

Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege – Kärnten 2030

Empfehlungen bis 2030

Endbericht

EPIG GmbH

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850

F: +43 (0)316 810 850 50

E: office@epig.at

W: www.epig.at

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1 Kurzdarstellung	8
1.1 Einleitung	8
1.2 Aktuelle Versorgung in Kärnten	8
1.3 Methodischer Zugang für die Planung	9
1.4 Entwicklung der Versorgungsstrukturen bis 2030	10
1.5 Notwendige Rahmenbedingungen	11
2 Einleitung	12
2.1 Auftragsklärung	12
2.2 Begleitende Rahmenbedingungen der Planung	13
2.3 Aufbau des Berichts	14
3 Demografie und Gesundheitszustand	18
3.1 Altersstruktur	18
3.2 Morbidität und Pflegebedarf	18
3.3 Demografische Veränderungen bis 2030	20
4 Bestehende Versorgungsangebote in Kärnten	23
4.1 Angebote der Vernetzung	23
4.2 Kurzüberblick.....	24
4.3 Informelle Pflege und Betreuung	26
4.4 24-Stunden-Betreuung.....	26
4.5 Mobile Betreuung und Pflege	26
4.6 Stationäre Betreuung und Pflege	28
4.7 Teilstationäre Tagesbetreuung	29
4.8 Kurzzeit- und Übergangspflege	30
4.9 Betreubares Wohnen	30
5 Planungsmethodik.....	32
5.1 Zielsetzungen einer weiterentwickelten Pflegeversorgung	32
5.2 Datenbasis	33
5.3 Der Planungsprozess	34
5.4 Das Planungsmodell	35
6 Prognose der SOLL-Struktur 2030	40
6.1 Bezieherinnen und Bezieher des Bundespflegegeldes.....	40
6.2 24-Stunden-Betreuung.....	41
6.3 Informelle Pflege und Betreuung	41
6.4 Stationäre Pflegeplätze	43
6.5 Betreutes Wohnen	43
6.6 Teilstationäre Tagesbetreuung	46
6.7 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste.....	46
7 Strukturierung eines abgestuften, niederschweligen und wohnort-nahen Versorgungsangebots	48
7.1 Bestehende Modelle	48
7.2 Ziele des neustrukturierten Versorgungsangebots	50
7.3 Zielgruppe des abgestuften niederschweligen Versorgungsangebots und deren Bedarfe	51
7.4 Konzeption von „Altern im Mittelpunkt“ - AiM	51
7.5 Die Rolle des Landes Kärnten im AiM	56
8 Demenzversorgung	58

8.1	Literatursuche	58
8.2	Epidemiologie.....	58
8.3	Aktuelle Versorgungssituation in Kärnten	59
8.4	Evidenzbasierte Versorgung demenziell Erkrankter	60
8.5	Betreuungsformen	62
8.6	Österreichische Demenzstrategie	64
8.7	Handlungsempfehlungen für Kärnten.....	65
9	Versorgung psychisch kranker alter Menschen in Pflegeheimen	67
9.1	Quantifizierung der Betroffenen	67
9.2	Inhaltliche Ausgestaltung der Versorgung	68
10	AAL – Stand der Wissenschaft und Technik, Evidenz	70
10.1	Methode der Literaturarbeit.....	70
10.2	Definition und Klassifikation von AAL	71
10.3	Stand der Wissenschaft und Technik	72
10.4	Bedeutung von AAL im Kontext der Pflege	72
10.5	Evidenz für den Nutzen von AAL im Kontext der Pflege	73
10.6	Zusammenfassung und Ausblick	75
11	Hospizversorgung in Alten- und Pflegeheimen	77
11.1	Hospiz- und Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege in Kärnten	77
11.2	Empfehlungen	77
12	Abschließende Betrachtungen	78
12.1	Finanzielle Rahmenbedingungen	78
12.2	Neustrukturierung des niederschweligen Versorgungsangebots	78
12.3	Anregungen des Landesrechnungshofs	79
13	Anhang	80
13.1	IST-Analyse - Versorgungsgrad nach Betreuungsformen, Jahr 2015	80
13.2	SOLL-Prognose – Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten 2030 nach Betreuungsformen	81
13.3	SOLL 2030 – strukturelle Kapazitätsbemessung, insgesamt	82
13.4	Taalxonomy	83
	Literaturverzeichnis.....	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen, 2015 ...	19
Abbildung 2: Personen mit Pflegegeldbezug nach Altersgruppen und Geschlecht, Jahr 2015	19
Abbildung 3: Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungsformen für Kärnten gesamt, 2015	25
Abbildung 4: relativer Versorgungsgrad in der mobilen Pflege und Betreuung in Kärnten, 2015	27
Abbildung 5: Relativer Versorgungsgrad in der stationären Langzeitpflege, 2015	29
Abbildung 6: Darstellung der Prozessschritte der Planung	34
Abbildung 7: Schematische Darstellung der Planungsschritte des Modells	39
Abbildung 8: Obligatorische und optionale Module des AiM	52
Abbildung 9: AAL-Lösungen mit nachgewiesenem potenziellen Nutzen im Kontext der Pflege	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Kärnten bis 2030.....	22
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung für die Altersgruppe 75+ in Kärnten bis 2030	22
Tabelle 3: Verwendete Datenbasis für die Bedarfsplanung.....	34
Tabelle 4: Prognose zur Entwicklung der Bezieherinnen und Bezieher des Bundespflegegeldes bis 2030.....	42
Tabelle 5: Prognose zur Entwicklung der Personen mit 24-Stunden-Betreuung bis 2030.....	42
Tabelle 6: Prognose zur Entwicklung der Personen in informeller Pflege und Betreuung bis 2030	42
Tabelle 7: Strukturen der stationären Langzeitpflege zum Planungshorizont 2030	45
Tabelle 8: Strukturen des betreuten Wohnens zum Planungshorizont 2030	45
Tabelle 9: Strukturen der teilstationären Tagesbetreuung zum Planungshorizont 2030	47
Tabelle 10: Einsatzstundenkontingente der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste bis 2030	47
Tabelle 11: Nutzenbewertung von Technologien	75
Tabelle 13: Gesamtübersicht zu Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten nach Betreuungsform, Jahr 2015	80
Tabelle 14: Prognose der Anzahl aller Personen mit Pflegegeldbezug, 2030	81
Tabelle 15: Überblick aller strukturellen Versorgungsangebote im Ist für 2015 und im Soll für 2030,	82
Tabelle 16: Taalxonomy Übersichtstabelle	89

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Active and Assisted Living (früher: Ambient Assisted Living)
AlM	Altern im Mittelpunkt - Konzept einer niederschwelligen, abgestuften und wohnortnahen Pflegeversorgung
Art.	Artikel
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
AVS	Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens
AWF	Alternative Wohnformen
BEP-K 2030	Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen – Kärnten 2030
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BH	Bezirkshauptmannschaft
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CM	Case Management
CCM	Case- und Care Management
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DRS	Discharge Risk Screen
EW	Einwohner/Einwohnerin
FSBA	Fach- und Diplom-Sozialbetreuer/in für Altenarbeit
FB	Fach- und Diplom-Sozialbetreuer/in für Behindertenarbeit
GEKO	Geriatrischer Konsiliardienst
GPS	Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice
HH	Heimhilfe
HKE	Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems
HPCPH	Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen
idgF	in der gültigen Fassung
K-ChG	Kärntner Chancengleichheitsgesetz
K-HG	Kärntner Heimgesetz
K-SBBG	Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz
LGBI.	Landesgesetzblatt
LRH	Landesrechnungshof
MBP	Mobile Betreuung und Pflege
ÖGCC	Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management
PFG	Pflegefondsgesetz
PG	Pflegegeld
PGS	Pflege- und Gesundheitsservice
PH	Pflegehelfer/in
PHG	Pflegeheimgesetz
RAI – HC	Risk Assessment Instrument – Home Care
SBP	Stationäre Betreuung und Pflege
SMP	Sozialmedizinischer Pflegedienst
TST	Teilstationäre Tagesbetreuung (Tagesstätten)
VZÄ	Vollzeitäquivalent
VSD	Vorsorgedialog der Hospiz Österreich
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Politische Bezirke in Kärnten

FE	Feldkirchen
HE	Hermagor
K	Klagenfurt, Stadt
KL	Klagenfurt, Land
SP	Spittal an der Drau
SV	St. Veit an der Glan
VI	Villach, Stadt
VL	Villach, Land
VK	Völkermarkt
WO	Wolfsberg

1 Kurzdarstellung

1.1 Einleitung

Die EPIG GmbH wurde von Seiten des Amts der Kärntner Landesregierung damit beauftragt, einen aktualisierten Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege für das Land Kärnten mit dem Planungshorizont des Jahres 2030 zu entwickeln. Die wesentlichen Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung sind dabei die Stärkung der mobilen und teilstationären Angebote, der Ausbau wohnortnaher Versorgung und die Befähigung zu stärken, so lange als möglich in der gewohnten Umgebung verbleiben zu können. Es sollen die informelle Betreuung und Pflege unterstützt und das Miteinander der Generationen gefördert werden. Hierbei sind Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit in der Versorgungsstruktur zu beachten.

Als Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung gelten die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen, die Anregungen aus dem Prüfbericht des Landesrechnungshofs und die bestehenden Strukturen in der Betreuung und Pflege, auf denen im Sinne einer Weiterentwicklung aufgebaut werden soll. Dazu sollte im ersten Schritt eine profunde Analyse der Ist-Versorgungssituation erstellt werden. Zusätzlich dazu fließen Strategiepapiere aus dem Bundesland Kärnten in die Arbeiten ein. Begleitend wurden vielfache Gespräche mit Fachexpertinnen und Fachexperten geführt.

1.2 Aktuelle Versorgung in Kärnten

1.2.1 Demografie

In Kärnten sind im Jahr 2015 9,9 % der Bevölkerung älter als 75 Jahre, dies ist ein deutlich höherer Anteil als in Österreich insgesamt (8,5 %). 6,2 % der Bevölkerung aller Altersgruppen beziehen Bundespflegegeld. Auch dieser Anteil ist deutlich höher als in ganz Österreich (5,3 %), wobei mehr als die Hälfte der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher Pflegegeld der Stufen 1 oder 2 erhält.

Die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in Kärnten besagen, dass bei einem minimalen Rückgang der Gesamtbevölkerung bis 2030 gegenüber 2015 (- 0,9 %) der Anteil der Personen ab 75 Jahren auf 13,3 % (73.721 EW) steigen wird. Die ältesten Bezirke werden dann Hermagor und Spittal an der Drau sein. Der Anteil der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher wird 7,7 % der Gesamtbevölkerung betragen, er wird somit in geringerem Ausmaß zunehmen als die relevante Altersgruppe der über 75-Jährigen.

1.2.2 Versorgungsstrukturen

In Kärnten gibt es eine Vielzahl an gut ausgebauten Betreuungs- und Pflegeangeboten für ältere Personen, die aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen Hilfe benötigen. Der Schwerpunkt der Angebotsstruktur liegt dabei auf der stationären Langzeitpflege und einer gut ausgebauten mobilen Versorgungsstruktur. In jüngerer Zeit wurden verschiedene niederschwellige Angebote aufgebaut. Diese sind jedoch, wie in den meisten anderen Bundesländern auch, noch nicht flächendeckend vorhanden und bedürfen noch weiterer organisatorischer und inhaltlicher Erweiterungen und Ergänzungen. Die Analyse der Ist-Versorgungssituation bezieht sich auf das Jahr 2015.

Derzeit bildet die informelle Pflege und Betreuung den größten Teil des Versorgungsgeschehens ab. Fast 80 % aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in Kärnten werden informell betreut. 57,6 % aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher nehmen dazu keinerlei - also auch nicht zeitlich begrenzte - formelle Betreuungsangebote als ergänzende Unterstützung in Anspruch (19.934 Menschen).

Landesweit werden 6,5 % der Menschen mit Bundespflegegeld im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung versorgt (ca. 2.250 Menschen), weitere ca. 4.900 Menschen befinden sich in stationärer Langzeitpflege¹. In den bestehenden 79 Pflegeheimen und den 22 Standorten der Alternativen Lebensräume in Kärnten wurden 5.753 Pflegeplätze angeboten. Im Rahmen der Kurzzeit- und Übergangspflege wurden weitere 1.007 Personen versorgt.

2015 wurden durch die 12 Träger der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste insgesamt 11.482 Klientinnen und Klienten versorgt, im Durchschnitt waren dies 9.279 pro Monat². Allerdings waren nur 71 % davon auch Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher. Die 1.532 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser mobilen Dienste leisteten insgesamt im Jahr 2015 909.827 Pflege- und Betreuungsstunden.

13 Einrichtungen teilstationärer Tagesbetreuung bestanden im Jahr 2015 in regional sehr unterschiedlicher Verteilung mit einer durchschnittlichen Versorgungsdichte von 2,2 Plätzen je 1.000 EW über 75 Jahre. Diese Plätze wurden von insgesamt 256 Klientinnen und Klienten mit insgesamt 10.632 Besuchstagen in Anspruch genommen³.

Für betreutes Wohnen (Betreuung durch eine Alltagsmanagerin oder einen Alltagsmanager) standen insgesamt 209 Plätze zur Verfügung, die auch widmungsgemäß genutzt wurden. In diesem Zusammenhang sind bereits einige große Projekte in Planung oder in der Bauphase.

Darüber hinaus bestehen in Kärnten einige Projekte und Angebote, die dazu dienen, Betroffene auf dem Weg durch das System mit Informationen, Beratung und Vernetzungsleistungen zu unterstützen und in einzelnen Fällen auch dauerhaft zu begleiten (GPS, Consenso, Dorfservice etc.). Zum Teil haben sie auch einen präventiven Charakter. Manche der Angebote sind bereits flächendeckend aufgebaut, wie die „Gesunden Gemeinden“, manche von ihnen weisen sowohl inhaltlich als auch regional noch eine heterogene Struktur auf oder befinden sich noch nicht in einem Stadium der Regelversorgung. Auch Modellen der Versorgung durch Ehrenamtlichen kommt eine wesentliche Bedeutung zu.

1.3 Methodischer Zugang für die Planung

Neben den wesentlichen Planungsgrundsätzen, die auch den Bericht des LRH widerspiegeln, finden sich in den zentralen Überlegungen die Zielsetzungen des Bundesplans für Seniorinnen und Senioren wieder, die eine Bedürfnisgerechtigkeit in der Struktur allem anderen voranstellen. Es werden präventive Angebote geschaffen, die soziale Teilhabe gefördert und eine verstärkte Abstufung und Integration der Angebote angestrebt. Zudem soll eine regional ausgewogene und flächendeckend verfügbare Struktur aller Angebote erreicht werden. Es sollen die Unterstützungsangebote für informell betreuende und

¹ ohne Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

² Durch die unterjährige Veränderung von Pflegegeldeinstufungen sind Doppel- und Mehrfachnennungen an betreuten Klientinnen und Klienten möglich.

³ ohne Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

pflegende Personen ausgebaut werden, um den anderenfalls erwarteten starken Rückgang dieser Versorgungsform bis zum Jahr 2030 abbremsen zu können.

Neben einer überwiegend quantitativ aufgebauten Berechnung der notwendigen zukünftigen Versorgungsstrukturen in den einzelnen Angeboten, der eine detaillierte Analyse der Ist-Situation voranging, wurden in der Folge die qualitativen Ausgestaltungen im Zuge von Expertengesprächen entwickelt und mit umfassender Literaturarbeit auch zu internationalen Beispielen untermauert. Als Datenbasis dienten demografische und sozioökonomische Daten sowie die aktuellen Struktur- und Leistungsdaten aus dem gesamten Pflegebereich des Landes Kärnten für das Jahr 2015. Die Ermittlung und Darstellung des theoretisch vorzuhaltenden Kapazitätsbedarfs für den Planungshorizont 2030 erfolgt für alle Versorgungsangebote getrennt auf den Ebenen des Bundeslandes Kärnten, der Versorgungsregionen Kärnten-Ost und Kärnten-West sowie der zehn politischen Bezirke.

Der vorliegende BEP Kärnten 2030 betrachtet zudem auch die Versorgung von an Demenz erkrankten Personen, die pflegerische Langzeitversorgung gerontopsychiatrischer Personen und widmet sich auch der Frage nach dem Einsatz von Technologien des AAL in der Langzeitpflege und zeigt entsprechende Potenziale auf.

1.4 Entwicklung der Versorgungsstrukturen bis 2030

Die Prognosen erwarten einen Anstieg der absoluten Zahl an Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher auf 42.300 Menschen in Kärnten. Sie gehen weiters davon aus, dass der Anteil an Menschen mit Pflegegeldbezug in informeller Pflege und Betreuung auf 73,4 % moderat sinken wird (in absoluten Zahlen bedeutet dies eine Zunahme der informell betreuten Menschen), dass der Anteil jener Menschen, die keinerlei formelle Unterstützung – auch nicht kurzzeitig – in Anspruch nehmen, jedoch drastisch auf 16,7 % der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher sinken soll. Gleichzeitig wird die Zahl jener, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, auf ca. 3.900 ansteigen.

Der Bedarf an *stationären Kapazitäten für die Lang- und Kurzzeitpflege sowie die Übergangspflege wird landesweit 5.998 Plätze* betragen und somit nur noch geringen zusätzlichen Aufbau erfordern, der vor allem nur in wenigen Regionen erfolgen sollte. Das Gros der strukturellen Weiterentwicklung findet gemäß den Abschätzungen des BEP Kärnten 2030 im Bereich des betreuten Wohnens, der teilstationären Tagesbetreuung und bei den mobilen Diensten statt. So soll die Zahl der *Plätze im betreuten Wohnen bis zum Jahr 2030 auf 2.311 aufgestockt* werden. Hierbei ist zu beachten, dass viele dieser Wohnungen bereits existieren, dass sie zwar in der technischen Ausstattung, jedoch noch nicht in ihrer Funktion dem betreuten Wohnen entsprechen.

Die Zahl der *Plätze für teilstationäre Tagesbetreuung soll regional ausgewogen auf 948* angehoben werden. Damit sollte ein Angebot für mindestens 1.900 Personen landesweit entstehen.

Durch die Angebote der *mobilen Pflege- und Betreuungsdienste* sollen bis 2030 um *28,2 % mehr Menschen* erfasst werden können, die Zahl der monatlich durchschnittlich betreuten Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher soll auf 9.803 ansteigen, was einem Zuwachs um 48,0 % entspricht. Insgesamt soll somit das Kontingent an *verfügbaren Stunden für Pflege und Betreuung um mehr als ein Drittel auf ca. 1,24 Mio. Stunden* ausgeweitet werden.

Zur *Versorgung Demenzkranker* soll der segregative Ansatz flächendeckend insofern umgesetzt werden, als in allen größeren Pflegeheimen in Kärnten bis zu ein Drittel der Betten in Demenzstationen

Verwendung finden soll. Dazu sind die entsprechenden baulichen und personellen Anpassungen für eine Segregation durchzuführen und die Versorgungskonzepte zu adaptieren. Weiters befindet sich ein Demenzzentrum in Bau, das ausschließlich der Versorgung sehr schwer und schwerst an Demenz erkrankten Personen dienen wird und sowohl landes- als auch bundesweit eine Vorreiterrolle spielen soll. Darüber hinaus soll unter steuernder Verantwortung des Landes Kärnten und unter Einbindung dieser Einrichtung auch die Initiierung einer *Demenzplattform für Kärnten* im Sinne der Handlungsempfehlung „Plattform Demenzstrategie“ der österreichischen Demenzstrategie gesetzt werden. Ziel derselben ist es, alle Einrichtungen in der Versorgung Demenzkranker fachlich-inhaltlich qualifiziert und am aktuellen Stand der Versorgung zu halten und sowohl einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zu garantieren als auch fallspezifisch die Koordination einzelner Versorgungsfälle einrichtungsübergreifend zu optimieren.

Für die Versorgung aller jener Menschen, die als gerontopsychiatrische Klientinnen und Klienten einer Form der Langzeitbetreuung oder -pflege bedürfen, soll im Rahmen einer Arbeitsgruppe ein klares Versorgungskonzept entwickelt werden, das die Zielgruppe definiert und die pflegerischen Inhalte ausarbeitet sowie die Schnittstellen hin zur medizinischen Versorgung regelt. Entsprechende Ergebnisse sollten bis Ende 2018 vorliegen.

1.5 Notwendige Rahmenbedingungen

Um Menschen zukünftig die Wahl einer Versorgungsform nach ihrer Vorstellung davon, wie sie zukünftig leben wollen, zu ermöglichen, wird die Neugestaltung des Systems rund um die finanzielle Unterstützung und Selbstbehalte in den einzelnen Versorgungsformen notwendig sein. Der vorliegende BEP Kärnten 2030 weist lediglich darauf hin, dass das Ziel die Schaffung eines finanziell für die Menschen weitgehend neutralen Systems sein muss, das das Interesse an wohnortnaher und niederschwelliger Versorgung unterstützt.

Der BEP stellt weiters eine Organisationsform vor (AiM – Altern im Mittelpunkt), in der die niederschweligen Versorgungsangebote so ineinander verschränkt werden sollten, dass sie eine langfristige wohnortnahe und abgestufte Versorgung gewährleisten können. Zudem können damit jene Schwächen, an denen einzelne Versorgungsformen heute laborieren und deswegen kaum angenommen werden, behoben werden. Es sollen Transportdienste und die Funktion einer Sozial- und Pflegekoordination in den Gemeinden als zentrale intrakommunale Anlaufstelle eingerichtet werden.

Letztlich geht der BEP Kärnten 2030 somit auf die wesentlichen Anregungen des Kärntner Landesrechnungshofs ein und nimmt sie in seinen Vorschlägen bis hin zu einem Umsetzungsplan für die unmittelbar folgenden Schritte umfassend auf.

2 Einleitung

Mit der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (BGBl. Nr. 866/1993 idgF) ist die Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Bereich der Pflege zwischen Bund und Ländern geregelt worden. In Art. 6 dieser Vereinbarung ist die Verpflichtung der Länder festgeschrieben, zur langfristigen Sicherung des genannten Mindeststandards (Anm.: an Sachleistungen), Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen und diese auch umzusetzen. In der Anlage B zu der Vereinbarung wird festgehalten, dass im Rahmen der Bedarfs- und Entwicklungspläne angestrebt werden soll, dass für die pflegebedürftigen Personen ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs- und Betreuungsdienste sowie stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht und dass die Planung auf den bestehenden Strukturen aufgebaut wird. Zudem wird darin der inhaltliche Aufbau der Pläne definiert.

Der erste Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege für das Bundesland Kärnten wurde im Jahr 1998 erstellt und in regelmäßigen Abständen evaluiert. Für das Bundesland Kärnten liegt aktuell die Evaluierung und Fortschreibung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für stationäre, teilstationäre und mobile soziale Dienste in Kärnten vor, die aus dem Jahr 2008 stammt und 2011 nochmals aktualisiert wurde und von der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH erstellt worden war (Pochobradsky et al. 2008).

2.1 Auftragsklärung

Mit März 2017 wurde die EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit von Seiten der Abteilung 5 des Amtes der Kärntner Landesregierung damit beauftragt, eine aktualisierte Version eines Bedarfs- und Entwicklungsplans für pflegebedürftige Menschen im Land Kärnten auszuarbeiten. Darin soll einerseits eine Analyse des Ist-Standes zum Pflege- und Betreuungsangebot auf Basis der Daten des Jahres 2015 durchgeführt werden und andererseits der Ausbau des Leistungsangebots bis zum Jahr 2030 entwickelt werden.

2.1.1 Strategische Zielsetzung

Die wesentliche strategische Ausrichtung für die Weiterentwicklung des Pflegesystems in Kärnten beruht schwerpunktmäßig auf der Stärkung der mobilen und teilstationären Angebote, auf jener des betreuten Wohnens und soll Maßnahmen umfassen, die der pflegebedürftigen Person weitgehend ermöglichen, so lange wie möglich nach ihren Vorstellungen zu leben. Der Bau neuer stationärer Einrichtungen ist den oben genannten Aspekten nachgereicht. Es soll ein Lückenschluss im Gesamtsystem der Pflege erreicht werden.

Eine der wichtigsten Aufgaben, die mit dem vorliegenden Plan erfüllt werden sollen ist es, eine langfristig tragfähige Struktur zu entwickeln, die den kontinuierlichen Veränderungen gerecht wird und wirtschaftlich erhaltbar bleibt. Der Plan muss mit bestehenden Problemen auch in der Nutzung von Angeboten und der gesamthaften Steuerung des Systems umgehen und dafür lebbare Lösungen anbieten. Er geht somit weit über eine strukturelle Darstellung hinaus und in den Bereich von Organisationsmodellen hinein. Folgerichtig spricht er auch Fragen der finanziellen Anreizsetzung und der Steuerung des Systems an, wiewohl er aus zeit- und ressourcentechnischen Gründen nicht alle diese Fragen auch umfassend

lösen kann. Somit versteht er sich auch als Anstoß zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der gesamten Pflegelandschaft in Kärnten.

2.1.2 Planungsgrundsätze

Als leitende Prämissen in der Arbeit wurden von Seiten des Amts der Kärntner Landesregierung folgende Punkte formuliert:

- ambulant vor teilstationär vor stationär
- den älteren Menschen ein möglichst würdevolles, langes und selbständiges Leben im privaten Umfeld zu ermöglichen
- Ausbau der wohnortnahen Versorgung
- Unterstützung jener Personen, die Pflege zu Hause (informell) leisten
- die Bürgerinnen und Bürger sollen ausreichend und kompetent über den Pflege- und Betreuungsbereich informiert sein
- hohe Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit der Qualität der Pflege
- regional ausgewogene Verteilung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- das Miteinander von Generationen fördern
- Menschen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung sollen das Recht haben, ihre „Normalität“ leben zu können
- Analyse zu Sinnhaftigkeit des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien für Pflege zu Hause und in stationären Einrichtungen (Active and Assisted Living – AAL etc.)
- zukünftig noch höhere Wertschätzung und Ausbau der ehrenamtlichen Tätigkeit im Bereich der Betreuung von älteren Personen
- die Prämisse Sparsamkeit, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit stehen bei all diesen Maßnahmen im Vordergrund
- evidenzbasierte Planung und wirkungsorientierte Steuerung

2.2 Begleitende Rahmenbedingungen der Planung

Neben den bestimmenden gesetzlichen Regelungen aus der Materie, die außer der Vereinbarung nach Art 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen noch das Kärntner Heimgesetz – K-HG (LGBl. Nr. 7/1996 idGF.), das Bundespflegegeldgesetz – BPGG (BGBl. Nr. 110/1993 idGF.), das Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz – K-SBBG (LGBl. Nr. 53/2007 idGF.) und das Kärntner Chancengleichheitsgesetz – K-ChG (LGBl. Nr. 8/2010 idGF.) umfassen, wurde wesentliche Beachtung auch den aktuellen fachspezifischen Prüfberichten des Kärntner Landesrechnungshofs geschenkt (Kärntner Landesrechnungshof 2017). Die Empfehlungen aus dem Prüfbericht, die unmittelbar auf die Ausgestaltung der zukünftigen Strukturen Auswirkungen haben, sind bereits in den oben dargestellten Planungsgrundsätzen enthalten. Den darin geäußerten Anregungen wurde im Erstellungsprozess weitestgehend entsprochen.

Ausgehend von der bestehenden Versorgungsstruktur und den tatsächlichen Leistungsdaten aus dem Jahr 2015 wurde die kleinräumige demografische Entwicklung ebenso in die Planungsüberlegungen einbezogen, wie neue Organisations- und Versorgungsmodelle aus anderen Bundesländern und internationale Beispiele für vor allem niederschwellige Angebote, jeweils unter maßgeblicher Einbeziehung der Möglichkeit einer Übertragung nach Kärnten. Daten zur Entwicklung der Struktur der Erwerbsbevölkerung und zu der Wohnstruktur wurden berücksichtigt und zusammen mit Überlegungen zur Morbiditätsentwicklung in die quantitativen Prognosen und die qualitativen Ausformungen der strukturellen Festlegungen integriert.

Das Bundesland Kärnten verfügt neben den Pflegeheimen bereits über ein breites und vielfältiges Angebot an speziellen Versorgungs- und Unterstützungsangeboten in den Regionen, die teilweise noch Projektstatus haben, immer jedoch sehr unmittelbare Antworten auf Bedarfe in der älteren Bevölkerung widerspiegeln. Es war im Zuge der Erarbeitung des aktuellen BEP für pflegebedürftige Menschen in Kärnten 2030 wichtig, diese Projekte und Erfahrungen aufzunehmen und unter Erhaltung ihrer Strukturen und Errungenschaften in ein aufeinander abgestimmtes und ineinander greifendes und flächendeckend möglichst gleichwertig verfügbares System überzuführen. Dies soll schrittweise geschehen und bis 2030 weitgehend vollständig umgesetzt sein (siehe dazu Kapitel 7).

Zusätzlich dazu flossen Strategiepapiere aus dem Bundesland Kärnten sowie bestehende Planungsarbeiten, soweit sie für den BEP Pflege 2030 von Bedeutung waren (Janig et al. 2017), in die Arbeiten ein, wurden Auswirkungen der Kraftanstrengungen, die in Richtung der Etablierung von Technologien aus dem Bereich des Active and Assisted Living (AAL) unternommen werden, auf die Versorgung alter Menschen abgewogen und vielfach Gespräche mit Expertinnen und Experten durchgeführt, die die regionalen Gegebenheiten im Pflegebereich bewerten können.

Der vorliegende Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege – Kärnten 2030 zeichnet die Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsstrukturen in Kärnten vor und bezieht sich im Sinne einer mittel- bis langfristigen strategischen Ausrichtung auf einen Zeithorizont, der aufgrund seiner Ferne mit einigen Unwägbarkeiten behaftet ist. Diese können in Änderungen rechtlicher oder finanzieller Rahmenbedingungen liegen, aber auch unvorhersehbare gesellschaftliche Änderungen umfassen. Deswegen ist es notwendig, die Veränderung bestehender und den Aufbau neuer Strukturen eng und mit valider Datengrundlage zu begleiten und notfalls die vorliegenden Planungsaussagen zu aktualisieren, wenn deutliche Abweichungen erkennbar werden würden.

2.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht beschreibt im ersten Teil die bestehende Situation in der Pflege in Kärnten auf Basis der demografischen Struktur, der bestehenden Versorgungsstruktur und auf Basis der tatsächlichen Leistungsdaten des Jahres 2015 für alle Versorgungsbereiche.

Danach ist der methodische Zugang für die Prognoserechnungen einschließlich der Planungsannahmen dargelegt. Auf diesen baut jenes Kapitel auf, das die quantitativen Ergebnisse für den Planungshorizont 2030 für die einzelnen Versorgungsbereiche beschreibt. Danach folgen jene Kapitel, die qualitativ orientiert sind und jenes Konzept beschreiben, mit dem ein abgestuftes und niederschwelliges sowie wohnortnahes Versorgungsangebot aufgebaut werden soll (AiM). Zudem finden sich noch Betrachtungen zu AAL, zur Versorgung Demenzkranker und zur gerontopsychiatrischen Versorgung in Pflegeheimen

in diesen Kapiteln. Im Anhang finden sich Plantabellen und Literaturverweise zu Arbeiten, die hierin Berücksichtigung fanden.

2.3.1 Limitationen

Die gesamten Darstellungen der Ist-Versorgungssituation im Jahr 2015 basieren auf Daten, die der EPIG zum Zweck der Erstellung des vorliegenden Bedarfs- und Entwicklungsplans für Pflege – Kärnten 2030 zur Verfügung gestellt wurden. Diese wurden sorgfältig und mehrfach auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft. Zum Großteil stammen sie aus der Pflegedienstleistungsstatistik, die die Grundlage für die jährliche Datenübermittlung von Seiten des Landes an den Bund bildet. Es kann dennoch nicht ausgeschlossen werden, dass Abweichungen zwischen einzelnen publizierten Zahlen aus Leistungsbereichen und den in diesem Bericht präsentierten Angaben bestehen. Dies kann mit Inkonsistenzen in den Daten zusammenhängen, kann jedoch auch Resultat unterschiedlicher Betrachtungen desselben Zahlenmaterials darstellen (Stichtage, Jahressummen, Durchschnittswerte...). Der Bericht weist deswegen immer auf die Art der Darstellung hin, um Unklarheiten zu vermeiden, kann jedoch nicht ausschließen, dass es manchmal zu solchen im Vergleich mit anderen Datenquellen kommen kann. Es ist davon auszugehen, dass mit Fortschreiten der Standardisierung in der Datenerhebung diese Diskrepanzen in Zukunft geringer oder wegfallen werden.

Es existieren bislang keine genauen Zahlen dazu, wie viele Menschen, die keinerlei Kostenzuschuss von Seiten des Landes erhalten („Selbstzahlerinnen und Selbstzahler“), in Kärnten in Pflegeheimen versorgt werden. Erst mit der Einführung einer standardisierten Dokumentation ab dem Jahr 2018 wird man darüber verfügen. Aus diesem Grund sind in den Darstellungen zur Ist-Situation 2015 in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege diese Klientinnen und Klienten ebenso nicht enthalten, wie in den Auslastungskennzahlen für 2015. Die Prognosen für die strukturelle Entwicklung bis zum Jahr 2030 sind davon jedoch weitestgehend unbeeinflusst, da hierfür die Bevölkerungsentwicklung von zentraler Bedeutung ist.

Die Daten zu den Klientinnen und Klienten der mobilen Dienste enthalten teilweise Mehrfacheinträge, die jedoch keinen Einfluss auf die gesamten erbrachten Leistungsstunden haben, weswegen auch hierbei die Prognosen für 2030 von diesen Inkonsistenzen unbeeinflusst bleiben.

Für ein richtiges Verständnis der Zahlen ist die Beachtung der jeweiligen Grundgesamtheit von Bedeutung. Diese ist im Bericht immer angegeben und stellt in der Regel entweder alle Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld dar oder die Gesamtbevölkerung.

Die Angaben zur Ist-Versorgungssituation beziehen sich grundsätzlich auf das Jahr 2015 als Ausgangsjahr für die Analysen. Teilweise haben sich seitdem Strukturen und Angebote verändert. Wo dies der Fall ist, wird darauf hingewiesen.

2.3.2 Begriffsbestimmungen

Betreutes/Betreubares Wohnen

Zum betreubaren Wohnen liegt eine Definition aus dem Kärntner Wohnbauförderungsgesetz vor. Demnach gelten jene Wohnungen als *betreubar*, die über eine rund um die Uhr funktionsfähige Notrufanlage verfügen, welche direkt mit Anbietern mobiler Dienste oder einem Alten- oder Pflegeheim verbunden ist (LGBI Nr. 60/1997, § 2 Abs. 1 Z. 23).

Der Begriff des *betreuten Wohnens* wird in dem vorliegenden Bericht verwendet, um klarzumachen, dass die entsprechenden Wohnungen über die technische Ausstattung gemäß obiger Definition hinaus auch funktionell betreut werden. Im betreuten Wohnen ist eine Person (Alltagsmanagerin bzw. Alltagsmanager) für die Beratung und Vermittlung von weitergehenden Hilfen und für die Innen- und Außenbeziehungen der Mieterinnen und Mieter des betreubaren Wohnens zuständig und sollte mindestens zwei Stunden pro Monat und Wohnung zur Verfügung stehen. Der Begriff der tatsächlichen Betreuung beschreibt im vorliegenden Bericht somit die Tatsache, dass diese Wohnungen von betreuungsbedürftigen Menschen bewohnt werden und zumindest das Alltagsmanagement auch tatsächlich erfolgt.

Seniorinnen-, Senioren-WG, Generationenwohnen

Senioren-WGs bieten Personen eine Wohnmöglichkeit, die aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr alleine leben können oder wollen. Für Alltagstätigkeiten, die nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können, werden mobile Dienste gebucht. Wie beim betreuten Wohnen sorgt auch hier die Alltagsmanagerin oder der Alltagsmanager für eine aktive Freizeitgestaltung. Daher stellen sie eine spezielle Ausprägung des betreuten Wohnens dar und sind folglich in den Planzahlen des vorliegenden BEP für Pflege - K 2030 für das betreute Wohnen enthalten.

Auch das Generationenwohnen stellt eine spezielle Form des Angebots des betreuten Wohnens dar. Der BEP geht nicht darauf ein, in welcher dieser Angebotsformen betreutes Wohnen zur Verfügung gestellt werden soll. Dies bleibt den jeweiligen Anbietern in Abstimmung mit dem Land Kärnten überlassen. Wesentlich ist, dass die angegebenen Planzahlen auf Bezirksebene in betreuter Form (mit Alltagsmanagerin/Alltagsmanager) bereitstehen.

Stichtag

Der unten angeführte Versorgungsgrad wird je nach Versorgungsform mit dem Stichtag, Stichmonat oder der Jahressumme dargestellt. Die Zahlen zu einem Stichtag weichen in der Regel von jenen eines Stichmonats oder der Jahressumme ab, was bei Vergleichen jedenfalls zu berücksichtigen ist. Diese Unterscheidung ist notwendig, um die Unterjährigkeit bei den meisten der Vertrags- und Versorgungsverhältnisse korrekt abzubilden. Da nicht alle Stichtage deckungsgleich sind, können bei Bezügen auf die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (Stichtag dafür ist der 1.1.2015) geringfügige Ungenauigkeiten bestehen.

(relativer) Versorgungsgrad

Der Versorgungsgrad ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der von Betreuungs- und Pflegedienstleistungsformen betreuten Personen mit Pflegegeldbezug zur Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug. Dieser wird zur Einschätzung der jeweiligen Versorgungsanteile von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auf Ebene von politischen Bezirken, von Versorgungsregionen und dem Bundesland Kärnten berechnet. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedenfalls, dass als Grundgesamtheit alle Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld herangezogen werden, also auch jene Menschen, die jüngeren Alters sind und teilweise Versorgungsformen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe oder anderer Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Diese anderen Versorgungsangebote werden jedoch nicht dargestellt und auch in die Berechnungen zu den Versorgungsgraden nicht einbezogen.

Der relative Versorgungsgrad bezieht sich auf den entsprechenden Versorgungsgrad des gesamten Bundeslandes und stellt somit die relative Abweichung des Versorgungsanteils einer Betreuungs- und Pflegedienstleistungsform auf Bezirksebene vom Versorgungsanteil im Kärnten-Durchschnitt dar.

Versorgungsdichte

Die Versorgungsdichte bezeichnet die Anzahl der bewilligten Betten bzw. Plätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner insgesamt (ohne Einschränkung auf eine Altersgruppe oder die Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld), ist also im Gegensatz zum Versorgungsgrad ein Merkmal des strukturellen Angebots und nicht der Inanspruchnahme.

3 Demografie und Gesundheitszustand

Grundsätzlich steht Kärnten, wie jedes andere österreichische Bundesland auch, vor der Herausforderung des demografischen Wandels. Zum 01.01.2015 betrug der Bevölkerungsstand in Kärnten 557.641 Einwohnerinnen und Einwohner (EW)⁴, wobei der Anteil der Männer bei 48,6 % und der Anteil der Frauen bei 51,4 % lag. Der bevölkerungsreichste Bezirk Kärntens ist die Stadt Klagenfurt, hier lebten 2015 97.880 EW, das entspricht 17,6 % der Kärntner Gesamtbevölkerung, gefolgt von 76.787 EW (13,8 %) in Spittal an der Drau. Hermagor und Feldkirchen weisen mit 18.477 (3,3 %) und 30.074 (5,4 %) die geringsten Bevölkerungszahlen auf.

3.1 Altersstruktur

Annähernd jede zehnte Person war im Jahr 2015 75 Jahre alt oder älter (9,8 %), das entspricht 54.624 Personen und liegt über dem österreichischen Anteil von 8,5 %. Dieser Anteil liegt wiederum in den Bezirken Hermagor (12,6 %), St. Veit an der Glan, Wolfsberg, Spittal an der Drau (jeweils 10,5 %), und Villach Land (10,0 %) über dem Kärntner Durchschnitt. In den städtischen Gebieten (Bezirke Klagenfurt Stadt und Villach Stadt) ist die Bevölkerung jünger, hier liegt der Anteil der Personen ab 75 Jahren mit 8,7 % und 8,9 % unter dem Kärntner Durchschnitt.

3.2 Morbidität und Pflegebedarf

Zum Stichtag 31.12.2015 bezogen 34.609 Kärntnerinnen und Kärntner Bundespflegegeld. Das entspricht einem Anteil von 6,2 % an der Gesamtbevölkerung und liegt somit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 5,3 % und an dritter Stelle aller Bundesländer nach der Steiermark (6,5 %) und dem Burgenland (6,3 %). Die altersstandardisierten Raten liegen bei 6,4 % für die Steiermark, 6,2 % für das Burgenland und 6,0 % für Kärnten. Das zeigt, dass der höhere Anteil an Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher nur zu einem geringen Teil an der älteren Bevölkerungsstruktur in diesen drei Bundesländern liegt. Der Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug an der Gesamtbevölkerung steigt ab der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre deutlich an. Ab 90 Jahre und älter bezogen im Jahr 2015 89,1 % der Gesamtbevölkerung in Kärnten Bundespflegegeld.

⁴ Statistik Austria: „Bundesland Kärnten - Bevölkerung zu Jahresbeginn 2015 nach politischem Bezirk, Geschlecht und Alter in 5-Jahresgruppen“

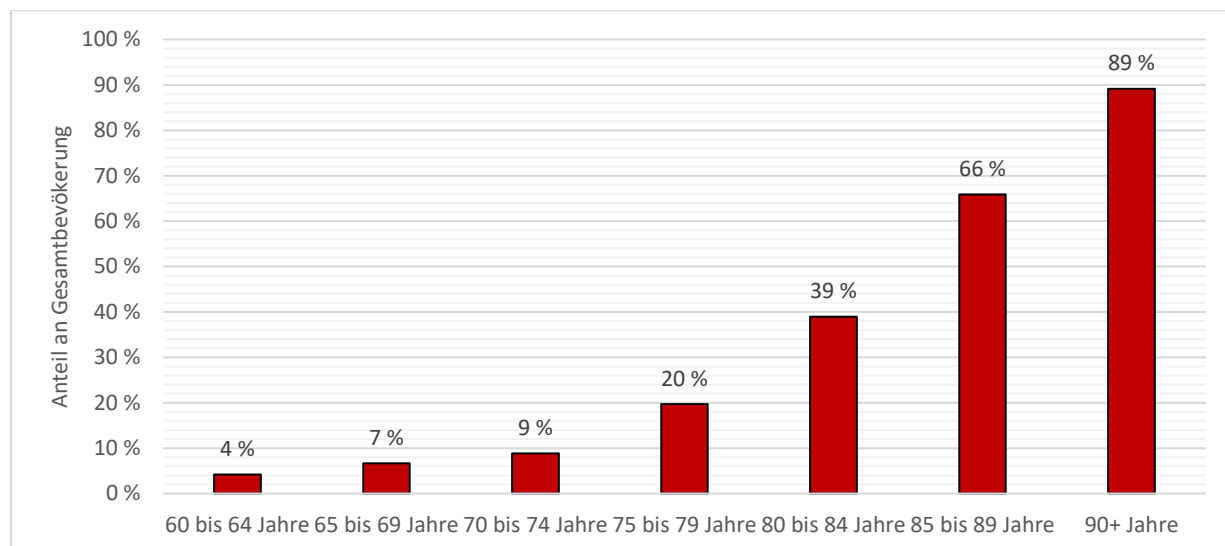


Abbildung 1: Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen, Jahr 2015

Die absolute Anzahl an Personen mit Pflegegeldbezug steigt für Männer und Frauen mit zunehmendem Alter in Kärnten kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe 85 – 89 Jahre das Maximum. Die nachfolgende Abbildung zeigt zudem, dass deutlich mehr Frauen (64,8 %) als Männer (35,2 %) Pflegegeld beziehen.

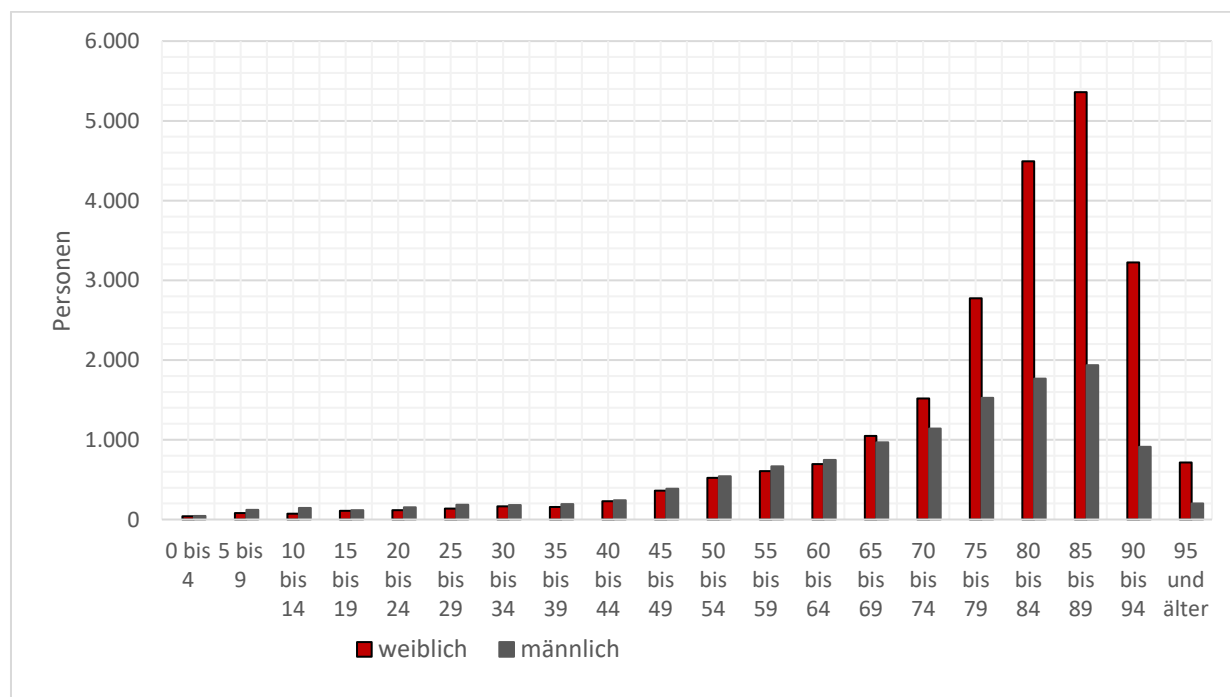


Abbildung 2: Personen mit Pflegegeldbezug nach Altersgruppen und Geschlecht, Jahr 2015

Mehr als die Hälfte der Personen mit Pflegegeldbezug erhalten Pflegegeld der Stufen eins und zwei, das sind jeweils 27,3 %. 17,5 % beziehen Pflegegeld der Stufe drei, 14,1 % der Stufe vier, 8,8 % der Stufe fünf, 3,4 % der Stufe sechs und 1,7 % der Stufe sieben⁵. Im Vergleich zu Österreich ist der Anteil an den

⁵ Durch den geringfügigen Rundungsfehler ergeben sich in Summe 100,1 %.

Pflegegeldstufen eins und zwei in Kärnten höher, in den Stufen drei und vier nahezu gleich und ab der Pflegegeldstufe fünf etwas geringer.

Der selbst berichtete Gesundheitszustand lässt sich aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) ableiten. Im Rahmen dieser Befragung stuften 81,2 % der Männer und 73,3 % der Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Österreichweit waren es bei den Männern etwas weniger (80,6 %) während der Anteil bei den Frauen mit 76,7 % um mehr als drei Prozent höher lag als in Kärnten. Hier fällt somit der deutliche Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern auf. Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht einstuften, war in Kärnten um 1,8 % bzw. 0,2 % höher als in Österreich. Einen sehr schlechten Gesundheitszustand berichteten hingegen in Kärnten 0,2 % der Befragten, dieser Anteil liegt in Österreich bei 0,7 %. Der Unterschied gegenüber der österreichischen Gesamtbevölkerung in Bezug auf den selbst berichteten Gesundheitszustand ist somit gering.

In Kärnten wurden im Jahr 2011 alters- und geschlechtsstandardisiert 3.891 Patientinnen und Patienten je 100.000 EW wegen Erkrankungen des Herz-, Kreislaufsystems (HKE) stationär aufgenommen. Im Bundesländervergleich liegt Kärnten nach dem Burgenland (4.249 je 100.000 EW), Oberösterreich (3.964 je 100.000 EW) und der Steiermark (3.930 je 100.000 EW) an vierter Stelle und etwas über dem österreichischen Durchschnitt von 3.624 HKE-Patientinnen und Patienten je 100.000 EW (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 9).

Auch beim ischämischen Schlaganfall liegt Kärnten mit 174 Personen über dem österreichischen Durchschnitt von 152 Patientinnen und Patienten je 100.000 EW. Höhere Raten weisen die Steiermark (183) und Salzburg (175) auf (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 18).

Zudem lässt sich aus dem österreichischen Krebsregister (Statistik Austria) die Inzidenz an Krebserkrankungen berichten. Die altersstandardisierte Krebs-Neuerkrankungsrate ist in Österreich seit einigen Jahren rückläufig, allerdings weist Kärnten im Bundesländervergleich die höchste altersstandardisierte Rate (bezogen auf die europäische Gesamtbevölkerung) an Krebserkrankungen auf. 2014 wurden 570,3 Neuerkrankungen je 100.000 EW berichtet. Damit liegt Kärnten knapp vor Tirol (565,6) und der Steiermark (503,9) und deutlich über dem österreichischen Durchschnitt von 475,4 Krebs-Neuerkrankungen je 100.000 EW.

Es gibt somit einige Faktoren, die darauf hinweisen, dass die Kärntner Bevölkerung einer höheren Krankheitslast ausgesetzt sein könnte und häufiger einen Pflege- und Betreuungsbedarf ausweist, als die österreichische Durchschnittsbevölkerung.

3.3 Demografische Veränderungen bis 2030

Die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in Kärnten stammen von den regionalen Detailprognosen der Österreichischen Raumordnungskonferenz⁶. Diese besagen, dass bei einem minimalen Rückgang der Kärntner Gesamtbevölkerung bis 2030 (- 0,9 %) der Anteil der Personen ab 75 Jahren um 35,0 % von 54.624 EW im Jahr 2015 auf 73.721 EW steigen wird. Dementsprechend liegt der Anteil der Personen ab 75 Jahren dann bei 13,3 % der Gesamtbevölkerung.

⁶ Österreichische Raumordnungskonferenz, Bearbeitung Statistik Austria: „Ausführliche Tabellen zur kleinräumigen ÖROK-Bevölkerungsprognose 2014“ unter: <http://www.oerok.gv.at/index.php?id=1152> (abgerufen am 31.07.2017).

Bei der bezirksweisen Betrachtung ergibt das in der Prognose einen Anteil in dieser Altersgruppe an der jeweiligen Gesamtbevölkerung von 15,3 % (2.563 Personen) in Hermagor, wo der weitere Anstieg somit mit +10,0 % unterdurchschnittlich sein wird und von 14,7 % an der jeweiligen Gesamtbevölkerung in Spittal an der Drau (10.388 Personen). Auch dann weisen die Bezirke Klagenfurt Stadt mit 12,0 % (12.879 Personen) und Villach Stadt mit 12,3 % (7.907 Personen) die niedrigsten Anteile in dieser Altersgruppe auf.

Der Anteil der Frauen und Männer in der Altersgruppe 75+ gleicht sich bis 2030 etwas an. Im Jahr 2015 lag der Anteil bei den Frauen bei 62,1 %, der Anteil der Männer bei 37,9 %. 2030 wird der Anteil der Frauen 58,3 % betragen und der Anteil der Männer auf 41,7 % steigen.

Bevölkerungsentwicklung gesamt	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Anzahl der Personen 2015	30.074	97.880	58.684	55.366	42.078	53.464	18.477	76.787	60.500	64.331	557.641
Prognostizierte Personen 2030	29.367	107.522	59.142	51.319	40.570	49.584	16.780	70.824	64.161	63.426	552.695
Delta in %	-2,4 %	+9,9 %	+0,8 %	-7,3 %	-3,6 %	-7,3 %	-9,2 %	-7,8 %	+6,1 %	-1,4 %	-0,9 %

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Kärnten bis 2030; Ausgangstichtag: 1.1.2015

Bevölkerungsentwicklung, Altersgruppe 75+	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Anzahl der Personen 2015	2.897	8.539	5.491	5.808	4.077	5.590	2.331	8.089	5.394	6.408	54.624
Prognostizierte Personen 2030	3.987	12.879	8.101	7.008	5.277	6.702	2.563	10.388	7.907	8.909	73.721
Delta in %	+37,6 %	+50,8 %	+47,5 %	+20,7 %	+29,4 %	+19,9 %	+10,0 %	+28,4 %	+46,6 %	+39,0 %	+35,0 %

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung für die Altersgruppe 75+ in Kärnten bis 2030; Ausgangstichtag: 1.1.2015

4 Bestehende Versorgungsangebote in Kärnten

Die zentrale Säule der Pflege- und Betreuungsleistungen in Kärnten bildet, wie in allen Bundesländern in Österreich, die informelle Pflege durch nahe Verwandte und Angehörige in den eigenen vier Wänden. Auf diese Art werden immerhin 79,5 % aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in Kärnten versorgt.

In Kärnten gibt es eine Vielzahl an Unterstützungs-, Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten für ältere Personen, die aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen Hilfe benötigen. Dabei liegt der Schwerpunkt der Angebotsstruktur auf der stationären Langzeitpflege, die historisch gesehen das Rückgrat der formellen Versorgungsangebote bildet und demzufolge kontinuierlich flächendeckend ausgebaut wurde. In jüngerer Zeit wurden verschiedene niederschwellige Angebote der formellen Pflege und Betreuung entwickelt, die neben der mobilen Pflege und Betreuung bestehen und regional unterschiedlich ausgebaute Angebote des betreuten Wohnens und der teilstationären Tagesbetreuung schaffen. Diese sind derzeit noch nicht flächendeckend vorhanden. Auch für betreuende und pflegende Angehörige gibt es Unterstützungsangebote in Form von entlastenden Maßnahmen und finanziellen Zuschüssen (wie z.B. der Urlaub für pflegende Angehörige⁷ oder die Pflegeförderung⁸). Darüber hinaus gibt es Strukturen, die organisatorische Unterstützung geben (GPS, Consenso...), ehrenamtlich getragene Hilfsangebote, verschiedene Formen des Generationenwohnens oder auch niederschwellige Angebote des Case Managements. Nachstehend sind die zentralen Angebote nochmals ausführlich erwähnt.

4.1 Angebote der Vernetzung

Um die jeweils passende Versorgungsform zu finden, gibt es die Möglichkeit, das Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice an den Bezirkshauptmannschaften zu kontaktieren. Dieses und ähnlich gelagerte Projekte und Angebote dienen dazu, Klientinnen und Klienten sowie ihre Angehörigen auf dem Weg durch das System zu unterstützen und in einzelnen Fällen auch dauerhaft zu begleiten. Zum Teil haben sie auch einen präventiven Charakter, manche sind noch nicht flächendeckend vorhanden, andere befinden sich noch in einem Projektstatus. Zudem bedarf es teilweise noch weiterer Abstimmung mit und Abgrenzung zu anderen Versorgungsangeboten. Hier ist es wichtig, die hilfreichen und wichtigen Aspekte aufzunehmen und daraus ein integriertes Angebot zu schaffen, das sich nahtlos und in ergänzender Weise in die bestehenden einfügt. Manche der Projekte weisen einen hohen Grad an ehrenamtlicher Leistungserbringung auf (z.B.: Dorfservice).

Auch die „Gesunden Gemeinden“, die sich seit Jahren in Kärnten, ebenso wie in allen anderen österreichischen Bundesländern, etabliert haben, bieten an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Pflegeversorgung unterschiedliche Angebote der Gesundheitsprävention und der Vernetzung sowie der Unterstützung von pflegenden Angehörigen an.

4.1.1 Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS)

Das Kärntner Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) ist ein Beratungsangebot der Bezirkshauptmannschaften und der Magistrate in Klagenfurt und in Villach, das die Kompetenzen des jeweiligen

⁷ <https://www.ktn.gv.at/DE/sitemap/KTN/Service/News?nid=24833>, zuletzt geprüft am 09.01.2018

⁸ <https://www.ktn.gv.at/Service/Formulare-und-Leistungen/GS-L57>, zuletzt geprüft am 09.01.2018

Sozialamtes, des jeweiligen Sozial- und Gesundheitssprengels (SGS) sowie des ehemaligen Pflege- und Gesundheitsservice Kärnten (PGS) bündelt. Es steht den Bürgerinnen und Bürgern für Fragen und Anliegen aus den Bereichen „Gesundheit, Pflege und Soziales“ als Erstanlaufstelle und Kompetenzzentrum kostenlos und flächendeckend zur Verfügung (Land Kärnten 2017) und bietet Personen, die sich an das GPS wenden, Informationen und Hilfestellungen. Es ist nicht darauf ausgelegt, proaktiv und präventiv ältere Personen oder Angehörige über Unterstützungsmöglichkeiten und Betreuungs- und Pflegeangebote zu informieren. Darüber hinaus können sich Hilfesuchende auch an das Bürgerservice oder das Front Office des Landes Kärnten wenden, die unmittelbar helfen oder an die jeweilig kompetenten Stellen weiterverweisen.

4.1.2 Dorfservice

Das Projekt Dorfservice ist eine von mehreren Initiativen, welche durch Ehrenamtlichkeit getragene Unterstützung anbieten. Sie wird vom Verein für Haushalts-, Familien- und Betriebsservice angeboten. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dorfservice gehen für Menschen mit Betreuungs- oder Pflegebedarf einkaufen, führen und begleiten Menschen zum Arzt, besuchen sie oder erledigen kleine Hilfsdienste im Alltag. Koordiniert werden diese von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dorfservice in den teilnehmenden Gemeinden. Derzeit ist dieses Projekt in 15 Gemeinden in Oberkärnten verankert.

Außerdem wird zur Bewältigung von Krisensituationen angeboten, den Haushalt kurzfristig weiterzuführen oder eine passende weiterführende Betreuung durch mobile Pflegedienstleister zu organisieren (Verein für Haushalts-, Familien- und Betriebsservice). Je eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des Dorfservice koordiniert zwei Gemeinden und zwei ehrenamtliche Gruppen.

4.1.3 Consenso

Das Projekt "Consenso" wird derzeit vom Land Kärnten und der EU als zeitlich befristetes Projekt finanziert. Dabei betreuen Family Nurses, die in der Regel diplomierte Pflegepersonal sind, ältere Menschen ab einem Alter von 65 Jahren und deren Angehörige, die sich ihrerseits aktiv an Consenso-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter gewendet haben. Dieses Angebot ist im Rahmen des Projekts für die jeweilige Person kostenlos. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Consenso sind die Schnittstelle zu Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Organisationen, die Pflegedienstleistungen anbieten und regen Maßnahmen in den Haushalten an, um Risikofaktoren für ältere Menschen auszuschalten. Die Bandbreite der Leistungen reicht dabei von beratenden Leistungen über Case Management bis hin zu medizinisch-pflegerischen Leistungen.

Umgesetzt wird das Pilotprojekt derzeit in acht Gemeinden, Träger sind das Rote Kreuz und die Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (AVS). Consenso wurde bis Jahresende 2018 verlängert und wird derzeit evaluiert (Amt der Kärntner Landesregierung 2017).

4.2 Kurzüberblick

Mit Stichtag 31.12.2015 bezogen in Kärnten insgesamt 34.609 Personen aller Altersstufen Bundespflegegeld in unterschiedlichen Einstufungen. Davon nahmen 2.257 Personen die 24-Stunden-Betreu-

ung (Jahressumme) in Anspruch, 4.854 Personen mit Pflegegeldbezug lebten zu diesem Stichtag in Pflegeheimen oder in Einrichtungen der Alternativen Lebensräume (siehe untenstehende Darstellung). Dazu kamen weitere 40 Personen in der stationären Langzeitpflege oder in Einrichtungen der Alternativen Lebensräume ohne Pflegegeldbezug zum Stichtag hinzu. Nicht enthalten in diesen Zahlen sind die Selbstzahlerinnen und Selbstzahler.

Von jenen Menschen, die nicht den obigen beiden Versorgungsformen zugerechnet werden können, wurden pro Monat durchschnittlich 6.622 Personen durch die mobilen Dienste betreut und 19.934 Personen waren im Jahr 2015 gänzlich ohne professionelle Unterstützung, das entspricht 57,6 % aller Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld (wobei die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe etc. nicht berücksichtigt werden konnten). Aus der absoluten Anzahl an Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungsform ergeben sich die Versorgungsgrade des Jahres 2015 für das Bundesland Kärnten:

- 14,0 % aller Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten wurden in der stationären Langzeitpflege inklusive die Alternativen Lebensräume versorgt.
- 6,5 % nutzen die 24-Stunden-Betreuung.
- 79,5 % wurden mit oder ohne professionelle Unterstützung überwiegend informell betreut.
- 19,1 % aller Personen mit Pflegegeldbezug nahmen mobile Pflege und Betreuung in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch.
- 2,4 % der Bezieherinnen und Bezieher benötigten die Kurzzeit- oder Übergangspflege und
- 0,4 % nutzten die teilstationäre Tagesbetreuung.

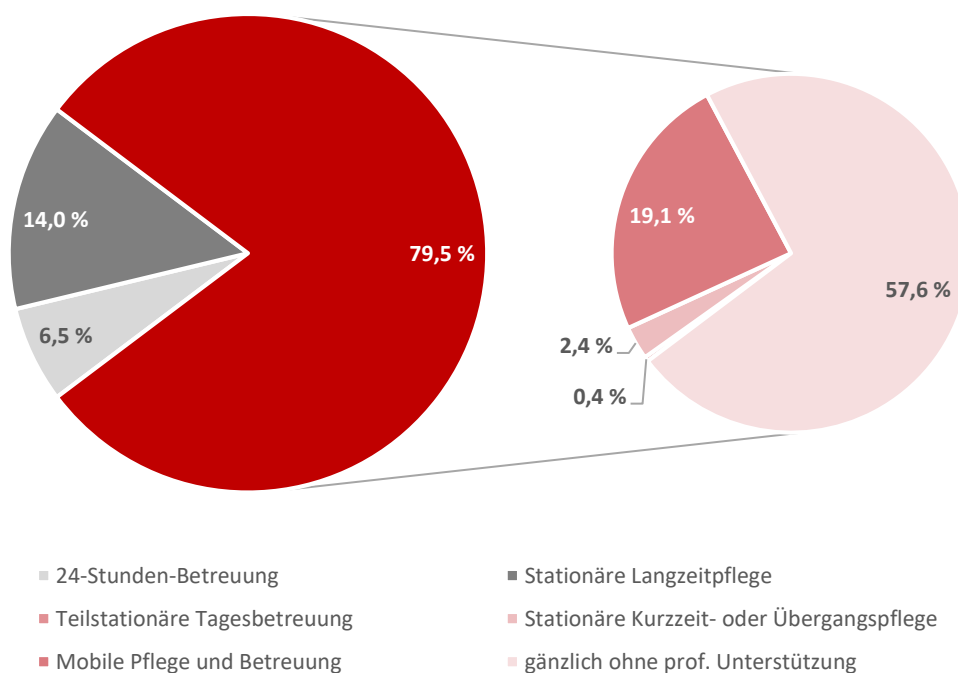


Abbildung 3: Versorgungsgrad – Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungsformen für Kärnten gesamt, Jahr 2015

Die Versorgungsgrade auf Ebene der politischen Bezirke Kärntens werden in den Tabellen im Anhang ausführlich dargestellt. Den Berechnungen zur Versorgungsdichte zum Ist-Stand und zu anderen bevölkerungsbezogenen Parameter für die Darstellung der Versorgungssituation im Jahr 2015 liegen die Bevölkerungsdaten der Statistik Austria mit dem Stichtag 1.1.2015 zugrunde.⁹

4.3 Informelle Pflege und Betreuung

Zur Personengruppe, die informell gepflegt und/oder betreut wird, zählen alle Personen mit Pflegegeldbezug, die sich nicht in stationärer Betreuung und Pflege befinden und auch nicht das Angebot der 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen. Diese Gruppe umfasste im Jahr 2015 27.498 Personen, das entspricht 79,5 % aller Personen mit Pflegegeldbezug. 6.318 Menschen mit Pflegegeldbezug in informeller Betreuung sind jünger als 65 Jahre.

19.934 Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld nahmen keinerlei Form der formellen Pflege in Anspruch, weder teilstationäre Tagesbetreuung noch Kurzzeit-/Übergangspflege oder mobile Dienste, wurde also ausschließlich informell gepflegt und/oder betreut. Somit nimmt mehr als die Hälfte der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher (57,6 %) keine unterstützenden Angebote in Anspruch.

4.4 24-Stunden-Betreuung

Das Betreuungs- und Pflegeangebot der 24-Stunden-Betreuung wird aufgrund der Versorgungswirksamkeit für einen Teil der Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld berücksichtigt. 2015 wurden insgesamt 2.257 Personen oder 6,5 % der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher auf diese Art und Weise betreut. Am höchsten ist der Versorgungsgrad in den Bezirken Klagenfurt Land (8,1 %) und Klagenfurt Stadt (7,8 %), am geringsten in den Bezirken Feldkirchen (4,3 %) und Villach Stadt (4,9 %).

4.5 Mobile Betreuung und Pflege

Mobile Betreuung und Pflege wurde 2015 in Kärnten von 12 Trägern¹⁰ angeboten, diese betreuten in dem Jahr insgesamt 11.482¹¹ Klientinnen und Klienten. Durchschnittlich wurden monatlich 9.279 Klientinnen und Klienten betreut, davon erhielten 6.622 Personen Pflegegeld (Doppeleinträge sind möglich). 2.657 Menschen beziehen folglich im Durchschnitt pro Monat mobile Pflege- und Betreuungsleistungen, ohne ein Bundespflegegeld zu beziehen, teilweise weil das Zuerkennungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Dies entspricht 28,6 % aller Klientinnen und Klienten der mobilen Dienste.

⁹ Statistik Austria: „Bundesland Kärnten - Bevölkerung zu Jahresbeginn 2015 nach politischem Bezirk, Geschlecht und Alter in 5-Jahresgruppen“

¹⁰ In der Pflegedienstleistungsstatistik sind unter mobilen Angeboten auch noch drei Träger von Pflegeheimen enthalten, die aufsuchende Betreuung in der unmittelbaren Nachbarschaft anbieten (minimobile Dienste). Sie sind jedoch keine Träger mobiler Dienste

¹¹ Durch die unterjährige Veränderung von Pflegegeldeinstufungen sind Doppel- und Mehrfachnennungen in der Jahressumme an betreuten Klientinnen und Klienten möglich.

Der Versorgungsgrad mit mobilen Diensten, bezogen auf alle Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in Kärnten, beträgt somit 19,1 %. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Menschen, die insgesamt in irgendeiner Form informell betreut oder gepflegt werden.

Im Jahr 2015 leisteten insgesamt 1.532 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger dieser mobilen Dienste 909.827 Pflege- und Betreuungsstunden. Die wesentlichen Angebote reichen von medizinischer Hauskrankenpflege über Hauskrankenhilfe und Heimhilfe, wobei die *Hauskrankenpflege* die meisten Befugnisse und Kompetenzen hat, die Pflegeplanung und Beratung durchführt, die Klientinnen und Klienten aktiviert und mobilisiert und die Behandlungspflege durchführt. Die *Hauskrankenhilfe* führt Grundtechniken der Pflege durch (Lagern, Ankleiden, Mobilisation, einfache Verbandstechnik, Hilfestellung bei der Körperpflege und Ernährung) und auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten, beschränkt auf die Sauberkeit der unmittelbaren Umgebung. *Heimhelferinnen und -helfer* unterstützen hilfsbedürftige Personen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Schwerpunkte sind Tätigkeiten im Haushalt, Körperpflege, Ernährung und Förderung der Selbstständigkeit, wie z.B. Begleitung bei Arztbesuchen.

Es wurden im Jahr 2015 1.342.033 Einsätze absolviert, das entspricht im Durchschnitt knapp 117 Einsätzen bzw. 79,3 Stunden je Klientin oder Klient und Jahr¹², wobei hier die Varianz der Inanspruchnahme sehr hoch ist. Weitere Daten zur Beschreibung der Ist-Situation in der mobilen Betreuung und Pflege finden sich im Anhang zu diesem Bericht.

Nachstehend ist der Versorgungsgrad je politischen Bezirk dargestellt. Daraus lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Bezirken ableiten, die Rückschluss auf die diesbezügliche Angebotsstruktur zulassen.

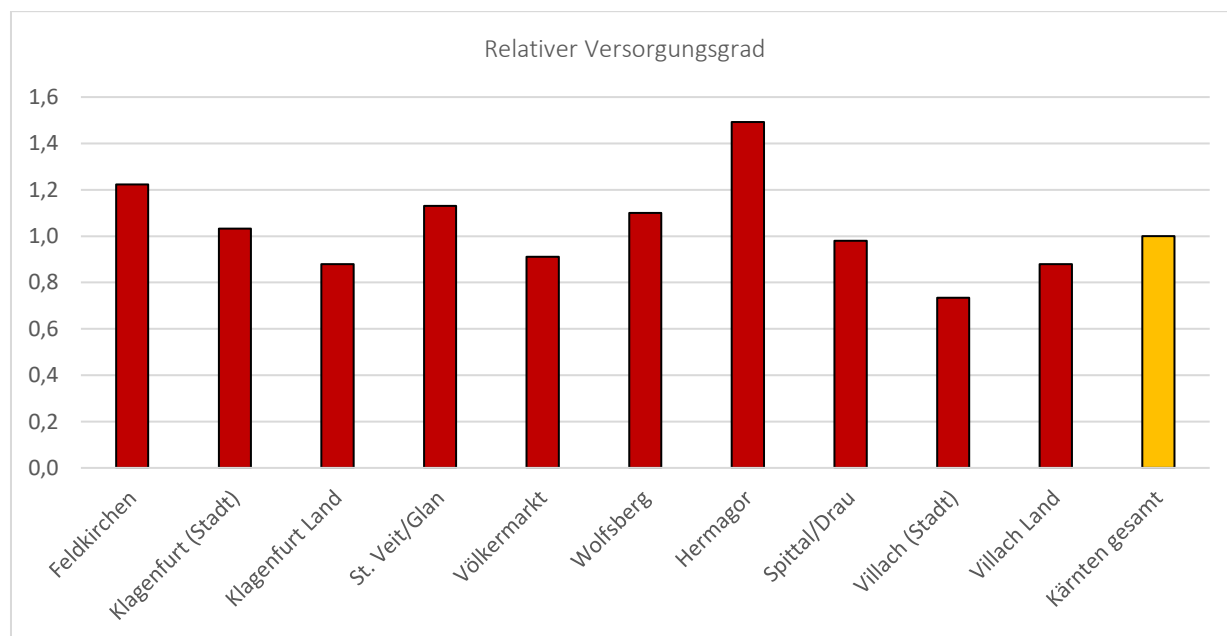


Abbildung 4: relativer Versorgungsgrad in der mobilen Pflege und Betreuung in Kärnten, 2015

¹² Durchschnittliche Inanspruchnahme kann durch Doppel- und Mehrfachnennungen an betreuten Klientinnen und Klienten abweichen

4.6 Stationäre Betreuung und Pflege

2015 standen in Kärnten zusammen mit den 105 Plätzen in den Alternativen Lebensräumen 5.753 stationäre Pflege- und Betreuungsplätze zur Verfügung, die zum Stichtag von 4.894 Personen in Anspruch genommen wurden¹³. Insgesamt wurden in den 79 Pflegeheimen in Kärnten im Jahr 2015 1.677.346 Pflegeheimtage konsumiert. Diese Zahlen beinhalten nicht die Aufenthalte unter dem Titel der Kurzzeitpflege und der Übergangspflege. Somit lag die durchschnittliche jährliche Auslastung auf dieser Basis bei 81,4 %. Sie erhöht sich noch um die Leistungen der Kurzzeit- und der Übergangspflege sowie der Selbstzahlerinnen und Selbstzahler. Mit dem Stand vom Juni 2017 waren insgesamt 118 weitere stationäre Pflegeplätze bewilligt, sodass die Gesamtsumme aller bewilligten Plätze in Kärnten, einschließlich jener in den Alternativen Lebensräumen, mit Ende des Jahres 2017 bereits 5.871 in nunmehr 80 Pflegeheimen beträgt.

22,5 % der Plätze stationärer Pflege (ohne Alternative Lebensräume) werden von Sozialhilfeverbänden betrieben. Weitere große Anteile stehen im Eigentum von Sene Cura bzw. DDr. Wagner¹⁴ (16,3 %) und zum anderen von AHA – Anderes Haus des Alterns (14,7 %). Diakonie bzw. Caritas betreiben jeweils 10,9 % bzw. 10,7 % der stationären Pflegeplätze in Kärnten. Die restlichen 24,9 % der Plätze teilen sich auf kleinere private Anbieter sowie die Stadt Klagenfurt und das Land Kärnten (Abteilungen für chronisch Kranke am Klinikum Klagenfurt und den Landeskrankenhäusern Laas, Villach und Wolfsberg) als Träger auf. In den Abteilungen für chronisch Kranke stehen insgesamt 189 Plätze zur Verfügung, welche zum Stichtag zu 77,2 % ausgelastet waren.

Im Durchschnitt stehen in Kärnten 105,3 Betten und Plätze je 1.000 Einwohner über 75 Jahre für stationäre Langzeitpflege zur Verfügung. Die Strukturdichte reicht vom Bezirk Spittal an der Drau mit 14,8 % unter dem Bundeslandschnitt bis zum Bezirk Villach-Stadt mit der höchsten Dichte, die um 16,5 % über dem Durchschnitt liegt.

Insgesamt lag in Kärnten der Versorgungsgrad in der stationären Langzeitpflege einschließlich den Alternativen Lebensräumen bei 14,0 % mit deutlichen regionalen Unterschieden, diese sind nachstehend als relativer Versorgungsgrad dargestellt. Vor allem die Region um Villach zeigt eine Akzentuierung der stationären Langzeitpflege. Weitere Daten zur Beschreibung der Ist-Situation in der stationären Langzeitpflege finden sich in Tabelle 7: Strukturen der stationären Langzeitpflege zum Planungshorizont 2030 im Anhang zu diesem Bericht.

¹³ ohne Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

¹⁴ Die DDr. Wagner-Einrichtungen wurden im Juli 2017 von SeneCura übernommen.

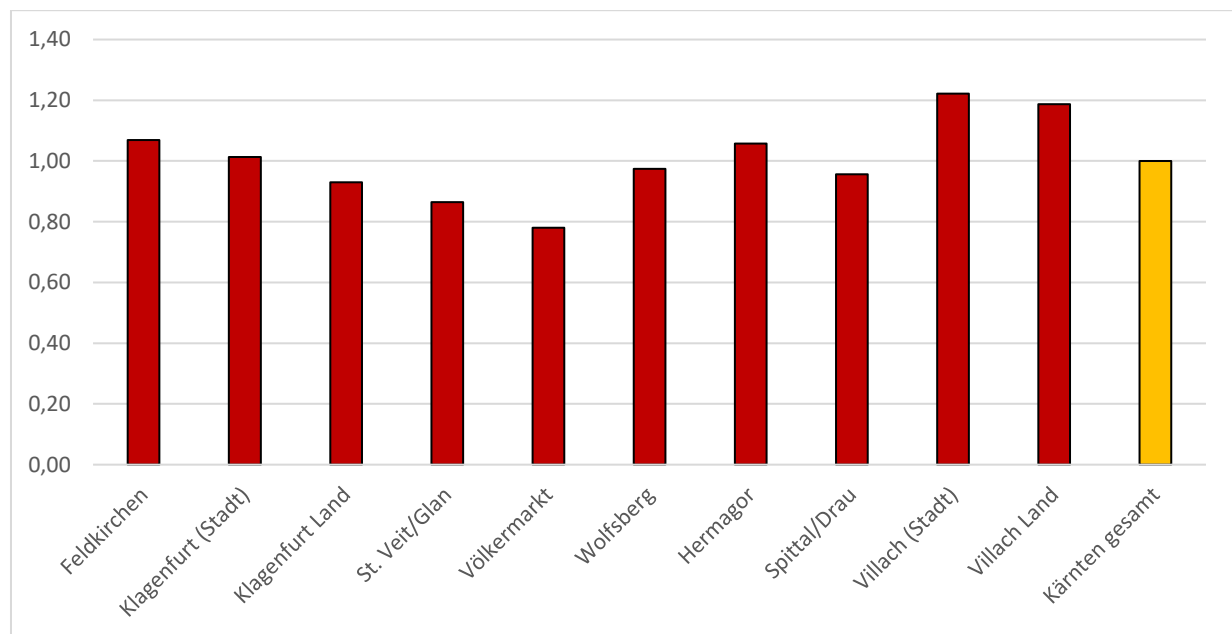


Abbildung 5: Relativer Versorgungsgrad in der stationären Langzeitpflege, 2015

In einigen der Pflegeheime wird das „hauswirtschaftliche Konzept“ umgesetzt. Eine Hauswirtschaft bilden im Pflegeheim ca. 12 Personen mit unterschiedlichen Pflegegeldstufen. Je nach ihren Fähigkeiten werden die Bewohnerinnen und Bewohner in die Gestaltung des Alltags eingebunden. Dadurch werden vorhandene Ressourcen erhalten bzw. vergangene Fähigkeiten wieder trainiert.

Die Einrichtungen der Alternativen Lebensräume (ALR) sind relativ klein und nehmen bis zu sechs familienfremde Personen auf. Die Klientinnen und Klienten weisen Pflegegeldstufen zwischen 0 und 3 auf, bedürfen vorwiegend Wohn- und Betreuungsleistungen. Dieses Angebot ist regional sehr inhomogen verteilt. Vorteile dieser Betreuungsform werden vor allem im Leben in der Natur und einer naturnahen Umgebung und im Kontakt mit Tieren und dessen positiver Auswirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden von älteren Menschen und Personen mit besonderem Betreuungsbedarf gesehen (ARGE Green Care Österreich).

Die Einrichtungen der Alternativen Lebensräume werden hierin nicht als eigenes Versorgungsangebot betrachtet, sondern im Rahmen der stationären Versorgungskapazitäten als eine spezielle Ausprägung eben dieser berücksichtigt.

4.7 Teilstationäre Tagesbetreuung

Das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung bildet einen niederschweligen Zugang für Klientinnen und Klienten und dient vor allem dazu, pflegende Angehörige tageweise zu entlasten. Es stand im Jahr 2015 regional in sehr unterschiedlicher Dichte in 13 Einrichtungen zur Verfügung. Träger sind Sozialhilfeverbände, AHA – Anderes Haus des Alterns, SeneCura bzw. DDr. Wagner, der Verein mobiler Pflegedienst Klagenfurt, die Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (AVS), die DI Platzner KG, die Caritas und die Hauskrankenhilfe Spittal an der Drau¹⁵. Tagesstätten mit Übernachtungsmöglichkeit werden von

¹⁵ Die Einrichtung der HKH Spittal an der Drau wird an diesem Ort nicht mehr betrieben.

AHA in zwei Häusern (davon einmal mit dem Schwerpunkt Demenz) angeboten, dieses Angebot wird jedoch von Seiten des Landes Kärnten nicht gefördert. Insgesamt betrug die Versorgungsdichte im Jahr 2015 2,2 Plätze je 1.000 EW 75+, die meisten Plätze gab es in Klagenfurt (39) und Spittal an der Drau (34). In den Bezirken Feldkirchen, Hermagor und Villach-Land gibt es dieses Betreuungsangebot derzeit gar nicht.

Diese Art der Betreuung nahmen zum Stichtag 127 Klientinnen und Klienten (davon 117 mit Pflegegeldbezug) in Anspruch. In der Jahressumme für 2015 waren es insgesamt 256 Personen in ganz Kärnten, die 10.632 Besuchstage in Anspruch nahmen¹⁶, was einer Auslastung aller Plätze von nur 35,4 % entsprach¹⁷.

Um die Gründe für die nicht zufriedenstellende Inanspruchnahme der Angebote der teilstationären Tagesbetreuung zu eruieren, wurde durch die Abteilung 5 des Amtes der Kärntner Landesregierung im Sommer 2017 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die mittels Interviews mit Expertinnen und Experten und eines Fragebogens bestehende Problemsituationen aufarbeitete. Die Erkenntnisse daraus müssen zwingend in die Neukonzeptionen einfließen, die im Zuge der Neugestaltung der wohnortnahen, niederschwelligen und abgestuften Versorgungsangebote angestellt werden (AiM). Ein wesentlicher Grund liegt jedenfalls darin, dass Hol- und Bringdienste nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind.

4.8 Kurzzeit- und Übergangspflege

Die Kurzzeitpflege und die Übergangspflege stellen rechtlich eigene Versorgungsformen dar, finden technisch betrachtet jedoch in Plätzen und Betten der Langzeitpflege statt. Es gibt keine eigens dafür definierten Strukturen in Kärnten. Im Jahr 2015 wurden in Kärnten 1.007 Personen unter diesen beiden Titeln in Pflegeheimen versorgt (461 in Kurzzeitpflege, 546 in Übergangspflege), davon 825 mit Pflegegeldbezug. Insgesamt wurden im Rahmen der Kurzzeitpflege 8.774 Pfl egetage erbracht, das entspricht einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer je Klientin und Klient von 19 Tagen. Entsprechende Daten zur Aufenthaltsdauer für die Übergangspflege liegen für das Jahr 2015 nicht vor.

4.9 Betreubares Wohnen

Im Jahr 2010 wurde mit Beschluss der Kärntner Landesregierung festgelegt, dass in Kärnten das Angebot für betreubares Wohnens aufgebaut werden soll. Die Wohneinheiten sind barrierefrei und verfügen über eine Notrufanlage. Die Errichtung von Gemeinschaftsräumen, Wohnküchen und Sanitäreinrichtungen ist im Rahmen des jeweiligen Bauverfahrens zu klären. Damit ist nicht von vornherein festgelegt, dass gemeinschaftlich nutzbare Infrastrukturen bei den einzelnen Bauvorhaben geplant werden müssen. Grundsätzlich bieten betreubare Wohnungen älteren Personen eine Möglichkeit, nicht unmittelbar einen Pflegeheimeinzug zu veranlassen, wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung vor allem wegen der baulichen Gegebenheiten zu Hause nicht mehr möglich ist. Zusätzlich zu den baulichen Anforderungen ist eine Alltagsmanagerin oder ein Alltagsmanager für die Beratung und Vermittlung von weitergehenden Hilfen und für die Innen- und Außenbeziehungen der Mieterinnen und Mieter des be-

¹⁶ ohne Selbstzahlerinnen und Selbstzahler

¹⁷ Die Auslastungsberechnung bezieht sich auf theoretisch verfügbare 250 Besuchstage pro Jahr.

treubaren Wohnens zuständig und sollte mindestens zwei Stunden pro Monat und Wohnung zur Verfügung stehen. Für 12 Bewohnerinnen und Bewohner werden 0,75 VZÄ auf Kostenbasis einer Heimhilfe mit 80,0 % der Lohnkosten von Seiten des Landes Kärnten gefördert (Kärntner Landesregierung 2010).

4.9.1 Bestehende Angebote

2015 standen in 14 Einrichtungen insgesamt 209 Plätze für betreutes Wohnen, also mit der Funktion des Alltagsmanagements verknüpft, in Kärnten zur Verfügung. Das entspricht 3,83 Plätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre. Die Verteilung der Plätze konzentriert sich auf die politischen Bezirke Wolfsberg und St. Veit an der Glan und mit Abstrichen noch auf Völkermarkt und die Großräume Klagenfurt und Villach. Darüber hinaus gibt es viele Wohnungen des sozialen Wohnbaus, die technisch so ausgerüstet sind, dass sie betreut bewohnt werden können, 2015 jedoch noch nicht so genutzt wurden.

Im Rahmen des Projektes „*Harbach 2020*“ werden derzeit über 950 geförderte Wohnungen gebaut, die alle barrierefrei errichtet werden. Neben den ökologischen spielen die sozialen Aspekte eine wesentliche Rolle. In diesem neuen Stadtteil in Klagenfurt ist das Angebot des betreuten Wohnens geplant, eine Begegnungszone, Gemeinschaftsräume, Nachbarschaftsbörsen etc. Die sozialwissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die FH Kärnten von Oktober 2016 bis Juni 2017, um die Anliegen und Vorstellungen potenzieller zukünftiger Bewohnerinnen und Bewohner schon im Bau- und Planungsprozess zu berücksichtigen (Fachhochschule Kärnten 2017). Wie viele der gesamt geplanten Wohnungen letztlich tatsächlich dem betreuten Wohnen zufallen werden, ist derzeit nicht quantifiziert und wird vom bestehenden Interesse abhängen.

Ebenfalls in Klagenfurt entstanden 30 barrierefreie Wohnungen unterschiedlicher Größe unter dem Titel „*Lebensräume für Jung und Alt – Gegenbewegung zur Vereinsamung*“, Bauherr ist die Diözese Gurk. Die Wohnungen sind an SeniorInnen, Alleinerziehende, Singles und Familien vergeben. Es gibt ein Servicezentrum als Raum für gemeinsame Aktivitäten, eine Moderatorin fungiert als Ansprechpartnerin, sie berät, unterstützt gemeinschaftliche Aktivitäten und vermittelt erforderlichenfalls nachbarschaftliche und professionelle Hilfe. Auch in diesem Projekt werden demzufolge nicht alle Wohnungen letztlich im Sinne des betreuten Wohnens für alte Menschen Verwendung finden.

Beim Projekt „*Wohnen für Hilfe*“ geht es darum, generationenübergreifend Synergien zu nutzen. Anbieter von Wohnraum sind ältere Personen, die Hilfe bei einfachen Arbeiten im Haushalt benötigen, die Zielgruppe der Mieterinnen und Mieter sind Studierende mit sozialem Engagement. Der Kontakt unter den Bewerberinnen und Bewerbern sollte der Konzeption folgend von einer Moderatorin oder einem Moderator hergestellt werden, wird derzeit mangels einer Moderatorin oder eines Moderators in Kooperation zwischen der Abteilung 4 und der Abteilung 5 hergestellt. Unter Hilfe fällt z.B. das Auswechseln einer Glühbirne, Einkaufen oder Rasenmähen. Definitiv ausgeschlossen wird professionelle Pflege.

5 Planungsmethodik

Der Planung der zukünftigen Versorgungsstrukturen liegt einerseits ein sehr datentechnisch getriebener Prognoseprozess auf Basis bestehender Daten zum Leistungsgeschehen, zur Struktur und zur Demografie zugrunde und andererseits die fachlich-thematische Aufarbeitung bestehender Literatur und das Führen von Gesprächen mit Fachexpertinnen und Fachexperten über die Entwicklungstendenzen in der Pflege, mit dem Fokus auf die regionalen Spezifika, die es zu beachten gilt.

Neben den grundlegenden Zielsetzungen der Ausgestaltung einer zukünftigen Versorgungslandschaft in Kärnten werden die Überlegungen zur Modellentwicklung und die zentralen Schritte der Operationalisierung nachstehend beschrieben. Für den Planungsprozess werden neben den rechtlichen Rahmenbedingungen, den relevanten Pflegedeterminanten und den definierten Planungsgrundlagen unterschiedlichste Echtdatensätze herangezogen, um auf deren Basis eine realitätsnahe und valide Bedarfsprognose auf regionaler Ebene für Kärnten erstellen zu können.

5.1 Zielsetzungen einer weiterentwickelten Pflegeversorgung

Im Bundesplan für SeniorInnen wird als vorrangiges Ziel die Wahrung oder Hebung der Lebensqualität aller älteren Menschen formuliert. Die Erreichung wird anhand von Einzelzielen und Empfehlungen angestrebt, an die sich Überlegungen, Entscheidungen und Maßnahmen richten sollen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013, S. 9). Relevant ist vor allem aus dem Bereich „Gesundheitsförderung und Gesundheitssituation“ die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Personen bei Strukturen und Abläufen im Gesundheits- und Sozialsystem. Empfohlen wird die Sicherstellung des gleichberechtigten Zugangs zu allen Sozial- und Gesundheitsdiensten, die Verstärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, die Koordination präventiver Angebote und die flächendeckende Installation von Case Management.

Im Bereich Alter- und Genderfragen wird die Förderung der sozialen Teilhabe durch Netzwerke und die Unterstützung von Gruppen, die soziale Netzwerke schaffen, empfohlen. Für den Bereich Wohnbedingungen, Technik und Mobilität werden als Einzelziele der Ausbau unterschiedlicher Wohnformen und die Ermöglichung weitgehender Mobilität (barrierefreie Gebäude) genannt. Im Bereich Pflege und neue Betreuungsformen werden die Weiterentwicklung des Pflegevorsorgesystems empfohlen, die Schaffung von Angeboten für pflegende Angehörige, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und der Ausbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen. Weitere Empfehlungen sind der Ausbau geriatrischer Prävention und die Berücksichtigung der Altersadäquanz bei der Planung und Ausführung von Infrastrukturmaßnahmen.

Das Grundlagen- und Diskussionspapier zur Erstellung einer Geriatriestrategie für Kärnten ist an den neun integrierten Bestandteilen zur erfolgreichen personenzentrierten Versorgung alter Menschen ausgerichtet. Zum Bestandteil „Gesund leben und altern“ werden als wirksame Maßnahmen unter anderem die Förderung der sozialen Infrastruktur und Mobilität, der Ausbau von Seniorenwohngemeinschaften, die verstärkte Zusammenarbeit der Gemeinden im Bereich der sozialen Infrastruktur und ein Bewegungsangebot für Hochaltrige genannt. Die Maßnahmen für den Bestandteil „Gut leben mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen“ betreffen die Entlastung von Angehörigen und den Ausbau der Tagesstätten und der Kurzzeitpflege. Der Einsatz von diplomierten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (DSA) und die Zusammenarbeit mit regionalen Entscheidungsträgern und Leistungsanbietern im

Gesundheits- und Sozialbereich sollen ein effektives Entlassungsmanagement gewährleisten. Schließlich wird auch hier die Wichtigkeit der Förderung alternativer Wohnformen betont und festgehalten, dass stationäre Langzeitpflege nur dann in Anspruch genommen werden sollte, wenn alle Alternativen ausgeschöpft sind (Janig et al. 2017). Diese wesentlichen Zielsetzungen erfordern Überlegungen organisatorischer und prozesstechnischer Natur und werden in Kapitel 7 mit einem Lösungsvorschlag beantwortet (AiM). Ziel der vorliegenden Planvorgaben ist eine flächendeckende Vorhaltung abgestufter Pflege- und Betreuungsangebote. Das entspricht auch der im Bundesplan festgelegten Empfehlung des gleichberechtigten Zugangs.

Ein Ziel der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote soll es auch sein, älteren Personen, unabhängig von einem allfälligen Betreuungs- und/oder Pflegebedarf präventive Besuchsangebote zu machen. Dadurch werden lückenlos alle Personen erreicht und informiert, mögliche Bedarfe frühzeitig erkannt und die passende Versorgung geklärt und organisiert. Damit wird auch der Empfehlung des Bundesplans nach einer flächendeckenden Installation von Case Management Rechnung getragen und es werden Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt.

Das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung liegt in wesentlich geringerer regionaler Homogenität vor. Dadurch entstehen für die Personen, die dieses Angebot nützen möchten, zum Teil lange Anfahrtswege, was die Nutzung erschwert. Gerade die Tagesbetreuung ermöglicht jedoch pflegenden An- und Zugehörigen Auszeiten von der Betreuung und somit auch die Möglichkeit, einem Beruf nachzugehen. Ein weiteres Ziel ist daher der wohnortnahe und flächendeckende Ausbau teilstationärer Tagesbetreuung in einer wirtschaftlich adäquaten Struktur.

Um den Anteil der betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen möglichst auf dem Niveau zu halten, auf dem er sich derzeit befindet, ist es jedoch nicht nur notwendig, die zu pflegenden Personen stundenweise gut versorgt zu wissen. Auch die Betreuenden und Pflegenden selbst sollen weitere Unterstützungsangebote erhalten, wie z.B. die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen, die gerade das selbe erleben, oder auch Informationen zur Erleichterung der Pflege und Betreuung zu erhalten.

Dem im Pflegefondsgesetz verankerten Vorrang der Maßnahmen, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind (§ 3 Abs 3; Pflegefondsgesetz - PFG, BGBl. I Nr. 57/2011 idgF.) folgend, soll die stationäre Langzeitpflege als nachgereihtes Angebot gesehen werden und nur von jenen Personen in Anspruch genommen werden, für die es trotz diverser anderer – auch angehörigentlastender – Angebote keine andere adäquate Versorgungsmöglichkeit gibt. Häufig ist ein Grund für die Übersiedelung in ein Pflegeheim eine inadäquate Wohnsituation und nicht ein tatsächlicher Pflegebedarf. Für diese Personengruppe sollen betreibbare Wohnformen ausgebaut werden und wohnortnah zur Verfügung stehen.

5.2 Datenbasis

Die softwaregestützten Analysen zur Ermittlung der quantitativen Planzahlen basieren auf den demografischen, sozioökonomischen und pflege- und gesundheitsbezogenen Daten für das Land Kärnten. Des Weiteren wurden sämtliche verfügbaren und von Seiten des Amts der Kärntner Landesregierung bereitgestellten Daten zur bestehenden Versorgungsstruktur, zu den erbrachten Leistungen und zur soziodemografischen Charakteristik der Klientinnen und Klienten aufbereitet und analysiert. Einschränkungen in der Datenqualität wurden bedacht, sodass die Prognosen weitgehend davon unbeeinflusst theoretischen Überlegungen zur strategischen Ausrichtung des Versorgungsangebots folgen.

Zur einheitlichen Darstellung der bestehenden Versorgungslandschaft wurden grundsätzlich die Daten des Jahres 2015 verwendet und abhängig vom Versorgungsangebot die Erhebungszeitpunkte zum Stichtag, dem Stichmonat oder der Jahressumme herangezogen. Die unterschiedlichen Erhebungsformen wurden in den gesamten Datenanalysen berücksichtigt und bestehende Datendiskrepanzen und -lücken mit geeigneten statistischen Verfahren angepasst. Die Datensätze im Detail werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Datenart	Datenbeschreibung	Datenquelle
demografische Daten	Bevölkerungsstruktur und demografische Entwicklung auf kleinräumiger Ebene bis 2030	Landesstelle für Statistik Kärnten, Statistik Austria
sozioökonomische Daten	Erwerbstätigkeit und Erwerbsprognosen; Familien- und Haushaltsstruktur auf regionaler Ebene	Statistik Austria
gesundheitsbezogene Daten	Personen mit Pflegegeldbezug, getrennt nach Alter, Geschlecht, Wohnbezirk und Pflegegeldstufe; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014 (ATHIS)	Statistik Austria
Struktur-, Leistungs-, KlientInnendaten	Daten zur 24-Stunden-Betreuung, stationären Lang- und Kurzzeitpflege, Übergangspflege, teilstationären Tagesbetreuung, alternativen Wohnformen und den mobilen Diensten	Pflegedienstleistungsstatistik und Daten der Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege

Tabelle 3: Verwendete Datenbasis für die Bedarfsplanung

Die Bereitstellung aller verarbeiteten Daten erfolgte über die beauftragende Abteilung 5 des Amts der Kärntner Landesregierung.

5.3 Der Planungsprozess

Die Ermittlung des zukünftig benötigten Bedarfs an unterschiedlichen Versorgungsstrukturen umfasste drei aufeinander aufbauende und abgestimmte Prozessschritte, welche in der nachfolgenden Abbildung dargestellt werden.



Abbildung 6: Darstellung der Prozessschritte der Planung

Im ersten Schritt erfolgte die umfassende Analyse der bestehenden Versorgungsstrukturen und der Inanspruchnahme dieser durch die Wohnbevölkerung. Zur Detektion von inadäquaten Angebotsverhältnissen wurden standardisierte und bevölkerungsspezifische Versorgungsdichten in Bezug auf Strukturen und Versorgungsgrade ermittelt. Der Vergleich dieser Indikatoren erfolgte auf Ebene der politischen Be-

zirke Kärntens und der Bundesländer innerhalb Österreichs. Die Inanspruchnahme der bestehenden Versorgungsangebote wurde hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur, der Wohnbezirke und der Höhe der PflegegeldEinstufung der jeweiligen Klientinnen und Klienten analysiert.

Auf Basis der IST-Analyse erfolgte anschließend die Quantifizierung des zum Planungshorizont 2030 erwarteten Anteils an pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Kärnten. Durch Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung demografischer, sozioökonomischer, gesundheits- und pflegebezogener Faktoren sowie der Strategie zur Umsetzung der festgelegten Planungsgrundsätze, wurden die zukünftigen Anteile der verschiedenen Versorgungsformen auf Ebene der politischen Bezirke berechnet. Dabei wurde allen Versorgungsformen eine definierte Aufgabe zugeordnet, die auf unterschiedliche Betreuungs- und Pflegefunktionen und Wohnfunktionen abstellt. Wesentlich dabei waren die Entwicklungsprognose des informellen Pflegeanteils, die Stärkung wohnortnaher, niederschwelliger Angebote und der Ausgleich und die Schließung von Versorgungslücken durch normativ getriebene Benchmarkingverfahren.

Aus den Ergebnissen der SOLL-Planung wurde nachfolgend der strukturelle Bedarf durch Berücksichtigung Angebots- und regionsspezifischer Planungsfaktoren wie Normauslastungskennzahlen, Erreichbarkeitskriterien, organisatorischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen mit der Zielsetzung der praktischen Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit ermittelt.

5.4 Das Planungsmodell

5.4.1 IST-Analyse

Die Ausgangsbasis der Bedarfsprognosen bilden die Personen mit Pflegegeldbezug des Jahres 2015, differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht, Wohnbezirken und Pflegegeldstufen sowie Personen ohne Pflegegeld in formellen Versorgungsformen. Durch die Detaildatensätze zur Inanspruchnahme aller bestehenden professionellen Versorgungsangebote des Landes Kärnten erfolgt die feinstrukturierte Zuordnung und Aufteilung dieser Personen zu den einzelnen Versorgungsformen. Der formelle Pflegeanteil wird durch die Summe der Personen, die entweder die 24-Stunden-Betreuung oder die stationären Langzeitpflege in Anspruch nehmen, gebildet. Aus der Differenz der Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug und der Personen mit formeller Pflege ergibt sich anschließend der Anteil an informeller Pflege, welcher sich in weiterer Folge in den Anteil an Personen, die zeitlich begrenzt Unterstützung durch professionelle Dienste wie der Tagesbetreuung oder den mobilen Diensten erhalten, und dem Anteil an Personen ohne jegliche professionelle Unterstützung differenzieren lässt.

Neben den Analysen zur Inanspruchnahme und den Versorgungsgraden einzelner Versorgungsformen werden strukturelle Parameter wie die Versorgungsdichte durch bestehende Strukturen, Auslastungskennzahlen oder Einsatzzahlen und Leistungsstunden bei Klientinnen und Klienten der mobilen Dienste auf regionaler Ebene verglichen, um ein Angebotsübergreifendes Bild der derzeitigen Versorgungssituation in Kärnten zu erhalten.

5.4.2 SOLL-Planung

Zentraler Punkt der Bedarfsprognose ist die zukünftige Entwicklung der Alters- und der Geschlechtsstruktur der Bevölkerung, sowie jene der pflegebedürftigen Personen, differenziert nach der Höhe des jeweiligen Betreuungsbedarfs. Dazu wird im ersten Schritt der SOLL-Planung die Anzahl der Personen

mit Pflegegeldbezug anhand der demografischen Prognose für jeden politischen Bezirk nach 5-Jahres-Altersgruppen und den beiden Geschlechtern getrennt und je Pflegegeldstufe bis 2030 hochgerechnet. Zur finalen Ermittlung des erwarteten Anteils an zukünftig pflegebedürftigen Personen wird zudem der Ansatz der *Kompression der Morbidität* berücksichtigt.¹⁸ Das Ergebnis dieser Prognose ist die erwartete Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug zum Planungshorizont 2030, getrennt nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegeldstufe und Wohnbezirk.

Im nächsten Schritt erfolgt die Berechnung der zeitlichen Entwicklung der *24-Stunden-Betreuung*. Durch die Analyse der bisherigen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Anteil dieser Versorgungsform in jedem Bezirk in Kärnten weiter deutlich zunehmen wird, jedoch mit einer jährlichen Dämpfung des Anstiegs, welche durch die Beobachtung der sukzessiven Anhebung des Lohnniveaus in den osteuropäischen Ländern begründet werden kann. In den Prognoseberechnungen wird somit ab dem Jahr 2025 ein Sättigungseffekt für die 24-Stunden-Betreuung erwartet. Die prognostizierte Anzahl an Personen, die im Jahr 2030 die 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen werden, wird in der Folge für die Prognose aller weiteren formellen Versorgungsformen nicht mehr berücksichtigt.

In weiterer Folge wird die erwartete Anzahl an Personen in informeller Pflege für den Planungshorizont 2030 ermittelt. Dazu wird die Kohorte an potenziell für die Pflege zur Verfügung stehenden Personen (An- und Zugehörige, welche die informelle Pflege übernehmen) über die Prognosen¹⁹ zur Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen sowie des Anteils der Nicht-Erwerbstätigen, differenziert in Altersgruppen bis zum Jahr 2030 abgeschätzt, wobei davon ausgegangen wird, dass derselbe Anteil dieser Personengruppe wie im Ausgangsjahr informelle Pflege- und Betreuungsleistungen übernehmen wird können²⁰. Für die weiteren Bedarfsberechnungen wird die prognostizierte Anzahl an Personen, die informell gepflegt und betreut werden, von der Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug des Jahres 2030 abgezogen.

Die Differenz aus der Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug und der Anzahl an Personen, die in 24-Stunden-Betreuung oder durch informelle Pflege und Betreuung versorgt werden, bildet die Basis für die Bedarfsberechnung zur stationären Langzeitpflege und zum betreuten Wohnen. Zusätzlich dazu werden alle Menschen ohne Pflegegeldbezug berücksichtigt, die dennoch formelle Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Folgende normative Festlegungen fanden Eingang in die Planungen:

- Der stationären Langzeitpflege werden alle Personen mit einer Pflegegeldeinstufung größer drei und alle Personen ab 75 Jahren unabhängig von ihrer Pflegegeldeinstufung zum selben Anteil zugeordnet, wie er zum Ausgangsjahr 2015 schon bestand.
- Die Personen, die nicht der stationären Langzeitpflege zugeordnet werden und eine Pflegegeldeinstufung kleiner als vier aufweisen und tendenziell jünger sind, werden im nächsten Schritt betreubaren Wohnformen und der informellen Pflege und Betreuung zugerechnet.

¹⁸ Das Konzept der Kompression der Morbidität geht davon aus, dass Menschen länger gesund bleiben und sich pflegerische Bedarfe daher in den Altersgruppen gegenüber heute nach hinten verschieben. Es wurde hierfür angenommen, dass sich alle zehn Jahre die Bedarfe um zwei Jahre später einstellen wie bei altersgleichen Personen heute.

¹⁹ Statistik Austria - STATcube: Ausführliche Tabellen zur kleinräumigen Erwerbsprognose 2015-2035, Hauptszenario unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/index.html (geladen am 24.07.2017)

²⁰ KOBV-Umfrage über den Informationsstand und Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, 2012

- Für die nun noch übrige Personengruppe mit niedriger PflegegeldEinstufung wird angenommen, dass sie der Gruppe der informellen Pflege zuzurechnen ist.

Zur Festlegung der zum Jahr 2030 benötigten Plan-Betten für die stationäre Langzeitpflege und der Plan-Plätze für das betreubare Wohnen wird die Anzahl der zu versorgenden Personen mit der durchschnittlichen *Normauslastung von 95 %* verknüpft, um Reservekapazitäten für unterjährige Fluktuationen und saisonale Bedarfsschwankungen vorzuhalten.

Im nächsten Planungsschritt werden anhand der prognostizierten Gesamtanzahl an Personen im Jahr 2030 in informeller Pflege, die Zielgruppen für die stationäre Kurzzeitpflege, die teilstationäre Tagesbetreuung sowie die mobilen Dienste festgelegt. Für die Bedarfsberechnung der stationären Kurzzeitpflege werden als potenzielle Zielgruppe alle Personen in informeller Pflege mit einer Pflegegeldstufe >2 definiert. Die angenommene durchschnittliche Inanspruchnahme von 14 Tagen pro informell betreuter Person und die durchschnittliche Normauslastung von 95 % lassen auf den Bedarf an stationären Kapazitäten unter dem Titel der Kurzzeitpflege schließen.

Für die teilstationäre Tagesbetreuung werden als Zielgruppe alle Personen der informellen Pflege, die von An- und Zugehörigen mit Vollzeiterwerbstätigkeit versorgt werden, herangezogen. Zur Berechnung des Kapazitätsbedarfs in Form von Plan-Plätzen wird bis zum Jahr 2030 mit einem Versorgungsgrad von 30,0 % dieser Zielgruppe und einer durchschnittlichen Doppelnutzung von Plätzen gerechnet.

Die vorgesehene Zielgruppe für die mobilen Dienste berechnet sich aus dem gleichen Versorgungsgrad wie heute, bezogen auf alle informell betreuten Menschen im Jahr 2030, differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegegeldstufe und zusätzlich aus allen prognostizierten Personen, die im Jahr 2030 betreubares Wohnen nutzen. Die Kapazitätsberechnung für mobile Dienste erfolgt über die Bestimmung des zu erbringenden Leistungsstundenvolumens. Zur Steigerung der Versorgungswirksamkeit werden die durchschnittlichen Leistungsstunden je Klientin und Klient, differenziert nach Pflegegeldstufen anhand eines Benchmarkingverfahrens bezirksweise angepasst. Dazu werden die durchschnittlichen Leistungsstunden je Klientin und Klient und Pflegegeldstufe je Wohnbezirk gebildet und mit dem jeweiligen Durchschnittswert für Kärnten verglichen. Bezirke, die hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsstunden unter dem Kärnten-Durchschnitt liegen, werden an den Kärnten-Durchschnitt angehoben. Bezirke, die über dem Kärnten-Durchschnitt liegen, bleiben unverändert. Personen ohne PflegegeldEinstufung, die im Ausgangsjahr der Prognosen professionelle Versorgungsangebote in Anspruch genommen haben, werden durch die demografische Hochrechnung dieser Kohorte für den Planungshorizont 2030 mitberücksichtigt und entsprechend in die Kapazitätsberechnung der einzelnen Versorgungsangebote einbezogen.

5.4.3 Planzahlenfestlegung

Die Ermittlung und Darstellung des theoretisch vorzuhaltenden Kapazitätsbedarfs für den Planungshorizont 2030 erfolgt für alle Versorgungsangebote getrennt auf den Ebenen des Bundeslandes Kärnten, der Versorgungsregionen Kärnten-Ost und Kärnten-West sowie der zehn politischen Bezirke. Die finale Festlegung der Planzahlen erfolgt durch die Berücksichtigung regionaler Spezifika, der zeitlich umsetzbaren Auf- und Ausbaugrade von Versorgungsformen und der angebotsübergreifenden Detailplanungen auf Bezirksebene. Die schematische Darstellung der Abläufe aller zuvor beschriebenen Planungsschritte wird in der nachfolgenden Abbildung 7 dargestellt.

5.4.4 Methodische Limitierungen

Die Validität der Prognose steigt mit dem Detaillierungsgrad der verfügbaren Einzeldaten zur Pflegeversorgung in Kärnten. Auch wenn eine sehr große Menge an Daten zu den unterschiedlichen Versorgungsformen verwendet werden konnte, gab es doch gewisse Einschränkungen. Nicht zu allen bestehenden Versorgungsangeboten konnten die Daten zu Alters-, Geschlechts- und Pflegegeldstufenstruktur der jeweiligen Klientinnen und Klienten im benötigten Detaillierungsgrad zur Verfügung gestellt werden (siehe dazu auch die Anmerkungen unter 2.3.1). Fehlende oder lückenhafte Daten zu einzelnen Versorgungsformen wurden entweder durch die Annäherung an die Bevölkerungsstruktur der Personen mit Pflegegeldbezug im jeweiligen Bezirk oder durch die Orientierung an vergleichbaren Bezirken hinsichtlich des Inanspruchnahme-Verhaltens und der Angebotsstruktur ergänzt. Prinzipiell wurden bei den Struktur- und Inanspruchnahme-Analysen die Daten zu gleichen Erhebungszeiträumen (gleicher Stichtag, gleiches Stichmonat oder Jahressumme) verwendet, in einigen Ausnahmefällen mussten alternative Erhebungszeitpunkte herangezogen werden.

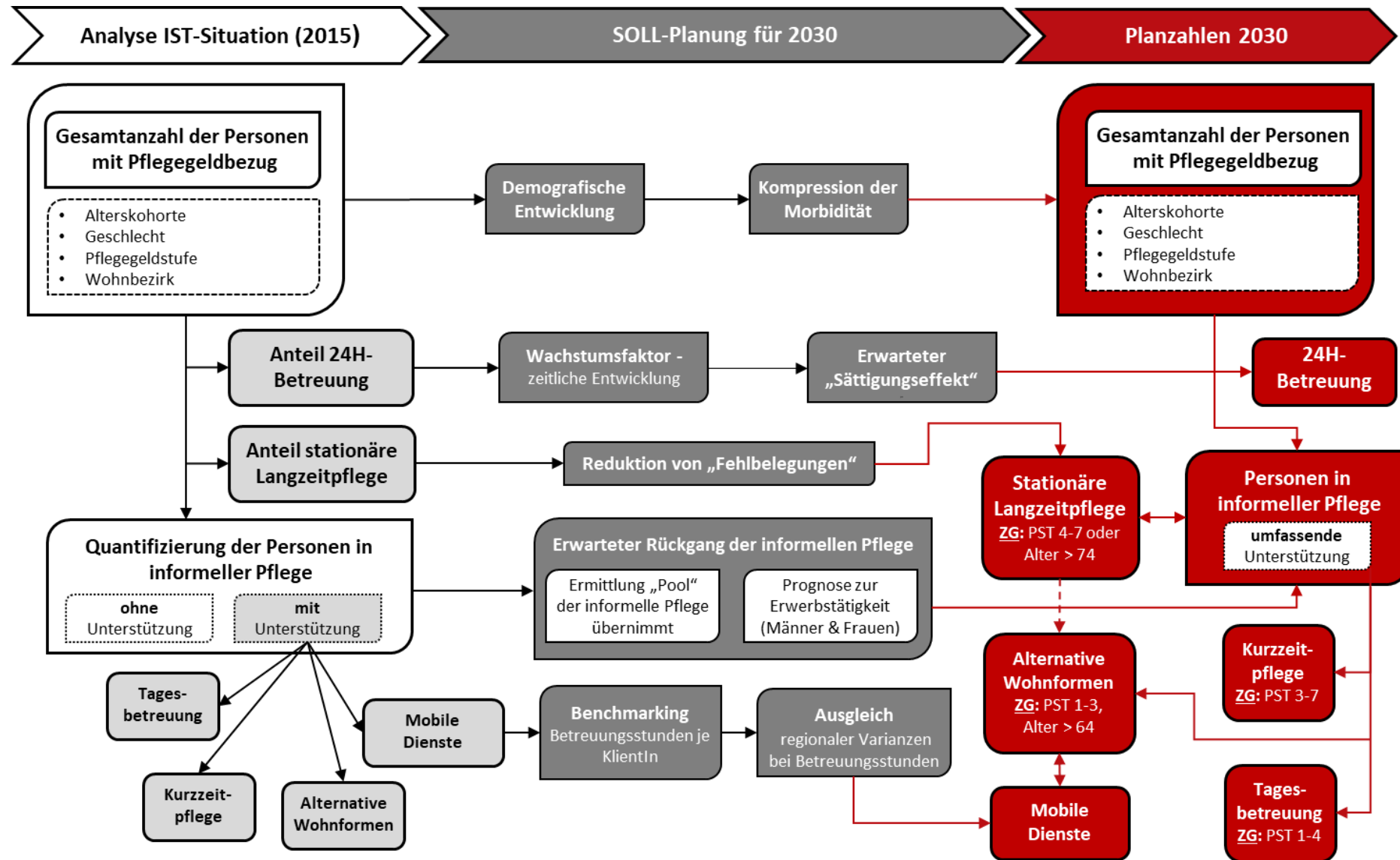


Abbildung 7: Schematische Darstellung der Planungsschritte des Modells

6 Prognose der SOLL-Struktur 2030

Die notwendigen Versorgungskapazitäten im Jahr 2030 wurden neu bemessen und auf die einzelnen Versorgungsangebote in der Pflege aufgeteilt. Dazu wurden auch die Entwicklungen in der 24-Stunden-Betreuung und im Bereich der informellen Pflege und Betreuung prognostiziert. Wenn sie als nicht institutionalisierte Angebote auch nicht geplant und entwickelt werden können, so ist die Kenntnis über ihre Anteile wesentlich, um die formellen Angebote richtig dimensionieren zu können, weil diese Teile eines gemeinsamen ganzen Versorgungsangebots sind. Deswegen wird nachstehend auch auf diese beiden Betreuungsarten eingegangen. Die Dimensionierungen der einzelnen Versorgungsstrukturen beeinflussen sich gegenseitig und werden daher voneinander abhängig geplant und betrachtet. Hierbei wird als Voraussetzung zugrunde gelegt, dass Steuerungseffekte hinsichtlich der Inanspruchnahme der bestgeeigneten Versorgungsstruktur auch unter Berücksichtigung der Wirkung der Sozial- und Pflegekoordination (Pflegenahversorger, siehe dazu Kapitel 7.4) erzielt werden können und die notwendigen strukturellen Maßnahmen auch so umgesetzt werden, wie sie in dem vorliegenden Plan empfohlen werden.

Die personenbezogenen Prognosezahlen dienen als Ausgangspunkt für die strukturbezogenen Bedarfsfeststellungen und finden sich im Anhang (13.2). Hierbei handelt es sich um die prognostizierte Zahl an Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld im Jahr 2030 und wie sich diese auf die einzelnen Versorgungsangebote der Betreuung und Pflege aller Erwartung nach aufteilen werden. Erst unter Berücksichtigung von Personen, die kein Pflegegeld beziehen aber ebenfalls Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, durch die Vorhaltung von Reservekapazitäten und die Zusammenfassung aller Nachfragen für stationäre Kapazitäten (Kurzzeit- und Übergangspflege) können daraus die im Jahr 2030 notwendigen Kapazitäten in den einzelnen Versorgungsformen abgeleitet werden, die sich in den danach folgenden Tabellen dieses Kapitels einschließlich gewisser Erläuterungen finden.

6.1 Bezieherinnen und Bezieher des Bundespflegegeldes

Durch die beschriebenen demografischen Veränderungen wird bis zum Jahr 2030 ein Anstieg der Zahl der Bezieherinnen und Bezieher des Pflegegeldes in Kärnten auf 42.310 Personen erwartet. Dies entspricht einem Zuwachs um 22,3 % gegenüber dem Jahr 2015. Dieser fällt damit jedoch deutlich geringer aus, als der Zuwachs der Gesamtbevölkerung über 75 Jahre, was der Berücksichtigung des Phänomens der Kompression der Morbidität geschuldet ist.

Es wird in allen Bezirken ein Anstieg der Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug erwartet, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Die Zunahme wird für Bezirke mit Abwanderungstendenzen und einer derzeit schon überalterten Bevölkerungsstruktur geringer ausfallen, als für jene Bezirke mit einem prognostizierten Bevölkerungszuwachs und einer derzeit noch jüngeren Bevölkerungsstruktur. So wird erwartet, dass im Bezirk Hermagor nur zusätzliche 78 Personen Pflegegeld beziehen werden, im Großraum Klagenfurt ist mit ca. 2.900 zusätzlichen Bezieherinnen und Beziehern zu rechnen. Eine bezirksgenaue Darstellung der Zahlen zu den Bezieherinnen und Beziehern des Pflegegeldes findet sich in der nachfolgenden Tabelle 4.

6.2 24-Stunden-Betreuung

Aufgrund der bisherigen Entwicklungen der 24-Stunden-Betreuung wird mit einem weiteren deutlichen Anstieg von 2.257 Personen im Jahr 2015 auf 3.916 Personen bis zum Jahr 2030 gerechnet, was einer durchschnittlichen Steigerung für ganz Kärnten um +73,5 % entspricht. Am geringsten wird der Zuwachs im Bezirk Hermagor ausfallen, am höchsten im Bezirk Klagenfurt-Land. Dies bedeutet jedoch im Gegenzug auch, dass davon ausgegangen wird, dass diese Betreuungsform mittelfristig nur noch gedämpft zunehmen wird und langfristig sogar wieder rückläufig sein sollte. Diese Entwicklung wird maßgeblich mit der wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung in jenen Ländern zusammenhängen, aus denen diese Betreuungspersonen stammen und ist somit schwer zu beurteilen. Es sollte demnach nicht das Ziel sein, diese Versorgungsform als maßgebliche Säule der Betreuung in Kärnten zu etablieren bzw. sich darauf zu verlassen.

Der durchschnittliche Versorgungsgrad durch die 24-Stunden-Betreuung wird in Kärnten somit von 6,5 % im Jahr 2015 auf 9,3 % im Jahr 2030 ansteigen. Den höchsten Versorgungsgrad wird dann der Bezirk Klagenfurt-Land aufweisen (11,5 %), den niedrigsten der Bezirk Feldkirchen (6,1 %).

6.3 Informelle Pflege und Betreuung

Im Jahr 2015 wurden 79,5 % aller Personen mit Pflegegeldbezug informell in ihrem Wohnumfeld durch nahe Angehörige betreut und gepflegt. Es übernehmen somit ca. 10 % all jener Menschen entsprechende Aufgaben, die theoretisch gemäß ihrer Altersgruppe dazu in der Lage wären. 57,6 % der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher werden rein informell betreut, ohne dass unterstützende formelle Angebote, wie z.B. mobile Dienste, die teilstationäre Tagesbetreuung oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Dass pflegende Angehörige besonders gefährdet sind, unter psychischen und physischen Problemen zu leiden, geht aus dem Bericht zur Situation pflegender Angehöriger hervor (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005, 42f). Daher besteht zum einen ein Bedarf an entlastenden Angeboten, die direkt die zu pflegende Person betreffen und Angehörigen freie Zeit verschaffen und zum anderen auch ein Bedarf an unterstützenden Möglichkeiten für Angehörige, wie Beratung, Schulung und Netzwerke zum Austausch mit Personen, die ebenfalls Angehörige betreuen und pflegen.

Durch die zunehmende Erwerbstätigkeit von pflegenden An- und Zugehörigen sowie die erwarteten Veränderungen der Haushaltsformen wird allgemein erwartet, dass die absolute Zahl jener Menschen, die in der Lage wären, informelle Pflege und Betreuung zu leisten, rückläufig ist. Gleichzeitig wird durch das längere Verweilen in Gesundheit und körperlicher Fitness die Zahl derer, die solche Leistungen erbringen können auch höher werden, was einen gegenläufigen Effekt hat. Die detaillierte Prognose sehr feiner Bevölkerungsschichten, wie sie für diese Arbeit erfolgt ist, zeigt, dass im besten Fall diese absolute Zahl an betreuenden und pflegenden Menschen konstant gehalten werden kann, weil Menschen bis in höheres Alter als heute solche Aufgaben gegenüber dem Partner oder der Partnerin übernehmen und damit Ausfälle durch höhere Erwerbstätigkeitsquoten kompensieren können.

Bezieherinnen und Bezieher des Bundespflegegeldes	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Anzahl der Personen 2015	1.880	5.882	3.474	4.248	2.933	3.293	1.275	4.436	3.337	3.851	34.609
Prognostizierte Personen 2030	2.290	7.663	4.577	4.721	3.632	3.759	1.353	5.243	4.246	4.827	42.310
Delta in %	+21,8 %	+30,3 %	+31,7 %	+11,1 %	+23,8 %	+14,2 %	+6,1 %	+18,2 %	+27,2 %	+25,3 %	+22,3 %

Tabelle 4: Prognose zur Entwicklung der Bezieherinnen und Bezieher des Bundespflegegeldes bis 2030

Personen mit 24-Stunden- Betreuung	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Anzahl der Personen 2015	81	460	281	326	198	170	72	287	164	218	2.257
Prognostizierte Personen 2030	139	849	525	510	347	273	108	480	295	389	3.916
Delta in %	+71,7 %	+ 84,5 %	+87,1 %	+56,6 %	+75,4 %	+60,4 %	+49,9 %	+67,1 %	+80,2 %	+78,3 %	+73,5 %

Tabelle 5: Prognose zur Entwicklung der Personen mit 24-Stunden-Betreuung bis 2030

Personen in informeller Pflege und Betreuung	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Anzahl der Personen 2015	1.517	4.586	2.740	3.407	2.414	2.673	1.014	3.554	2.601	2.992	27.498
Prognostizierte Personen 2030	1.705	5.541	3.190	3.601	2.704	2.854	1.046	3.865	3.104	3.429	31.037
Delta in %	+12,4 %	+20,8 %	+16,4 %	+5,7 %	+12,0 %	+6,8 %	+3,1 %	+8,7 %	+19,3 %	+14,6 %	+12,9 %

Tabelle 6: Prognose zur Entwicklung der Personen in informeller Pflege und Betreuung bis 2030

Durch die Vielzahl an geplanten Maßnahmen zur Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen sollte es bis 2030 gelingen, in absoluten Zahlen sogar etwas mehr Menschen informell zu versorgen als heute, wobei der Anteil der Menschen, die informelle Betreuungs- und Pflegeaufgaben leisten, an der altersadäquaten Gesamtbevölkerung mit ca. 10 % gegenüber heute weitgehend konstant bleibt.

Da allerdings der Zuwachs an Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten insgesamt mit +22,3 % bis zum Jahr 2030 deutlich höher ausfallen wird, ist von einem sinkenden Versorgungsgrad von 79,5 % im Jahr 2015 auf 73,4 % im Jahr 2030 durch informelle Pflege und Betreuung auszugehen. Die stärksten Rückgänge, bezogen auf den Versorgungsgrad, werden dabei in den Bezirken Klagenfurt Land und Völkermarkt erwartet, die geringsten in den Bezirken Hermagor und Sankt Veit an der Glan. Daraus ergibt sich jedenfalls auch ein zunehmender Bedarf an formellen Angeboten in Kärnten. Die detaillierte Darstellung zur Entwicklung der informellen Pflege und Betreuung wird in Tabelle 6 abgebildet.

6.4 Stationäre Pflegeplätze

Unter der gesetzten Zieldefinition und den angewandten Annahmen ergibt sich, dass bis zum Jahr 2030 in Kärnten insgesamt 5.998 stationäre Pflegeplätze bereitgestellt werden sollten. Diese umfassen auch die notwendigen Kapazitäten für eine erwartete gesteigerte Nachfrage nach Kurzzeitpflege. Die unter dem Titel der „Alternativen Lebensräume“ bereitgestellten Wohn- und Betreuungsplätze sind hierin enthalten. Darin sind weiters auch jene Kapazitäten enthalten, die unter dem Titel der Übergangspflege benötigt werden. Die prognostizierte Bedarfszahl entspricht einem Anstieg an stationären Pflegeplätzen gegenüber 2015 von 4,3 %.

Die Bedarfsentwicklung ist regional sehr unterschiedlich und weist tendenziell einen geringfügigen Zuwachs vor allem im Osten des Bundeslandes und in den beiden Ballungsräumen aus. Für die westlichen Bezirke und St. Veit an der Glan sind heute schon mehr Kapazitäten aufgebaut worden, als der erwartete Bedarf 2030 sie als notwendig ausweist. Der noch notwendige geringe weitere Strukturaufbau sollte also behutsam zum Zwecke des regionalen Ausgleichs erfolgen. Dabei wäre es jedenfalls sinnvoll, falls weitere Pflegeheime entstehen sollten, diese mit einem abgestuften, niederschweligen und wohnortnahen Angebot im Sinne des AiM zu kombinieren (siehe dazu Kapitel 7). Die detaillierte Darstellung der Planzahlen für die stationären Pflegeplätze findet sich in der nachfolgenden Tabelle 7.

6.5 Betreutes Wohnen

Grundsätzlich haben Menschen das Bedürfnis, möglichst lange so aktiv und selbständig wie möglich in den eigenen Wohnräumlichkeiten zu leben. Um dies zu ermöglichen, spielt neben den gesundheitlichen Voraussetzungen auch eine barrierefreie Wohnumgebung eine große Rolle, da diese auch bei eingeschränkter körperlicher Funktionalität einen Verbleib in den eigenen Räumen lebbar macht. Riedl erhob in einer Befragung, dass zwei Drittel der rund 1.700 befragten Personen ab 60 Jahren in einer nicht barrierefreien Wohnung bzw. einem nicht barrierefreien Haus leben und ein Umbau immerhin bei etwa der Hälfte dieser Wohnräume möglich wäre (Riedl 2013).

Ein wesentlicher Faktor, weswegen Menschen mit geringem Betreuungsbedarf frühzeitig in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wechseln, sind also bauliche Unzulänglichkeiten in den Eigenheimen. Die zentrale Maßnahme zur Reduktion von potenziell vermeidbaren und frühzeitigen Eintritten in

die stationäre Langzeitversorgung ist der sukzessive Ausbau von betreubaren Wohnformen. Dieses Angebot richtet sich vorwiegend an Personen mit geringerer PflegegeldEinstufung und keinem kontinuierlichen Pflege- und Betreuungsbedarf. Die Kapazitätsplanung zu diesem Versorgungsangebot weist immer Plätze des *betreuten Wohnens* aus, ist also immer in Kombination mit dem Alltagsmanagement und – bei Bedarf – der Inanspruchnahme von mobiler Pflege und Betreuung zu verstehen. Bis zum Jahr 2030 ist daher ein Ausbau von den im Jahr 2015 zur Verfügung stehenden 209 Plätzen²¹, auf insgesamt 2.311 Plätze für betreutes Wohnen in Kärnten vorgesehen (einschließlich Menschen ohne Bezug von Pflegegeld). Der schrittweise Ausbau an Kapazitäten sollte in allen Bezirken Kärntens erfolgen, sodass ein durchschnittlicher Versorgungsgrad von 5,1 % in Bezug auf Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld bis zum Jahr 2030 erreicht wird. Der größte Aufbau ist in den Bezirken Klagenfurt-Stadt, Klagenfurt-Land und Spittal an der Drau zu leisten, in den Bezirken Hermagor und Wolfsberg ist der zusätzliche Bedarf am geringsten.

In welchen Bauprojekten und gestalterischen Wohnprojekten diese Plätze angeboten werden, wird nicht in diesem BEP festgelegt, je nach Bauträger und Region können diese variieren. Es ist wahrscheinlich, dass der Bedarf in einzelnen Gemeinden nicht groß genug ist, als dass sich ein Bauprojekt nur für betreute Wohnplätze alleine rechnen würde. Die dargestellten Zahlen beziehen sich jedoch auf jene Wohnungen und Plätze, die tatsächlich für alte Menschen mit zumindest dem Bedarf für die Funktion der Alltagsmanagerin bzw. des Alltagsmanagers aber zumeist mit der Zeit auch darüber hinaus bereitstehen sollten. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser notwendigen Wohnungen bereits besteht, derzeit jedoch noch nicht für betreutes Wohnen genützt wird, womit der tatsächliche Aufwand an zusätzlichen Kapazitäten deutlich geringer sein sollte, als hierin dargestellt. Die detaillierte Darstellung auf Ebene der politischen Bezirke erfolgt für das betreute Wohnen in der nachfolgenden Tabelle 8.

²¹ für die IST-Kapazitäten des Jahres 2015 wurden ausschließlich alle Plätze mit Alltagsmanagement und der Förderung durch die Abteilung 5 des Landes Kärnten herangezogen

Strukturdarstellung – stationäre Pflegeplätze	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
tatsächliche Betten ²² 2015	352	999	557	565	392	508	223	732	662	763	5.753
bewilligte Betten - Stand Juni 2017	328	1.045	498	578	388	534	212	814	728	746	5.871
Plan-Betten 2030	384	993	634	520	514	599	169	697	662	826	5.998
Delta 2015 - 2030 absolut	+32	-6	+77	-45	+122	+91	-54	-35	+0	+63	+245
Delta 2017 - 2030 absolut	+56	-52	+136	-58	+126	+65	-43	-117	-66	+80	+127

Tabelle 7: Strukturen der stationären Langzeitpflege zum Planungshorizont 2030

Strukturdarstellung – betreutes Wohnen	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Plätze 2015	0	23	14	78	15	55	0	0	10	14	209
Plan-Plätze 2030	117	427	325	195	176	135	53	309	276	299	2.311
Delta absolut	+117	+404	+311	+117	+161	+80	+53	+309	+266	+285	+2.102

Tabelle 8: Strukturen des betreuten Wohnens zum Planungshorizont 2030

²² einschließlich Kapazitäten in Alternativen Lebensräumen in Kärnten

6.6 Teilstationäre Tagesbetreuung

Das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung richtet sich primär an Personen in informeller Pflege und Betreuung, welche zu einem großen Teil von An- und Zugehörigen mit Vollzeiterwerbstätigkeit betreut werden. Zur Stabilisierung und Unterstützung der informellen Pflege und Betreuung ist ein deutlicher Ausbau der Plätze in Tagesbetreuungseinrichtungen von 120 Plätzen im Jahr 2015 auf insgesamt 948 Plätze bis zum Jahr 2030 vorgesehen. Bei der angenommenen Doppelnutzung von Plätzen, die in der Realität wahrscheinlich noch übertroffen werden wird, ist dann eine Versorgung von ca. 1.900 Personen (einschließlich Menschen ohne Pflegegeldbezug) in Kärnten möglich und der Versorgungsgrad würde somit von derzeit 0,4 % auf mindestens 4,1 % der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher im Jahr 2030 ansteigen. Die Inanspruchnahme dieser Betreuungsform ist abhängig von der zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit und einem gut funktionierenden Transportmanagementsystem. Hierfür werden ein schrittweiser Ausbau, eine koordinierte Standortplanung und ein kontinuierliches Monitoring der Bedarfsentwicklung empfohlen. Die Entwicklung der intendierten Zusatzkapazitäten sollte im Rahmen der unter AiM beschriebenen Konzeption erfolgen (siehe dazu Kapitel 7). Die bezirksweise Darstellung der Planzahlen zur teilstationären Tagesbetreuung findet sich in der nachfolgenden Tabelle 9.

6.7 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste

Die in Kärnten bereits gut ausgebauten mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sollen bis 2030 weiter gestärkt werden, da sie eine wesentliche Rolle zur Unterstützung der informellen Pflege einnehmen und jenes Angebot darstellen, das wesentlichen Planungsgrundsätzen vollinhaltlich entspricht (wohnnah, Verbleib zuhause, flexibel, mobil vor stationär...). Basierend auf den in der Jahressumme insgesamt 11.482 betreuten Personen im Berichtsjahr 2015 wird davon ausgegangen, dass diese Zahl bis 2030 auf ca. 14.700 gesteigert werden muss (+28,2 %), will man die Planungsziele mit der intendierten Verteilung zwischen den Pflege- und Betreuungsangeboten erreichen. In den Planzahlen wird zudem davon ausgegangen, dass alle Personen, die im Jahr 2030 betreutes Wohnen in Anspruch nehmen werden, abhängig von ihrer jeweiligen Pflegegeldeinstufung bei Bedarf durch mobile Dienste ergänzend versorgt werden können. Betrachtet man die Zahl der pro Monat durchschnittlich betreuten Personen mit Pflegegeldbezug, so wird diese von heute 6.622 auf 9.803 ansteigen. Die größten Steigerungsraten werden für den Großraum Klagenfurt und Villach prognostiziert, die geringste im Bezirk Hermagor, da dort bereits im Jahr 2015 die höchste Versorgungswirksamkeit besteht.

Neben dem deutlichen Anstieg an zu betreuenden Personen ist auch eine Anhebung der durchschnittlichen jährlichen Einsatzstunden je Person durch die Anpassung regionaler vorgesehen. Daraus resultiert eine erwartete Steigerung des gesamten Einsatzstundenkontingents von derzeit 909.827 Stunden auf insgesamt 1.242.762 Stunden (+36,6 %). Die detaillierte Darstellung des Einsatzstundenkontingents auf Ebene der politischen Bezirke erfolgt in der nachfolgenden Tabelle 10.

Strukturdarstellung - teilstationäre Tagesbetreuung	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Plätze 2015	0	39	10	10	5	10	0	34	12	0	120
PLAN-Plätze 2030	52	166	98	109	82	86	32	121	95	106	948
Delta absolut	+52	+127	+88	+99	+77	+76	+32	+87	+83	+106	+828

Tabelle 9: Strukturen der teilstationären Tagesbetreuung zum Planungshorizont 2030

Einsatzstunden der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste	Versorgungsregion Kärnten-Ost						Versorgungsregion Kärnten-West				Kärnten gesamt
	FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Einsatzstunden 2015	77.863	154.753	71.811	115.693	53.221	104.542	54.740	104.654	78.511	94.038	909.827
PLAN-Einsatzstunden 2030	103.295	214.161	116.029	145.041	81.505	130.140	58.786	152.959	108.021	132.825	1.242.762
Delta absolut	+25.432	+59.408	+44.218	+29.348	+28.284	+25.598	+4.046	+48.305	+29.510	+38.787	+332.935

Tabelle 10: Einsatzstundenkontingente der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zum Planungshorizont 2030

7 Strukturierung eines abgestuften, niederschweligen und wohnort-nahen Versorgungsangebots

Die im vorhergehenden Kapitel dargestellten Planzahlen für das Jahr 2030 für die einzelnen Pflege- und Betreuungsangebote zeigen deutlich den intendierten Richtungswechsel in der Versorgung hin zu niederschweligen Angeboten, die die wohnortnahe und individuelle Versorgung in den Vordergrund stellen und somit den Grundsätzen der Bevorzugung ambulanter Pflege und Betreuung und der Unterstützung des Verbleibs in den eigenen Wohnräumen, so lange es möglich ist, entsprechen. Es findet sich darin auch der Ausbau der Unterstützungsangebote für alle informell Betreuenden und zeitlich flexibel nutzbarer Angebote.

In Ansätzen finden sich diese Angebote auch heute schon in Kärnten, neu ist vielmehr der intendierte flächendeckende und aufeinander bestmöglich abgestimmte Aufbau im Rahmen einer mittel- bis langfristigen Gesamtstrategie dieser Angebote als niederschwellige Ergänzung für ein abgestuftes Pflege- und Betreuungsangebot. Es wird jedoch notwendig sein, diese Strukturen neu zu positionieren, neu zu organisieren und mit flankierenden Maßnahmen und Rahmenbedingungen zu versehen, um sie auch nutzbar zu machen und gut genutzt zu wissen. Dies ist zwingend notwendig, will man die Hauptlast der formellen Versorgung von der stationären Langzeitpflege tatsächlich ableiten. Zudem bedarf es einer unmittelbaren Verankerung des vernetzten Angebots in den einzelnen Gemeinden, um somit näher am Lebensumfeld der Menschen sein zu können.

Daraus ergibt sich, dass die berechneten Strukturbedarfe für die einzelnen Versorgungsformen in ein neues Organisationsmodell gebracht werden sollen, womit sie erst zu einem abgestuften und integrierten, am Bedarf der Menschen ausgerichteten, Angebot werden können. In diesem Kapitel wird der Vorschlag dazu, wie dies geschehen soll, dargestellt. Dieses Modell soll als Blaupause für den Aufbau dieses Versorgungsangebots in den Gemeinden dienen, lässt jedoch genug Spielraum, um auf regionale Spezifika individuell eingehen zu können. Nach der Veröffentlichung des BEP Kärnten 2030 werden wesentliche Details und rechtliche Rahmen noch zu entwickeln sein. Dies beinhaltet Kosten- und Beitragsmodelle, Personalspezifikationen, Definition der Versorgungsinhalte usw. Der vorliegende BEP für Pflege dient als zentrale Grundlage für den Beginn dieser Maßnahmen. Das Kapitel stellt zu Beginn vergleichbare Modelle in anderen Regionen vor, die Anleihen lieferten, geht dann auf die Zielgruppe für dieses Angebot ein und stellt dann den Aufbau dar.

7.1 Bestehende Modelle

7.1.1 Abgestufte und integrierte Versorgungsmodelle

Das Sozialzentrum der Integrierten Altenpflege (IAP) an der Lutz (Vorarlberg) und auch die nach diesem Vorbild gestaltete MehrZeller Nachbarschaft (Oberösterreich) bieten abgestufte Versorgung gebündelt an. Die Modelle verfügen über unterschiedliche Wohnformen (Langzeitpflegebetten und Seniorenwohnungen), Tagesbetreuung, eine Form des Quartiersmanagements, Freizeitaktivitäten und einen Fahrtendienst. Das Sozialzentrum an der Lutz beinhaltet außerdem einen Kindergarten, eine Küche, die sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner kocht als auch Essen auf Rädern anbietet und den Mittagstisch für Schülerinnen und Schüler, Räume für das Case Management und den Stützpunkt für ambulante Dienste. Es handelt sich um einen regionalen Stützpunkt, bei dem einerseits personenbezogene

Informationen zusammenlaufen, wie z.B. Entlassungszeitpunkte, verordnete Therapien etc. und verschiedene Dienste nach individuellem Bedarf gebucht werden können. Andererseits sind aber auch aktuelle, strukturelle Neuigkeiten verfügbar, wie z.B. freie Plätze in verschiedenen Betreuungsformen etc. Hier erhalten pflegende Personen Unterstützung für die Betreuung ihrer Angehörigen zuhause, chronisch Kranke, die auf ständige Betreuung angewiesen sind, erhalten ambulante und/oder stationäre Pflege und es gibt für ältere Menschen, die nicht mehr allein zuhause leben können, das Angebot des betreuten Wohnens.

Oberstes Ziel der integrierten Altenpflege ist es, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben führen können. Für jeden Betroffenen wird die optimale Lösung gesucht, indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IAP mit den Angehörigen, den Ärztinnen und Ärzten, den Krankenpflegevereinen und den mobilen Hilfsdiensten zusammenarbeiten. Durch diese gezielte Vernetzung von familiärer Pflege mit professionellen Unterstützungsangeboten wird ein weitgehend selbstbestimmtes Leben trotz Pflegebedürftigkeit ermöglicht. Hervorzuheben ist bei diesem Projekt auch die Vernetzung aller Dienstleistungen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind für den ambulanten und den stationären Bereich gleichermaßen zuständig, außerdem ist rund um die Uhr jemand erreichbar (IAP Sozialzentrum o.J.), (Diakoniewerk Syncare GmbH o.J.c).

7.1.2 Wohnmodelle

Die Modelle zu Generationenwohnen, betreutem Wohnen und zu Senioren-Wohngemeinschaften haben gemeinsam, dass barrierefreie Wohnungen für die älteren Personen mit der Ausstattung einer Notruf Funktion zur Verfügung stehen. Unterschiedlich ist der Grad der Betreuung. Bei den meisten Modellen steht eine Ansprechperson zur Verfügung, die sich jedenfalls um eine Vernetzung kümmert und dabei helfen soll, eine lebendige Nachbarschaft aufzubauen. Je nach dem verwendeten Modell wird diese Ansprechperson als Moderatorin oder Moderator, Quartiersmanagerin oder Quartiersmanager, Wohnkoordinatorin oder Wohnkoordinator, Alltagsmanager oder Alltagsmanagerin bezeichnet. Diese Ansprechperson ist bei vielen Projekten für die ersten eineinhalb bis zwei Jahre vorgesehen. Die Funktionen und Aufgaben dieser Person sind je nach Modell unterschiedlich ausgestaltet. Bei den Seniorenwohngemeinschaften in Wien und den Wohngemeinschaften für Menschen im Alter in Luftenberg (OÖ) unterstützt diese Ansprechperson individuell die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner und hilft bei der Beratung und Vermittlung von weitergehenden Hilfen oder der Bewältigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z.B. einkaufen, Behördenwege etc. (Fonds Soziales Wien 2017), (Diakoniewerk Syncare GmbH o.J.b). Die Vorteile von Wohngemeinschaften liegen in der gemeinsamen Alltagsgestaltung und gleichzeitig der privaten Rückzugsmöglichkeit. Die Räumlichkeiten beinhalten eine gemeinsame Wohnküche und jeweils ein eigenes Zimmer je Mitbewohnerin und Mitbewohner.

Andere Projekte zielen auf generationenübergreifendes Wohnen ab, wobei zwischen Projekten im Sinn der Stadtentwicklung und kleineren Projekten wie z.B. Wohnen für Hilfe unterschieden werden muss. Zu den großen Projekten zählen Harbach 2020, die Oase 22 (Wien), das Netzwerk Soziales Neu Gestalten (Deutschland), die Lebenswelt Aigen (Salzburg), die Rosa Zukunft (OÖ) und Q8 (Deutschland). Bei diesen Projekten wird auf eine gemischte Altersstruktur geachtet und – zumindest für die Anfangszeit – ein Quartiersmanagement eingerichtet. In einigen dieser Projekte gibt es zusätzlich eine Betreuungsperson für die Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens. Auch das Wohnprojekt LeNa Engerwitzdorf (OÖ) zielt auf generationenübergreifendes Wohnen ab. 17 von 45 Mietwohnungen sind barrierefrei ausgestaltet und werden durch eine Wohnkoordinatorin betreut.

Bei dem Projekt Wohnen für Hilfe werden keine neuen Wohnungen errichtet. Statt dessen bieten ältere Personen beispielsweise Studierenden günstige Wohnmöglichkeiten in den eigenen vier Wänden an, wofür die Studierenden sie im Gegenzug bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Einkaufen, Rasenmähen etc.) unterstützen (FH Campus Wien, Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit GmbH 2015, S. 8), (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)(Diakoniewerk Syncare GmbH o.J.d), (Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen o.J.), (Diakoniewerk Syncare GmbH o.J.a), (Evangelische Stiftung Alsterdorf o.J.). Es gilt zu beachten, dass die einzelnen Modelle auf ihr jeweiliges Umfeld und die bestehenden Rahmenbedingungen abgestimmt sind und nicht immer unmittelbar übertragen werden können.

7.2 Ziele des neustrukturierten Versorgungsangebots

Die engere Vernetzung der niederschwelligen Versorgungsangebote sowie die unmittelbare Verankerung in der Gemeinde dienen mehreren wesentlichen Zielen der Versorgung:

- einer frühzeitigen, im Idealfall präventiven, Unterstützung alter und hochaltriger Menschen gemäß ihren sozialen, betreuungstechnischen, finanziellen und pflegerischen Bedarfen
- der Vermeidung von Wartezeiten auf verfügbare Pflegeangebote durch frühzeitige Wahrnehmung der Bedarfsentwicklung, auch nach einer Entlassung aus akutstationärer Versorgung
- der Sicherstellung der bestmöglichen Verwendung der eigenen Ressourcen zur Wahrung des gewünschten Autonomiegrades
- der Unterstützung der informell betreuenden und pflegenden Menschen durch gemeindeeigene Dienstleistungsangebote in der Pflege
- der Anbindung der Menschen an die Gemeinde durch eine intrakommunale, breite und aufeinander abgestimmte Angebotsstruktur
- der Stärkung der interkommunalen und sozialen Interaktion auch der alten und hochaltrigen Bewohnerinnen und Bewohner
- der Nutzung synergistischer Effekte im personellen und infrastrukturellen Bereich durch Vernetzung der einzelnen Pflege- und Betreuungsangebote
- der Schaffung eines langfristigen Alternativangebots zu stationären Pflegekapazitäten
- einer Verschränkung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf primärer Ebene und der Pflegeversorgung

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

7.3 Zielgruppe des abgestuften niederschwelligen Versorgungsangebots und deren Bedarfe

Die Zielgruppe dieses neu strukturierten Versorgungsmodells besteht aus mehreren Gruppen. Zum einen sind es alle Menschen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung oder altersbedingt einen Betreuungs- und/oder Pflegebedarf haben. Zum zweiten zählen dazu alle Menschen ab einer noch zu definierenden Altersgrenze (z.B.: ab 75 Jahre), unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und unabhängig davon, ob sie schon einen Betreuungs- oder Pflegebedarf haben, als Zielgruppe für präventive und soziale Maßnahmen. Sie sollen zumindest die Möglichkeit eingeräumt bekommen, über Angebote informiert zu werden. Weiters umfasst die Zielgruppe auch alle erwerbstätigen oder nicht erwerbstätigen Personen, die im Rahmen informeller Betreuung und Pflege für ihre Angehörigen tätig sind.

Die beschriebene Zielgruppe ist heterogen und weist daher unterschiedliche Bedarfe auf, die alle im neuen Versorgungsmodell Berücksichtigung finden sollen.

7.4 Konzeption von „Altern im Mittelpunkt“ - AiM

Das Konzept des „Alterns im Mittelpunkt“ - AiM verfolgt das Ziel, die auszubauenden niederschwelligen Versorgungsangebote der teilstationären Tagesbetreuung, der mobilen Dienste, des betreubaren Wohnens, des GPS bzw. SGS in Klagenfurt und Villach, des Consenso und ehrenamtlicher Tätigkeiten (Dorfservice) so miteinander zu verweben und um bestehende Mängel und Defizite zu bereinigen, damit sie flächendeckend und nah an den einzelnen Gemeinden eine niederschwellige Alternative zu Pflegeheimen darstellen können. Das AiM stellt somit den einheitlichen Vorschlag von Seiten des Landes für interessierte Gemeinden dar, wie sie ein niederschwelliges, abgestuftes und wohnortnahes Angebot abseits von Pflegeheimen gestalten sollten. Ziel des Landes muss es sein, ein weitgehend homogenes und flächendeckendes System zu etablieren, das es selbst koordiniert und dessen Weiterentwicklung es steuert. Die Umsetzungsverantwortung liegt in den jeweiligen Gemeinden, wobei die bestehenden Erfahrungen und Strukturen der „Gesunden Gemeinden“ hilfreich genutzt werden könnten.

Eine Einrichtung des AiM vereint im Idealfall mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege alle Versorgungsangebote für ältere und betreuungs- und/oder pflegebedürftige Personen unter einem Dach und bietet somit auf die Bedürfnisse älterer Personen abgestufte Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten, die ineinandergreifen und es den Menschen möglich machen, bei sich ändernden Bedarfen dennoch in dieser Versorgungsstruktur verbleiben zu können. Dort wo auch ein stationäres Pflegeheim besteht, sollte dieses an das Angebot des AiM angebunden werden, um Synergieeffekte zu nutzen und den Nutzerinnen und Nutzern des Angebots das Wechseln zwischen Standorten bei sich ändernden Bedarfen ersparen zu können, was die Akzeptanz des Angebots wiederum erhöhen sollte.

Kernelement des Angebots ist die unmittelbare Verankerung in der Gemeinde durch die Funktion einer *Sozial- und Pflegekoordination innerhalb dieser Gemeinde* (bei kleinen Gemeinden werden mehrere zusammengefasst). Diese trägt dafür Sorge, dass jede Bürgerin und jeder Bürger mit Sozial- und/oder Pflegebedarfen mit Unterstützung der Gemeinde zeitgerecht jenes Angebot erhält, das sie oder er benötigt. Dabei wird darauf geachtet, dass dieses Angebot den tatsächlichen Bedarf nicht überschreitet. Der präventive Charakter des Angebots wird dadurch sichergestellt, dass ab einer gewissen Altersschwelle (beispielsweise ab dem 75. Lebensjahr) alle Menschen adressiert werden, die noch keine Bedarfe ihrerseits angemeldet haben, um frühzeitig eine Abstimmung finden zu können. Auch ein *Netzwerk an ehrenamtlich Tätigen* kann über diese Funktion ebenso wie alle weiteren Angebote in einer

Gemeinde, auch spezielle Versorgungsmodelle, miteinander verknüpft und gemeinsam koordiniert werden. Es muss im Sinne der Bürgerinnen und Bürger und im Sinne einer Vernetzung und Integration jedenfalls vermieden werden, dass unterschiedliche Angebote von unterschiedlichen Stellen koordiniert werden.

Einer regional bezogenen Koordination ist gegenüber einer projekt- oder angebotsspezifischen Koordination aus Gründen der Integration, Vernetzung und Klientenperspektive im Versorgungsprozess jedenfalls der Vorzug zu geben.

Welche weiteren Betreuungs- und Versorgungsangebote in den jeweiligen Einrichtungen angeboten werden, ist von Standort zu Standort unterschiedlich und kann flexibel an die Bedarfslagen des jeweiligen Einzugsgebiets angepasst werden. Obligatorische Module sind jedenfalls die *teilstationäre Tagesbetreuung, der Transportdienst, betreubares Wohnen und die Funktion und Aufgabe des Alltagsmanagements*. Die Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen als Module gesehen werden, die je nach den lokalen Gegebenheiten und infrastrukturellen Voraussetzungen des entsprechenden Einzugsgebiets im AiM eingerichtet werden.

Es erscheint auch die Verankerung der mobilen Dienste an einem Standort des AiM sinnvoll. Ein weiteres optionales Modul ist die Gemeinschaftsküche, in der sowohl für die Klientinnen und Klienten der teilstationären Tagesbetreuung als auch für Interessierte zu Hause oder in betreutem Wohnen lebende Personen gekocht wird. Das AiM verfügt auch über Gemeinschaftsräume, die von allen Klientinnen und Klienten der verschiedenen Elemente des AiM zur gemeinsamen Gestaltung des Alltags genutzt werden sollen. Hierin liegt eine starke soziale Funktion begründet, die zugleich den Menschen eine aktive Teilhabe am Leben in der Gemeinde ermöglicht.

Die folgende Grafik zeigt die obligatorischen und optionalen Module, aus welchen ein AiM besteht bzw. bestehen kann, danach erfolgt die Beschreibung der einzelnen Module.

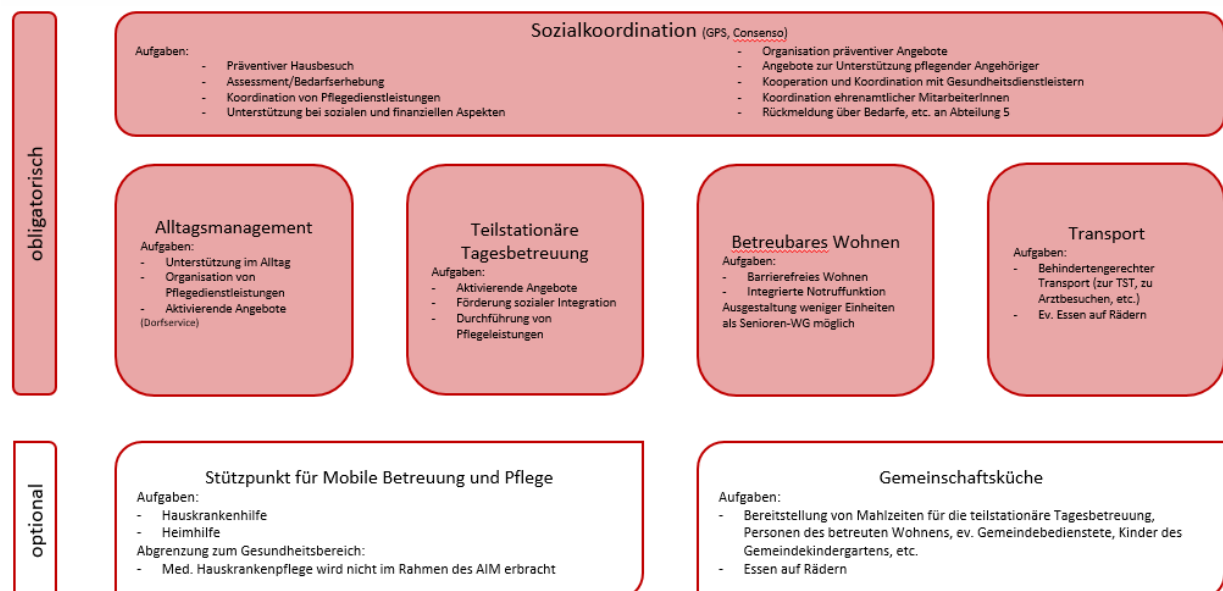


Abbildung 8: Obligatorische und optionale Module des AiM; Quelle: EPIG-GmbH

Eine Einrichtung des AiM sollte im Zentrum einer Gemeinde stehen und damit in den Ortskern und die örtliche Infrastruktur integriert sein, um Einkaufsmöglichkeiten, die Kirche, Vereinslokale, öffentliche

Verkehrsanbindungen, Lokale, Gesundheitseinrichtungen etc. gemäß den eigenen Mobilitätsmöglichkeiten eigenverantwortlich erreichen zu können. Zudem kann damit eine Belebung von Ortskernen unterstützt werden.

Grundsätzlich verfügt ein AiM über keine stationären Pflegebetten, ist aber in Gemeinden mit einem Pflegeheim sinnvollerweise an dieses angebunden, um Synergien nutzbar zu machen.

Es wird empfohlen, dieses Konzept in Pilotgemeinden zu erproben und es begleitend und im Rahmen eines kontinuierlichen Lern- und Verbesserungsprozesses zu implementieren. Es erscheint sinnvoll, eine Einrichtung des AiM für ein Einzugsgebiet von ca. 5.000 bis 10.000 Menschen zu dimensionieren. Bis 2030 ist in Kärnten mit etwa 380 Bezieherinnen und Beziehern von Bundespflegegeld je 5.000 Einwohnern zu rechnen, von denen laut Prognose 83,3 % einer Form formeller Unterstützung bedürfen werden. Zudem sind jene Personen zu berücksichtigen, die zwar das Alter erreicht haben, aber noch kein Pflegegeld beziehen oder selbstzahlend einzelne Angebote in Anspruch nehmen wollen.

7.4.1 Wesentliche Funktionen im AiM

Die **Sozial- und Pflegekoordination** („Pflegenahversorger“) sollte zukünftig als die Aufgabe der Gemeinde für ihre Bürgerinnen und Bürger implementiert werden. Diese Funktion stellt das Kernelement einer bürgernahen und proaktiven Unterstützung dar. Bei älteren Menschen, die bereits eine Betreuungs- und/oder Pflegedienstleistung benötigen, geht es darum, ihnen gezielt und individuell Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sie sollen so viel Betreuung und Pflege wie notwendig und so wenig wie möglich erhalten, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können. Um gemeinsam die richtige Entscheidung für die eine oder andere Form der Betreuung und Pflege und auch des Wohnens treffen zu können, müssen die entsprechenden Informationen so vermittelt werden, dass die betroffene Person und eventuell auch deren Angehörige die Vor- und Nachteile verstehen und dadurch fundiert entscheiden können.

Das GPS wird derzeit an den Bezirkshauptmannschaften angeboten und steht den Bürgerinnen und Bürgern als Erstanlaufstelle und Kompetenzzentrum zur Verfügung und kann schrittweise auf Gemeindeebene in das AiM integriert werden, sodass das GPS, das auf Bezirksebene verbleibt, als Steuerungselement zwischen dem Amt der Kärntner Landesregierung einerseits und den Sozial- und Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren in den Gemeinden andererseits fungiert. Aufgabe der Sozial- und Pflegekoordination sind:

- Wahrung der Aufgabe der Bereitstellung eines Angebots aus Sicht der Gemeinde und Vernetzung der Betreuungseinrichtungen und aller speziellen Angebote
- Angebot von Informationen zu möglichen Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeangeboten und Organisation derselben (auch finanzieller Natur)
- Präventive Besuchsangebote für Personen ab dem 75. Lebensjahr
- Organisation und Vermittlung von entlastenden Angeboten für betreuende und pflegende Angehörige
- Organisation von Treffen zur Vernetzung und zum gegenseitigen Austausch unter pflegenden Angehörigen
- Koordination ehrenamtlich Tätiger innerhalb der Gemeinde

- Kommunikation mit dem Entlassungsmanagement der Krankenanstalten für Gemeindebürgerinnen und -bürger, um Versorgungsbrüche zu vermeiden

Die Sozial- und Pflegekoordination kann aber vor allem bei Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen, Krisen oder einem komplexen Versorgungsbedarf Hilfestellungen anbieten und eine adäquate Versorgung organisieren.

Die Aufgaben der Sozial- und Pflegekoordination sind so gestaltet, dass diplomierte Sozialarbeiterinnen und -arbeiter (DSA) eingesetzt werden könnten. Diese unterstützen Personen in problematischen sozialen Lebenssituationen, arbeiten zu diesem Zweck oft mit anderen Professionen zusammen und leisten pragmatisch orientierte Hilfe (Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) 2017). Das unmittelbare Case Management im Sinne einer Bedarfserhebung und Pflegeplanung sollte in der Folge von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP) durchgeführt werden, das im Rahmen der mobilen Pflege tätig wird.

Die Aufgaben des *Alltagsmanagements* sind es, für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen des betreuten Wohnens²³ in einem AiM erste Ansprechpartnerin oder erster Ansprechpartner zu sein. Darin vereinen sich die Aufgaben eines „Kümmerers“ um hausmeisterliche Aufgaben ebenso wie soziale Vernetzungs- und Aktivierungsaufgaben jedoch ohne sozialarbeiterischen oder pflegerischen Anspruch. Das Alltagsmanagement bietet Hilfe bei Wohnungsangelegenheiten und organisiert gemeinsame Aktivitäten in den Gemeinschaftsräumen, wie z. B. Feste im Jahreskreis, aktivierende Gruppenstunden (Bewegungsübungen, Gedächtnistrainings, gemeinsames Singen, Malen etc.). Diese beschriebenen Aktivitäten sollten mit der teilstationären Tagesbetreuung abgestimmt werden, auch dort kann das Alltagsmanagement eingesetzt werden. Es dient den Bewohnerinnen und Bewohnern und Nutzerinnen und Nutzern der teilstationären Tagesbetreuung im AiM zur Information, Beratung und Unterstützung bei organisatorischen Angelegenheiten und auch dem Aufbau sozialer Netzwerke.

Anders als die Sozial- und Pflegekoordination wirkt das Alltagsmanagement als Teil des betreuten Wohnangebots und somit des AiM innerhalb der Einrichtung, wohingegen ersteres eine Aufgabe der Gemeinde für alle Bürgerinnen und Bürger ist.

Für das Alltagsmanagement gibt es den Regierungsbeschluss über die Richtlinien zum betreubaren Wohnen, der 0,75 VZÄ je 12 Bewohnerinnen und Bewohner vorsieht (Amt der Kärntner Landesregierung LGBl Nr 85/2013 2013). Für die ca. 21 Plätze in betreutem Wohnen für ein AiM in einem Einzugsgebiet von 5.000 EW ergeben sich somit ca. 1,3 VZÄ. Unter Berücksichtigung entsprechender Aufgaben auch in der teilstationären Tagesbetreuung kann sich das Stundenausmaß entsprechend erhöhen. In den Richtlinien zur Förderung betreubaren Wohnens wird als Qualifikationskriterium der Alltagsmanagerin und des Alltagsmanagers das Verständnis für den alten Menschen und seine Bedürfnisse hervorgehoben. Weiters sollte ein Bezug zu sozialen Aufgaben und eine gewisse praktische Erfahrung im Umgang mit alten Menschen vorhanden sein (Amt der Kärntner Landesregierung LGBl Nr 85/2013 2013, S. 7). Alltagsmanagerinnen und -manager verfügen somit idealer Weise über die Kompetenzen einer Fach- und Diplom-SozialbetreuerIn für Altenarbeit (FSBA) oder einer Heimhilfe mit entsprechender Weiterbildung, können bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gut unterstützen und auch soziale und aktivierende Maßnahmen setzen. Diese haben einen eigenverantwortlichen Aufgabenbereich, der eine möglichst umfassende Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen umfasst. Das kann einzeln oder

²³ Das betreute Wohnen kann in unterschiedlichen Organisationsformen innerhalb des AiM angeboten werden. Es kann als Wohnhaus mit Einzelwohnungen, mit Senioren-WGs oder auch als Generationen übergreifendes Konzept ausgebildet sein.

in Gruppen geschehen und ist abgestimmt auf ihren Bedarf und gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse (Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) 2011).

Die *teilstationäre Tagesbetreuung (Tagesstätte)* bietet sowohl halb- als auch ganztägige Aufenthalte, kann aber auch stundenweise genutzt werden. Es gibt aktivierende Angebote, wie beispielsweise Bewegungsgruppen und kreative Tätigkeiten wie Malen und Musizieren und die Mahlzeiten im Tagesablauf werden gemeinsam eingenommen. Dieses Angebot unterstützt ältere Personen darin, ihren Tagesablauf zu strukturieren, soziale Kontakte zu knüpfen bzw. zu erhalten und möglichst lang physisch und psychisch aktiv zu bleiben. Zugleich dient das Angebot der Entlastung Angehöriger und dazu, weiterhin dem Beruf nachgehen zu können und die betreuungsbedürftige Person gut aufgehoben zu wissen. Wichtig ist, dass es kurzfristig und flexibel möglich sein muss, das Angebot in Anspruch zu nehmen, um auch ungeplante Bedarfe erfüllt zu wissen. Die unmittelbare Verankerung in der Gemeinde bietet den Vorteil von kurzen Transportwegen und dem Verbleib im gewohnten Lebensumfeld sowie der Möglichkeit der Pflege von bestehenden Sozialkontakten.

Aus den Planzahlen für 2030 ergibt sich für ein Einzugsgebiet von 5.000 EW ein Bedarf von ca. 9 Plätzen. Zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilstationären Tagesbetreuung zählen DGKP mit Ausbildung zur Pflegedienstleitung, Pflegeassistentinnen und -assistenten und Fach- und Diplom-Sozialbetreuerinnen und -betreuer Altenarbeit (FSBA). Der Personalschlüssel ist nach den derzeit geltenden Richtlinien für teilstationäre Tagesbetreuung auszurichten.

Einer der Gründe für die derzeit noch schlechte Auslastung von Tagesstätten liegt in der fehlenden Transportorganisation. Daher wird die *Organisation und Bereitstellung eines Transports* ein zentrales Element des zukünftigen AiM sein müssen. Der Transportdienst geht vom AiM aus und ist für Personen gedacht, die teilstationäre Aufenthalte im AiM verbringen und keine Möglichkeit haben, selbst oder mit Hilfe von Angehörigen zum AiM zu kommen. In weiterer Folge kann der Transportdienst auch von älteren Personen genutzt werden, die selbst nicht mehr mobil genug sind, um Termine bei Ärztinnen und Ärzten etc. wahrzunehmen.

Das *betreubare Wohnen* ist ein essenzielles Element des AiM, um eine Abstufung im Versorgungsangebot zu schaffen. Es ist durchaus möglich, eine größere Zahl an entsprechend ausgestatteten Wohnungen an das AiM anzubinden, als es der quantitative Bedarf ausweist. Die hierin ausgewiesene Zahl an Wohnplätzen muss jedoch unmittelbar für tatsächlich betreutes Wohnen genutzt werden, das bedeutet im Wesentlichen, vom Alltagsmanagement erfasst zu sein. Es handelt sich somit dabei um zumindest barrierefreie Wohneinheiten, die über einen direkten Notruf-Knopf mit einer Pflegeperson des Stützpunkts der mobilen Betreuung und Pflege oder dem allgemeinen Rettungsdienst verbunden sind, um auch in der Nacht schnelle Hilfe sicherzustellen. Es ist durchaus möglich, dass unterschiedliche Organisationsvarianten des betreuten Wohnens kombiniert werden. Der Unterschied zwischen den verschiedenen Wohnmöglichkeiten liegt im Grad der Unabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner. Während beim betreuten Wohnen jede Person über eine eigene Wohnung inkl. Küche und Bad/WC verfügt, werden bei der Senioren-WG abgesehen vom Schlafräum alle Zimmer gemeinschaftlich genutzt. Somit liegt der Fokus bei dieser Wohnform wesentlich mehr auf dem sozialen Kontakt.

Mit der Unterstützung durch die mobilen Dienste und die Alltagsmanagerinnen oder Alltagsmanager können viele Aktivitäten des täglichen Lebens noch relativ selbstständig durchgeführt und auch die Freizeit aktiv gemeinsam mit anderen gestaltet werden. Weiterer sozialer Kontakt kann durch den Besuch der unmittelbar anschließenden Tagesstätte gepflegt werden.

Die **mobilen Pflege- und Betreuungsdienste** bieten ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen in den Bereichen diplomierter Pflegedienstleistungen, Pflegehilfsdienste und Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes an. Dabei ist zwischen den Leistungen, die im Rahmen der Hauskrankenpflege erbracht werden und jenen, die den pflegerisch-sozialen Bereich betreffen, zu differenzieren. Für Personen, die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc. nicht mehr alleine bewältigen können, sind diese Dienste unverzichtbar, um trotz der bestehenden Einschränkungen zu Hause leben zu können. Zudem bilden sie ebenso ein unterstützendes Element für informell betreuende und pflegende Angehörige. Insofern kommt diesem Angebot die zentrale Funktion der Verlängerung der Möglichkeit zum Verbleib in den eigenen vier Wänden oder in betreuten Wohnformen zu.²⁴ Die Vorteile, wenn auch der Stützpunkt der mobilen Dienste im AiM ist, liegt in den kurzen Wegen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern im AiM und auch in der Möglichkeit, Klientinnen und Klienten der teilstationären Tagesbetreuung gut zu erreichen und damit Personalressourcen effizient zu nutzen.

Eine enge Abstimmung mit mobilen Angeboten der medizinischen Hauskrankenpflege und den mobilen Aufgaben der zukünftigen Primärversorgungseinrichtungen ist zwingend erforderlich.

Ein optionales Angebot im Rahmen des AiM kann eine **gemeinschaftliche Küche** sein. Sie kann nicht nur für die Klientinnen und Klienten der Tagesstätte die Speisen zubereiten, sondern auch für Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens. Je nach lokaler Situation kann hier durchaus auch ein breiteres Angebot aufgebaut werden, das über die Altenversorgung hinausreicht.

7.4.2 Notwendige zu schaffende Rahmenbedingungen

Das Funktionieren dieses beschriebenen Organisationsmodells sollte in einem schrittweisen Aufbau sorgfältig getestet und optimiert werden. Zu Beginn sollten einige wenige Pilotprojekte stehen. Neu sind dabei nicht die einzelnen Komponenten des AiM, sondern ist die aufeinander abgestimmte Kombination und Integration derselben, woraus ein neues Angebot entsteht. Bevor jedoch die Umsetzung beginnen kann, sind noch wesentliche Rahmenbedingungen auszuarbeiten und zum Teil rechtlich zu verankern:

- Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Sozial- und Pflegekoordination
- Definition der finanziellen Anreiz- und Kostenmodelle als zentrales Element einer Steuerung des Anbieter- und KlientInnenverhaltens
- detaillierte Personaldefinition und Abstimmung zwischen den Angeboten
- betriebswirtschaftliche Konzeptdetaillierung

7.5 Die Rolle des Landes Kärnten im AiM

Das Land Kärnten trägt die zentrale Verantwortung dafür, dass langfristig ein entsprechendes flächendeckendes System aufgebaut wird und schafft die notwendigen Rahmenbedingungen rechtlicher, finanzieller und fachlicher Natur dafür. Es bietet in weiterer Folge interessierten Gemeinden die fachliche Unterstützung im Aufbau und Betrieb des AiM. Zudem ist das Land dafür verantwortlich, die Qualität des Angebots und die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu überwachen. Weiters ist eine

²⁴ Eine zumindest örtlich/räumliche Nähe des AiM zur Primärversorgung und somit zum Gesundheitsbereich ist anzudeuten, allerdings ist eine organisatorische Trennung vor allem hinsichtlich der Finanzierung derzeit noch unumgänglich.

Spezifikation der Dokumentation zur Inanspruchnahme von Seiten des Landes vorzugeben. Diese Daten werden im Rahmen des Monitorings analysiert und entsprechende daraus abgeleitete Maßnahmen sind in Kooperation mit den verantwortlichen Personen des jeweiligen AiM zu entwickeln.

8 Demenzversorgung

Die Versorgung von Menschen mit altersbedingten neurologisch-degenerativen Erkrankungen wird zu einem immer wichtigeren Teilaspekt der Altenbetreuung und -pflege in Österreich. In der Regel findet diese implizit als Teil der allgemeinen entsprechenden Versorgung in einem integrativen Sinne statt. Punktuell gibt es auch spezifische Angebote für die Betroffenen. Der vorliegende BEP für Pflege - K 2030 macht es sich zur Aufgabe, eine flächendeckende Struktur für die Versorgung an Demenz erkrankter Menschen auszuarbeiten und ihren Aufbau bis 2030 festzulegen.

Im folgenden Kapitel wird sowohl die vorliegende Evidenz zur Art der Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen beschrieben als auch die aktuelle Versorgungssituation in Kärnten skizziert. Daraus abgeleitet finden sich am Ende des Kapitels die Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung der entsprechenden Struktur.

8.1 Literatursuche

Um den aktuellen Stand der Wissenschaft festzustellen und die verfügbare Evidenz zu identifizieren, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, belastbare Evidenz zu Versorgungsformen und Therapiekonzepten einerseits und epidemiologische Daten zur Prävalenz und Informationen über die zukünftige Entwicklung der Zahl der Personen mit demenziellen Erkrankungen andererseits zu erhalten.

Eine Suche nach *grauer Literatur* wurde zur Identifikation relevanter Policy Papers, wie Strategiepapieren und Forschungsberichten, durchgeführt. Dabei wurde auf den Websites folgender Institutionen recherchiert:

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (www.bmgf.gv.at)
- Robert Koch-Institut (www.rki.de)
- Website der nationalen Demenzstrategie Österreich (www.demenzstrategie.at)
- Alzheimer-Hilfe Österreich (www.alzheimer-hilfe.at)

Eine *Leitliniensuche* wurde mit dem Ziel durchgeführt, Evidenz zur Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen zu erhalten. Die Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten erfolgte in der Datenbank des National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Betrachtet wurden Publikationen, die innerhalb der letzten zehn Jahre veröffentlicht wurden, in Englisch oder Deutsch verfasst und als Volltext verfügbar waren. Die Prüfung der Relevanz erfolgte anhand von Titel und Abstract, Volltexte der als relevant eingestuften Publikationen wurden gescreent und verwertbare Daten extrahiert. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die thematisch nicht relevant waren oder in einem anderen Setting als dem Altenpflegebereich durchgeführt wurden (z.B. Krankenhaus).

8.2 Epidemiologie

Im Österreichischen Demenzbericht wurde die Anzahl der Personen mit demenziellen Erkrankungen einerseits aus Studien und Hochrechnungen und andererseits auf Basis von Routinedaten berichtet (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, 19ff). Aus Studien und Hochrechnungen werden 90.500 Demenzkranke im Jahr 2000 berichtet und eine Zahl von 174.600 für das Jahr 2030

und 262.200 für das Jahr 2050 prognostiziert. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen wird von 23.600 im Jahr 2000 auf 65.500 im Jahr 2050 steigen. Diese Zahlen beinhalten eben auch eine Schätzung der Zahl jener an Demenz erkrankter Personen, die noch keine Therapie erhalten und deren Krankheit noch nicht diagnostiziert ist, der bestehenden Dunkelziffer also.

Die Demenzprävalenz auf Basis von Routinedaten, also die Zahl ausschließlich als demenziell erkrankter Personen inkludiert Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden Verschreibung von Antidementiva, Personen ohne Antidementiva-Verschreibung, bei welchen im laufenden Kalenderjahr ein stationärer Aufenthalt mit Demenz als Hauptdiagnose vorlag und Personen, bei denen beides nicht zutreffend war, aber eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung aufgrund von Demenz vorlag. 2013 lag diese Prävalenz bei 64.307 Personen, das entspricht rund 760 Personen je 100.000 EW.²⁵ Für Kärnten lag die Demenzprävalenz bei 4.741 Personen, was 853 je 100.000 EW entspricht. Eine Betrachtung nach Geschlecht zeigt eine Prävalenz von 302 je 100.000 Männern und 551 je 100.000 Frauen.

In stationären Einrichtungen liegt die Demenzprävalenz zwischen 60 % und 65 % (Bundesministerium für Gesundheit 2012, S. 59), im ersten österreichischen Demenzbericht wurde beschrieben, dass für 43 % der Personen Demenz der Grund für die Übersiedlung in ein Pflegeheim war (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 106).

Durch die steigende Lebenserwartung und die künftig höhere Zahl an Hochaltrigen wird eine Zunahme der Personen mit demenziellen Erkrankungen erwartet. Allerdings unterliegt diese Prognose Einschränkungen. Einerseits ändert sich diese Entwicklung sobald ein Therapiedurchbruch gelingt und andererseits wird etwa ein Drittel der Alzheimer-Demenzfälle modifizierbaren Risikofaktoren zugeordnet, die durch körperliche Aktivität, Tabakabstinenz und gesündere Ernährung vermindert werden können. Ein wachsender Bildungsstand und die bessere Kontrolle von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und Übergewicht und damit die Prävention und Therapie von kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten lassen darauf schließen, dass die Prognosen nach unten revidiert werden müssen. Das wird den demografisch bedingten Anstieg der Zahl demenziell Erkrankter nicht grundsätzlich aufhalten, aber vermutlich etwas abbremsen (Robert Koch-Institut 2015, S. 442; Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 21; Larson und Langa 2017).

Darüber hinaus ist der Verlauf der Erkrankung ein gradueller, der in frühen Stadien eine gewohnte Lebensführung und Alltagsbewältigung weitgehend noch zulässt. Damit wird jedoch die Abschätzung der Zahl an Menschen, die aufgrund dieser Diagnose und deren Folgen tatsächlich auf ein formelles Betreuungs- und Pflegeangebot zurückgreifen muss, schwer abgrenzbar.

8.3 Aktuelle Versorgungssituation in Kärnten

Um zu einem Überblick über die aktuelle Situation zur Versorgung von Personen mit einer demenziellen Erkrankung in Kärnten zu gelangen, wurde von der Abteilung 5 – Unterabteilung Pflegewesen - des

²⁵ Die Prävalenzzahlen wurden dem Österreichischen Demenzbericht 2014 entnommen (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, 23f). Die Berechnung der erkrankten Personen je 100.000 EW ergibt für die Prävalenz in Österreich die im Text erwähnten 760 Personen je 100.000 und nicht die im Demenzbericht tatsächlich fälschlicherweise veröffentlichte Zahl von 670 Personen je 100.000 EW.

Amt der Kärntner Landesregierung im April 2016 eine Erhebung in allen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt.²⁶ Die Rückmeldequote lag bei 96,2 %, die Ergebnisse stellen also ein nahezu vollständiges Abbild der stationären Versorgung dar.

55,5 % der Bewohnerinnen und Bewohner (2.881 Personen) weisen ein demenzielles Verhalten auf, davon wurde bei 75,6 % (2.176 Personen) eine demenzielle Erkrankung auch diagnostiziert und 316 Bewohnerinnen und Bewohner befinden sich im Endstadium der Erkrankung. In den meisten Einrichtungen (91,0 %) werden Personen mit demenziellem Verhalten ausschließlich integrativ betreut, also gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit anderen Erkrankungen und Beeinträchtigungen, in sieben Pflegeheimen wird auch eine segregative Betreuung angeboten. Gut die Hälfte der Pflegeheime bewertete die Betreuungs- und Pflegesituation für demenziell erkrankte Menschen im eigenen Pflegeheim als sehr gut oder gut (12,0 % und 38,2 %), vom Rest wurde sie als befriedigend eingestuft. Auf die Frage, was die Betreuung und Pflege speziell für die an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner verbessern würde, nannten 60,5 % der Einrichtungen eine Anhebung des Personalschlüssels, 35,5 % finanzierte Fortbildungen und 27,6 % mehr Zeit, um individuell auf die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner eingehen zu können.

987 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügten zu diesem Befragungszeitpunkt über eine einschlägige Ausbildung zur Betreuung von Personen mit demenziellen Verhaltensweisen. Bei einer Folgeerhebung im Jahr 2017 stieg diese Anzahl auf 1.052 speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dadurch wird deutlich, dass bereits in einigen Einrichtungen spezielle Konzepte für Personen mit demenziellen Erkrankungen angewendet werden.

8.4 Evidenzbasierte Versorgung demenziell Erkrankter

Es wird vorliegend keine Literaturanalyse zur eigenständigen Erarbeitung eines evidenzbasierten Versorgungskonzepts durchgeführt. Vielmehr wird auf bestehende Konzepte – idealerweise in Form von Meta-Analysen – zurückgegriffen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Demenzstrategie (Gesundheit Österreich GmbH 2016, 9ff) wurden durch eine systematische Literaturrecherche Pflegekonzepte identifiziert, die im stationären Setting eingesetzt werden können. Voraussetzung für die Umsetzung jedes einzelnen Konzeptes ist die Schulung des durchführenden Pflegepersonals. Beschrieben werden der jeweilige Hintergrund und die Ziele der einzelnen Konzepte sowie ein kurzer Überblick über die Inhalte.

Eine grobe Unterscheidung kann nach dem Ausgangspunkt der jeweiligen Konzepte getroffen werden. So stehen im psychobiographischen Pflegemodell nach Erwin Böhm, in der personenzentrierten Pflege nach Tom Kitwood, in der Validation nach Naomi Feil, der integrativen Validation nach Nicole Richard, der erlebensorientierten Pflege (Mäeutik), der Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Barbara Romero, im Modell der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel (AEDL/ABEDL-Strukturierungsmodell), der Reminiszenztherapie (REM), der Erinnerungspflege und Humor in der Pflege immer der Mensch und dessen Biographie im Mittelpunkt, während z.B. im Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) die Orientierung im Hier und Jetzt durch entsprechende auditive und visuelle Reize gefördert werden soll.

²⁶ Umfrageergebnis Land Kärnten zu Demenz, April 2016

In der *Milieutherapie* wird die materielle und soziale Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Personen mit demenziellen Erkrankungen angepasst und auch im DEMIAN-Konzept (Demenzkranken Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen) bilden positiv bedeutsame Alltagssituationen der Betroffenen den Ausgangspunkt, um positives Befinden zu fördern.

Bei der *sensorischen Stimulation durch Snoezelen*, der basalen Stimulation, der Aromapflege, der Musik in der Pflege, der progressiven Muskelentspannung und Tieren im Heim stehen sensorische Empfindungen im Vordergrund, im Gegensatz dazu ist beim Konzept der *kognitiven Interventionen* das Ziel auf bestimmte kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration oder das Gedächtnis gelegt.

Um Aussagen über die Wirksamkeit treffen zu können, reicht die Evidenzlage derzeit bei vielen angewandten Pflege- und Therapiekonzepten noch nicht aus. Zu diesem Schluss kommen sowohl die Autorinnen und Autoren der wissenschaftlichen Begleitung der Demenzstrategie (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 7) als auch die des HTA-Berichts, der im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde (Deutsches Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 71). Im Rahmen des HTA-Berichtes wurden ebenfalls unterschiedliche Pflege- und Therapiekonzepte recherchiert (Validation, Ergotherapie, multisensorische Stimulation, Entspannungsverfahren, Realitätsorientierung, Reminiszenztherapie und emotionsorientierte Pflege) und es wurde darauf hingewiesen, dass die mangelhafte Studienlage nicht bedeutet, dass die genannten Konzepte ineffektiv sind. Positive Tendenzen, insbesondere zu den ergotherapeutischen Ansätzen und im frühen Erkrankungsstadium auch zur Realitätsorientierung rechtfertigen weitere Forschungsbemühungen.

Niedrige Evidenz liegt für kognitive Interventionen vor, kognitives Training führt zu kurzfristigen, leichten Verbesserungen der kognitiven Funktion sowie der Lebensqualität bei Personen mit Alzheimer Demenz. Ebenfalls niedrige Evidenz liegt für Bewegungsinterventionen vor, diese scheinen zu einer Verbesserung der kognitiven Funktion und der Aktivitäten des täglichen Lebens zu führen. Auch ergotherapeutisches Funktions- und ADL-Training zeigt einen schwach positiven Effekt auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Einen positiven Effekt auf die Lebensqualität haben individualisierte Multikomponenten-Interventionen mit dem Schwerpunkt Ergotherapie, die auch Umfeldanpassungen und Angehörigenberatung im häuslichen Patientenumfeld vorsehen. Im Setting Pflegeheim haben in Gruppen durchgeführte kognitive Stimulation, Biographiearbeit, Bewegung und ADL-Training positive Effekte auf das Verhalten und die Stimmung von Personen mit demenziellen Erkrankungen (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 79).

Wie wenig Evidenz vorliegt wird auch in einem systematischen Review des Schwedischen Rates für Health Technology Assessment deutlich. Die Frage nach den Effekten von individuellen Interventionen wie Realitätsorientierung, Validation oder Reminiszenztherapie auf die benötigte Betreuung (stationäre Pflege und Betreuung, informelle Pflege etc.) konnte nicht beantwortet werden. Ebenso wurde in diesem Review festgehalten, dass keine Evidenz für unterschiedliche Formen der Betreuung vorliegt, ob sich also die Tagesbetreuung oder die stationäre Pflege positiver auf die Selbständigkeit und den Krankheitsverlauf von Personen mit demenziellen Erkrankungen auswirken (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2008, 102ff).

Die Empfehlungen der Leitlinie zu Demenz lassen darauf schließen, dass beratende Unterstützung und Interventionen, die sich an persönlichen und alltagsrelevanten Zielen orientieren und im gewohnten Umfeld stattfinden, sowohl positive Effekte auf den Erhalt der Alltagsfunktionen der betroffenen Personen als auch auf die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen haben (Deutsche Gesellschaft

für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2016, 84ff).

Reilly et al kamen in ihrem Review zur Erkenntnis, dass Case Management einen positiven Effekt sowohl auf die Betroffenen selbst als auch auf deren Angehörige hat, allerdings konnte nicht festgestellt werden, ob Case Management einen Effekt auf einen späteren Einzug in ein Pflegeheim hat (Reilly et al. 2015). Das stimmt auch mit der These überein, dass der Alltag, der durch Gewohnheiten, Rituale und eingeübte Verhaltensweisen geformt ist, stabilisierend und angstlindernd wirkt (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 72). Weitere Forschungsergebnisse zeigen, dass das Wohlbefinden jener betroffenen Personen höher ist, die in milieuthérapeutisch orientierten Konzepten versorgt werden, als jener in traditionellen Einrichtungen. Diese Ergebnisse sprechen für die Sinnhaftigkeit von abgestuften Wohnformen für Personen mit demenziellen Erkrankungen, wie betreutes Wohnen für Personen mit geringem Betreuungsbedarf oder Senioren-WGs für Personen mit mittlerem Betreuungsbedarf. Allerdings lassen diese Ergebnisse noch keine Schlüsse darauf zu, ob die segregative oder die integrative Versorgungsform forciert werden sollte.

Dazu wird im Demenzbericht beschrieben, dass Bewohnerinnen und Bewohner auf Demenzstationen häufiger soziale Kontakte zu den Pflegepersonen haben, seltener fixiert werden, häufiger Aktivierungsangebote erhalten und ihrer Biografie mehr Beachtung entgegengebracht wird, was für spezielle, auf Personen mit demenziellen Erkrankungen zugeschnittene Versorgungsmöglichkeiten spricht (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 73). In der Literatur wird auch darüber berichtet, dass in segregativen Einrichtungen besser mit den Herausforderungen und besonderen Anforderungen umgegangen wird und die Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in integrativen Einrichtungen fallweise nicht ausreichend ist. Weiters bieten segregative Einrichtungen für Personen mit mittelschwerer oder schwerer Demenz mehr Freiheit und Freiraum durch die Möglichkeit, bauliche und gestalterische Maßnahmen zu setzen und auch dadurch, dass weniger freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet werden (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 107). Dies spricht für die Segregation in der Betreuung demenziell Erkrankter, zumindest ab einem gewissen Schweregrad der Erkrankung, wenn innerhalb der Segregation dann sowohl infrastrukturell als auch personell Rahmenbedingungen vorherrschen, die ein individuelles Eingehen auf die Menschen ermöglichen.

8.5 Betreuungsformen

In Österreich werden für Personen mit demenziellen Erkrankungen Demenzstationen, Wohngruppen, Haus- und Wohngemeinschaften sowie spezielle Tagesbetreuungen angeboten. In vielen Einrichtungen kommen zwar personenzentrierte Ansätze zum Einsatz, allerdings werden ihnen durch personelle und finanzielle Ressourcen Grenzen gesetzt. Und auch die „somatische Pflegekultur“ wirkt sich dahingehend aus, dass der Körper und seine Versorgung im Vordergrund stehen und die meisten Zeitressourcen in der Pflege und Betreuung beanspruchen, während individuelle Bedürfnisse und psychosoziale Problemlagen und Ressourcen weniger beachtet werden (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 75).

Die *demenzspezifische Tagesbetreuung* ist Personen mit demenziellen Beeinträchtigungen vorbehalten und kann in eigenen Tageszentren oder auch Pflegeheimen angesiedelt sein. Der Tagesablauf erfolgt strukturiert und es werden soziale Aktivitäten und Aktivitäten zur Förderung der kognitiven Funktionen

angeboten (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 40). Die Einrichtung hat eine entlastende Funktion für pflegende Angehörige und bietet ein demenzspezifisches Versorgungsangebot. Auch hier wird die Transportmöglichkeit zu und von der Einrichtung als zentrales Kriterium für das Funktionieren erachtet.

Das Konzept des *demenzspezifischen Betreuten Wohnens in Wohneinheiten/Hauseinheiten/Wohngemeinschaften* sieht eine Anknüpfung am bisherigen Leben der Menschen und deren Biografie vor. Es baut auf der These auf, dass die gewohnten Alltagstätigkeiten und der gewohnte Tagesablauf stabilisierend und angstlindernd wirken (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, S. 72). Bei dieser Angebotsform sind die Wohnungen und das Umfeld an die Bedürfnisse der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angepasst. Jedes WG-Mitglied bewohnt ein eigenes Zimmer mit eigenen Möbeln. Küche, Wohnzimmer und Bäder nutzen die Mieterinnen und Mieter gemeinsam. Betreuung, Unterstützung und Pflege erfolgen durch speziell geschultes Personal vor Ort oder durch ambulante Pflegedienstleister. Neben dem pflegerischen Aspekt wird auch der Tagesablauf strukturiert und organisiert und es werden entsprechende Aktivitäten, wie z.B. Gedächtnistrainings und Betreuungsgruppen, angeboten (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 31).

Dementia Care Units sind in Pflegeheimen eingerichtete Pflegebereiche bzw. Wohngruppen, die von den anderen Bereichen abgegrenzt sind und speziell für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen. Die bauliche Umgebung ist entsprechend angepasst und neben der durchgängigen pflegerischen Versorgung werden auch spezielle Angebote, wie Aktivierungsprogramme und maßgeschneiderte Beschäftigungsprogramme durchgeführt (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 33).

In einigen wenigen Fällen gibt es auch gänzlich der Versorgung demenziell schwer Erkrankter gewidmete Pflegeheime. Wie bei *Dementia Care Units* ist auch bei *demenzspezifischen Pflegeheimen* die bauliche Umgebung an Personen mit demenziellen Erkrankungen angepasst, das Personal ist entsprechend geschult. Auch hier gibt es Aktivierungs- und Beschäftigungsprogramme. Neben der Langzeitpflege kann ein Anteil der Betten für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen (Gesundheit Österreich GmbH 2016, S. 34).

Wie in der Demenzstrategie als Handlungsempfehlung beschrieben, ist die Evidenz für den Nutzen von *integrierten Demenz-Beratungsstrukturen* gut belegt. In Österreich stehen derzeit acht Demenzservicestellen zur Verfügung, davon sechs in Oberösterreich und zwei in der Steiermark²⁷. Von Bedeutung für den Erstkontakt ist die Niederschwelligkeit und Gemeindenähe. Die Kernangebote sind Diagnose, Training, Förderung der erhaltenen Funktionen, Beratung der Betroffenen und deren Angehörigen, Informationsmodule für Angehörige, Selbsthilfegruppen und soziale Aktivitäten. In jeder Demenzservicestelle arbeitet ein multiprofessionelles Team aus diplomierten Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Psychologinnen und Psychologen und MAS-Trainerinnen und -trainern. Auch medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Personal soll Teil dieser Teams sein (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014, 116f).

In Dänemark werden von Gemeinden Demenz-Koordinatorinnen und -Koordinatoren beschäftigt, die proaktiv tätig werden, *Demenzassessments* durchführen und individuelle Demenzpläne erstellen. Dadurch wird ein längerer Verbleib der betroffenen Personen zu Hause ermöglicht. Auch in Norwegen kommen Demenzteams zum Einsatz (Heintze 2016).

²⁷ <http://www.alzheimer-hilfe.at/demenzservicestellen.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2017

8.6 Österreichische Demenzstrategie

Die Österreichische Demenzstrategie soll mit Hilfe von Wirkungszielen sowohl die Lebenssituation von Menschen mit Demenz verbessern als auch die der pflegenden und betreuenden Angehörigen. Ein Ziel ist die Anerkennung und Wertschätzung deren Arbeit. Die Handlungsempfehlungen dieser Österreichischen Demenzstrategie sind für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger auf den Ebenen Bund, Länder und Gemeinden eine Möglichkeit, in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen konkrete Maßnahmen zu planen und umzusetzen und so gemeinsam die Wirkungsziele zu erreichen (Gesundheit Österreich GmbH, S. 1). Die Maßnahmen für an Demenz erkrankte Personen im Bundesland Kärnten sollen somit eng mit den Handlungsempfehlungen aus der Österreichischen Demenzstrategie abgestimmt und mit diesen in Einklang gebracht werden.

Zu diesen Handlungsempfehlungen zählen die *Sicherstellung der Partizipation im Lebensumfeld*, die Ermöglichung der Selbstbestimmung der betroffenen Menschen mit dem Auftrag zur Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen und wichtigen Bezugspersonen sowie der Auftrag, den Kommunikationsprozess in Gang zu setzen. Das hängt eng mit der Handlungsempfehlung zum Case Management im Sinn einer Beratung und Begleitung zusammen, bei der mit den betroffenen Personen gemeinsam individuelle Maßnahmen geplant und mit den Leistungserbringern koordiniert werden.

Weiters ist für den Bedarfs- und Entwicklungsplan die Handlungsempfehlung relevant, die *Systempartner, Nahtstellen und Prozesse zur Erleichterung der Zusammenarbeit und Etablierung einer sektorübergreifenden Struktur zu definieren*. Zu den Systempartnerinnen und -partnern aus dem Gesundheitsbereich zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie die akutstationäre Versorgung. Im Pflegebereich fallen darunter alle Anbieter von Pflegedienstleistungen und im Sozialbereich vor allem die Krankenkassen und andere finanzierende Stellen.

Eine weitere Handlungsempfehlung beinhaltet die *Entwicklung von Qualitätsstandards*, die Definition von Mindestinhalten in Ausbildungen und die Entwicklung von Leitlinien. Diese Aufgabe muss jedenfalls in Abstimmung mit dem Bund erfolgen.

Die *Einrichtung einer Plattform Demenzstrategie*, die ein abgestimmtes Vorgehen und das Umsetzen gemeinsamer Rahmenbedingungen und Empfehlungen ermöglicht, ist eine weitere Empfehlung. Dies dient insbesondere dazu, die Gemeinden „ins Boot zu holen“. Ein abgestimmtes Vorgehen im gesamten Bundesland ist nicht nur für den Bereich der Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen wichtig, sondern für alle älteren Menschen von hoher Wichtigkeit. Es muss künftig egal sein, wo die Person lebt, die Unterstützung oder Betreuung oder Pflege benötigt, der Weg wird immer der gleiche sein und über die Sozialkoordination zur am besten geeigneten Versorgungsform führen.

Eine Handlungsempfehlung betrifft die bestmögliche Langzeitbetreuung von Menschen mit Demenz und sieht eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Angeboten vor. Dabei geht es um die mobile Versorgung, entlastende Angebote für Angehörige, flexible mehrstündige Betreuungsmöglichkeiten, den Ausbau der Kurzzeitpflege und die Weiterentwicklung betreubarer Wohnformen und der stationären Einrichtungen der Langzeitpflege auf den zu erwartenden Bedarf.

8.7 Handlungsempfehlungen für Kärnten

Das Ziel in der Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen sollte es sein, diesen Personen eine angepasste Betreuung anzubieten, die sich möglichst am Alltag orientiert und ein größtmögliches Maß an emotionaler Sicherheit bietet. Im Bereich der stationären Langzeitpflege wird aus der Literaturrecherche und Gesprächen mit Expertinnen und Experten deutlich, dass eine segregative Betreuungsform für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner mit demenziellen Erkrankungen am besten geeignet ist, den Menschen Sicherheit in Kombination mit sozialer Aktivität und Integration anbieten zu können. In Kärnten gibt es heute in sieben Einrichtungen solche Bereiche, in welchen ausschließlich an Demenz erkrankte Personen leben. Demgemäß wird empfohlen, eine flächendeckende Struktur von demenzspezifischen Stationen in Pflegeheimen aufzubauen. Dabei sollten Pflegeheime ab einer Größe von ca. 60 Plätzen bevorzugt ins Auge gefasst werden und in diesen ein Anteil von bis zu einem Drittel der Plätze für diese Stationen Verwendung finden. Zielgruppe für die Unterbringung in diesen Stationen sind Menschen, deren demenzielle Erkrankung bereits einen Schweregrad erreicht hat, der einen erhöhten Pflegeaufwand erfordert und ein integratives Zusammenleben mit nicht an Demenz erkrankten Menschen zum Nachteil für beide Klientengruppen werden ließe. Außerhalb dieser demenzspezifischen Stationen sollten somit Menschen untergebracht sein, die nicht oder nur an einer milden Form der Demenz leiden, die keine Segregation nötig macht.

An einem Standort in Velden befindet sich ein Demenzzentrum im Aufbau, das ausschließlich der Versorgung von schwerst an Demenz Erkrankten zugeordnet ist und landes- sowie bundesweit eine Vorreiterrolle einnehmen soll. Es orientiert sich am Modell Sonnweid in der Schweiz. Gemäß diesem Vorbild liegt der Schwerpunkt für Personen mit schwerer Demenz in den Betreuungs- und Pflegegruppen auf der Reduktion von Verhaltensstörungen. Es nimmt innerhalb der Versorgungslandschaft in Kärnten die Aufgabe der bedarfsadäquaten und auf der Höhe der Zeit befindlichen Versorgung schwer und sehr schwer an Demenz erkrankter Personen wahr.

Darüber hinaus soll unter steuernder Verantwortung des Landes Kärnten und unter Einbindung dieser Einrichtung auch die Initiierung einer *Demenzplattform für Kärnten* im Sinne der Handlungsempfehlung „Plattform Demenzstrategie“ der österreichischen Demenzstrategie gesetzt werden. Ziel derselben ist es, alle Einrichtungen in der Versorgung Demenzkranker fachlich-inhaltlich qualifiziert und am aktuellen Stand der Versorgung zu halten und sowohl einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zu garantieren als auch fallspezifisch die Koordination einzelner Versorgungsfälle einrichtungsübergreifend zu optimieren.

Auch außerhalb des stationären Bereichs werden viele Menschen mit – meist leichtergradigen – Formen der Demenz betreut und gepflegt. Hierbei geht es vor allem darum, Personen mit beginnender demenzieller Erkrankung bzw. deren Angehörigen möglichst gemeindenahе und niederschwellig eine Orientierung über die Versorgungsmöglichkeiten zu geben und Unterstützung in der Bewältigung der Alltagsprobleme zu gewährleisten. Die Versorgung dieser Menschen erfolgt über die unter Kapitel 7 beschriebenen Angebote des AiM (teilstationäre Tagesbetreuung, mobile Dienste...). Es wird somit wichtig sein, dass die in diesen Strukturen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Qualifikation im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen aufweisen. Diese Kompetenzen müssen flächendeckend aufgebaut sein.

Die Versorgung der Menschen mit Demenz in Kärnten soll somit wiederum abgestuft erfolgen und sich an der Schwere der Erkrankung orientieren, wobei nachstehende Einteilung als Orientierung dient. Eine verpflichtende Zuordnung kann daraus nicht abgeleitet werden:

- *Mild bis mittelgradig* – integrativ, entweder innerhalb der eigenen Wohnstrukturen oder in allgemeinen Stationen von Pflegeheimen
- *Mittelgradig bis schwer* – segregativ in Demenzstationen der Pflegeheime
- *Sehr schwere bis schwerste Demenz* – in einem demenzspezifischen Pflegeheim

Da zumindest jene Menschen mit einer frühen oder auch leichten Demenz, die in der eigenen Gemeinde wohnen, auf ein Versorgungsangebot eben dieser eigenen Gemeinde angewiesen sind, wird es als bedeutend angesehen, dass die Personen, die in einer Gemeinde die Aufgaben *der Sozial- und Pflegekoordination* wahrnehmen, ihr Augenmerk auch darauf richten, ob Menschen aufgrund demenziell bedingter Einschränkungen spezielle Versorgungsangebote benötigen könnten.

9 Versorgung psychisch kranker alter Menschen in Pflegeheimen

Neben jenen Menschen in Alten- und Pflegeheimen in Kärnten, die an altersbedingten degenerativen neurologischen Erkrankungen – im Wesentlichen demenzielle Erscheinungsformen – leiden, gibt es auch weitere Gruppen an alten Menschen mit speziellen Bedarfen aufgrund psychischer Erkrankungen, die über die altersbedingten pflegerischen Bedarfe hinausgehen. Es ist ein wesentliches Element der umfassenden Versorgung, dass für diese Menschen im Rahmen der öffentlich getragenen Pflege- und Betreuungsangebote ausreichende und adäquate Angebote geschaffen werden. Diese Gruppe an Menschen ist jedoch ausgesprochen heterogen, was die Quantifizierung ebenso erschwert, wie die Schaffung adäquater Versorgungsangebote. Gemein ist ihnen, dass sie ein höheres Lebensalter erreicht haben (auch hierzu gibt es unterschiedliche Festlegungen, die OPCAT verwendet in der Regel das 60. Lebensjahr) und einen zumindest mittleren Pflegebedarf aufweisen (ab Pflegegeldstufe 3). Zudem weisen diese Menschen eine dauerhafte psychiatrische Diagnose auf, die entweder ursächlich für den Pflegebedarf ist oder aber zusätzlich dazu auftritt, jedenfalls aber über diesen Pflegebedarf hinaus auch Versorgung in Bezug auf diese psychischen Einschränkungen erfordert. Dezidiert nicht eingeschlossen sind junge Menschen oder solche in mittleren Altersgruppen, die keinen Pflege- aber einen Betreuungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. Diese bedürfen anderer Versorgungsansätze und -konzepte, die vornehmlich Wohnbetreuung anbieten.

9.1 Quantifizierung der Betroffenen

Die verfügbaren Daten zur Prävalenz einzelner psychiatrischer Krankheitsbilder für Österreich oder einzelne Bundesländer sind sehr dürftig und wenig belastbar. Noch schwieriger wird eine Spezifizierung entlang von Altersgruppen, weswegen in dieser Frage mit weiten Prävalenzbereichen und nur bedingt belastbaren Daten, übernommen aus internationaler Literatur vorliebgenommen werden muss. Als die häufigsten schweren psychiatrischen Krankheitsbilder gelten:

- Schizophrenie
- schwere affektive Störungen
- schwere Angst- und Zwangsstörungen
- schwere Persönlichkeitsstörungen

Sowohl die Demenz als auch schweres Suchtverhalten werden in diese Betrachtungen nicht einbezogen. Einer umfassenden Studie zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei über 65-Jährigen in mehreren europäischen Ländern zufolge, haben 23,3 % der über 65-Jährigen eine diagnostizierte psychische Erkrankung (Andreas et al. 2017). Die häufigsten waren Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen und substanzbezogenen Störungen. Zieht man letztere ab, so liegt die Prävalenz in dieser Studie bei ca. 19 %. Häfner et al. weisen in einer Überblicksarbeit für Deutschland auf Zahlen, die eine Prävalenz zwischen 20 % und 25 % in der Altersgruppe ab 65 Jahre stützen würden. Allerdings weist er darauf hin, dass dies nicht zwangsläufig in gleichem Ausmaß auf erhöhten Betreuungsbedarf hindeutet (Häfner et al. 2017). Der Psychiatriebericht des Landes Steiermark aus dem Jahr 2006 schätzt den Anteil der Steirerinnen und Steirer mit psychischen Problemen auf ca. 22 % in allen Altersgruppen, tendenziell dürfte dieser bei Menschen ab 65 Jahre wieder etwas zurückgehen, da die höchste Prävalenz in den

mittleren Altersgruppen zu finden ist. Es kann angenommen werden, dass die Verhältnisse auf Kärnten übertragbar sind.

Geht man davon aus, dass der Anteil an Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem Alten- und Pflegeheim nicht geringer ist als in der altersgleichen Allgemeinbevölkerung, so ist es naheliegend, dass auch ca. 20 % bis 25 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner psychiatrische Diagnosen aufweisen. Da jedoch für Pflegeheime nicht davon ausgegangen werden sollte, dass diese Menschen alle an schwereren Formen der Erkrankungen mit erhöhtem pflegerischen und therapeutischen Bedarf leiden und suchtspezifische Krankheitsbilder hierin nicht einbezogen werden sollten, wird angenommen, dass derzeit zumindest etwa die Hälfte davon auch tatsächlich psychiatrischen Sonderbedarf aufweisen.

Es erscheint also mittelfristig angezeigt, dass im Bundesland Kärnten etwa 10 % aller in diesem vorliegenden BEP ausgewiesenen Betten in Alten- und Pflegeheimen für die Versorgung von alten Menschen mit psychiatrischem Zusatzbedarf ausgerichtet sein sollten. Dabei sollten folgende Aspekte für den Aufbau in Betracht gezogen werden:

- diese Quote von ca. 10 % sollte flächendeckend möglichst gleichmäßig erreicht werden
- in den meisten Pflegeheimen ab einer bestimmten Größe (ca. ab 70 Betten) sollten eigene Bereiche für diese Menschen geschaffen werden, die zumindest etwa 15 % der Betten umfassen sollten; in der Regel sollen diese Heime jedoch nicht ausschließlich psychisch dauerhaft Erkrankte versorgen
- die Versorgung dieser Menschen sollte in enger fachlicher und organisatorischer Abstimmung mit den Einrichtungen der Krankenversorgung erfolgen (fachspezifischen KH-Abteilungen und extramurale Angebote)

9.2 Inhaltliche Ausgestaltung der Versorgung

Zum jetzigen Zeitpunkt sind wesentliche Aspekte, die die inhaltliche Ausgestaltung des Versorgungsangebots präzisieren, nicht festgelegt. Es wird empfohlen, vor dem Beginn des strukturellen Ausbaus dieses Angebots im Rahmen einer Gruppe von Fachexpertinnen und -experten unter Federführung der Abteilung 5 des Amtes der Kärntner Landesregierung eine detaillierte Ausarbeitung des Versorgungsangebots vorzunehmen. Jedenfalls einzubeziehen sind einzelne Träger von Heimen, die psychosozialen Dienste und die Psychiatriekoordinationsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds und medizinische Fachexpertinnen und -experten aus dem stationären Bereich. Es wird empfohlen, eine länderübergreifende Abstimmung zu diesem Thema anzustreben, um Erfahrungswerte zu sammeln und nach Möglichkeit übergreifende Strukturangebote zu entwickeln. In dieser Arbeitsgruppe sollten folgende Aspekte beleuchtet und geklärt werden:

- welche Klientinnen und Klienten sind die Zielgruppe dieses Versorgungsangebots unter Berücksichtigung von
 - o Altersgrenzen
 - o Pflegebedarf
 - o psychiatrischen Krankheitsbildern
 - o Abgrenzung zur Demenz
 - o Umgang mit Suchterkrankten im Alter
- welche Zielsetzung steht hinter diesem Angebot

- welche pflegerischen und therapeutischen Leistungen sollen dort angeboten werden
- welche technischen und baulichen Erfordernisse sind vorzuschreiben
- welche personelle Ausstattung ist vorzuschreiben
- wie kann die finanzielle Abgeltung dieses Angebots gestaltet werden

Es wird in der Folge empfohlen, den Aufbau schrittweise durchzuführen und hinsichtlich der Inanspruchnahme des Angebots und der erbrachten Leistungen diesen Aufbau eng zu begleiten, um aus den Erfahrungswerten möglichen Steuerungsbedarf abzuleiten.

10 AAL – Stand der Wissenschaft und Technik, Evidenz

Die allgemein erwarteten zusätzlichen Kapazitätsbedarfe in der Betreuung und Pflege alter Menschen gehen mit einer sich verändernden Bevölkerungsstruktur einher, was vielerorts die Befürchtungen nährt, dass zukünftig nicht ausreichend Fachpersonal bereitstehen könnte, um die notwendigen Aufgaben erfüllen zu können. Neben den Ansätzen, mit niederschweligen und weniger personalintensiven Angeboten eine Lösung des Problems zu finden, wird große Hoffnung auch darin gesetzt, dass technische Entwicklungen dazu beitragen, Pflegekräfte zu entlasten oder aber auch Menschen ein längeres autonomes Leben zu ermöglichen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um unterschiedliche Technologien, die neuerdings unter dem Begriff Active and Assisted Living - AAL (früher: Ambient Assisted Living) zusammengefasst werden und dazu dienen sollen, das Lebensumfeld der Menschen an eingeschränkte körperliche Fähigkeiten anzupassen und/oder Kommunikation im Alltag aber auch im Notfall zu erleichtern.

Im Nachfolgenden werden der aktuelle Stand der Wissenschaft und Technik von Active and Assisted Living - AAL dargelegt, die Bedeutung von AAL im Kontext der Pflege aufgezeigt sowie eine Übersicht über AAL-Produktkategorien gegeben, deren zugehörige Produkte nachweislich einen potenziellen Nutzen beim Einsatz im Bereich der Pflege bringen.

10.1 Methode der Literaturarbeit

Zur Feststellung des aktuellen Standes der Wissenschaft und Technik sowie zur Identifikation von verfügbarer Evidenz wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese basiert auf einer strukturierten Vorgehensweise und umfasst die Suche nach grauer Literatur und systematischen Reviews.

10.1.1 Graue Literatur

Zur Identifikation von relevanten nicht-verlagsgebundenen Veröffentlichungen, die von den Urhebern selbst in den Umlauf gebracht wurden, wie beispielsweise Strategiepapiere oder Forschungsberichte, erfolgte eine Suche nach grauer Literatur. Dabei wurden die Websites folgender Institutionen durchforstet:

- Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (bmvit) (www.bmvit.gv.at)
- Die Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) (www.ffg.at)
- AAL Austria (www.aal.at)
- AAL – ACTIVE AND ASSISTED LIVING PROGRAMME (www.aal-europe.eu)

10.1.2 Systematische Reviews

Systematische Übersichtsarbeiten (Sekundärliteratur) beantworten eine klar formulierte Fragestellung auf Basis der best-verfügbaren Evidenz zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Literaturbeschaffung unterliegt dabei einer systematischen Vorgehensweise, welche eine Qualitätsbewertung der publizierten Studien beinhaltet.

Die Recherche nach systematischen Reviews erfolgte in PubMed mit Hilfe einer Kombination von Medical Subject Headings (MeSH) und Freitext für die Suchfrage. Betrachtet wurden Publikationen, die innerhalb der letzten fünf Jahre veröffentlicht wurden, auf den Menschen bezogen, in Englisch oder Deutsch verfasst und als Volltext verfügbar waren. Die auf diese Weise identifizierten Veröffentlichungen wurden auf Basis von Titel und Kurzfassung auf Relevanz geprüft. Die Volltexte der als potenziell relevant eingestuften Publikationen wurden gescreent und verwertbare Daten entsprechend extrahiert. Folgende Ausschlusskriterien kamen dabei zur Anwendung:

- thematisch nicht relevant (der Fokus ist hierbei nicht auf AAL gerichtet)
- thematisch relevant, aber falsche Zielgruppe (z.B. Kinder)
- thematisch relevant, aber falsches Setting (z.B. Krankenhaus)
- thematisch relevant, aber spezifisches Produkt
- thematisch relevant, aber keine Informationen zum Stand der Wissenschaft und Technik oder zum Nutzen von AAL-Technologien im Kontext der Pflege
- thematisch relevant, aber nicht Europa
- thematisch relevant, aber mangelnde Qualität

10.2 Definition und Klassifikation von AAL

Alltagsunterstützende Assistenzsysteme sind Technologien, die sich in das direkte, gewohnte Lebensumfeld insbesondere älterer Personen integrieren lassen und unaufdringlich Unterstützung im alltäglichen Leben bieten. Eine wesentliche Anforderung an AAL ist, dass der Mensch im Mittelpunkt steht und dass sich die Technologien an die Bedürfnisse der Menschen anpassen sollen und nicht umgekehrt. Es handelt sich somit um Technologien, die dem Menschen dienen und die nicht vom Menschen bedient werden müssen und die leicht verständlich sind, weil sie selbstverständlich sind. Zur strukturierten Einordnung und Vergleichbarkeit der heterogenen Landschaft an AAL-Technologien existiert eine Taxonomie (Leitner et al. 2015)²⁸, wonach AAL-Produkte und -Dienstleistungen in nachfolgende acht Anwendungsbereiche gegliedert werden:

- Gesundheit & Pflege
- Wohnen & Gebäude
- Freizeit & Kultur
- Vitalität & Fähigkeiten
- Mobilität & Transport
- Arbeit & Schulung
- Sicherheit & Schutz
- Information & Kommunikation

²⁸ <http://www.taalxonomy.eu/de/>

Eine Übersicht über die TAALXONOMY-Klassifikationssystematik mit den 43 Anwendungsunterbereichen und 127 Anwendungsfällen ist im Anhang (siehe Kapitel 13.4) zu finden.

10.3 Stand der Wissenschaft und Technik

AAL ist ein relativ junges Forschungsgebiet, zu dem erste Publikationen zu Beginn der Jahrtausendwende veröffentlicht wurden (Haux et al. 2016). In den letzten zehn Jahren hat die Forschung und Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)-basierten Produkten zur Unterstützung älterer Menschen im Alltag aufgrund von zahlreichen nationalen und internationalen Förderprogrammen einen enormen Aufschwung erlebt. So wurden beispielsweise 2008 das nationale Förderprogramm „benefit“ und das transnationale „AAL Joint Programme“ gestartet, wodurch 186 Projekte initiiert wurden, um die Entwicklung von AAL-Produkten zur Sicherstellung eines möglichst langen und selbstständigen Lebens älterer Menschen im privaten Umfeld voranzutreiben (Geyer und Holas 2017).

Mittlerweile wurden zahlreiche Förderprojekte abgeschlossen und es konnte ein breites Spektrum an AAL-Produkten entwickelt werden, welches von Technologien mit ausschließlicher Bequemlichkeitsfunktion bis hin zu komplexeren Technologien zur automatischen Alarmierung von Hilfskräften im Notfall reicht. Beispiele für AAL-Technologien sind Sturzsensoren, die automatische Herdabschaltung, Medikamentendispenser mit Erinnerungsfunktion, in das Bett integrierte Herzfrequenz- und Atemstillstandsmesser oder am Körper zu tragende Sensoren zur kontinuierlichen Überwachung von Vitalparametern. Bisher konnten sich jedoch nur wenige AAL-Technologien am Markt etablieren. Eine Auswahl an bereits am Markt verfügbaren AAL-Produkten, gegliedert nach der in Kapitel 10.2 erwähnten Taxonomie, liefert der Onlinekatalog für assistive und smarte Technologien²⁹ (AAL Products 2017, (Memon et al. 2014; Joanneum Research 2015; Haux et al. 2016; Geyer und Good 07. Jänner 2016; Al-Shaqi et al. 2016; AAL AUSTRIA 2015).

Aktuelle Bestrebungen zielen verstärkt auf die Anwendungsorientiertheit von AAL ab. So hat beispielsweise die österreichische Bundesregierung den Ausbau von AAL-Programmen mit dem Fokus auf deren nachhaltige Implementierung in das Arbeitsprogramm 2013-2018 aufgenommen (Bundeskanzleramt 2013). Zudem werden seit 2011 im Rahmen des Förderprogramms „benefit“ sechs Testregionen in Österreich zur verbesserten Sichtbarmachung sowie zur Messung der Wirksamkeit und des Nutzens dieser Technologien gefördert: SMART VITALITY, WAALTeR, RegionAAL, ZentrAAL, WEST-AAL und modULAAR (Geyer und Holas 2017).

10.4 Bedeutung von AAL im Kontext der Pflege

Um dem zunehmenden Kostendruck im Bereich der Langzeitpflege infolge der demografisch alternenden Gesellschaft entgegenzuwirken, ist es empfehlenswert, die Menschen so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden wohnen zu lassen (Colombo et al. 2011). Gründe für einen Umzug in ein Pflegeheim sind Aspekte der Sicherheit (z.B. rasche Hilfeleistung in einem Notfall), die Betreuung und Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen oder eine bessere soziale Einbindung. Eine Befragung aus der

²⁹ www.aal-products.com

Schweiz hat beispielsweise ergeben, dass die Unfähigkeit, alltägliche Verrichtungen selbstständig erledigen zu können, bei mehr als der Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner ein Auslöser für den Umzug ins Altersheim war (Bundesamt für Statistik BFS 2011).

AAL kann Sicherheit und Mobilität im privaten Umfeld steigern, die soziale Integrität fördern und alltägliche Verrichtungen einfacher und bequemer von der Hand gehen lassen, sodass ein längeres, selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden bis ins hohe Alter ermöglicht wird (Bechtold et al. 2016). So können beispielsweise sensorgesteuerte Nachtlichter das Sturzrisiko senken, die automatische Herdabschaltung eine Gefahrensituation vermeiden oder Brandmelder, Sturzetektoren und Notrufsysteme bei Bedarf vollautomatisch Kontakt zu rascher Hilfe herstellen. Die soziale Integration kann über Anwendungen am Tablet oder Smartphone verbessert werden und die soziale Interaktion könnte mit Hilfe eines Pflegeroboters in Form eines Kuschel- oder Haustieres mit ein Lebewesen imitierenden Funktionen gefördert werden. Zudem könnten Pflegeroboter zukünftig einfache Tätigkeiten für in der Mobilität eingeschränkte Personen übernehmen, wie Wasser von einem Wasserspender holen oder Dinge vom Boden aufheben. Systeme zum kontinuierlichen Monitoring von Vitalparametern können zur Erkennung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen und automatisch die Angehörigen oder die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt benachrichtigen, um die entsprechende Behandlung initiieren zu können (Planic et al. 2011; Oberzaucher 2013; Joanneum Research 2015; Geyer und Good 07. Jänner 2016).

Zu den sekundären Nutzerinnen und Nutzern zählen pflegende Personen. Der Einsatz von AAL-Technologien zur Erleichterung der Betreuungs- und Pflegetätigkeiten kann die Attraktivität der Pflege zu Hause steigern und auf diese Weise zu einer Verzögerung des Heimeintritts beitragen (AAL AUSTRIA 2015).

Ein weiterer Nutzen von AAL im Kontext der Pflege besteht in der Entlastung des Pflegepersonals in institutionellen Einrichtungen zur Steigerung der Effizienz in der Pflege. So können beispielsweise die Zimmer im betreubaren Wohnen oder in Demenz-Wohngemeinschaften mit Sensoren zur Sturzetektion ausgestattet werden, um die mehrmaligen nächtlichen Kontrollrundgänge zu minimieren (Panek et al. 2015). Zudem wird derzeit an der Entwicklung von Pflegerobotern geforscht, welche in der Lage sein sollen, das Pflegepersonal zu entlasten, indem sie beispielsweise die Patientinnen und Patienten vom Bett in den Rollstuhl heben, die Personen zum Wechseln der Bettwäsche anheben oder Pflegeutensilien automatisch bereitstellen (Payr et al. 2015).

10.5 Evidenz für den Nutzen von AAL im Kontext der Pflege

Da sich der Großteil der AAL-Produkte bis vor wenigen Jahren noch im Projektstadium befand und nur wenige Produkte bisher Marktreife erlangt haben, ist derzeit noch relativ wenig belastbare Evidenz zum Nachweis des Nutzens dieser Technologien im Kontext der Pflege verfügbar. Demzufolge konnten auch keine systematischen Übersichtsarbeiten gefunden werden, welche den Nutzen dieser Technologien im Bereich der Pflege auf Basis von belastbarer Evidenz übersichtlich zusammenfassen und dem Peer-Review-Verfahren zu Qualitätssicherung der Arbeit unterzogen wurden. Infolgedessen werden nachfolgend Ergebnisse aus Veröffentlichungen berichtet, welche als „schwache bis moderate Evidenz“ einzustufen sind und somit lediglich als Hinweise für potenziell nützliche AAL-Lösungen zu verstehen sind.

In den Testregionen werden derzeit die Wirksamkeit und der Nutzen verschiedener AAL-Lösungen in der Praxis untersucht. Erste Hinweise lassen sich aus den Evaluationsergebnissen der Testregionen

West-AAL und ModuLAAR ableiten. Demzufolge können AAL-Lösungen aus den TAALXONOMY-Bereichen Sicherheit & Schutz sowie Wohnen & Gebäude die Sicherheit der Anwenderinnen und Anwender deutlich erhöhen. Anwendungen aus den Bereichen Freizeit & Kultur sowie Information & Kommunikation zeigen eine Verbesserung der sozialen Interaktion. Zudem wirken sich Anwendungen aus dem Bereich Wohnen & Komfort positiv auf die Mobilität und den Komfort aus. Ebenso zeigten die AAL-Lösungen aus der Testregion ModuLAAR, wie das kontinuierliche Erfassen von Vitalparametern eine positive Wirkung auf die Lebensqualität der Anwenderinnen und Anwender (Kropf 2016; Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie 2017) hatte. Auch internationale Untersuchungen zeigten, dass AAL die soziale Integration (Chen und Schulz 2016) und die Autonomie von älteren Menschen sowie die Lebensqualität im Allgemeinen positiv beeinflussen können (Peeters et al. 2013).

Eine umfassende semi-quantitative Nutzenbewertung von verschiedenen AAL-Technologien für den Bereich der Pflege wurde vom Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland im Rahmen der Studie „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“ durchgeführt. Dabei wurden Technologien aus den Bereichen „Kommunikation und kognitive Aktivierung“, „Mobilität“, „Sicherheit und Haushalt“, und „pflegerische Versorgung“ aus Sicht der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und informell Unterstützung leistenden Personen sowie aus Sicht der professionell Pflegenden bewertet. Infolgedessen gibt es für 27 ausgewählte AAL-Lösungen einen Nachweis für einen potenziellen Nutzen im Bereich der Pflege (siehe Abbildung 9) (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

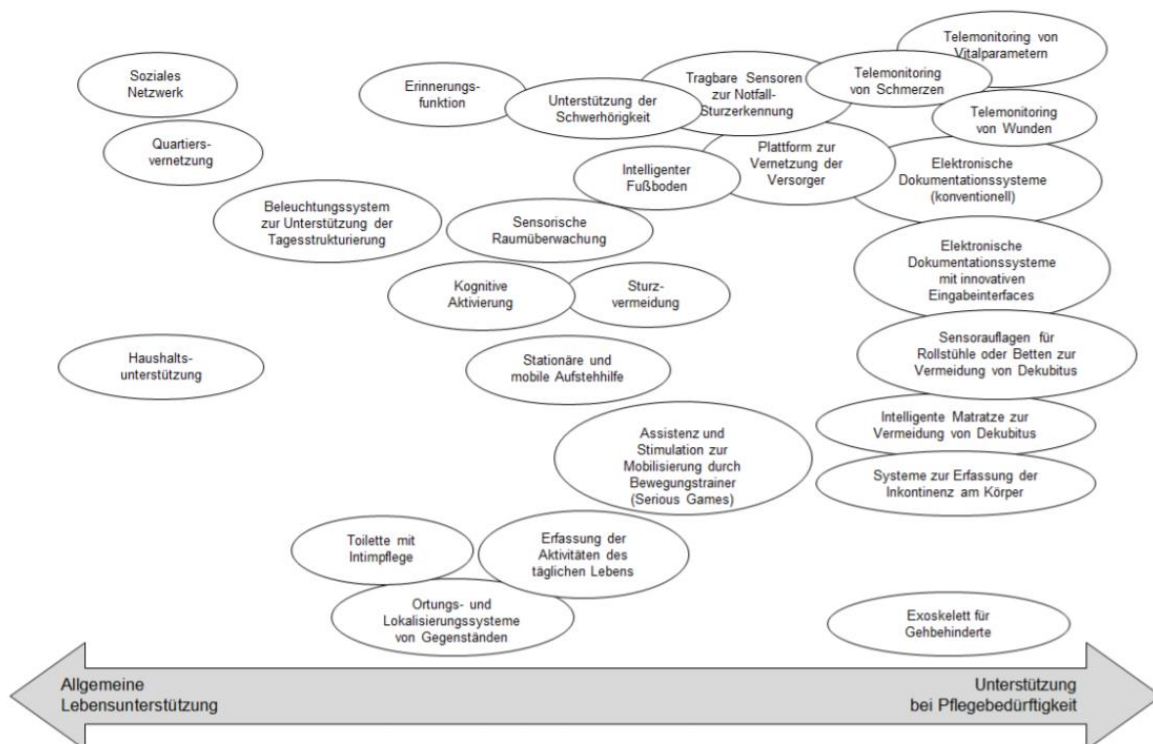


Abbildung 9: AAL-Lösungen mit nachgewiesenem potenziellen Nutzen im Kontext der Pflege; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2013

Für die Nutzenabschätzung vergaben pflegebedürftige Personen, pflegende Angehörige und formell Pflegenden Punkte auf einer Skala von 0 bis 4, wobei 0 bedeutet, dass die Technologie keinen Nutzen für die Zielgruppe hat und 4 einen hohen Nutzen ausdrückt. Im Folgenden werden jene Technologien angeführt, deren Nutzen höher als 2 (erkennbarer Nutzen) eingestuft wurde. Die Ergebnisse zeigen deutlich

unterschiedliche Nutzenbewertungen, je nachdem, ob die pflegebedürftige Person den Nutzen einschätzt oder Pflegende. Bei zwei Technologien wird der Nutzen allerdings von allen Befragten als erkennbar bis erheblich eingestuft. Das ist zum einen eine Toilette mit Intimpflege und zum anderen ein Informationssystem, das für eine Vernetzung der Versorger für eine individuelle Fallbegleitung und Case-Management sorgt. Letzteres zeigt, dass Bedarf an einer Fallbegleitung älterer Menschen besteht, was sich mit den Überlegungen zum Altern im Mittelpunkt im Kapitel 7.2. deckt.

Technologie	Pflegebedürftige	Angehörige	professionell Pflegende
Exoskelett für Gehbehinderte	2,5		2,4
Informations- und Dokumentationssystem: Vernetzung der Versorger für eine individuelle Fallbegleitung und Case-Management	2,6	3,5	2,3
Informations- und Dokumentationssysteme: Elektronische Dokumentationssysteme (konventionell)			2,3
Informations- und Dokumentationssysteme: Elektronische Dokumentationssysteme mit innovativen Eingabeinterfaces		2,5	2,6
Notfall-/Sturzerkennung: Sensorische Raumüberwachung		2,5	
Ortungs- und Lokalisierungssysteme: Gegenstandsartung		2,5	
Serviceroboter für die Hausreinigung		2,5	
System zur Erfassung von Inkontinenz: sensorische Erfassung am Körper	2,2		
Systeme zur Unterstützung der Hygiene: Ganzkörperwaschstation		2,5	
Systeme zur Unterstützung der Hygiene: Toilette mit Intimpflege	2,4	2,5	2,7
Systeme zur Unterstützung der Tagesstrukturierung: Beleuchtungssystem	2,7		
Systeme zur Unterstützung der Tagesstrukturierung: Erinnerungsfunktion		3	2,3
Systeme zur Vermeidung von Dekubitus: Intelligente Matratze		3	2,7
Unterstützung für schwere körperliche Pflegearbeit: Kraftunterstützung des Körpers		2,5	3,1
Unterstützung für schwere körperliche Pflegearbeit: System zu Übernahme von Hebefunktionen			3,1
Vernetzungs- und Kommunikationssysteme: Quartiersvernetzung		2,5	
Systeme zur emotionalen und körperlichen Erfassung der Beanspruchung der Pflegenden			2,7
Stationäre und mobile Aufstehhilfe			2,4

Tabelle 11: Nutzenbewertung von Technologien durch Pflegebedürftige, Angehörige und professionell Pflegende; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2013

10.6 Zusammenfassung und Ausblick

Der Einsatz von Technologien aus dem Bereich des AAL in der Pflege und Betreuung sollte im Wesentlichen zwei Ziele verfolgen:

1. das Hinauszögern des Eintritts in eine kostenintensive institutionelle Pflegeeinrichtung („ambulant vor stationär“), indem ein längeres selbstständiges Altern in den eigenen vier Wänden ermöglicht und in weiterer Folge die informelle Pflege attraktiver gestaltet wird und
2. die Entlastung des Pflegepersonals in institutionellen Einrichtungen.

Es gibt bereits ein breites Spektrum an Ansätzen und AAL-Lösungen in Forschung und Entwicklung, welches von Technologien mit ausschließlicher Bequemlichkeitsfunktion bis hin zu komplexen Technologien zur automatischen Alarmierung von Hilfskräften im Notfall reicht. Zur Gewährleistung eines möglichst lange autonomen Lebens im privaten Umfeld existieren Technologien, die das subjektive Sicherheitsgefühl im Eigenheim erhöhen, alltägliche Tätigkeiten leichter von der Hand gehen lassen, die soziale Integration und Interaktion fördern und das Bewusstsein für die eigene Gesundheit steigern sowie das Management von etwaigen chronischen Erkrankungen erleichtern sollen.

Ist AAL nicht mehr in der Lage, den fortschreitenden Verlust der Autonomie der älteren Menschen zu kompensieren, so gibt es AAL-Technologien, welche die informelle Pflege zu Hause erleichtern bzw. attraktiver gestalten sollen. Assistenzsysteme, die nachweislich zu einem längeren Leben in den eigenen vier Wänden beitragen können, sind unter anderem Unterstützung der Hygiene (z.B.: Toilette mit Intimpflege), zur Sturzerkennung (z.B.: intelligenter Fußboden/Sensormatten), Technologien mit Erinnerungsfunktion (z.B.: elektronische Medikamentenbox), Produkte und Systeme zur Haushaltsunterstützung (z.B.: automatische Herdabschaltung) oder zur körperlichen Unterstützung (mobile Aufstehhilfe) sowie Vernetzungs- und Kommunikationssysteme (z.B.: Quartiersvernetzung). Ist der Eintritt in eine institutionelle Pflegeeinrichtung nicht vermeidbar, gibt es AAL-Technologien, die auf die Entlastung der Pflegekräfte abzielen. Hierbei könnten insbesondere Pflegeroboter zur physischen Entlastung der Pflegekräfte beitragen, indem sie Unterstützung beim Anheben oder Umlagern der zu pflegenden Personen bieten. Auch wenn bereits eine breite Vielfalt an für den Pflegebereich potenziell nützlichen Ansätzen und AAL-Lösungen in Forschung und Entwicklung existiert, konnten sich bisher nur wenig Produkte am Markt etablieren. Ein Grund dafür ist, dass der Fokus bei der Entwicklung von AAL-Lösungen bisher auf der technischen Umsetzung und nicht auf deren nachhaltiger Implementierung lag. So sind derzeit noch für die Erlangung der Marktreife essentielle ökonomische, rechtliche und ethische Aspekte, wie Finanzierungsmodelle, Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit oder der Akzeptanz zu klären. Die bestehende Diskrepanz zwischen dem erwarteten potenziellen Nutzen der bestehenden AAL-Lösungen und der empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit dieser Technologien und die derzeitige Evidenzlage lassen kaum zuverlässige Aussagen über die tatsächliche Wirkung von AAL in der Praxis zu.

Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, die Erprobung und die Evaluation von vielversprechenden AAL-Lösungen in einem realen Setting mit größeren Teilnehmerzahlen zu fördern, um die hohen Erwartungen an AAL durch einen Nutznachweis in der Praxis zu belegen. Auf diese Weise kann auch das Interesse Dritter zur Beteiligung an der Finanzierung von AAL-Lösungen geweckt werden. In weiterer Folge wäre eine Evaluation der gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Legitimierung von Technologien mit einem nachweislichen positiven Effekt auf die Effizienz in der Langzeitpflege empfehlenswert. Zur nachhaltigen Integration von AAL in der Praxis braucht es vor allem Geschäfts- und Finanzierungsmodelle, welche die verschiedenen Profiteure der AAL-Maßnahmen, wie Wohnungswirtschaft und Genossenschaften, Angehörige und Pflegebedürftige oder Sozial- und Pensionsversicherungsträger, berücksichtigen sollten. Um die Nachfrage nach AAL-Lösungen zu steigern, könnte eine Sensibilisierung der Bevölkerung für AAL sowie das Schaffen von Anreizsystemen, wie Wohnbauförderungen für AAL oder Seniorenchecks hilfreich sein.

11 Hospizversorgung in Alten- und Pflegeheimen

Seit 2006 arbeitet HOSPIZ Österreich an der Idee einer Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen. 2008 wurden Richtlinien für die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen herausgegeben, 2016 wurden Leitziele und Indikatoren entwickelt, über welche messbar ist, ob Hospiz und Palliative Care in der stationären Langzeitversorgung wirkungsvoll umgesetzt wird.

Das Projekt Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH) ist ein Organisationsentwicklungsprozess, in welchem die Workshops Palliative Geriatrie und Vorsorgedialog (VSD; der VSD schafft Rechtssicherheit und leistet einen Beitrag dazu, dass dem Willen und den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner entsprochen wird) enthalten sind. Die Workshops Geriatrie umfassen 36 Stunden und schulen 80 % der Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Zielgruppe der Workshops zum VSD sind jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den VSD planen, koordinieren und durchführen. HPCPH soll über die Projektdauer hinaus eine hospizliche und palliative Kultur nachhaltig wirksam verankern und den Bewohnerinnen und Bewohnern Lebensqualität bis zuletzt, ganzheitliche Schmerzerfassung und -betreuung und ein Sterben in Selbstbestimmung und Würde gewährleisten (Hospiz Österreich 2017).

11.1 Hospiz- und Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege in Kärnten

Aus den Statistiken des Dachverband Hospiz geht hervor, dass 2016 in Kärnten 25 Hospizteams und drei mobile Palliativteams mit 13,2 VZÄ tätig waren (Dachverband HOSPIZ Österreich 2017, 8f).

In diesem Jahr wurden 1.341 Personen durch mobile Palliativversorgung betreut, 10 % davon verstarben in einem Pflegeheim, es kann also von etwas mehr als 130 betreuten Bewohnerinnen und Bewohnern ausgegangen werden. Außerdem wurden 433 Bewohnerinnen und Bewohner in stationärer Langzeitpflege durch mobile Hospizteams betreut. Neben diesen mobilen Angeboten liegt in einem der Pflegeheime der Schwerpunkt auf der Hospiz- und Palliativbetreuung. Dort leben 50 Bewohnerinnen und Bewohner. Da die betroffenen Personen sowohl über ein Palliativ- als auch über ein Hospizteam betreut werden können, ist eine Summenbildung nicht zulässig, es ist aber davon auszugehen, dass rund 500 Personen von einer mobilen Hospiz- und/oder Palliativversorgung profitiert haben. Somit werden in Kärnten mit Hospiz- und Palliativbetreuung rund 10 % der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Langzeiteinrichtungen erreicht.

11.2 Empfehlungen

Es soll erreicht werden, dass an möglichst vielen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Kärnten die Kultur einer Hospiz- und Palliativversorgung verankert wird. Dies diesbezüglich bereits erfolgten Gespräche zwischen dem Land Kärnten und dem Dachverband sollen dieses Ziel im Auge behalten und mit 2018 in erste Umsetzungsschritte münden. Hierfür soll das Projekt HPCPH auch beworben werden, damit möglichst viele Pflegeheime Hospizkultur und Palliative Care nachhaltig integrieren. Bereits bestehende Fortbildungsangebote in diesem Bereich sollten jedenfalls Berücksichtigung finden.

12 Abschließende Betrachtungen

Der BEP für Pflege - Kärnten 2030 dient als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage für das Land selbst, um seine Versorgungsstrukturen abgestimmt und zielgerichtet entwickeln zu können. Damit sollten zukünftige Maßnahmen auf ihre Kongruenz mit diesem Plan und seiner Entwicklungsstrategie hin geprüft werden. Er enthebt das Amt der Kärntner Landesregierung nicht der Aufgabe, jeden Antrag auf Neuerrichtung oder Erweiterung bestehender Angebote individuell und unter Betrachtung der lokalen Gegebenheiten zu prüfen. Mit dem BEP für Pflege - Kärnten 2030 bestehen jedoch nunmehr ein Rahmen und eine Referenz für diese Prüfungen. Zudem sollte es damit gelingen, eine proaktiv gestaltende Rolle in der Weiterentwicklung der Strukturen einzunehmen und das Land dabei unterstützen, seine steuernde Rolle noch besser wahrnehmen zu können.

Wesentlich dafür wird es sein, im ersten Schritt die bestehenden regulatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen dahingehend zu prüfen, ob sie dieses Ziel unterstützen, um sie gegebenenfalls anzupassen.

12.1 Finanzielle Rahmenbedingungen

Die in dem BEP für Pflege - Kärnten 2030 vorgesehenen Weiterentwicklungsmaßnahmen in der Versorgungsstruktur zeigen eine deutliche Veränderung der Schwerpunktsetzung auf. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu bedenken, dass eine Veränderung des Versorgungsinteresses der Klientinnen und Klienten in Bezug auf die Wahl des jeweiligen formellen Angebots zwar vom Wunsch getragen ist, solange als möglich in den eigenen vier Wänden versorgt zu werden, dass jedoch die finanzielle Ausgestaltung der einzelnen Angebote ein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt. Mit der Aufstockung der niederschweligen (einschließlich der mobilen) Angebote muss auch die Veränderung der Nachfrage zu diesen Angeboten einhergehen. Auch wenn die Attraktivierung der Angebote vor allem über die Leistungsinhalte und nicht ausschließlich über finanzielle Anreize erfolgen darf, so wird es notwendig sein, eine Neuabstimmung der Selbstbehaltsmodelle für alle niederschweligen Angebote mit dem Ziel zu schaffen, das Interesse der Klientinnen und Klienten nicht zur stationären Pflege zu lenken, wenn dies nicht dem betreuenden und pflegerischen Bedarf entspricht. Durch den Wegfall des Pflegeregresses in der stationären Langzeitpflege mit 1.1.2018 wird diese Notwendigkeit umso dringender. Hierbei wird auch auf die Empfehlungen des LRH zu diesem Thema in seinem Prüfbericht verwiesen.

12.2 Neustrukturierung des niederschweligen Versorgungsangebots

Der hierin aufgezeigte zukünftige strukturelle Ausbau betrifft zum überwiegenden Maße niederschwellige Versorgungsangebote. Es wird empfohlen, keines dieser Angebote zukünftig isoliert an einem Ort aufzubauen, sondern stets eine Kombination aller Elemente in der regional richtig dimensionierten Größe und Organisationsform im Sinne des AiM zu entwickeln. Sind an einem Ort einzelne Elemente bereits vorhanden, so sollte eine Weiterentwicklung immer die Schaffung des gesamten niederschweligen Angebots zum Ziel haben, es sollten also in erster Linie Lücken geschlossen werden.

Ein weiterer Ausbau stationärer Pflegestrukturen ist nur noch in einem geringen Ausmaß notwendig und vor allem nur noch punktuell sinnvoll. Diese Ergänzungen sollten schrittweise bis 2030 erfolgen,

wobei nennenswerter Nachholbedarf tendenziell eher in den östlichen Bezirken des Bundeslandes notwendig erscheint. Daher sollten die Anstrengungen vorerst dorthin gerichtet sein.

Zum Zweck einer sinnvollen Abstufung des Angebots wird empfohlen, zukünftige stationäre Strukturen ebenfalls nur noch mit entsprechend dimensionierten niederschwelligen Angeboten im Sinne des AiM zu kombinieren und zukünftig nicht solitär aufzubauen.

12.3 Anregungen des Landesrechnungshofs

Die Anregungen des Landesrechnungshofs spielten eine wichtige Rolle, in der Zielsetzung der Planung. Dementsprechend soll hier nochmals kurz zusammengefasst werden, welchen dieser Anregungen in welcher Weise zu entsprechen versucht wurde. Die Anregungen des LRH in Bezug auf eine Neugestaltung des Kostenbeitragsmodells für die einzelnen Versorgungsformen werden hierin unterstützt.

Der Landesrechnungshof Kärnten hatte in seinem Prüfbericht eine *zeitnahe Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für Pflege für das Bundesland Kärnten* angeregt und einige inhaltliche Zielsetzungen, die auch für einen aktualisierten Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege relevant sind, formuliert.

Allem voran stellt der LRH die Empfehlung, den Grundsatz *die ambulante Versorgung der stationären vorzuziehen* bzw. diese verstärkt auszubauen. Dieser Empfehlung folgt der vorliegende Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege in Kärnten 2030 vollinhaltlich. In ihm werden die niederschwelligen Angebote, die mobile Dienste, teilstationäre Tagesbetreuungseinrichtungen, betreute Wohnformen und auch intermittierende stationäre Betreuung (Kurz- und Übergangspflege) umfassen, in deutlichem Maße erweitert.

Zudem regt er ebenso wie der vorliegende Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege eine *regelmäßige Evaluierung der Entwicklungsschritte* an, um nahe an den Zielvorgaben zu verbleiben.

Im stationären Bereich wird vom LRH in erster Linie ein Ausgleich der Strukturdichte und die Prüfung der quantitativen Adäquanz der stationären Bettenkapazitäten in den einzelnen Bezirken, vor allem in WO und HE angeregt. Diese Maßnahmen waren zentraler Teil der Arbeit für diesen Plan und haben eine geringfügige Anpassung der stationären Kapazitäten in allen Bezirken bis zum Jahr 2030 zur Folge.

13 Anhang

13.1 IST-Analyse - Versorgungsgrad nach Betreuungsformen, Jahr 2015³⁰

Regionen	Personen mit Pflegegeldbezug	davon mit 24-Stunden-Betreuung		davon mit stationärer Langzeitpflege ³¹		davon mit stationärer Kurzzeit- oder Übergangspflege		davon mit mobiler Pflege und Betreuung		davon mit teilstationärer Tagesbetreuung		davon gänzlich ohne professionelle Unterstützung ³²	
	abs.	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Kärnten-Ost	21.710	1.516	7,0 %	2.857	13,2 %	461	2,1 %	4.309	19,8 %	81	0,4 %	12.486	57,5 %
FE	1.880	81	4,3 %	282	15,0 %	67	3,6 %	440	23,4 %	0	0,0 %	1.010	53,7 %
K	5.882	460	7,8 %	836	14,2 %	140	2,4 %	1.162	19,8 %	33	0,6 %	3.251	55,3 %
KL	3.474	281	8,1 %	453	13,0 %	79	2,3 %	584	16,8 %	6	0,2 %	2.071	59,6 %
SV	4.248	326	7,7 %	515	12,1 %	55	1,3 %	919	21,6 %	15	0,4 %	2.418	56,9 %
VK	2.933	198	6,8 %	321	10,9 %	57	1,9 %	511	17,4 %	4	0,1 %	1.842	62,8 %
WO	3.293	170	5,2 %	450	13,7 %	63	1,9 %	693	21,0 %	23	0,7 %	1.894	57,5 %
Kärnten-West	12.899	741	5,7 %	1.997	15,5 %	364	2,8 %	2.313	17,9 %	36	0,3 %	7.448	57,7 %
HE	1.275	72	5,6 %	189	14,8 %	16	1,3 %	364	28,5 %	0	0,0 %	634	49,7 %
SP	4.436	287	6,5 %	595	13,4 %	120	2,7 %	832	18,8 %	15	0,3 %	2.587	58,3 %
VI	3.337	164	4,9 %	572	17,1 %	134	4,0 %	469	14,1 %	21	0,6 %	1.977	59,3 %
VL	3.851	218	5,7 %	641	16,6 %	94	2,4 %	648	16,8 %	0	0,0 %	2.250	58,4 %
Kärnten	34.609	2.257	6,5 %	4.854	14,0 %	825	2,4 %	6.622	19,1 %	117	0,4 %	19.934	57,6 %

Tabelle 12: Gesamtübersicht zu Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten nach Betreuungsform, Jahr 2015

³⁰ In den Zahlen zur stationären Langzeit-, Kurzzeit- und Übergangspflege, sowie in jenen zur teilstationären Tagesbetreuung sind Selbstzahlerinnen und Selbstzahler nicht enthalten.

³¹ einschließlich Personen mit Pflegegeldbezug in Alternativen Lebensräumen in Kärnten

³² Mit Ausnahme von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe etc.

13.2 SOLL-Prognose – Personen mit Pflegegeldbezug in Kärnten 2030 nach Betreuungsformen

Regionen	Personen mit Pflegegeldbezug	davon mit 24-Stunden-Betreuung		davon mit stationärer Langzeitpflege ³³		davon mit stationärer Kurzzeit- oder Übergangspflege		davon mit mobiler Pflege und Betreuung		davon mit teilstationärer Tagesbetreuung		davon mit betreutem Wohnen		davon gänzlich ohne professionelle Unterstützung	
	abs.	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Kärnten-Ost	26.642	2.644	9,9 %	3.276	12,3 %	6.540	24,5 %	6.215	23,3 %	1.085	4,1 %	1.288	4,8 %	4.466	16,8 %
FE	2.290	139	6,1 %	347	15,1 %	626	27,3 %	682	29,8 %	95	4,1 %	111	4,9 %	191	8,3 %
K	7.663	849	11,1 %	875	11,4 %	1.760	23,0 %	1.670	21,8 %	304	4,0 %	403	5,3 %	1.403	18,3 %
KL	4.577	525	11,5 %	563	12,3 %	1.104	24,1 %	969	21,2 %	180	3,9 %	307	6,7 %	631	13,8 %
SV	4.721	510	10,8 %	470	10,0 %	1.119	23,7 %	1.184	25,1 %	199	4,2 %	182	3,9 %	916	19,4 %
VK	3.632	347	9,6 %	479	13,2 %	950	26,2 %	689	19,0 %	150	4,1 %	163	4,5 %	753	20,7 %
WO	3.759	273	7,3 %	543	14,4 %	981	26,1 %	1.021	27,2 %	158	4,2 %	122	3,2 %	572	15,2 %
Kärnten-West	15.669	1.272	8,1 %	2.096	13,4 %	3.713	23,7 %	3.589	22,9 %	647	4,1 %	882	5,6 %	2.614	16,7 %
HE	1.353	108	8,0 %	149	11,0 %	304	22,5 %	426	31,5 %	58	4,3 %	51	3,7 %	207	15,3 %
SP	5.243	480	9,1 %	610	11,6 %	1.245	23,7 %	1.249	23,8 %	220	4,2 %	289	5,5 %	861	16,4 %
VI	4.246	295	7,0 %	587	13,8 %	986	23,2 %	853	20,1 %	174	4,1 %	260	6,1 %	831	19,6 %
VL	4.827	389	8,1 %	750	15,5 %	1.178	24,4 %	1.061	22,0 %	194	4,0 %	282	5,8 %	714	14,8 %
Kärnten	42.310	3.916	9,3 %	5.372	12,7 %	10.253	24,2 %	9.803	23,2 %	1.732	4,1 %	2.170	5,1 %	7.079	16,7 %

Tabelle 13: Prognose der Anzahl aller Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungs- und Pflegeformen, 2030

³³ inklusive prognostizierte Personen mit Pflegegeldbezug in Alternativen Lebensräumen im Jahr 2030

13.3 SOLL 2030 – strukturelle Kapazitätsbemessung, insgesamt

Übersichtsdarstellung der Planzahlen für den Planungshorizont 2030												
Planzahlen		VR 21 - Kärnten Ost					VR 22 - Kärnten West					Σ Kärnten
		FE	K	KL	SV	VK	WO	HE	SP	VI	VL	
Stationäre Kurz- und Langzeitpflege (SBP/KSE) ³⁴	Plätze											
	IST 2015, gesamt	352	999	557	565	392	508	223	732	662	763	5.753
	SOLL 2030, gesamt	384	993	634	520	514	599	169	697	662	826	5.998
	Δ absolut	32	-6	77	-45	122	91	-54	-35	0	63	245
Teilstationäre Tagesbetreuung (TST)	Plätze											
	IST 2015	0	39	10	10	5	10	0	34	12	0	120
	SOLL 2030	52	166	98	109	82	86	32	121	95	106	948
	Δ absolut	52	127	88	99	77	76	32	87	83	106	828
Betreutes Wohnen (AWF) ³⁵	Plätze											
	IST 2015	0	23	14	78	15	55	0	0	10	14	209
	SOLL 2030	117	427	325	195	176	135	53	309	276	299	2.311
	Δ absolut	117	404	311	117	161	80	53	309	266	285	2.102
Mobile Dienste (MBP)	Pflege- und Betreuungsstunden											
	IST 2015	77.863	154.753	71.811	115.693	53.221	104.542	54.740	104.654	78.511	94.038	909.827
	SOLL 2030	103.295	214.161	116.029	145.041	81.505	130.140	58.786	152.959	108.021	132.825	1.242.762
	Δ absolut	25.432	59.408	44.218	29.348	28.284	25.598	4.046	48.305	29.510	38.787	332.935

Tabelle 14: Überblick aller strukturellen Versorgungsangebote im Ist für 2015 und im Soll für 2030, bezirksweise Darstellung

³⁴ Alternative Lebensräume in Kärnten werden innerhalb der stationären Langzeitpflege dargestellt³⁵ darunter sind alle geförderten Einrichtungen des betreuten Wohnens der Abt. 5 mit Alltagsmanager dargestellt

13.4 Taalxonomy

TAALXONOMY ID	Kategorie - Stufe 1 Anwendungsbereich	Unterkategorie - Stufe 2 Anwendungsunterbereich	Anwendungsfunktionen - Stufe 3 Anwendungsfall
T01	Gesundheit & Pflege		
T01-01		Gesundheitliche Vorsorge und Prävention	
T01-01-01			Risikoprävention und Krankheitsvermeidung
T01-01-02			Krankheitsfrüherkennung
T01-01-03			Rehabilitation und Nachbehandlung
T01-02		Körper- und Vitaldaten	
T01-02-01			Messung und/oder Monitoring von Körper- und Vitaldaten
T01-02-02			Übertragung und/oder Speicherung von Körper- und Vitaldaten
T01-02-03			Aktivitätsprofile und -profilanalyse
T01-02-04			Erhebung psychologischer Status
T01-02-05			Alarmierung bei Grenzwertüber- oder -unterschreitung
T01-03		Telecare und Telehealth	
T01-03-01			Telekonsultation
T01-03-02			Telediagnostik
T01-03-03			Telemonitoring
T01-03-04			Telerehabilitation und -therapie
T01-03-05			Sonstige telemedizinische Dienstleistungen
T01-04		Elektronische Patientenakte	
T01-04-01			Verarbeitung von patientenbezogenen Informationen
T01-04-02			Datenaustausch mit IT Systemen des Gesundheitswesens
T01-05		Ernährung	
T01-05-01			Zubereitung von Lebensmitteln
T01-05-02			Dosierung von Lebensmitteln und/oder Getränken
T01-05-03			Aufnahme von Lebensmitteln und/oder Getränken
T01-05-04			Erährungsmonitoring und/oder Monitoring der Trinkmenge
T01-05-05			Erährungsplanung und/oder -assistenz

T01-06		Persönliche Hygiene	
T01-07		Therapie	
T01-07-01			Verhaltenstherapie
T01-07-02			Wärme- und/oder Kältetherapie
T01-07-03			Lichttherapie
T01-07-04			Dialysetherapie
T01-07-05			Schmerztherapie
T01-07-06			Reizstromtherapie
T01-07-07			Kommunikationstherapie
T01-07-08			Bewegungstherapie
T01-08		Medikamente	
T01-08-01			Einnahme und/oder Verabreichung von Medikamenten
T01-08-02			Dispositions- und/oder Haltbarkeitsüberwachung von Medikamenten
T01-08-03			Dosierung und/oder Terminierung der Medikamenteneinnahme
T01-08-04			Information und Warnung zu Kreuzreaktionen und Kontraindikationen
T01-09		Pflege	
T01-09-01			Pflegedienstleistungen
T01-09-02			Pflegeinformationsaustausch
T01-09-03			Pflegedokumentation
T02	Wohnen & Gebäude		
T02-01		Barrierefreies Wohnen	
T02-01-01			Bauliche und statische Maßnahmen
T02-01-02			Anpassbare Maßnahmen
T02-02		Strom	
T02-02-01			Energieversorgung
T02-02-02			Einsparen von elektrischer Energie
T02-02-03			Messen und/oder Speichern von elektrischer Energie
T02-03		Licht	
T02-03-01			Lampen- und Leuchtensteuerung
T02-03-02			Rollladensteuerung

T02-03-03			Steuerung lichtdurchlässiger Objekte
T02-03-04			Anzeige von Beleuchtungsinformation
T02-04		Wasser	
T02-04-01			Wasserversorgung
T02-04-02			Wassereinsparung
T02-04-03			Sanitäranlagen
T02-05		Raumklima	
T02-05-01			Belüftungsanlagen
T02-05-02			Lufterfrischer
T02-05-03			Messung und Anzeige von Temperaturinformationen
T02-05-04			Wärmemanagement
T02-05-05			Fenstersteuerung
T02-06		Zutrittssteuerung	
T02-06-01			Identifikation mittels Objekten
T02-06-02			Identifikation mittels biometrischen Daten
T02-06-03			Identifikation mittels Video- und/oder Tonübertragung
T02-07		Umgebung	
T02-07-01			Lärminderung
T02-07-02			Reduzierung von mechanischen Schwingungen
T02-07-03			Reduzierung von elektrischen Schwingungen
T02-08		Instandhaltung	
T02-08-01			Entsorgung
T02-08-02			Reinigung
T02-08-03			Reparatur
T02-08-04			Gartenpflege
T03	Sicherheit & Schutz		
T03-01		Schäden und Gefahren	
T03-01-01			elektrische Sicherheit
T03-01-02			Brandschutz
T03-01-03			Gasüberwachung

T03-01-04			Überwachung von Wasseraustritt
T03-01-05			Laufwegeinschränkung
T03-01-06			Personenevakuierung
T03-01-07			Verhinderung von thermischen Schäden
T03-01-08			Abwehr von Überfällen
T03-01-09			Zustandsüberwachung für Geräte und Gegenstände
T03-02		Gebäudeüberwachung	
T03-02-01			Optische Überwachung
T03-02-02			Akustische Überwachung
T03-02-03			Einbruchsüberwachung
T03-02-04			Automatische Überprüfung von Objektzustand
T03-02-05			Überwachungsdienstleistung
T03-03		Stürze	
T03-03-01			Sturzerkennung in Gebäuden
T03-03-02			Sturzerkennung im Freien
T03-03-03			Sturzprävention
T03-04		Personenlokalisierung	
T03-04-01			Personenlokalisierung in Gebäuden
T03-04-02			Personenlokalisierung im Freien
T03-05		Notfallmanagement und Alarmierungen	
T03-05-01			Verständigung Dritter im Notfall
T03-05-02			Eskalationsmanagement
T03-05-03			automatische Alarmierung
T03-05-04			manuelle Alarmierung
T04	Mobilität & Transport		
T04-01		Personenbeförderung	
T04-01-01			Mobilitätshilfen
T04-01-02			öffentliche Personenbeförderung
T04-01-03			private Personenbeförderung
T04-02		Gütertransport und Versorgung	

T04-03		Reiseinformation und Navigation	
T04-03-01			Karten und Pläne
T04-03-02			Reiseinformationen
T04-03-03			Navigation
T04-04		Orientierung	
T04-04-01			Vibrationsleitsysteme
T04-04-02			Optische Leitsysteme
T04-04-03			Akustische Leitsysteme
T04-04-04			Taktile Leitsysteme
T05	Arbeit & Schulung		
T05-01		Arbeitsunterstützung	
T05-02		Lernen und Weiterbildung	
T06	Vitalität & Fähigkeiten		
T06-01		Körperliche Fähigkeiten	
T06-01-01			Stärkung des Bewegungsapparats
T06-01-02			An- und Ausziehen
T06-01-03			Heben und Greifen von Objekten
T06-01-04			Sehen
T06-01-05			Hören
T06-01-06			Atmen
T06-01-07			Schreiben, Zeichnen und Malen
T06-01-08			Sprechen
T06-01-09			Sexualität
T06-02		Geistige Fähigkeiten	
T06-02-01			Gedächtnis
T06-02-02			Erinnerung
T06-02-03			Sprache
T06-02-04			Wahrnehmung und Sinneseindrücke
T06-03		Soziale Fähigkeiten	
T06-03-01			Erfahrungs- und Informationsaustausch

T06-03-02			Soziale Netzwerke
T06-03-03			Nachbarschaftsnetzwerke, Ehrenamt, Vereine
T07	Freizeit & Kultur		
T07-01		Sport und Fitness	
T07-02		Entertainment und Mediennutzung	
T07-02-01			Bilder
T07-02-02			Video
T07-02-03			Musik und Hörbücher
T07-02-04			Internet und Web 2.0
T07-03		Kultur	
T07-04		Reisen	
T07-05		Religion und Glaube	
T07-06		Spiele	
T07-06-01			Brettspiele
T07-06-02			Kartenspiele
T07-06-03			Computerspiele
T07-06-04			Andere Spiele
T07-07		Haustiere	
T07-08		Andere Aktivitäten	
T08	Information & Kommunikation		
T08-01		Information und Wissen	
T08-02		Beratung, Coaching und Assistenz	
T08-03		Kommunikation	
T08-03-01			Sprachkommunikation
T08-03-02			Videokommunikation
T08-03-03			Textkommunikation
T08-03-04			Andere technische Kommunikationsformen
T08-04		Organisation	
T08-04-01			Dokumentenmanagement
T08-04-02			Termin- und Aufgabenverwaltung

T08-04-03			Behördendienstleistungen
T08-04-04			Finanzdienstleistungen

Tabelle 15: Taalxonomy Übersichtstabelle; Quelle: Leitner et al. 2015

Literaturverzeichnis

AAL AUSTRIA (2015): AAL Vision Österreich. Positionspapier, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

AAL Products (2017). Online verfügbar unter <http://www.aal-products.com/index.php/frontend/start?categorie=-1>, zuletzt geprüft am 25.10.2017.

Al-Shaqi, Riyad; Mourshed, Monjur; Rezgui, Yacine (2016): Progress in ambient assisted systems for independent living by the elderly. In: *SpringerPlus* 5, S. 624. DOI: 10.1186/s40064-016-2272-8.

Amt der Kärntner Landesregierung (Hg.) (2017): EU-Pflegeprojekt Consenso in Klagenfurt auf dem Prüfstand. Online verfügbar unter <https://www.ktn.gv.at/Service/News?nid=26539>, zuletzt geprüft am 22.08.2017.

Amt der Kärntner Landesregierung LGBI Nr 85/2013 (2013): Förderung des Betreubaren Wohnens im Gemeinnützigen Wohnbau.

Andreas, Sylke; Schulz, Holger; Volkert, Jana; Dehoust, Maria; Sehner, Susanne; Suling, Anna et al. (2017): Prevalence of mental disorders in elderly people. The European MentDis_ICF65+ study. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 210 (2), S. 125–131. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180463.

Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) (Hg.) (2011): Berufslexikon. Fach- und Diplom-SozialbetreuerIn für Altenarbeit (FSBA). Online verfügbar unter https://www.berufslexikon.at/beruf3046_1, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) (Hg.) (2017): Berufsinformationssystem SozialarbeiterIn. Online verfügbar unter <http://www.ams.at/bis/bis/StammbetriebDetail.php?noteid=377>, zuletzt aktualisiert am 20.06.2017, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

ARGE Green Care Österreich (Hg.): Lebensort Bauernhof. Pflege und Betreuung. Online verfügbar unter <https://www.greencare-oe.at/lebensort-bauernhof+2500++1000177+1056>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Bechtold, Ulrike; Waibel, Uli; Sotoudeh, Mahshid (2016): DiaLogbuch AAL. Dialoge zu Active and Assisted Living. Wien: Österreichische Computer Gesellschaft (Reports@ocg.at).

Bundesamt für Statistik BFS (2011): Betagte Personen in Institutionen. Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Bundeskanzleramt (Hg.) (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018. Erfolgreich. Österreich., zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2013): Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Altern und Zukunft. 4. Auflage. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/0/7/CH3434/CMS1451919205078/soziale-themen_seniorinnen_bundesseniorinnenplan_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2017.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Mehrgenerationenhäuser. Online verfügbar unter <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/programm/was-ist-das-bundesprogramm/>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2013): Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Abschlussbericht der Studie. Berlin, zuletzt geprüft am 07.11.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Wien. Online verfügbar unter <file:///C:/Users/eva.robl/Desktop/Herz-Kreislauf-Erkrankungen%20in%20%C3%96sterreich.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hg.) (2014): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.) (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (Hg.) (2017): Testregion WEST-AAL, zuletzt geprüft am 08.11.2017.

Chen, Yi-Ru Regina; Schulz, Peter J. (2016): The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly. A Systematic Review. In: *Journal of medical Internet research* 18 (1), e18. DOI: 10.2196/jmir.4596.

Colombo, Francesca; Llana-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme; Tjadens, Frits (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD (OECD health policy studies). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

Dachverband HOSPIZ Österreich (Hg.) (2017): Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2016. Wien. Online verfügbar unter http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf, zuletzt geprüft am 23.10.2017.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2016): S3-Leitlinie "Demenzen". Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. HTA-Bericht 80. DIMDI - deutsche agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information. Köln. Online verfügbar unter https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

Diakoniewerk Syncare GmbH (Hg.) (o.J.a): Generationenwohnen Salzburg: Die Zukunft ist Rosa. Online verfügbar unter <https://syncare.at/r/projektentwicklung/rosa-zukunft-generationenwohnen-salzburg>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Diakoniewerk Syncare GmbH (Hg.) (o.J.b): Luftenberg: Wohngemeinschaften für Menschen im Alter. Online verfügbar unter <https://syncare.at/n/projektentwicklung/luftenberg-senioren-wg>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Diakoniewerk Syncare GmbH (Hg.) (o.J.c): MehrZellerNachbarschaft - Quartiersarbeit in Bad Zell. Online verfügbar unter <https://syncare.at/r/projektentwicklung/mehrzellernachbarschaft-quartiersarbeit>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Diakoniewerk Syncare GmbH (Hg.) (o.J.d): Wohnprojekt LeNa Engerwitzdorf. Online verfügbar unter <https://syncare.at/r/projektentwicklung/wohnprojekt-lena>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Evangelische Stiftung Alsterdorf (Hg.) (o.J.): Q8 Quartiere bewegen. Online verfügbar unter <http://www.q-acht.net/q8.htm>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen (Hg.) (o.J.): Lebenswelt Aigen, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Fachhochschule Kärnten (Hg.) (2017): NWH2020 - Wissenschaftliche Begleitung für "Neues Wohnen Harbach 2020 - quality assisted living for all. Online verfügbar unter <https://www.fh-kaernten.at/forschung/projekte/?detailDceUid=14308&projectId=812&cHash=489c31fe9d4847c42e77b85423a6cf27>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

FH Campus Wien Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit GmbH (Hg.) (2015): Abschluss- und Evaluierungsbericht. Quartiersmanagement - Gemeinschaftliches Wohnen in der Oase 22. Wien. Online verfügbar unter <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/zusammenleben/nachbarschaft/oase-22-abschlussbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 05.09.2017.

Fonds Soziales Wien (Hg.) (2017): Wohngemeinschaften. Online verfügbar unter http://pflege.fsw.at/wohnformen_pflege/seniorenwg/, zuletzt geprüft am 05.09.2017.

Gesundheit Österreich GmbH (Hg.): Demenzstrategie Abschlussbericht 2015. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 20.07.2017.

Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2016): Wissenschaftliche Begleitung der Demenzstrategie. Systematische Darstellung des aktuellen Wissensstandes zu den Fragestellungen der beteiligten Expertinnen und Experten. Wien. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/ergebnisbericht_wissenschaftlichebegleitungdemenzstrategie_0fehler.pdf, zuletzt geprüft am 24.07.2017.

Geyer, Anton; Good, Barbara (07. Jänner 2016): Evaluierung der österreichischen Beteiligung am Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL JP 2008 – 2013). Endbericht. Hg. v. technopolis group, zuletzt geprüft am 08.11.2017.

Geyer, Gerda; Holas, Katharina (2017): benefit/AAL. Opportunity through Demographic Change. Project Examples. Hg. v. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien. Online verfügbar unter http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2017/07/brochuere_benefit_aal_e.pdf, zuletzt geprüft am 26.07.2017.

Häfner, Steffen; Martens, Ute; Zipfel, Stephan (2017): Psychische Erkrankungen im Alter. Häufigkeit und Inanspruchnahmeverhalten. In: *Psychiatrie* 1, zuletzt geprüft am 22.12.2017.

Haux, R.; Koch, S.; Lovell, N. H.; Marschollek, M.; Nakashima, N.; Wolf, K-H (2016): Health-Enabling and Ambient Assistive Technologies. Past, Present, Future. In: *Yearbook of medical informatics* Suppl 1, S76-91. DOI: 10.15265/IYS-2016-s008.

Heintze, Cornelia (2016): Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Stuttgart. Online verfügbar unter http://www.agmav-wuerttemberg.de/sonstiges/verdi/2016_10_22_Stgt.Heintze_Der%20skandinavische%20Weg%20zu%20einem%20zeitgem%C3%A4%C3%9Fen%20Pflegesystem.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2017.

Hospiz Österreich (Hg.) (2017): Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH), zuletzt geprüft am 23.10.2017.

IAP Sozialzentrum (Hg.) (o.J.): Das Sozialzentrum IAP an der Lutz. Online verfügbar unter <http://www.iap-ludesch.at/index.php>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Janig, Herbert; Kada, Olivia; Cernic, Karl; Likar, Rudolf; Pinter, Georg (2017): Grundlagen- und Diskussionspapier zur Erstellung einer Geriatriestrategie für Kärnten. Klagenfurt.

Joanneum Research (Hg.) (2015): PotenziAAL-Pflege. Abschätzung des Marktpotenzials von Technologien aus dem Bereich "Ambient Assisted Living". Endbericht, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Kärntner Landesrechnungshof (Hg.) (2017): Versorgungsstrukturen im Pflegebereich. Bericht des Kärntner Landesrechnungshofes. Klagenfurt, zuletzt geprüft am 19.12.2017.

Kärntner Landesregierung (2010): Förderung des Betreubaren Wohnens im Gemeinnützigen Wohnbau. Pilotprojekt. Regierungssitzungsakt, 13.12.2010, zuletzt geprüft am 06.12.2017.

Kropf, Johannes (2016): MODULAAR. Ein modulares skalierbares System als Lifestyle Element für Silver-ager bis zu betreutem Wohnen. Evaluierung der BenutzerInnen. Hg. v. modULAAR Konsortium, zuletzt geprüft am 08.11.2017.

Land Kärnten (Hg.) (2017): Geundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS). Online verfügbar unter http://www.ktn.gv.at/310912_DE-GPS, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Larson, Eric B.; Langa, Kenneth M. (2017): What's the "Take Home" from Research on Dementia Trends? In: *PLOS Medicine* 14 (3), e1002236. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002236.

Leitner, Peter; Neuschmied, Julia; Ruscher, Stefan (2015): TAALXONOMY. Entwicklung einer praktikablen Taxonomie zur effektiven Klassifizierung von AAL-Produkten und Dienstleistungen, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

LGBI Nr 60/1997: Kärntner Wohnbauförderungsgesetz 1997. K-WBFG 1997, vom 06.12.2017, zuletzt geprüft am 06.12.2017.

Memon, Mukhtiar; Wagner, Stefan Rahr; Pedersen, Christian Fischer; Beevi, Femina Hassan Aysha; Hansen, Finn Overgaard (2014): Ambient assisted living healthcare frameworks, platforms, standards, and quality attributes. In: *Sensors (Basel, Switzerland)* 14 (3), S. 4312–4341. DOI: 10.3390/s140304312.

Oberzaucher, Johannes (2013): CONGENIAAL. Integration Komplementärer AAL-Entwicklungen zu einem modularen, interoperativen und multifunktionalen AAL-System. Hg. v. Fachhochschule Kärnten, zuletzt geprüft am 14.09.2017.

Panek, Paul; Mayer, Peter; Loidl, Herwig; Werner, Katharina (2015): Anforderungen an ein IT System zur Unterstützung des Nachtdienstes im Betreuten Wohnen und in Demenz-Wohngemeinschaften. 8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. UMIT. Hall in Tirol, 28.09.2015. Online verfügbar unter <http://www.kongress-eni.eu/>, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Payr, Sabine; Werner, Franz; Werner, Katharina (2015): Potential of Robotics for Ambient Assisted Living. Final Report. Vienna, zuletzt geprüft am 08.11.2017.

Peeters, José M.; Wiegers, Therese A.; Friele, Roland D. (2013): How technology in care at home affects patient self-care and self-management. A scoping review. In: *International journal of environmental research and public health* 10 (11), S. 5541–5564. DOI: 10.3390/ijerph10115541.

Pflegefondsgesetz - PFG: Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2021 gewährt wird. BGBl. I Nr. 57/2011. Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007381>, zuletzt geprüft am 17.10.2017.

Planic, Rainer; Kampel, Martin; Zambanini, Sebastian (2011): Audiovisual Assistance for the Elderly - An Overview of the FEARLESS project, zuletzt geprüft am 14.09.2017.

Pochobradsky, Elisabeth; Nemeth, Claudia; Preninger, Barbara (2008): Evaluierung und Fortschreibung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für stationäre, teilstationäre und mobile soziale Dienste in Kärnten. Endbericht. Hg. v. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH. Wien, zuletzt geprüft am 18.12.2017.

Reilly, Siobhan; Miranda-Castillo, Claudia; Malouf, Reem; Hoe, Juanita; Toot, Sandeep; Challis, David; Orrell, Martin (2015): Case management approaches to home support for people with dementia. Hg. v. Chochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. Online verfügbar unter <http://online-library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008345.pub2/abstract>, zuletzt geprüft am 24.07.2017.

Riedl, Anton (Hg.) (2013): Befragung: Wohnwünsche von Seniorinnen und Senioren in der Region Oberpinzgau. Online verfügbar unter <http://research.fh-ooe.at/de/publication/3792>, zuletzt geprüft am 25.09.2017.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 13.07.2017.

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (Hg.) (2008): Dementia - Caring, Ethics, Ethnical and Economical Aspects. A Systematic Review. Volume 3. Stockholm. Online verfügbar unter http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/dementia_vol32.pdf, zuletzt geprüft am 24.07.2017.

Verein für Haushalts-, Familien- und Betriebsservice (Hg.): Dorfservice... die Kraft aus dem Miteinander. Hilfe im Alltag. Online verfügbar unter http://www.dorfservice.at/service_info/hilfe_im_alltag, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Impressum

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

Gendering

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