wirkungsmessung wird empfohlen, je nach Fragestellung und Betrachtungsbereich detaillierte **Ebenen und Teilbereiche von Community Nursing** zu monitoren und rollierend zu evaluieren. Als Voraussetzungen für Studiendesign und Datenerhebung werden oben genannte Punkte der allgemeinen Empfehlungen verstanden. Empfehlenswert ist die weitere Evaluation auf **ausgewählten Ebenen** anzusetzen, um so **länderspezifischen bzw. regions- oder projektspezifischen Rahmenbedingungen und Fragestellungen** gerecht zu werden und diese detaillierter betrachten zu können.

Theoretischer Ausgangspunkt für die Empfehlungen ist das im Zuge der formativen Evaluation entstandene Wirkmodell, das so im Zeitverlauf empirisch weiterentwickelt werden und forschungsbasierte Entscheidungsgrundlagen für die Politik liefern kann. Aus Sicht der Evaluation der Pilotierung wird die Betrachtung folgender **Wirkdimensionen** mit zugehörigen **Indikatoren**, deren Messung anhand **bestehender standardisierter Erhebungsinstrumente sowie weiterführender Mixed-Methods-Analysen auch mit sekundärstatistischen Datenquellen** empfohlen wird, vorgeschlagen:

Auf Ebene des Systems:

- **Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“ mit Betrachtung der Indikatoren:**
 - Grad der Etablierung von bedürfnis- und bedarfsorientiertem Angebot
 - Art der Zugänglichkeit zur Versorgung

- Grad der Zugänglichkeit zur Versorgung
 - Passgenauigkeit des Versorgungsangebots
 - Passgenauigkeit der Angebote zur sozialen Teilhabe
 - (Geänderte) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich (Krankenhausaufenthalte, Hausärzt:innen-Besuche, Ambulanzbesuche, Physiotherapie, Hauskrankenpflege etc.)
 - Kurz- und langfristige Kosteneffekte durch eine geänderte Nutzung von Leistungen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich
 - Aufdeckung und Schließung von Lücken im Versorgungssystem
 - Grad der Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen und Verantwortlichen in den Gemeinden, insbesondere auch Einfluss der bedingenden Faktoren für die Zusammenarbeit
 - Verfügbarkeit diplomierter Gesundheits- und Pflegekräfte bzw. Situation auf dem Arbeitsmarkt
 - Betrachtung der Schnittstellen zwischen und innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems und des Grads des verbesserten Schnittstellenmanagements
 - Grad der Zufriedenheit mit dem Pflege- und Gesundheitsangebot
- **Wirkdimension „Handlungsfeld Community Nursing“ mit den Indikatoren:**
 - Grad der Etablierung eines einheitlichen Rollenverständnisses auf Basis des Aufgaben- und Rollenprofils und dessen Weiterentwicklung für CN Österreich
 - Veränderungen der Attraktivität des Berufsbildes mit spezifischem Blick auf Personalfuktuation, Entstehen von neuen Berufsfeldern, interprofessionelle Zusammenarbeit
 - Grad der Etablierung des Handlungsfeldes Community Nursing in Bundesländern und Regionen

Auf Ebene der Community / Gemeinde:

- **Wirkdimension „Soziales, regionales Leben“ mit Betrachtung der Indikatoren:**
 - Grad und Art des Zusammenhalts in der Community sowie daraus resultierende Wirkungen
 - Attraktivierung der Gemeinde als Lebensmittelpunkt
 - Grad der Entlastung von Gemeindemitarbeiter:innen bzw. weiteren Gesundheits- und Sozialdienstleister:innen in der Gemeinde / Region
 - Regionalökonomische Effekte durch Community Nursing

Auf Ebene von Individuum / Familie:

- **Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“ mit Betrachtung der Indikatoren:**
 - Grad der Erkennung von Gesundheitsrisiken aufseiten der Klient:innen
 - Veränderungen objektiv messbarer Gesundheitsparameter (z.B. Blutzucker- oder Blutdruckmessungen)

- Grad der Veränderung des subjektiven Gesundheitsbewusstseins, Wohlbefindens und der Lebensqualität aufseiten der Klient:innen (z.B. mit bestehenden standardisierten, international vergleichbaren Instrumenten)
- Gesundheitszustand und berufliche Situation informell Pflegender
- **Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“ mit Betrachtung der Indikatoren:**
 - Häufigkeit der Teilnahme an Interventionen und daraus resultierende Effekte für die Gesundheit der Teilnehmer:innen
 - Grad der Veränderung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen aufseiten der Klient:innen
 - Grad der Veränderung der Selbsthilfefähigkeit und Selbstpflegefähigkeit der Klient:innen
 - Grad der Veränderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Werten und Überzeugungen der Klient:innen
- **Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“ mit Betrachtung der Indikatoren:**
 - Grad der Veränderung der Allgemeinen Gesundheitskompetenz der Klient:innen
 - Grad der Veränderung der Digitalen Gesundheitskompetenz der Klient:innen
 - Grad der Veränderung der Kommunikativen Gesundheitskompetenz der Klient:innen
 - Grad der Veränderung der Navigationskompetenz im Gesundheitswesen der Klient:innen

4.3 Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Ergebnisse der Gesamtevaluation Community Nursing einschließlich ihrer Limitationen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten. Die Handlungsempfehlungen werden ausgehend von unterschiedlichen Ebenen strukturiert, stehen aber – wie auch die sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen sowie ökonomischen Wirkmechanismen von Community Nursing Österreich – in systemischer Abhängigkeit und wechselseitiger Beeinflussung zueinander. Die Darstellung erfolgt ausgehend von der systemischen Ebene über das Handlungsfeld Community Nursing hin zur Ebene der Zielgruppen. Diese ist aber nicht als Wertung in Hinblick auf die Bedeutung der Ebenen zu sehen.

Handlungsempfehlungen auf Systemebene/struktureller Ebene:

- **Förderung der gemeindenahen Versorgung:**
 - **Ausbau von Community Nursing:** Erhöhung der Anzahl der Community Nurses und Ausweitung auf weitere Regionen und Gemeinden, um die bevölkerungsorientierte, niederschwellige und wohnortnahe Versorgung zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass eine gemeindenaher Verortung, aber gleichzeitig eine Einbettung in überregionale Strukturen sowie Vernetzung von Community Nursing über eine Gemeinde hinaus zu empfehlen ist.

- **Finanzielle Unterstützung:** Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit und Erweiterung von Community Nursing sowie Etablierung von nachhaltigen Finanzierungsmodellen auf Landesebene zur Entlastung der Gemeinden und der synergetischen Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen.
- **Regelmäßiges Monitoring und Evaluation auf mehreren Ebenen:**
 - **Einführung von Monitoring-Maßnahmen auf individueller Ebene:** Regelmäßige, systematische Gesundheitschecks und Monitoring-Maßnahmen wie Blutdruckmessungen oder Blutzuckermessungen zur objektiven Messbarkeit der Gesundheitsverbesserungen auf Ebene Individuum / Familie begleitet durch Community Nurses, die als kontinuierliche Ansprechpersonen für Individuen und Familien in den Regionen zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür ist ein gelungener Beziehungsaufbau zwischen Community Nurses und Klient:innen.
 - **Langfristige Evaluationen der Programmtheorie und finanzieller Effekte:** Durchführung von langfristigen Evaluationen zur Erfassung der mittel- und langfristigen Wirkungen auf Basis der bisher definierten Outcomes von Community Nursing mit dem Ziel einer systematischen Erfassung der Wirkungen von Community Nursing und Weiterentwicklung der Programmtheorie sowie des Wirkmodells über einen längeren Zeitraum samt langfristiger finanzieller Effekte. Dazu empfiehlt sich die Betrachtung von einzelnen Wirkdimensionen und Indikatoren je nach (regions)spezifischen Fragestellungen und Rahmenbedingungen (siehe Vorschläge zum Evaluations- und Monitoringplan) sowie der Einsatz von bestehenden, standardisierten und (international) vergleichbaren Instrumenten der Datenerhebung. Zusätzlich wird empfohlen, sekundärstatistische Daten, wie beispielsweise Daten der amtlichen Statistik oder der Sozialversicherungsträger sowie Strukturentwicklungsdaten, für statistische Vergleiche heranzuziehen.

Handlungsempfehlungen auf der Ebene des Handlungsfeldes Community Nursing:

- **Stärkung der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialsystem:**
 - **Interdisziplinäre Netzwerke und multiprofessionelle Zusammenarbeit:** Förderung der Zusammenarbeit zwischen Community Nurses, Gesundheits- und Sozialberufen sowie Akteur:innen in Gemeinden / Regionen durch gemeinsame Fallbesprechungen, regelmäßige Treffen und gemeinsame Fortbildungen. Es empfiehlt sich, Ressourcen für eine strukturierte Verankerung und kontinuierliche Netzwerkarbeit zu schaffen und bereits im Zuge der Etablierung interdisziplinärer Netzwerke die beteiligten Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich einzubinden. Dies könnte beispielsweise über Bundes- oder Länderstellen erfolgen oder auch innerhalb der Trägernetzwerke angesiedelt sein. Zu empfehlen ist eine definierte Stelle, die die regelmäßige Initiation und Evaluation der Netzwerkarbeit übernimmt und dafür Verantwortung und Ressourcen zur Verfügung stellt bzw. hat.
 - **CN als Koordinationsstelle:** Die Community Nurse fungiert als Koordinationsstelle, die die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteur:innen anregt und erleichtert. Koordination und Kooperation mit allen Berufsgruppen ist wesentlicher Bestandteil der Rolle der CN, es zeigt sich die Notwendigkeit, dies auch im Aufgaben- und Rollenprofil ausdifferenzieren und die CNs dahingehend entsprechend zu schulen. Um die Rolle CN ausführen zu können, sind entsprechende staatliche Strukturen auf Gemeindeebene zu schaffen und eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit von allen Akteur:innen ist Voraussetzung. Beispielsweise könnte Community Nursing in einen Community Care-Ansatz eingebettet werden und

innerhalb eines Community Care-Teams mit dem Ziel multiperspektivischer Fallarbeit und interdisziplinärer Zusammenarbeit aktiv werden. Dadurch wird es möglich einen ganzheitlichen Prozess zur Förderung von Gesundheit zu gestalten, der neben medizinischen und pflegerischen Bedarfen auch therapeutische, psychosoziale bzw. sozialrechtliche Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen aufgreift. Ebenso ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten, wie Social Prescribing und Linked Working, Frühe Hilfen, Palliative Care-Teams, Primärversorgungszentren etc., zu empfehlen.

- **Optimierung des IT-Schnittstellenmanagements für einheitliche Dokumentationssysteme:**
 - **Implementierung von IT-Schnittstellenmanagement-Systemen:** Entwicklung und Implementierung von (bundesweit einheitlichen) IT-Systemen zur besseren Koordination und wissenschaftlich basierten Dokumentation der Pflege- und Gesundheitsleistungen. Einerseits zur Evaluation und Wirkungsmessung der erbrachten Leistungen und ihrer Wirkungen auf die Individuen, die Familien sowie die Bevölkerung/Region, andererseits aber auch für wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung von Community Nursing generell.
 - **Schulung der Community Nurses:** Ausbildung der Community Nurses im Bereich Dokumentationssysteme, im IT-Schnittstellenmanagement und der Nutzung der entsprechenden Systeme. Neben der Schulung in Anwendung und Bedienung der Systeme sollte darin auch die Schulung verankert werden, wie diese Kompetenzen für das Monitoring der eigenen Interventionen und die Erfassung von Wirkungen/Outcomes eingesetzt werden kann.

- **Weiterentwicklung des Handlungsfeldes Community Nursing:**
 - **Klare Rollenbeschreibung:** Entwicklung und Kommunikation einer klaren Rollenbeschreibung für Community Nurses, um ein einheitliches Verständnis der Funktion bei allen Akteur:innen und Stakeholder:innen zu gewährleisten. Dies setzt die Weiterentwicklung des bestehenden Aufgaben- und Rollenprofils für den österreichischen Kontext voraus. Die Ergebnisse der summarischen Evaluation zeigen, dass die bisher durchgeführten Interventionen der CNs sich auch im Rahmen des internationalen PHIW bewegen, das als idealtypisches Modell auch für den österreichischen Kontext – unter Berücksichtigung der nationalen Strukturen und Rahmenbedingungen – dienen kann.
 - **Spezifische Aus- und Weiterbildungen:** Angebot spezifischer Aus- und Weiterbildungen sowie entsprechender Masterstudiengänge, um die notwendigen Kompetenzen für Community Nurses zu vermitteln und weiter auszubauen. Entsprechend fundierte Aus- und Weiterbildungen auf akademischem Niveau sind Voraussetzung für die Aufnahme der Tätigkeit in diesem Handlungsfeld. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzen während der Ausübung von Community Nursing (Training vor der Berufseinmündung sowie Training on the Job) sind zu empfehlen. Damit einher geht die kontinuierliche Ableitung von relevanten Inhalten für Aus- und Weiterbildungen aus dem Aufgaben- und Rollenprofil.

Handlungsempfehlungen auf Ebene der Zielgruppen von Community Nursing:

- **Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung:**
 - **Präventionsprogramme:** Entwicklung und Implementierung von Präventionsprogrammen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung bzw. der pflegenden und

betreuenden An- und Zugehörigen zugeschnitten sind und auf einem strukturierten Assessment beruhen. Die Implementierung der Programme kann über Vereine bzw. bereits bestehende Institutionen in einer Region erfolgen, die als Gatekeeper zu den Zielgruppen fungieren und thematische Schwerpunkte in den Präventionsprogrammen setzen. Beispielsweise kann hier die länderübergreifende Ausrollung von bereits bestehenden sowie evaluierten mobilen und niederschweligen Angeboten im Bereich Demenz genannt werden, die Betroffene, ihre An- und Zugehörigen sowie die soziale Gemeinschaft entlasten können.

- **Stärkung der Selbsthilfe- und Selbstpflegefähigkeit:** Schulungen und Workshops zur Förderung der Selbsthilfefähigkeit und Selbstpflegefähigkeit älterer Menschen sowie deren An- und Zugehörigen weiter ausbauen und in den Regionen/Gemeinden etablieren. Dazu sind niederschwellige, leicht zugängliche oder aufsuchende Angebote erforderlich, die zeitlich und räumlich flexibel in den Regionen oder auch überregional angeboten werden können.
- **Erhöhung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins:**
 - **Bildungsmaßnahmen:** Durchführung von Bildungsmaßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins der älteren Bevölkerung. Beispielsweise durch Workshops, Schulungen oder Vorträge, die spezifisch auf die Bedarfe einer Gemeinde oder Region zugeschnitten sind oder auch überregional, zeitlich und räumlich flexibel angeboten werden können.
 - **Mehrere Messzeitpunkte:** Nutzung spezifischer Erhebungsinstrumente und Durchführung von Erhebungen zu mehreren Zeitpunkten, um belastbare quantitative Aussagen treffen zu können. Dazu empfiehlt sich die Betrachtung einzelner Indikatoren (siehe Empfehlungen zum Monitoring- und Evaluationsplan) auf Basis bestehender und (international) vergleichbarer Erhebungsinstrumente.
- **Stärkung des sozialen und regionalen Lebens:**
 - **Gemeinschaftsprojekte:** Initiierung von Projekten, die den sozialen Zusammenhalt in der Gemeinde stärken und das soziale Umfeld attraktiver gestalten, um Einsamkeit und soziale Isolation sowie Frailty weiter zu reduzieren. Es empfiehlt sich die in den Regionen bestehenden Netzwerke (Kultur, Bildung, Religion, Wirtschaft etc.) zu nutzen und im Sinne der Synergienutzung gemeinschaftliche Projekte zu initiieren.
 - **Rolle der Community Nurses als Bindeglied:** Anerkennung und Förderung der Rolle der Community Nurses als Bindeglied in der Gemeinde, um Brücken zu bauen, die Versorgung an Schnittstellen ausgehend vom pflegerischen Kompetenzbereich und der Zusammenarbeit mit allen anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zu optimieren und Versorgungslücken zu schließen. Dazu bedarf es einerseits eines klar definierten Aufgaben- und Rollenprofils, aber andererseits auch entsprechender struktureller Ressourcen und Rahmenbedingungen, damit sich Community Nurses als Bindeglieder in der sozialen Umwelt etablieren können.

Diese Handlungsempfehlungen sollen dazu beitragen, die durch die Evaluation identifizierten (vorwiegend kurzfristigen) Effekte von Community Nursing weiter zu verstärken und die Versorgung sowie das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Damit wird langfristig eine Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems möglich.

Quellenverzeichnis

- Abderhalden, I. & Jüngling, K. (2019). Selbstwirksamkeit – Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Broschuere_GFCH_2019-03_-_Selbstwirksamkeit.pdf
- Benzinger, P., Eidam, A. & Bauer, J. (2021). Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54, 285-296. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01873-z>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2021). Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan - Maßnahme Community Nursing. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SONDERRICHTLINIE_CN_final.pdf (09.07.2024).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2022). 9844/AB XXVII. GP – Anfragebeantwortung. https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/9844/imfname_1443925.pdf (07.09.2024).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2023). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:788ac2e7-9238-47a6-9125-d6f49d6a896a/BMSGPK_Pflegevorsorgebericht_2022.pdf (07.09.2024).
- Bundesministerium für Finanzen (BMF). (2021). Anhang zum österreichischen Aufbau- und Resilienzplan - 2020-2026. <https://www.oesterreich.gv.at/dam/jcr:e0b131c9-f2d9-40f8-9350-d533bc9bf4c9/Anhang%20zum%20%C3%96sterreichischen%20Aufbau-%20und%20Resilienzplan%202020-2026.pdf> (09.07.2024).
- Buzath, K. & Zechmeister-Koss, I. (2023). Ökonomische Dimensionen von Community Nursing: Eine systematische Literaturübersicht. AIHTA Projektbericht Nr.: 153; 2023. Wien: HTA Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.
- Deutsches Umweltbundesamt. (2024). Emissionen im Personenverkehr – Tabelle. Vergleich der durchschnittlichen Emissionen einzelner Verkehrsmittel im Personenverkehr. Bezugsjahr 2022. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/366/bilder/dateien/uba_emissionstabelle_personenverkehr_2022_0.pdf (06.09.2024).
- Epskamp, H. & Jensen, S. (2011a). System. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Epskamp, H. & Jensen, S. (2011b). Systemtheorie. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Ewers, M. (2005). Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, 53-90.

- Fenzl, T., Lemke, S. & Mayring, P. (2021). Entwicklung und Erprobung eines Wirkmodells im Rahmen der Evaluation des baden-württembergischen Präventionskonzepts stark.stärker.WIR. (ssW). Zeitschrift für Evaluation, 20(2), 293-315. <https://doi.org/10.31244/zfe.2021.02.03>
- Fritz-Schubert, E. (2017). Lernziel Wohlbefinden. Entwicklung des Konzeptes Schulfach Glück zur Operationalisierung und Realisierung gesundheits- und bildungsrelevanter Zielkategorien. Beltz Juventa.
- Fuchs-Heinritz, W. (2011). Kooperation. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2023, 06. Dezember). Pilotprojekte Community Nursing. https://www.goeg.at/Pilotprojekte_Community_Nursing
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T., Nowak, P. & die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK. (2021). Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Herringer, N. (2020). Empowerment in der Sozialen Arbeit (6. Aufl.). W. Kohlhammer.
- Hillmann, K. (2007). Wörterbuch der Soziologie (5. Aufl.). Alfred Kröner Verlag.
- ICN. (2024, 12. Feber). Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK. <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf>
- Keller, L., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B. & Schaffer, M. (2004). Population-based public health interventions: practice based and evidence-supported. Part I. Public Health Nursing, 21(5), 453-468. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21509.x>
- Kozisnik, P., Edtmayer, A. & Rappold, E. (2021 [2024, 24. Oktober]). Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse. https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/04_Aufgaben_und_Rollenprofil.pdf
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vugh, A.J.A.H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Lautmann, R. (2011). Empowerment. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Lenz, K. (2011). Familie. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Lopatina, E., Donald, F., Di Censo, A., Misener, R., Kilpatrick, K., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K. & Marshall, D. (2017). Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. International Journal of Nursing Studies, 72, 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.012>
- Lukewich, J., Asghari, S., Marshall, E.G., Mathews, M., Swab, M., Tranmer, J., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Norful, A.A., Ryan, D. & Poitras, M. (2022). Effectiveness of registered nurses

- on system outcomes in primary care: a systematic review. BMC Health Services Research, 22(440). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07662-7>
- Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13. überarb. Aufl.). Beltz.
- Mey, H. (2011). Region. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), Lexikon zur Soziologie (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Minnesota Department of Health. (2019). Public health interventions: Applications for public health nursing practice (2nd ed.). <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>
- Pflegegeldinformationssystem. (2024). Datenanfrage: Anspruchsberechtigte Personen (Pflegegeld). Jänner 2015 bis Jänner 2024. (18.04.2024).
- Österreichische Gesundheitskasse. (ÖGK) (2024a). Über die ÖGK. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867331&portal=oegkportal> (07.09.2024).
- Österreichische Gesundheitskasse. (ÖGK) (2024b). Honorarordnung für Einzelvertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) im Bundesland Steiermark. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.764049&version=1644229507> (07.09.2024).
- Österreichische Gesundheitskasse. (ÖGK) (2024c). Kostenerstattung Physiotherapie. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.776042&version=1704981178> (07.09.2024).
- Österreichische Gesundheitskasse. (ÖGK) (2024d). Kostenerstattung Logopädie. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.776041&version=1688116018> (07.09.2024).
- Österreichisches Umweltbundesamt. (2024). Emissionsfaktoren bezogen auf Fahrzeugkilometer. Emissionskennzahlen Datenbasis 2022. https://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/themen/mobilitaet/daten/ekz_fzkm_verkehrsmittel.pdf (07.09.2024).
- Rappold, E. (2024, 24. Oktober): Community Nursing in Österreich. Nicht nur Krankenpflegerin, sondern vor allem Gesundheitspflegerin sein. NÖ Patienten- und Pflegethemen. <https://patientenanwalt.com/publikationen/beitraege/community-nursing-in-oesterreich/>
- Robert Koch-Institut. (2023a, 06. Dezember). Versorgung und Inanspruchnahme. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/V/Versorgung/Versorgung_inhalt.html#:~:text=Die%20Gesundheitsversorgung%20umfasst%20alle%20Organisationen,Rehabilitation%20und%20der%20Pflege%20diensten
- Robert Koch-Institut. (2023b, 06. Dezember). Prävention. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Praevention/Praevention_node.html
- Schaffer, M. & Strohwien, S. (2019). Public health interventions: Applications for public health nursing practice. Abgerufen am 23.11.2022 unter Public health interventions: Applications for public health nursing practice, 2nd ed. („The Wheel Manual“) (state.mn.us).
- Schrems, B. (2022). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche (4. überarb. Aufl.). Facultas.

- Statistik Austria. (2024a). Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2002 (einheitlicher Gebietsstand: 01.01.2024). <http://statcube.at/statcube/opendatabase?id=debevstandjbab2002> (07.09.2024).
- Statistik Austria. (2024b). Bevölkerung am 01.01.2024 nach Ortschaften (Gebietsstand 01.01.2024). https://www.statistik.at/fileadmin/pages/405/Bev_Ortschaften_2024.ods (07.09.2024).
- Statistik Austria. (2024c). Betreuungs- und Pflegedienste. Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste 2017 bis 2022. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/2_Mehrstuendige_Alltagsbegleitungen_Entlastungsdienste_2017-2022.ods
- Statistik Austria. (2024d). Betreuungs- und Pflegedienste. Mobile Betreuungs- und Pflegedienste 2017 bis 2022. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/1_Mobile_Betreuungs_Pflegedienste_2017-2022.ods (07.09.2024).
- Statistik Austria. (2024e). Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2022. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/Betreuungs-_und_Pflegedienste_der_Bundeslaender_im_Jahr_2022.pdf (09.09.2024).
- Statistik Austria. (2024f). Gemeindefliste sortiert nach Gemeindenamen, Gebietsstand 2024. https://www.statistik.at/verzeichnis/reglisten/gemliste_nam.pdf (07.09.2024).
- Statistik Austria. (2024g). Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste 2017 bis 2022. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/4_Stationaere_Betreuungs_Pflegedienste_2017-2022.ods (07.09.2024).
- Statistik Austria. (2024h). Pressemitteilung: 13 303-069/24. Sparquote 2023 annähernd stabil geblieben: Private Haushalte sparten 9,0 % ihres verfügbaren Einkommens. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/03/20240329Sparquote2023.pdf> (08.09.2024).
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R. & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment Journal*, 16(20), 1-72. <https://doi.org/10.3310/hta16200>
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2008). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage.
- WHO. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. <https://iris.who.int/handle/10665/349654>
- WHO. (2024, 29. November). Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Wienold, H. (2011). Stakeholder. In Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stähli, U., Weischer, C. & Wienold, H. (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (5. Aufl., S. 671). VS Verlag.
- Xu, Y., Koh, X.H., Chua, Y.T.S., Tan, C.G.I., Aloweni, F.A.B., Yap, B.E.J., Tan, P.C., Chua, X., Lim, Y.K.S., Oh, H.C., Teo, S.S.H. & Lim, S.F. (2022). The impact of community nursing program on healthcare utilization: A program evaluation. *Geriatric Nursing Journal*, 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.04.024>
- Zarit, S.H., Reever, K.E & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Anhang 1: Sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Evaluation

Soziodemografische Daten: Community Nurse-Fragebogen

Tabelle 48: Geschlecht der Community Nurses

Geschlecht	Nennungen	Prozent
Männlich	21	9,2
Weiblich	207	90,8
Divers	0	0,0
Gesamt	228	100,0

Tabelle 49: Alter der Community Nurses

Alter (in Jahren)*	Nennungen	Prozent
20-29	17	7,5
30-39	83	36,4
40-49	85	37,3
50-59	38	16,7
60+	5	2,2
Gesamt	228	100,0

*Jüngste Person: 25 Jahre, älteste Person: 64 Jahre, Mittelwert: 41,5 Jahre, Standardabweichung: 8,8 Jahre

Tabelle 50: Berufserfahrung der Community Nurses als DGKP

Berufserfahrung als DGKP (in Jahren)*	Nennungen	Prozent
0-4	11	4,8
5-9	31	13,6
10-14	54	23,7
15-19	40	17,5
20-24	38	16,7
25-29	22	9,6
30-34	22	9,6
35-39	6	2,6
40+	4	1,8
Gesamt	228	100,0

*Minimum: 2 Jahre, Maximum: 45 Jahre, Mittelwert: 17,7 Jahre, Standardabweichung: 9,2 Jahre

Tabelle 51: Tätigkeitsbereiche der Community Nurses (direkt) vor Übernahme der Community Nursing-Aufgabe

Tätigkeitsbereiche (direkt) vor Übernahme der CN-Aufgabe	Nennungen	Prozent
Krankenhaus	101	44,3
Pflegeheim	28	12,3
Tageszentrum	1	0,4
Mobiler Dienst	32	14,0
Niedergelassener Bereich (Ärztliche Praxis etc.)	13	5,7
Selbstständig erwerbstätig	7	3,1
Sonstiges	46	20,2
Gesamt	228	100,0

Tabelle 52: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im vorherigen Tätigkeitsbereich

Arbeitszeit pro Woche im vorherigen Bereich (in Stunden)*	Nennungen	Prozent
20	26	11,4
25	32	14,0
30	40	17,5
35	13	5,7
40	74	32,5
Sonstige Stundenausmaße	43	18,9
Gesamt	228	100,0

*Minimum: 10 Stunden, Maximum: 50 Stunden, Mittelwert: 31,8 Stunden, Standardabweichung: 8,2 Stunden

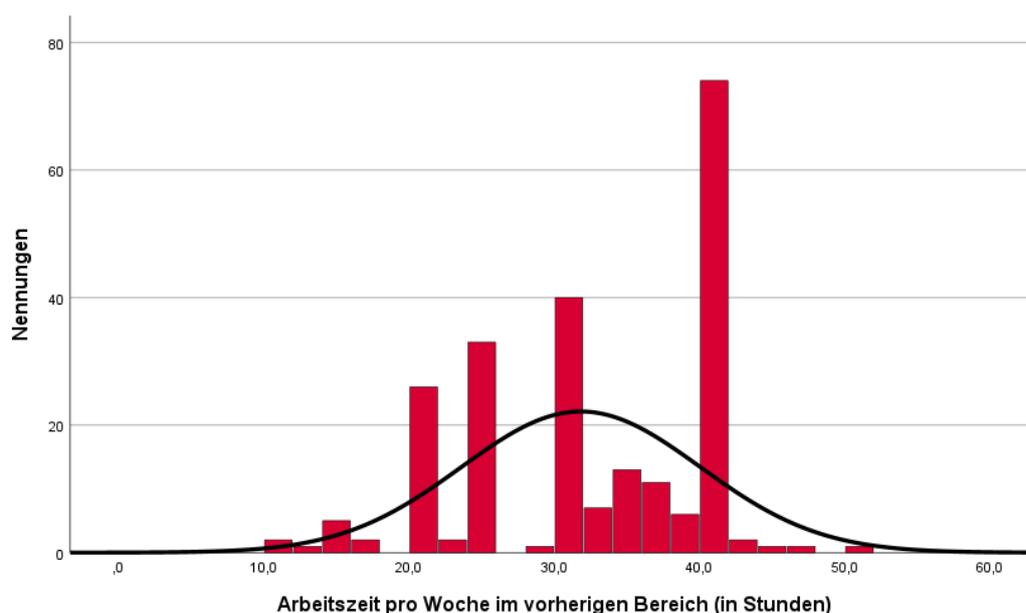


Abbildung 17: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im vorherigen Tätigkeitsbereich

Tabelle 53: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im Community Nursing-Bereich

Arbeitszeit pro Woche als Community Nurse (in Stunden)*	Nennungen	Prozent
10	10	4,4
15	10	4,4
20	41	18,0
25	19	8,3
30	26	11,4
35	6	2,6
37	14	6,1
40	49	21,5
Sonstige Stundenausmaße	53	23,3
Gesamt	228	100,0

*Minimum: 5 Stunden, Maximum: 40 Stunden, Mittelwert: 27,1 Stunden, Standardabweichung: 9,9 Stunden

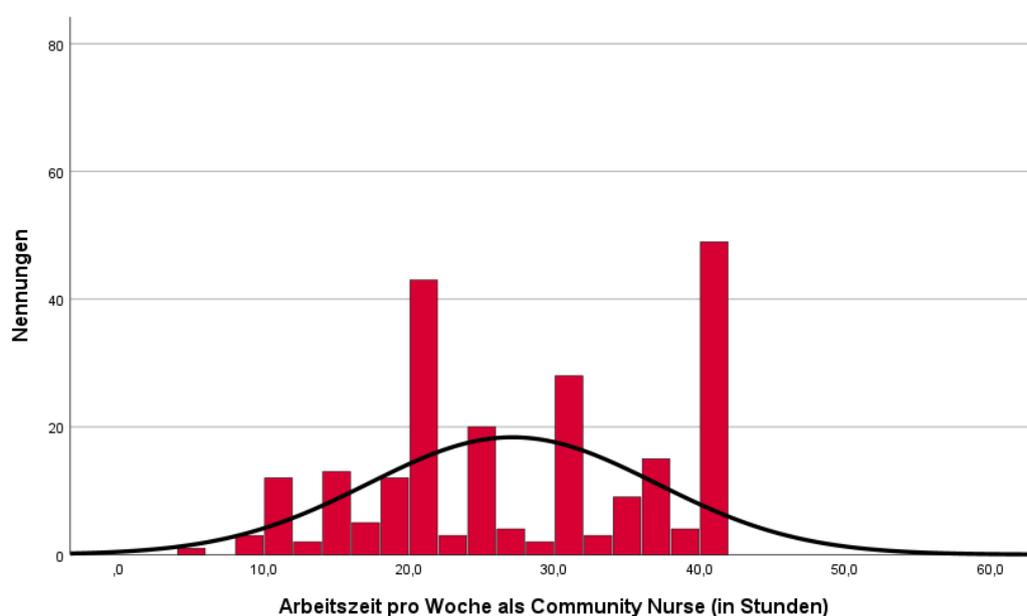


Abbildung 18: Wochenarbeitszeit der Community Nurses im Community Nursing-Bereich

Tabelle 54: Gründe für die Aufnahme der CN-Tätigkeit

Gründe für die Aufnahme der CN-Tätigkeit (Mehrfachantworten)	Nennungen	Prozent
Neues Aufgabenfeld	199	22,8
Höhere Flexibilität im Berufsalltag	149	17,1
Höhere Bezahlung	25	2,9
Hausbesuche bzw. die aufsuchende Arbeit als Chance in den direkten Kontakt zu treten	114	13,1
Tätigkeit in Prävention und Gesundheitsförderung	190	21,8
Keine Nachtdienste	92	10,6
Keine Bereitschaftsdienste	61	7,0
Sonstiges	41	4,7
Gesamt	871	100,0

Soziodemografische Daten: Zielgruppen-Fragebogen

Tabelle 55: Geschlecht der Leistungsempfänger:innen

Geschlecht	Nennungen	Prozent
Männlich	175	25,4
Weiblich	514	74,6
Divers	0	0,0
Gesamt	689	100,0

Tabelle 56: Alter der Leistungsempfänger:innen

Alter (in Jahren)*	Nennungen	Prozent
20-29	2	0,3
30-39	5	0,7
40-49	29	4,3
50-59	81	12,0
60-69	109	16,2
70-79	203	30,1
80-89	208	30,9
90+	37	5,5
Gesamt	674	100,0

*Jüngste Person: 28 Jahre, älteste Person: 98 Jahre, Mittelwert: 72,8 Jahre, Standardabweichung: 12,9 Jahre

Tabelle 57: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Leistungsempfänger:innen

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Nennungen	Prozent
Pflichtschule	174	25,5
Lehre	235	34,5
Fach- oder Handelsschule	150	22,0
Matura	46	6,7
Abschluss an einer Universität oder Hochschule	59	8,7
Anderer Abschluss nach der Matura	18	2,6
Gesamt	682	100,0

Tabelle 58: Aktuelle Wohnsituation der Leistungsempfänger:innen

Aktuelle Wohnsituation	Nennungen	Prozent
Einfamilienhaus	351	51,1
Mehrgenerationenhaus	107	15,6
Wohnung	197	28,7
Wohngemeinschaft	4	0,6
Betreutes Wohnen	21	3,1
Stationäre Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	3	0,4
Sonstiges	4	0,6
Gesamt	687	100,0

Tabelle 59: Haushaltsgrößen der Leistungsempfänger:innen

Personen im Haushalt zusätzlich zum:zur Leistungsempfänger:in	Nennungen	Prozent
0	193	28,2
1	279	40,8
2	118	17,3
3	42	6,1
4	31	4,5
5	9	1,3
6	6	0,9
7+	6	0,9
Gesamt	684	100,0

Tabelle 60: Personen mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf im selben Haushalt

Personen mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf (Mehrfachantworten)	Nennungen	Prozent
Nein	366	63,2
Ja, minderjährige und/oder betreuungspflichtige Kinder	23	4,0
Ja, Erwachsene mit Betreuungs- und/oder Pflegebedarf	190	32,8
Gesamt	579	100,0

Tabelle 61: Wohnsitzbundesland der Leistungsempfänger:innen

Bundesland	Nennungen	Prozent
Burgenland	18	2,6
Kärnten	59	8,5
Niederösterreich	144	20,8
Oberösterreich	145	20,9
Salzburg	95	13,7
Steiermark	152	21,9
Tirol	49	7,1
Vorarlberg	13	1,9
Wien	18	2,6
Gesamt	693	100,0

Tabelle 62: Lage des Wohnorts der Leistungsempfänger:innen

Wohnortlage	Nennungen	Prozent
Zentral/städtisch	171	24,8
Ländlich	450	65,3
Entlegen ländlich	68	9,9
Gesamt	689	100,0

Detailangaben im Rahmen der Datenauswertung (Bürgermeister:innen-Interviews)

Tabelle 63: Fragestellungen, Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus zur Datenauswertung der Bürgermeister:innen-Interviews

Fragestellung	Selektionskriterium	Abstraktionsniveau
RQ1 Was waren die Beweggründe der Bürgermeister:innen, CN in Ihrer Gemeinde zu implementieren?	alle Hinweise zu möglichen Beweggründen, die die Bürgermeister:innen in Richtung der Implementierung von CN in ihrer Gemeinde beeinflusst haben können (Impuls bzw. Anlass zur Initiierung)	Hinweise auf konkrete Beweggründe und Anlässe, die auch bei anderen Bürgermeister:innen auftreten können
RQ2 Welchen Beitrag leistet Community Nursing zur Attraktivierung der Gemeinde?	beschreibende Aspekte der Veränderung in der Region, die durch die Implementierung von Community Nursing bzw. das konkrete Handeln der Community Nurses hervorgerufen werden, und die zu einer positiven Wahrnehmung der Gemeinde durch die Bürger:innen beitragen (z.B. in der Gesundheitsversorgung und Pflege, bei der Mobilität der Gemeindegänger:innen, im sozialen Leben, etc.)	Beschreibungen zur positiven Veränderung in der Region, die auch in anderen Regionen denkbar wären
RQ3 Welche Veränderungen/Wirkungen hat Community Nursing auf den Zusammenhalt und die soziale Interaktion in der Gemeinde/Community?	beschreibende Aspekte der Veränderung des Zusammenhalts und der sozialen Interaktion in der Gemeinde im Vergleich zu der Präventionsarbeit vor der Umsetzung des Rahmenkonzepts	Beschreibung expliziter Veränderungen des Zusammenhalts und der sozialen Interaktion in der Gemeinde durch die Umsetzung von CN
RQ4 Wie wirken sich die Tätigkeiten der CN auf die Arbeitsbelastung der Gemeinde- und/oder BH-Mitarbeiter:innen aus?	alle Hinweise zu Veränderungen (a) in der wahrgenommenen Arbeitsbelastung und (b) in den Tätigkeiten der Gemeinde-/BH-Mitarbeiter:innen, die durch die Umsetzung von Community Nursing bzw. das konkrete Handeln der Community Nurses hervorgerufen werden	Äußerungen zu expliziten Veränderungen in den Aufgaben und der wahrgenommenen Arbeitsbelastung der Gemeinde-/BH-Mitarbeiter:innen resultierend aus der Umsetzung von CN in der Region
RQ5 Welche Versorgungslücken / Kontinuität in den Versorgungsleistungen wurde aufgedeckt?	alle Hinweise zu Lücken / Mängeln in Ausmaß und Form von Leistungen in der Gesundheitsversorgung, die für eine Abdeckung der Bedürfnisse der Zielgruppe notwendig sind, und die durch die Umsetzung von Community Nursing in der Region sichtbar wurden	konkrete Nennungen von Lücken und Mängeln in der Gesundheitsversorgung

RQ6 Wie wirkt sich Community Nursing auf das Wissen der Gemeindebürger:innen zur Orientierung im Gesundheitssystem aus?	alle Hinweise zu Veränderungen im Wissen / Kenntnisstand der Gemeindebürger:innen, die im Zusammenhang mit den Fähigkeiten zur Orientierung im Gesundheitssystem stehen, und die auf Community Nursing zurückzuführen sind	konkrete Veränderungen des Wissens, das die Orientierung im Gesundheitssystem beeinflusst
RQ7 Wie wirken sich die Tätigkeiten der CN auf die Arbeitsbelastung der Gesundheitsberufe in der Region aus?	alle Hinweise zu Veränderungen in der wahrgenommenen Arbeitsbelastung der Gesundheitsdienstleister:innen (z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen) sowie der Pflegedienstleister:innen (z.B. mobile Dienste, Pflegeeinrichtungen) in der Region, die durch die Umsetzung von Community Nursing bzw. das konkrete Handeln der Community Nurses hervorgerufen werden	Äußerungen zu expliziten Veränderungen in der wahrgenommenen Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen in der Region resultierend aus der Umsetzung von CN in der Region
RQ8 Welche Veränderungen/Wirkungen hat Community Nursing auf die Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheits- und Sozialberufe und der Verantwortlichen in der Gemeinde?	beschreibende Aspekte der Veränderung der Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheits- und Sozialberufe und mit den Verantwortlichen in der Gemeinde durch die Umsetzung von Community Nursing bzw. das konkrete Handeln der Community Nurses	Beschreibung expliziter Veränderungen in der Zusammenarbeit durch die Umsetzung von CN
RQ9 Wie sieht die Rolle der Community Nurse in der Region aus?	Äußerungen zu Rollen und expliziten Aufgabenfeldern, die die CN in der Region übernimmt	konkrete Rollen und Aufgabenfelder der Community Nurse, die auch in anderen Regionen denkbar wären
RQ10 Wie wird die Rolle der Community Nurse in der Region wahrgenommen?	beschreibende Aspekte der Wahrnehmung (Assoziationen, Einstellungen, Bewertungen, etc.) der Community Nurse selbst und ihres Handelns in der Region	spezifische über Personen hinweg übertragbare Wahrnehmung (Assoziationen, Einstellungen, Bewertungen, etc.)
RQ11 Welche Auswirkungen hat die Umsetzung von Community Nursing auf die Wahrnehmung des Berufsbildes der Pflege in der Gemeinde?	beschreibende Aspekte der Veränderung der Wahrnehmungen (Assoziationen, Einstellungen, Bewertungen, etc.) des Berufsbildes der Pflege, die auf die Umsetzung von Community Nursing bzw. das konkrete Handeln der Community Nurses zurückzuführen sind	Beschreibung expliziter Veränderungen in der Wahrnehmung des Berufsbildes der Pflege (nicht idiosynkratisch; auf andere Personen übertragbar)

DokCN-Einträge je Subbereich der PHIW-Bereiche

Tabelle 64: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Monitoring & Erhebung“

Subbereich	Einträge	Prozent
Durchführung eines präventiven Hausbesuches	8.183	23,7
Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes	5.534	16,0
Kontrollvisite	4.523	13,1
Sonstige	2.731	7,9
Erhebung der Lebensqualität	2.728	7,9
Einschätzung und Beurteilung des aktuellen Versorgungsarrangements	2.588	7,5
Erhebung der Biografie	1.587	4,6
Erhebung von Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation	1.260	3,7
Durchführung eines umfassenden Pflegeassessments	1.255	3,6
Assessment zur Beurteilung der Wohnsituation	993	2,9
15-min. Familiengespräch	633	1,8
Follow-up-Besuche zur Evaluation	527	1,5
Durchführung spezifisches Risikoassessment	441	1,3
Umfassendes geriatrisches Assessment	414	1,2
Durchführung spezifischer Assessments entlang identifizierter Problemlagen	409	1,2
Durchführung eines Frailty Assessments	285	0,8
Durchführung eines Community Assessments	173	0,5
Erhebung von gesundheitsfördernden Potenzialen	168	0,5
Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36-Fragebogen)	44	0,1
Erhebung des Wohlbefindens mit der German Version of the Comprehensive Inventory of Thriving (CIT)	5	0,0
Gesamt	34.481	100,0

Tabelle 65: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Information, Edukation & Beratung“

Subbereich	Einträge	Prozent
Gezielte Informationsvermittlung	13.442	17,8
Beratung pflegender Angehöriger	11.333	15,0
Beratung Einzelperson	9.129	12,1
Beratung bei aktuellen pflegerelevanten Problemlagen	6.276	8,3
Information zu aktueller Problemlage	5.813	7,7
Bereitstellung von Informationsmaterialien	4.479	5,9
Beratung bei Überlastung pflegender Angehöriger	3.690	4,9
Beratung für informierte Entscheidungsfindung	3.601	4,8
Beratung im Zusammenhang mit Copingstrategien und Bewältigung	3.495	4,6
Beratung zur Wohnsituation	2.692	3,6
Beratung im Zuge des Symptommanagements	2.026	2,7
Informationsveranstaltung zur Gesundheitsförderung	1.812	2,4
Beratung zum Vorsorgedialog	1.552	2,1
Familienberatung	1.484	2,0
Gesundheitsförderungsprogramm	1.424	1,9
Beratung zum Pflegearrangement und zu Versorgungsmöglichkeiten	773	1,0
Informationsveranstaltung für pflegende Angehörige	587	0,8
Beratung zu präventiven Ansätzen bei bestehenden Risiken	400	0,5
Gesundheitsfördernde Beratung	381	0,5
Informationsveranstaltung zu pflegespezifischen Problemlagen	318	0,4
Edukationsprogramm	199	0,3
Selbsthilfegruppe für Betroffene	193	0,3
Selbsthilfegruppe für Angehörige	119	0,2
Beratung im Rahmen eines Disease Managements	118	0,2
Seminar zu spezifischen Problemlagen	97	0,1
Seminarreihe zu gesundem Altern	83	0,1
Gesamt	75.516	100,0

Tabelle 66: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Pflegeintervention, Koordination & Vernetzung“

Subbereich	Einträge	Prozent
Teilnahme an einem von CN angebotenen individuellen Gesundheitsförderungsprogramm	5.504	21,2
Gruppenspezifische Maßnahme zur Gesundheitsförderung	3.227	12,5
Social Prescribing	2.451	9,5
Individuelle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	2.118	8,2
Individuelle Maßnahmen zur Risikoreduktion von Komplikationen	1.809	7,0
Fallbesprechung mit anderen Gesundheitsdienstleistungsanbietern	1.744	6,7
Koordination individuell angepasster Gesundheitsförderungsmaßnahmen	1.383	5,3
Vermittlung individuell angepasster Pflege- und Betreuungsarrangements	1.238	4,8
Weitervermittlung zu Leistungen von anderen Gesundheitsdienstleistungsanbietern	1.229	4,7
Koordination individuell angepasster Pflege- und Betreuungsarrangements	1.199	4,6
Maßnahme zur Überwachung und Beobachtung des Gesundheitszustandes	945	3,6
Erstellung einer individuellen Versorgungslandkarte	605	2,3
Teilnahme an einem von CN angebotenen gruppenspezifischen Gesundheitsförderungsprogramm	518	2,0
Komplementäre Pflegeintervention	501	1,9
Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	346	1,3
Medizinisch-therapeutische Maßnahme nach ärztlicher Anordnung	283	1,1
Gruppenspezifische Maßnahme zur Risikoreduktion von Komplikationen	267	1,0
Vermittlung individuell angepasster Gesundheitsförderungsmaßnahmen	232	0,9
Maßnahmen zur Unfallverhütung	219	0,8
Familienbezogene Maßnahme zur Risikoreduktion von Komplikationen	56	0,2
Familienbezogene Maßnahme zur Gesundheitsförderung	31	0,1
Freitext: Pflegeintervention aus dem Bereich...	0	0,0
Gesamt	25.905	100,0

Tabelle 67: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Fürsprache und Interessensvertretung“

Subbereich	Einträge	Prozent
Kooperation mit Gesundheits- und Sozialdienstleistungen	1.954	40,4
Zusammenarbeit mit bestehenden Netzwerken (Vereine, Dienstleistungen, Selbsthilfegruppen etc.) in Gemeinde	1.075	22,2
Intervention zur Förderung sozialer Teilhabe (Ebene Individuum/Familie)	736	15,2
Intervention zur Förderung des sozialen Zusammenhalts in der Gemeinde (Ebene Community/Gemeinde)	413	8,5
Implementierung und Aufbau von neuen Netzwerken in der Region für Individuen/Familien (z.B. Stammtische, Selbsthilfegruppen etc. zu spezifischen Themen, die es bisher in der Region nicht gab)	382	7,9
Zielgruppenadäquate Informationsvermittlung zu gesundheitlichen Themenstellungen (Erfassen des lokalen/regionalen Informationsbedarfs, Planung des Informationsangebots in Abstimmung mit lokalen/regionalen Strukturen und zielgruppengerechte Aufarbeitung)	245	5,1
Implementierung und Aufbau von neuen Netzwerken in der Region auf Systemebene (z.B. Kooperations- oder Austauschplattformen für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen)	33	0,7
Gesamt	4.838	100,0

Tabelle 68: Einträge in den Subbereichen des PHIW-Bereichs „Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung“

Subbereich	Einträge	Prozent
Self-Marketing zum einheitlichen Verständnis von Rollen- und Aufgabenprofil der CN (Spezifikation von Rollen- und Aufgabenprofil der CN in der Region)	150	28,7
Platzierung von gesundheitspolitischen Strategien in politischen Gremien	98	18,8
Marketing zum Zwecke der Berufsfeldentwicklung Community (Health) Nursing (Bekanntmachung/Marketing von CN generell)	91	17,4
Gemeinsame Entwicklung von gesundheitspolitischen Strategien mit Stakeholdern (Bevölkerung, Politik, Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, Vereinen etc.)	89	17,0
Ausarbeitung von gesundheitspolitischen Strategien	88	16,9
Technologien zur Entwicklung von unterstützenden gesundheitsförderlichen Programmen werden eingesetzt	6	1,1
Verfolgung der Umsetzung von gesundheitspolitischen Strategien durch politische Gremien (Prozess, dass Strategien Niederschlag in Gesetzen, Richtlinien und Verordnungen finden)	0	0,0
Gesamt	522	100,0

Daten der quantitativen Fragebogenerhebung zu den Wirkdimensionen

Tabelle 69: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die gesundheitliche Versorgung der Klient:innen hat sich verbessert.	49,1	38,2	4,4	0,0	8,3
Die pflegerische Versorgung der Klient:innen hat sich verbessert.	57,5	32,9	3,5	0,0	6,1
Das Gesundheitssystem ist entlastet worden (z.B. werden Ärzt:innen, Therapeut:innen und Ambulanzen weniger aufgesucht).	31,1	41,7	9,2	2,6	15,4
Das Pflegesystem ist entlastet worden (z.B. werden Hauskrankenpflegedienste weniger häufig kontaktiert).	23,2	30,7	25,9	10,5	9,6
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen, wie Vorträge, Kurse oder Informationen über Krankheiten etc.	68,0	24,6	3,1	0,4	3,9
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen zur Vernetzung und zum Austausch mit anderen.	61,0	25,9	7,0	1,3	4,8
Es wurden individuell angepasste Angebote für Klient:innen auf Basis von Bedarfserhebungen vermittelt/geschaffen.	54,4	28,1	7,5	3,1	7,0
Die Bevölkerung in meiner Gemeinde/Region hat durch mich eine kontinuierliche Ansprechperson für Gesundheits- und Pflegethemen.	85,5	11,4	0,9	0,0	2,2
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden.	46,9	40,4	4,4	1,3	7,0
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden.	48,2	36,8	4,8	1,8	8,3
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden.	18,0	41,2	18,0	8,3	14,5
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden.	18,9	40,4	18,4	6,6	15,8
Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen und den Verantwortlichen in der Gemeinde/Region hat sich verbessert.	53,1	33,3	5,7	1,3	6,6
Die Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Gemeinde/Region hat sich verbessert.	50,9	33,8	3,5	0,9	11,0

Tabelle 70: Wirkdimension „Gesundheitsversorgung und Pflege“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Meine gesundheitliche Versorgung hat sich verbessert. (n=625)	48,6	23,5	4,2	3,4	20,3
Meine pflegerische Versorgung hat sich verbessert. (n=615)	49,3	19,8	2,6	2,9	25,4
Das Gesundheitssystem ist entlastet worden (z.B. die Wartezeiten bei Ärzt:innen, Therapeut:innen, in Ambulanzen sind kürzer). (n=610)	24,4	15,2	7,5	12,5	40,3
Das Pflegesystem ist entlastet worden (z.B. eine Hauskrankenpflege ist schneller verfügbar). (n=603)	29,2	20,2	4,3	7,3	39,0
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen, wie z.B. Vorträge, Kurse oder Informationen über Krankheiten. (n=636)	69,3	15,9	1,6	0,8	12,4
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen zum Treffen und zum Austausch. (n=633)	65,2	15,0	1,9	1,1	16,7
Die Community Nurse hat meine Bedarfe erhoben und mir passende Angebote vermittelt oder sie geschaffen (z.B. Pflegegeld-Antrag, Anti-Rutschmatten). (n=639)	78,7	7,8	0,6	1,6	11,3
Durch die Community Nurse ist in der Gemeinde/Region eine ständige Ansprechperson für Gesundheits- und Pflege Themen da. (n=665)	91,4	5,7	0,2	0,0	2,7
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden. (n=630)	40,2	16,3	2,9	2,5	38,1
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden. (n=624)	36,9	17,0	1,8	1,9	42,5
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden. (n=623)	31,1	15,2	5,6	3,5	44,5
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden. (n=617)	28,8	15,7	5,7	3,6	46,2
Die Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Gemeinde/Region hat sich verbessert. (n=640)	48,9	18,4	2,0	1,1	29,5

Tabelle 71: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Der Gesundheitszustand der Klient:innen hat sich durch individuell abgestimmte Maßnahmen verbessert.	37,7	53,1	1,3	0,0	7,9
Die Lebensqualität der Klient:innen hat sich insgesamt verbessert.	45,6	44,3	1,8	0,0	8,3
Die Lebensqualität der Klient:innen hat sich aufgrund der Verringerung ihrer Pflegebedürftigkeit verbessert.	21,9	52,2	9,2	1,3	15,4
Die Lebensqualität der Klient:innen hat sich aufgrund der Deckung ihres Pflegebedarfs verbessert.	45,6	43,9	2,2	0,4	7,9
Die Stimmung der Klient:innen hat sich insgesamt verbessert.	46,1	40,8	2,6	0,4	10,1
Die Klient:innen sind weniger gestresst.	35,5	39,0	5,3	0,9	19,3
Die Klient:innen sind körperlich mobiler.	19,7	53,9	8,8	0,9	16,7
Die Klient:innen können alltägliche Dinge besser erledigen.	28,9	53,5	4,4	0,0	13,2
Die Klient:innen sind zufriedener mit ihren persönlichen Beziehungen.	26,8	46,1	4,4	0,0	22,8
Die Klient:innen fühlen sich sicherer in ihrem Wohnumfeld (in Bezug auf Anpassungen im Wohnraum zur Vermeidung von Stürzen etc.).	48,7	43,4	2,2	0,4	5,3
Die Klient:innen fühlen sich weniger einsam.	45,6	39,0	4,8	1,3	9,2

Tabelle 72: Wirkdimension „Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Mein Gesundheitszustand hat sich durch auf mich angepasste Maßnahmen verbessert. (n=629)	42,4	29,4	4,5	2,2	21,5
Meine Lebensqualität hat sich insgesamt verbessert. (n=633)	45,3	33,8	4,6	1,6	14,7
Meine Lebensqualität hat sich aufgrund der Verringerung meiner Pflegebedürftigkeit verbessert. (n=603)	23,4	20,7	7,0	7,5	41,5
Meine Lebensqualität hat sich aufgrund der Deckung meines Pflegebedarfs verbessert. (n=596)	31,5	26,5	4,2	3,0	34,7
Meine Stimmung hat sich insgesamt verbessert. (n=633)	47,1	31,9	3,9	3,0	14,1
Ich bin weniger gestresst. (n=619)	38,9	28,8	6,8	3,4	22,1
Ich bin körperlich mobiler. (n=620)	29,4	25,0	9,4	8,1	28,2
Ich kann alltägliche Dinge besser erledigen. (n=623)	33,5	26,3	6,9	5,6	27,6
Ich bin zufriedener mit meinen persönlichen Beziehungen. (n=635)	40,5	27,9	4,6	2,2	24,9
Ich fühle mich sicherer in meinem Wohnumfeld (z.B. in Bezug auf Anpassungen im Wohnraum zur Vermeidung von Stürzen). (n=632)	46,7	24,1	3,0	1,7	24,5
Ich fühle mich weniger einsam. (n=634)	42,0	22,7	6,3	4,3	24,8

Tabelle 73: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen nehmen mehr Angebote zur Gesundheitserhaltung und zur Vorbeugung von Krankheiten in Anspruch (Vorsorgeuntersuchungen etc.).	36,0	44,7	7,5	0,4	11,4
Die Klient:innen wissen über Möglichkeiten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit Bescheid (Informationsgespräche zur Gesundheitserhaltung etc.).	54,8	36,0	5,7	0,4	3,1
Die Klient:innen wissen, welche Maßnahmen sie bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit ergreifen können, um einer Erhöhung des Pflegebedarfs entgegenzuwirken.	46,5	44,7	2,6	0,9	5,3
Die Klient:innen nehmen häufiger an sozialen Aktivitäten und Veranstaltungen in ihrer Gemeinde/Region teil.	49,1	35,5	7,9	0,9	6,6
Die Klient:innen nehmen häufiger an Schulungen/Interventionen zu Pflege- und Betreuungsthemen in ihrer Gemeinde/Region teil.	37,7	41,7	10,5	1,8	8,3

Tabelle 74: Wirkdimension „Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Ich nehme mehr Angebote zum Erhalt meiner Gesundheit und zur Vorbeugung von Krankheiten in Anspruch (z.B. Vorsorge-Untersuchungen). (n=642)	37,4	29,1	6,4	7,2	19,9
Ich weiß, wie ich Pflegebedürftigkeit vorbeugen kann (z.B. durch Informationsgespräche zur Gesundheitserhaltung). (n=639)	49,3	32,1	3,0	1,7	13,9
Ich weiß, was ich tun kann, damit sich meine Pflegebedürftigkeit nicht erhöht. (n=633)	43,6	30,5	3,3	1,6	21,0
Ich nehme häufiger an Treffen und Veranstaltungen in meiner Gemeinde/Region teil. (n=636)	36,0	18,9	9,0	16,2	20,0
Ich nehme häufiger an Schulungen zu Pflege- und Betreuungsthemen in meiner Gemeinde/Region teil. (n=629)	20,8	20,3	10,7	19,7	28,5

Tabelle 75: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen sind besser über Leistungen/Angebote im Gesundheits- und Pflegesystem informiert.	74,1	23,2	0,9	0,0	1,8
Den Klient:innen fällt es leichter, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden.	57,5	31,6	6,6	0,4	3,9
Den Klient:innen fällt es leichter, im Internet Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden.	19,7	28,9	23,7	8,8	18,9
Die Klient:innen können besser einschätzen, welche Pflege und Betreuung für sie passend ist.	25,9	55,3	9,2	0,9	8,8
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, wo sie professionelle Hilfe für ihre gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen finden.	64,5	32,0	0,9	0,0	2,6
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, was sie bei Pflegebedürftigkeit selbst tun können (ihre Selbstpflegefähigkeit hat sich erhöht).	34,6	54,8	4,4	0,4	5,7
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, an wen sie sich bei Pflegebedürftigkeit wenden können.	70,6	25,4	0,9	0,4	2,6
Die Klient:innen verstehen die Anweisungen zur Einnahme ihrer Medikamente von Ärzt:innen oder Apotheker:innen besser.	39,0	37,3	8,3	0,0	15,4
Die Klient:innen verstehen besser, was Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen sagen (Ärzt:innen, Therapeut:innen, Hauskrankenpfleger:innen etc.).	36,8	36,8	7,9	0,4	18,0
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, wo sie Informationen über Veranstaltungen in ihrer Gemeinde/Region finden.	51,8	36,4	4,4	0,9	6,6
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, wo sie Informationen über Verhaltensweisen, die gut für das Wohlbefinden sind, finden (Meditation, körperliche Bewegung etc.).	39,9	43,4	7,9	0,0	8,8
Die Klient:innen achten aufmerksamer auf Veränderungen ihrer Gesundheit.	27,6	47,4	6,1	1,3	17,5
Den Klient:innen ist bewusster, dass sie für einen guten Gesundheitszustand selbst etwas tun müssen.	39,5	47,4	4,8	1,3	7,0
Die Klient:innen nehmen bewusster wahr, wie sie sich körperlich fühlen.	25,4	49,1	4,8	2,2	18,4
Die Klient:innen versuchen vermehrt, körperlich aktiv zu sein.	26,8	51,8	7,9	1,3	12,3

Die Klient:innen können besser einschätzen, was ihrer Entspannung und Erholung dient.	21,9	47,4	7,0	1,8	21,9
---	------	------	-----	-----	------

Tabelle 76: Wirkdimension „Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Ich weiß besser über Angebote im Gesundheits- und Pflegesystem Bescheid. (n=658)	72,3	19,6	2,0	0,6	5,5
Es fällt mir leichter, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu finden. (n=657)	68,0	20,2	3,3	1,2	7,2
Es fällt mir leichter, im Internet Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu finden. (n=631)	31,9	17,0	7,8	13,3	30,1
Ich kann besser einschätzen, welche Pflege und Betreuung für mich passend ist. (n=641)	42,1	29,3	3,9	2,3	22,3
Ich weiß besser, wo ich Hilfe für meine gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen finde (z.B. welche Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen ich kontaktieren kann). (n=655)	67,0	19,7	1,8	1,1	10,4
Ich weiß besser, was ich bei Pflegebedürftigkeit selbst tun kann. (n=645)	52,7	29,5	3,1	1,2	13,5
Ich weiß besser, an wen ich mich bei Pflegebedürftigkeit wenden kann, um Hilfe zu bekommen. (n=664)	81,9	14,2	0,9	0,3	2,7
Ich verstehe die Anweisungen von Ärzt:innen oder Apotheker:innen zur Einnahme meiner Medikamente besser. (n=637)	39,1	25,0	6,1	3,5	26,4
Ich verstehe besser, was mir Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen sagen (z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Hauskrankenpflege). (n=634)	38,8	27,8	5,0	3,5	24,9
Ich weiß besser, wo ich Informationen über Veranstaltungen in meiner Gemeinde/Region finde. (n=642)	56,4	23,4	2,5	1,4	16,4
Ich weiß besser, wo ich Informationen über Verhaltensweisen finde, die gut für mein psychisches Wohlbefinden sind (z.B. Meditation, körperliche Bewegung). (n=641)	47,1	24,6	4,7	2,3	21,2
Ich achte aufmerksamer auf Veränderungen meiner Gesundheit. (n=647)	54,7	29,2	3,1	1,4	11,6

Mir ist bewusster, dass ich für einen guten Gesundheitszustand selbst etwas tun muss. (n=667)	77,2	15,9	0,7	0,9	5,2
Ich nehme bewusster wahr, wie ich mich körperlich fühle. (n=653)	63,1	22,4	2,9	1,7	10,0
Ich versuche vermehrt, körperlich aktiv zu sein. (n=654)	56,0	27,1	5,5	2,6	8,9
Ich kann besser einschätzen, was meiner Entspannung und Erholung dient. (n=652)	56,4	30,1	2,8	1,2	9,5

Tabelle 77: Wirkdimension „Handlungsfeld Community Nursing“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht meine Arbeitszufriedenheit.	62,3	33,3	2,6	0,4	1,3
Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit wird es möglich, meiner Tätigkeit als Community Nurse auch langfristig nachzugehen.	56,6	30,3	3,5	1,8	7,9
Das Tätigkeitsfeld Community Nursing steigert die Attraktivität des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege.	76,8	18,0	1,3	0,4	3,5
Durch das Tätigkeitsfeld Community Nursing wird ein längerer Verbleib im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege möglich.	74,6	20,2	1,3	0,4	3,5
Durch das Tätigkeitsfeld Community Nursing ist es möglich, die umfassenden pflegerischen Kompetenzen lt. GuKG umzusetzen.	58,3	29,4	7,9	2,2	2,2
Durch das Tätigkeitsfeld Community Nursing kann ich viel Neues in meinem Berufsfeld lernen.	78,5	19,7	1,3	0,0	0,4
Meine Arbeit im Tätigkeitsfeld Community Nursing ist abwechslungsreicher als meine frühere Tätigkeit.	56,1	26,8	11,4	2,6	3,1
Meine Tätigkeit als Community Nurse ist weniger körperlich anstrengend als meine frühere Tätigkeit.	61,8	26,8	5,7	3,9	1,8
Im Tätigkeitsfeld Community Nursing kann ich viel Positives für die Gesundheit meiner Klient:innen bewirken.	77,6	21,5	0,0	0,4	0,4
Im Tätigkeitsfeld Community Nursing kann ich stark eigenverantwortlich und unabhängig arbeiten.	78,5	20,2	1,3	0,0	0,0

Alle an der Versorgung von Klient:innen beteiligten Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen kennen ihren Verantwortungsbereich in der Versorgung.	41,2	39,9	11,4	3,1	4,4
Alle an der Versorgung von Klient:innen beteiligten Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen kennen den Verantwortungsbereich der anderen Gesundheitsdienstleistung in der Versorgung.	27,2	41,2	22,8	3,9	4,8
Die jeweiligen Verantwortungsbereiche der Gesundheits- und Pflegedienstleister:innen in der Versorgung werden von allen respektiert.	30,3	47,4	15,8	2,6	3,9
Als Community Nurse erhalte ich für meine Tätigkeit wichtige klient:innenbezogene Informationen zeitnah von den anderen Berufsgruppen.	31,6	46,9	14,9	3,1	3,5
Meine Grundausbildung als DGKP hat mich gut auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet.	33,3	34,2	21,5	7,5	3,5
Meine Grundausbildung als DGKP hat mich gut auf die Tätigkeit Community Nursing vorbereitet.	22,4	24,1	32,9	16,7	3,9
Ich kann mir vorstellen, auch weiterhin als Community Nurse tätig zu sein.	72,8	18,4	3,5	2,2	3,1

In den Tabellen 78 bis 81 sind die Antworten, die auf die offene Fragestellung im Community Nurse-Fragebogen „**Welche Ausbildungen, Bildungsmaßnahmen und Vernetzungsaktivitäten der GÖG haben sich als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen?**“ zusammengefasst:

Tabelle 78: Hilfreiche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Vernetzungsaktivitäten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=305)

Maßnahmen und Aktivitäten	Nennungen	Prozent
Webinare	81	26,6
Vernetzungstreffen / Austausch unter CNs	72	23,6
Themenspezifische Weiterbildungen	53	17,4
CN-Sprechstunde	32	10,5
Alle Veranstaltungen und Weiterbildungen der GÖG	23	7,5
Jahreskonferenzen und Kongresse	20	6,6
Weiterführende Hilfestellungen der GÖG	8	2,5
Ringvorlesungen	7	2,3
Newsflash	4	1,3
Elevator Pitch	3	1,0
Coffee Calls	2	0,7
Gesamt	305	100,0

Als **weiterführende Hilfestellungen der GÖG** wurden Online-Ressourcen wie Webinar-Aufzeichnungen genannt (n=4), zudem die Begleitung durch die FH Kärnten (n=2) sowie die Verfügbarkeit von Corporate Design-Vorlagen (n=1) und die Möglichkeit, bei Kontaktaufnahme Hilfestellung durch die GÖG zu bekommen (n=1). In nachfolgender Tabelle werden die genannten hilfreichen Weiterbildungen nach Themen aufgeschlüsselt.

Tabelle 79: Hilfreiche Weiterbildungen der GÖG nach Themen, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=53)

Weiterbildungen	Nennungen	Prozent
Psychiatrische Erkrankungen	11	20,8
Umgang mit Demenz	7	13,2
Gesundheitsförderung / Prävention / Gesundheitskompetenz	7	13,2
Psychosoziale Weiterbildungen allgemein	7	13,2
Umgang mit (häuslicher) Gewalt	6	11,3
Praxis-Dialog-Treffen (Styria vitalis)	6	11,3
Umgang mit Medien	2	3,8
Public Health Intervention Wheel	1	1,9
24h-Betreuung	1	1,9
Leisure Lectures	1	1,9
Recht	1	1,9
Klima	1	1,9
Family Care	1	1,9
Case Management	1	1,9
Gesamt	53	100,0

Zusammenfassend merkten einige Community Nurses an, dass sie das **Angebot der GÖG** als **breit aufgestellt** und alle Themen gut abdeckend empfunden haben (n=6). Teilweise wurde dies in Zusammenhang mit der beruflichen Vorerfahrung gebracht, langjährige Vorerfahrungen im Case- und Caremanagement oder in der interprofessionellen Zusammenarbeit in Kombination mit dem Weiterbildungsangebot wurden als hilfreich eingeschätzt (n=3).

Tabelle 80: Kritikpunkte an Begleitangeboten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Gesamtzahl der Nennungen n=66)

Begleitangebote	Nennungen	Prozent
Kritikpunkte an Weiterbildungsangeboten der GÖG	45	68,2
Fehlende Rahmenbedingungen und Strukturen	11	16,7
CNs fühlten sich alleine gelassen	7	10,6
Wunsch nach Zusammenarbeit projektübergreifend	2	3,0
Laufzeit Pilotprojekt zu kurz für Evaluation	1	1,5
Gesamt	66	100,0

In Zusammenhang mit **fehlenden Rahmenbedingungen und Strukturen** wurde u.a. auf die fehlenden Hilfsunterlagen und Materialien sowie den Mangel an einheitlichen Prozessbeschreibungen und Spezifikationen (z.B. Hilfestellung zu geeigneten Assessments), speziell in der Vorbereitungsphase und während des ersten Projektjahres, hingewiesen (n=6). Das Fehlen einer Dokumentationssoftware, die späte Einführung einer Dokumentation sowie der Verzicht auf eine schrittweise Einschulung in alle Dokumentationssysteme wurde weiters als wenig hilfreich erwähnt (n=4). Die Informationsbeschaffung über dory wurde als unübersichtlich und zeitraubend beschrieben (n=1). Damit in Zusammenhang steht, **dass sich die CNs teilweise alleine gelassen gefühlt haben**. Hier wurde zweimal angemerkt, dass es keine Ansprechperson für Probleme im CN und somit keine laufende Betreuung der unterschiedlichen Projekte gab, um diese gut weiterentwickeln zu können (n=2). Die lange Wartezeit auf Rückmeldungen zu Anfragen wurde ebenfalls einmal erwähnt (n=1). Informationsdefizite und mangelnde Koordination, gerade zu Beginn des Projektes, sowie die mangelnde Einschulung für Quereinsteiger:innen zählten ferner zu den Nennungen (n=5). In einer Anmerkung wurde dies mit einem Gefühl der Überforderung sowie der psychischen Belastung in Zusammenhang gebracht (n=1). Die Kritikpunkte, die sich konkret auf das Weiterbildungsangebot der GÖG beziehen, sind in nachfolgender Tabelle näher aufgeschlüsselt.

Tabelle 81: Kritikpunkte an Weiterbildungsangeboten der GÖG, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=45)

Weiterbildungsangebote	Nennungen	Prozent
Inhaltliche Kritik an Weiterbildungsmaßnahmen	29	64,4
Weitere Schulungen erwünscht	7	15,6
Weiterbildungsmaßnahmen kamen zu spät	6	13,3
Knappe Zeitressourcen erschweren Teilnahme an Weiterbildung	2	4,4
Anerkennung der Bildungsmaßnahmen als Weiterbildung wäre hilfreich	1	2,2
Gesamt	45	100,0

In Zusammenhang mit **inhaltlichen Kritikpunkten an den Weiterbildungsmaßnahmen der GÖG** bezogen sich die meisten Rückmeldungen auf Inhalte, die zum Teil als thematisch wenig hilfreich eingeschätzt wurden (n=9), wie z.B. der Umgang mit Sexualität bzw. LGBTQIA+ Personen und die gendergerechte Pflege (n=3). Ferner kritisiert wurde ein zu grundlegender Einstieg in die Themen bzw. die Einstufung der Inhalte als Wiederholung von bereits Gehörtem (n=5), wie z.B. die Klärung der Grundbegriffe Gesundheit und Krankheit (n=1). Zudem wurde eine hohe Theorielastigkeit bzw. Praxisferne (n=2) und ein zu starker Pflegebezug (n=1) als wenig hilfreich in Zusammenhang mit dem Weiterbildungsangebot vermerkt. Die Schilderung einer CN greift auch auf, dass in den Webinaren und Sprechstunden zum Teil unrealistische Erwartungen und Voraussetzungen kommuniziert wurden (z.B. umfangreiche Datenerhebung als Einzelperson) (n=1). Auch das Fehlen von Ausbildungen durch die GÖG wurde zweimal genannt (n=2). Das Format der Ringvorlesungen wurde zweimal als weniger hilfreich beschrieben, auch in Zusammenhang mit der Organisation abends und außerhalb der Arbeitszeit (n=2). Die Workshops beim CN-Tag in Wien wurden ebenso als weniger hilfreich herausgegriffen (n=2), allgemein wurde das Fehlen von Entscheidungsträger:innen bei den Vernetzungstreffen kritisiert, und mit mangelndem Effekt und vergeudeter Energie und Motivation in Verbindung gebracht (n=2). **Weitere**

Schulungen wünschten sich die CNs während der Pilotphase vor allem in den Bereichen Ehrenamtlichkeit (n=1), Kommunikationstechniken (n=1) und Öffentlichkeitsarbeit (n=1), um die Menschen gut erreichen zu können bzw. besteht auch der Wunsch nach einer Fortsetzung der im Pilotprojekt angebotenen Schulungen (n=1). Zweimal wurde angemerkt, dass rückblickend eine (umfassendere) Einführung in die Dokumentationssysteme bzw. konkret eine Einschulung bei der Umstellung auf DokCN hilfreich gewesen wäre (n=2).

Die Tabellen 82 bis 84 fassen die Antworten auf die offene Fragestellung im Community Nurse-Fragebogen „**Welche weiterführenden Ausbildungen, Bildungsmaßnahmen und Vernetzungsaktivitäten im Rahmen Ihrer Community Nurse Tätigkeit haben sich als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen?**“ zusammen:

Tabelle 82: Hilfreiche weiterführende Fort- und Weiterbildungen, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=168)

Fort- und Weiterbildungen	Nennungen	Prozent
Pflegegeld und Pflegeleistungen (Einstufung Pflegegeld, Pflegegeldbegutachtung ÖBAK, Anspruch auf und Verfügbarkeit von Pflegeleistungen)	23	13,5
Case- und Caremanagement	20	11,8
Prävention und Gesundheitsförderung (allgemein, Erreichen der Zielgruppen, Klima und Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Selbstbestimmung)	16	9,4
Demenz	12	7,1
Laufende Fortbildungen allgemein	10	5,9
Diabetes	9	5,3
Rechtliche Themen (GuKG, Berufsrecht und Haftungsfragen, Erwachsenenschutzrecht)	8	4,7
Community Health Nursing (Bundesarbeitsgemeinschaft, Sonderausbildung für Community Health Nursing, Weiterbildungslehrgang familien- und gemeindenaher Pflege)	7	4,1
Erst- und Weiterverordnung von Medizinprodukten, Heilbehelfen und Pflegehilfsmitteln	7	4,1
Pflegeprozess (Fortbildung hinsichtlich Gesundheitspflegeprozess, Aromapflege, Pflegemethoden im Alltag)	6	3,5
Inkontinenz	6	3,5
Erste Hilfe / Letzte Hilfe / Erste Hilfe für die Seele	6	3,5
Gesundes Alter(n)	5	2,9
Pflegemanagement (allgemein, speziell Projektmanagement / Qualitätsmanagement)	5	2,9
Gewaltprävention	4	2,4
Hautpflege und Wundmanagement	4	2,4
Krisenintervention	3	1,8
Kommunikationsschulungen	3	1,8
Sozialraumorientierung	2	1,2

Supervision	2	1,2
Assistierter Suizid	2	1,2
Einzelnennungen zu spezifischen Themen (psychiatrische Erkrankungen, Pflegeberatung, Palliative Care, Hauskrankenpflege, Schmerzmanagement, Kinästhetik, informelle Pflege, Clinical Assessment, Validation, Positive Psychologie)	10	5,9
Gesamt	168	100,0

Tabelle 83: Hilfreiche weiterführende Ausbildungen, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=20)

Weiterführende Ausbildungen	Nennungen	Prozent
Advanced Nursing Practice / Counseling / Education	10	50,0
Bachelor Upgrade Gesundheits- und Krankenpflege	2	10,0
Soziale Arbeit	2	10,0
Master of Public Health	2	10,0
Master Gerontologie und soziale Innovation	1	5,0
Bachelor Kommunikationswissenschaften	1	5,0
Pflegewissenschaft	1	5,0
Bachelor Gesundheits- und Pflegemanagement	1	5,0
Gesamt	20	100,0

Tabelle 84: Hilfreiche weiterführende Vernetzungsaktivitäten, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=74)

Weiterführende Vernetzungsaktivitäten	Nennungen	Prozent
Eigenständige Vernetzung unter den CNs (in den Bundesländern)	40	54,1
Vernetzung mit regionalen Gesundheitsanbietern und Netzwerkpartner:innen (z.B. Pflegedrehscheibe, Sozialarbeiter:innen, Vertretungsnetz, 24h-Betreuung, Entlassungsmanagement, mobile Dienste, Therapeut:innen, Referate Landesregierung, Sanitätsfachhandel, Gesundheitskassen, Gewaltschutzzentren)	22	29,7
Vernetzung mit Gemeinden bzw. im Bezirk (z.B. Schulen, Ämter, Vereine und Pensionist:innenverbände, VHS, Wohnpartner)	9	12,2
Vernetzung innerhalb von Trägerorganisationen (z.B. Trägerverein)	3	4,1
Gesamt	74	100,0

Neben den weiterführenden Fort- und Weiterbildungen, Ausbildungen und Vernetzungsaktivitäten wurden von den Community Nurses auch die Berufserfahrung, z.B. in der mobilen Pflege (n=6), die Eigenrecherche bzw. das Selbststudium (n=2) sowie die Freiheit in der Gestaltung des Konzepts in der Region (n=1) als **hilfreiche Faktoren** im Rahmen der Community Nurse-Tätigkeit genannt. Zu den

weniger hilfreichen Faktoren zählte für eine Community Nurse hingegen, dass sie aufgrund ihrer früheren beruflichen Tätigkeit im Akutbereich über wenig Erfahrung in der mobilen Pflege verfügte (n=1). Als weiteren weniger hilfreichen Faktor nannten die Community Nurses, dass in Zusammenhang mit der Vernetzung, z.B. mit der Ärzt:innenschaft, den Entscheidungsträger:innen von SHV, Land und Bund bzw. den Netzwerkpartner:innen, wie etwa den Ansprechpersonen in Kulturvereinen, noch viel Luft nach oben bzw. noch wenig Interesse an einer Zusammenarbeit gegeben ist (n=3). Als nicht hilfreich wurden auch das Onlineangebot bzw. die Vernetzungstreffen eines externen Anbieters beschrieben (n=2). Wie auch bei den Weiterbildungsangeboten der GÖG wird aus mangelnden Zeitressourcen auch die Teilnahme an weiterführenden Angeboten als schwierig genannt, da damit Abwesenheiten in der Gemeinde und eine geringere Erreichbarkeit für die Klient:innen einhergehen (n=2). Zum Teil konnten Weiterbildungsangebote aufgrund von zu geringen Teilnehmer:innenzahlen auch nicht stattfinden (n=1).

Die Antworten im Community Nurse-Fragebogen auf die Frage „**Welches zusätzliche Ausbildungs- und Weiterbildungsangebot wäre aus Ihrer Sicht hilfreich gewesen?**“ werden in den Tabellen 85 und 86 zusammengefasst:

Tabelle 85: Fort- und Weiterbildungen, die hilfreich gewesen wären, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=216)

Fort- und Weiterbildungen	Nennungen	Prozent
Case- und Caremanagement	32	14,8
Kommunikation / Konfliktmanagement / Beratung	25	11,6
Marketing und Öffentlichkeitsarbeit	21	9,7
(Projekt-)Management	18	8,3
Basisschulung CN	16	7,4
Gesundheitsförderung / Stärkung von Gesundheitskompetenz / Public Health	16	7,4
Pflegegeld und Pflegeleistungen	12	5,6
Datenerhebung / Datenmanagement / Statistik	11	5,1
Auffrischung chron. Krankheitsbilder / Disease Management	10	4,6
Pflegedokumentation	9	4,2
Rechtliche Aspekte	9	4,2
Clinical Assessment / Pflegeassessment	8	3,7
Wundmanagement	5	2,3
Mobile Pflege	4	1,9
Pflegepolitisches Arbeiten	3	1,4
Aufbau von Ehrenamt	3	1,4
Inkontinenzversorgung	2	0,9
Psychohygiene	2	0,9
EDV-Schulungen	2	0,9
Trauerbegleitung	1	0,5
Psychologische Fortbildungen	1	0,5

Kräuter- und Aromakunde	1	0,5
Schmerzmanagement	1	0,5
Kinästhetik	1	0,5
Krisenintervention	1	0,5
Gesundes Altern	1	0,5
Demenz	1	0,5
Gesamt	216	100,0

Tabelle 86: Ausbildungen, die hilfreich gewesen wären, Community Nurse-Fragebogen (Anzahl der Nennungen n=39)

Ausbildungen	Nennungen	Prozent
Community Health Nursing	14	35,9
Soziale Arbeit	10	25,6
Advanced Nursing Practice	5	12,8
Public Health	5	12,8
Gesundheitspädagogik	2	5,1
Ernährungswissenschaft	1	2,6
Lebens- und Sozialberatung	1	2,6
Pflegemanagement / Pflegewissenschaft	1	2,6
Gesamt	39	100,0

Neben den Fort- und Weiterbildungen sowie Ausbildungen, die hilfreich gewesen wären, wurde von den Community Nurses auch eine Vorbereitung auf bzw. Begleitung während des Projektes in Form von **Supervision und Coaching** als Unterstützung genannt, die hilfreich gewesen wäre (n=7). Näher ausgeführt wurde eine umfassende Vorbereitung auf die Komplexität der Aufgabe sowie die emotionale Vorbereitung auf belastende Situationen.

Tabelle 87: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Community Nurse-Fragebogen (n=228; Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen haben mehr Zugang zu Informationen, die sie für das alltägliche Leben brauchen.	70,6	25,4	1,8	0,0	2,2
Die Klient:innen haben mehr Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten.	34,2	36,8	13,2	3,1	12,7
Die Klient:innen sind mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Gemeinde/Region zufriedener.	34,6	41,7	9,6	1,3	12,7

Die Klient:innen sind allgemein mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung zufriedener.	31,1	43,9	11,0	1,8	12,3
Die Klient:innen wissen, an wen sie sich in ihrem persönlichen Umfeld bei Problemen oder Hilfebedarf wenden können.	73,7	21,5	2,2	0,0	2,6
Der soziale Zusammenhalt in der Region/Gemeinde wurde gestärkt (durch ehrenamtliche Tätigkeiten oder Nachbarschaftshilfe etc.).	35,5	31,6	10,1	4,8	18,0

Tabelle 88: Wirkdimension „Soziales und regionales Leben“, Zielgruppen-Fragebogen (Angaben in %)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Ich habe mehr Zugang zu Informationen, die ich für das alltägliche Leben brauche. (n=644)	67,4	21,7	1,9	0,5	8,5
Ich habe mehr Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten. (n=617)	34,5	22,0	7,3	7,5	28,7
Ich bin mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Gemeinde/Region zufriedener. (n=639)	49,5	29,4	3,4	2,2	15,5
Ich bin allgemein mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung zufriedener. (n=625)	45,4	29,8	5,9	3,4	15,5
Ich weiß, an wen ich mich in meinem persönlichen Umfeld wenden kann, wenn ich Probleme habe oder Hilfe brauche. (n=654)	84,6	9,2	0,6	0,8	4,9
Der soziale Zusammenhalt in der Gemeinde/Region wurde gestärkt (z.B. durch ehrenamtliche Tätigkeiten oder Nachbarschaftshilfe). (n=626)	40,7	19,8	4,2	2,6	32,7

Ergänzende Informationen zu den Falldarstellungen

Erhebungsinstrument: Falldarstellungen

Fallbeschreibung angelehnt an die für die Pflege adaptierte CARE LEITLINIE (Pfleger, 2020, 14 zitiert in Schrems, 2022, S. 177)

Die für die Pflege adaptierte CARE-Leitlinie-Checkliste		
Item Name	Item Nr.	Kurze Beschreibung
Titel	1	Das Wort „Fallbericht“ (oder Case Report) soll im Titel erscheinen, außerdem der primär interessierende Sachverhalt (z.B. Pflegephänomen, Pflegediagnose, Pflegeintervention, Pflegeoutcome)
Einleitung	2	Kurzer Überblick zum Hintergrund des Falles
Information über die zu betreuende Person und/oder deren Zu- und Angehörige	3	a) Demographische Charakteristika: Alter, Geschlecht, ethnisch-kultureller Hintergrund, Beruf, soziales Umfeld, Wohnort (städtisch, ländlich, ländlich entlegen), Berufstätigkeit b) Grund und Art der Kontaktaufnahme c) Pflegerische, familiäre, psychosoziale, gesundheitsspezifische Anamnese und Details zu relevanten präventiven und gesundheitsförderlichen Aspekten sowie eventuellen Begleiterkrankungen, bisherigen Interventionen und deren Ergebnisse
Zeitachse	4	Darstellung wichtiger Zeitpunkte und Verläufe des Falles (Tabelle oder Abbildung)
Darstellung der pflegerischen Planungsschritte - Pflegeprozess	5	Darstellung der Planungsschritte durch die CN im Rahmen des Pflegeprozesses: <ul style="list-style-type: none"> • Informationssammlung (Anamnese, Fokusassessment) • Abgeleitete Pflegediagnose(n) • Planung der Zielsetzungen/gewünschter Outcome • Planung der Interventionen (Beschreibung des Was, Wie, Wo, Womit, Wie oft, Wann) • Durchführung und Implementierung
Einschätzung der erzielten Outcomes durch die gesetzten Interventionen mit Bezug zu den Wirkdimensionen		Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in den Bereichen Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden? <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich der Zeitpunkt des Erkennens von Gesundheitsrisiken verändert? • Hat sich das Gesundheitsempfinden der Person verändert? • Hat sich das allgemeine Wohlbefinden verändert? • Hat sich die Lebensqualität verändert? • Hat sich in Bezug auf Einsamkeit etwas verändert? • Hat sich die soziale Einbindung der Personen in die Region verändert? Hat sich in Bezug auf soziale Isolation etwas verändert? Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in den Bereichen Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment? <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich die Teilnahme an anderen Interventionen verändert (z.B. in der Gemeinde/Region)?

	<ul style="list-style-type: none"> • Haben sich gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen verändert? Werden diese umgesetzt? • Hat sich die Selbsthilfefähigkeit/Selbstpflegefähigkeit verändert? • Haben sich gesundheitsbezogene Einstellungen, Werte und Überzeugungen verändert? • Wurde durch die Intervention Frailty erkannt und inwiefern konnte durch die Intervention dem Frailty-Syndrom entgegen gewirkt werden? <p>Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in den Bereichen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich die allgemeine Gesundheitskompetenz verändert? • hat sich die digitale Gesundheitskompetenz verändert? • Hat sich die kommunikative Gesundheitskompetenz verändert? • Hat sich die Navigationskompetenz im Gesundheitswesen verändert?
--	---

In Anlehnung an Careleitlinie in Schrems, B. (2022, S. 177). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche* (4., überarbeitete Auflage). Facultas

Auswertungskonzept Falldarstellungen der Community Nurses

Ergänzend bearbeitet auf Basis der Fallbesprechungen mit fallführenden CNs (10 Pilotprojekte mit jeweils 5 Fallbeschreibungen, 2 Falldarstellungen aus Pilotinterview) | Erreichte Gesamtzahl: 51 Fälle

1) Was waren die Gründe für die Kontaktaufnahme der zu betreuenden Person und/oder der An- und Zugehörigen mit der Community Nurse? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

Selektionskriterium (SK): Alle Hinweise, die auf die Beweggründe für die Kontaktaufnahme mit der Community Nurse schließen lassen (z.B. Problemstellungen, Pflegephänomene, Pflegediagnosen).

Abstraktionsniveau (AN): Hinweise auf konkrete Gründe, die zu einer Kontaktaufnahme mit der Community Nurse geführt haben.

2) Wie findet die Kontaktaufnahme der zu betreuende Person und/oder deren An- und Zugehörige/r mit der Community Nurse statt bzw. wie wurde der Kontakt angebahnt? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Hinweise auf die Art und Weise der Kontaktaufnahme/-anbahnung mit der Community Nurse (z.B. im Rahmen von Veranstaltungen, durch Telefonanruf, Kontaktanbahnung über Systempartner:innen wie etwa Hausärzt:innen).

AN: Beschreibung der konkreten Form der Kontaktaufnahme mit der Community Nurse.

3) Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in der Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Beschreibende Aspekte zu den (positiven und negativen) Veränderungen im Bereich Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Zeitpunkt des Erkennens von Gesundheitsrisiken, Gesundheitsempfinden, allgemeines Wohlbefinden, Lebensqualität der Klient:innen), die auf die durch CN gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind.

AN: Konkrete Beschreibung der Veränderungen in den Bereichen Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden.

4) Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in der Wirkdimension Prävention, Gesundheitsförderung, Empowerment und Frailty? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Beschreibende Aspekte zu den (positiven und negativen) Veränderungen im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Empowerment und Frailty (Teilnahme an anderen Interventionen in der Gemeinde/Region, gesundheitsförderliche und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, Selbsthilfefähigkeit/Selbstpflegefähigkeit, gesundheitsbezogene Einstellungen, Werte und Überzeugungen sowie Veränderungen in Bezug auf das Erkennen bzw. dem Entgegenwirken von Frailty), die auf die durch CN gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind.

AN: Konkrete Beschreibung der Wirkung der gesetzten Intervention in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Empowerment und Frailty.

5) Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in der Wirkdimension Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Beschreibende Aspekte zu den (positiven und negativen) Veränderungen im Bereich Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein (allgemeine Gesundheitskompetenz, digitale Gesundheitskompetenz, kommunikative Gesundheitskompetenz sowie Navigationskompetenz im Gesundheitswesen), die auf die durch CN gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind.

AN: Konkrete Beschreibung der Wirkung der gesetzten Intervention in den Bereichen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein.

6) Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in der Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Beschreibende Aspekte zu den (positiven und negativen) Veränderungen im Bereich Gesundheitsversorgung und Pflege (regionale Versorgungslandschaft, Schließen von Lücken im Versorgungsangebot, Entlastung des Gesundheitssystems, Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialberufen, Zufriedenheit mit dem Versorgungsangebot), die auf die durch CN gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind.

AN: Konkrete Beschreibung der Wirkung der gesetzten Intervention in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflege.

7) Inwieweit sind die Interventionsbereiche des Public Health Intervention Wheel (PHIW) in der Wirkdimension *Handlungsfeld Community Nursing* in Bezug auf die Benennung der Funktion, der Rolle sowie des Handlungsfeldes der CN in der Region in den Falldarstellungen ableitbar? (DEDUKTIVE KATEGORIENANWENDUNG)

Kodierleitfaden: Ableitung der Interventionsbereiche des Public Health Intervention Wheel (PHIW) aus den Falldarstellungen

- Identifizierung von Fallsituationen,
- Überwachung und Kontrolle gesundheitsgefährdender Prozesse
- Ermittlung von Erkrankungen und gesundheitsgefährdenden Faktoren
- soziales Engagement – sozialräumliche Nähe schaffen
- systematische Überprüfung/Weitervermittlung und Nachbetreuung
- Case Management
- Delegationsfunktionen
- Gesundheitslehre, Edukation
- Beratung und psychosoziale Betreuung
- Zusammenarbeit und Vernetzung
- Organisation von Gemeinschaften
- Anwaltschaft für gesundheitliche Belange
- Soziales Marketing
- Entwicklung sowie Durch- und Umsetzung von Strategien

8) Welche Wirkungen zeigen sich aufgrund der gesetzten Intervention in der Wirkdimension *Soziales und regionales Leben*? (INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG)

SK: Beschreibende Aspekte zu den (positiven und negativen) Veränderungen im Bereich des sozialen und regionalen Lebens (Einsamkeit und soziale Einbindung bzw. soziale Isolation, Etablierung von zielgruppenspezifischen Angeboten zur Verbesserung der sozialen Teilhabe, Optimierung der regionalen Gegebenheiten in Bezug auf gesundheitliche Belange), die auf die durch CN gesetzten Maßnahmen zurückzuführen sind.

AN: Konkrete Beschreibung der Wirkung der gesetzten Intervention im Bereich des sozialen und regionalen Lebens.

Ergänzende Informationen zu den Falldarstellungen

Wirkdimension *Gesundheitsversorgung und Pflege* – Falldarstellung

Auszug aus Fallsituation 24:

„Grund und Art der Kontaktaufnahme: Desolate Wohnung, Planung der Wohnsituation nach der Krankenhausentlassung.“

Anamnese - Medizinische Diagnosen nach der Krankenhausentlassung: Verwahrlosung, Hirnleistungsschwäche (MMST 19/30), leichte bis mittelgradige geriatrische Depressivität, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes Mellitus Typ 2 mit diab. Nephropathie und renaler Anämie, Perm. VH-Flimmern, OAK mit Lixiana, Hyperurikämie.

Vor dem Krankenhaus besuchte Hr. E. unregelmäßig seine Hausärztin, in der Wohnung befinden sich angebrochene, verschmutzte Medikamentenpackungen (Medikamente im Zusammenhang mit Diabetes). Es zeigen sich Einschränkungen in den AEDL: Kommunikation: Hr. E. hat eine Lesebrille, diese ist stark verschmutzt aber funktionsfähig. Hr. E. zeigt Einschränkungen in der Nutzung von Telefonen. Er nützt keine technologiebasierte Kommunikation. Bewegung/Mobilität: Herr E. präsentiert ein unsicheres Gangbild und zeigt Widerstand gegen die Nutzung von Hilfsmitteln. Er bevorzugt es, sämtliche Strecken mit seinem eigenen Fahrzeug/Auto zurückzulegen, obwohl er dabei unsicher fährt, Verkehrsregelungen missachtet und regelmäßig wegen Verkehrsverstößen belangt wird. Waschen und Kleiden / Körperpflege: Herr E. präsentiert ein ungepflegtes Erscheinungsbild, während die sanitären Einrichtungen in seinem Haus unzureichend gewartet sind. Überall im Haus liegen schmutzige Kleidungsstücke herum. Berichte der Reinigungskräfte in öffentlichen Toiletten legen nahe, dass Herr E. verschmutzte Kleidung in den Toiletten hinterlässt.

Essen und Trinken / Ernährung: Herr E. zeigt ausreichendes Appetitverhalten und trinkt ausreichend Flüssigkeiten, hauptsächlich Wasser und Kaffee. Seine Nahrungszufuhr erfolgt größtenteils in Wirtshäuser. Im gesamten Haus finden sich Essensreste, hauptsächlich von Pudding und Mehlspeisen. Der Kühlschrank ist stark vereist, verschmutzt und leer. Atmung: Belastungsdyspnoe, sonst keine Auffälligkeiten. Wachsein und Schlafen: Herr E. zeigt ein regelmäßiges Schlafverhalten während des Tages mit wenig Tagesaktivitäten, abgesehen von Autofahrten und dem Lesen von Kreuzworträtseln. Er leidet unter Durchschlafstörungen aufgrund von Nykturie und wiederkehrenden zirkulierenden Gedanken. Wertesystem und Biographie: Herr E. verlor seine Mutter im Alter von 15 Jahren und erlebte rasch eine Umstellung, als sein Vater schnell wieder heiratete und zwei ältere Stiefschwestern hinzukamen. Er arbeitete als Schlosser in der Bauwirtschaft. Herr E. hegt eine starke Bindung zu seinem Elternhaus in dem er wohnt und schätzt sein kürzlich erworbenes Auto. Es ist ihm wichtig, dass er mit seiner monatlichen Pension auskommt. Er gibt sein frei verfügbares Geld hauptsächlich für Treibstoff aus sowie für neue Kleidung, da er die alte nicht wäscht, und für Besuche im Wirtshaus. Er pflegt keine spezifischen Hobbys. Haushaltsführung: Während seiner Berufstätigkeit erhielt Herr E. Unterstützung im Haushalt, bis diese Person verstarb. Infolgedessen übernahm er die Haushaltsführung selbst. Herr E. erkennt an, dass seine Antriebslosigkeit dazu führte, dass er mit der Haushaltsführung nicht mehr zu recht kam. Er hat jedoch eine abweichende Vorstellung von Sauberkeit und angemessener Haushaltsführung im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung und betrachtet die Verschmutzung seines Hauses nicht als besonders problematisch. Therapeutische Diagnostische Maßnahmen: Herr E. nimmt seine Medikamente unregelmäßig und in unzureichender Weise ein, er besucht sporadisch seine Hausärztin. Frailty: Study of Osteoporotic Fracture (SOF) Criteria for Frailty: Frail Morse Fall Scale (MFS): erhöhtes Sturzrisiko. Mangelernährung: Mini Nutritional Assessment - Short Form: Gefahr einer Mangelernährung. Barthelindex: 70/90. MMSE-Score: 19/30

Zeitachse

06.03.2024: Kontaktaufnahme durch die Sozialarbeiterin der Bezirkshauptmannschaft zur Vereinbarung eines Hausbesichtigungstermins mit Herrn E.

08.03.2024: Hausbesichtigung mit Anwesenheit der Sozialarbeiterin, Feststellung einer Messie-Wohnung, Begutachtung der Heizung durch eine Sanitärfirma, Hinzuziehen einer Reinigungsfirma, Schätzung der Instandsetzungskosten auf 20.000,- Euro, Anruf beim Amtsleiter wegen einer verfügbaren Wohnung im betreubaren Wohnen.

11.03.2024: Besuch der Community Nurse (CN) im Krankenhaus bei Herrn E. mit Mitbringen der Mietverträge für die neue Wohnung, Zustimmung von Herrn E. zur Lösung, Erstellung einer Umzugscheckliste im Vorfeld, Besprechung der Checkliste mit Herrn E., Kontaktierung der Kontaktperson von Herrn E. zur gemeinsamen Planung des Umzugs.

12.03.2024: Gespräch der CN mit dem Entlassungsmanagement und mit der Leitung des ortsansässigen Sozialdienstes zur Planung der häuslichen Betreuung, Festlegung der Entlassung für den 22.03.2024, weiteres Treffen mit der Kontaktperson zur Detailplanung des Umzugs.

13.03.2024: Besprechung mit einem Nachbarn von Herrn E. wegen angebotener Hilfe beim Haus, weitere Gespräche mit dem sozialen Dienst und der Kontaktperson.

14.03.2024: Unterstützung der CN bei der Möbelorganisation und dem Transport, Organisation und Koordination der Aufstellung eines Pflegebetts.

18.03.2024: Erneuter Besuch der CN im Krankenhaus, Besprechung mit der Stationsleitung, Anregung eines urologischen Konsils aufgrund der anhaltenden Nykturie und mit Herrn E. bezüglich Umzugsdetails, Pflegebedarf, Medikation etc., Organisation von Essenslieferungen und Haushaltsversicherung für die neue Wohnung, Kontakt mit der Vermieterin der Wohnung.

19.03.2024: Planung von Essen auf Rädern inklusive Abrechnung, Organisation der Haushaltsversicherung, Kontakt mit dem Hausarzt zur Übernahme, Planung der Krankenhausentlassung mit dem sozialen Dienst und der Gemeinde, Gespräch mit der Kontaktperson.

22.03.2024: Tag der Krankenhausentlassung mit Besichtigung der Wohnung, Organisation von Verordnungen für Inkontinenzmaterial und Medikamente, Durchführung von Assessments, Begleitung des Aufnahmegesprächs durch den sozialen Dienst, Gespräch mit dem Lieferdienst für Essen, Begleitung der Wohnungsübergabe, Gespräch mit dem Rauchfangkehrer wegen Leerstand im Haus, Begleitung zur Bank, Gespräch mit der Montagefirma für Kabelfernsehen, Montage eines Schlüsselsafes.

23.03.2024: Kontrollbesuch, Feststellung erhöhter Sturzgefahr, Optimierung des Schuhwerks, Empfehlung von Hilfsmitteln/Gehhilfen (abgelehnt).

25.03.2024: Weitere Abstimmungsgespräche mit dem sozialen Dienst, Organisation eines Termins mit dem Versicherer, Terminvereinbarung für Kabelfernsehen, Auftragserteilung weiterer Gegenstände für die Wohnung.

26.03.2024: Präventiver Hausbesuch inklusive Assessments, Abstimmungsgespräche mit der Gemeinde bezüglich Strom- und Fernwärmeverträge sowie mit der Putzfirma für die Sanierung des Hauses, Bereitstellung von Walkingstöcken zum Probieren.

02.04.2024: Intervention zur Förderung der sozialen Teilhabe, Erstkontakt mit den Bewohner*innen des betreubaren Wohnens.

03.04.2024: Erklärung des Entlassungsbriefs und Durchführung einer Ernährungsberatung im Rahmen einer Kontrollvisite, Abstimmungstelefonat mit dem sozialen Dienst.

04.04.2024: Kurze Kontrollvisite, Gespräch aufgrund finanzieller Sorgen.

08.04.2024: Gespräch mit dem sozialen Dienst, Überlegungen zur Installation einer sozialen Alltagsbegleitung aufgrund der Unfähigkeit von Herrn E., Haushaltstätigkeiten zu übernehmen, Erklärung und Demonstration der Inkontinenzversorgung, weitere Diskussion über finanzielle Sorgen.

09.04.2024: Gespräch mit der Leiterin der sozialen Alltagsbegleitung, Kontrollvisite bei Herrn E., Besprechung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Bewegungsübungen) aufgrund von Lumbalgie, Organisation eines Arzttermins, Rückkehr von Herrn E. zur Eigenfahrt mit dem Auto.

11.04.2024: Unterstützung von Herrn E. als Ansprechperson bei der Pflegegeldbegutachtung, gemeinsame Durchsicht der Post, Besuch des Aufenthaltsraums des betreubaren Wohnens, Kontrollvisite aufgrund von Lumbalgie, Durchführung von Übungen.

12.04.2024: Beratung über die Möglichkeit der sozialen Alltagsbegleitung, Ablehnung des Angebots durch Herrn E.

16.04.2024: Erhebung der Biographie.

17.04.2024: Beratung zur Wohnsituation, Diskussion über Renovierungskosten des Hauses und möglichen Verkauf von Auto und Haus, Kontaktaufnahme mit dem Club Aktiv in der Bezirkshauptstadt zwecks Betreuungsmöglichkeiten.

18.04.2024: Aussperren von Herrn E. aus der Wohnung, Organisation eines günstigen Aufsperrdienstes, Empörung von Hr. E. über Betreuungskosten und Ablehnung weiterer Betreuungsdienste, ausführliches Gespräch über die Notwendigkeit der Betreuung.

20.04.2024: Anregung zur gerichtlichen Erwachsenenvertretung, Absprache mit dem sozialen Dienst über geplante Abwesenheit der CN, Wunsch von Herrn E., die Betreuung durch den sozialen Dienst nur noch einmal wöchentlich zu erhalten, sowie Rückkehrwunsch in das alte Haus.

21.04.2024: Erneuter Besuch bei Herrn E., Überbringung des Kündigungsschreibens für die Wohnung, sachliches Gespräch über die Situation, Feststellung starker Verschmutzung der Wohnung nach einem Tag ohne Betreuung, Kontaktaufnahme mit der Sozialarbeiterin der Bezirkshauptmannschaft, Erkundigung über Assistenzmöglichkeiten.

07.05.2024: heute weiterer Besuch, ebenfalls Kontakt mit dem sozialen Dienst und mit einem engagierten Nachbarn. Die Wohnung befindet sich in einem akzeptablen Zustand. Herr E. bemüht sich eigenständig um den Haushalt. CN erklärt die Bedienung der Waschmaschine. Herr E. wurde die Pflegestufe 3 zuerkannt. Gemeinsam mit dem Nachbarn bemüht er sich nun, das Haus wieder bewohnbar zu machen. Herr E. äußerte den Wunsch, die Donezipil-Tabletten nicht mehr einzunehmen, da er keinen Besuch bei der Neurologin wünscht. Am kommenden Dienstag wird die Sozialarbeiterin des Erwachsenenschutzvereins zum Clearing erwartet, wozu Herr E. nach einem erklärenden Gespräch mit der CN zugestimmt hat. In der vergangenen Woche gab es Beschwerden von Passanten aufgrund auffälligen Fahrverhaltens. Nächster Besuch ist am Dienstag gemeinsam mit der Sozialarbeiterin geplant.

Darstellung der pflegerischen Planungsschritte - Pflegeprozess

Informationssammlung (Anamnese, Fokusassessment): Erfolgt über mehrere Besuche und in Rahmen eines geplanten präventiven Hausbesuches; Frailty: Study of Osteoporotic Fracture (SOF) Criteria for Frailty, Morse Fall Scale (MFS): erhöhtes Sturzrisiko, Mini Nutritional Assessment - Short Form, Barthelindex, MMSE-Score:

Abgeleitete Pflegediagnose(n) (NANDA, Carpenito): Beeinträchtigte Gedächtnisleistung, Soziale Isolation, Mittelgradige Frailty, Antriebslosigkeit aufgrund der geriatrischen Depression, Sturzgefahr aufgrund eines unsicheren Gangbildes und rez. Schwindel, stark beeinträchtigte Haushaltsführung (Kochen, Waschen, Putzen, Einkaufen), Gefahr einer Mangelernährung aufgrund der kognitiven Einschränkungen, Selbstversorgungsdefizit bei der Körperpflege, Selbstversorgungsdefizit beim Kleiden, Beeinträchtigte Urinausscheidung

Planung d Zielsetzung /gewünschter Outcome:

- Die kognitiven Funktionen und das Gedächtnis sind stabilisiert, um Herrn E. dabei zu unterstützen, seinen Alltag besser zu bewältigen.
- Hr. E. hat mindestens 1x täglich eine soziale Interaktion und nimmt einmal wöchentlich an sozialen Aktivitäten teil.
- Hr. E. geht selbstständig 1x täglich in den Aufenthaltsraum des betreubaren Wohnens.
- Hr. E. zeigt ein gesteigertes Interesse an Aktivitäten und nimmt an Aktivitäten teil
- Präventives Ziel: Kein Sturzereignis
- Hr. E. kann in 6 Monaten einfache Tätigkeiten in der Haushaltsführung selbstständig durchführen.
- Hr. E. ernährt sich ausgewogen
- Hr. E. erkennt die Notwendigkeit einer regelmäßigen Körperpflege und führt diese selbstständig durch.
- Hr. E. wechselt täglich seine Unterwäsche und trägt frische Oberwäsche, Hr. E. hängt die Wäsche selbstständig auf.
- Hr. E. wechselt die Inkontinenzprodukte selbstständig.

Planung der Interventionen (Beschreibung des Was, Wie, Wo, Womit, Wie oft, Wann):

Tägliches Gedächtnistraining mit Kreuzworträtsel. Nutzung von Erinnerungshilfen wie einem Kalender oder einer Notiztafel, um wichtige Termine und Aufgaben festzuhalten. Einbindung in Gemeinschaftsaktivitäten im betreubaren Wohnen (1x wöchentl. CN)

Durchführung 1x wöchentlicher Bewegungsübungen zur Verbesserung der Muskelkraft und Balance durch den sozialen Dienst. Anpassung von Gehilfen und geeignetes Schuhwerk durch die CN. Einzelgespräche zur Identifikation von Auslösern für depressive Symptome und zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien (1x monatl. CN).

Förderung von Aktivitäten, die Freude bereiten (CN, bei jedem Gespräch). Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Psychiater zur Überprüfung und Anpassung der Medikation (CN, alle 6 Monate).

Anpassung der Gehilfen und des Schuhwerks, Überprüfung der Medikation auf schwindelverursachende Nebenwirkungen. Anleitung und Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben wie Kochen,

Waschen, Putzen und Einkaufen. Organisation von Unterstützungsdiensten, Vermittlung von einfachen Haushaltstechniken und Hilfsmitteln zur Erleichterung der Aufgaben.

Unterstützung beim Einkaufen von gesunden Lebensmitteln und Zubereiten von ausgewogenen Mahlzeiten. Organisation von Essen auf Rädern.

Anleitung und Unterstützung bei der Durchführung von Körperpflegeaktivitäten wie Waschen, Duschen und Rasieren.

Motivation und positive Verstärkung für die Selbstpflegeaktivitäten, um das Selbstwertgefühl zu stärken.

Überwachung der Hautintegrität. Bereitstellung von leicht anzuziehender Kleidung, Motivation zum regelmäßigen Kleidungswechsel.

Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur zur Unterstützung der Kontinenz. Anpassung der Inkontinenzprodukte entsprechend den individuellen Bedürfnissen und des Flüssigkeitsbedarfs. Anleitung und Ermutigung zur eigenständigen Durchführung der Inkontinenzpflege

Durchführung und Implementierung:

Die CN entwirft Schilder, schult die sozialen Dienste ein, Tagesstruktur durch regelmäßige Besuche der CN (Ziel 14-tägig).

CN besucht mit Hr. E 1x wöchentlich den Aufenthaltsraum und initiiert Freizeitmöglichkeiten. Die CN initiiert soziale Kontakt durch einen gemeinsamen Besuch des Club Aktiv und durch Installation einer soziale Alltagsbegleiterin.

CN hält Kontakt mit der einzigen Kontaktperson und den Nachbarn, um alte Bekanntschaften zu forcieren. Sozialer Dienst macht von der CN aufbereitete Übungen 1x wöchentlich mit Hr. E, CN organisiert Walkingstöcke, schult Hr. E darauf ein und leitet Hr. E. anstatt Schlapfen Sandalen zu tragen.

CN führt motivierende und stärkende Gespräche durch, organisiert Kontrolle beim Psychiater, regelmäßige Medikamenteneinnahme durch sozialen Dienst CN überprüft die Medikamente auf Nebenwirkungen

Soziale Dienste kommen 2x täglich, arbeiten ressourcenorientiert, soziale Alltagsbegleitung wird ange-regt. Sozialer Dienst schreibt gemeinsam mit Hr. E. Einkaufslisten, Essen auf Räder wird organisiert

Soziale Dienst motivieren und unterstützen bei der täglichen Körperpflege 2x täglich, Hygienemaßnahmen werden regelmäßig mit Hr. E. besprochen Kleidung wird vom sozialen Dienst vorbereitet, auf den regelmäßigen Kleidungswechsel wird hingewiesen CN schult Hr. E. auf Inkontinenzprodukte ein, soziale Dienste unterstützen und motiviert bei der Anwendung.“ (F. 24)

Auszug aus Fallsituation 5:

Zeitachse

„17.03.2023: Erstkontakt telefonisch, Schilderung der allgemeinen Situation. Wir machen uns einen Hausbesuch aus.

20.03.2023: Hausbesuch mit Pflegenden Angehöriger, zu Pflegenden befindet sich noch im Krankenhaus. Krankengeschichte, Besichtigung der Wohnung bezüglich Barrierefreiheit, Beratung über

mögliche Hilfsmittel und Unterstützung, motivierendes Gespräch. Kontaktaufnahme mit dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses. Klärung der Zuständigkeiten und Aufgaben. Kontaktaufnahme Bandagist, Klärung der Verfügbarkeit von Krankenbett und Zubehör, Duschoilettenstuhl, Hebelift, Pflegerollstuhl, Rutschbrett, Sitzkissen, Leibschüssel, Harnflasche, Rampen, Notrufsystem, IKV, ev. Kondom Urinale.

23.03.2023: Besorgung der notwendigen Verordnungsscheine, gemeinsam mit Pflegenden Angehöriger Besuch beim Bandagisten. Die notwendigen Hilfsmittel werden ausgesucht, Termin für Lieferung der restlichen Hilfsmittel ausgemacht (Pflegerollstuhl, Krankenbett und Zubehör, Hebelift, Rampen). Fallbesprechung mit Hausärztin und Entlassungsmanagement.

27.03.2023: Lieferung, Sohn hilft bei der Installierung der Hilfsmittel und Rampen.

28.03.2023: Ausführliches Telefonat, Besprechung der Entlassung, was ist noch vorher zu tun. Wir besprechen Prophylaxen, Hautpflege, Inkontinenzversorgung, Ernährung, Mobilisierung, Hilfsmittel.

29.03.2023: Zu Pflegenden wird entlassen, Hausbesuch erfolgt. Aktuelle Fragen werden beantwortet, erste Schulung zu Inkontinenzversorgung (IKV, Leibschüssel, Harnflasche, Kondom Urinale), Mobilisierung (Dekubitusprophylaxe – Lagerung und Hautpflege, Kinästhetik, Querbett sitzen), Ernährung (Schluckbeschwerden, Pneumonieprophylaxe, Getränke eindicken, Zusatznahrungen).

31.03.2023: Telefonat bezüglich des Medikamentenmanagements. Fallbesprechung mit Hausärztin.

03.04.2023: Hausbesuch, Fortsetzung der Schulung. Zusätzlich Medikamentenmanagement, Besprechung der möglichen Unterstützung durch Mobile Pflege und Betreuung, Physiotherapie und Ergotherapie, Sohn ist ebenfalls anwesend.

12.04.2023: Hausbesuch, Schulung und Edukation. Sohn ebenfalls wieder anwesend, übernimmt einige Tätigkeiten und spielt seine Mutter frei. Physiotherapie und Ergotherapie bereits Termin ausgemacht, sie kommen ins Haus.

24.04.2023: Hausbesuch, allfällige Fragen werden bearbeitet. Die Pflege zuhause hat sich gut eingespielt, die Pflegenden Angehörigen sieht derzeit noch keinen Bedarf bezüglich Caritas.

Mai – August 2023: Regelmäßige Kontaktaufnahme meinerseits, Pflegenden Angehörigen ist im Stammtisch für pflegenden Angehörigen, hier können auch Informationen weiter gegeben werden.“ (F.5)

Anhang 2: Ökonomische Analyse

Tabelle 89: Zieldimensionen, Indikatoren und Subindikatoren inklusive Informationsquelle und Erhebungsform der ökonomischen Analyse

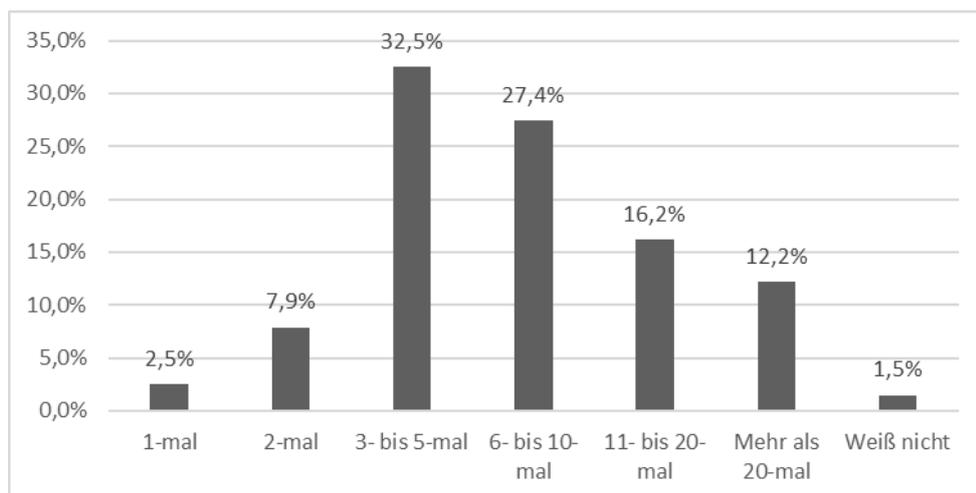
Wirk-dimen-sion	Indikator	Subindikator/KENNZAHL	Informationsquelle	Erhebungsform
Gesundheits- und Pflegeversorgung	Inanspruchnahme von CN-Leistungen	1. Anzahl durchgeführte präventive Hausbesuche	Community Nurses	DokCN
		2. Anzahl aufsuchende Leistungen bei Klient:innen (exkl. präventive Hausbesuche)	Community Nurses	DokCN
		3. Anzahl Kontakte über niedergelassene. Sprechstunde	Community Nurses	DokCN
		4. Anzahl Telefonkontakte mit Klient:innen (inkl. Casemanagement f. Klient:innen)	Community Nurses	DokCN
		5. Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. "heavy user"	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		6. Anteil der erreichten älteren Personen (in Relation zur älteren Bevölkerung der Gemeinde)	Community Nurses	DokCN
	(Geänderte) Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen	7. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		8. Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		9. Inanspruchnahme Pflege- und Betreuungsleistungen	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		10. Inanspruchnahme informelle Pflege- und Betreuungsleistungen	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
	Versorgungsqualität	11. Zufriedenheit mit Gesundheits- und Pflegeversorgung	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024, Interviews
		12. Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgungsleistungen	Community Nurses, Zielgruppe, Bürgermeister:innen	DokCN, Erhebung 2024, Interviews
	Gesundheitskompetenz	13. Maßnahmen durch CN zur Informationsvermittlung	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
		14. Kenntnisstand zu Leistungsangebot	Community Nurses, Zielgruppe, Bürgermeister:innen	DokCN, Erhebung 2024
		15. Wissen über Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
	Vernetzungsarbeit	16. Anzahl persönliche Kontakte zu Netzwerkpflege in der Pilotregion	Community Nurses	DokCN
		17. Anzahl telefonische Kontakte zu Netzwerkpflege in der Pilotregion	Community Nurses	DokCN
		18. Zufriedenheit mit Vernetzung	Community Nurses, Zielgruppe, Bürgermeister:innen	Erhebung 2024

	Verfügbarkeit Diplomierter Gesundheits- und Pflegepersonen	19. Arbeitsstunden CN	Community Nurses	DokCN, FGÖ, Erhebung 2024
		20. Jobattraktivität CN	Community Nurses	Erhebung 2024
Gesundheitszustand	Gesundheitszustand älterer Personen	21. Bewertung Gesundheitszustand	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		22. Bewertung Lebensqualität	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
		23. Wohlbefinden	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
		24. Soziale Teilhabe	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
	Gesundheitszustand informell Pflegender	25. Belastung informell Pflegender und Betreuender	Zielgruppe	Erhebung 2024
		26. Bewertung Lebensqualität	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
		27. Wohlbefinden	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
		28. Soziale Teilhabe	Community Nurses, Zielgruppe	Erhebung 2024
Finanzielle Aspekte	Kosten der Umsetzung	29. Personalkosten der CN	GÖG	Datenanfragen
		30. Sachaufwendungen	GÖG	Datenanfragen
		31. Overheadkostenpauschale	GÖG	Datenanfragen
		32. Optionale Pauschale	GÖG	Datenanfragen
		33. E-Mobilität für Community Nurses	GÖG	Datenanfragen
		34. Entwicklungs-, Schulungs- und Koordinationskosten	GÖG	Datenanfragen
	Finanzielle Effekte durch geänderte Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen	35. Arztbesuche (Allgemeinmediziner:innen, Spezialist:innen, Hausbesuche)	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		36. Therapien	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		37. Krankenhausaufenthalte (ambulant)	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		38. Krankenhausaufenthalte (stationär)	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		39. Inanspruchnahme Rettungsdienste/Krankentransporte	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		40. Informelle Pflege (durch An- & Zugehörige)	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		41. Häusliche Hilfsdienste	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		42. Mobile Pflege	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		43. 24-Stunden-Betreuung	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024

		44. Stationäre Pflege	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten
		45. Pflegestufe	Zielgruppe, ÖGK	DokCN, Sekundärdaten
	Langfristige finanzielle Effekte	Separate exemplarische Berechnung -> Längerer Verbleib Zuhause (Einsparung Gesundheits- und Pflegebereich vs. Kosten CN)	Community Nurses, Zielgruppe	Datenanfragen, DokCN, Erhebung 2024
Regionalwirtschaftliche Effekte	Arbeitsmarkt-beteiligung in-formell Pflegender	46. Veränderung der Pflegesituation (Stunden pro Woche)	Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		47. Veränderung der Pflegesituation (rechtl. Situation, z.B. Selbstständigkeit/-versicherung)	Zielgruppe, Amtliche Statistik	Erhebung 2024
		48. Berufliche Situation der Person, die überwiegend Pflegeaufgaben übernimmt	Zielgruppe	Erhebung 2024
	Regionalwirtschaftliche Nachfrageeffekte	49. Erhöhter Konsum durch potentiell erhöhte Erwerbsbeteiligung in-formell Pflegender	Statistik Austria (in Abhängigkeit von Veränderungen in Arbeitsmarkt-beteiligung)	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
		50. Nachfrageeffekte durch geänderte Pflegegeldleistungen	Statistik Austria (in Abhängigkeit der marginalen Konsumquote)	DokCN, Sekundärdaten, Erhebung 2024
	Regionale Angebote	51. Zusätzliche Mobilitätsangebote (z.B. Anbieter Fahrtendienst)	Community Nurses, Zielgruppe, Bürgermeister:innen	Erhebung 2024, Fokusgruppen, Interviews
		52. Sonstige Aktivitäten (z.B. organisierte Veranstaltungen/Events)	Community Nurses, Zielgruppe, Bürgermeister:innen	DokCN, Fokusgruppen, Interviews
	Umwelteffekte	53. Zusätzliche Fahrten durch CN	Community Nurses, Zielgruppe	DokCN, Erhebung 2024
		54. Einsparung CO2 durch Einsatz Elektromobilität	Community Nurses	DokCN, Sekundärdaten

Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 19: Personen, welche nur einmalig Leistungen genutzt haben, vs. „heavy user“ (n=687)



Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 90: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen; Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Deutlich stärkere Nutzung	Stärkere Nutzung	Geringere Nutzung	Deutlich geringere Nutzung	Keine Effekte	Weiß nicht
Hausärztin:Hausarzt (in der Ordination)	10,7%	28,9%	34,2%	5,3%	6,2%	14,7%
Hausärztin:Hausarzt (Hausbesuch/Visite)	6,7%	27,1%	35,6%	6,7%	7,6%	16,4%
Fachärztin:Facharzt	6,2%	43,6%	20,0%	2,2%	6,7%	21,3%
Krankenhausaufenthalt in der Ambulanz (ohne Übernachtung)	3,6%	10,7%	38,2%	10,2%	9,3%	27,0%
Krankenhausaufenthalt stationär (über Nacht oder länger)	3,1%	12,0%	38,2%	9,8%	9,8%	27,1%
Rettungs- und Krankentransporte	3,1%	15,6%	35,6%	8,4%	11,6%	25,8%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 91: Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen; Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Deutlich stärkere Nutzung	Stärkere Nutzung	Geringere Nutzung	Deutlich geringere Nutzung	Keine Effekte	Weiß nicht
Physiotherapie	33,8%	52,4%	3,6%	0,0%	4,4%	5,8%
Ergotherapie	7,1%	39,1%	10,2%	0,9%	20,4%	22,2%
Logopädie	4,0%	24,0%	10,7%	1,3%	25,3%	34,7%
Psychotherapie	15,6%	59,3%	7,1%	0,9%	9,8%	17,3%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 92: Inanspruchnahme Pflege- und Betreuungsleistungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Deutlich stärkere Nutzung	Stärkere Nutzung	Geringere Nutzung	Deutlich geringere Nutzung	Keine Effekte	Weiß nicht
Häusliche Hilfsdienste (Heimhilfe, Soziale Alltagsbegleitung, Essen auf Rädern etc.)	4,0%	53,3%	3,6%	0,9%	0,0%	2,2%
Mobile Pflege und Betreuung (Hauskrankenpflege, Pflegeassistenz etc.)	35,1%	49,3%	9,3%	0,4%	3,1%	2,7%
24-Stunden-Betreuung	14,2%	44,4%	15,1%	0,9%	11,1%	14,2%
Stationäre Pflege im Krankenhaus	2,2%	11,1%	40,0%	13,8%	11,6%	21,3%
Stationäre Pflege im Pflegeheim	5,3%	12,4%	36,9%	16,0%	13,3%	16,0%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 93: Inanspruchnahme informeller Pflege- und Betreuungsleistungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Deutlich stärkere Nutzung	Stärkere Nutzung	Geringere Nutzung	Deutlich geringere Nutzung	Keine Effekte	Weiß nicht
Pflege und Betreuung durch An- & Zugehörige (Informelle Pflege)	37,3%	38,7%	13,8%	0,4%	2,2%	7,6%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 94: Zufriedenheit mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen sind mit dem Angebot an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Gemeinde/Region zufriedener.	35,1%	41,8%	9,3%	1,3%	12,4%
Die Klient:innen sind allgemein mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung zufriedener.	31,6%	44,0%	10,7%	1,8%	12,0%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 95: Aufdeckung Versorgungslücken/Kontinuität der Versorgung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden.	47,1%	40,4%	4,0%	1,3%	7,1%
Lücken in der Gesundheitsversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden.	18,2%	40,9%	17,8%	8,4%	14,7%
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten aufgedeckt werden.	48,9%	36,4%	4,9%	1,8%	8,0%
Lücken in der Pflegeversorgung in meiner Gemeinde/Region konnten geschlossen werden.	18,7%	40,9%	18,2%	6,7%	15,6%
Die Bevölkerung in meiner Gemeinde/Region hat durch mich eine kontinuierliche Ansprechperson für Gesundheits- und Pflegethemen.	85,8%	11,6%	0,4%	0,0%	2,2%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 96: Aktuelle Versorgungssituation in der Pilotregion/-gemeinde, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Weiß nicht
Mobile Pflege- und Betreuungsdienste	24,9%	38,7%	28,9%	4,9%	2,2%	0,4%
Ärzt:innen	22,2%	39,1%	30,2%	7,1%	1,3%	0,0%
Therapeut:innen	19,6%	40,9%	30,2%	7,1%	1,3%	0,9%
Sozialarbeiter:innen	11,6%	20,0%	16,9%	21,8%	22,7%	7,1%
Krankenhäuser	16,9%	39,1%	33,3%	8,0%	1,3%	1,3%
Teilstationäre Pflege	15,1%	30,2%	23,6%	16,4%	11,6%	3,1%
Pflegeheimplätze	4,9%	20,9%	24,9%	26,7%	20,4%	2,2%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 97: Aufdeckung von Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	CN
Ja	78,2%
Nein	7,1%
Weiß nicht	14,7%
Gesamt	100,0%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 98: Beratungen zu Heilbehelfe und Hilfsmittel, ZG- und CN-Befragung (n=449 bzw. n=225)

	Angabe der Zielgruppe zu welchen Hilfsmitteln sie beraten wurden (n=449)	Angabe der CNs, zu welchen Hilfsmitteln sie am häufigsten beraten haben (n=225)					
		Sehr häufig	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Weiß nicht
Inkontinenzartikel	51,40%	44,4%	32,0%	16,0%	4,9%	0,9%	1,8%
Geh-Hilfen, Aufsteh- und/oder Steh-Hilfen (Stock, Rollator etc.)	51,20%	44,4%	33,8%	13,3%	5,3%	1,3%	1,8%
Notrufarmband (Ruf-Uhr, Heimnotruf etc.)	41,20%	49,8%	35,6%	8,0%	3,6%	0,9%	2,2%
Altersgerechte Wohnumgebung (Treppenlift, Anti-Rutschmatten etc.)	33,00%	33,8%	33,8%	21,8%	4,0%	4,0%	2,7%
Pflegebetten	21,80%	18,7%	37,3%	28,4%	7,1%	5,3%	3,1%
Bandagen, Verbandstoffe, Kompressionsstrümpfe	19,40%	10,7%	24,0%	34,2%	19,6%	8,0%	3,6%
Rollstuhl	18,50%	14,2%	28,9%	33,8%	10,7%	8,4%	4,0%
Hörgeräte	12,50%	5,8%	22,2%	28,4%	23,6%	15,1%	4,9%
Sehbehelfe (Brille, Kontaktlinsen)	11,80%	5,3%	14,2%	35,1%	21,3%	20,0%	4,0%
Diabetesversorgung	9,40%	9,8%	25,3%	29,3%	17,8%	12,9%	4,9%
Orthopädische Maßschuhe und Einlagen	8,50%	2,2%	7,6%	35,1%	20,4%	28,9%	5,8%
Arm- und Beinprothesen	0,90%	0,0%	0,9%	8,4%	12,0%	71,1%	7,6%
Sonstige Angaben	9,80%	-	-	-	-	-	-

Quelle: ZG- und CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 99: Maßnahmen zur Informationsvermittlung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen, wie Vorträge, Kurse oder Informationen über Krankheiten etc.	68,4%	24,9%	3,1%	0,0%	3,6%
Es wurden individuell angepasste Angebote für Klient:innen auf Basis von Bedarfserhebungen vermittelt/geschaffen.	54,2%	28,4%	7,1%	3,1%	7,0%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 100: Beratungsthemen zur Informationsvermittlung, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Sehr häufig	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Weiß nicht
Beantragung/ Erhöhung Pflegestufe (Pflegegeld)	59,6%	25,8%	9,3%	2,7%	0,9%	1,8%
Mobile Pflege und Betreuung (wie Hauskrankenpflege, Pflegeassistenz)	57,8%	29,3%	8,0%	2,2%	0,9%	1,8%
Häusliche Hilfsdienste (wie Heimhilfe, Soziale Alltagsbegleitung, Essenszustellung/Essen auf Rädern)	56,9%	30,2%	7,1%	2,2%	1,8%	1,8%
Informative Veranstaltungen in der Region (Vorträge über Gesundheit etc.)	32,0%	36,0%	25,3%	4,9%	0,4%	1,3%
Pflege und Betreuung durch Angehörige (Rahmenbedingungen im häuslichen Umfeld, Anspruch auf Urlaub für pflegende Angehörige etc.)	31,1%	41,3%	17,3%	6,7%	1,8%	1,8%
Gesundheitsförderung (gesundheitliche Ressourcen der Menschen stärken)	30,7%	44,9%	19,6%	2,7%	0,4%	1,8%
Soziale Veranstaltungen in der Region (Stammtische, Tanzabende etc.)	27,1%	32,9%	22,7%	10,2%	4,4%	2,7%
Prävention (Krankheit vermeiden, vorbeugen)	26,7%	42,2%	23,6%	5,3%	0,4%	1,8%
Pflegebedürftigkeit/ Pflegebedarf (Verbandwechsel, Medikamentenmanagement, Anleitung für Positionierung/ Lagerung etc.)	23,6%	26,7%	25,3%	13,8%	8,0%	2,7%
24-Stunden-Betreuung	21,3%	36,0%	25,8%	7,6%	7,1%	2,2%
Tageszentren (Tagesstätte, teilstationäre Pflege)	16,9%	31,6%	32,0%	9,8%	7,1%	2,7%
Medizinische Leistungen (Ärztin:Arzt-Besuche, Krankenhausaufenthalt etc.)	15,6%	29,8%	28,0%	17,8%	6,2%	2,7%
Alten- und Pflegeheim	15,1%	31,1%	34,2%	10,7%	6,7%	2,2%
Therapeutische Leistungen (Physiotherapie, Psychotherapie etc.)	13,8%	42,7%	25,3%	8,4%	6,7%	3,1%
Beantragung Behindertenpass	10,7%	17,3%	29,3%	19,1%	19,6%	4,0%
Selbstversicherung für pflegende Angehörige	2,7%	6,7%	26,2%	24,9%	32,4%	7,1%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 101: Kenntnisstand zu Leistungsangebot, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen sind besser über Leistungen/Angebote im Gesundheits- und Pflegesystem informiert.	73,8%	23,6%	0,9%	0,0%	1,8%
Den Klient:innen fällt es leichter, Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden.	57,8%	31,1%	6,7%	0,4%	4,0%
Den Klient:innen fällt es leichter, im Internet Informationen zu gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen zu finden.	19,6%	28,4%	24,0%	8,9%	19,1%
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, wo sie professionelle Hilfe für ihre gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen finden.	64,9%	32,0%	0,9%	0,0%	2,2%
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, an wen sie sich bei Pflegebedürftigkeit wenden können.	71,6%	25,3%	0,9%	2,2%	0,0%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 102: Wissen zu Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit der Zielgruppe, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, was sie bei Pflegebedürftigkeit selbst tun können (ihre Selbstpflegefähigkeit hat sich erhöht).	35,1%	55,1%	4,4%	0,0%	5,3%
Die Klient:innen können besser einschätzen, welche Pflege und Betreuung für sie passend ist.	26,2%	55,6%	9,3%	0,4%	8,4%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 103: Veränderung der Zusammenarbeit aus Sicht der Zielgruppe (n=640)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Die Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Gemeinde/Region hat sich verbessert.	44,8%	16,9%	1,9%	1,0%	27,0%

Quelle: ZG-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 104: Zusätzliche Mobilitätsangebote aus Sicht der CNs (n=225)

	Mehr Angebote	Angebote im Aufbau	Weniger Angebote	Keine Effekte	Kein Bedarf	Weiß nicht
Fahrtendienste über Freiwillige, Angehörige etc.	15,6%	24,4%	6,2%	24,4%	9,3%	20,0%
Fahrtendienste über bestehende Anbieter:innen (Taxi-Dienste etc.)	16,0%	13,8%	8,4%	32,4%	7,6%	21,8%
Fahrtendienste von Community Nursing(-Team) durchgeführt	12,0%	4,9%	7,1%	24,0%	27,1%	24,9%
Alternative Fahrtendienste („Go-Mobil“ etc.)	7,1%	7,1%	5,3%	27,6%	16,4%	36,4%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 105: Sonstige Aktivitäten und Informationen, Einschätzung im Rahmen der CN-Befragung (n=225)

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht / Nicht zutreffend
Es gibt mehr Angebote für ältere Personen zur Vernetzung und zum Austausch mit anderen.	61,3%	26,2%	7,1%	0,9%	4,4%
Die Klient:innen wissen besser Bescheid, wo sie Informationen über Veranstaltungen in ihrer Gemeinde/Region finden.	52,0%	36,4%	4,4%	0,9%	6,2%

Quelle: CN-FB, eigene Berechnung und Darstellung

Supplement: Wirkmodell Community Nursing Österreich

Auf den folgenden Seiten finden sich die Ausführungen zum Wirkmodell Community Nursing Österreich mit detaillierter Darstellung des Action- und Change-Modells (Programmtheorie). Das Wirkmodell Community Nursing Österreich ist als eigenständige Publikation zu sehen und im Zuge der formativen Evaluation der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Analyse entstanden.

Wirkmodell Community Nursing Österreich

EVALUIERUNG COMMUNITY NURSING ÖSTERREICH

Christine Pichler, Melitta Horak und Thomas Fenzl

**unter Mitarbeit von: Manuela Perchtaler, Johanna Breuer und
Bianca Lidolt-Petscher**

Villach, Dezember 2024



Wirkmodell Community Nursing Österreich

Evaluierung Community Nursing Österreich

Auftraggeberin: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Fachhochschule Kärnten - gemeinnützige Gesellschaft mbH

Europastraße 4, A- 9524 Villach

www.fh-kaernten.at

Institute for Applied Research on Ageing (IARA)

Europastraße 4, A- 9524 Villach

www.iara.ac.at

Kontakt:

FH-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Pichler, Bakk. MA

Telefon: +43 (0)5 90500-3326 / +43 (0)676 3589778, E-Mail: c.pichler@fh-kaernten.at

Die Fachhochschule Kärnten sowie alle involvierten Projektmitarbeiter:innen haben die Inhalte sorgfältig recherchiert und erstellt. Fehler können dennoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Autor:innen übernehmen daher keine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte, insbesondere übernehmen sie keinerlei Haftung für eventuelle unmittelbare oder mittelbare Schäden, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Methodisches Vorgehen	2
3 Entwicklungsprozess und Erläuterungen zum Wirkmodell Community Nursing Österreich	3
3.1 Systemische Betrachtung des Wirkmodells.....	3
3.2 Action-Modell	6
3.3 Change-Modell.....	9
3.4 Erläuterung der Wirkdimensionen im Detail.....	13
3.4.1 Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege.....	13
3.4.2 Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden.....	18
3.4.3 Wirkdimension Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment ...	21
3.4.4 Wirkdimension Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein	24
3.4.5 Wirkdimension Handlungsfeld Community Nursing.....	27
3.4.6 Wirkdimension Soziales und regionales Leben.....	30
4 Zusammenfassung und Ausblick.....	33
Quellenverzeichnis	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systemische Betrachtung in Anlehnung an Poostchi (2013)	4
Abbildung 2: Skizze zum systemischen Verständnis und der Integration von Action- und Change-Modell im Wirkmodell.....	6
Abbildung 3: Action-Modell Community Nursing	7
Abbildung 4: Change-Modell Community Nursing	10
Abbildung 5: Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege 1	14
Abbildung 6: Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege 2.....	16
Abbildung 7: Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden.....	19
Abbildung 8: Wirkdimension Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment	22
Abbildung 9: Wirkdimension Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein	25
Abbildung 10: Wirkdimension Handlungsfeld Community Nursing.....	28
Abbildung 11: Wirkdimension Soziales und regionales Leben	31

Abkürzungsverzeichnis

BGBI	Bundesgesetzblatt
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CN	Community Nursing (Projekt Community Nursing Österreich)
COVID-19	Coronavirus disease 2019
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DokCN	Dokumentationssoftware Community Nursing
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) StF: BGBl. I Nr. 108/1997. Zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 108/2023
IARA	Institute for Applied Research on Ageing
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PHIW	Public Health Intervention Wheel
QCA-Map	Open Access Web Applikation für systematische Textanalyse in wissenschaftlichen Projekten, basierend auf Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse (Qualitative Content Analysis)
SV	Sozialversicherung

1 Einleitung

Mit der Umsetzung von Community Nursing wird vonseiten der Bundesregierung in Österreich das Ziel verfolgt, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitskompetenz von Menschen in einer Gemeinde/Region zu verbessern (BMSGPK, 2021). Internationale Forschungsergebnisse sowie die in diesem Paper angeführten Zwischenergebnisse der formativen Evaluation zeigen, dass Community Nursing ein nachhaltiger Ansatz sein kann, dieses Ziel zu erreichen. Durch eine hohe Akzeptanz der agierenden Community Nurses und der positiven Beurteilung ihrer Leistungen, kann die Zufriedenheit der Bürger:innen einer Gemeinde mit den gesundheitsbezogenen und pflegerischen Leistungen sichtbar werden (siehe u.a. Hemingway et al., 2012; Hänel et al., 2014; Schaffer et al., 2021; Yuen et al., 2016).

Die Begleitevaluation zum Pilotprojekt Community Nursing Österreich (CN Österreich) startete mit Mai 2022. Ziel laut Evaluationsausschreibung war es, die Wirkung von Community Nursing theoriebasiert im Rahmen eines Wirkmodells zu untersuchen. Dabei sollte nicht nur die Zielerreichung des umgesetzten Vorhabens gemessen werden, sondern vor allem auf die Wirkungsmechanismen eingegangen werden. Zu diesem Zweck wurde ein Action- und ein Change-Modell von CN Österreich entwickelt. In einem weiteren Evaluationsschritt wurden die in den einzelnen Wirkdimensionen intendierten Wirkungen, die im Change-Modell ersichtlich sind, evaluiert.¹

Vor der Darlegung des Wirkmodells wird das methodische Vorgehen zu dessen Entwicklung beschrieben sowie auf das systemische Verständnis in der Betrachtung des Wirkmodells eingegangen. Dies dient der Abstraktion der Komplexität der Interventions- und Aufgabenbereiche von Community Nursing. Im Anschluss werden Action- und Change-Modell sowie die dazugehörigen Wirkdimensionen in Form von detaillierten Auszügen aus dem Change-Modell je Wirkdimension dargestellt. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung.

¹ Die Definitionen zu grundlegenden Begrifflichkeiten, die im Wirkmodell verwendet werden, finden sich im Glossar des Endberichts Community Nursing Österreich.

2 Methodisches Vorgehen

Das Wirkmodell wurde in Anlehnung an die facheinschlägigen Theorien und Ansätze zur theorie- und wirkungsbasierten Evaluation (vgl. u. a. Beywl et al., 2007; Hense & Taut, 2021) entwickelt. Dabei fanden insbesondere die Elemente des Programmbaums nach Beywl und Niestroj (2009) sowie die Empfehlungen zur theoriebasierten Evaluation nach Davidson (2000) und Donaldson (2007) Berücksichtigung. Wirkmodelle werden in der Evaluationsforschung unterschiedlich definiert und, je nach Komplexität der zu evaluierenden Intervention, werden Wirkmodelle verschieden dargestellt (zum Vergleich siehe z.B. Marbler et al., 2020; Fenzl et al., 2021; Yip et al., 2021; Daldrup et al., 2022). Eine Entscheidung darüber, wie das spezifische Wirkmodell im Rahmen einer bestimmten Fragestellung, besonders auch in der grafischen Darstellung, umgesetzt wird, erfolgt im Zuge des Evaluationsforschungsprozesses. Die Darstellungsform ist insbesondere davon abhängig, wie komplex die zu untersuchende Intervention ist. Diese methodologischen und theoriegeleiteten Überlegungen waren Ausgangspunkt im methodischen Vorgehen der Entwicklung des Wirkmodells Community Nursing Österreich.

Zusätzlich dazu sind in die Entwicklung des Wirkmodells, das als Action- und Change-Modell dargestellt wird, empirische Daten eingeflossen, welche im Zuge der formativen Evaluation erhoben wurden. Dabei wurden zum einen eine **systematische nationale und internationale Literaturrecherche** zu Community Nursing als Intervention (vor allem im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention) sowie eine thematische **Analyse der Monitoringberichte der Pilotprojekte** zu relevanten Daten für die Entwicklung des Wirkmodells durchgeführt. Zum anderen wurden Daten bei unterschiedlichen Zielgruppen mit folgenden Erhebungsinstrumenten und -methoden erhoben:

- **Acht Interviews mit Expert:innen mit nationalem und internationalem Kontext** aus den Fachbereichen Public Health, Community Health Nursing, Angewandte Pflegewissenschaft, Volkswirtschaft, Sozialwissenschaft, Technik, Soziale Arbeit und Recht.
- **12 Fokusgruppen mit Umsetzer:innen** (Projektleitungen und Community Nurses), insgesamt 81 Personen aus den Pilotprojekten quer durch alle Bundesländer Österreichs, zusammengesetzt aus 60 Community Nurses und 21 Vertreter:innen der Projektträger:innen
- **16 Interviews mit Zielgruppenangehörigen/Klient:innen von CN Österreich** (8 Personen 65+ sowie 8 An- und Zugehörige, die Community Nursing in Anspruch nehmen)
- **Workshops mit Personen der Umsetzungsstelle** Gesundheit Österreich GmbH zu Input- und Kontextfaktoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf

Diese Daten wurden schriftlich oder per Audioaufnahme dokumentiert, anschließend paraphrasierend bzw. glättend transkribiert und mit den Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse (induktives und deduktives Vorgehen) nach Mayring (2022) mit der Software QCA-Map ausgewertet.

Die theoriegeleitete und datengestützte Entwicklung des Wirkmodells Community Nursing Österreich basiert demnach auf einem Mixed-Methods Ansatz. Die Vielfalt und Fülle an Daten spiegelt dabei die Komplexität der Intervention Community Nursing Österreich wider.

3 Entwicklungsprozess und Erläuterungen zum Wirkmodell Community Nursing Österreich

Am Beginn der Erläuterungen zum Entwicklungsprozess steht eine systemische Betrachtungsweise, die dazu dient, die Komplexität in ihrer Verwobenheit mit unterschiedlichen Bereichen zu verstehen. Es geht darum zu skizzieren, welchen gesellschaftlichen Bedarf Community Nursing Österreich deckt und welche Mission das System Community Nursing verfolgt. Die Darstellung dieser Zusammenhänge ist in weiterer Folge grundlegend für die Entwicklung des Wirkmodells und das Verständnis der Wirkmechanismen.

3.1 Systemische Betrachtung des Wirkmodells

Poostchi (2013) weist in seinem Buch „Der Sinn für das Ganze“ darauf hin, dass es relevant ist, alle Teilbereiche eines Systems zu betrachten und diese in einer Verschränkung miteinander zu verstehen. Anstatt von fragmentierten Teilen auszugehen, ist es für einen erweiterten Erkenntnisgewinn relevant, systemische Zusammenhänge zu betrachten. Ausgehend von dieser Sichtweise wird das Wirkmodell von Community Nursing auch auf Basis des sogenannten Open System-Modells betrachtet. Community Nursing ist demnach vom Verständnis her ein offenes System, das innerhalb einer Gesellschaft einen spezifischen Bedarf deckt.

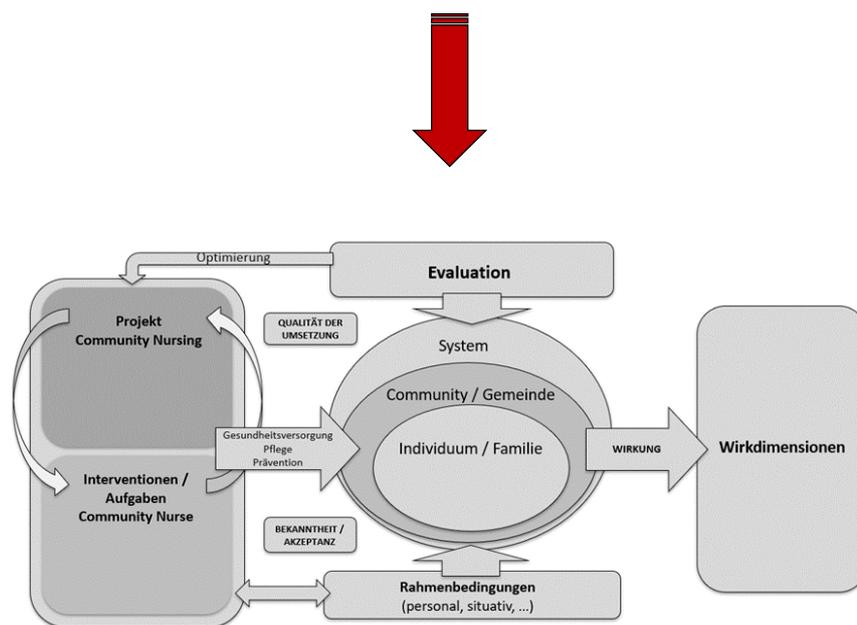
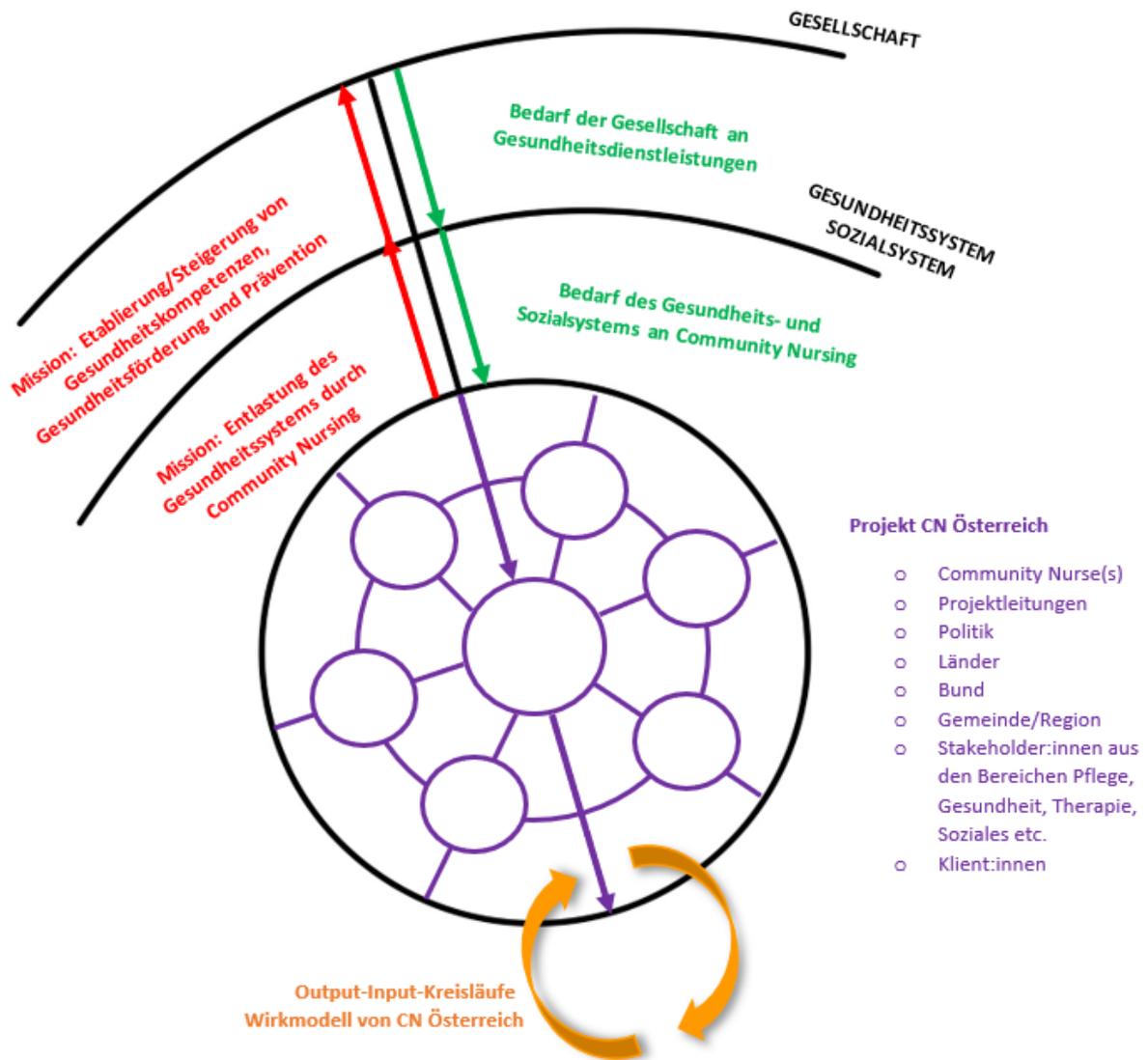


Abbildung 1: Systemische Betrachtung in Anlehnung an Poostchi (2013)

In Abbildung 1 wird dies anhand der zwei übergeordneten „Schirme“ verdeutlicht: die Gesellschaft und das Gesundheits- und Sozialsystem werden als übergeordnete Systeme des Systems Community Nursing verstanden. Ausgehend von der Gesellschaft wird der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen sichtbar, der einerseits an das Gesundheits- und Sozialsystem herangetragen wird und andererseits von diesem u.a. an das System Community Nursing weitergegeben wird. Community Nursing fungiert an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem, so dass beide als übergeordnete Systeme von Community Nursing zu verstehen sind. Neben anderen Leistungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems soll Community Nursing insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention in den Fokus setzen. Mit diesem „kommunizierten“ Bedarf erfüllt Community Nursing in Hinblick auf die Ebene des Gesundheits- und Sozialsystems die Mission der Entlastung ebenjenes Systems. Auf der Ebene der Gesellschaft erfüllt es vor allem die Mission Gesundheitskompetenzen, Gesundheitsförderung und Prävention in der Bevölkerung zu etablieren und zu steigern.

Innerhalb des Systems Community Nursing, das in der Mitte von Abbildung 1 als schwarz umrandeter Kreis dargestellt ist, befinden sich alle relevanten Akteur:innen mit ihren spezifischen Rollen und Funktionen. Dazu gehören die Community Nurses, die Projektleitungen, die Verantwortlichen der Politik, die Länder, der Bund, die Gemeinde oder Region sowie weitere Stakeholder:innen aus den Bereichen Pflege, Gesundheit, Therapie, Soziales etc. Neben diesen Stakeholder:innen auf der Verwaltungsebene und den Gesundheits- sowie Sozialdienstleistungen sind es auch die Klient:innen, die Community Nursing in Anspruch nehmen. Sie machen eine relevante Stakeholder:innengruppe aus und sind somit Teil des systemischen Verständnisses. Alle Akteur:innen sind in dieser Betrachtung miteinander verbunden und tragen entscheidend dazu bei, die Mission des Systems Community Nursing zu erfüllen. Wesentlich dabei sind die spezifischen Funktionen und Rollen, die den einzelnen Akteur:innen zukommen und auf der Ebene von Individuum/Familie, Community/Gemeinde und System (Wirkenebenen von CN Österreich) wirken. Diese Funktionen, die sich in den Ebenen wechselseitig beeinflussen und bedingen, sind letztendlich auf den Bedarf des übergeordneten Systems ausgerichtet. Durch dieses Zusammenwirken werden Output-Input-Kreisläufe angeregt, die in den Wirkdimensionen im Detail dargestellt werden, wie die weiteren Ausführungen zum Wirkmodell zeigen werden.

Das im Folgenden vorgestellte Wirkmodell von Community Nursing ist nicht in einer linearen Ursache-Wirkung-Logik angelegt, vielmehr sind es systemische Verzahnungen auf unterschiedlichen Ebenen, die ihre Berücksichtigung finden müssen. Dies begründet auch, warum die nachfolgend beschriebenen Wirkdimensionen eine multidimensionale Betrachtung erfordern. Der hier eingeführte systemische Zugang anhand des Open System-Modells soll dieses Verständnis unterstützen.

Es bildet die Grundlage für das Wirkmodell, das im Zuge der Evaluation entwickelt wurde. Das Wirkmodell „entsteht“ systemisch, betrachtet aus den Input-Output-Kreisläufen des Systems Community Nursing.

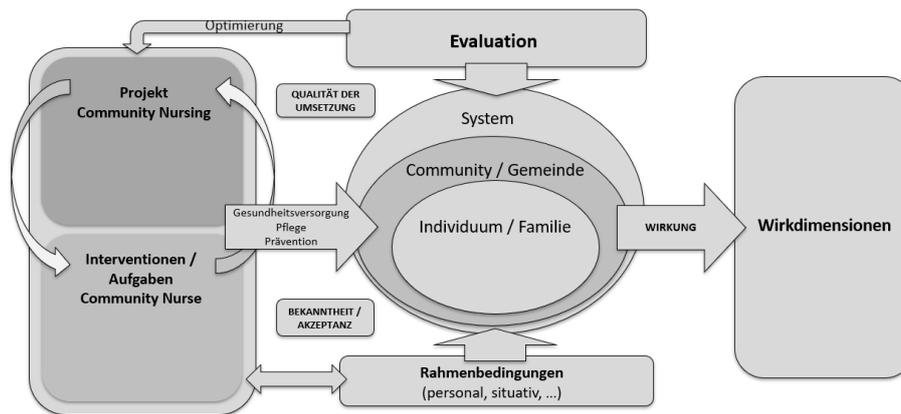


Abbildung 2: Skizze zum systemischen Verständnis und der Integration von Action- und Change-Modell im Wirkmodell

Die Entwicklung eines Wirkmodells umfasst zum einen die Identifikation der Programmelemente und zum anderen die Analyse ihrer Wirkung in Richtung der Programmziele. Unter Programmzielen werden in diesem Fall jene Ziele verstanden, die für das Projekt auf den Ebenen Individuum/Familie, Community/Gemeinde und System – dazu gehört auch die Politik – definiert wurden. Die Analyse der Wirkungen selbst beinhaltet drei Schritte: die Analyse des **WIE** (Prozesse), die Analyse des **WARUM** (Wirkmechanismen, d.h. wie die Inputs über die Outputs auf die Outcomes wirken) und die Analyse des **WANN** (Rahmenbedingungen, unter denen die gesetzten Interventionen und Maßnahmen ihre Wirkung überhaupt erst entfalten können).

Die Analyse der Prozesse, also das WIE, ist links in der Wirkmodell-Skizze zu sehen und entspricht dem **Action-Modell**. Dort werden das Zusammenwirken und das Zusammenspiel aller Akteur:innen beschrieben, die am Projekt beteiligt sind, in irgendeiner Form zu Interventionen und zur Durchführung der Interventionen und Maßnahmen beitragen und so die im Change-Modell beschriebenen Wirkmechanismen anstoßen. Etwas weiter rechts davon ist in Abbildung 2 das **Change-Modell** zu sehen, welches das WARUM und WANN der Analyse abbildet. Es verdeutlicht, wie die Input Faktoren, die von den verschiedenen Akteur:innen kommen, über die Outputs (konkrete Tätigkeiten) unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen auf die verschiedenen Dimensionen eine Wirkung (Outcomes) hervorrufen. Die Rahmenbedingungen umfassen dabei sowohl die Kontextfaktoren aus dem Action-Modell als auch die einflussnehmenden förderlichen und hinderlichen Faktoren aus dem Change-Modell. Dieser theoretische Zugang sowie die daraus entstandene Skizze des Wirkmodells war Ausgangspunkt für die Ausdifferenzierung des Action-Modells und des Change-Modells, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

3.2 Action-Modell

Abbildung 3 zeigt das Action-Modell mit grundlegenden Voraussetzungen für die Pilotierung von CN Österreich sowie der damit verbundenen Zielsetzung.

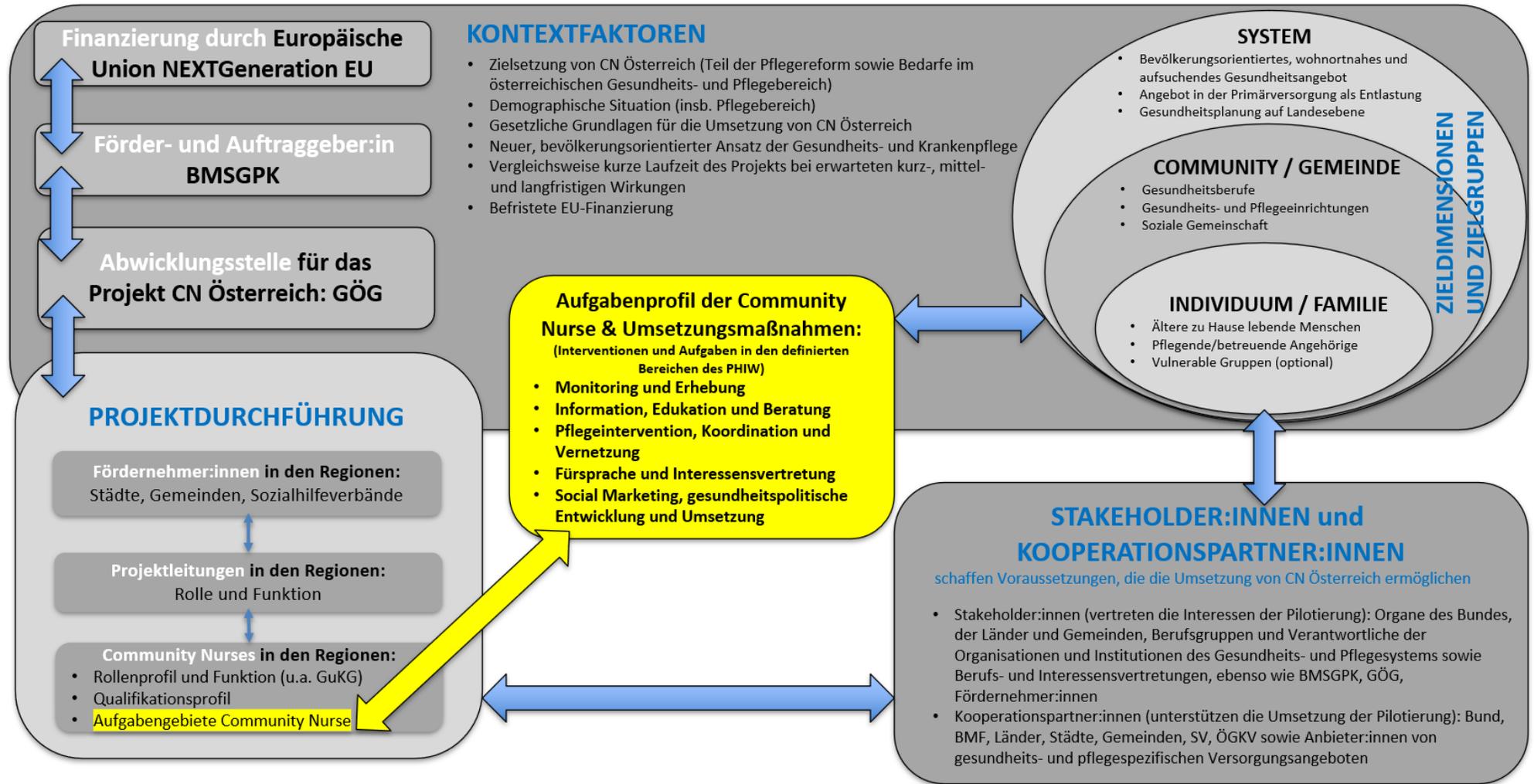


Abbildung 3: Action-Modell Community Nursing

Links oben im Action-Modell wird die **Finanzierung** durch die Europäische Union im Next Generation Programm abgebildet. Im direkten Bezug dazu steht das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) als **Förder- und Auftraggeber:in**. Diese fungiert zum einen als Fördergeber:in für die Gemeinden, zum anderen als Auftraggeber:in für die **Abwicklungsstelle** Gesundheit Österreich GmbH, die die zentrale Anlaufstelle für alle inhaltlichen und administrativen Fragen ist. Während das Action-Modell das Zusammenwirken dieser Akteur:innen abbildet, sind die Input-Faktoren, die von diesen Akteur:innen eingebracht werden, im Change-Modell (siehe Abbildung 4) dargestellt.

Unten links im Action-Modell ist die **Projektdurchführung** abgebildet. Bei der Projektdurchführung geht es konkret um die Umsetzung von Community Nursing auf der regionalen Ebene, wo die Dienstleistungen tatsächlich stattfinden. Dazu gehören die Fördernehmer:innen in den einzelnen Regionen (Städte, Gemeinden, Sozialhilfeverbände) für die das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Fördergeber:in ist. Zur Projektdurchführung gehören in den einzelnen Regionen außerdem die Projektleitungen mit ihren Rollen und Funktionen sowie die Community Nurses, mit ihrem Rollenprofil, Funktionen, Qualifikationsprofil sowie ihren Aufgabengebieten.

Im gelb hinterlegten Feld sind das **Aufgabenprofil der Community Nurses und die Umsetzungsmaßnahmen** im Detail hervorgehoben, welche sich am „Public Health Intervention Wheel“ (Minnesota Department of Health, 2019) orientieren und auf den österreichischen Kontext seitens der Umsetzungsstelle übertragen wurden (Kozisnik et al., 2021). Dabei handelt es sich um die Bereiche (1) Monitoring und Erhebung, (2) Information, Edukation und Beratung, (3) Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung, (4) Fürsprache und Interessensvertretung sowie (5) Social Marketing und gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor im Hinblick auf die Umsetzung und Zielerreichung in den Regionen ist die Zusammenarbeit auf Bundesländer- und Gemeindeebene mit **Stakeholder:innen und Kooperationspartner:innen**, welche entlang des blauen Pfeils im Feld rechts unten dargestellt werden. Zum einen werden durch die Stakeholder:innen und Kooperationspartner:innen die notwendigen Voraussetzungen für die Umsetzung geschaffen, beispielsweise durch verschiedene Organisationen im Gesundheits- und Pflegebereich. Zum anderen unterstützen die Kooperationspartner:innen die Umsetzung der Aktivitäten der Community Nursing Projekte auf regionaler, Länder- oder Bundesebene.

Die Community Nurses mit ihrem Aufgabenprofil und den konkret gesetzten Umsetzungsmaßnahmen sowie ihr Zusammenwirken mit den Stakeholder:innen und Kooperationspartner:innen stehen in direkter Wechselwirkung mit den drei Ebenen der **Zieldimensionen und Zielgruppen**, die den konkreten Wirkungsbereich der Intervention skizzieren. Die primären Zielgruppen von Community Nursing sind auf der ersten Ebene **Individuen/Familien**, zu Hause lebende ältere Menschen mit entsprechendem Bedarf, pflegende und betreuende Angehörige sowie vulnerable Gruppen. Auf der zweiten Ebene, der **Gemeinde- und Communityebene**, zählen die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die Gesundheitsberufe und die soziale Gemeinschaft zum Wirkungsbereich. Auf der dritten Ebene, der **Systemebene**, soll Community Nursing ein bevölkerungsorientiertes, wohnortnahes und aufsuchendes Gesundheitsangebot sein, das in der Primärversorgung unter anderem zur Gesundheitsförderung und zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sowie zur Entlastung des Gesamtsystems beiträgt. Es ist Teil der Gesundheitsplanung auf Landesebene.

Die drei Ebenen von Zieldimensionen und Zielgruppen können nicht isoliert betrachtet werden, da komplexe Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ebenen bestehen. Dies verdeutlicht folgendes Beispiel: Eine Community Nurse vermittelt einer älteren, alleinlebenden Person mit beginnenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Teilnahme an einer Gruppenaktivität unter ihrer Leitung und der Mitwirkung von anderen Gesundheitsberufen. Auf individueller Ebene können durch den Beziehungs- und Vertrauensaufbau und durch den Austausch in der Gruppe auf niederschwellige Weise gesundheitliche Beeinträchtigungen thematisiert und damit frühzeitig erfasst werden. Sobald ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit generiert wurde, kann die Person – unter Einbeziehung der entsprechenden Gesundheitsberufe – beginnen, gesundheitsgefährdenden Prozessen entgegenzuwirken. Zudem können unterstützende Angebote in der Region entwickelt oder vermittelt werden, was die Gefahr sozialer Isolation verringern kann. Durch die verstärkte Teilhabe in der Community und die vielfältige Einbeziehung aller Gesundheitsberufe kann der Wohnort attraktiver für alle Beteiligten werden. Durch den Austausch mit anderen sowie durch Hilfestellung und gegenseitige Unterstützung kann es mit Blick auf die Systemebene zu einer Reduktion oder auch vermehrter frühzeitiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommen. Ebenso kann der Bedarf an Gesundheitsangeboten erkannt und – falls in der Region noch nicht vorhanden – aufgebaut werden.

Ein letzter wichtiger Punkt im Action-Modell sind die **Kontextfaktoren**. Zunächst ist hervorzuheben, dass es sich bei Community Nursing Österreich um ein vollkommen neues Konzept handelt, für das noch wenig Erfahrungswerte vorliegen. Für die Projektinitiierung war eine sehr kurze Vorlaufzeit gegeben, was eine strukturierte und partizipative Verankerung im bestehenden System erschwerte. Auch für die darauffolgende Projektumsetzung war der Zeitrahmen begrenzt (2022-2024), sodass insbesondere mittel- und langfristige Wirkungen nur bedingt nachweisbar sind. In den Kontextfaktoren finden sich außerdem die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die als Grundlagen für das Projekt geschaffen werden mussten sowie die Auswirkungen der demographischen Situation in Bezug auf den Pflegebereich. Ebenso sind die lange unklare Anschlussfinanzierung sowie vergaberechtliche und kollektivvertragliche Fragestellungen relevante Kontextfaktoren im Action-Modell für die Community Nurses und Community Nursing Projekte.

3.3 Change-Modell

Abbildung 4 zeigt die systematische und datenbasierte Darstellung des Change-Modells, das den Fokus auf die Analyse des WARUM (Wirkmechanismen) und des WIE (Rahmenbedingungen, unter denen sich Wirkungen entfalten können) legt. Aufgrund der Komplexität des Modells werden Input-Output-Outcome-Pfade in den einzelnen Wirkdimensionen anhand von detaillierten Auszügen aus dem Change-Modell in einzelnen Unterkapiteln beschrieben.

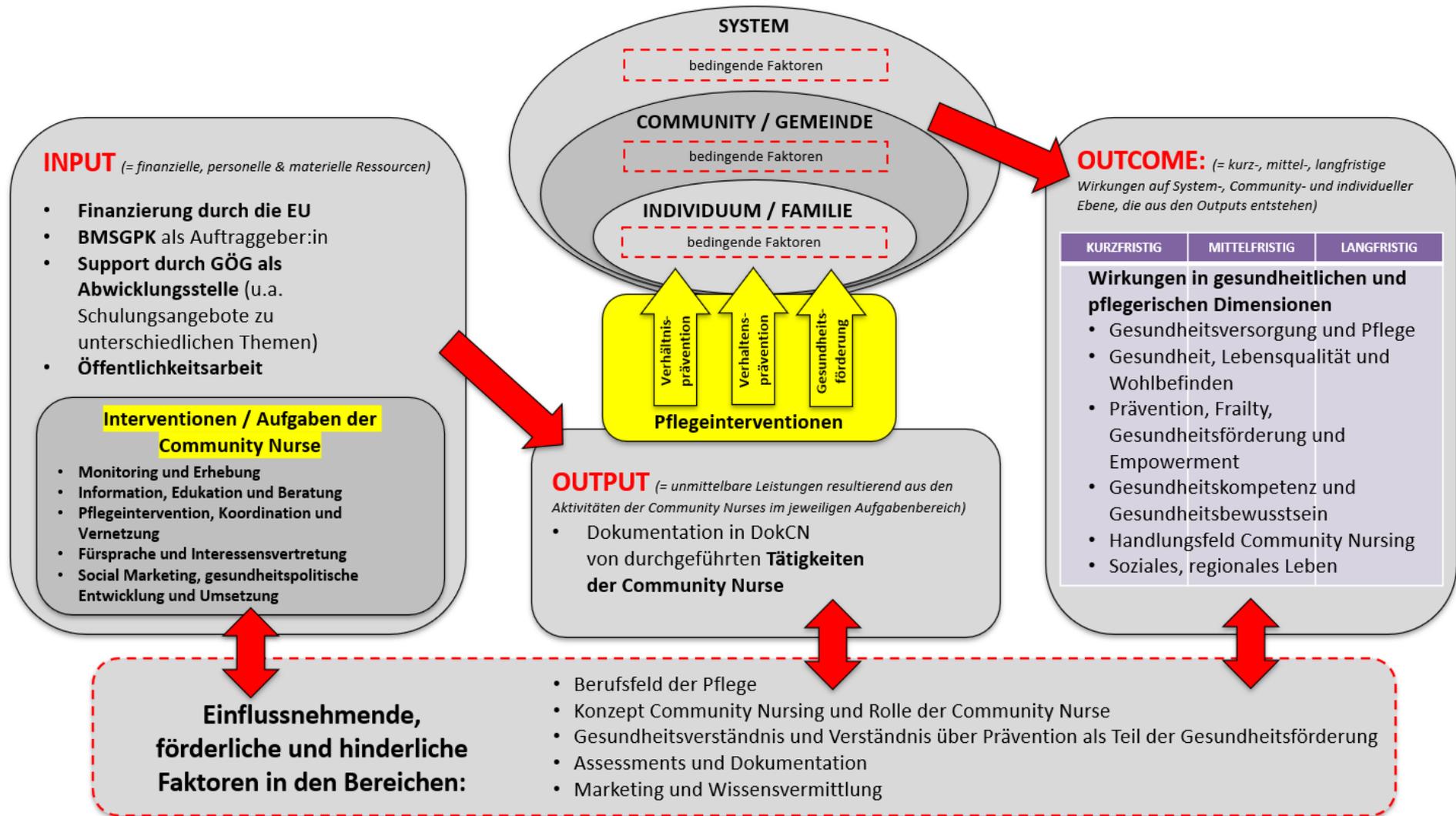


Abbildung 4: Change-Modell Community Nursing

Ausgangspunkt der Wirkpfade im Change-Modell sind die verschiedenen **Input-Faktoren** (siehe Abbildung 4 links oben), die alle finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen von allen Akteur:innen umfassen. Dazu gehören die Finanzierung durch die EU oder der Support durch die Gesundheit Österreich GmbH als Abwicklungsstelle (z.B. Schulungsangebote, Ansprechpartner:in für administrative Fragen etc.) und das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) sowie die unterstützende Öffentlichkeitsarbeit für Community Nursing. Einen entscheidenden Inputfaktor stellen die Community Nurses mit ihren verschiedenen Aufgabenbereichen (in Anlehnung an das „Public Health Intervention Wheel“) dar (siehe Abbildung 4 links unten).

Die Input-Faktoren erzeugen den entsprechenden **Output** (siehe Abbildung 4 Mitte). Dabei geht es um die konkreten Leistungen, welche von den Community Nurses im Feld erbracht und umgesetzt werden. Diese wirken wiederum über die Pflegeintervention, die Verhaltens- und Verhältnisprävention und die Gesundheitsförderung auf die drei Ebenen Individuum/Familie, Community/Gemeinde und System.

Auf jeder dieser Ebenen gibt es **bedingende Faktoren**, die Voraussetzung dafür sind, dass die **Outcomes** (siehe Abbildung 4 rechts) in den Dimensionen ihre Wirkung entfalten können. Die Outcomes werden in **kurzfristige, mittelfristige und langfristige Wirkungen** unterschieden. Aus dem gesamten Datenmaterial der Erhebungen konnten sechs Wirkdimensionen, sowohl auf gesellschaftlicher und sozialer Ebene als auch im gesundheitlichen und pflegerischen Bereich, abgeleitet werden:

- (1) Gesundheitsversorgung und Pflege
- (2) Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden
- (3) Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment
- (4) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein
- (5) Handlungsfeld Community Nursing
- (6) Soziales und regionales Leben

Im unteren Feld sind **einflussnehmende, förderliche und hinderliche Faktoren** in den jeweiligen Bereichen zu sehen, welche bewusst nicht positiv oder negativ formuliert sind, weil die Faktoren je nach Beschaffenheit sowohl förderlich als auch hinderlich wirken können. Ein Beispiel ist das **Berufsfeld Pflege**: Im Zusammenhang mit Community Nursing kann es sowohl einen förderlichen als auch einen hinderlichen Faktor darstellen. Beispielsweise hat das Berufsfeld der Pflege durch verschiedene Einflussfaktoren (wie z.B. die Überforderungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie, hohe Personalfuktuation, Personalmangel) an Attraktivität verloren, was den Personalmangel tendenziell weiter verstärkt. Andererseits zeigen die Ergebnisse der Datenauswertungen, dass das neue Handlungsfeld Community Nursing in Österreich die Attraktivität des Berufsfeldes erhöht. Entscheidend sind auch die Rahmenbedingungen: So können in Regionen neue Karrieremöglichkeiten und Ressourcen geschaffen werden, die das Berufsfeld attraktiver machen. Zu knapp bemessene Ressourcen wiederum verringern die Attraktivität des Berufsfelds.

Ähnlich verhält es sich mit der **Kenntnis über das Konzept Community Nursing und die Rolle der Community Nurses in der Region**. Ist eine hohe Akzeptanz, viel Wissen und

Bewusstsein vorhanden, kann dies ein förderlicher Faktor sein; ist das Konzept zu wenig bekannt und die Rolle der Community Nurse unklar, kann dies ein hinderlicher Faktor sein. In Bezug auf das Thema **Gesundheitsverständnis und Verständnis über Prävention** erweist sich ein biomedizinisches, pathogenetisches Verständnis als hinderlicher Faktor, während eine salutogenetische Zugangsweise als förderlicher Faktor wirkt. Das **Verwenden von standardisierten Assessments und wissenschaftlich fundierter Klassifikationssysteme** kann als hilfreich betrachtet werden, während das Fehlen solcher einen hinderlichen Faktor darstellt. **Marketing und Wissensvermittlung** und damit die Unterstützung durch die Öffentlichkeitsarbeit leisten als einflussnehmender Faktor einen wesentlichen Beitrag zur Entfaltung/Nicht-Entfaltung von Wirkungen. Eine pauschale Aussage darüber, ob ein bedingender Faktor ausschließlich positiv oder negativ ist, ist daher nicht möglich, sondern hängt jeweils von Gegebenheiten und (regionalen) Kontexten ab. Exemplarisch für die Identifikation der Bereiche der einflussnehmenden, förderlichen und hinderlichen Faktoren stehen folgende wörtliche Zitate aus dem qualitativen Datenmaterial:

„Personen, die jetzt Community Nurses sind, wären nicht im Pflegebereich geblieben.“ (IPS.T.8)

„Sehr attraktive Arbeit; sehr autonom, selbstständig tätig, keine Vorgaben; kreatives Arbeiten, guten Ergänzungen bzgl. Berufserfahrungen im Team, viel Unterstützung von der Gemeinde, Ideen lassen sich meistens umsetzen.“ (IPS.CN.24)

„[...] hoher Zustrom von Klient:innen; eher momentan zu wenig zeitliche Ressourcen, um alles im angestrebten Ausmaß abarbeiten zu können (= aktuelles Hauptproblem im Projekt).“ (IPS.CN.1)

„Hemmende Faktoren sind, vor allem, dass in der Gemeindepolitik keine Vorstellungen zu den Tätigkeiten einer Community Nurse gibt. Und ein ganz starker hemmender Faktor ist auch, dass zwei Community Nurses ganz ein unterschiedliches Mindset haben/unterschiedliche Vorstellungen zum Projekt.“ (IPS.CN.1)

„Thema Prävention in Österreich generell schwierig, es wird erst etwas getan, wenn der Hut brennt; Leute melden sich, wenn sie direkt akut draufkommen.“ (IPS.CN.15)

„Vereinheitlichung von Dokumentation wäre wünschenswert; niemand weiß, was gut oder nicht gut ist, es ist ein Berufsbild, warum können nicht alle gleich arbeiten; Community Nurse hat sich viel selbst erarbeiten müssen, weiß aber immer noch nicht, ob das richtig oder falsch ist.“ (IPS.CN.32)

„Video/Werbung müsste so gestaltet sein, dass alles abgedeckt wird, was Community Nursing machen könnte (Bedarfe je nach Region ja stark unterschiedlich).“ (IPS.CN.13)

3.4 Erläuterung der Wirkdimensionen im Detail

In den folgenden Unterkapiteln werden die Wirkdimensionen des Change-Modells im Detail ausgeführt. Jeder Wirkdimension liegen die einflussnehmenden Faktoren zugrunde, die im Change-Modell genannt werden. Zusätzlich sind die im Action-Modell angeführten Kontextfaktoren zu berücksichtigen, die für die Wirkungsentfaltung entscheidend sind. Input, Output, bedingende Faktoren sowie Outcomes werden für jede Wirkdimension in detaillierten Auszügen aus dem Change-Modell beschrieben. Die Ableitung und Clusterung der Wirkdimensionen erfolgte, wie bereits dargestellt, auf Basis der Ergebnisse der empirischen Datenauswertung.

Den abgeleiteten Wirkpfaden liegt das Verständnis zugrunde, dass die Aufgabenbereiche, die im Aufgaben- und Rollenprofil der Community Nurse verankert sind, ausschließlich von Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, also Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), durchgeführt werden. Durch die Benennung der Wirkdimension soll auch die Bedeutung der pflegerischen Intervention im Rahmen dieser Themenbereiche, die von vielen Gesundheitsberufen bespielt werden, in der jeweiligen Wirkdimension hervorgehoben werden.

3.4.1 Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege

Dieses Kapitel fokussiert auf die Wirkdimension **Gesundheitsversorgung und Pflege**, deren Wirkpfade durch nähere Erläuterung von Input, Output, bedingenden Faktoren sowie Outcome in weiterer Folge näher ausgeführt werden (Abbildung 5). Aufgrund der vielfältigen Outcomes wurde die nachfolgende Wirkdimension in zwei Abbildungen mit verschiedenen Aufgabenbereichen (Inputs) aufgeteilt.

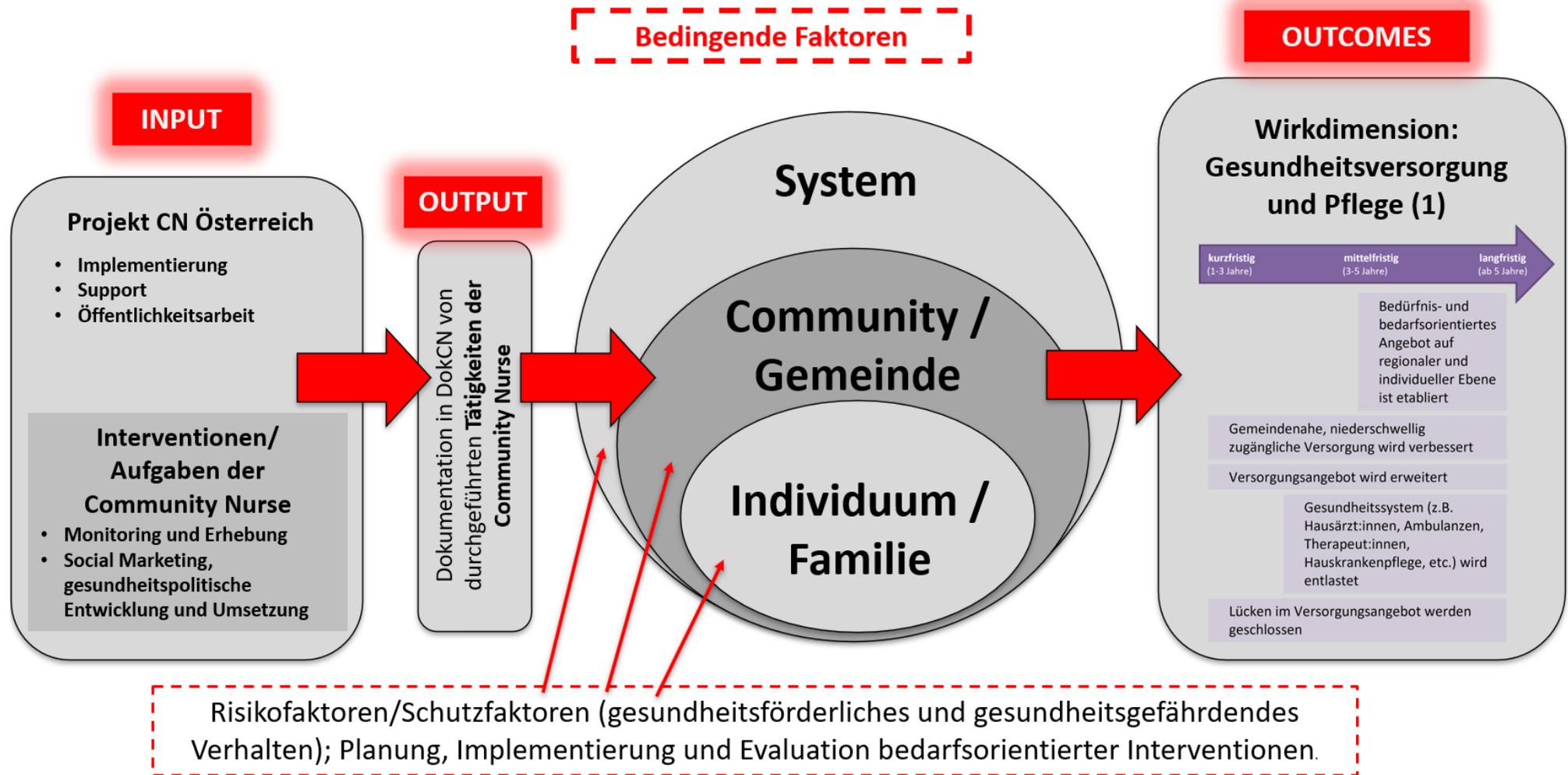


Abbildung 5: Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege 1

Ausgangspunkt der Wirkpfade für alle Wirkdimensionen sind die **Input-Faktoren** (vgl. Abbildung 5, links), zu denen die Implementierung, die Finanzierung, der Support sowie die Öffentlichkeitsarbeit gehören. Entscheidend sind auch die Aufgabenbereiche der Community Nurses, wobei für die Wirkdimension **Gesundheitsversorgung und Pflege (1)** die Bereiche Monitoring und Erhebung sowie Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung relevant sind. Der durch die Input-Faktoren generierte **Output** zeigt sich in der Dokumentation der durchgeführten Aktivitäten der Community Nurses in der Software DokCN. Dieser Output bildet die Grundlage für die Entfaltung der Wirkung, also der **Outcomes** (vgl. Abbildung 5 rechts).

Als **bedingende Faktoren** auf den Ebenen Individuum/Familie, Community/Gemeinde und System sind die Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich gesundheitsförderlicher und gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen sowie die Planung Implementierung und Evaluierung bedarfsorientierter Interventionen von entscheidender Bedeutung. Sind diese bedingenden Faktoren gegeben, kann es kurzfristig zu einer Verbesserung der **gemeindenahen, niederschwellig zugänglichen Versorgung** kommen. Das **Versorgungsangebot wird erweitert, und die Lücken im Versorgungsangebot können geschlossen werden**. Mittelfristig kann es zu einer **Entlastung des Gesundheitssystems** kommen, beispielsweise bei Hausärzt:innen, Ambulanzen, Therapeut:innen sowie in der Hauskrankenpflege. Zudem kann sich mittelfristig ein **bedürfnis- und bedarfsorientiertes Angebot auf regionaler und individueller Ebene** etablieren.

Folgende Zitate aus dem qualitativen Datenmaterial bestätigen die Identifikation der erwarteten Wirkungen:

„Community Nurse in Funktion des Sichtbarmachens der Angebote der Region, Bekanntmachen von Angeboten (Klient:innen wissen nicht, welche Gesundheitsangebote es in Region z.T. schon gibt).“ (IPS.CN.29)

„Sobald Hausärzt:innen verstehen, dass Zusammenarbeit mit Community Nurse eine Erleichterung bringt, wird Community Nursing stark genutzt.“ (IPS.T.7)

„[...] massive Überlastung der Hausärzt:innen, das bekommt Community Nurse mit und versucht zu unterstützen (ohne Tätigkeiten zu übernehmen, für die Hausärzt:innen eine Pflegeperson brauchen würde; auf klare Unterscheidung wird geachtet), z.B. werden Befunde erklärt.“ (IPS.CN.4)

„Community Nurse wichtige Drehscheibe Richtung Bezirkshauptmannschaft und Entlastung für Sozialarbeit und Bürger:innen-Service, die früher viele Gesundheitsfragen gestellt bekommen haben.“ (IPS.CN.2)

In der Wirkdimension **Gesundheitsversorgung und Pflege** lassen sich ausgehend von den Ergebnissen der Erhebungen weitere Wirkpfade mit Input, bedingenden Faktoren und Outcome aufzeigen, auf die nachfolgend eingegangen wird. Abbildung 6 schafft zu Beginn dazu einen Überblick.

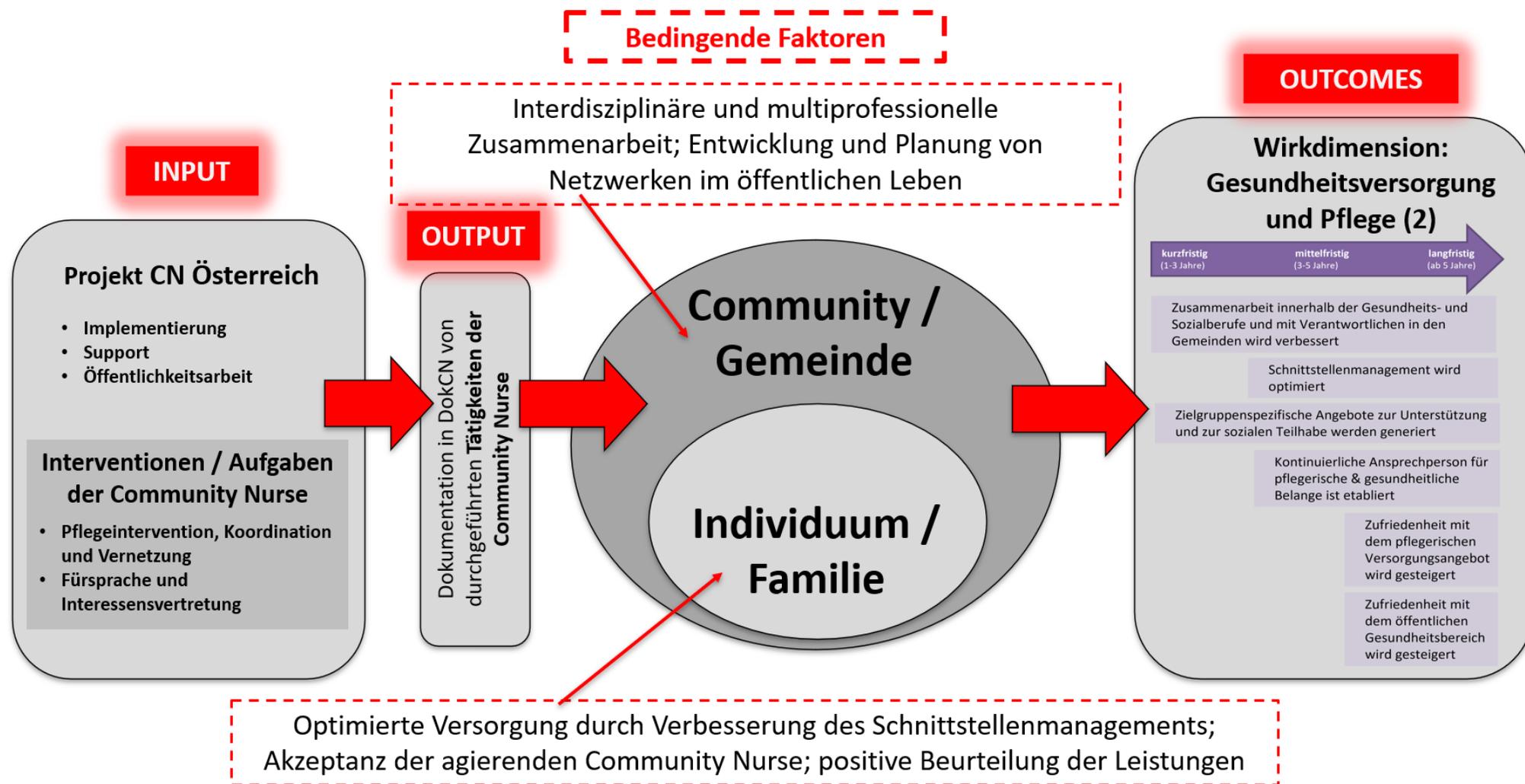


Abbildung 6: Wirkdimension Gesundheitsversorgung und Pflege 2

Neben den für alle Wirkdimensionen relevanten Inputfaktoren (vgl. Kapitel 3.4.1) stellen bei der Wirkdimension **Gesundheitsversorgung und Pflege (2)** die Aufgabenbereiche Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung sowie Fürsprache und Interessensvertretung der Community Nurses zentrale **Input-Faktoren** dar. Der durch die Input-Faktoren generierte **Output**, der die konkret erbrachten und in DokCN dokumentierten Leistungen der Community Nurses umfasst, erzeugt über bedingende Faktoren auf den Ebenen Community/Gemeinde und Individuum/Familie (vgl. Abbildung 6 Mitte) die **Outcomes**.

Bedingende Faktoren auf der Ebene Community/Gemeinde verkörpern in dieser Wirkdimension die Bereitschaft zur interdisziplinären, multiprofessionellen Zusammenarbeit und die Entwicklung und Planung von Netzwerken im öffentlichen Leben. Auf der Ebene Individuum/Familie sind die Optimierung der Versorgung durch Verbesserung des Schnittstellenmanagements sowie die Akzeptanz der agierenden Community Nurse und die positive Beurteilung ihrer Leistungen wichtige bedingende Faktoren für die Wirkungsentfaltung. Daraus kann sich kurzfristig als **Outcome** eine **verbesserte Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheits- und Sozialberufe mit den Verantwortlichen der Gemeinden** ergeben. Darüber hinaus können kurzfristig **zielgruppenspezifische Angebote zur Unterstützung und zur sozialen Teilhabe** generiert, mittelfristig das **Schnittstellenmanagement optimiert und die Community Nurse als kontinuierliche Ansprechperson** für pflegerische und gesundheitliche Belange etabliert werden. Mittel- bis langfristig kann **eine Zufriedenheit bzw. eine Steigerung der Zufriedenheit** nicht nur mit dem pflegerischen Versorgungsangebot, sondern auch mit dem öffentlichen Gesundheitsbereich erreicht werden.

Auszüge aus dem qualitativen Datenmaterial bestätigen die Ableitung der genannten Wirkdimensionen:

„Anfangs viel Netzwerk-/Öffentlichkeitsarbeit; anfangs viel Gegenwind der Hauskrankenpflege, mittlerweile gute Zusammenarbeit; Krankenhäuser/Entlassungsmanagement [...], psychosoziale Dienste, Gemeinde, Polizei, Bezirkshauptmannschaft.“ (IPS.CN.19)

„[...] es werden auch Verbindungen hergestellt zu Stakeholder:innen, die sich nicht im Sozial-/Pflegetektor sehen, z.B. Supermarkt, Nachbar:innen (ziviler Sektor).“ (IPS.T.6)

„Community Nurse verweist Angehörige dann auch weiter, falls mehr Bedarf besteht und Kompetenz der Community Nurse überschritten wird (z.B. an psychologischen Dienst).“ (IPS.CN.26)

„Die Wirksamkeit vom Tun der Community Nurse sehen sie zumindest bei jedem einzelnen Hausbesuch, wie sinnvoll und wertvoll das Tun ist und auch wie die Community Nurses andere Anbieter oder auch das klinische Setting entlasten können.“ (IPV.CN.3)

Mit den Ausführungen in diesem Kapitel wird u.a. sichtbar, dass Community Nursing ein neues Angebot ist, das bisherige Lücken im Versorgungssystem schließen und somit auch das Gesundheits- und Sozialsystem sowie Bürger:innen entlasten kann. Darüber hinaus kann Community Nursing auch einen maßgeblichen Beitrag zur Erreichung der Gesundheitsziele Österreichs (BMSGPK, 2023) beitragen. Dies wird auch im nachfolgenden Kapitel sichtbar.

3.4.2 Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden

Dieses Kapitel fokussiert auf die Wirkdimension **Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden**, deren Wirkpfade im Sinne von Input, Output, bedingenden Faktoren und Outcome im Folgenden näher ausgeführt werden (Abbildung 7).

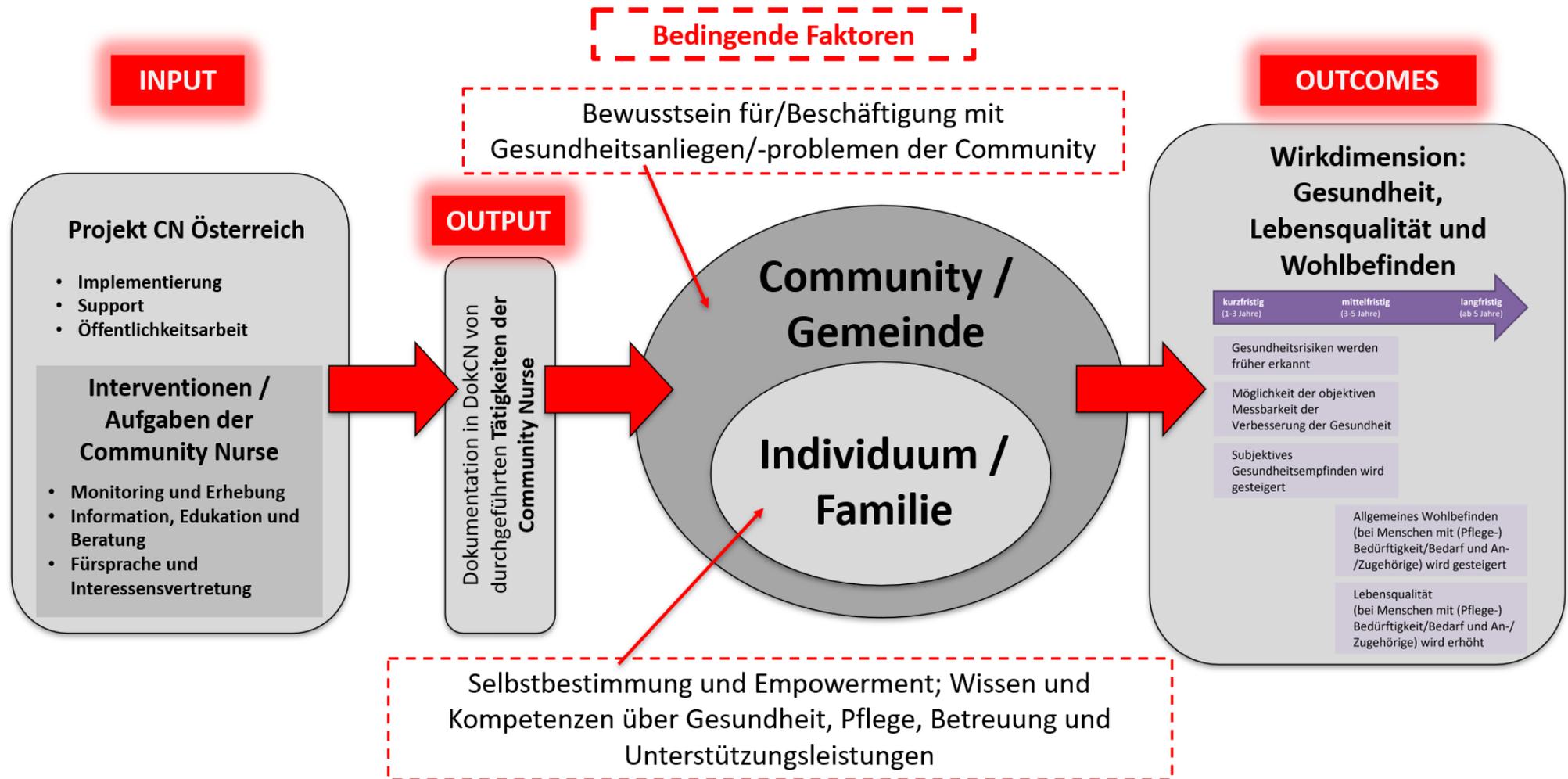


Abbildung 7: Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden

Neben den Inputfaktoren, die für alle identifizierten Wirkdimensionen relevant sind (vgl. Kapitel 3.4.1), stellen für die Wirkdimension **Gesundheit, Lebensqualität & Wohlbefinden** die Aufgabenbereiche Monitoring und Erhebung, Information, Edukation und Beratung sowie Fürsprache und Interessensvertretung der Community Nurses weitere entscheidende **Input-Faktoren** dar.

Der aus den Input-Faktoren generierte **Output**, also die konkret erbrachten Leistungen der Community Nurses, erzeugt über die bedingenden Faktoren auf den Ebenen Community/Gemeinde und Individuum/Familie (vgl. Abbildung 7 Mitte) sowie unter Berücksichtigung der einflussnehmenden Faktoren (vgl. Abbildung 4 unten) die **Outcomes**.

Auf der Communityebene finden sich als **bedingende Faktoren** das Bewusstsein und die Beschäftigung mit den Gesundheitsanliegen/-problemen der Community (pflegebedürftigen Personen in der Community). Hier liegt insbesondere der Fokus darauf, dass auch alle sonstigen Gesundheitsberufe sowie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dieses Bewusstsein entwickeln, so dass es im Zusammenspiel durch die von den Community Nurses gesetzten Aktivitäten in diesem Bereich zu einer **Früherkennung von Gesundheitsrisiken** kommen kann, die als kurz- bis mittelfristige Wirkung (**Outcome**) angegeben sind. Ebenso besteht die Möglichkeit, die **Verbesserung der Gesundheit mittels objektiv messbarer Parameter darzustellen** und das **subjektive Gesundheitsempfinden zu steigern**. Dieses Bewusstsein in der Community, bei den Akteur:innen, den Gesundheitsberufen sowie den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zur Früherkennung von Risiken ist wiederum Voraussetzung für die Entwicklung und Implementierung bedarfsorientierter Angebote, die in der Wirkdimension Gesundheit und Pflege (vgl. Abbildung 5 und Kapitel 3.4.1) genannt wurden.

Auf der Ebene Individuum/Familie werden Selbstbestimmung und Empowerment als **bedingende Faktoren** angeführt. Diese können durch Interventionen im Bereich Information, Edukation und Beratung gesteigert werden, wenn das Wissen und die Gesundheitskompetenz der Betroffenen durch Interventionen der Community Nurse gefördert werden. Dadurch können sich die Outcomes entfalten und es kann mittel- bis langfristig zu einer **Verbesserung der Gesundheit** kommen. Durch die Sensibilisierung auf mögliche beeinflussende Faktoren und durch Selbstbestimmung und Empowerment in Bezug auf die persönliche Gesundheit erhöht sich das eigene Wissen und die eigene Kompetenz. In der Folge können Angebote besser gefunden und genutzt werden und damit **die Lebensqualität und das Wohlbefinden gesteigert werden**.

Die **Outcomes** zur Wirkdimension Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden werden durch die Datenerhebungen folgend sichtbar:

„[...] weil man ja vieles einfach nicht gewusst hätte, und sich auch der Gesundheitszustand dadurch verbessert hat. Ich glaube daher, dass meine Mutter dahingehend eine bessere Entwicklung machen konnte. Die Community Nurse hat nämlich auch viele gesundheitliche Tipps gegeben; [...] was man noch machen könnte: z.B. die Wunde zu pflegen oder Tipps für die Körperpflege, was die Sache erleichtert.“ (IPV.8)

„Hausärzt:innen schicken Community Nurse zu Personen, um Eindruck zu gewinnen (oder z.B. Blutdruck zu messen); Leute nehmen das sehr gut an, haben durch Community Nurse Ansprechpartner:innen, dann ergibt sich Weiteres.“ (IPS.CN.10)

„Indirekt hat die Community Nurse zum Positiven beigetragen: sie hat geholfen, dass die Tante nicht ins Heim muss, sondern zu Hause betreut werden kann. Das ist für meine Tante sicherlich besser.“ (IPV.2)

Diese Auswertungsergebnisse zeigen, dass davon ausgegangen werden kann, dass das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität bei Menschen mit (Pflege-)Bedürftigkeit/Bedarf und ihren An-/Zugehörigen in vielen Fällen auch mittel- und langfristig gesteigert werden können.

3.4.3 Wirkdimension Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment

Dieses Unterkapitel stellt die Wirkdimension **Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment** sowie deren Wirkpfade mit Input, Output, bedingenden Faktoren und Outcome dar (Abbildung 8), die in weiterer Folge näher beschrieben werden.

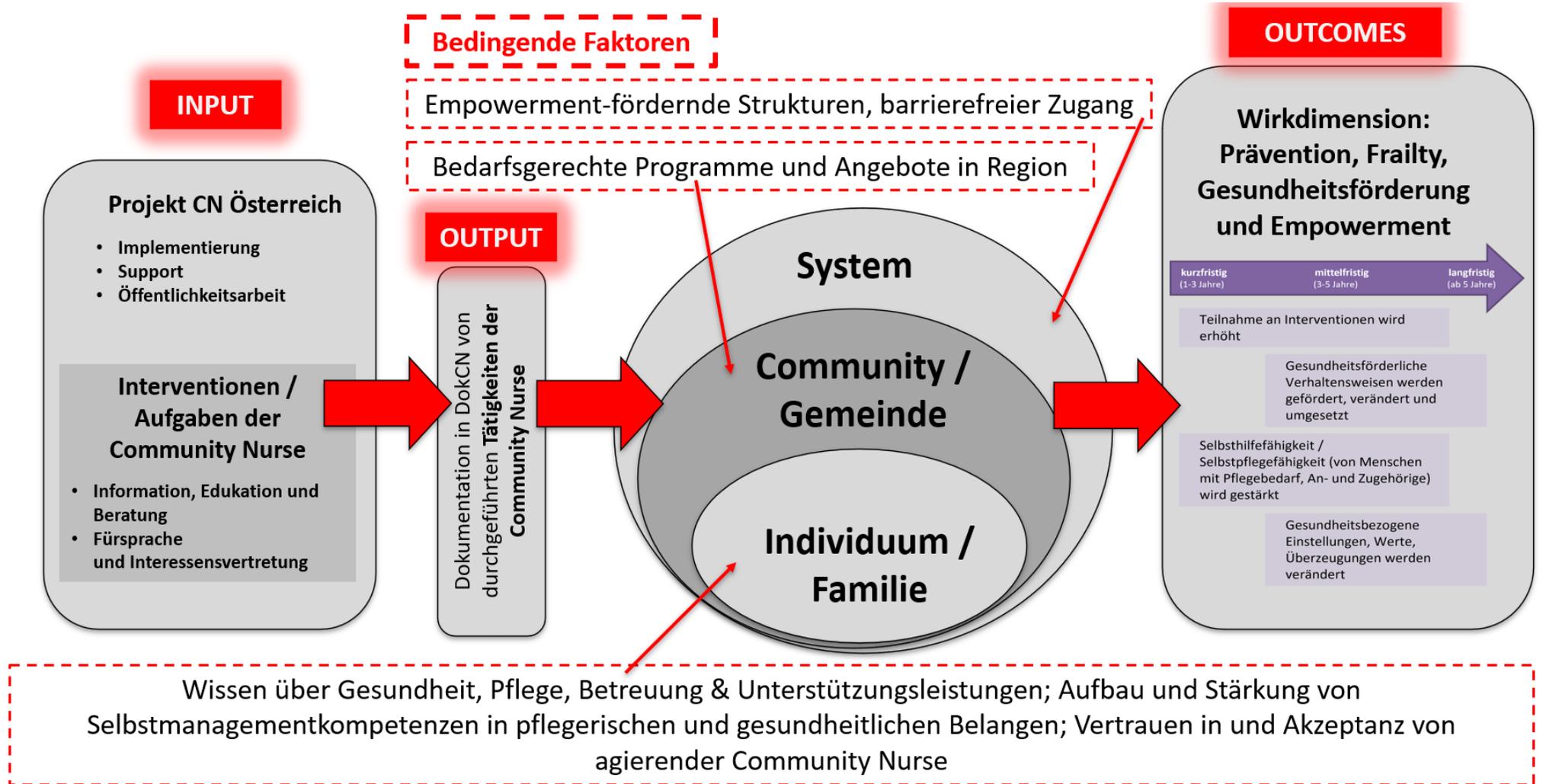


Abbildung 8: Wirkdimension Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment

Neben den für alle Wirkdimensionen relevanten Inputfaktoren (vgl. Kapitel 3.4.1) stellen bei der Wirkdimension **Prävention, Frailty, Gesundheitsförderung und Empowerment** die Aufgabenbereiche Information, Edukation und Beratung sowie Fürsprache und Interessensvertretung der Community Nurses zentrale **Input-Faktoren** dar. Der durch die Input-Faktoren generierte **Output**, der die konkret erbrachten und in DokCN dokumentierten Leistungen der Community Nurses umfasst, generiert über die bedingenden Faktoren auf den Ebenen Community/Gemeinde und Individuum/Familie (vgl. Abbildung 8 Mitte) die **Outcomes**.

Auf der individuellen Ebene zeigt sich, dass **bedingende Faktoren** wie das Wissen über Gesundheit, Pflege, Betreuung und Unterstützungsleistungen sowie der Aufbau und die Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen gegeben sein müssen, damit sich die Outcomes entfalten können. Wichtig ist auch, dass das Vertrauen und die Akzeptanz in die agierende Community Nurse bei allen Beteiligten aufgebaut werden. Auf der Ebene der Community/Gemeinde braucht es als bedingende Faktoren bedarfsgerechte Programme und Angebote, auf der Systemebene empowerment-fördernde Strukturen und einen barrierefreien Zugang in allen Themenbereichen. Dadurch können bereits kurzfristig spürbare Outcomes erzielt werden, die die **Teilnahme an Interventionen** erhöhen und die **Selbstpflegefähigkeit und die Selbsthilfefähigkeit von Menschen mit Pflegebedarf sowie An- und Zugehörige** stärken. Kurz- bis mittelfristig können **gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gefördert, verändert und umgesetzt** sowie **gesundheitsbezogene Einstellungen, Werte und Überzeugungen** im Sinne eines effizienten Change-Managements verändert werden.

Die in dieser Wirkdimension im Rahmen der empirischen Erhebung definiert Outcomes, sind sehr bedeutsam, wie Auszüge aus dem Datenmaterial zeigen:

„[...] es war in der Gemeindezeitung ein Sturzpräventionskurs [von der CN] ausgeschrieben. Ich bin gleich mal bei einem Blödsinn dabei. Aber wir hatten eine gute Gruppendynamik, und es ist so, dass wir uns nach wie vor sehen.“ (IPV.8)

„[...] der Tante geht es [nach der Intervention der CN] psychisch besser, sie will zu Hause im Rollstuhl versuchen, Gemüse anzubauen.“ (IPS.2)

„In Bevölkerung beginnt Umdenken seit es Community Nursing gibt: nicht erst bei großen Versorgungsproblemen aktiv werden, sondern wie kann ich vorsorgen/was braucht es an Prävention, um daheim gut alt werden zu können.“ (IPS.CN.1)

Das Change-Modell zu dieser Wirkdimension zeigt auf, wie Community Nursing dazu beitragen kann Frailty entgegenzuwirken und Prävention, Gesundheit und Empowerment zu fördern.

3.4.4 Wirkdimension Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein

Dieses Unterkapitel stellt die Wirkdimension **Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein** sowie deren Wirkpfade mit Input, Output, bedingenden Faktoren und Outcome dar (Abbildung 9), die im Folgenden näher beschrieben werden.

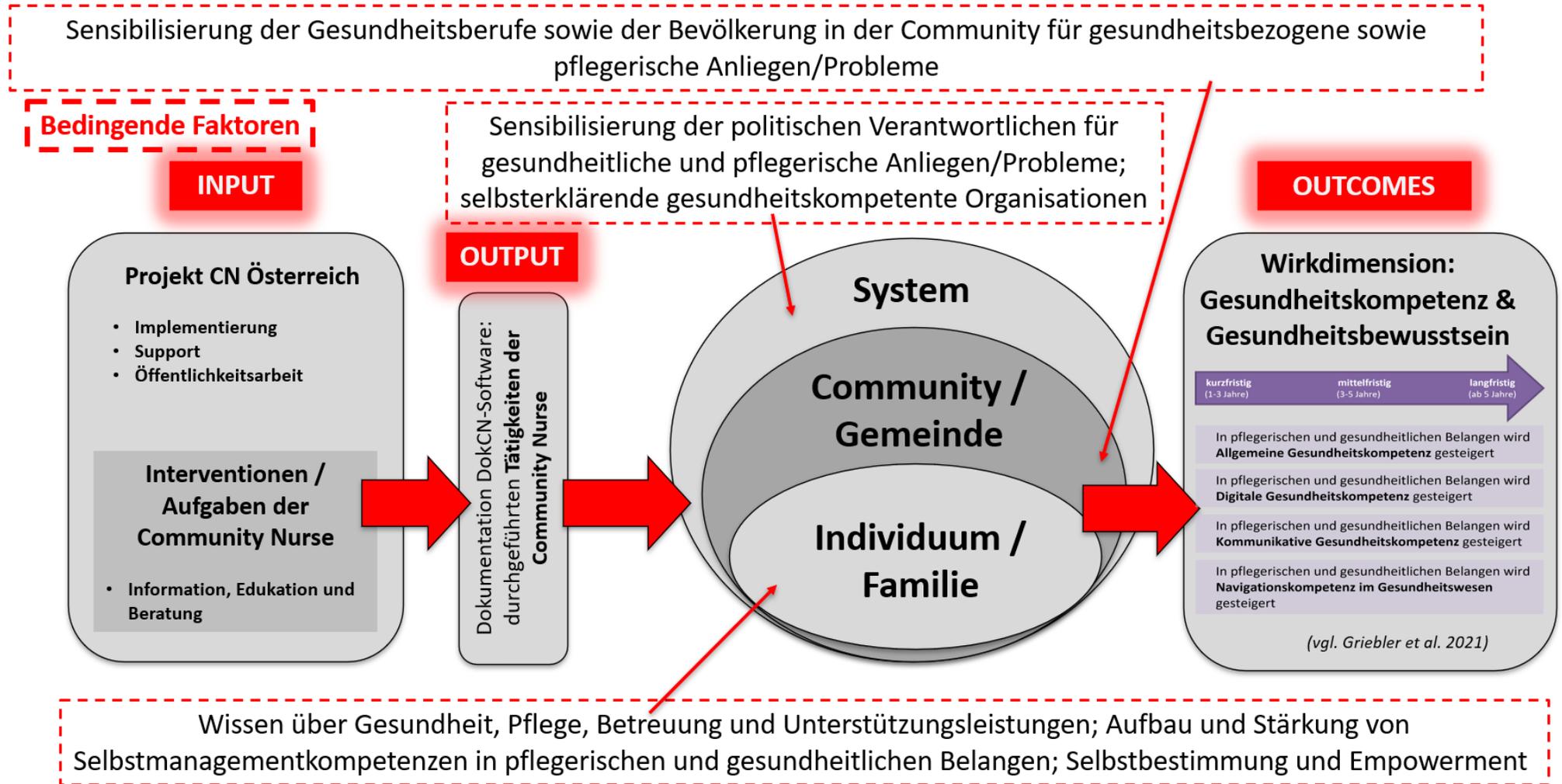


Abbildung 9: Wirkdimension Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein

Neben den für alle Wirkdimensionen relevanten Inputfaktoren (vgl. Kapitel 3.4.1) stellt der Aufgabenbereich Information, Edukation und Beratung für die Wirkdimension **Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein** einen weiteren entscheidenden **Input-Faktor** dar.

Der aus den Input-Faktoren generierte **Output**, also die konkret erbrachten Leistungen der Community Nurses, erzeugt über die bedingenden Faktoren auf den Ebenen System, Community/Gemeinde und Individuum/Familie (vgl. Abbildung 9 Mitte) sowie unter Berücksichtigung der einflussnehmenden Faktoren (vgl. Abbildung 4 unten) die **Outcomes**.

Als **bedingende Faktoren** auf der Systemebene bedarf es einer Sensibilisierung auch auf politischer Ebene. D.h. es besteht die Notwendigkeit das politische Bewusstsein für gesundheitliche und pflegerische Anliegen und Probleme zu stärken. Ebenfalls auf der Systemebene sind selbsterklärende gesundheitskompetente Organisationen zu sehen, die niederschwellig und bedarfsgerecht aufgestellt sind, damit die Community/Gemeinde sowie das Individuum/die Familie diese in Anspruch nehmen können. Auf der Ebene Community-/Gemeinde ist die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals und der Bevölkerung für gesundheits- und pflegebezogene Anliegen und Probleme, die regional unterschiedlich sein können, ein bedingender Faktor. Auf der Ebene von Individuum/Familie zeigt sich, wie auch in der vorhergehenden Wirkdimension als bedingender Faktor, dass Wissen über Gesundheit, Pflege, Betreuung und Unterstützungsleistungen vorhanden ist. Damit verbunden sind Selbstmanagementkompetenzen in Pflege- und Gesundheitsfragen sowie Selbstbestimmung und Empowerment. Diese Input- und Output-Kreisläufe spiegeln sich dann in den **Outcomes** wider, die sich an der Definition von Gesundheitskompetenz nach Griebler et al. (2021) orientieren. Auf Basis der Daten zeigt sich, dass durch Community Nursing kurz-, mittel- und langfristig die **allgemeine Gesundheitskompetenz**, die **digitale Gesundheitskompetenz**, die **kommunikative Gesundheitskompetenz** aber auch die **Navigationskompetenz im Gesundheitswesen** gesteigert werden können. Dies zeigt, dass Community Nursing eine wichtige Intervention zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung, der Individuen aber auch des Systems sein kann, wie die folgenden Zitate belegen:

„[...] Was leider für mich zu spät war, ist, dass es von Community Nurse einen Kurs gab, wie hegt und pflegt man, wenn jemand krank oder bettlägerig ist [...]. Ich meine, wie tut man sich leichter [...] das wäre es.“ (IPV.4)

„Zielgruppe der Angehörigen wird versucht zu erreichen, wenn es wo hakt. Angehörige werden dann gefragt, wie sie verhindern möchten, dass sie nicht mehr in diese Situation kommen. Es startet Nachdenkprozess bei Personen.“ (IPS.T.3)

„[...] Wieso wir denn überhaupt kochen müssen? Was bedeutet das? Ob man noch selbstständig sein kann? Ich muss ihn:sie [Community Nurse] fragen. Ich habe alles reingeschnitten, Apfel gerieben, Philadelphia, und das ist alles gesund. Es ist um gesund gegangen.“ (IPV.2)

Diese Auszüge aus dem qualitativen Datenmaterial zeigen den Einfluss, den die Community Nurse durch ihre Interventionen auf die Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung ausüben kann, der in Zusammenhang mit weiteren Wirkdimensionen steht. Insbesondere in der langfristigen Betrachtung und Evaluierung der Outcomes ist davon auszugehen, dass durch die spezifischen Interventionen im Bereich der Gesundheitskompetenz die Selbsthilfefähigkeit und auch die Selbstpflegefähigkeit gesteigert werden. Community Nurses sensibilisieren durch ihr Handlungsfeld auf Systemebene, sie sensibilisieren in Hinblick auf gesundheitsbezogene und pflegerische Anliegen und Probleme in der Region und sorgen für einen niederschweligen und leicht verständlichen Informationszugang für Individuen und Familien rund um Gesundheit, Pflege, Betreuung und Unterstützungsleistungen.

3.4.5 Wirkdimension Handlungsfeld Community Nursing

Dieses Unterkapitel stellt die Wirkdimension **Handlungsfeld Community Nursing** sowie deren Wirkpfade mit Input, Output, bedingenden Faktoren und Outcome dar (Abbildung 10). Diese Bestandteile werden im Folgenden im Detail beschrieben:

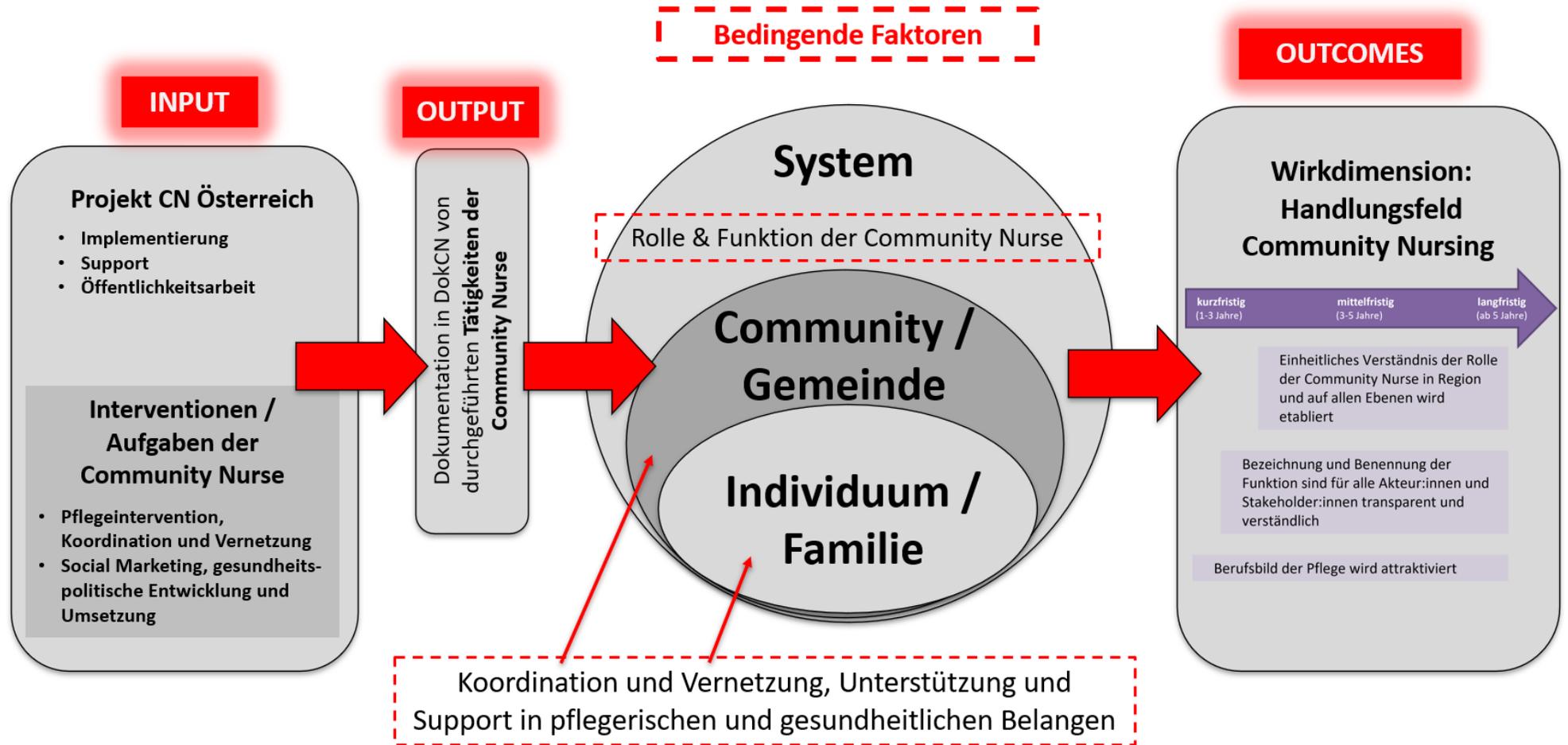


Abbildung 10: Wirkdimension Handlungsfeld Community Nursing

Neben den für alle Wirkdimensionen relevanten Inputfaktoren (vgl. Kapitel 3.4.1) stellen die Aufgabenbereiche Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung sowie Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung weitere entscheidende Input-Faktoren in der Wirkdimension **Handlungsfeld Community Nursing** dar.

Der aus den **Input-Faktoren** generierte **Output**, also die konkret erbrachten Leistungen der Community Nurses, erzeugt über die bedingenden Faktoren auf den Ebenen System, Community/Gemeinde und Individuum/Familie (vgl. Abbildung 10 Mitte) sowie und unter Berücksichtigung der einflussnehmenden Faktoren (vgl. Abbildung 4 unten) die **Outcomes**.

Das Handlungsfeld Community Nursing ist in Österreich neu und wird während der Pilotierung aus EU-Mitteln finanziert. Die Möglichkeit einer Regelfinanzierung wurde im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen und durch die Erhöhung des Pflegefonds auf politischer Ebene entschieden und in die Verantwortung der Länder übergeben. Für die Entfaltung dieser Wirkdimension bedarf es Klarheit, wie die Rolle und der Aufgabenbereich der Community Nurse finanziert ist. Der Support hinsichtlich Aus- und Weiterbildung und Aufbau von einheitlichen Dokumentationssystemen sind ebenso von größter Bedeutung, wie auch die Öffentlichkeitsarbeit und damit die Bewusstseinsbildung über Funktion und Rolle in der Bevölkerung und bei allen Stakeholder:innen.

Als **bedingender Faktor** ist auf der Systemebene Klarheit über die Rolle und die Funktion der Community Nurse erforderlich. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass sowohl auf der Ebene Individuum/Familie als auch auf der Ebene Community/Gemeinde Unterstützung und Support in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen benötigt wird, so dass die Rolle und Funktion auch auf diesen Ebenen klar sein können. Koordination und Vernetzung erweisen sich ebenfalls als bedingende Faktoren. Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich und die Vernetzungsleistung innerhalb einer Gemeinde, sowie Unterstützung und Support in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen müssen gegeben sein, damit sich die Outcomes dieser Wirkdimension entfalten können. Kurz- und mittelfristig kann ein **einheitliches Verständnis der Rolle der Community Nurse** auf allen Ebenen in den Regionen etabliert werden. Eine **klare Bezeichnung und Benennung der Funktion** der Community Nurse kann zur Erhöhung der Transparenz und Verständlichkeit für alle Akteur:innen und Stakeholder:innen beitragen.

Die Erhebungen haben darüber hinaus gezeigt, dass durch das neue Handlungsfeld als Outcome bereits kurzfristig eine Steigerung der **Attraktivierung des Berufsbildes** der Pflege sichtbar wird.

„Community Nurse wird in der Region dafür genutzt, dass fehlende Kontingente der Hauskrankenpflege ausgeglichen werden; [...] Community Nurse wird als Ersatz für Lücke gesehen, kann Lücke dann aber nicht ausfüllen, dann kommt die Frage auf, wofür Community Nursing gut ist.“ (IPS.CN.14)

„Alle, die es kennengelernt und in Anspruch genommen haben, schätzen das [Community Nursing] sehr. Kritisch wird es halt vielleicht von jenen betrachtet, die es nicht brauchen bzw. sich nichts darunter vorstellen können.“ (IPV.8)

„Seitens Gemeinde/Versorgungslandschaft kommt Rückmeldung, dass Community Nurse nicht mehr weggedacht werden kann.“ (IPS.CN.31)

„Sehr attraktives Berufsfeld; freiberuflich tätig in der Gemeinde sehr angenehm, ohne zu fragen, können Dinge umgesetzt werden.“ (IPS.CN.4)

Diese Wirkdimension unterstreicht die Bedeutung und zukünftige Relevanz dieses neuen Handlungsfeldes für die Optimierung der Gesundheitsversorgung sowie der Förderung der Gesundheit und Prävention in der Primärversorgung. Sie zeigt aber auch den Unterstützungsbedarf auf allen Ebenen, den dieses neue Handlungsfeld der Pflege für eine nachhaltige Implementierung noch benötigt.

3.4.6 Wirkdimension Soziales und regionales Leben

Die Wirkdimension **Soziales und regionales Leben**, wie in Abbildung 11 ersichtlich, wird in diesem Kapitel im Detail erklärt. Dabei werden die zugehörigen Wirkpfade in Bezug auf Input, Output, bedingende Faktoren und Outcome dargestellt.

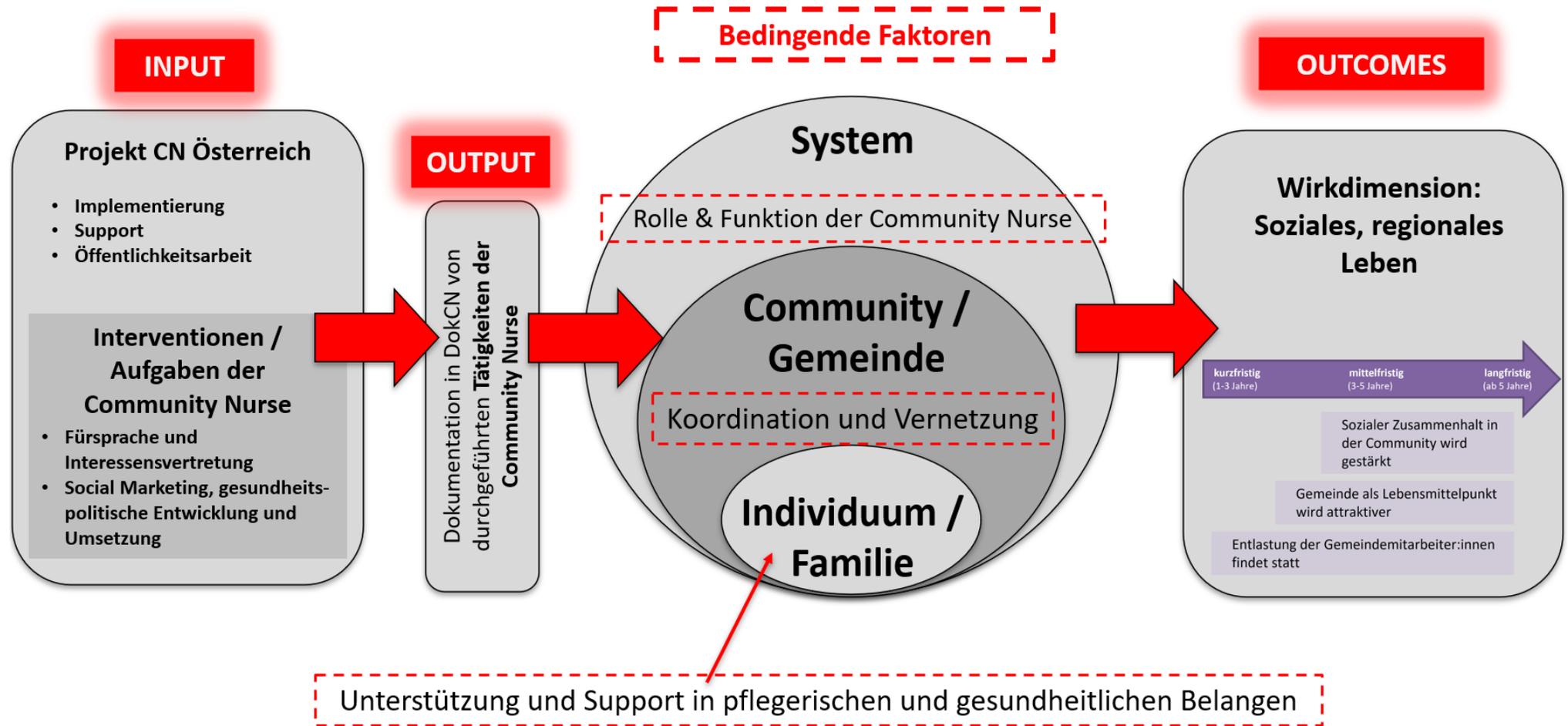


Abbildung 11: Wirkdimension Soziales und regionales Leben

Die Wirkdimension **Soziales und regionales Leben** spannt den Bogen zum eingangs erläuterten systemischen Verständnis der Intervention bzw. zum System Community Nursing Österreich. Welchen Sinn, welchen Nutzen und welchen Bedarf Community Nursing in Österreich erfüllt, hat letztlich auch mit dem sozialen und regionalen Leben zu tun. Links in der Abbildung 11 ist wie bei allen Wirkdimensionen der **Input** zu sehen, das Projekt Community Nursing Österreich mit Implementierung, Support und Öffentlichkeitsarbeit, aber spezifisch die Interventionen und Aufgaben der Community Nurse in den Bereichen Fürsprache und Interessensvertretung sowie Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung. Der **Output** entfaltet sich in der Dokumentation der Tätigkeiten der Community Nurses. Die **bedingenden Faktoren** müssen auf allen drei Ebenen identifiziert werden, damit sich **Outcomes** in dieser Wirkdimension entfalten können. Auf der Systemebene ist im Zusammenhang mit der Wirkdimension Handlungsfeld Community Nursing eine klare Definition der Rolle und Funktion der Community Nurses von Bedeutung. Weiters sind auf der Ebene Community/Gemeinde die Koordination und Vernetzung relevant, hier insbesondere das Zusammenspiel von unterschiedlichsten Stakeholder:innen, das Schnittstellenmanagement sowie das koordinierende und vernetzende Handeln seitens der Community Nurses in einer spezifischen Region. Auf der Ebene Individuum und Familie geht es um die Unterstützung und den Support in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen, um die Gemeinde als Lebensmittelpunkt für die Bevölkerung zu stärken und attraktiver zu machen, damit die Outcomes sich entfalten können. Auf der rechten Seite in Abbildung 11 sind die **Outcomes** zu sehen. Aus den Datenerhebungen geht hervor, dass es kurzfristig zu einer **Entlastung der Gemeindemitarbeiter:innen** kommen kann und die **Gemeinde als Lebensmittelpunkt** mittelfristig, teilweise schon kurzfristig attraktiver wird. Die Bürger:innen haben die Möglichkeit einen niederschweligen und wohnortnahen Zugang zur Community Nurse zu finden. Durch bedarfsgerechte Aktivitäten in der Region, Workshops, gruppenbezogene Angebote sowie Vorträge wird der **soziale Zusammenhalt** in der Community gestärkt. Community Nursing trägt dazu bei, dass eine stärkere Vernetzung innerhalb der Region auf allen Ebenen stattfindet, wie folgende Zitate zeigen:

„Gute Vernetzung und gute Abgrenzung sind wichtig, dann funktioniert es gut; Community Nurses entlasten die anderen.“ (IPS.CN.2)

„Community Nurse stärkt Personen in Eigenverantwortlichkeit; steigert Wohlbefinden und Selbstwirksamkeitsgefühl [...] Mehrwert für die Region [wird sichtbar].“ (IPS.CN.4)

Die Wirkungen der Dimension Soziales, regionales Leben lassen sich, wie in Abbildung 11 ersichtlich, kurz-, mittel- und langfristig darstellen. Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen kurzfristig sichtbar werden, ihre volle Wirkung aber vor allem mittel- und langfristig entfalten.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Das hier dargelegte Wirkmodell ist das Ergebnis der formativen Evaluation und bildet die Programmtheorie zusammen mit dem Action- und Change-Modell zum Pilotprojekt CN Österreich. Es wurde im Kontext der theorie- und wirkungsbasierten Evaluation entwickelt und mit empirischen Daten erweitert, also theoriegeleitet und datengestützt generiert.

Das Wirkmodell stellt kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen dar, die aufgrund der Kürze der Pilotphase nicht alle evaluiert werden können. Auch wenn sich die Operationalisierung der angeführten Outcomes auf die Messung der kurzfristigen und zum Teil mittelfristigen Wirkungen beschränkt, sind darüber hinaus jedoch mittel- und langfristige Wirkungen zu erwarten.

Im Rahmen der summativen Evaluation (wie im Hauptteil des Endberichts dargestellt) werden die Wirkungen/Outcomes von Community Nursing untersucht. Parallel dazu werden die Effekte von Community Nursing auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive analysiert.

Durch die sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftliche sowie die ökonomische Betrachtung des Pilotprojektes CN Österreich sollen die durch das Change-Modell dargelegten Wirkungen sowie die in der ökonomischen Analyse definierten Indikatoren und Kennzahlen überprüft werden.

Quellenverzeichnis

- Beywl, Wolfgang & Niestroj, Melanie. (2009). Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation. Glossar – Deutsch/Englisch – der wirkungsorientierten Evaluation (2. Aufl.). Univation.
- Beywl, Wolfgang, Kehr, Jochen, Mäder, Susanne & Niestroj, Melanie. (Hrsg.). (2007). Evaluation Schritt für Schritt. Planung von Evaluationen. hiba.
- BMSGPK. (2021 [09.Juli 2024]). Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan - Maßnahme Community Nursing. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SONDERRICHTLINIE_CN_final.pdf
- BMSGPK. (2023, 18. Dezember). Gesundheitsziele Österreich. Weiter denken. Weiter kommen. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>
- Daldrup, Valerie, Madina, Iliyana, Pomp, Caron, Schmidt, Suntje & Stadermann, Julia. (2022). Whitepaper WTT Impact Canvas: Entwicklung und Pilotierung eines Canvas zur Darstellung der Wirkung von Transfermaßnahmen. fast track to TRANSFER: Working Paper Series, 006. https://doi.org/10.15771/innohub_6
- Davidson, Jane E. (2000). Ascertaining causality in theory-based evaluation. New directions for evaluation, 87, 17-26.
- Donaldson, Stewart I. (2007). Program theory-driven evaluation science. Psychology Press.
- Fenzl, Thomas, Lemke, Stella & Mayring, Philipp. (2021). Entwicklung und Erprobung eines Wirkmodells im Rahmen der Evaluation des baden-württembergischen Präventionskonzepts stark.stärker.WIR. (ssW). Zeitschrift für Evaluation, 20(2), 293-315. <https://doi.org/10.31244/zfe.2021.02.03>
- Griebler, Robert, Straßmayr, Christa, Mikšová, Dominika, Link, Thomas, Nowak, Peter & die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK. (2021). Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Hense, Jan Ulrich & Taut, Sandy. (2021). Wie Wirkungsmodelle zur Wirkung kommen. Nutzungsvarianten, Mehrwert und Kosten ihrer Verwendung in der Evaluationspraxis. Zeitschrift für Evaluation, 20(2), 267-292.
- Hänel, Johannes, Haasenritter, Jörg, Kuhn, Detlef & Baum, Erika. (2014). Evaluation eines Gemeindegewerksprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 90(1), 13-19. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0013-0019>
- Hemingway, Ann, Aarts, Clara, Koskinen, Lisa, Campbell, Barbara & Chassé, France. (2012). A European union and Canadian review of public health nursing preparation and practice. Public Health Nursing, 30(1), 58-69. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01048.x>
- Kozisnik, Petra, Edtmayer, Alice & Rappold, Elisabeth (2021 [2024, 24. Oktober]). Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse. https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/04_Aufgaben_und_Rollenprofil.pdf

- Marbler, Carina, Weigl, Marion, Haas, Sabine & Winkler, Petra. (2020). Wie wirken Frühe Hilfen? Das Frühe-Hilfen-Wirkmodell. Gesundheit Österreich.
- Mayring, Philipp. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13. überarb. Aufl.). Beltz.
- Minnesota Department of Health. (2019). Public health interventions: Applications for public health nursing practice (2nd ed.). <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>
- Poostchi, Kambiz. (2013). Der Sinn für das Ganze: Von der fragmentierten Gegenwart zur systemischen Zukunft. OSYS Publishing.
- Schaffer, Marjorie, Strohschein, Susan & Glavin, Kari. (2021). Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence practice. Public Health Nursing, 39(1), 195-201. <https://doi.org/10.1111/phn.12941>
- Yip, Olivia, Huber, Evelyn, Stenz, Samuel, Zullig, Leah L., Zeller, Andreas, De Geest, Sabina M., Deschodt, Mieke & the INSPIRE consortium. (2021). A Contextual Analysis and Logic Model for Integrated Care for Frail Older Adults Living at Home: The INSPIRE Project. International Journal of Integrated Care, 21(2), 9, 1-16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5607>
- Yuen, Eva, Knight, Tess, Ricciardelli, Lina & Burney, Susan. (2016). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. Health and Social Care in the Community, 26(2), e191-e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>

Institute for Applied Research on Ageing
Fachhochschule Kärnten
Europastraße 4
A-9524 Villach

iara@fh-kaernten.at

www.iara.ac.at | www.fh-kaernten.at