

COMMUNITY NURSING IM BURGENLAND: QUO VADIS?

SCIENCE.RESEARCH.PANNONIA.
Fachhochschule Burgenland
Band 32

Community Nursing im Burgenland: Quo vadis?

Community Nursing-Projekte
als Bausteine für optimierte Versorgung

Ute Seper & Ewald Michael Schlaffer (Hrsg.)



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Die Community Nursing-Projekte werden finanziert von der Europäischen Union – NextGenerationEU.

Eigentümer und Verleger

Verlag Holzhausen GmbH, Traungasse 14-16, A-1030 Wien, Österreich

Geschäftsführung: DDr. Gabriele Ambros und Silvija Stevanovic, BA

Verlagsort: Wien – Herstellungsort: Wien – Printed in Austria

1. Auflage 2024

ISBN: 978-3-903207-91-2

Copyright © Verlag Holzhausen GmbH, 2024

Bibliografische Informationen der Österreichischen Nationalbibliothek und der Deutschen Nationalbibliothek:

Die ÖNB und die DNB verzeichnen diese Publikation in den Nationalbibliografien; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar. Für die Österreichische Bibliothek: <https://onb.ac.at>, für die Deutsche Bibliothek: <https://dnb.de>

Lizenzgeber: Creative Commons (CC) BY 4.0

Sofern vom Verlag nicht anders verlautbart, wird der Text dieser Werfassung bis auf Weiteres unter der Lizenz »Creative Commons (CC) BY 4.0« zur Verfügung gestellt. Nähere Informationen zu dem Umfang dieser Lizenz sind unter <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> abrufbar.

www.verlagholzhausen.at

Inhaltsverzeichnis

Vorwort I: LR Dr. Leonhard Schneemann, Land Burgenland	7
Vorwort II: MMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH	9

DIE COMMUNITY NURSE ALS TEIL DER VERSORGUNGSLANDSCHAFT

I. Community Nursing in der österreichischen Versorgungslandschaft Ute Seper, Gerald Gredinger, Peter J. Mayer	13
II. Neue Versorgungswege im Burgenland mit regionalen Pflegestützpunkten und darin integrierten Community Nurses Ute Seper, Dagmar Puschenreiter, Ewald Michael Schlaffer	23
III. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der regionalen Gesundheitsversorgung Peter J. Mayer	31
IV. Bedeutung der Community Nurse in der Stärkung der Gesundheitskompetenz Peter J. Mayer	37
V. Gesundheitsförderung als Auftrag der Community Health Nurse Katharina Koch, Magdalena Thaller-Schneider, Carmen Steinhöfler, Erwin Gollner	45

GOOD PRACTICE BEISPIELE AUS DEN COMMUNITY NURSING-PROJEKTEN

I. Verhältnisorientierte Maßnahme – am Beispiel von Gedächtnistraining für Senior:innen Maria Haspl, Jacqueline Hammer	55
--	----

II. „Aufeinander schauen – Community Nursing in Forchtenstein“ – ein Praxisbericht Dagmar Puschenreiter, Nadja Fenz	65
III. Community Nurses im praktischen Tun: Information, Edukation, Beratung und Vernetzungsarbeit - am Beispiel der Community Nursing Gesundheitsmesse Carina März, Sandra Schuch, Ingrid Ulreich, Ute Seper	75
IV. Maßnahmen-Umsetzung zur Gesundheitsförderung mit Fokus auf Mobilität und Bewegung Sabine Rosenecker	89
V. Zwei Jahre präventiver Hausbesuch – Lessons learned? – am Beispiel von Community Nursing in Eltendorf-Königsdorf Philipp Jost	101
VI. Niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsinformationen durch Informationsveranstaltungen und Workshops Judith Grafl	111

DIGITALISIERUNG IN GESUNDHEIT UND PFLEGE

I. Digitale Gesundheitsinformationen: Community Nursing Erklärvideo-Reihe als Good Practice Beispiel für mehr Gesundheit Ute Seper, Judith Grafl	125
II. Digitalisierung als Treiber: Digital Health in der pflegerischen Versorgung im ruralen Raum Herwig Loidl, Peter J. Mayer	133
III. Healthcare 4.0: Digitale Transformation als Chance im Gesundheitswesen Ute Seper	139
Nachwort: Peter J. Mayer	147
Autor:innen-Profil	151

Vorwort I



Wir wissen alle nur zu gut, dass Pflege und Betreuung eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit sind. Sie bestimmen die Lebensrealität nahezu aller Burgenländerinnen und Burgenländer – ob als Pflegebedürftige, deren Angehörige oder als Kräfte in den Gesundheitsberufen. Dabei stellen die kompetente Beratung und vor allem die Unterstützung in allen Pflege- und Betreuungsangelegenheiten die Eckpfeiler des Systems da. Nur so kann für jede Burgenländerin und jeden Burgenländer das passende Angebot gefunden werden und damit genau das bekommen, was gebraucht wird.

Schon 2019 wurde daher die Pflege- und Sozialberatung implementiert. Sie gilt an allen Bezirkshauptmannschaften des Landes als erste Anlaufstelle in allen Pflegefragen. Derzeit liefern elf Beraterinnen und Berater fachliche Expertise. Durch die Pflegestützpunkte werden es künftig sogar 28 Beraterinnen und Berater sein. Mit einem klaren Mehrwert, denn somit profitiert künftig das ganze Burgenland noch mehr davon von der pflegerischen Expertise - und das direkt vor der Haustür.

Eine gemeindenahere Ergänzung stellt das EU-finanzierte Projekt der Community Nurses dar. In sechs Gemeinden im Burgenland sind sie nun die erste Ansprechstelle in allen Fragen rund um Pflege und Gesundheit. Sie kümmern sich auch um präventive Hausbesuche um schon vor dem Bedarfsfall alle Vorkehrungen und Entscheidungen treffen zu können. Das Projekt Community Nurses erweitert und bereichert unser burgenländisches Angebot.

Landesrat Dr. Leonhard Schneemann



Vorwort II



Die Gesundheitsversorgung steht vor tiefgreifenden Veränderungen. Gesellschaftliche, ökonomische, strukturelle und technologische Entwicklungen führen zu einem Wandel im Verständnis von Gesundheit. Statt allein auf Krankheiten zu fokussieren, rücken ganzheitliche Ansätze in den Vordergrund. Gesundheitsberufe streben danach, die Wirkung gesundheitspezifischer Leistungen für die Bevölkerung zu sichern und zu steigern – und das bei effizientem Ressourceneinsatz. Trotz dieser Vision besteht eine Lücke zwischen Theorie und Praxis. Die aktuellen Versorgungskonzepte reichen nur ansatzweise aus, um die vielfältigen Herausforderungen zu bewältigen. Hier setzt Community Nursing an.

Community Nursing ist ein etabliertes Versorgungskonzept aus dem anglo-amerikanischen Raum und weltweit integraler Bestandteil hochqualifizierter Pflege. Es setzt genau dort an, wo Menschen leben – zuhause und in der Gemeinde – noch bevor Pflegebedürftigkeit eintritt. Community Nurses arbeiten daran, Hindernisse zu beseitigen, die dazu führen, dass Menschen schneller pflegebedürftig werden, sei es auf individueller oder struktureller Ebene.

In ihren Arbeitsfeldern greifen Community Nurses praktische Fragen auf, bearbeiten sie und bringen die Antworten zurück in die Praxis. Positive Effekte auf die Bevölkerungsversorgung sind zu erwarten, ebenso wie eine gesteigerte Attraktivität des Berufs. In Österreich hat die Einführung von Community (health) Nursing durch Pilotprojekte im Rahmen des Aufbau- und Resilienzplans (NextGeneration EU) bereits begonnen. In diesem Sammelband werden Erfahrungen aus dem Burgenland nachvollziehbar dargestellt.

MMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Rappold
Gesundheit Österreich GmbH

DIE COMMUNITY NURSE
ALS TEIL DER VERSORGUNGLANDSCHAFT

Community Nursing in der österreichischen Versorgungslandschaft

Ute SEPER¹, Gerald GREDINGER², Peter J. MAYER³

¹Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen; Wissenschaftliche Koordinatorin Netzwerk CN Burgenland

²Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung Gesundheitsökonomie und –systemanalyse, Wien

³Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Leiter des Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“

Abstract: Das österreichische Gesundheitssystem erweist sich als ein komplexes und stark fragmentiertes System. Kompetenzen sind zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung aufgeteilt. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen kann im Vergleich zu anderen Ländern als gut bewertet werden, die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung liegt in hohem Maße vor. Das österreichische Gesundheitssystem ist durch ein starkes Ungleichgewicht zwischen intra- und extramuralem Bereich gekennzeichnet. Reformbemühungen zielen demnach darauf ab, die Primärversorgung zu stärken und den kostenintensiven Spitalssektor zu entlasten. Der demografische Wandel sowie die damit einhergehende Verknappung an Personal erfordern neue Wege, die sich sowohl in den Versorgungsstrukturen als auch im Einsatz neuer Technologien erschließen. Ein Lösungsansatz, der bereits in der Pilotphase Wirkung zeigt, sind Community Nursing-Projekte. Durch den Einsatz von Community Nurses und modernen Technologien können Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, wirksam begegnet werden.

1 Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem weist trotz zahlreicher Reformbemühungen stark fragmentierte Versorgungsstrukturen auf. Als eines der zentralen Anliegen sämtlicher Reformen wird die „Stärkung von Koordination und Zusammenarbeit“ genannt. Andererseits wird regelmäßig darauf hingewiesen, dass die österreichische Bevölkerung einen guten Gesundheitszustand, mit einer Lebenserwartung bei Geburt aufweist, die über dem EU-Schnitt liegt. Ebenso wird auf die, im Vergleich zu anderen EU-Ländern, niedrige „vermeidbare

Sterblichkeit“ verwiesen, was auf eine höhere Effektivität des Versorgungswesens als in anderen EU-Ländern schließen lässt. (Bachner et al., 2019)

In Bezug auf die Leistungsfähigkeit bietet das österreichische Versorgungssystem einen guten und „niederschweligen Zugang“ zu Gesundheitsleistungen. Die österreichische Bevölkerung verzeichnet einen der niedrigsten unerfüllten Bedarfe an medizinischer Versorgung innerhalb der EU. Praktisch die gesamte Bevölkerung ist durch die soziale Krankenversicherung abgesichert und hat Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot. Dennoch könnten die zunehmenden Unterschiede zwischen der Anzahl an Vertragsärzt:innen und Wahlärzt:innen zu sozialen und regionalen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beitragen. (Bachner et al., 2019)

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ kostenintensiv. Es ist stark auf die intramurale Versorgung fokussiert, was sich an einer hohen Nutzung stationärer Leistungen und einem Ungleichgewicht in der Ressourcenallokation zwischen dem Krankenhaussektor und dem extramuralen Sektor zeigt. Daher zielen die laufenden Reformen darauf ab, das Wachstum der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand durch eine Ausgabenobergrenze zu senken und die übermäßige Nutzung stationärer Leistungen zu verringern. Die Effizienz der intramuralen Versorgung hat sich während der Reformperiode verbessert, jedoch stellt die fragmentierte Finanzierung zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor nach wie vor eine Herausforderung dar. Aktuelle Bemühungen, die darauf abzielen, die Primärversorgung nach neuem Modell flächendeckend auszubauen, sind ein wichtiger Schritt, um Tätigkeiten aus dem großen und kostenintensiven Krankenhaussektor zu verlagern und die Qualifikationsprofile und Einsatzbereiche der medizinischen Fachkräfte zu erweitern. (Bachner et al., 2019)

2 Status quo der österreichischen Gesundheitsversorgung

Das österreichische Gesundheitssystem kann als komplex beschrieben werden. Zum einen ist hier die föderale Struktur zu nennen, was bedeutet, dass die Kompetenzen zwischen Bund, der zum Großteil für die Gesetzgebung zuständig ist und Ländern, die für die Versorgung im intramuralen zuständig sind, aufgeteilt ist. Darüber hinaus werden bestimmte Verwaltungsaufgaben, wie z.B. der extramurale Bereich der Sozialversicherung, in Selbstverwaltung übertragen, wobei dem Bund die Aufsicht obliegt. (ÖGK, 2024) Eine Herausforderung stellt hierbei die Koordination und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Regierungsebenen und den Selbstverwaltungsorganen dar.

Finanziert wird das österreichische Gesundheitssystem über einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge, Steuergelder sowie private Zuzahlungen. (Bachner et al., 2019) Die öffentlichen Ausgaben liegen hierbei bei 78 % (OECD, 2023). Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung und einhergehend damit höheren Prävalenz, auch was die Versorgungsnotwendigkeit

von Menschen chronischen Erkrankungen betrifft, stellt die Finanzierung des Gesundheitssystems auch zukünftig eine Herausforderung dar. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist vor allem im internationalen Vergleich in der Regel gut und deckt die gesamte österreichische Bevölkerung ab. Auch was die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung betrifft, liegt Österreich mit 84 % über dem OECD Durchschnitt von 67 % (OECD, 2023). Einen zuverlässigen Indikator für die Verfügbarkeit stellt die ärztliche Versorgungsdichte im intra- und extramuralen Bereich dar. Im intramuralen Bereich gab es österreichweit 2021 246,1 Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) in Fondskrankenanstalten je 100.000 Einwohner:innen (EW). Die Ausprägungen sind jedoch sehr unterschiedlich verteilt, während in burgenländischen Fondskrankenanstalten rund 182 Ärzt:innen auf 100.000 EW kommen, sind es in Wien 324 Ärzt:innen (ÄA) pro 100.000 EW. Im extramuralen Bereich sind es rund 77 je 100.000 EW österreichweit, wobei das Burgenland mit rund 91 ÄAVE je 100.000 EW die höchste Dichte aufweist. (Haindl et al., 2023) Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit 5,4 praktizierenden Ärzt:innen pro 1.000 EW über dem OECD-Durchschnitt von 3,7 (OECD, 2023).

Gemessen an den genannten Kennzahlen, steht das österreichische Gesundheitssystem, international betrachtet, vergleichsweise gut da. Jedoch auch eingedenk der Tatsache, dass Österreich eine der höchsten Krankenhaushäufigkeiten verbunden mit unnötigen Risiken für Patient:innen aufweist (Haindl et al., 2023), wurde im letzten Zielsteuerungsvertrag zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung das strategische Ziel wie folgt formuliert:

„Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“. (SV, 2019)

Ein Ziel in diesem Kontext stellt die „[...] abgestimmte, wohnortnahe, multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung (PV)“ (Haindl et al., 2023) dar, wobei der Fokus bei der Umsetzung auf der Schaffung neuer Primärversorgungseinheiten liegt. Bislang existieren laut Plattform Primärversorgung 64 PVEs, unterschiedlich über ganz Österreich verteilt. (GÖG, 2022b) Im Jahr 2022 wurden über die damals verfügbaren PVEs 3,7 Prozent der Bevölkerung versorgt (Haindl et al., 2023), woraus der Schluss gezogen werden kann, dass hier noch „Luft nach oben“ gegeben ist. Die Herausforderung hierbei besteht darin, auch ländliche Regionen, bei denen die Gefahr der Unterversorgung in höherem Maße gegeben ist, miteinzubeziehen.

Analog zum Zugang zur Versorgung, steht Österreich auch bei den Gesundheits-Outcomes, international betrachtet, vergleichsweise gut da. Ein exemplarischer Indikator ist hier der Anteil der vermeidbaren Todesfälle bei Personen unter 75 Jahren, sprich Todesfälle die nicht eingetreten wären, wenn es eine effektivere öffentliche Gesundheits- und/oder medizinische Interventionen gege-

ben hätte (Gay et al., 2011). In Österreich liegt dieser Wert mit 71,2 pro 100.000 Einwohner:in unter dem EU-Schnitt von 93,3 pro 100.000 Einwohner:in. Jedoch zeigen sich regionale Unterschiede. Die „vorzeitige vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit“ (Gesundheit 2021) in den westlichen Bundesländern Salzburg, Vorarlberg je (63 je 100.000 EW) und Tirol (61 je 100.000 EW) unterscheidet sich von den östlichen Bundesländern Burgenland (74 je 100.000 EW), Niederösterreich (78 je 100.000 EW) und Wien (81 je 100.000 EW).

Diese Ergebnisse sind isomorph zu den gesunden Lebensjahren bei Geburt, bei denen in Österreich auch ein West-Ost-Gefälle vorherrscht.

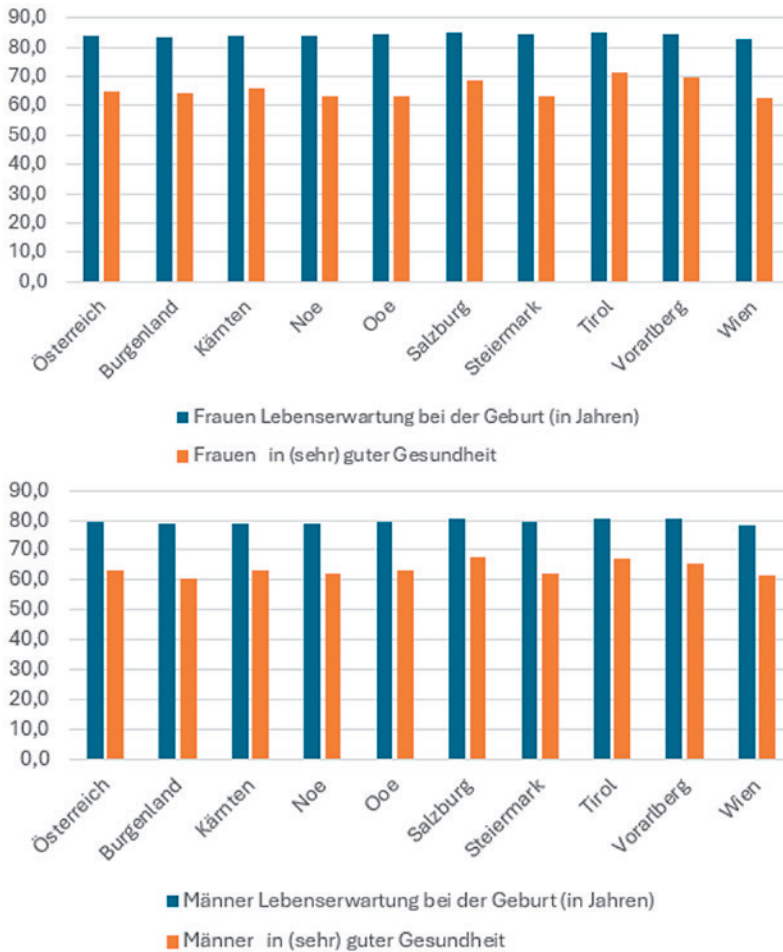


Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt gesamt und in (sehr) guter Gesundheit, getrennt nach Geschlecht, Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit> eingesehen am 28.04.2024 (eigene Darstellung)

Die Herausforderung hierbei besteht darin, neben kurativen Maßnahmen den Fokus auch auf Gesundheitsförderung, Unterstützung, Beratung und Prävention zu setzen. Aufgaben, die u.a. auch verstärkt der Community Nurse (CN) zukommen. Dies auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zu den höchsten innerhalb der EU zählen, während die Präventionsausgaben in Österreich unterdurchschnittlich sind. (OECD, 2019)

3 Community Nursing-Projekte in Österreich

Angesichts der vielfältigen und komplexen Herausforderungen im Gesundheitswesen ist es notwendig, neue und zukunftsweisende Ansätze in der österreichischen Gesundheitsversorgung zu verfolgen, um mit innovativen Konzepten den bestehenden Anforderungen gerecht zu werden. Der demografische Wandel verdeutlicht die immer schwächer werdenden Generationenverhältnisse, diese verursachen förmlich Veränderungen im Bereich der (digitalen) Gesundheitsdienstleistungen. (Kluth, 2010) Der prekäre Mangel an Pflegekräften sowie fehlende ambulante Strukturen werden zunehmend zum Risiko für Versorgung. (Waldenberger et al., 2022) Die Gesundheitsversorgung ist insbesondere in den ländlichen Regionen schwer. Im österreichweiten Vergleich weist das Burgenland neben Kärnten die höchste Alterung auf, in manchen Regionen ist mehr als ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre alt. (Statistik Burgenland, 2022)

Zugangsbarrieren, Finanzierungslücken sowie digitale Transformationen im Gesundheitswesen sind neben demografischen Veränderungen als Herausforderungen insbesondere für die älteren Generationen zu nennen. Die Sicherung wohnortnaher Versorgung, vor allem für alte und multimorbide Personen, scheint dadurch gefährdet. Kluge und zielorientierte Versorgungskonzepte - so wie jene Community Nursing-Projekte, freilich auch unter Nutzung zeitgemäßer technologischer Möglichkeiten, bieten Lösungen, nicht zuletzt um die Gesundheitsversorgung in ruralen Regionen zu verbessern und den Wissenstransfer zu optimieren.

Mit den aktuell in Österreich ausgerollten Community Nursing-Projekten, die Finanzierung erfolgt von der Europäischen Kommission, werden innovative Wege in der Regionalversorgung eingeschlagen. Insgesamt wurden Österreich seitens der Europäischen Kommission 54,2 Millionen Euro für die Implementierung von Community Nursing Pilotprojekten gemäß dem österreichischen Aufbau- und Resilienzplan zugewiesen. Die Projekte laufen von 01/2022 bis 12/2024. Derzeit sind 116 Pilotprojekte zu Community Nursing in Umsetzung (siehe Abbildung 2), sechs Pilotregionen befinden sich davon im Burgenland. (BMSGPK, 2021)

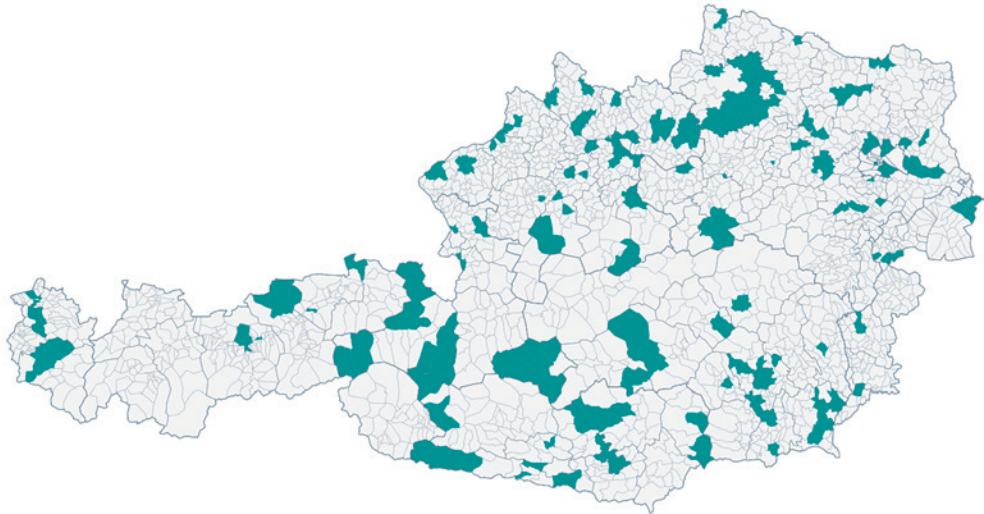


Abbildung 2: Stand der Pilotprojekte Community Nursing im Juli 2023, Grafik ©
 Quelle: GÖG (2024), https://www.goeg.at/CN_Stand_Pilotprojekte (eingesehen am
 03.05.2024)

4 Umsetzung von Community Nursing im Burgenland

In ganz Burgenland existieren sechs laufende Pilotprojekte. Anmerkend zu erwähnen ist, dass je drei Projekte von der Soziale Dienste Burgenland GmbH eingereicht wurden: ARGE Zurndorf, Nickelsdorf, Deutsch-Jahndorf; ARGE Rorbach – Marz und ARGE Schattendorf – Loipersbach – Baumgarten sowie je drei Projekte von Gemeinden, dazu zählen: Forchtenstein, ARGE Oberschützen – Bad Tatzmannsdorf, ARGE Eltendorf – Königsdorf. (GÖG, 2024) Eines der Projekte wird von der Fachhochschule Burgenland begleitet (Forschung Burgenland, 2022). Das kleinste Projekt weist ein Einzugsgebiet von 1.671 EW auf, das größte Projekt 4.788 EW. Beides erweist sich als wirkungsvoll, wobei im Rahmen dieser Pilotprojekte ein Vollzeitäquivalent für max. 5.000 EW zuständig sein soll. Im Burgenland haben sich Projektleiter:innen zum „Community Nursing Netzwerk Burgenland“ zusammengeschlossen, nicht zuletzt um Kompetenzen zu bündeln und eine gemeinsame Strategie im Community Nursing zu verfolgen. Alle sechs Wochen findet ein Netzwerktreffen mit den Community Nurses, Projektleiter:innen statt, alternierend in den einzelnen Pilotgemeinden. Bei den Zusammenkünften werden nicht nur herausfordernde Fälle besprochen, sondern auch übergeordnete Aktivitäten geplant und in Umsetzung gebracht, wie beispielsweise die „Community Nursing Erklärvideo-Reihe“ oder das an der Fachhochschule Burgenland, am Campus Pinkafeld stattfindende „Community Nursing Symposium 2024“.

Die Etablierung von Community Nurses als zentrale Ansprechpersonen für Gesundheits- und Pflegefragen auf regionaler Ebene, stellt die Hauptintention dar, die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie die Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung sind übergeordnete Gesamtprojektziele. Es geht einerseits darum, ungedeckten Bedarf der Bevölkerung zu erheben, andererseits soll die Gesundheitskompetenz erhöht und Selbsthilfe gestärkt werden. Die Schlüsselrolle soll demnach der Community Nurse zukommen. In Anlehnung an das „Public Health Intervention-Wheel“, lassen sich die Aufgabenbereiche der Community Nurse (CN) wie folgt darstellen (GÖG, 2022a):

1. **Monitoring und Erhebung:** CN erhebt die aktuelle Lebenssituation und den Gesundheitszustand sowie das vorhandene Versorgungsangebot; CN ortet den Bedarf und plant Maßnahmen;
2. **Information, Edukation und Beratung:** CN unterstützt bei künftigen Pflege- und Betreuungsaufgaben; CN setzt präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen;
3. **Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung:** CN organisiert und vermittelt Pflege- und Betreuungs- sowie Gesundheitsförderungsangebote;
4. **Fürsprache und Interessensvertretung:** CN nimmt die Rolle der Ansprechperson ein; fungiert als Fürsprecherin und Fürsprecher sowie Lotsin oder Lotse

Im Public Health-geprägten Handlungsfeld wirkt die Community Nurse als „Change Agent der Gesundheitsversorgung“. (DBfK, 2018) Neben der direkten Patientenversorgung und Versorgungskoordination im Sinne von Case- und Care Management, übernimmt die CN auch Gesundheitsberatung und -förderung unter Einsatz verschiedener digitaler Technologien (GÖG, 2022a). Folgende Wirkebenen lassen sich dabei ableiten:

- Fallebene: CN begleitet, berät, interveniert und koordiniert
- Gruppenebene: CN organisiert Workshops, Schulungen und Stammtische
- Gemeindeebene: CN setzt gesundheitsförderliche Maßnahmen

Die Community Nurse wirkt in einer „gesundheitlichen Nahversorgung“. Sie setzt sich gleichermaßen für Betroffene wie An- und Zugehörige ein, um gemeinsam an einem besseren, gesünderen und möglichst selbstbestimmten Leben zu arbeiten. Community Nursing regt gesundheitliche und soziale Innovationen an, wenngleich die Community Nurse im Zuge der Pilotierung der Projekte erst am Beginn ihres Tuns steht.

Um Community Nursing langfristig und nachhaltig in der österreichischen Versorgungslandschaft zu integrieren, sind zwei wesentliche Schritte erforderlich: zum einen bedarf es einer dedizierten Finanzierung sowie klaren Strategie

für die weitere Entwicklung und den weiteren Ausbau von Community Nursing und zum anderen gilt es, die Autonomie der Community Nurse zu sichern sowie geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Nicht zuletzt, um die Wirksamkeit von Community Nursing auch in der Zeit nach der Pilotierungsphase in vollem Umfang zu gewährleisten.

5 Community Nurses als integrierte Versorgungsmanager:innen

Das stark fragmentierte System der österreichischen Versorgungslandschaft, erfordert es, insbesondere in ruralen Regionen, Überlegungen anzustellen, die sowohl Effizienz- als auch Wirkungscharakter aufweisen. Freilich müssen Veränderungen mit Mut und Umsicht angegangen werden. Mangelnde Abstimmung der Versorgungsbereiche verlangt nach einer Optimierung zugunsten der Kontinuität der Versorgung für die Betroffenen, aber auch aus Gründen einer Optimierung des Ressourceneinsatzes insgesamt. Schnittstellen sollen zu „Überleitungsbereiche“ qualifiziert werden: Die in Krankenhäusern nach wie vor als „Entlassung“ bezeichnete letzte Phase des Aufenthalts, soll demnach zur qualifizierten „Überleitung“ der Patient:innen in die adäquaten Nachversorgung werden, wie etwa die ambulante häusliche Weiterversorgung. Die Community Nurse dient dabei als zentrale Ansprechperson im Sinne einer patient:innenzentrierten Versorgung. Community Nurses übernehmen Koordinationsfunktionen in der Kontinuität der Versorgung entlang der Versorgungswege und treten dabei als Mittler:innen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit, über Institutionen und Versorgungsbereiche hinweg, auf. (Mayer, 2022) Dem Konzept einer integrierten Versorgung nach, wo Versorgung auf individuelle Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patient:innen auszurichten ist, kann damit Rechnung getragen werden. Der Einsatz von eHealth und künstlicher Intelligenz bietet dabei ungeahnte Möglichkeiten, Versorgungsprozesse zu überdenken und in optimierter Form neu zu standardisieren. Evidenzbasierte Versorgung wird dabei auch im Bereich der häuslichen Versorgung immer mehr zum Thema. Daten müssen in optimierter Weise verfügbar gemacht und Prozesse eben möglichst vereinfacht werden, um letztlich Patient:innenbeziehungen wieder mehr Gewicht geben zu können. Eine Versorgung, die dann nach gängiger Definition von integrierter Versorgung als „patienten:innenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre Versorgung auf der Grundlage standardisierter Behandlungskonzepte“ beschrieben werden kann (CCIV, 2024) und die Community Nurse in zentraler, zukunftsweisender Funktion im österreichischen Gesundheitsversorgungswesen zur „integrierten Versorgungsmanagerin“ bzw. zum „integrierten Versorgungsmanager“ werden lässt.

Literaturverzeichnis

- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., Winkelmann, J. (2019): Das österreichische Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen. In European Observatory on Health Systems and Policies & WHO (Hrsg.): Gesundheitssysteme im Wandel, 20(3): 1-288.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2021). Factsheet zu Community Nursing. file:///pfsfrs001.fhbgltd.at/Home_FH_Intern/DEPG/ueuser/ProfileData/Desktop/GK/factsheet_CommunityNursing_final_barrierefrei.pdf [17.05.2024]
- Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK). (2018). Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> [14.05.2024]
- Forschung Burgenland. (2022). Gut versorgt in Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf durch Community Nursing und einem digitalen Gesundheits- und Pflegekompass. <https://www.forschung-burgenland.at/projekte/projekt/community-nursing/> [14.05.2024]
- Gay, J. G., Paris, V., Devaux, M., De Looper, M. (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. In: Gesundheit, Zielsteuerung (2021): Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur, Wien.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2022a). Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf [15.05.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2022b): Plattform Primärvorsorgung. <https://primaerversorgung.gv.at> [17.05.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2024). Umsetzungsstand der Community-Nursing-Projekte https://www.goeg.at/CN_Stand_Pilotprojekte [03.05.2024]
- Haindl et al., A., Bachner, F., Gredinger, G., Stumpfl, S., Zuba, M. (2023): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoringbericht nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. GÖG: Wien
- Kluth, W. (2010). Verlangt der demografische Wandel eine neue Zuordnung der ärztlichen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen? – Eine Problemskizze. *Medizinrecht*, 28(6), 372-378. doi:10.1007/s00350-010-2676-3
- Mayer, P. J. (2022): Interprofessional Collaboration in Integrated Health Care (Dissertation im Rahmen des International Joint Cross-Border PhD Programms International Economic Relations and Management). Eisenstadt, Sopron: University of Applied Sciences Burgenland & University of Sopron.
- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). (2024): Österreichische Gesundheitskasse – Selbstverwaltung. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.883159> [17.05.2024]
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD). (2019): State of Health in the EU: Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021. State of Health in the EU, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD). (2023): Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene Zielsteuerung-Gesundheit (2022)
- Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W. (2018): Austria: Health system review. In: Eurostat (2024): Translate Preventable and treatable mortality statistics [26.04.2024]

- Sozialversicherung (SV). (2019): SV-Reform und Gesundheitsreform - Die Gesundheitsreform überwindet Grenzen im Gesundheitswesen. In Sozialversicherung (Hrsg.): Soziale Sicherheit (12/2019)
- Statistik Burgenland. (2022). Bevölkerung am 1.1.2022 nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit. https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Land_und_Politik/Land/Statistik/Menschen_und_Gesellschaft/Bev%C3%B6lkerung/T4_BevoelkerungAlter-GeschlStaat_Gemeinde.pdf [17.05.2023]
- Waldenberger, F., Naegele, G., Kudo, H., & Matsuda, T. (2022): Pflegekräftemangel – zusammenführende Kommentierung. Alterung und Pflege Als Kommunale Aufgabe. Germany: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Neue Versorgungswege im Burgenland mit regionalen Pflegestützpunkten und darin integrierten Community Nurses

Ute SEPER¹, Dagmar PUSCHENREITER², Ewald Michael SCHLAFFER³

¹Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen; Wissenschaftliche Koordinatorin Netzwerk CN Burgenland

²Projektleiterin und Community Nurse in der Pilotgemeinde Forchtenstein

³Koordinator organisatorisch Projekt Community Nursing für das Burgenland

Abstract: Der vorliegende Beitrag beleuchtet die sich verändernde Versorgungslandschaft im Burgenland, insbesondere durch die Entwicklung und mögliche Fusion von zwei niederschweligen Versorgungskonzepten. Eine einfache Neuordnung regionaler Strukturen wird nicht genügen, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen effektiv zu begegnen. Für eine künftig multiprofessionelle Teamarbeit gilt es Tätigkeitsfelder abzugrenzen, klare Prozesse zu gestalten und sauberes Schnittstellenmanagement zu ermöglichen. Die Neugestaltung soll auch durch neue flankierende Regeln unterstützt werden, um Überlappungen zu vermeiden und Synergien zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und Fachbereichen zu fördern

1 Einleitung

Das Burgenland, das südlichste Bundesland Österreichs, erstreckt sich über eine Fläche von 3.965 km² und hat etwa 300.000 Einwohner. Es ist geprägt durch seine Nord-Süd Ausdehnung und gliedert sich in sieben Bezirke mit 171 Gemeinden.

Die Gesundheitsstrukturplanung unterteilt das Bundesgebiet in vier Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen. Dabei werden im Burgenland die Bezirke Neusiedl, Eisenstadt, Mattersburg und Oberpullendorf (Versorgungsregion 11) (der Versorgungszone Ost mit Wien und Niederösterreich zugeordnet. Die Bezirke Oberwart, Güssing und Jennersdorf gehören als Versorgungsregion 12 gemeinsam mit der Steiermark und Kärnten zur Versorgungszone Süd. Prognosen zufolge wird die Bevölkerungszahl bis 2030 auf über 305.000 ansteigen, und fast 28% werden älter als 65 Jahre sein, was signifikante Auswirkungen auf die Gesundheitsdienste hat. Denn mit einer älteren Bevölkerung gehen auch erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarfe und damit vermehrt Bedarfe

an Gesundheits- und Pflegeleistungen einher. Die Sicherung ortsnaher Versorgung, vor allem für alte und multimorbide Menschen scheint gefährdet, kluge und zielorientierte Versorgungskonzepte sollen dem entgegenwirken. (EPIG GmbH, 2020)

Innovative Versorgungskonzepte führen zur Transformation im Gesundheitswesen und spiegeln einen Wandel in der Art und Weise wider, wie Gesundheitsdienste angeboten und verwaltet werden. Diese Konzepte, die oft patientenzentrierte Ansätze, interdisziplinäre Teams und digitale Technologien umfassen, zielen darauf ab, die Zugänglichkeit zu verbessern, die Effizienz zu steigern und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Zudem fördern Modelle wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine nahtlosere Betreuung, die nicht nur die Patientenzufriedenheit steigert, sondern auch Kosten reduziert. Diese innovativen Ansätze sind entscheidend, um den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung und steigenden Gesundheitsausgaben wirksam zu begegnen. Nun gilt es ausgewählte niederschwellige Versorgungskonzepte, Angebote und Modelle im Burgenland zu beleuchten, um die Weichen für eine Neugestaltung der burgenländischen Versorgungslandschaft zu stellen. Mit dieser Neugestaltung werden altbekannte und neue Gesundheitsakteur:innen zusammengebracht. Demnach sind flankierende Regeln neu zu definieren und neue Mechanismen sowie Versorgungswege zu implementieren.

2 Modellbeschreibung der Versorgungsregionen

Laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit – Burgenland 2025 wird eine gleichmäßige und erreichbare Versorgung angestrebt, welche die demografischen Entwicklungen berücksichtigt. Es gilt, den Druck auf den akutstationären Bereich zu verringern und Kooperationen sowohl innerhalb des stationären als auch besonders mit dem ambulanten Sektor zu verstärken. Im Sinne einer integrierten Versorgung wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verfolgt. Zudem soll die Gesundheitsversorgung insbesondere für ältere und multimorbide Personen optimiert werden, indem kluge und zielorientierte Versorgungskonzepte gefördert werden. (EPIG GmbH, 2020)

Das Land Burgenland verpflichtet sich zur Einrichtung eines Systems von regionalen Pflege- und Betreuungsstützpunkten. Dieses System zielt darauf ab, eine umfassende und gemeindenahere Versorgung zu bieten, einschließlich mobiler Pflege und Betreuung, Senientagesbetreuung sowie Wohnangeboten für ältere Menschen. Basierend auf einer Studie der EPIG GmbH, dem Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, wird das Burgenland in 28 Regionen unterteilt. Jede dieser Regionen soll einen Hauptstützpunkt und weitere Stützpunkte in den umliegenden Subregionen erhalten, wobei insgesamt 71 Stützpunkte, darunter 28 Hauptstützpunkte, vorgesehen sind. Jeder Stützpunkt soll eine Gemeinde mit etwa 4.000 Einwohnern abdecken. Der erste regionale

Pflegestützpunkt im Burgenland hat in Schattendorf seinen Betrieb aufgenommen. Dieser Stützpunkt versorgt und betreut Personen aus den umliegenden Gemeinden Draßburg, Baumgarten, Schattendorf, Loipersbach, Marz und Rohrbach. Zur Unterstützung dieser Einrichtung hat das Land Burgenland die „Pilotrichtlinien zur Förderung von Pflege- und Betreuungsleistungen“ erlassen. Diese Richtlinien legen die Kriterien fest, nach denen Leistungen der Seniorenagesbetreuung, mobile Pflege- und Betreuungsdienste sowie Angebote des „Wohnens im Alter“ am Pflegestützpunkt Schattendorf gefördert werden. (Land Burgenland, 2024)

In den neu organisierten Regionen des Burgenlandes wird neben mobilen Betreuungs- und Pflegediensten auch an der Schaffung von Betreuungs- und Begegnungsstätten gearbeitet. Diese Zentren bieten idealerweise alle Versorgungsleistungen unter einem Dach an, mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege. Sie sind darauf ausgerichtet, den Bedürfnissen älterer und betreuungsbedürftiger Personen gerecht zu werden, indem sie abgestufte Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten bieten, die ineinandergreifen. Dies ermöglicht es den Menschen, so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause zu bleiben. Die Dienstleistungen sind modular konzipiert, um sie an die spezifischen Bedingungen jeder Region anzupassen. (EPIG GmbH, 2022)

Die verschiedenen Komponenten dieser Initiative sind nicht neu, jedoch entsteht durch ihre koordinierte Kombination ein integratives, niederschwelliges und wohnortnahes Versorgungsmodell. Dieses Modell fördert das Verbleiben der Menschen in ihrer gewohnten Umgebung so lange wie möglich, unterstützt ihre soziale Teilhabe und bewahrt ihre Selbstbestimmung. Zudem bringt dieses Modell weitere positive Effekte für die regionale Entwicklung mit sich.

3 Der Pflegestützpunkt als Begegnungsort

Im Burgenland sind insgesamt 28 Hauptpflegestützpunkte geplant. Diese sind Begegnungsorte und dienen als zentrale Anlaufpunkte für ältere Menschen, um ihre Teilnahme am Gemeinschaftsleben zu erleichtern und fördern. Diese Orte bieten nicht nur soziale Interaktion, sondern integrieren auch Dienste wie teilstationäre Einrichtungen und mobile Pflegedienste, um auf die Bedürfnisse der Gemeinde zugeschnitten zu sein. Sie sind so gestaltet, dass sie leicht zugänglich und in die lokale Infrastruktur eingebettet sind, was ihnen eine zentrale Rolle im täglichen Leben der Gemeinschaft verleiht. Darüber hinaus sind Begegnungsorte multifunktional (siehe Abbildung 1): Sie bieten Raum für individuelle und Gruppenberatungen, Tageszentren mit flexiblen Betreuungszeiten und, je nach Standort, angeschlossene betreute Wohnformen. Eine Gemeinschaftsküche kann das Angebot ergänzen, indem sie Mahlzeiten für die Tagesstätte und zu Hause lebende ältere Personen anbietet, und eine Plattform für soziale Interaktion offeriert. Zusätzliche Einrichtungen wie ein Café und ein „Genusssladen“

sorgung direkt in der Gemeinschaft zu integrieren. Sie fokussieren sich auf die Prävention, Gesundheitsförderung und die Pflege zu Hause, um die Lebensqualität der Gemeindemitglieder zu verbessern und gleichzeitig die Belastung für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen zu reduzieren. Sie arbeiten oft eng mit lokalen Organisationen, Familien und Einzelpersonen zusammen, um auf spezifische Gesundheitsbedürfnisse innerhalb der Gemeinde einzugehen. Zu ihren Aufgaben gehören präventive Hausbesuche, die Durchführung von Gesundheitsscreenings, die Bereitstellung von Grundversorgung sowie Beratung und Information zu Gesundheits- und Pflegethemen.

Ein wesentlicher Aspekt von Community Nursing-Projekten ist die Schaffung von Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten für alle Bevölkerungsschichten, insbesondere für unterversorgte, sozial isolierte und schwer erreichbare Gruppen. Diese Projekte tragen dazu bei, eine ganzheitliche und kontinuierliche Pflege zu gewährleisten und die Selbstständigkeit der Patienten in ihrer gewohnten Umgebung so lange wie möglich zu erhalten. (BMSGPK, 2024)

Im Burgenland laufen aktuell sechs Pilotprojekte:

- Rohrbach-Marz mit Rohrbach als Lead-Projektgemeinde,
- Schattendorf-Loipersbach-Baumgarten mit Schattendorf als Lead-Projektgemeinde,
- CN Leithaauen (Zurndorf-Nickelsdorf-Deutsch Jahrndorf) mit Zurndorf als Lead-Projektgemeinde,
- Forchtenstein,
- ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen und
- Eltendorf-Königsdorf.

Wie bereits erwähnt hat eine Community Nurse ihre Basisstation im bereits fertiggestellten Pflegestützpunkt in Schattendorf, die restlichen sind bis dato in den Gemeindeämtern angesiedelt. Ihre Tätigkeitsfelder sind heterogen, ebenso die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gesundheitsakteur:innen, siehe Abbildung 2.

Die Community Nursing Pilotprojekte werden bis zum Ende der Projektlaufzeit (Dezember 2024) von der EU finanziert. Als Modell-Stützpunkt dient Schattendorf und weitere Überlegungen sind bereits im Gange, die Community Nurse künftig in allen Pflegestützpunkten des Landes Burgenland zu etablieren. Es ist ein interessanter Ansatz, um die Pflegekapazitäten zu verbessern und die Gesundheitsversorgung direkt auf kommunaler sowie auf regionaler Ebene zu stärken.

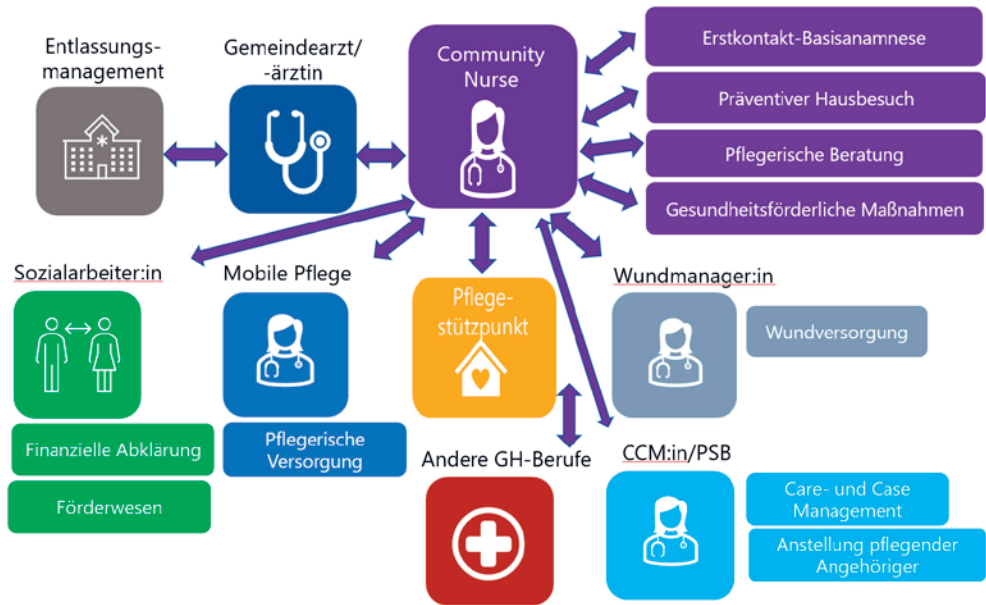


Abbildung 2: Tätigkeitsfelder einer Community Nurse sowie ihre Interaktion in der multiprofessionellen Zusammenarbeit, eigene Erstellung

4 Fazit

Die in Planung befindlichen Haupt- und Nebenstützpunkte bündeln auf regionaler Ebene alle niederschweligen Angebote für Gesundheit und Pflege, gleichsam fördern sie durch ein breites Programm die soziale Teilhabe der Bürger:innen. Dabei werden nicht nur ältere Menschen, sondern auch deren An- und Zugehörige als zentrale Zielgruppe angesprochen und unterstützt, wobei sie leicht zugängliche Informationen und Beratung erhalten können. Das volle Potenzial der neu entwickelten, niederschwellig integrierten Versorgungskonzepte vermag erst durch die Kombination mit den reorganisierten mobilen Betreuungs- und Pflegediensten ausgeschöpft zu werden. Die langfristige politische Unterstützung beider Maßnahmen – der Ausbau der Pflegestützpunkte sowie die Implementierung/Integration der Community Nurses in diese Zentren – ist dabei von entscheidender Bedeutung.

In zielführenden Versorgungskonzepten gilt es Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und Synergien bestmöglich zu realisieren. Dies macht eine Abbildung der Prozesse in Organisationen sowie ein sauberes Schnittstellenmanagement erforderlich, um einen leichten Übergang von einem Angebot zum nächsten zu ermöglichen.

Für das Land Burgenland würde das bedeuten, die Weichen für ein modernes, integriertes und zukunftsweisendes Versorgungssystem mit dem Fokus auf den ambulanten Sektor zu stellen. Dabei ist zu erwägen, das Betreuungsangebot pro Gemeinde und somit pro Region personell neu zu gestalten. Eine mögliche Fusion zu einem multiprofessionellen Versorgungsteam, bestehend aus Pflege- und Sozialberater:innen, Case- und Care-Manager:innen, Sozialarbeiter:innen und Community Nurses, angesiedelt in Pflegestützpunkten ist vorstellbar. Hierfür erscheint es zielführend und wohl auch notwendig, die Aufgaben und Anforderungsprofile der einzelnen Akteure neu zu definieren bzw. abzustimmen. Denn eines ist klar, es braucht alle Gesundheitsprofessionen, um eine bestmögliche Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten sicherzustellen.

Literaturverzeichnis

- BMSGPK. (2024). Community Nursing. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>, Zugriff erfolgte am 17.4.2024
- EPIG GmbH. (2020). *Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025*. Graz: Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit. https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Gesundheit_und_Soziales/Gesundheit/RSG_Burgenland_2025_final_2021_11_23.pdf, Zugriff erfolgte am 05.05.2024
- EPIG GmbH. (2022). *Konzeption von MBP-Regionen und eines niederschweligen integrierten Betreuungsangebots im Burgenland*. Graz: Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit. https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Abt._6/EPIG_Studie_Burgenland_MBP_Regionen_2.3.22.pdf, Zugriff erfolgte am 05.05.2024
- Land Burgenland. (2024). *Regionales Pflegestützpunktsystem*. <https://www.burgenland.at/themen/pflege/regionales-pflegestuetspunktsystem/>, Zugriff erfolgte am 05.05.2024
- Soziale Dienste Burgenland GmbH. (2024). *Pflegestützpunkte - umsorgt im ganzen Burgenland*. <https://www.soziale-dienste-burgenland.at/pflegestuetspunkte/pflegestuetspunkte/>, Zugriff erfolgte am 20.02.2024

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der regionalen Gesundheitsversorgung

Peter J. MAYER

Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Leiter des Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“

Abstract: Eine wesentliche Aufgabe der Community Nurse stellt die Stärkung der Zusammenarbeit in der regionalen Gesundheitsversorgung dar. Die Community Nurse fungiert dabei in einer Art Mittlerfunktion als zentrale Ansprechperson für betroffene Menschen und wirkt koordinierend auf die Versorgungsbereiche ein. Das Konzept der integrierten Versorgung, eine auf Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete kontinuierliche Versorgung gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen bildet die Basis für die gute Abstimmung der Gesundheitsversorgung

1 Einleitung

Im von Petra Kozisnik, Alice Edtmayer und Elisabeth Rappold im Zuge der Vorbereitungen zum Start der Umsetzungsprojekte zur Etablierung von Community Nursing in Österreich anhand internationaler Quellen, wie etwa der World Health Organization (WHO 2017) oder der American Public Health Association (APHA 2013), auf gesundheitswissenschaftlicher Basis erarbeiteten Aufgaben und Rollenprofil für die zum Einsatz kommende Community Nurse explizit angeführt, soll durch die Tätigkeit dieser neuen Berufsgruppe nicht zuletzt auch eine Stärkung der Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern und Gesundheitsdienstleisterinnen auf lokaler Ebene erzielt werden. Der Community Nurse kommt dabei die Aufgabe zu, sich mit regionalen Akteurinnen und Akteuren aus Medizin, Therapie und Pflege auf interprofessioneller Basis zu vernetzen, um für die betroffenen Menschen und deren sozialen Umfeldern spezifische sowie „individuell angepasste Pflege- und Betreuungsarrangements“ zu schaffen. (GÖG, 2021) Die Community Nurse fungiert dabei als „zentrale Ansprechperson“, die einer Vernetzung zwischen Betroffenen und den die Gesundheitsleistung erbringenden Personen dient. Der Community Nurse kommt demnach eine maßgebliche Koordinationsfunktion zu. (GÖG, 2021; BMSGPK, 2021)

2 Integration der Gesundheitsversorgung

Die zentrale Mittlerfunktion dieser neuen Berufsgruppe kommt der Forderung nach einer verbesserten Abstimmung des österreichischen Versorgungswesens entgegen. Eine gute Koordination der Versorgungsbereiche ist für den kontinuierlichen Verlauf der Behandlungswege wesentlich. Das Konzept der integrierten Versorgung gewinnt demnach zunehmend an Bedeutung.

Eine erste breitere Diskussion in der österreichischen Fachwelt über integrierte Versorgung geht auf die Gründung des „Kompetenzzentrums für Integrierte Versorgung“ (CCIV) in der österreichischen Sozialversicherung im Jahre 2006 zurück. (CCIV, 2024) Integrierte Versorgung wird dabei als „patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre Versorgung auf der Grundlage standardisierter Behandlungskonzepte“ gesehen. Generell kann zwischen „populations-bezogenem Ansatz“ und „indikationsbezogenem Ansatz“ unterschieden werden. (Becka & Schuppenlehner, 2011) Während sich der indikationsbezogene Ansatz, wo vor allem chronisch Kranken eine stärkere Einbindung in den Behandlungsprozess und demnach ein optimiertes Selbstmanagement ermöglicht werden soll, bereits in einigen gut etablierten Disease-Management-Programmen (DMP) wiederfindet (wie z.B. DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“) (Koth et. al., 2024), mangelt es in der allgemeinen Gesundheitsversorgung vielerorts an professionalisierten Übergängen entlang der Versorgungswege, insbesondere in der sektoren- und institutionenübergreifenden Versorgung.

3 Koordinierende Funktion der Community Nurse

Koordinierte Versorgungspfade ermöglichen nicht nur eine Optimierung von Gesundheitsressourcen, sondern gelten ebenso als Voraussetzung für Bedingungen, die es tatsächlich ermöglichen sollen, Patienten und Patientinnen in den Mittelpunkt und, entsprechend der individuellen Versorgungslage, zeitnah adäquate Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Interprofessionelle, einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit gilt quasi als *Conditio sine qua non* einer integrierten, gut abgestimmten Versorgung. Ohne verstärkte Fokussierung auf die Übergänge in die Gesundheitsversorgung würde die Realisierung von Optimierungspotenzialen zu kurz greifen. Die koordinierende Funktion der Community Nurse stiftet in der regionalen Versorgung einen nicht unwesentlichen Nutzen für die Betroffenen, und demnach in der Folge für das Gesundheitsversorgungswesen insgesamt. (Mayer, 2022)

Interprofessionelle Zusammenarbeit, die Verständigung im Miteinander für ein und dieselben zu Betreuenden, gewinnt demnach bei Optimierungsüberlegungen immer mehr an Bedeutung. Im aktuellen versorgungswissenschaftlichen Diskurs, auf regionaler Ebene ebenso wie auf der Ebene der Gesundheits- und

Sozialpolitik, wird auf Treffsicherheit der Gesundheitsleistungen und insbesondere von „Best Points of Services“ in der Versorgung gesprochen. Gemeint sind gemäß der individuellen Versorgungsbedarfe jene Stellen im Verlauf der Gesundheitsversorgung, an denen die Versorgung in bestmöglicher Form, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort sowie in für das Gesundheitssystem, insgesamt betrachtet, ökonomisch vertretbaren Weise erbracht werden soll. Neben der kontinuierlich erfolgten Deckung objektiver Versorgungsbedarfe, beabsichtigt Integration der Versorgung auch die weitgehende Annäherung an subjektive Bedürfnislagen und insbesondere Stärkung der Patientinnen und Patienten zur Förderung der aktiven Teilnahme am Versorgungsprozess. (Mayer, 2020; Mayer, 2022)

4 Entwicklungsraum und Grenzen

Erfahrungsberichte sowie in sog. „Factsheets“ dargestellte Ergebnisse zu den Community Nursing Pilotprojekten in der Umsetzung des österreichischen Aufbau und Resilienzplanes 2020-2026 (ARP) lassen eine in ihrer Dynamik selten zuvor beobachtete Entwicklung der Gesundheitsversorgung in den teilnehmenden Regionen erkennen. (BMF, 2021; BMSGPK, 2021; BMSGPK, 2022; BMSGPK, 2023; GÖG, 2024) Professionalität und Engagement der Community Nurses sowie die nicht minder qualitativ hochstehende Projektorganisation, in den Regionen ebenso wie in der Gesamtorganisation, weisen auf deutlich sichtbare Wirkungseffekte hin. Der Zielsetzung, Anstöße für notwendige strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgungslandschaft aufgrund von demografischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen, insbesondere in Bereichen der Langzeitversorgung zu geben, konnte bereits in der Pilotierungsphase entsprochen werden. (GÖG, 2024)

Einmal mehr kann gezeigt werden, dass historisch gewachsene Versorgungsstrukturen nicht nur hinterfragt, sondern mit Mut und Umsicht auch verändert werden müssen. Mangelnde Abstimmung, gerade an den Schnittstellen, bindet Ressourcen, die sowohl für Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen als auch für die Betroffenen selbst sinnstiftender eingesetzt werden könnten. Integrierte Versorgung, im Sinne ihrer ursächlichen Form, als patientinnen- und patientenorientierte kontinuierliche Versorgung, mit unterstützender Koordinationsfunktion der Community Nurses, bietet demnach ein modernes, zeitgemäßes Konzept. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, über Institutionen hinweg, ist dabei unabdingbare Voraussetzung. (Mayer, 2022)

Die Grenzen sind freilich in der Zurverfügungstellung regionaler und überregionaler Mittel zu sehen sowie in der weiteren ebenso professionellen organisatorischen wie wissenschaftlichen Begleitung des fortgesetzten strukturellen Auf- und Ausbaus dieser längst notwendigen Versorgungsstrukturen. Community Nurses als Bindeglied im funktionierenden Organismus einem zeitgemä-

ßen Anspruch genügenden Gesundheits- und Sozialversorgung. Nicht zuletzt auch, um die von der Europäischen Union im Zuge des „NextGenerationEU“-Pakets beabsichtigte „Robustheit“ des Gesundheitsversorgungssystems („Resilienzfähigkeit“) zu erzielen. (EK, 2021)

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Corona-Pandemie hat global, aber auch in der EU zum stärksten Wirtschaftseinbruch seit dem 2. Weltkrieg geführt. Sie ist eine der größten Herausforderungen in gesundheitlicher, gesellschaftlicher und auch ökonomischer Hinsicht“ (BMF, 2021), so steht es in der Einleitung zum Österreichischen Aufbau- und Resilienzplan 2020-2026. „Entschlossenes Handeln“ (BMF, 2021) wird in den Zielen bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Resilienzplan gefordert. Als quasi Maxime, der bisher eine nur untergeordnete Bedeutung zukommen sollte. Ist es die vielzitierte Chance, die mit Krisen verbunden ist, dass nun, freilich als Reaktion auf das „Reform-Paket“ der Europäischen Union, neue Möglichkeiten sichtbar werden, über innovative Versorgungskonzepte, wie die gar nicht so neue Idee, Community Nurses zu installieren, nachzudenken?

Auch dem in der Praxis immer wieder angeführten Argument von „Budgetbegrenzungen“ können ökonomische Effekte durch gezielte Investition in die Kontinuität und Qualität der Gesundheitsversorgung durch Optimierung der drei Schlüsselfaktoren integrierter Versorgungskonzepte entgegen gehalten werden (Mayer, 2022): „Kooperation“ (interprofessionelles Miteinander), „Koordination“ (eben durch eine der zentralen Aufgaben von Community Nursing) und der damit einhergehenden „Kommunikation“ (sowohl in der Breite als auch in der Tiefe). Überlegungen zu bewährten Versorgungsmodellen hätten schon längst vertiefend angestellt werden können. Durch gute Kenntnis der Versorgungslagen in den einzelnen Regionen, könnte die Community Nurse der Zukunft einen maßgeblichen Beitrag bei der Gestaltung von regionalen Abstimmungskonferenzen leisten. Regelmäßig stattfindende Konferenzen, in der Verantwortliche aus den jeweiligen Versorgungsregionen zusammenkommen, um sich in der Verbesserung der Versorgungsqualität entlang der Versorgungswege, auf Basis von Best Points of Services in der regionalen Versorgungslandschaft zu committen. (Mayer, 2022)

In einem 2022 publizierten Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der integrierten Gesundheitsversorgung wies der Verfasser des vorliegenden Artikels auf die Notwendigkeit hin, die „Dinge ernsthaft anzupacken, die längst bekannt sind“, denn „die Zeit“, so der Autor weiter, „die damit verwandt wird, um lediglich darüber zu sprechen, verschlingt wertvolle Ressourcen, die besser nutzbringend eingesetzt werden können.“

Literaturverzeichnis

- American Public Health Association (APHA). (2013): The definition and practice of public health nursing: A statement of the public health nursing section. Washington, DC: American Public Health Association.
- Becka, S., Schuppenlehner, M. (2011). Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.84468.8> [15.05.2024]
- Bundesministerium für Finanzen (BMF). (2021): Österreichischer Aufbau- und Resilienzplan 2020-2026. Wien: BMF.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2021): Factsheet zu Community Nursing, Stand: 24. Aug. 2021 (Pilotprojekte zu Community Nursing). Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2022): Factsheet zu Community Nursing, Stand: 01. Jan. 2023 (Pilotprojekte zu Community Nursing). Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2023): Factsheet zu Community Nursing, Stand: 31. Dez. 2023 (Pilotprojekte zu Community Nursing). Wien: BMSGPK.
- Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV). (2024): <https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.864553&portal=ccivportal> [15.05.2024]
- Europäische Kommission (EK). (2021): NextGenerationEU: Fragen und Antworten zur Aufbau- und Resilienzfähigkeit. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/de/qanda_21_3014/QANDA_21_3014_DE.pdf [15.05.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (Hrsg.). (2021): Aufgaben- und Rollenprofil – Community Nurse (erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). Wien: BMSGPK.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2024): Community Nursing in Österreich – Erfahrungsberichte. <https://cn-oesterreich.at/aktivitaeten/erfahrungsberichte> [15.05.2024]
- Koth, J., Phillipeck, N., & Schnatter, T. (2024): Diabetes im Griff mit Therapie Aktiv. <https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.864412&portal=ccivportal> [15.05.2024]
- Mayer, P. J. (2020): PatientInnenkompetenz im Kontext der Integrierten Versorgung (Dissertation im Rahmen des Doctoral-Programms Public Health). Bratislava: St. Elisabeth Universität.
- Mayer, P. J. (2022): Interprofessional Collaboration in Integrated Health Care (Dissertation im Rahmen des International Joint Cross-Border PhD Programms International Economic Relations and Management). Eisenstadt, Sopron: University of Applied Sciences Burgenland & University of Sopron.
- World Health Organization (WHO). (2017): Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. In WHO (Hrsg.): Human Resources for Health Observer (Serien Nr. 18).

Bedeutung der Community Nurse in der Stärkung der Gesundheitskompetenz

Peter J. MAYER

Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Leiter des Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“

Abstract: Im vorliegenden Betrag wird auf die Bedeutung der Gesundheitskompetenz, dem Empowerment bei von Krankheit und Pflege betroffenen Menschen, im Umgang mit ihrer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit hingewiesen sowie auf die Rolle der Community Nurse bei der Stärkung von Selbstbestimmtheit im Betreuungsfall. Neben verbesserter Kooperation und Koordination im Gesundheitsversorgungswesen, braucht es vor allem eine verbesserte Kommunikation. Um Partizipation seitens der Betroffenen zu ermöglichen, relevante Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten sowie bei Maßnahmen der Gesundheitsversorgung mitentscheiden zu können. Die Community Nurse ist dabei einmal mehr gefragt, koordinierend einzuwirken, um kranken und pflegebedürftigen Menschen bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungleistungen zu ermöglichen.

1 Hinführung zum Thema

Die im Regierungsprogramm 2020–2024 der österreichischen Bundesregierung beabsichtigten Pilotprojekte zur Etablierung von Community Nursing in der Versorgungslandschaft des österreichischen Gesundheitswesens zielen insbesondere auf die bedarfs- und bedürfnisorientierte Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ab. Wachsenden Herausforderungen in den Bereichen der Langzeitpflege soll dadurch Rechnung getragen, ein niederschwelliger Zugang zu Versorgungsangeboten gewährleistet werden. (BMSGPK, 2021) In den Anforderungen des von der Europäischen Union geförderten Projektes ausdrücklich angeführt, werden das Aufspüren ungedeckter Bedarfe, die neben einer Verbesserung des Wohlbefindens, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und in der Folge damit, den Verbleib älterer, betreuungsbedürftiger Menschen im eigenen Zuhause so lange wie möglich zum Ziel haben. Gesundheitskompetenz, die sich in der Fähigkeit äußern soll, relevante Gesundheitsinformationen eigenständig zu finden, zu verstehen, zu bewerten und einer zielgerichteten Anwendung zuzuführen. (BMSGPK, 2021) Ein Vorhaben, das neben den Betroffenen selbst, auch Mitwirkenden im Rahmen der informellen Pflege zugutekommen soll.

Die Antwort auf die Frage, in welchen Bereichen gesundheitspolitische Veränderungen erfolgen sollen, kann daher nur lauten: „In allen Bereichen und auf allen Ebenen“, gemäß dem „Health in All Policies“-Ansatz („Gesundheit in allen Politikfeldern“) der Weltgesundheitsorganisation WHO. Der Health in All Policies-Ansatz weist explizit darauf hin, dass „Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung nicht allein Aufgabe des Gesundheitssektors“ sein kann, sondern vielmehr in „allen Themenfeldern öffentlichen Handelns“ weiterverfolgt werden muss (GÖG, 2017). Dieses umfassende Vorhaben spiegelt sich auch in den österreichischen Gesundheitszielen wider, die es freilich noch zu beleben gilt. So stellt das Rahmengesundheitsziel 10 auf die „nachhaltige Sicherstellung“ einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sowie „Sicherung der Gesundheit“, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, ab. Bis 2032 sollen die zehn österreichischen Gesundheitsziele den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bilden. (BMSGPK, 2024a; Mayer, 2022)

2 Definition und Dimensionen der Gesundheitskompetenz

Dem vom österreichischen Sozialministerium betriebenen Gesundheitsportal „Gesundheit.gv.at“ nach, einer Plattform, die Begriffe und Zusammenhänge des österreichischen Gesundheitswesens in einfacher Sprache erklären soll, wird Gesundheitskompetenz (international: „Health Literacy“) als das „Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden“ beschrieben. Erklärend hinzugefügt wird, dass Gesundheitskompetenz wesentlich dazu beiträgt, „gute Gesundheitsentscheidungen“ zu treffen und dadurch die „Lebensqualität und Gesundheit“ zu verbessern und zu erhalten. Auch werden bestehende Verhältnisse in Spiel gebracht, die auf diese persönlichen Fähigkeiten begünstigenden Einfluss nehmen können. (BMSGPK, 2024b). Der Begriff Gesundheitskompetenz, bzw. Health Literacy, gewinnt demnach auch im Public Health-Kontext immer mehr an Bedeutung. (Mayer, 2022) Im von allen Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO angenommenen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ werden Gesundheit und Wohlbefinden explizit als „öffentliche Güter“ und „Aktivposten für die menschliche Entwicklung“, die zu starken, dynamischen und kreativen Gesellschaften beitragen, dargestellt. (WHO, 2015) Generell steht die Förderung der Selbstbestimmtheit des Menschen im Vordergrund. Eine Ableitung des weit gefassten Gesundheitskompetenzbegriffs führt zum Begriff „Patientinnen-/Patientenkompetenz“, bei dem vor allem die Krankheitsbewältigung im Vordergrund steht. Patientinnen-/Patientenkompetenz kann demnach als „aufgabenspezifische Form“ der Gesundheitskompetenz gesehen werden. Während sich eben „Health Literacy“ auf mehrere Handlungsfelder des täglichen Lebens, im häuslichen, beruflichen, gesellschaftlichen Umfeld erstreckt,

bezieht sich Patientinnen-/Patientenkompetenz auf den kompetenten Umgang mit Anforderungen, die das Gesundheitssystem bei Inanspruchnahme von Behandlungs- und Versorgungsleistungen stellt. Dabei geht es sowohl um Fähigkeiten, medizinische, pflegerische und/oder therapeutische Handlungsanweisungen zu verstehen und diese in Bezug auf eigene Lebenslagen und Bedürfnisse zu bewerten sowie mit Angehörigen von Gesundheitsberufen in einer Weise zu interagieren, die das Treffen partizipativ richtiger Entscheidungen ermöglichen (Sommerhalder & Abel, 2007; Mayer, 2022).

Zahlreichen statistischen Belegen zufolge weist Österreich im europäischen Vergleich eine hohe Ärzte-/Ärztinnendichte auf. (Statista, 2024a; Statista, 2024b; Europäische Kommission, 2024), was auf einen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und häufiges Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten schließen lässt: „Je geringer die eigene Gesundheitskompetenz ist, desto mehr ist man auf Hilfe angewiesen“ (Stilling, 2019; BMSGPK, 2024). Eine im Jahre 2011 im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) unter acht Ländern durchgeführte Untersuchung reihte die Österreicher mit nur 10% Gesundheitskompetenz an die vorletzte Stelle, die unter 25-Jährigen bildeten sogar den Schlusspunkt. Darüber hinaus ergab die Studie, dass Österreich den „höchsten Prozentsatz an Patientinnen und Patienten, die im Befragungszeitraum drei oder mehr Ärzte und ÄrztInnen aufgesucht haben“, aufwies. (ÖPGK, 2024) Gleichwohl ist im österreichischen Gesundheitswesen vielfach eine mangelnde Kontinuität in der Versorgung zu beobachten. In der Literatur sowie auch bei Fachtagungen finden sich regelmäßig Beiträge zu eben dieser Problematik. Im österreichischen Gesundheitswesen sind die Versorgungswege aufgrund der dem österreichischen System immanenten Fragmentierung meist unzureichend aufeinander abgestimmt. Dies führt auch zu einer Bedeutungsentleerung des Begriffs „Best Point of Service“. Obgleich im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erstmals in materielles Recht gegossen, ist man von einer Ermöglichung der richtigen Behandlung, am richtigen Ort, zum richtigen Zeitpunkt noch weit entfernt. Insbesondere Patienten und Patientinnen, die über einen längeren Zeitraum an chronischen Erkrankungen leiden, verfügen über umfangreiche Erfahrungen, die für die Gestaltung von Versorgungsprozessen von großem Nutzen sein könnten. Die Herausforderung besteht nun darin, zu eruieren, inwiefern „Mangelerfahrungen“ von Patientinnen und Patienten zum Erwerb eigener Gesundheitskompetenz beitragen und andererseits auch als Wissensbasis für eine Optimierung bzw. verbesserte Abstimmung von Versorgungsbereichen im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung nutzbar gemacht werden könnten. (Mayer, 2022) In beiden Fällen braucht es „Promotoren“ bzw. „Promotorinnen“, d.h. „Vermittler und Vermittlerinnen“, die Anstöße geben, Koordinationshandlungen setzen sowie auch an der Versorgungsplanung bottom-up partizipativ teilhaben.

Die sukzessive Annäherung an „Best Points of Service“ würde zu einem nicht unerheblichen Mehrwert für das gesamte Gesundheitswesen, mit insbesondere hoher Public Health-Relevanz beitragen. Das Spannungsfeld zwischen objektivierte individuellen Versorgungsbedarfen sowie weitgehender Orientierung an Patientinnen- und Patientenbedürfnissen kann damit ein Stück weiter aufgelöst werden. Erkenntnisse, die notwendig sind, um aus innereuropäischen Vergleichen mit Gesundheitssystemen, die höher entwickelte Versorgungsstandards in Bezug auf Abstimmung der Versorgungsbereiche und/oder Grad an Patienten- und Patientinnenorientierung aufweisen, zu profitieren und das österreichische Gesundheitssystem zu einem zeitgemäßen, integrierten, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden sowie patienten- und patientinnenorientierten Versorgungssystem weiterzuentwickeln. Nicht zuletzt auch, um die nach wie vor großen Unterschiede in Bezug auf Gesundheitskompetenz im internationalen Vergleich (WHO, 2016) auszugleichen.

3 Die Rolle der Community Nurse

Wie in den Artikeln der vorliegenden Beitragssammlung zur regional abgestimmten Etablierung von Community Nursing im Burgenland bereits mehrfach zu lesen, rekrutiert sich die in die österreichische Versorgungslandschaft neu hinzukommende Berufsgruppe aus berufserfahrenen Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. Neben Praxiserfahrung aus vielseitigen Praktika im Rahmen der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, gilt eine zweijährige Berufserfahrung in facheinschlägigen Bereichen als Mindestanforderungen in der Berufsausübung des Community Nursing. Gute Kenntnisse der österreichischen Versorgungslandschaft sowie Zusatzausbildungen wie z.B. „Family Health“ oder „Public Health Nursing“ gelten als erwünscht. (BMSGPK, 2021)

Nach dem von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Zusammenarbeit mit einer Reihe von ExpertInnen entwickelten Aufgabenprofil richtet sich der Fokus der Community Nurse verstärkt auch auf „Prävention und Gesundheitsförderung“. Anhand des international etablierten Public Health Intervention Wheels (PHI Wheel) gliedert sich das Aufgabenprofil der Community Nurse in fünf zentrale Aufgabenbereiche: „Monitoring“ (ebenso dabei auch Aufspüren ungedeckter Bedarfe), „Beratung und Edukation“ (insbesondere auch Vorbereitung und Unterstützung bei der Bewältigung von Betreuungserfordernissen im Bereich informeller Pflege), „Koordination und Vernetzung“ (zur Vermittlung und Sicherstellung notwendiger medizinischer und pflegerischer Versorgung), „Fürsprache und Interessensvertretung“ (Community Nurse als zentrale Ansprechperson) sowie, in der Folge geplant, Aufgaben des „Social Marketings“ und Partizipation bei „gesundheitspolitischen Entwicklungen“. (BMSGPK, 2021)

Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durch CN

Der von der GÖG erarbeitete Aufgabenkatalog weist bereits auf eine zentrale Stellung der Community Nurse hin. Wiewohl nicht übersehen werden darf, dass es sich vorerst um ein von der Europäischen Union unterstütztes Pilotprojekt handelt, dessen flächendeckende Realisierung in sämtlichen Versorgungsregionen noch in weiter Ferne liegt. Es bleibt abzuwarten, ob das Vorhaben in seiner Bedeutung als im Gesundheitswesen längst erforderliche Kooperations-, Koordinations- und zentrale Kommunikationsstellen von allen gesundheitspolitischen sowie politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, bis hin zu den kommunalen Vertretern und Vertreterinnen, erkannt wird und nicht an vermeintlichen, in eindimensionaler Betrachtungsweise gesehenen budgetären Grenzen scheitert.

Es braucht demnach, neben der Public Health-Dimension, die sich, wie oben ausführlich dargestellt, im Health Literacy-Konzept widerspiegelt, eine auf politische Entscheidungsträgerinnen und –träger bezogene edukative Dimension. Als quasi *Conditio sine qua non* für alle, die ein politisches und insbesondere gesundheitspolitisches Amt anstreben. Nicht zuletzt, um dem von der WHO initiierten „Health in All Policies“-Ansatz, wonach Gesundheit in allen Politikfeldern realisiert werden soll, zu folgen. Damit das österreichische Rahmengesundheitsziel 10, das sich als **Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik** auf die nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und Sicherung der Gesundheit bezieht und 2032 umgesetzt werden soll, nicht einmal mehr zur bloßen Absichtserklärung verkommt. Gerade das während der Pilotierung des Projekts zur Etablierung von Community Nursing wahrnehmbare Entrepreneurship kann dem Vorhaben im Austausch mit den Entscheidungsträgerinnen und -trägern vor Ort eine nicht zu unterschätzende Schubkraft verleihen. – Nichtdestotrotz braucht es auch einen ernsthaften politischen Willen auf gesamtgesundheitspolitischer Ebene: Eine grundlegende Gesundheitsreform, hin zu aufeinander abgestimmte, gemeinschaftlich gesteuerte, höchst an regionale Versorgungsbedarfe und individuelle Bedürfnislagen der Bevölkerung ausgerichtete Versorgungsregionen. (Mayer, 2022) Eine Gesamtstrategie gemäß integrierten Versorgungsansätzen, die neben einer anhand von Gesundheitsdaten nachweisbaren Optimierung der Versorgungsqualität, eben auch ökonomische Effekte, quasi den „Return on Investment des Gesamtvorhabens“ erkennen lassen. Eine gesundheitsökonomische Durchrechnung, die den üblichen retardierenden Kräften bei Entwicklungsmaßnahmen des Gesundheitssystems bereits im Vorfeld den Wind aus den Segeln nehmen soll. Und nicht zuletzt, um überzeugend auf die Nutzenstiftung für den einzelnen Menschen und die Bevölkerung insgesamt im Sinne einer Realisierung von Health in All Policies hinweisen zu können.

4 Herausforderungen und Grenzen

Herausforderungen stellen eben einerseits die Überwindung der Skepsis zahlreicher Akteure und Akteurinnen im und in den Umfeldern des Gesundheitswesens aufgrund immer wiederkehrender ins Leere gehende Reformbemühungen dar. Darüber hinaus sehen sich die in klienten- und klientinnennahen Versorgungsbereichen tätigen Angehörigen von Gesundheitsberufen neben überbordenden bürokratischen Hürden immer mehr auch Engpässen beim Gesundheitspersonal gegenüber. Anstatt Freiräume zu schaffen, kommen ständig neue Direktiven der Gesundheitsverwaltungen hinzu, was das Eingehen auf die individuellen Bedürfnislagen der Patientinnen und Patienten weiter erschwert und demnach einer personalisierten Versorgung zuwiderläuft. Grenzen sind freilich auch in der Verteilung und dem nicht immer zweckgerichteten Einsatz der Ressourcen zu sehen. Meist in öffentlichen Versorgungsbereichen zu findende, aufgeblähte Zentralbereiche lassen eine Orientierung an subsidiären Unternehmensprinzipien vermissen und wirtschaftliche Organisationsgestaltung zur Farce verkommen. Als dem entgegenstehende Best Practice können hier vor allem privatgemeinnützige Gesundheitseinrichtungen der Vinzenz Gruppe, einer vor allem in Wien und Oberösterreich tätigen, konfessionellen Trägerorganisation genannt werden, wo sich das Dach der Vinzenz Gruppe selbst als reine strategische Holding versteht und Zentralbereiche sich nicht oder nur selten in das operative Geschehen einmischen, sondern bloße Richtlinienkompetenz aufweisen. (Heinisch, 2006) Die Verantwortung bleibt demnach bei den verantwortlichen Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Einrichtungen selbst. Leider kommt es im öffentlichen Gesundheitswesen, insbesondere in den sich immer weiter ausdehnenden Zentralbereichen großer Einrichtungsverbünde, nur sehr langsam und behäbig zu Nachahmungseffekten. Neben strukturellen Abhängigkeiten kommen meist politische Interventionen hinzu, die sich in ihrer Logik nicht immer erschließen.

Die zu etablierende Berufsgruppe des Community Nursing kann wohl ergänzende Koordinationsfunktionen, und insbesondere Lotsenfunktionen für Patienten und Patientinnen übernehmen, vermögen es jedoch nicht in einer quasi Kompensationsfunktion sämtliche Mängel des Gesundheitssystems auszugleichen.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Geht man der Frage nach, eine bessere Abstimmung der Versorgungsbereiche im österreichischen Gesundheitswesen zu gewährleisten und insbesondere damit ambulante Pflege, wenn sie benötigt wird, zeitnah zu ermöglichen, so zeigt sich einmal mehr, dass neben verbesserter Kommunikation und Kooperation in sämtlichen Bereichen des Gesundheitsversorgungswesens sowie auch an den

Übergängen, vor allem eine professionelle Gesamt-Koordination individueller Versorgungswege an Bedeutung gewinnt. (Mayer, 2020) Besonders bei jenen Menschen, die eine begleitende Betreuung benötigen. Quasi „Best Points of Service“ zu gewährleisten, eine ob der Realisierbarkeit wegen, insbesondere bei rein ökonomischer Betrachtung, nicht immer unumstrittene Zuschreibung für „richtige Versorgung“, am „richtigen Ort“, „zur richtigen Zeit“ soll dabei dennoch als Anspruch Geltung behalten. Im vorliegenden Betrag wurde der Versuch unternommen auf die Notwendigkeit einer Stärkung der von Versorgung betroffenen Menschen im Umgang mit ihren Erkrankungen und/oder im Falle von Pflegebedürftigkeit hinzuweisen: Stärkung der Gesundheitskompetenz, ihrer Eigenkompetenz als kranke oder pflegebedürftige Menschen.

„Nur auf individuelles Gesundheitsverhalten abzustellen, reicht längst nicht aus. Es muss das Versorgungswesen komplett neu gedacht und strukturiert werden“, heißt es im Untersuchungsgegenstand einer Arbeit des Verfassers des vorliegenden Beitrages aus dem Jahre 2020 zu Patientinnen-/Patientenkompetenz im Kontext der Integrierten Versorgung. Es braucht einen Paradigmenwechsel. Vorhandene Strukturen sollen, ja müssen durchbrochen werden. Der Fokus nicht auf das System, wie es sich gegenwärtig darstellt, sondern verstärkt auf die zu Versorgenden gelenkt, die in allen Leitbildern zu findende beanspruchte „Patient-/Patientinnenorientierung“ ernst genommen werden. Das für das österreichische Gesundheitssystem kennzeichnende, zentrale Merkmal weist auf gewachsene Strukturen hin, deren Ausgestaltung jedoch in den sich rasch ändernden Versorgungsnotwendigkeiten vielfach nur begrenzt Entsprechung findet. (Mayer, 2020) Sich ändernde Versorgungsbedarfe und immer mehr auch zu berücksichtigende Versorgungsbedürfnisse erfordern eine gänzlich Neu- bzw. Re-Fokussierung des eigentlichen Versorgungszweckes, eine zentrale Ausrichtung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe, Schnittstellen/Übergänge einbezogen, an eben diesen individuellen Versorgungsbedarfen.

Es steht somit außer Frage, dass es einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung im Sinne eines besseren multiprofessionellen Miteinanders unter Einbezug der zu Versorgenden braucht, eine verbesserte Kommunikation, Kooperation und Koordination entlang der Versorgungswege. Eben durch den Einsatz von „Community Nurses als integrierte VersorgungsmanagerInnen“.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2021): *Factsheet zu Community Nursing, Stand: 24. Aug. 2021 (Pilotprojekte zu Community Nursing)*. Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024a). *Gesundheitsziele Österreich: Weiter denken. Weiter kommen: Gesundheitsziel 10*. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/gesundheitsziel-10/> [11.05.2024]

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024b). *Was ist Gesundheitskompetenz?* (Online-Portal „Gesundheit.gv.at“ des österreichischen Sozialministeriums). <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesundheitskompetenz.html> [11.05.2024]
- Europäische Kommission. (2019). State of Health in the EU: Österreich - Ländergesundheitsprofile 2019. <https://www.oecd.org/austria/Österreich-Ländergesundheitsprofile-2019-Launch-presentation.pdf> [11.05.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2017). *Health in All Policies*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/fact-sheet-health-in-all-policies.pdf> [11.05.2024]
- Heinisch, M. (2006): *Führungsprinzipien in der Vinzenz Gruppe*. 6. Wiener Fortbildungstage für *Krankenhausmanagement (Vortrag)*, 08. Nov. 2006. Wien: Vinzenz Gruppe.
- Mayer, P. J. (2020): *Patientenkompetenz im Kontext der Integrierten Versorgung* (Dissertation im Rahmen des Doctoral-Programms Public Health). Bratislava: St. Elisabeth Universität.
- Mayer, P. J. (2022): *Interprofessional Collaboration in Integrated Health Care* (Dissertation im Rahmen des International Joint Cross-Border PhD Programms International Economic Relations and Management). Eisenstadt, Sopron: University of Applied Sciences Burgenland & University of Sopron.
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). (2024): *European Health Literacy Survey - HLS-EU (2011)*. <https://oepgk.at/schwerpunkte/messung-der-gesundheitskompetenz/> [11.05.2024]
- Sommerhalder, K., & Abel, T. (2007): *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung (im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit, BAG). Bern: Universität Bern.
- Statista. (2024a). *Statistiken zum Gesundheitswesen in Österreich*. <https://de.statista.com/themen/7618/gesundheitswesen-in-oesterreich/> [11.05.2024]
- Statista. (2024b). *Anzahl der Ärzte in Österreich von 1960 bis 2022*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/800950/umfrage/aerzte-in-oesterreich/> [11.05.2024]
- Stilling, I. (2019). *Gesundheitskompetenz betrifft uns alle – Dialog und Kernkompetenzen im digitalen Bereich stärken*. 5. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (Keynote), 19. Sep. 2019. Sankt Pölten: ÖPGK.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Gesundheit 2020: Bildung und Gesundheit im gesamten Lebensverlauf*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363220/WHO-EURO-2015-6161-45926-66194-ger.pdf?sequence=3> [11.05.2024]
- World Health Organization (WHO). (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. (Careum, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, & AOK Die Gesundheitskasse Bundesverband) <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/05/who-health-literacy-de-solid-facts.pdf> [11.05.2024]

Gesundheitsförderung als Auftrag der Community Health Nurse

Katharina KOCH¹, Magdalena THALLER-SCHNEIDER¹, Carmen STEINHÖFLER¹, Erwin GOLLNER²

¹Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld, Researcherin

²Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld, Leiter des Departments „Gesundheit“, Leiter des Bachelorstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“

Abstract: Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde ist ein zentraler Ansatz, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung durch präventive Maßnahmen und gesundheitsfördernde Angebote zu stärken. Community Health Nurses spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie bieten bedarfsorientierte und wohnortnahe Gesundheitsdienste, fördern die Gesundheitskompetenz und können in intersektoraler Zusammenarbeit an der Umsetzung und Koordination präventiver Maßnahmen mitwirken. Diese Aufgaben erfordern umfassende Fachkenntnisse sowie soziale Kompetenzen, weshalb eine breitere Sichtweise auf die Kompetenzfelder von Community Health Nurses notwendig ist. Das CompHP-Rahmenmodell der Gesundheitsförderung bietet hierfür eine fundierte Grundlage sowie eine praktische Anleitung, wie Community Health Nurses diese Kompetenzen in die Praxis umsetzen können, um ihre Arbeit und den Einfluss auf gesundheitsfördernde Strukturen in Gemeinden zu optimieren.

1 Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde

Sich gesund zu fühlen und gesund zu sein, sind zentrale Bedürfnisse der Menschen. Gesundheitsförderung stellt einen Ansatz dar, um die Gesundheit der Menschen zu stärken (Steinbach, 2022). Die WHO (1986) definiert Gesundheitsförderung als den „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Gesundheitsförderung geht über die Prävention von Krankheiten hinaus und umfasst die Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Steinbach, 2022). Ein zentrales Setting hierfür ist die Gemeinde, die als unmittelbare Lebensumwelt der Menschen die Gesundheit und das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung fördern kann (Gollner & Szabo, 2022). In Gemeinden gibt es mehrere Subsettings, wie elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Schulen, Vereine und Betriebe.

be, über die verschiedenste soziale Gruppen direkt in ihrer Lebenswelt erreicht und in ihrer Gesundheit gestärkt werden können (Weidmann & Reime, 2021).

Die Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde – auch als kommunale Gesundheitsförderung bezeichnet – zielt nicht nur darauf ab, die Ressourcen und Kompetenzen von Menschen zu stärken sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um die allgemeine Gesundheitslage zu verbessern. Vielmehr soll auch gesundheitliche Chancengerechtigkeit gefördert werden. Die erfolgreiche Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung erfordert das koordinierte Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteur:innen, darunter politische Entscheidungsträger:innen, Bildungseinrichtungen, lokale Unternehmen, soziale Dienste und Gesundheitsdienste (Quilling, Leimann & Tollmann, 2022).

Die vielfältigen Zielgruppen von kommunaler Gesundheitsförderung umfassen Personen aller Altersgruppen und sozialen Schichten. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den vulnerablen Gruppen, die aufgrund verschiedener Faktoren ein erhöhtes Risiko gesundheitlicher Probleme aufweisen. Dazu zählen gemäß Pawils (2021) unter anderem Kinder und Jugendliche; ältere Menschen, deren soziale Teilhabe oft nicht gegeben ist und die besondere gesundheitliche Bedürfnisse haben; Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, Migrant:innen und geflüchtete Menschen.

Ein wesentliches Element der kommunalen Gesundheitsförderung besteht darin, verschiedene Gruppen durch ein Netzwerk von Diensten zu erreichen, das Bildungseinrichtungen, lokale Unternehmen, soziale Dienste und Gesundheitseinrichtungen umfasst. Die Zusammenarbeit von regionalen Akteur:innen ermöglicht eine auf die Bedürfnisse der Gemeindemitglieder abgestimmte Kombination aus präventiven und kurativen Gesundheitsdiensten. Das Netzwerk „Gesunde Gemeinden“ in Österreich ist ein herausragendes Beispiel, wie solche Initiativen auf lokaler Ebene gelingen können. Es handelt sich dabei um eine Initiative, die auf die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden durch kommunale präventive Maßnahmen und gesundheitsfördernde Projekte abzielt. Sie unterstützt Gemeinden dabei, gesundheitsbewusste Umgebungen zu schaffen, indem es Ressourcen bereitstellt und Plattformen für den Austausch von Best Practices bietet. Durch die aktive Einbindung lokaler Akteur:innen soll die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert und die Lebensqualität aller Gemeindemitglieder gesteigert werden (Gesundheit.gv.at, 2020).

Innerhalb des Netzwerks „Gesunde Gemeinden“ spielen Community Health Nurses eine entscheidende Rolle, da sie durch ihre fachliche Expertise und direkten Kontakt zu den Gemeindemitgliedern maßgeblich zur Umsetzung und Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Maßnahmen beitragen. Das nachfolgende Kapitel erläutert den Begriff Community Health Nurse und geht näher auf deren Rolle und Aufgaben in der kommunalen Gesundheitsförderung ein.

2 Rolle der Community Health Nurse in der kommunalen Gesundheitsförderung

Community Health Nurses sind spezialisierte Pflegekräfte, deren Hauptaufgabe es ist, bedarfsorientierte und wohnortnahe Angebote zur Unterstützung und Entlastung zu Pflege und Gesundheit anzubieten sowie gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen in den Gemeinden zu implementieren und zu koordinieren. Sie arbeiten dabei eigenverantwortlich und integrieren Wissen aus den Bereichen Pflege, Social Prescribing und Gesundheitsförderung. Ihre Arbeit ist in erster Linie ambulant und gemeindenah ausgerichtet, was ihnen ermöglicht, direkt auf die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen ihrer jeweiligen Gemeinden einzugehen (Lidauer & Stummer, 2023; Gesundheit Österreich GmbH, o.J.a, www). Die Ausübung der Rolle der Community Health Nurse erfordert fundierte Kenntnisse in den Themenbereichen Pflegewissenschaft und -praxis, Sozialwissenschaften und Public Health (Klapper, 2023). Neben Fachkenntnissen sind für Community Health Nurses auch spezielle soziale Kompetenzen erforderlich, welche von einem Zusammenschluss internationaler Public bzw. Community Health Nursing Organisationen wie folgt definiert und begründet wurden (Primig & Reuschenbach, 2020):

- **Bewertungs- und Analysefähigkeiten:** Community Health Nurses sammeln und analysieren Daten, um Gesundheitsbedürfnisse von Individuen und Gruppen zu identifizieren und evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen.
- **Interventionsplanung:** Sie entwickeln und bewerten Richtlinien und Interventionen, um die Versorgungsqualität und den Gesundheitszustand der Bevölkerung kontinuierlich zu verbessern.
- **Kommunikationsfähigkeiten:** Community Health Nurses stärken die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und fungieren als Vermittler:innen zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen.
- **Kulturelle Kompetenz:** Sie berücksichtigen und integrieren unterschiedliche Bedürfnisse und fördern die kulturelle Vielfalt in der Gesundheitsversorgung.

Community Health Nurses nehmen durch ihr erweitertes Qualifikationsprofil eine eigenständige, gestaltende Rolle in der Gesundheitsversorgung ein, die in einer ganzheitlichen, gesundheitsorientierten Wahrnehmung von Personen und Situationen sowie der Bestimmung von notwendigen Unterstützungsleistungen verankert ist (Klapper, 2023). Die Verbreitung von Community Health Nurses ist somit ein wesentliches Element, um präventive Gesundheitsdienste zu stärken und eine Basisversorgung zu schaffen, die gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung minimiert und soziale Teilhabe fördert. Sie sind in der Lage,

breit angelegte Präventionsprogramme zu entwickeln, die sowohl auf individuelle als auch auf gemeinschaftliche Gesundheitsbedürfnisse zugeschnitten sind. Diese Programme umfassen oft Screenings, Gesundheitserziehung und die Förderung gesunder Lebensstile (Lidauer & Stummer, 2023).

Das Berufsbild der Community Health Nurse umfasst aufgrund ihrer umfangreichen Aufgabengebiete ein vielfältiges Dienstleistungsspektrum. Zusammengefasst stehen im Zentrum ihrer Arbeit (Klapper, 2023):

- die Unterstützung und Begleitung von Individuen und Familien in Krankheits- und Pflegesituationen entlang des gesamten Krankheitsverlaufs in Kooperation mit interprofessionellen Versorgungsteams,
- die Ermittlung spezifischer Bedürfnisse der Bevölkerung einer Gemeinde oder Region und die darauf abgestimmte Ausrichtung der Gesundheitsdienstleistungen und Versorgungsstrukturen,
- die Gesundheitsförderung, Prävention sowie Gesundheitsschutz, einschließlich der Gestaltung gesundheitsfördernder Umgebungen und Settings.

Ein wesentlicher Aspekt der Tätigkeit von Community Health Nurses ist die enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleister:innen und die Integration in interprofessionellen Teams. Diese Zusammenarbeit ist entscheidend, um eine umfassende und koordinierte Versorgung sicherzustellen und die verschiedenen Ressourcen innerhalb der Gemeinde effektiv zu nutzen. Community Health Nurses agieren oft als erste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen in der Gemeinde und spielen eine zentrale Rolle bei der Navigation der Patient:innen durch das Gesundheitssystem. Die verstärkte frühzeitige Einbindung qualifizierter Pflegekräfte ermöglicht eine breitere Erstversorgung und schnelleren Zugang zu gesundheitlichen Leistungen, was insbesondere in ländlichen oder unterversorgten Gebieten von großer Bedeutung ist (Lidauer & Stummer, 2023; Primig & Reuschenbach, 2020).

In ihrer präventiven Rolle entwickeln und implementieren Community Health Nurses Strategien zur Krankheitsprävention, die darauf abzielen, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern und die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern (Lidauer & Stummer, 2023).

Ein weiterer wichtiger Bereich in der Arbeit der Community Health Nurses ist die (kommunale) Gesundheitsförderung. Sie können sich für die Schaffung gesundheitsfördernder Umgebungen einsetzen, indem sie lokale Gesundheitsinitiativen unterstützen und fördern, die darauf abzielen, die physische und soziale Umgebung zu verbessern. Dazu gehört der Aufbau von Gesundheitsressourcen und -kompetenz – sowohl auf struktureller Ebene vor Ort als auch auf individueller Ebene der Bevölkerung, im Sinne von Gesundheitserziehung und -aufklärung, um das Bewusstsein und das Verständnis für Gesundheitsfra-

gen zu erhöhen. Sie können auf die jeweiligen Bedürfnisse der Community abgestimmte Informationsveranstaltungen durchführen und an der Entwicklung von Bildungsmaterialien arbeiten, die darauf abzielen, das Wissen über Gesundheitsrisiken zu verbessern und die Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren. Im Rahmen aufsuchender Tätigkeit, beispielsweise bei präventiven Hausbesuchen, ist es der Community Health Nurse möglich, verschiedene Altersgruppen und soziale Bevölkerungsschichten mit Themen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kontakt zu bringen und zu empower (Lidauer & Stummer, 2023).

Die Gesundheit Österreich GmbH (o.J.b, ww) fasst die Aufgaben und Tätigkeiten von Community Health Nurses anhand des Public Health Interventionsrates folgendermaßen zusammen:

- **Monitoring und Erhebung:** Die Community Health Nurse erfasst und dokumentiert die aktuelle Lebenssituation, den Gesundheitszustand sowie das verfügbare oder geplante Versorgungsangebot. Dies ermöglicht die Identifizierung spezifischer Bedürfnisse und die Planung entsprechender Maßnahmen.
- **Information, Edukation und Beratung:** Die Community Health Nurse bereitet mit diesen Aktivitäten Individuen auf zukünftige Pflege- und Betreuungsaufgaben vor und bietet Unterstützung bei deren Umsetzung. Zudem setzt sie präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen um, wie die Förderung von Selbstständigkeit, die Sensibilisierung für die Bedeutung körperlicher Aktivität und ausgewogener Ernährung sowie die Durchführung von themenspezifischen Informationsveranstaltungen.
- **Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung:** Diese Tätigkeiten beinhalten die Organisation und Vermittlung von Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsförderungsangeboten.
- **Advocacy und Interessenvertretung:** Die Community Health Nurse engagiert sich für die gesundheitlichen Belange von pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen und Familien und übernimmt dabei eine zentrale Rolle als Ansprechperson, Fürsprecher:in und Wegweiser:in.
- **Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung**

3 Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung im Tätigkeitsfeld der Community Health Nurse

In einer Welt, die durch zunehmende gesundheitliche Herausforderungen gekennzeichnet ist, kann die Community Health Nurse, wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, ein zentrales Element der öffentlichen und gemeindenahen Gesundheitsförderung und Prävention sein. Wirft man einen Blick auf die notwendigen Kompetenz- & Tätigkeitsfelder von Community Health Nurses (s. Kapitel 2 in

diesem Beitrag), gehen diese weit über medizinisches und pflegerisches Fachwissen hinaus. Sie sind nicht nur in der direkten Patient:innenversorgung tätig, sondern auch als Befürworter:innen der öffentlichen Gesundheit aktiv, welche auf die Schaffung gesünderer Umgebungen durch gemeindebasierte Ansätze abzielt. Dieses erweiterte Tätigkeits- & Handlungsfeld erfordert auch eine breitere Sichtweise auf die Kompetenzfelder von Community Health Nurses.

Das CompHP-Rahmenmodell der Gesundheitsförderung bietet hierfür eine fundierte Grundlage, indem es die spezifischen Kompetenzen definiert, die für die Planung und Umsetzung effektiver Gesundheitsförderungsmaßnahmen notwendig sind. Es richtet sich daher an Fachleute, die mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung betraut sind (Barry et al., 2014). Diese Kompetenzen umfassen eine Mischung aus grundlegendem Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werten, die für die Praxis in der Gesundheitsförderung benötigt werden (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Die CompHP-Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung (Dempsey, Battel-Kirk & Barry, 2014)

Übertragen auf das Tätigkeitsfeld der Community Health Nurse bedeutet dies, dass die spezifischen Kompetenzen, die das CompHP-Rahmenmodell betont, wie etwa Advocacy, Partnerschaftsbildung und politisches Engagement, auch für die Arbeit der Community Health Nurses entscheidend sind. Diese ermöglichen es ihnen, effektiv auf die gesundheitlichen Bedürfnisse ihrer Gemeinschaften zu reagieren, indem sie nicht nur medizinische Versorgung bieten, sondern auch in der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Gesundheitsförderung führend sind. Als Vermittler:innen zwischen den Gemeindemitgliedern, den Gesundheitssystemen und den politischen

Entscheidungsträger:innen nutzen Community Health Nurses ihre im Rahmenmodell definierten Fähigkeiten, um nachhaltige Veränderungen in der Gesundheitslandschaft ihrer Gemeinden zu bewirken. Ihr direkter und regelmäßiger Kontakt mit den Gemeindemitgliedern verschafft ihnen tiefe Einblicke in die lokalen Gesundheitsprobleme, die sie dann mit zielgerichteten, evidenzbasierten Ansätzen angehen können.

Zusammengefasst liefert das CompHP-Rahmenmodell nicht nur die Theorie hinter den Kernkompetenzen, die für effektive Gesundheitsförderung nötig sind, sondern bietet auch eine praktische Anleitung, wie Community Health Nurses diese Kompetenzen in die Praxis umsetzen können, um ihre Arbeit und den Einfluss auf gesundheitsfördernde Strukturen in Gemeinden zu optimieren.

4 Fazit

Die kommunale Gesundheitsförderung stellt einen wesentlichen Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsarbeit dar. Community Health Nurses sind dabei Schlüsselfiguren, die durch ihre Arbeit nicht nur zur Verbesserung der individuellen Gesundheit beitragen, sondern auch die kollektive Widerstandsfähigkeit und das Wohlbefinden der Gemeinde stärken. Durch den integrierten Ansatz in der Gesundheitsförderung wird sichergestellt, dass alle Bewohner:innen Zugang zu den Ressourcen haben, die sie benötigen, um ihre Gesundheit aktiv zu fördern und zu erhalten. Angesichts dieser Entwicklungen und dem damit erweiterten Aufgabenfeld ist es entscheidend, die Kompetenzen von Community Health Nurses breiter zu denken und um die Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung gemäß dem CompHP-Rahmenmodell zu erweitern.

Literaturverzeichnis

- Barry, M.M. et al. (2014). Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung: Kernkompetenzen – Professionelle Standards – Akkreditierung (Deutsche Kurzfassung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). Köln: BZgA.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B. & Barry M.M. (2014). Die CompHP-Leitlinien der Kernkompetenzen für die Gesundheitsförderung – Kurzversion. In M.M. Barry et al. (Hrsg.), Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung: Kernkompetenzen – Professionelle Standards – Akkreditierung (Deutsche Kurzfassung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) (S. 13-19). Köln: BZgA.
- Gesundheit.gv.at. (2020). Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Gesunde Gemeinden Österreich. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesunde-gemeinden.html> [23.04.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH. (o.J.a). (www). Was ist eine Community Nurse?. Verfügbar unter: <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/was-ist-eine-community-nurse> [22.04.2024]
- Gesundheit Österreich GmbH. (o.J.b). (www). Welche Aufgaben hat eine Community Nurse?. Verfügbar unter: <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse> [22.04.2024]

- Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F. & Scharinger, C. (Hrsg.). (2022). Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. Wien: Verlag Holzhausen.
- Gollner, E. & Szabo, B. (2022). Kommunale Gesundheitsförderung. In: E. Gollner, B. Szabo, F. Schnabel & C. Scharinger (Hrsg.). (2022). Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis (S. 173-174). Wien: Verlag Holzhausen.
- Klapper, B. (2023). Einführung von Community Health Nurses: Hürden überwinden. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 26-31. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-26
- Lidauer, H. & Stummer, H. (2023). Prävention und Gesundheitsförderung als zentrale Kompetenz für Community Health Nurses. Präventiv Gesundheitsf. DOI: 10.1007/s11553-023-01083-y
- Pawils, S. (2021). Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen. In: M. Tiemann, & M. Mohokum (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Primig, M. & Reuschenbach, B. (2020). Community Health Nursing in der Gemeinde: Mitten-drin statt nur dabei. Pflegez 73, 54-57. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0917-2>.
- Quilling, E., Leimann, J. & Tollmann, P. (2022). Kommunale Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0> [23.04.2024]
- Steinbach, H. (2022). Gesundheitsförderung und Prävention für die Pflege- und andere Gesundheitsberufe. 6. aktualisierte Ausgabe. Wien: Facultas.
- Tiemann, M. & Mohokum, M. (Hrsg.). (2021). Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Weidmann, C. & Reime, B. (2021). Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum: Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte. Bern: Hogrefe AG.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation). (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [23.04.2024]

GOOD PRACTICE BEISPIELE
AUS DEN COMMUNITY NURSING-PROJEKTEN

Verhältnisorientierte Maßnahme – am Beispiel von Gedächtnistraining für Senior:innen

Maria HASPL¹, Jacqueline HAMMER²

¹Projektleiterin und Community Nurses in Rohrbach-Marz mit Rohrbach als Lead-Projektgemeinde

²Community Nurses in Rohrbach-Marz mit Rohrbach als Lead-Projektgemeinde

Abstract: Dieser Artikel beschreibt die Implementierung eines Gedächtnistrainings durch Community Nurses für Senior:innen, in zwei ländlichen Gemeinden, als Maßnahme zur Förderung und Erhaltung der kognitiven Gesundheit. Durch eine strukturierte Herangehensweise wird die Bedeutung des Gedächtnistrainings für ältere Menschen sowie die Schritte zur erfolgreichen Umsetzung in den Gemeinden aufgezeigt. Die Herausforderungen bei der Implementierung des Gedächtnistrainings in ländlichen Gemeinden sind vielfältig und erfordern flexible Lösungsansätze. Die Community Nurses mussten sich mit Fragen der Örtlichkeit, der Kostenübernahme, der Transportmöglichkeiten und der Terminplanung auseinandersetzen, um den Bedürfnissen der älteren Gemeindemitglieder gerecht zu werden. Trotz einiger Hürden erwies sich das Gedächtnistraining als ein wertvolles Instrument zur Förderung der kognitiven Gesundheit älterer Menschen und zur Steigerung ihrer Lebensqualität in der Gemeinde.

1 Einleitung

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für kognitive Beeinträchtigungen und neurodegenerative Erkrankungen, welche die eigene Lebensqualität und das unmittelbare Umfeld erheblich beeinträchtigen. Aktuell sind in Österreich schätzungsweise 130.000 bis 150.000 Menschen von einer Form der Demenz betroffen. Diese Zahl wird voraussichtlich angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung in Zukunft weiter anwachsen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024).

Gedächtnistrainingsprogramme haben das Potenzial die geistigen Funktionen zu verbessern. Laut dem österreichischen Demenzbericht der Gesundheit Österreich zeigen sich durch kognitives Training kurzfristige und leichte Ver-

besserungen der kognitiven Funktion sowie positive Einflüsse der Lebensqualität bei Personen mit Alzheimer-Demenz (Höfler et al., 2015, S.53-55).

Im Zuge des Pilotprojekts Community Nursing wird unter dem Leitgedanken „Gesund & Gut versorgt – Lebensqualität bis ins hohe Alter“ in den Gemeinden Rohrbach bei Mattersburg und Marz ein besonderer Fokus auf die Förderung der Gesundheit älterer Menschen gelegt. Ziel ist es, ihre psychische und physische Gesundheit zu unterstützen als auch den längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu fördern. Die Community Nurses übernehmen dabei eine Schlüsselrolle indem sie nicht nur die Gesundheitsversorgung in der Gemeinde koordinieren, sondern auch präventive Maßnahmen durchführen und organisieren. Dazu wurden zwei verschiedene Gedächtnistrainingsprogramme eingeführt, um kognitiven Problemen vorzubeugen und die Lebensqualität innerhalb der Gemeinschaft zu steigern.



Abbildung 1: Gruppenfoto vom Gedächtnistraining LIMA in Rohrbach

2 Bedeutung des Gedächtnistrainings für Senior:innen

Viele Menschen streben im Alter nach Gesundheit, Selbstbestimmung und weitgehender Unabhängigkeit. Effektive Trainingsmaßnahmen zur Erhaltung

und Förderung der Selbstständigkeit tragen dazu bei, diese Wünsche zu realisieren. Präventions- und Therapieprogramme spielen hierbei eine bedeutende Rolle, indem sie die Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen merklich verringern und älteren Menschen ermöglichen, ihre Selbstständigkeit möglichst lange zu bewahren (Oswald, 2012).

Die kognitive Gesundheit älterer Menschen ist von entscheidender Bedeutung für ihr Wohlbefinden. Eine aktive Teilnahme an Aufgaben und das Gefühl, gebraucht zu werden, tragen dazu bei, dass sie sich gesünder fühlen, ihr Selbstbild verbessern und eine höhere Lebenszufriedenheit erleben. Zusätzlich spielen Faktoren wie Einsamkeit, soziale Integration und soziale Schicht eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung von Demenzerkrankungen (Höwler, 2022, S.32-36).

Gedächtnistrainingsprogramme haben das Ziel, kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Problemlösung und exekutive Funktionen bei älteren Menschen zu verbessern. Darüber hinaus soll die soziale Interaktion gefördert und das Selbstwertgefühl der Teilnehmer:innen gestärkt werden (Oswald, 2012, S.3-4).



Abbildung 2: Gruppenfoto vom Gedächtnistraining in Marz

3 Herausforderungen bei der Implementierung in ländlichen Gemeinden

Die Implementierung des Gedächtnistrainingsprogramms erfolgte in enger Zusammenarbeit mit den Gemeinden und deren Einwohner:innen als auch anderweitigen gemeinnützigen Organisationen. Dabei entschieden sich die Community Nurses aus zeitlichen Gründen, das Gedächtnistraining anfangs nur in der leitenden Projektgemeinde Rohrbach bei Mattersburg neu zu etablieren. Im ersten Schritt wurde geeignetes Schulungspersonal zur Durchführung gesucht und von den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Maria und Jacqueline rekrutiert. Dabei konnte zum Einführungsbeginn keine geeignete Person im Ort, welche zur Durchführung eines Gedächtnistrainings befähigt ist gefunden werden, sodass eine auswärtige Organisation gesucht und beauftragt wurde. Nach Recherche über regionale Anbieter und Absprache mit Stakeholder – entschieden sich die Community Nurses für das unabhängige Trainingsprogramm „LIMA – Lebensqualität im Alter“, welches nach dem Modell „Selbständig im Alter“ von Prof. Wolf D. Oswald aufgebaut ist. Dabei handelt es sich um ein langfristig überprüfbares Trainingskonzept, welches unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Kriterien Senior:innen sowie Menschen ab 55 Jahren den Erhalt der Selbständigkeit unterstützen soll. Im zweiten Schritt erfolgt die Abklärung der Räumlichkeiten sowie die Finanzierung des Programmes, welche erneut in enger Zusammenarbeit und Absprache mit dem Bürgermeister sowie dem Amtsleiter der Gemeinde Rohrbach stattfand. Die Finanzierung der Räumlichkeiten sowie die Trainingskosten wurden zu Beginn der ersten acht Einheiten vollständig vom Projektbudget bezahlt, mit dem Ziel den Senior:innen eine niederschwellige und finanziell unabhängige Teilnahme zu ermöglichen. Für die nächsten sechs Einheiten erfolgt eine Kostenförderung seitens der Gemeinde sowie eine finanzielle Selbstbeteiligung der Besucher:innen von 50 Prozent. Im weiteren Verlauf und zu Fortführungsgarantie stimmten die Teilnehmer:innen einer Selbstfinanzierung des Gedächtnistrainings mit einem Kostenbeitrag von 8 Euro pro Einheit zu. Die Ausschreibung beziehungsweise Bekanntmachung des Gedächtnistrainings erfolgt über die Gemeindezeitung, das Amtsblatt und die Homepage als auch durch direkte persönliche Ansprache bei Hausbesuchen. Im zeitlichen Verlauf und anhand der Teilnehmer:innenliste sowie nach regelmäßigen kurze Fachaustausch mit der Trainerin konnte festgestellt werden, dass der Besuch des Gedächtnistrainings fast ausschließlich von ortsansässigen Personen besucht wurde.



Abbildung 3: Aktivierung von Körper und Geist mit Schwingtüchern

Im Zuge dessen erfolgte eine separate Planung eines zusätzlichen Gedächtnistrainings in der weiteren Projektgemeinde Marz. Die Prozessschritte der Implementierung ähneln sich weitgehend, mit der einzigen Ausnahme: Durch die zeitlich verbesserte Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen und Dienstleister:innen sowie nach Absprache mit der Gemeinde Marz konnte eine passende Person innerhalb der Gemeinde identifiziert werden. Diese Person verfügt durch ihre Ausbildung an der Gedächtnistrainingsakademie Salzburg sowohl über die erforderliche Kompetenz als auch über die Bereitschaft, das Gedächtnistraining in der Gemeinde Marz durchzuführen.

Die Herausforderungen bei der Implementierung des Gedächtnistrainings in ländlichen Gemeinden sind vielfältig und erfordern flexible Lösungsansätze, um den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Personengruppe gerecht zu werden.



Abbildung 4: Förderung der Konzentrationsfähigkeit durch Gedächtnistraining

Neben der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten stellte sich insbesondere in der Gemeinde Rohrbach die Frage nach der Barrierefreiheit und der Kostenübernahme für die Raummiete als zentrale Hürde dar. Die Gewährleistung eines barrierefreien Zugangs war entscheidend, um allen Interessierten eine Teilnahme am Gedächtnistraining zu ermöglichen. Zusätzlich hatten ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität Schwierigkeiten, die Trainingsorte zu erreichen. Flexible Lösungen wie die Bereitstellung von Transportdiensten durch die Gemeinde oder die Organisation von Fahrgemeinschaften waren daher unerlässlich, um ihre Teilnahme zu erleichtern. Die Koordination der Trainingstermine gestaltete sich ebenfalls als anspruchsvoll, da sie sich nach den Verfügbarkeiten der Räumlichkeiten, der Trainer:innen und der Transportmöglichkeiten richten mussten. Mehrere Anpassungen der Termine sowie Evaluierungen der Community Nurse waren erforderlich, um einen passenden Zeitrahmen zu finden, der den Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht wurde. Darüber hinaus sind regelmäßige Veröffentlichungen des Gedächtnistrainingsprogramms in Form von Postwurfsendungen, Zeitungseinschaltungen und über Social Media unerlässlich, um eine nachhaltige Etablierung in die Gemeinden zu gewährleisten. Eine kontinuierliche Kommunikation und Werbung sind unumgänglich, um das Bewusstsein für das Training zu schärfen und das Interesse aufrechtzuerhalten.

Insgesamt erfordert die Implementierung des Gedächtnistrainings in ländlichen Gemeinden eine sorgfältige Planung, flexible Lösungsansätze und eine kontinuierliche Kommunikation, um den Bedürfnissen der älteren Gemeindemitglieder gerecht zu werden und ihre Teilnahme am Training zu erleichtern.

4 Ergebnisse und Diskussion

Community Nurses sind die zentrale Schnittstelle bei der Förderung der kognitiven Gesundheit älterer Menschen und tragen dazu bei, dass Gedächtnistrainings erfolgreich umgesetzt werden. Sie verfügen über das erforderliche Fachwissen und die Erfahrung, um die Bedürfnisse der Zielgruppe zu verstehen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Zudem agieren sie als Vermittler zwischen den Gemeindemitgliedern, lokalen Organisationen und Gesundheitseinrichtungen, um eine koordinierte Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Bei der Planung und Durchführung von Gedächtnistrainings müssen die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt werden. Durch die Bereitstellung von Transportmöglichkeiten und die Förderung sozialer Interaktion können Barrieren überwunden werden, um effektive Programme zur Verbesserung der kognitiven Gesundheit zu etablieren.

Community Nurses bieten den Teilnehmenden des Gedächtnistrainings eine persönliche und vertrauensvolle Betreuung. Sie können individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmer:innen eingehen und maßgeschneiderte Lösungsansätze anbieten. Durch die Bewusstseinsbildung und Erläuterung des Trainings sowie die Ermutigung zur Teilnahme trotz möglichem Schamgefühl, schaffen sie Vertrauen und stärken die Akzeptanz für das Programm. Ein unterstützendes und respektvolles Umfeld ist entscheidend, um älteren Menschen die Teilnahme an solchen Programmen zu erleichtern und ihr Wohlbefinden zu fördern.

Die Teilnehmer:innen des Gedächtnistrainings geben subjektive Verbesserungen in verschiedenen kognitiven Bereichen, darunter Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit an. Darüber hinaus berichteten sie von einer gesteigerten Lebensqualität und einem verbesserten sozialen Netzwerk. In einem Gruppengespräch beantworteten die Teilnehmer:innen die von den Community Nurses erstellten Fragen wie folgt:

1. Was hat Sie dazu bewogen, sich für das Thema Gedächtnistraining zu interessieren und welche Erwartungen hatten Sie an das Training?
„Ich möchte nicht nur etwas für meinen Körper tun, sondern auch für mein Hirn. Zusätzlich finde ich es sehr angenehm in Gesellschaft zu sein und Abwechslung vom Alltag zu haben und auf andere Gedanken zu kommen.“



Abbildung 5: Förderung der Gemeinschaft durch gemeinsames Gedächtnistraining

2. Welche Aspekte des Gedächtnistrainings haben Sie am meisten überrascht?
„Ich habe viele neue Ideen vorgestellt bekommen. Überraschend auch, wie schnell man sich etwas merken kann, wenn man weiß wie. Meine Neugierde wurde geweckt und ich komme mit Leuten zusammen, mit denen ich sonst nicht zusammenkommen würde.“
3. Können Sie konkrete Veränderungen feststellen, welche auf das Gedächtnistraining zurückzuführen sind?
„Ich bin Neuem gegenüber offener geworden und habe keine Angst im Gedächtnistraining Fehler zu machen. Ich weiß jetzt, dass nicht immer das Ergebnis zählt (wieviel ich von etwas weiß) sondern dass das Nachdenken wichtiger ist. Meine Gedanken sind vielfältiger geworden und ich weiß jetzt wie ich mir die Zeit auch mit kleinen Übungen fürs Hirn vertreiben kann. Ich bin in der Gruppe auch selbstbewusster geworden.“
4. Was würden Sie jemanden raten, der noch zögert?
„Probier es einfach aus. Du wirst hier nicht kontrolliert oder bewertet, du machst das für dich. Wir lachen sehr viel und in der Gruppe gemeinsam macht es noch mehr Spaß. Es werden Erinnerungen ausgetauscht und gemeinsam Neues gelernt, wir unterstützen uns gegenseitig. Es kommt also überhaupt nicht darauf an, was du kannst oder nicht kannst. Außerdem ist es ein Geschenk, weil die Stunden gefördert sind.“



Abbildung 6: Förderung der kognitiven Gesundheit und der Lebensqualität durch Gedächtnistraining

5 Fazit

Die Einführung von Gedächtnistrainings für Senior:innen ist eine wirksame Maßnahme zur Förderung der kognitiven Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen. Durch strukturierte Planung und Zusammenarbeit mit lokalen Partner:innen können Barrieren überwunden und nachhaltige Gesundheitsinitiativen geschaffen werden. Community Nurses spielen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Umsetzung dieser Programme und tragen durch ihre Fachkenntnisse, lokale Verankerung und persönliche Betreuung maßgeblich zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen bei.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). Demenz. Abgerufen von: Unterstützung bei Demenz & österreichische Demenzstrategie (sozialministerium.at), Zugriff erfolgt am 16.04.2024
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R., (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien
- Höwler, E., (2022). Kognitives Altern und Demenzprävention. *Pflegezeitschrift* (9). 75

Oswald, W.D., (2012). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SimA@): SimA@-50+ in Stichworten. 2012 SimA@-Akademie e.V. Nürnberg

„Aufeinander schauen – Community Nursing in Forchtenstein“ – ein Praxisbericht

Dagmar PUSCHENREITER¹, Nadja FENZ²

¹Projektleiterin und Community Nurse in der Pilotgemeinde Forchtenstein

²Community Nurse in der Pilotgemeinde Forchtenstein

Abstract: Unter dem Projekttitel „Aufeinander schauen- Community Nursing in Forchtenstein“ wurden seit Beginn im Februar 2022 viele gesundheitsförderliche Angebote gesetzt. Der Großteil der Arbeit liegt in der individuellen Begleitung und Beratung bei Informations- und Unterstützungsbedarf von Einzelpersonen in Forchtenstein mit ihren An- und Zugehörigen. Auf Gemeindeebene werden unter Begriffen wie z.B. *Community erklärt* oder *Community bewegt*, etc. unterschiedliche Aktivitäten der Gesundheitsförderung angeboten. Das *Community-Plauder-Cafe* als Good Practice Modell und seine Bedeutung im Public Health Intervention Wheel wird in diesem Artikel im Detail dargestellt.

1 „Aufeinander schauen - Community Nursing in Forchtenstein“

1.1 Ausgangslage der Pilotregion Forchtenstein

Mit dem Projekttitel „Aufeinander schauen – Community Nursing in Forchtenstein“ war von Anfang an das Ziel verbunden, dass die ältere Bevölkerung mit ihren Familien Unterstützung durch Informationen im Gesundheits- und Pflegebereich erhalten. Dadurch sollen die älteren Menschen mit ihren An- und Zugehörigen befähigt werden so lange und so gut wie möglich in den eigenen Wänden leben zu können. Neben der individuellen Begleitung durch professionelle, pflegerische Beratung war es wichtig, gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Gemeindeebene zu schaffen.

1.2 Zahlen des Projektes Community Nursing in Forchtenstein

Der Großteil unserer Arbeit als Community Nurses liegt in der individuellen Beratung bei Unterstützungs- und Informationsbedarf rund um das Thema der Gesundheits- und Krankenpflege; dies zeigt sich in den folgenden Zahlen. Seit Beginn des Projektes „Aufeinander schauen – Community Nursing in Forchtenstein“ im Februar 2022 wurden bis jetzt 82 Klient:innen mit ihren An- und Zugehörigen begleitet. In manchen Fällen sind es Einzelberatungen bzw. kürzere Beratungssequenzen, während es in komplexeren Situationen einer länge-

ren Begleitung bedarf. Die pflegerische Beratung passiert auf unterschiedlichen Ebenen. Im Jahr 2023 besuchten 61 Klienten die wöchentlichen Gesundheitsprechstunde, es wurden 105 (präventive) Hausbesuche durchgeführt und es fanden 424 telefonische Kontakte mit und für die Klienten:innen statt. Zu Beginn jeder Begleitung steht der Beziehungs- und Vertrauensaufbau (Horak & Haubitzer, 2021, 53), dieser ist die Basis für die individuelle Beratung und für die Bereitschaft, an den gesundheitsförderlichen Angeboten auf Gemeindeebene teilzunehmen, wie anhand der hohen Besucher:innenzahlen ersichtlich ist. Die 37 gesundheitsförderliche Maßnahmen im Jahr 2023, wie z.B. das monatliche Plauder-Café, Bewegungsangebote, Vorträge bzw. Workshops haben 599 (!) Teilnehmer:innen besucht. Diese Aktivitäten der Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene wurden mit Begriffen, wie Community erklärt, Community geschult, Community unterwegs, Community bewegt und Community der pflegenden Angehörigen in Forchtenstein beworben (siehe Kapitel 1.8.). Das monatliche Community-Plauder-Café als zentrales Angebot und Good Practice Modell wird im Detail anschließend dargestellt.

1.3 Bedeutung des Community -Plauder-Cafés

Die Gefahr sozialer Isolation der älteren Bevölkerung ist durch erschwerte Alltagswege aufgrund der hügeligen Landschaft im Gemeindegebiet von Forchtenstein gegeben. Zusätzlich kam es in den letzten Jahren zur Schließung des einzigen Dorfwirtshauses und des Nahversorgers in der Dorfmitte, somit wurden zentrale Begegnungsorte stark eingeschränkt. Der Bedarf eines Angebotes für soziale Kontakte wurde in zahlreichen Gesprächen mit Klienten:innen und anhand der Ergebnisse der 2 Fragebogenaktionen ersichtlich. Diese Gelegenheiten waren ausschlaggebend, das monatliche Community-Plauder-Café (in Folge als CPC abgekürzt) im zentral liegenden Vereinslokal als Begegnungsort zu schaffen. Neben der Möglichkeit zu sozialen Kontakten werden laufend praxisnahe Fachvorträge und Schulungen basierend auf dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel, die 13 „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEBDL), von den Community Nurses (CNs) oder von kommunalen bzw. regionale Expert:innen gehalten. Im Folgenden wird das Angebot des Community-Plauder-Cafés und die Bedeutung im Public Health Intervention Wheel dargestellt.

1.3.1 Monitoring und Erhebung

Im Rahmen der CPCs äußern die Besucher:innen ihre Wünsche für Angeboten im Dorf. So konnte beispielsweise der Bedarf eines Tanzkurses erhoben und organisiert werden. Durch die Gespräche im CPC werden die Bedarfe des Dorflebens sichtbar und durch Aussagen zu bereits bestehenden Angeboten können diese evaluiert werden (Naidoo & Wills, 2019, 344).

1.3.2 Information, Edukation und Beratung

Anhand der 13 AEBDLs werden praxisnahe Informationen durch Kurzvorträge gegeben. In direkten Gesprächen mit den Besucher:innen im CPC werden ressourcenorientierte Beratungen durchgeführt, bzw. können weitere Beratungstermine oder präventive Hausbesuche ausgemacht werden. Eine Schulung zu Bewegungsübungen fand beispielsweise im Kontext der AEBDL „sich bewegen können“ mit der ortsansässigen Gesundheitstrainerin statt. Im Rahmen des CPC werden neben der Verhaltens- auch die Verhältnisebene berücksichtigt, indem themenspezifisch eine gesunde und regionale Verköstigung angeboten wird, z.B. Obst und Gemüse mit hohem Wasseranteil im Sommer (Steinbach, 2017, 66)

1.3.3 Pflegeintervention, Koordination, Vernetzung

Durch die Einladung der kommunalen bzw. regionalen Expert:innen zu den jeweiligen Gesundheitsthemen kommt es zum persönlichen Kontakt mit den Besucher:innen, wodurch die Hemmschwelle, deren Expertise in Anspruch zu nehmen, gesenkt wird. Die Vernetzung und Koordination mit den CNs ist ein weiterer Benefit des CPC (Naidoo & Wills, 2019, 343).

1.3.4 Fürsprache und Interessenvertretung

Die soziale Teilhabe wird durch den Besuch von einzelnen Bevölkerungsgruppen im Ort, wie Asylwerber:innen, Vertreter:innen einzelner Vereine, etc., gefördert. (Naidoo, J. & Wills, J. 2019, 344). Durch den Besuch der Kindergartenkinder wird ein generationsübergreifender Austausch ermöglicht. Auf Fallebene werden Klient:innen, die unter Einsamkeit leiden, ins CPC eingeladen, wodurch eine präventive Maßnahme gesetzt werden kann (Käppeli, S., 2015, 149). Die Kooperation mit dem Projekt „Gesundes Dorf“ bietet die Möglichkeit, die Interessen der Besucher:innen zu erkennen und aufzugreifen (Naidoo, J. & Wills, J. 2019, 347).

1.4 Bedarfserhebung für das Community- Plauder-Café

Der Bedarf für einen Begegnungsort wurde in zahlreichen Gesprächen mit der Dorfbevölkerung ersichtlich, indem der Wunsch nach einem Café mehrfach geäußert wurde (Naidoo, J. & Wills, J. 2019, 344). Der Anspruch, einen Ort der Zusammenkunft verknüpft mit einem niederschweligen Zugang zu gesundheitsfördernden Informationen zu ermöglichen, war ausschlaggebend, das monatliche CPC im Jänner 2023 zu starten. Anhand einer Bedarfsanalyse (Erhebung mittels Fragebogen) im Rahmen des Gesundheitspflegetages (09/2022) und im Frühjahr 2023 in Kooperation mit der Fachhochschule Burgenland wurden die Interessen zu Gesundheitsthemen erhoben und anschließend in die Fachvorträge des CPC integriert.

1.5 Nutzen des Community-Plauder-Cafés

Seit Jänner 2023 fand das monatliche CPC 15-mal mit einer durchschnittlichen Besucher:innenzahl von 20 Personen statt. Anhand dieser Zahl kann gezeigt werden, dass ein bedarfsgerechtes Angebot in Forchtenstein geschaffen wurde. Das monatliche Community-Plauder-Café hat folgende Nutzen

- Monatlicher Begegnungsort im Dorfzentrum mit gesunder regionaler Verköstigung
- Möglichkeit der Integration von sozial isolierten Menschen im Ort
- Niederschwelliges Angebot für praxisnahe Information zur Förderung der eigenen Gesundheit
- Vernetzung von Fachexperten im Dorf und in der Region, wie z.B. Diätologin, Pharmazeut, Sterbe- und Trauerbegleiterin, Vorsitzender Selbsthilfegruppe Schlafapnoe, Regionalmanager vom Projekt „KLAR!“, etc.
- Multiplikatoren-Funktion der Besucher:innen für Gesundheitsinformationen
- Vernetzung mit bereits bestehenden Projekten, wie „Gesundes Dorf“ und „KLAR“- Klimawandelanpassungsregion Rosalia-Kogelberg
- Generationsübergreifender Maßnahme durch den Besuch der Kindergartenkinder
- Öffentlichkeitsarbeit der Community Nurses



Abbildung 1: Community-Plauder-Café Motto „Schnarchen-was tun?“

1.6 Zielgruppen des Community-Plauder-Cafés

Das CPC richtet sich an die Zielgruppe älterer Menschen ab 65 Jahren, wird jedoch von einigen jüngeren Dorfbewohner:innen ebenso genützt. Die praxisna-

hen Fachvorträge anhand der AEBDLs haben zum Ziel, die Alltagskompetenz der älteren Generation und ihre Ressourcen zu stärken. So wurde z.B. wurde unter dem Motto „Mode im Alter – Tipps und Tricks“ in Kooperation mit einem regionalen Modegeschäft und einem Bandagisten Anziehhilfen und leicht anziehbare Mode vorgeführt. Eine gegenseitige Unterstützung der Generationen wird durch den Besuch der Kindergartenkinder ermöglicht, und im Kontext der AEBDL „sich beschäftigen können“ werden im Mai 2024 verschiedene Techniken des Handarbeitens geübt (Engel, 2020, 49)



Abbildung 2: Community-Plauder-Cafè Motto „Mode im Alter – Tipps und Tricks“

1.7 Reflexion, Übertragbarkeit und Reproduzierbarkeit des Community-Plauder-Cafés

Der Projekttitle „Aufeinander schauen-Community Nursing in Forchtenstein“ wird vor allem durch das monatliche CPC sichtbar gemacht und gelebt. Zentral ist die Begegnung von Dorfbewohner:innen (mit und ohne Unterstützungsbedarf) untereinander, die sonst keinen oder wenig Kontakt hätten. Durch die Verknüpfung von „Plaudern“ und dem Erhalt praxisnaher Informationen zur Gesundheit werden Menschen im Ort, die einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsthemen haben bzw. sozial isoliert sind, erreicht. Weiters trägt das CPC zur Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit der CN bei.

Die zeitintensive Vor- und Nachbereitung des CPC ist ein relevanter Faktor, der jedoch durch den vielfältigen Nutzen dieser gesundheitsförderlichen Maß-

nahme mehr als gerechtfertigt ist. Sehr hilfreich ist dabei die Zusammenarbeit der Vertreter:innen des Projektes „Gesundes Dorf“ und einigen Besucher:innen in praktischen Dingen, wie z.B. die Mithilfe bei der Verköstigung. Von großem Vorteil ist das zentral gelegene Vereinslokal mit seiner integrierten Küche, die dem CPC kostenfrei zur Verfügung steht.

Eine Reproduzierbarkeit dieses Angebotes ist bereits durch die laufende monatliche Wiederholung in Forchtenstein gegeben und kann mit örtlichen Gegebenheiten in andere Pilotregionen (z.B. Räumlichkeiten, Zeitintervalle, Kooperationen, etc.) adaptiert und übertragen werden.

1.8 Bedeutung von weiteren gesundheitsförderlichen Angeboten in der Gemeinde Forchtenstein

„Gesundheitsförderung wird durch konkrete und effektive Gemeinschaftsaktionen realisiert, die zur Erreichung einer besseren Gesundheit Prioritäten setzen, Entscheidungen treffen und Strategien zu deren Umsetzung entwickeln“ (WHO, 1988, in Naidoo & Wills, 2019, 339). Dieser Ansatz wurde bereits mit der Wahl des Projektittels „Aufeinander schauen – Community Nursing in Forchtenstein“ ersichtlich. In der praktischen Umsetzung wurden niederschwellige gesundheitsförderliche Angebote anhand der erhobenen Bedarfe der Gemeindebevölkerung organisiert und unterschiedlichen Kategorien beworben, welche in der nachfolgenden Grafik erkennbar sind.

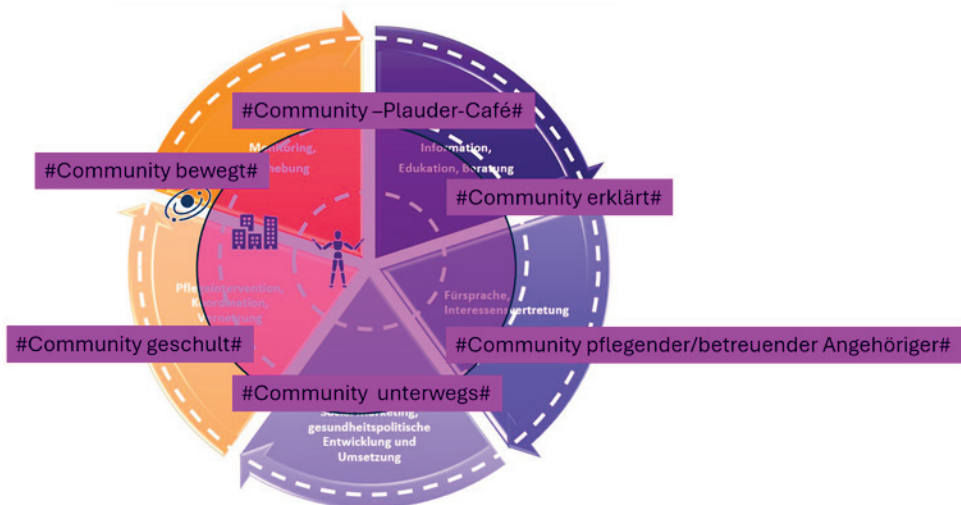


Abbildung 3: Aufgaben der Community Nurse in Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Gemeinde Forchtenstein, Bildquelle: <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse>

1.8.1 Community bewegt

„Innerhalb von Gemeinschaften sollen – ausgehend von den vorhandenen regionalen Ressourcen – Angebote koordiniert, neu organisiert und bereitgestellt, sowie deren Effektivität begleitend evaluiert werden“ (Horak & Haubitzer, 2021, 73-74). Dieses Aufgabenfeld der Community Nurse wird dadurch ersichtlich, dass dem Wunsch nach einem altersangepassten Bewegungsangebot für Senior:innen in Forchtenstein aufgegriffen wurde, in dem ein wöchentliches Gesundheitstraining dauerhaft installiert wurde. Mit dem Angebot eines Tanzkurses für Jung und Alt, welcher in Kooperation mit einer regionalen Tanzschule und gemeinsam mit der Pfarre und in Folge mit dem Musikverein Forchtenstein, geschaffen wurde, konnte ein weiteres gesundheitsförderliches Angebot nachhaltig implementiert werden. Dabei ist zu betonen, dass die Vernetzung mit den bestehenden Projekten, wie z.B. „Gesundes Dorf“, ortsansässigen Vereinen und Schlüsselpersonen in den Gemeinden eine Voraussetzung für die langfristige Implementierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen essentiell ist. (Horak & Haubitzer, 2021, 73)



Abbildung 4: Gesundheitstraining in der Gemeinde Forchtenstein

1.8.2 Community geschult

Auf Basis des Public Health Intervention Wheel ist der Bereich der Gesundheitslehre – Edukation in allen Ebenen, wie für Individuen, Familien, Gruppen und Gemeinden von Bedeutung. „Schulungen werden im Idealfall interdisziplinär und multiprofessionell entwickelt und unter den Gegebenheiten und Ressourcen einer Region angeboten“ (Horak & Haubitzer, 2021, 68). Dieser Aspekt wurde von den Community Nurses für die Gemeinde Forchtenstein berücksichtigt, indem beispielsweise die Alltagskompetenzen in der Betreuung von Kindern bei einem „Erste-Hilfe-Kurs“ für Eltern bzw. Großeltern und ebenso für die Pädagog:innen des Kindergartens und der Volksschule erlernt werden konnte. Die Fähigkeit, in Notfallsituationen angemessen zu reagieren, gibt Sicherheit und dient der Verbesserung der eigenen Gesundheitskompetenz (Steinbach, 2017, 58; Naidoo&Wills, 2019, 137).

1.8.3 Community erklärt

Unter der Kategorie „Community erklärt“ werden regelmäßig Informationsveranstaltungen mittels Vorträge im Kooperation mit dem „Gesunden Dorf“ (Proges) zu verschiedenen Gesundheitsthemen, wie z.B. Patientenverfügung, Gesundheitsvorsorge, Demenz, etc. von regionalen Expert:innen angeboten. Die Auswahl der Themen basiert auf Bedarfsanalysen durch Fragebogenaktionen innerhalb der Gemeinde und/oder den „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens“ (AEBDL, Pflegemodell nach Monika Krohwinkel), welche in den monatlichen Community Plauder- Cafés behandelt werden. Die Bedeutung eines niederschweligen Zuganges zu Gesundheitsthemen ist ein wichtiger Aspekt in der Gesundheitsförderung „Die Weitergabe und Vermittlung von Informationen in Form von Informationsgesprächen oder Aufbereitung von Informationsmaterial sind bedeutsam für die Optimierung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung“ (Horak & Haubitzer, 2021, 66).



Abbildung 5: Vortrag „Gesundheitsvorsorge“ von Dr. Marlene Angerer und Dr. Josef Filz

1.8.4 Community unterwegs

„...Ziel jeglicher Intervention sein muss, Menschen zu befähigen und zu befähigen, ihren Alltag trotz gesundheitlicher Herausforderungen bestmöglich selbstständig und autonom zu bewältigen“ (Horak & Haubitzer, 2021, 65). In diesem Sinne organisierten die Community Nurses Ausflüge zu burgenländischen Gesundheitseinrichtungen, um in den persönlichen Gesprächen mit den Expert:innen vor Ort die Angebote für die eigene Gesundheit kennenlernen zu können. Die Teilnehmer:innen besuchten, z.B. die Villa Martini Sozialzentrum Mattersburg, das Gesundheitszentrum Bad Sauerbrunn und das Klinikum Güssing (Station der Remobilisation & Akutgeriatrie) und fungieren zusätzlich als Multiplikator:innen indem sie die erhaltenen Informationen im Familien- und Freundeskreis weitererzählen. Zusätzlich dienen die Ausflüge in den Gesundheitseinrichtung der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit in dem im direkten Austausch das Rollen- und Tätigkeitsfeld der Community Nurses gezeigt werden kann.



Abbildung 6: Mit Community unterwegs ins Klinikum Güssing auf die Station der Remobilisation und Akutgeriatrie

1.8.5 *Community pflegender Angehöriger*

„Empowerment kann in der Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen gefördert werden, z.B. durch die Bereitstellung von Räumen, finanziellen Mitteln, etc. und Beratung, um die Gemeinschaft und die Handlungsfähigkeit von Einzelpersonen und Gruppen oder Strukturen zu fördern (Steinbach, 2017, 75). Dieser Ansatz des Empowerments (Selbstbefähigung) wird durch den Pflegestammtisch, wo sich eine Gruppe von pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen regelmäßig treffen ermöglicht. Diese Zusammenkunft Betroffener mit ähnlicher Erfahrung dient dem Austausch und der Information bzw. Schulung und somit können Bewältigungsschritte begünstigt werden (Steinbach, 2017, 172).

2 Fazit

Das Projekt „Aufeinander schauen- Community Nursing in Forchtenstein“ hat sich nach mittlerweile 2,5 Jahren Projektlaufzeit sehr gut etabliert, und es gibt eine sehr positive Resonanz von Seiten der Gemeindebevölkerung. Dies zeigt sich in den dargestellten Zahlen und dem Nutzen der einzelnen durchgeführten gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Dieser positive Projektfortschritt liegt dem großen Engagement der Community Nurses und der Effektivität des Projektes zugrunde. Dies sollte Anlass geben die Expertise der Community Nurses zu nützen, um gemeinsam gute Rahmenbedingungen zu schaffen für eine nachhaltige Etablierung von Community Nursing in Österreich.

Literaturverzeichnis

- Engel, R. (2020) Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels Ag
- Horak, M., Haubitzer, S. (2021) Community Health Nurse, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels Ag
- Käppeli, S. (Hrsg.) (2015) Pflegekonzepte, Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band1, Bern, Verlag Hans Huber
- Naidoo, J., Wills, J. (2019) Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Bern, Verlag
- Steinbach, H. (2017) Gesundheitsförderung und Prävention, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels Ag

Community Nurses im praktischen Tun: Information, Edukation, Beratung und Vernetzungsarbeit – am Beispiel der Community Nursing Gesundheitsmesse

Carina MÄRCZ¹, Sandra SCHUCH¹, Ingrid ULREICH², Ute SEPER³

¹Community Nurses in der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen

²Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen

³Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen; Wissenschaftliche Koordinatorin Netzwerk CN Burgenland

Abstract: Dieser Beitrag beleuchtet einen wichtigen Aspekt der Arbeit von Community Nurses: die Bereitstellung von Beratung und Information. Community Nurses sind entscheidende Akteur:innen im Gesundheitssystem, deren Rolle weit über die reine Patient:innenpflege hinausgeht. Sie fungieren als wichtige Informations- und Beratungsquellen und setzen präventive sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen. Ihr Hauptziel ist die Förderung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung. Community Nurses spielen eine Schlüsselrolle, um niederschwellige, bedarfsgerechte Angebote zu schaffen und die Lücke in der Gesundheitsversorgung zu schließen. Dies wird exemplarisch mit der Planung, Organisation und Durchführung der Community Nursing Gesundheitsmesse dargestellt.

1 Einleitung

Community Nurses spielen eine entscheidende Rolle im Gesundheitssystem, indem sie nicht nur direkt in der Patient:innenversorgung tätig sind, sondern auch wesentlich zur Gesundheitsaufklärung und -förderung in der Gemeinschaft beitragen. Ihre Aufgaben gehen über die traditionelle Krankenpflege hinaus, sie sind die zentrale Anlaufstelle für Fragen zu Pflege und Gesundheit.

Ein wesentlicher Aspekt ihrer Arbeit besteht darin, Beratung und Information anzubieten. Neben der Durchführung präventiver Hausbesuche sind sie darauf ausgerichtet, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu implementieren. (BMSGPK, 2024). Ihr Hauptziel ist es, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern und insbesondere ältere Menschen dazu zu motivieren, mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Es geht vielmehr darum, dass ältere Menschen selbstbestimmt und in Würde so lange und so gut wie möglich im Eigenheim bleiben können.

98,5 % der Bewohnerinnen und Bewohner des Burgenlands möchten so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden leben und bei Bedarf betreut werden. Diese Zahl spiegelt die Ergebnisse einer landesweiten Umfrage wider und wird auch durch die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie bestätigt. (ÖPIA 2018).

Für die Zukunft sind demnach die richtigen Weichen zu stellen, um niederschwellige Angebote zu schaffen, die den tatsächlichen Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen bestmöglich entsprechen (EPIB GmbH, 2022).

Die Rolle von Community Nurses bei der Förderung der öffentlichen Gesundheit ist besonders wichtig in unterversorgten oder ländlichen Gebieten, wo der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und -diensten oft eingeschränkt ist. Hier agieren sie als Bindeglied zwischen der medizinischen Versorgung und der Gemeinschaft und helfen, die Lücke in der Gesundheitsversorgung zu schließen. Das Erstellen und Verteilen von Gesundheitsinformationen ist ein wesentlicher Bestandteil ihrer Tätigkeit als Community Nurses. Die Organisation von Gesundheitsmessen kann dabei eine Schlüsselfunktion einnehmen. Auf solchen Veranstaltungen informieren Community Nurses die Ortsbevölkerung über wichtige Gesundheitsthemen, wie körperliche Aktivität, mentale Gesundheit und Prävention spezifischer Krankheiten. Sie nutzen diese Plattformen, um direkt mit der Bevölkerung in Kontakt zu treten und auf individuelle oder gemeinschaftliche Gesundheitsbedürfnisse einzugehen. Durch ihre fachliche Expertise können sie komplizierte medizinische Informationen verständlich aufbereiten und so das Gesundheitsbewusstsein stärken.

2 Public Health Intervention Wheel

Das Public Health Intervention Wheel ist ein weltweit eingesetztes Modell, um Tätigkeitbereiche von Public Health Nursing darzustellen und zu evaluieren. Es stellt die Praxis von Public Health in Form eines Rades dar. In diesem Modell werden drei Ebenen abgebildet, in welche 17 Interventionsbereiche aus 5 farblich gekennzeichneten Sektoren integriert sind (siehe Abbildung 1).

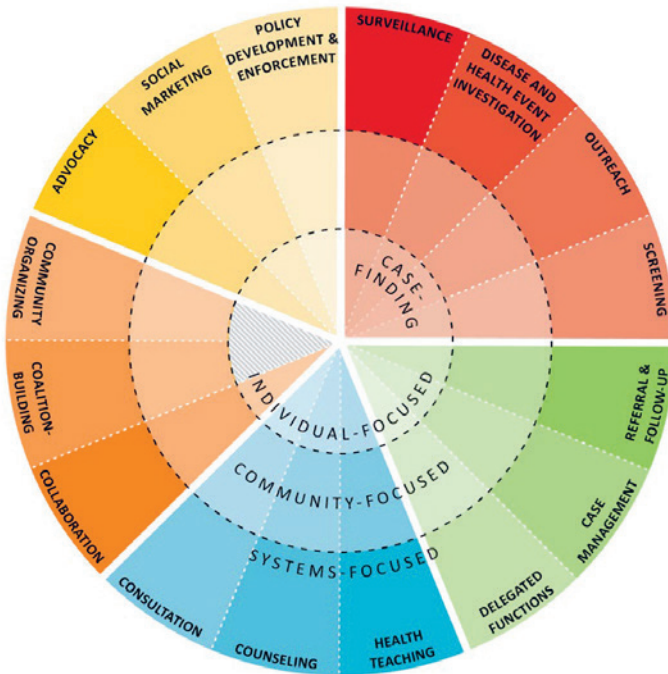


Abbildung 1: Public health interventions (population-based), Minnesota Department of Health (2019)

Es werden folgende Ebenen unterschieden:

- Individuum und Familie
- Gemeinschaften und spezielle Gruppen
- System

Die Sektoren sind wie folgt farblich codiert:

- Roter Sektor: Monitoring und Erhebung
- Grüner Sektor: Koordination und Vernetzung
- Blauer Sektor: Edukation und Beratung
- Oranger Sektor: Fürsprache und Interessenvertretung
- Gelber Sektor: Marketing

Es ist von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängig, ob die Ebenen und Interventionsbereiche unabhängig voneinander durchgeführt werden oder sich überschneiden. Für die Umsetzung der Community Nursing Pilotprojekte in Österreich wurde das Public Health Intervention Wheel adaptiert und in Hin-

sicht auf die Implementierung angepasst (Horak, Haubitzer 2024; Kozisnik et al. 2021; Schaffer, Strohschein 2019, Schaffer et al. 2021).

3 Information, Schulung und Beratung

Eine Veränderung von Gewohnheiten Überzeugungen, Verhalten und eine Erweiterung von Wissen sind in allen Ebenen des Public Health Intervention Wheels essenziell. Durch Information, Schulung und Beratung können betroffene Menschen ihre Bewältigungsstrategien optimieren und dadurch bei gesundheitlichen Herausforderungen gezielter intervenieren. Das Erreichen bzw. die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist dabei das Ziel.

Diese Interventionen beinhalten auch die psychosoziale Betreuung, wobei der Aufbau einer Beziehung zwischen dem Klienten/der Klientin und der Community Nurse im Vorfeld notwendig ist. Im sogenannten Wittenberger Konzept der pflegebezogenen Edukation (2002) gibt es drei Bereiche:

- Information: die Bereitstellung von unterschiedlichen Informationsquellen, gezielte Mitteilung von Informationen, Recherchehilfen
- Schulung: gezielte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten
- Beratung: dialogischer Prozess, fallspezifische Vorbereitung hinsichtlich Lösungsmöglichkeiten

Außer der Mitwirkung an der Informationsweitergabe, obliegen in Österreich alle drei Bereiche dem Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Horak, Haubitzer, 2024).

Information

Für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung sind die Bereitstellung von Informationsmaterial sowie die Informationsvermittlung von Bedeutung. Wichtig ist dabei eine zielgerichtete Informationsweitergabe, damit die notwendigen Informationen auch bei den Menschen ankommen. Vor einem Informationsgespräch ist es notwendig den aktuellen Wissensstand des Klienten/der Klientin zu erfragen und das Gespräch an diese/diesen sowie an das Bildungsniveau, die Sprache, das besprochene Thema und eventuell an Bewusstseinszustand und kulturelle Gegebenheiten anzupassen. Um etwaig offene gebliebene Fragen beantworten zu können, muss sich auch die Community Nurse im Vorhinein ausreichend Wissen aneignen (Horak, Haubitzer 2024).

Schulung

Um betroffenen Menschen Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln, ist ein zielgerichteter, schrittweiser Prozess notwendig. Im Rahmen der Schulung und Anleitung stellen die Community Nurse ihr Fachwissen und die betroffene

Person ihr vorhandenes Alltagswissen zur Verfügung. Die vorhandenen Ressourcen des/der Betroffenen (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) sind dabei ausschlaggebend. Die Planung, die Inhalte, die Vorbereitung und die Durchführung der Schulung müssen dahingehend angepasst werden. Eine erreichbare Zielsetzung ist für eine erfolgreiche Schulung oder Anleitung erforderlich.

Einerseits sind Mikroschulungen zum Erlernen einzelner Fertigkeiten eine wirksame Methode. Dazu zählen unter anderem die Sauerstoffgabe nach ärztlicher Aufklärung und Anordnung, die Verabreichung von Injektionen, der Umgang mit Dosieraerosolen oder Positionierungs- und Mobilisierungsmethoden für betreuende Angehörige. Andererseits gibt es die Möglichkeit komplexe Schulungsprogramme anzubieten. Dies ist vor allem bei der Unterstützung einer chronischen Erkrankung z.B. Diabetes Mellitus von Bedeutung. Dabei sollen die Menschen ihre Erkrankung verstehen und mit den Konsequenzen umgehen können. Solche Schulungen können sowohl mit Einzelpersonen als auch in Gruppen oder mit Einbezug von Angehörigen stattfinden (Horak, Haubitzer 2024).

Beratung

Im Rahmen von Beratung oder Beratungsgesprächen werden Personen dabei unterstützt, Entscheidungen zu treffen, mit Problemen bzw. Krankheiten oder Konflikten umzugehen, herausfordernde Lebenssituationen anzunehmen und diese zu bewältigen, Wissen und Einsicht zu erlangen, vorhandene Ressourcen zu erkennen und diese zu erhalten. Bei Beratung geht es nicht darum, bestimmte Ziele zu setzen und diese zu erreichen. Es handelt sich dabei um einen ergebnisoffenen Dialog, der individuell ist. Die Beratung wird dabei an die Anforderungen und Bedürfnisse der betroffenen Personen angepasst. Diesen wird auch die Kontrolle über den Verlauf des Gespräches überlassen, um die Autonomie und Selbstbestimmung sicher zu stellen.

Für die Community Nurse ist es wichtig, den Betroffenen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Empathie, Mitgefühl und der Aufbau einer Beziehung sind dabei essenziell. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie Psychotherapeut:innen ist hier zu nennen. Diese kann in Form von Beratungskonzepten passieren (Horak, Haubitzer 2024).

Information, Schulung und Beratung sind wichtige Instrumente, um einzelne Menschen, Familien oder Gemeinschaften hinsichtlich Gesundheitsförderung und der Stärkung der Gesundheitskompetenz prozesshaft zu begleiten. Das Kohärenzgefühl ist dabei ein wichtiger Faktor. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist ausschlaggebend, dass die Betroffenen die Geschehnisse und die erhaltenen Informationen verstehen und diese für sich selbst beurteilen und einordnen können. Nur so kann sich die Grundeinstellung schrittweise verändern und damit die Gesundheitskompetenz gesteigert bzw. die Bereitschaft, Gesundheitsförderung zu betreiben, gewährleistet werden. In der

Praxis zeigt sich häufig, dass die Fähigkeit von Verstehen- und Durchführen können alleine, für die Bereitschaft etwas für die eigene Gesundheit zu tun, nicht ausreicht. Für die Personen ist es notwendig zu erkennen, dass sich die Anstrengungen und die Herausforderungen lohnen und sinnvoll für eigene Bewältigungsstrategien sind. Eine Einschätzung hinsichtlich der eigenen Notwendigkeiten und Wünsche unter Berücksichtigung von persönlichen Werten, Glaubenssätzen und Überzeugungen ist unumgänglich. Auch hier spielen Autonomie und Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Ziel ist es, dass die Klient:innen zu aktiven Teilnehmer:innen an ihrem eigenen Prozess werden (Horak, Haubitzer 2024).

Es gibt eine Vielzahl an Tätigkeiten und Aufgaben bezüglich Information, Schulung und Beratung, welche die Community Nurses derzeit im Rahmen der Pilotprojekte durchführen (siehe Kozisnik et al. 2021):

- Schulung und Beratung von Personen und betreuenden Angehörigen für zukünftige Pflege- und Betreuungsaufgaben
- Planung und Durchführung von Schulungen
- Setzen von individuellen sowie kommunalen präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Aufsuchende Beratungsgespräche im Rahmen von präventiven Hausbesuchen
- Hilfe bei der Entscheidungsfindung durch die Bereitstellung von Information und Beratung
- Information an politisch Verantwortliche bezüglich ungedeckter Bedarfe wie Barrierefreiheit

4 Koordination und Vernetzung

Die Vernetzung von bzw. Zusammenarbeit mit Personen, Institutionen und Gesundheitsdienstleistungsanbietern einer Region ist eine weitere wichtige Aufgabe der Community Nurses. Dadurch kann die Versorgung in dieser Region optimiert und sichergestellt werden. Außerdem können Probleme oder gesundheitsgefährdende Aspekte identifiziert und gelöst werden. Auf Klient:innen-Ebene kann durch die Vernetzung eine individuell angepasste Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Die Community Nurses fungieren ebenso als Schnittstelle und Koordinator:innen zwischen den einzelnen Stakeholdern. In Zusammenarbeit mit mehreren Kooperationspartner:innen sollen Ziele gesetzt und erreicht, sowie durch die Initiierung von Informationsveranstaltungen oder anderen Angeboten (z.B. Turn-/Bewegungsgruppen, Selbsthilfegruppen, etc.) die Gesundheitskompetenz gestärkt und Gesundheit gefördert werden (Horak, Haubitzer 2024).

Auch bezüglich Vernetzung und Koordination gibt es zahlreiche Aufgaben und Tätigkeiten, welche die Community Nurses in der Praxis durchführen (siehe Kozisnik et al. 2021):

- Vernetzung und Stärkung der Zusammenarbeit von und mit kommunalen bzw. regionalen Institutionen und Stakeholdern
- Vernetzung von Personen und Familien mit Gesundheitsdienstleistungsanbietern oder Institutionen
- Koordination und Vermittlung von individuell angepassten Betreuungs- oder Gesundheitsförderungsangeboten

5 Community Nursing Gesundheitsmesse

Das Community Nursing Kernteam in Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf, welches sich aus Community Nurses und Projektleiterinnen zusammensetzt, entwickelte die Idee einer Gesundheitsmesse in Reaktion auf den Wunsch der lokalen Bevölkerung nach umfangreicheren Gesundheitsinformationen. Das Ziel war es, gesundheitsbewussten Personen eine Plattform zu bieten, auf der sie sich über ein breites Themenspektrum bezüglich Gesundheitsförderung, Gesunderhaltung und Altersversorgung informieren können. Zusätzlich bot die Veranstaltung die Möglichkeit, an praktischen Aktivitäten wie Gesundheitschecks, Blutdruckmessungen sowie Seh- und Hörtests teilzunehmen. Des Weiteren wurden Kurzvorträge zu verschiedenen Gesundheitsthemen geplant, die den Besuchern ermöglichten, ihr Wissen zu erweitern.

5.1 Planung und Vorbereitung

Im Vorfeld wurde der Ablauf der Messe festgelegt. Es galt eine passende Location zu finden, um die Planung der Stationen an die vorhandenen Räumlichkeiten anzupassen. Mit dem Haus der Volkskultur in Oberschützen konnte zeitnah ein passender Veranstaltungsort gefunden werden. Dieses ist barrierefrei und liegt zentral im Ort. Jenes Haus bietet neben einem freundlichen Vortragssaal mehrere Räume für den Stationenbetrieb.

Als Wochentag wurde ein Samstag fixiert, damit auch wochentags beruflich Tätige die Möglichkeit hatten, an der Veranstaltung teilzunehmen. Im Team einigte man sich darauf, die Messe von 09:00 bis 13:00 Uhr zu veranstalten, damit die Teilnehmer:innen bei Interesse das volle Programm absolvieren konnten. Zu Beginn der Messe erfolgte die Begrüßung, anschließend wurden die Impulsvorträge anberaumt – es gab vier kurze Beiträge, von unterschiedlichen Rednern gehalten, zu je 15 Minuten. Zum Abschluss der Veranstaltung war ein Medizin-Kabarett von ca. 30 Minuten eingeplant, ein Resümee der Community Nurses sollte die Veranstaltung schließen. Die Informations- und Mitmachstationen

konnten bereits ab 09:00 Uhr absolviert werden, sofern bei den Besucher:innen kein Interesse an den Vorträgen bestand.

Im Vorfeld wurde ausgehend von den Community Nurses eine Kooperation mit der Fachhochschule Burgenland Campus Pinkafeld sowie mit den Gesunden Dörfern Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf vereinbart. Die Studentinnen des sechsten Semesters des Bachelorstudiengangs Gesundheits- und Krankenpflege erklärten sich bereit, im Rahmen einer Lehrveranstaltung bei der Messe die Betreuung von Stationen zu übernehmen. Die Community Nurses überlegten, wie viele und welche Stationen es geben werde und welche Personen für die Vorträge in Frage kämen. Als Vortragende konnten außer den beiden Community Nurses Carina März BSc. und Sandra Schuch; Prof.(FH) Mag.Dr. Erwin Gollner; MPH MBA, Prof.(FH) Ing. Mag. PhD. Peter J. Mayer, MAS MSc MBA PhD sowie die Projektleiterin des Community Nursing Pilotprojektes Prof.ⁱⁿ(FH) MMag.^a Dr.ⁱⁿ Ute Seper von der FH Burgenland und DSA Anton Raab vom Vertretungsnetz Burgenland gewonnen werden. Zusätzlich erklärte sich Dr. Heinz Gyaky bereit, einen humoristischen Medizinvortrag zu halten, der die Veranstaltung abrunden sollte.

Für den Stationenbetrieb sollten verschiedene Berufsgruppen bzw. Gesundheitsdienstleistungsanbieter angefragt werden, geplant war eine Mischung aus Informations- und Mitmachstationen. Es wurde mit unterschiedlichen regionalen Gesundheitsdienst-Anbieter:innen und Therapeut:innen Kontakt aufgenommen. Viele freuten sich über die Anfrage an der Gesundheitsmesse mitzuwirken und erklärten sich bereit, einen Stand bei der Gesundheitsmesse zu betreuen.

Folgende Stationen wurden finalisiert:

Information:

- Bandagist, Hilfsmittel – Sanag
- Community Nursing – Carina März & Sandra Schuch
- Ergotherapie – Elaine Heller
- Physiotherapie – Stefanie Reicher
- Rufhilfe – Rotes Kreuz Burgenland
- Senior:innen-Tagesbetreuung, mobile Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern – Diakonie Oberschützen

Mitmachstationen:

- Alterssimulationsanzüge und Sehbeeinträchtigung – Zeitreise ins Alter
- Bewegung – ASVÖ Burgenland
- Blutdruck & Puls – GuK Studentinnen der FH Burgenland
- BMI, Körpergröße & Gewicht – GuK Studentinnen der FH Burgenland
- Sauerstoffsättigung – GuK Studentinnen der FH Burgenland

- Seh- & Hörtests – Hartlauer Gesundheitsbus
- Sinneswahrnehmung, Montessori-Geragogik – Waltraud Stöckl

Eine Vorankündigung für die 2. Community Nursing Gesundheitsmesse mit Datum, Uhrzeit und Ort wurde in den Gemeindezeitungen gedruckt, welche an jeden Haushalt der Gemeinden Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf zugestellt wurden. Zudem wurden die sozialen Medien bedient, um jene Veranstaltung zu bewerben. Eine bezahlte Bewerbung darin erhöhte die Reichweite die Veranstaltungs-Ankündigung bei der Zielgruppe 60plus. Jene Werbekampagne wurde zehn Tage vor der Messe, in einem Umkreis von 40 Kilometern um Oberschützen für die genannte Zielgruppe geschaltet.

Im Zuge der In-House Planung erstellten die Community Nurses einen Lageplan, um zu sehen, welche Stationen wo untergebracht werden können. Die Stationsbetreuer:innen kündigten im Vorfeld an, was sie für ihren Stand an Tischen, Sesseln, Platz, Steckdosen und dgl. benötigten.

Die Bürgermeister der beiden Gemeinden sowie der Vizebürgermeister und die Vizebürgermeisterin wurden als Ehrengäste eingeladen. Ebenso wurden die Obfrauen und Obmänner der Senior:innen- und Pensionist:innen-Gruppen persönlich als Ehrengäste eingeladen. Die Einladung erging per Mail auch an die Gemeinderät:innen der beiden Gemeinden, mit der Bitte diese an Interessierte weiterzuleiten.

Zudem wurde eine Fotografin engagiert und ein Catering für Getränke und gesunde Snacks in Auftrag gegeben.

5.2 Durchführung

Die Aufbauarbeiten starteten am Freitagnachmittag, am Samstagfrüh erfolgte die Finalisierung. Die Aussteller:innen kamen ab 8 Uhr, um ihre Stände vorzubereiten.

Vor der Messe wurden noch Gruppenfotos gemacht und pünktlich um 9 startete die Community Nursing Gesundheitsmesse.



Abbildung 2: Gruppenfoto Community Nursing Gesundheitsmesse

Die Gesundheits- und Krankenpflege Studentinnen der FH Burgenland sorgten für einen herzlichen Empfang und führten die Anwesenheitsliste.



Abbildung 3: Gruppenfoto der Vortragenden

Carina März und Sandra Schuch eröffneten die Gesundheitsmesse und begrüßten die Ehrengäste, die Vortragenden und alle Kooperationspartner:innen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich. Es ergingen Grußworte seitens der Bürgermeister an die Anwesenden. Danach folgten die Impulsvorträge sowie ein Monolog aus Sicht einer alten, kranken Dame. Die Community Nurses Carina März und Sandra Schuch führten durch das Programm und luden anschließend alle Besucher:innen zur Teilnahme am Stationsbetrieb ein.



Abbildung 4: Interessent:innen bei der Sinneswahrnehmungsstation

Das breite Angebot lockte viele Interessierte, es wurden zahlreiche Seh- und Hörtests sowie Vitalzeichenkontrollen durchgeführt. Auch bei den Informationsstationen wurden viele Informations- und Beratungsgespräche durchgeführt. Die Studentinnen der FH Burgenland erstellten im Rahmen ihrer Lehrveranstaltung One-Minute-Papers zu den Themen Blutdruck und Puls, BMI sowie Sauerstoffsättigung. Diese wurden den Teilnehmer:innen auf der Messe ausgehändigt und die gemessenen Werte eingetragen und gleichzeitig bewertet bzw. interpretiert. Es gab außerdem die Möglichkeit Hilfsmittel zu testen und ein Pflegebett zu besichtigen. Mit den Alterssimulationsanzügen konnte man sich in die Lage von alten Menschen hinsichtlich Sehens oder Beweglichkeit hineinversetzen. Beim Buffet konnten die Teilnehmenden ins Gespräch kommen und gegenseitig Erfahrungen austauschen.



Abbildung 5: Besucherin beim Testen der Alterssimulationsanzüge

Zum Abschluss der Messe wurde ein Medizin-Kabarett geboten, der Gemeindearzt informierte auf humoristische Art und Weise über die Stress-Thematik und dessen Zusammenhang zur Darmgesundheit. Am Ende gab es für die Anwesenden die Möglichkeit Fragen zu stellen. Abschließend bedankten sich die Community Nurses bei allen Besucher:innen für das rege Interesse und bei den Mitwirkenden für die gute Zusammenarbeit.

Nach Auswertung der Anwesenheitsliste zeigte sich, dass über 80 Interessierte an der Community Nursing Gesundheitsmesse teilnahmen. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden und der Kooperationspartner:innen waren äußerst positiv. Laut Angaben der Anwesenden wurde vor Ort ausführlich auf konkrete Fragen eingegangen, es gab ausreichend Zeit für individuelle Themen oder Beratungen. Die Teilnehmer:innen waren mit dem Spektrum an Mitmach- und Informationsangeboten sehr zufrieden.

6 Fazit

Die Gesundheitsmesse steht exemplarisch für eine erfolgreiche Kooperation und Vernetzung verschiedener regionaler Anbieter:innen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich. An einem Ort zusammengeführt, bot die Messe zahlreiche Informations- und Beratungsangebote sowie einige Schulungselemente, wie beispielsweise das korrekte Messen des Blutdrucks. Bei diesem Event agierten

die Community Nurses als Brückenbauerinnen, die erfolgreich eine Verbindung zwischen Menschen und Organisationen herstellen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Community Nurses durch ihr Engagement eine fundamentale Rolle in der Förderung einer gesunden Lebensweise und in der Prävention von Krankheiten spielen. Community Nurses sind nicht reine Pflegekräfte, sondern sie agieren als Fürsprecher:innen für Gesundheit in ihren Gemeinden. Sie sind *Agents of Change* in der Gesundheitsversorgung.

Literaturverzeichnis

- BMSGPK. (2024). Community Nursing. Abgerufen von: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>, Zugriff erfolgte am 17.4.2024
- EPIG GmbH. (2022). Konzeption von MBP-Regionen und eines niederschweligen integrierten Betreuungsangebots im Burgenland. Graz: Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit.
- Horak, M.; Haubitzer, S. (2024). Community Health Nurse, 2. Auflage. Wien: Facultas.
- Kozisnik, P.; Edtmayer, A.; Rappold, E. (2021). Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse. Gesundheit Österreich GmbH: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf, Zugriff erfolgte am 08.05.2024.
- ÖPIA (Hg.) (2018): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Welle II 2015-2018 Qualitative
- Fokusstudie. Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben“ im hohen Alter. Wien.
- Schaffer, M.; Strohschein, S.; Minnesota Department of Health. (2019). Public health interventions: Applications for public health nursing practice, 2. Auflage: <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>, Zugriff erfolgte am 08.05.2024
- Schaffer, M.; Strohschein, S.; Glavin, K. (2021). Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231267/>, Zugriff erfolgte am 08.05.2024.

Maßnahmen-Umsetzung zur Gesundheitsförderung mit Fokus auf Mobilität und Bewegung

Sabine ROSENECKER

Projektleiterin und Community Nurse in der Pilotregion Zurndorf, Nickelsdorf und Deutsch Jahrndorf

Abstract: Dieser Beitrag stellt exemplarische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vor, die von Community Nurses in der Pilotregion Zurndorf, Nickelsdorf und Deutsch Jahrndorf durchgeführt wurden. Dabei wurde eine umfangreiche Liste von Kooperationspartnern, darunter 24-Stunden-Betreuungsagenturen, Ernährungswissenschaftlerinnen, Fachärzte, Schmerztherapeuten und lokale Sportorganisationen, entwickelt. Organisierte Gesundheitsveranstaltungen fokussierten auf Ernährung, Bewegung sowie spezifische Schmerztherapien. Diese Veranstaltungen, unterstützt durch medizinische Fachkräfte, förderten die Eigenverantwortung der Bevölkerung und stärkten das soziale Miteinander. Durch die Arbeit der Community Nurses wurden nachhaltige Gesundheitsinitiativen in den Gemeinden etabliert, die darauf abzielen, die Gesundheitssysteme zu entlasten und das Bewusstsein für Gesundheitsförderung zu schärfen.

1 Einleitung

Das Team im Burgenland besteht aus 6 Pilotprojekten und 9 Community Nurses, welche sich in regelmäßigen Vernetzungstreffen im Austausch befindet. In den ersten Treffen wurde in Arbeitsgruppen eine einheitliche Dokumentation eine „Basisanamnese“ und „Beratungsleitfaden“ erarbeitet, um die Effizienz in der kurzen Laufzeit des Projektes zu erhöhen. Ebenso wurde ein Schriftstück für „Kooperationsvereinbarungen mit anderen Gesundheitsberufen und Stakeholdern“ aufgesetzt. Diese ermöglicht den Austausch von Informationen zur zielgerichteten Gesundheitsförderung für Einzelpersonen sowie Gruppen und Gemeinden im interdisziplinären Rahmen.

1.1 Aufgaben einer Community Nurse

Community Nurses dienen als „die zentrale Anlaufstelle für Pflege und Gesundheitsfragen“ im niederschweligen Bereich. Community Nurses können die Gemeindemitglieder in akuten Situationen, bei bestehenden Krankheiten, im Alter oder in belastenden Alltagssituationen abfangen. Durch diese Aufgabe

tragen Community Nurses maßgeblich dazu bei, dass Menschen in schwierigen Lebenslagen adäquate Unterstützung und Pflege erhalten und in abgestimmter und strukturierter Weise zu den richtigen Stellen im Gesundheitssystem weitergeleitet werden.

Community Nurses koordinieren alle Gesundheitsberufe und Dienstleister miteinander um einen effizienten und zielgesteuerten Genesungsweg eines Patienten/Klienten zu gewährleisten. Diese Vernetzung verlangt Fachwissen im Gesundheitswesen, medizinische Kenntnisse und Setzen von pflegerischen Maßnahmen zur Unterstützung der Heilung für die Person und deren Angehörige, Familien oder 24h-Betreuung. Wissenslücken über Gesundheitsangebote in der nahen Umgebung im laufenden Projekt müssen gefüllt werden und es obliegt der jeweiligen Community Nurse sich zu vernetzen.

Durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Interessensgruppen und Partnern können wertvolle Erkenntnisse und fachliches Wissen aufgebaut und gefestigt werden, um gemeinsame Ziele zu erreichen und innovative Lösungen zu entwickeln. Diese unterscheiden sich maßgeblich vom extramuralen Bereich. Die Kooperation mit anderen Stakeholdern ist ein wichtiger Schritt, um erfolgreich zu sein und nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Es war eine Herausforderung im Projekt, sich Arbeiten aufzuteilen und sich gegenseitig zu unterstützen und eine ausgezeichnete Erfahrung im interdisziplinären Austausch mit anderen Stakeholdern im extramuralen Umfeld.

Der zweite große Aufgabenbereich einer Community Nurse ist es zur Förderung der Gesundheit in der Gemeinde zu agieren. Die Gesundheitsprävention und -förderung ist von großer Bedeutung, da sie dazu beiträgt, Krankheiten vorzubeugen und das Wohlbefinden der Gemeindegänger:innen durch Beratungsgespräche, präventive Hausbesuche und Informationsveranstaltungen zu ausgewählten Gesundheitsthemen zu verbessern. Community Nurses leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Themen für einzelne Individuen und Gruppen innerhalb der Gemeinde.

1.2 Bedarfsanalyse

Im Vernetzungstreffen haben die Community Nurses des Burgenlandes beschlossen, einen einheitlichen Fragebogen zu schaffen, um vergleichbare Daten zu erhalten und gezielte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu entwickeln. Wertvolle Fragen, zur Person, zum Gesundheitsbewusstsein und zur Lebensqualität wurden gestellt. Ebenso wurde eine Frage nach Interessenswünschen über Gesundheitsthemen erfragt. Die Erhebung der Fragebögen wurde in zeitlicher Abfolge nach den Kick-off Präsentationen in den jeweiligen Gemeinden per Hauswurfsendung verteilt.

In der Erhebung in der Pilotregion Zurndorf, Nickelsdorf und Deutsch Jahrndorf kamen die meisten Nennungen von Menschen im Alter von 60–75

Jahren (25 Nennungen). Danach folgten über 75-jährige Teilnehmer:innen (19 Nennungen) und knapp danach 40–59-jährige (17 Nennungen). Auf die Frage, „Wie ist ihre Gesundheit im Allgemeinen“ konnten 10 Teilnehmer:innen mit „sehr gut“ antworten. 27 Befragte kreuzten „gut“ an und 19 Personen fanden sich bei „mittelmäßig“ wieder. Fünf der befragten Teilnehmerinnen empfinden ihre Gesundheit als „schlecht“ und eine als „sehr schlecht“. An einer chronischen Erkrankung leiden 27 Personen von 64 befragten Menschen, 36 haben diese Frage verneint. Eine Person äußerte sich nicht zu dieser Fragestellung. Im letzten Teil der Erhebung konnten Interessenswünsche über vorgeschlagene Gesundheitsthemen und freie Wünsche geäußert werden. Das Interesse in den Leithaaunen erstreckt sich über die gesunde Ernährung (25 Personen), Mobilität und Bewegung (21 Personen), Schlaf und Erholung (19 Personen), mentale Gesundheit und Demenz. 24 der Befragten hatten keinen Informationsbedarf. Diese Erhebung war Grundstein der Zielfestlegung für dieses Projekt.

Nach der Erhebung der Bedarfsanalyse mittels Fragebögen über Gesundheit und Interessen der Bevölkerung wurden die Ressourcen ermittelt, um niederschwellig zu agieren. Im Projekt Leithaaunen wurden dafür ortsnahe Angebote genutzt, um den Bürger:innen bekannte Dienstleister und ausgewählte Gesundheitsberufe in der Nähe aufzuzeigen. Es ist für Betroffene manchmal eine große Hemmschwelle, Unbekanntes auszuprobieren, oftmals auch fahrtechnisch nicht möglich.

Anschließend kam es zu einer aktiven Vernetzung mit den ortsansässigen Gesundheits- und Dienstleistern, um die erforderlichen Maßnahmen umzusetzen. Die Maßnahmen ergaben sich aus den 10 Gesundheitszielen. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024)

1.3 Ressourcen in den Gemeinden und aktive Vernetzung

In einem Brainstorming wurde eine Liste erstellt, welche Gesundheitsdienstleister und mögliche Partnerschaften für die Arbeit als Community Nurse in der Pilotregion Zurndorf, Nickelsdorf und Deutsch Jahrndorf unterstützend sein könnten. Diese Liste ist variabel und wurde im Laufe des Projektes um vieles erweitert.

Der erste Besuch galt den drei mitwirkenden Gemeinden und deren Bürgermeister, um das Aufgabengebiet der Community Nurse ausführlich zu erläutern und sich von anderen Gesundheitsanbietern abzugrenzen. Zu den Allgemeinmediziner:innen war bereits persönlicher Kontakt vorhanden, jedoch erforderte das Projekt Aufklärungsbedarf.

Die Bekanntmachung im ortsnahen Krankenhaus Kittsee, besonders im Entlassungsmanagement, wurde persönlich absolviert. Dem folgte ein Termin auf der Bezirkshauptmannschaft Neusiedl am See, in der Abteilung für Pflege und Soziales. Im Laufe der Zeit wuchs diese Liste um weitere Kooperationspartner an.

Hier nur einige Ausgewählte:

- Verschiedene Agenturen für 24h Betreuer/-innen
- ASKÖ Burgenland
- 2 Ernährungswissenschaftlerinnen
- Obmann „Das Gesunde Dorf“
- Fachärzte im Ort (Orthopädie, Kardiologie & Zahnarzt)
- Laufschuhanalyse – Herr Brettl Helmut
- Liebscher & Bracht Schmerztherapeut
- Österreichs Arbeiter Samariterbund
- Physio- und Heilmasseure aus der Umgebung
- Polizei Gattendorf
- Samariterbund Burgenland – Pflegekompetenzzentrum
- Sportvereine in den Gemeinden
- Volkshilfe Burgenland, Rotes Kreuz, Caritas und Hilfswerk
- Wundmanager:in (Freiberuflich) und WUMA (Wundmanagement von den Soziale Dienste Burgenland)

1.4 Umsetzung der Maßnahmen

Gesunde und nachhaltige Ernährung für alle zugänglich machen

Die Ernährung hat in jeder Lebensphase großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. So kann eine ausgewogene Ernährung viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermeiden und Diabetes verringern. Alle Menschen müssen Zugang zu hochwertigen, regionalen und saisonalen Lebensmitteln erhalten und ein Gesundheitsverständnis für Ernährung muss gefördert werden. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)

Durch die Kooperation mit einer erfahrenen Ernährungswissenschaftlerin konnte ein Informationsabend über „Ernährung, die dich stärkt“, im Herbst 2023 stattfinden. Dieser Vortrag wurde in einfacher Sprache aufbereitet und mit praktisch Beispielen gespickt. Die Zuhörer:innen waren begeistert. Eine Wiederholung ist geplant, sowie Kochworkshops zum Thema: Zuckerreduzierte Kost, Zuckerersatzstoffe, Backideen und Fleischkonsum.



Abbildung 1 und 2: Vortrag „Ernährung, die dich stärkt“

1.5 Mobilität und Bewegung

Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern

Bewegung beeinflusst die Gesundheit nachhaltig positiv und begünstigt das Wohlbefinden der Menschen in vielerlei Form. Regelmäßige körperliche Betätigung beugt zahlreichen chronischen Krankheiten vor und ist in jedem Lebensabschnitt ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)

Für diesen Bereich, Mobilität und Bewegung wurden Kontakte mit Physiotherapeuten, Sport- und Bewegungstrainerin von ASKÖ, Heilmasseur und Liebscher & Bracht Therapeuten ortsnahe aufgenommen. Der Plan von Informationsabenden zum Thema Schmerztherapie von Liebscher und Bracht, wurde den Gemeindebürger:innen nähergebracht und in geplanten Intervallen in die Tat umgesetzt. Alle Gemeinden verteilten Postwurfsendungen sowie über mediale Kanäle wurde zu den Terminen eingeladen.

Anhand von drei ausgewählten Themen wurden jeweils die gleichen Vorträge in allen drei Gemeinden präsentiert, um jedem Einzelnen die Möglichkeit zu bieten daran teilzunehmen. Ein gemeindeübergreifender Austausch hat stattgefunden.

Die Themen gestalteten sich wie folgt:

- Der geliebte Bandscheibenvorfall
- Der Nerv mit dem Ischias
- Steifer Nacken, kalte Schulter

In den Vorträgen wurde mit einfacher Präsentation und auf authentischer Weise, die Gemeindebürger:innen von den gesundheitsfördernden Maßnahmen überzeugt. Durch praktische Übungen und Querverbindungen für das Alltagsleben wurde über Gesundheitsprävention informiert und gesundheitsfördernde Maßnahmen vermittelt. Über Feedback-Bögen, welche im Anschluss verteilt wurden, konnten zahlreiche positive Reaktionen abgelesen und Kontakte geknüpft werden.



Abbildungen 3 , 4, 5: Liebscher und Bracht Therapeut Marco Lambert und Community Nurse Sabine Rosenecker, Vorträge in Zurndorf, Deutsch Jahrndorf und Nickelsdorf

Da das Interesse an Bewegungs- und Dehnungsübungen zur Schmerztherapie groß war, wurde eine Turngruppe gestartet. Die Teilnehmer:innen konnten direkt vom Liebscher & Bracht Therapeut 27 Übungen erlernen, um Erkrankungen vorzubeugen, Schmerzen zu minimieren und oft sogar auszuschalten. Die Kurse wurden mit steigenden Zahlen besucht. Durch diese Aufgabe der Gesundheitsförderung mittels Informationsveranstaltungen wurden die Gemeinden sowie Gemeindebürger:innen aufmerksam gemacht auf die Arbeit der Community Nurse. Im Anschluss nahmen die Teilnehmer:innen gerne ein Beratungsgespräch mit Termin oder einen präventiven Hausbesuch in Anspruch.



Abbildung 8: Turngruppe von Liebscher & Bracht

1.6 Gesundes Dorf: Bewegungseinheiten in der Gruppe

Im Herbst 2023 wurde in Kooperation mit dem Gesunden Dorf, auf freiwilliger Basis, ohne Verpflichtungen und ohne Zwang eine Bewegungsgruppe gegründet. Diese Damen und Herren treffen sich 2x wöchentlich zum Walken oder Spazieren gehen. Sie messen über eine App ihre Wegstrecke selbständig und dokumentieren diese über eigene Medien untereinander. Die Motivation ist jede Woche deutlich spürbar und es kommt immer zu unterschiedlichen Gesprächen innerhalb der Mitwirkenden. Die Gesundheitsziele, Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern und durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken, konnten alle abgedeckt werden.

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Um Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung zu stärken ist es wichtig, in angepasster Sprache und Verständnis alle gesundheitsförderlichen Informatio-

nen unabhängig und aus verlässlichen Quellen zu präsentieren. Dies lässt jedem Menschen die Freiheit über seine Gesundheit selbst zu bestimmen.

Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Solidarische Gesellschaften sind im Allgemeinen gesünder, da der Zusammenhalt von Generationen, Geschlechtern und Bevölkerungsgruppen sich zentral auf die Lebensqualität einer Gemeinschaft auswirkt. Dies fördert die Gesundheit von Einzelpersonen und die Teilnahme am gemeinschaftlichen Prozess.

Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern

Ausreichende Bewegung fördert die Gesundheit nachhaltig und begünstigt das Wohlbefinden. Regelmäßige körperliche Betätigung kann chronische Erkrankungen vorbeugen und entspricht allen Kriterien der Gesundheitsförderung. Zu diesem Zweck müssen Orte und Strukturen geschaffen werden, damit alle Menschen die Möglichkeit erhalten, sich zu bewegen und daran teilzunehmen.

(Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)

1.7 Gesundheitstag in Kooperation mit dem Gesunden Dorf

Zum Gesundheitstag wurden folgende Gäste geladen: Dr.in Karin Reif, Fachärztin für Orthopädie, Dr. med. univ. Adolf Achleitner, Allgemeinmedizin und Medgym-Zentrum, Dipl. Physiotherapeutin Michaela Obrietan, Fußpflege- und Wundmanagerin Karin Wulzen, Laufschuhanalytiker Helmut Brettl, ASKÖ/Übungsleiterin für Bewegungseinheiten Evelin Varga, Liebscher & Bracht Therapeut Marco Lambert, Samariterbund (Vitalparameter Kontrollen), Rotes Kreuz.



Abbildung 6, 7: Gesundheitstag: ASKÖ, Community Nurse, Liebscher & Bracht, Fuß- und Wundmanagement, Laufschuhanalytiker und Obmann Gesundes ZurnDorf. Vortrag von Dr. Reif Karin

Die Gemeindebürger:innen wurden über Vorträge von Dr.in Karin Reif und DGKP Karin Wulzen informiert und konnten an weiteren zahlreichen Aktivitäten teilnehmen.

Gleichgewichtsübungen ASKÖ, Bewegungsübungen Liebscher & Bracht, Laufschuhanalyse Herbert Brettl, Beratung und Kontakt für Fußpflege- und Wundmanagement, Terminvereinbarungen mit Dr. Achleitner für mögliche Trainingspläne, Kontrolle der eigenen Vitalparameter durch Mitarbeiter des Samariterbundes. Ein Team vom Roten Kreuz verwöhnte uns mit einer gesunden Jause und Getränken. Es war ein wunderbarer und sehr informativer Tag mit vielen Gästen.

2 Fazit

Community Nurses sind Expertinnen für die Begleitung im Gesundheitssystem. Durch die niederschwellige Beratung, Begleitung und Informationen von pflegerelevanten Themen bis zur Gesundheitsförderung innerhalb der Gemeinden kann diese befähigt werden zu einem zukunftsorientierten Umdenken. Dieses stärkt die Gesundheit jedes einzelnen und entlastet unser Gesundheitssystem.

Wir könnten Patienten, Familien und pflegende Angehörige und Betreuer:innen durch medizinisches und pflegerisches Wissen beraten und durch Vertrauensaufbau befähigen ihrer eigenen Gesundheit mitzugestalten. Dieser Prozess in der Bevölkerung kann nur durch längerfristige Maßnahmen zu gewünschten Erfolgen führen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024) Gesundheitsziele Österreich. Abgerufen von 10 Ziele – Gesundheitsziele Österreich (gesundheitsziele-oesterreich.at) <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesundheitsziele.html>, Zugriff erfolgte am 5.5.24

Zwei Jahre präventiver Hausbesuch – Lessons learned? – am Beispiel von Community Nursing in Eltendorf-Köndigsdorf

Philipp JOST

Projektleiter und Community Nurse der ARGE Eltendorf-Köndigsdorf

Abstract: Der präventive Hausbesuch war von Beginn ein zentraler Bestandteil bei der Ausrollung von Community Nursing in Österreich. Die Realisierung und Umsetzung in der Praxis stellte die Pilotregionen vor Herausforderungen, so auch in der ARGE Eltendorf/Köndigsdorf. Basierend auf Grundlagenliteratur, Projektdokumenten und persönlichen Erfahrungen wird die praktische Umsetzung von präventiven Hausbesuchen in der Pilotregion reflektiert und Learnings sichtbar gemacht. Ein Wissens Zusammenhang brachte einen praxisfähigen Prozess und Leitfaden für die Durchführung präventiver Hausbesuche. Anhand eines Schemas wurde eine systematische Vorgehensweise für präventive Hausbesuche beschrieben.

1 Einleitung

Mit dem Start des Community Nursing Projekts ging ebenfalls die Transformation theoretischer Grundlagen und Inputs der Gesundheit Österreich GmbH, in die tägliche Pflegepraxis als Community Nurse einher. Monitoring und Erhebung ist ein wesentlicher Teil des Public Health Intervention Wheels und somit Grundlage von Community Nursing in Österreich (Gesundheit Österreich GmbH, 2021). Der Umsetzungsprozess wurde somit zum lernenden und wachsenden Theorie Praxis Transfer im neuen Feld Community Nursing beziehungsweise der österreichischen Ausrollung einer derartigen Pflegerolle.

Zum Start der Community Nursing Projekte in Österreich wurden Grundlegendokumente sowie Eckpunkte im Fördercall zu Verfügung gestellt (Gesundheit Österreich GmbH, 2021). Hierbei ergab sich für alle angehenden österreichischen Community Nurses das Public Health Intervention Wheel (Minnesota Department of Health, 2019) als Grundlage der weiteren Praxisentwicklung. Kozisnik et al. (2021) haben später auch eine übersetzte und angepasste Version, sowie ergänzende Erklärungen der Community Nursing Tätigkeitsfelder intern publiziert. Dies stellte die Grundlage für die Ausrollung im Projekt dar. Bei der ersten Lektüre dieser Grundlageliteratur wurde deutlich, dass es weitere

Schritte der Präzisierung und Konkretisierung für die praktische Tätigkeit im Feld braucht. Im Rahmen dieser Arbeit soll retrospektiv ergründet werden, wie der Weg zum aktuellen Prozess der Hausbesuche gestaltet wurde und welche gelernten Lektionen wir für die weitere Umsetzung vom Community Nursing im Burgenland mitnehmen können.

2 Methodik

Für die faktenbasierte und wissenschaftlich korrekte Erarbeitung des Beitrags wurde folgende Fragestellung zur Reflexion gewählt: “Was können wir aus zwei Jahren präventiver Hausbesuche lernen?”

In Eltendorf, Königsdorf und Zahling wurde relativ früh begonnen Hausbesuche zu starten. Im Rahmen dieses Beitrages soll die Evolution des Prozesses und die Vorgehensweise dahinter reflektiert werden. Hierfür werden einerseits erneut die publizierten Dokumente der Gesundheit Österreich GmbH auf Empfehlungen zu präventiven Hausbesuchen durchforstet und andererseits auch die persönlichen Erfahrungen, gestalteten Dokumente und erinnerten fachlichen Diskurse im Netzwerk wiedergegeben. Am Ende des Beitrages soll damit die selbst gestellte Frage beantwortet werden, welche Lektionen wir aus den zurückliegenden ersten Projektjahren lernen können. Die Beantwortung dieser Frage wird einerseits auf hierzu gesuchter Fachliteratur, sowie auf Grundlagendokumenten, welche von der Fördergeberin zu Verfügung gestellt wurden, als auch von persönlichen Erinnerungen gestützt, beantwortet. Auf eine weitergehende und allgemeine Definition von Begriffen und Erklärungen von fachlichen Hintergründen von Community Nursing, wird aufgrund des Umfangs im Sammelband, verzichtet.

3 Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche wurden bereits im Fördercall zu den laufenden Community Nursing Projekten als Eckpunkt und Aufgabenbereich von Community Nurses angegeben. Mit Projektstart wurde allen Pilotprojekten die Altersgruppe 75 und darüber, als Zielgruppe vorgegeben. Weitere Zielgruppen konnten hinzu definiert werden (Gesundheit Österreich GmbH, 2021). Eine inhomogene und teilweise individuelle Annäherung an das Thema wurde in den ersten Webinaren und Fortbildungen sogar als gewünscht hervorgehoben. Im Projekt folgte damit einhergehend eine intensive Literatur der seitens der Gesundheit Österreich GmbH zu Verfügung gestellten Ressourcen, sowie weitere Literaturrecherche. Das Ergebnis dieser Suchen führte immer zurück auf die ursprüngliche Quelle des Public Health Intervention Wheels (Gesundheit Österreich GmbH, 2021; Kozisnik et al., 2021; Minnesota Department of Health, 2019).

Horak und Haubitzer, (2021) nehmen ebenfalls Bezug auf das Public Health Intervention Wheel und versuchen zudem die Aufgabenfelder darin auf die österreichische Pflegelandschaft umzulenken.

3.1 Ausgangspunkt

Anhand dieser Wissensquellen und den Auswahlmöglichkeiten in der Dokumentation zur Evaluierung des Projektes wurden erste Gehversuche zu Hausbesuchen unternommen. In erster Linie waren dies akute Visiten und die Community Nurse wurde direkt per Telefon kontaktiert. Für diese ersten Hausbesuche gab es noch wenig systematisiertes Wissen und keinen klaren Prozess, da dieser noch definiert werden musste.

Hierbei wurde ersichtlich, dass es in unserer Pilotregion zunächst zwei Kategorien von Anfragen zu Hausbesuchen gab. Dies war erstens der Hausbesuch zur Evaluierung, Beratung und Vernetzung im Rahmen eines akuten Problems. Die Einzelpersonen und Familien verlangen hierbei möglichst zeitnah pflegerische Soforthilfe. In den meisten Fällen konnte diese auch über Beratung und Vernetzung abgedeckt werden, aber oft wurde zu Beginn auch sichtbar, dass die Versorgungsnetzwerke noch nicht aufgebaut und weitere Stakeholder noch nicht bekannt oder zugänglich waren. Diese ersten Fälle und das damit verbundene Case Management waren ein Katalysator für die Erstellung von Dokumentationssystemen, Checklisten und nicht zu vergessen der Startschuss für den Aufbau tragfähiger Versorgungsnetzwerke. Zu dieser Zeit wurden Kontakt zum Gesundheitsnetzwerk Raabtal, der Pflege- und Sozialberatung des Pflegeservice Burgenland und zu mobilen Diensten der Region aufgebaut.

Zweitens kamen die Anfragen der Zielgruppe 75 plus, aber auch 85 plus, da die Community Nurse als Unterstützung und Fürsprache für die Umsetzung eigener Versorgungswünsche erkannt wurde. Diese Menschen erkannten, dass es einen ungedeckten Bedarf in ihrem Leben gab, die einzige bekannte Lösung jedoch, der Umzug in eine Langzeitbetreuung oder stationäre Pflegeeinrichtung sei. Zitate aus diesen Hausbesuchen waren etwa: „bis jetzt haben wir ja noch selbst unser Holz aus dem Wald geholt, aber es geht einfach so nicht mehr wie früher, helfen Sie uns bitte, wir möchten in ein Pflegeheim ziehen...“ (Zitat einer Bewohnerin der Pilotregion). Bei genauerem Nachfragen, systematischer Pflegeanamnese und Diagnostik wurde dann jedoch oft deutlich, dass die eigenen Ressourcen nicht wahrgenommen oder oft kleine Stolpersteine des Alltags es scheinbar unerreichbar gemacht haben, weiter selbstständig, zu Hause zu leben. Die Assessments in den ersten Hausbesuchen wurden hierbei mit dem Assessment Bogen aus der praxisorientierten Pflegediagnostik (POP) durchgeführt.

Anhand dieser ersten Feldversuche zeichnete sich ein komplexeres Bild und es wurden im Projekt erste Versuche unternommen diese Anliegen zu clustern. Etwa zeitgleich kamen seitens der Gesundheit Österreich GmbH über die in-

terne Cloudsharing Plattform neue Inputs in Form von Quickstarter Videos und Erklärungen zu präventiven Hausbesuchen (ohne Beleg, nicht veröffentlicht). Spannenderweise ergänzten sich diese Wissensquellen sehr passend und es konnte eine erste Version für den Prozess präventiver Hausbesuche erstellt werden.

3.2 Erste Versuche der Systematisierung

Die ersten Rückmeldungen in Form von Hausbesuchen auf Anfrage zu einem bestimmten Thema und von Gesprächen im Rahmen von Öffentlichkeitsveranstaltungen brachten folgende Themencluster.

Handschriftliche Clusterung der Community Nurse bei Projektstart, basierend auf ersten Gesprächen mit der lokalen Bevölkerung in der Pilotregion:

- Mobilität und Sturzrisiko
- Unterstützung bei Formularen, Anträgen und Amtswegen
- Chronische Schmerzen
- Einsamkeit
- Familiäre Krisen
- Inkontinenzversorgung
- Rollenkonflikte pflegender Angehöriger
- Barrierefreies Wohnen

Diesen Rückmeldungen stand ein noch sehr leeres Blatt gegenüber. Die Toolbox seitens der Gesundheit Österreich GmbH wurde stetig gefüllt und auch eine systematische Recherche zu dem Themenbereich präventiver Hausbesuche brachte zahlreiche Ergebnisse in unterschiedlichsten Settings, mit verschiedensten Herangehensweisen. Ein roter Faden und die systematische Reproduzierbarkeit von Ergebnissen oder Vergleichbarkeit in der Vorgehensweise bei den Hausbesuchen war noch nicht gegeben.

Im Rahmen eines internen Webinars für Community Nurses durch die Gesundheit Österreich GmbH, wurde erstmals auf eine Quelle und deren klarere Struktur zu Hausbesuchen hingewiesen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) hat hierbei das aus einer Studie hervorgegangene Konzept zur Erstellung der Dienstleistung präventiver Hausbesuch publiziert. Hierbei wird das Praxiskonzept zu präventiven Hausbesuchen und die präventiven Maßnahmen anhand eines ABCDEFG Schemas beschrieben. Diese teilen sich folgendermaßen auf.

- A - Alltagsaktivitäten
- B - Mobilität
- C - Soziale Beziehungen und Aktivitäten
- D - Sozialleistungen

- E - Wohnen und Wohnumfeld
- F - Spezifische gesundheitliche Probleme
- G - Gesundheitsförderung und Prävention

Diese Kategorien deckten sich auch weitestgehend mit den Bedürfnissen und der damit verbundenen ersten Themenclusterung. Die alphabetische Zuordnung dieser Domänen im präventiven Hausbesuch weckten Erinnerungen und Zusammenhänge mit dem rettungsdienstlichen Background des Autors.

3.3 Unerwartete Wissensverbindung

In der Notfallrettung hat sich weltweit eine standardisierte Vorgehensweise zur Beurteilung von kritischen erkrankten oder verletzten Menschen etabliert. Diese wird in unzähligen Lehrbüchern, Fachbüchern, Kursformaten und von notfallmedizinischen Fachgesellschaften geteilt. Auf eine weitere Ausführung aller Definitionen durch individuelle Quellenbelege wird an dieser Stelle verzichtet und eine Quelle als Beispiel angefügt.

Die standardisierte Beurteilung geschieht hierbei nach dem ABCDE Schema (Harbs, 2012, siehe auch ERC, NAEMT,...):

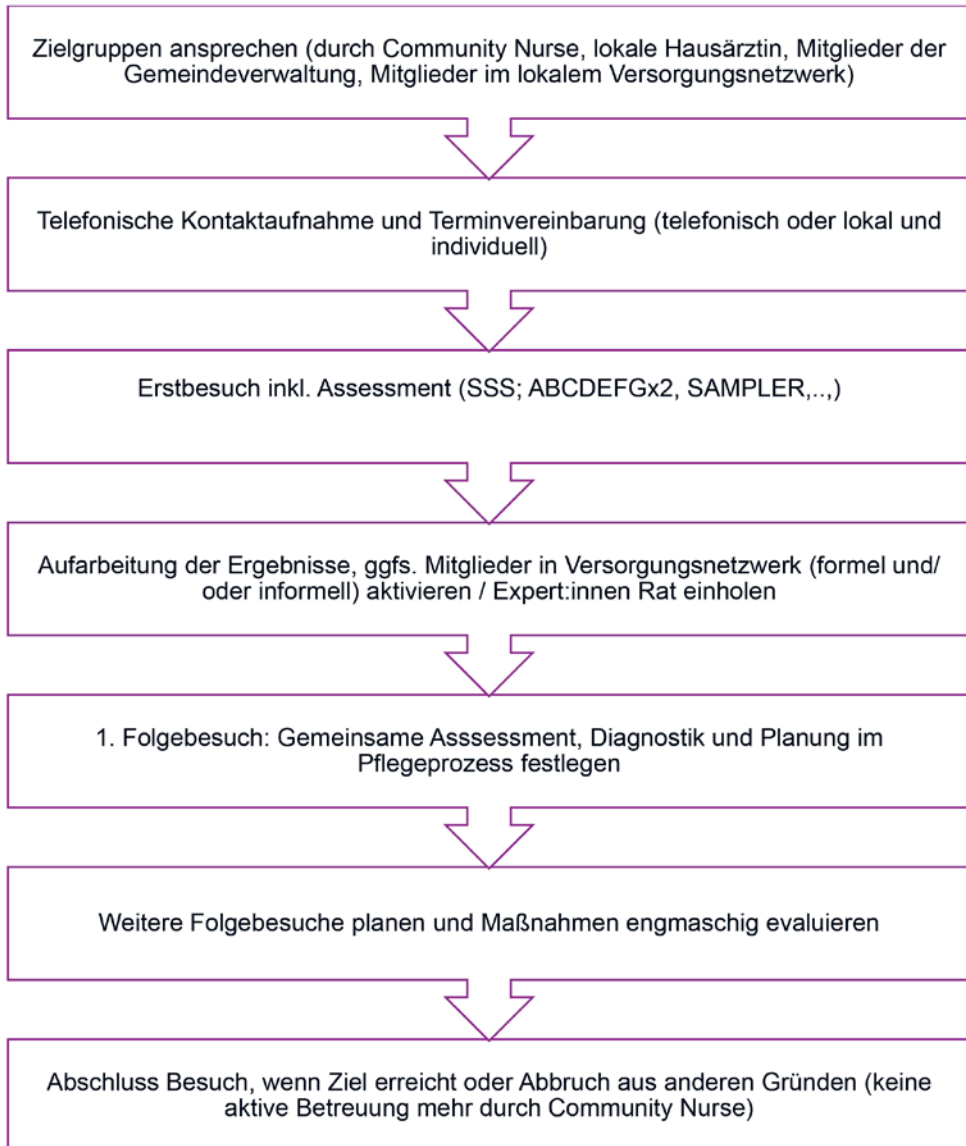
- Scene, Safety Situation (Szenerie, Sicherheit und vorgefundene Situation)
- A - Airway (Atemweg)
- B - Breathing (Atmung)
- C - Circulation (Kreislauf)
- D - Disability (neurologische Defizite)
- E - Exposure (weitere körperliche Untersuchung, Umgebungsfaktoren am Notfallort)

Durch die ähnliche alphabetische Aufteilung ergab sich eine sehr leicht zu erinnernde Merkhilfe einerseits für die schnelle körperliche Untersuchung, die Anamnese von Grunddaten und auch für den zielgerichteten Einsatz weiterer Pflegediagnostik und Assessments im präventiven Hausbesuch.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) präsentierte zudem auch einen Prozess zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen, welcher auch in der Präsentation im Webinar durch die Gesundheit Österreich GmbH übernommen wurde. Dieser stellt die weitere Grundlage zur Erstellung einer individuellen Vorgehensweise dar.

4 Aktueller Prozess und Abbildung

Anhand dieser Parallelen und der gleichen Logik, zu versuchen dringende Anliegen und Risiken möglichst schnell und systematisch zu erfassen hat sich folgender Prozess etabliert.



Besonders im ersten Projektjahr waren intensive Gespräche zum Vertrauensaufbau erforderlich. Im zweiten Projektjahr wurde die Neuübernahme der

lokalen Ordination für Allgemeinmedizin und die gute Zusammenarbeit mit der neuen Hausärztin der Gemeinden trug schnell Früchte. Die Ansprache der Zielgruppe durch deren Hausärztin und auch die Zuweisung an die Community Nurse in Fragen der Gesundheitsförderung aber besonders bei Anliegen pflegerischer Prävention, war ein Game Changer und hob die Anfragen zu präventiven Hausbesuchen signifikant nach oben.

Im ersten Hausbesuch und dem damit verbundenen Assessment zeigte sich die Fusion des rettungsdienstlichen Assessmentinstrumentes mit dem Dienstleistungskonzept zu präventiven Hausbesuchen als praxistauglich. Neben allgemeinen Stammdaten und Familienanamnese (Geno, Ökogramm) und Konzepten der Sozialen Arbeit oder aber auch sehr spezifischen pflegerischen Assessments hat sich im ersten Hausbesuch folgender Prozess im Assessment etabliert.

- Situation vor Ort, Umgebung und Sicherheit beobachten und dokumentieren (Erwäge Soziale Arbeit, behördliche Sicherheitsorgane)
- Sicherheit (Eigenschutz und persönliche Schutzausrüstung anpassen)
- Situation (Einfamilienhaus, Wohnung, Barrierefreiheit, Zustand der Wohnumgebung,...)
- Rettungsdienstliches ABCDE Schema (bei nicht kritischem Allgemeinzustand verzögerbar)
- SAMPLER Anamnese
 - o Aktuelle, chronische Symptome und/ oder Schmerzen
 - o Allergien
 - o Medikamente (Dauerhaft, Bedarf,...)
 - o Persönliche medizinische Vorgeschichte (OPs, Trauma, Insult,...)
 - o Letzter Input/ Output (Einfuhr und Ausfuhr Beurteilen)
 - o Ereignisse vor dem Hausbesuch (Warum wurde der Kontakt gesucht)
 - o Risikofaktoren (Sturzgefahr, Bettlägrigkeit, Heimsauerstoff, Rauchen, Alkohol,...)
- Erstes pflegerisches Screening der aktuellen Versorgungssituation anhand des ABCDEFG Schemas für präventive Hausbesuche (Überblick, Hautthemen im Hausbesuch clustern, CAVE: kein Überassessment!)

Die Ergebnisse und Beobachtungen aus dem ersten Hausbesuch zu clustern und eine vorläufige Pflegeplanung durchzuführen ist eine der anspruchsvollsten Arbeiten einer Community Nurse. Der Rollenwechsel in die Metaebene einer Versorgung ohne weiterführend die Pflege selbst zu übernehmen und doch Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Menschen zu haben benötigte auch für die Community Nurse Zeit. Zusammengefasst kann dies als Tanz zwischen Assessment, Beratung, Gesprächsführung und Fallbesprechungen in hands on Mentalität zusammengefasst werden.

5 Fazit

Das generierte Wissen und der Einblick in die Pilotregion kann aus Sicht des Beitrag-Autors nur durch breit angelegte präventive Hausbesuche erfolgen. Diese können ein Toröffner für die weiteren Ebenen im Community Nursing darstellen. Gedacht im Public Health Intervention Wheel (Minnesota Department of Health, 2019) kann der präventive Hausbesuch als Rückgrat für die weiteren Ebenen und Teile im Rad gesehen werden. Monitoring und Erhebung kann als zweiter Schritt aus unserer Ansicht entstehen. Übergeordnete Gesundheitsdaten müssen jedoch auch interpretiert werden, das Wissen aus lokalen Hausbesuchen, kann ein elementare Baustein zum Verständnis von Versorgungsregionen darstellen und bietet weitere Möglichkeiten. Lokale und kommunale Entscheidungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik könnten basierend auf Zahlen, Daten und Fakten, mit der starken Stimme der Pflege erfolgen. Community Nurses werden hier zur neutralen Partnerin und starken Stimme der Gesundheit und Pflege in den Versorgungsregionen.

Für die weitere erfolgreiche Umsetzung und Skalierung von präventiven Hausbesuchen konnten in Projekt der ARGE Eltendorf/Königsdorf folgende Learnings erfasst werden.

- Unterstützung der Community Nurses im Bereich der DGSVÖ durch Musterverträge zur Kooperation und Zusammenarbeit im Versorgungsnetzwerk (Stichwort Gesundheitsdaten)
- Zentrale Sammlung von Angeboten in den Regionen und dazugehörige Digitalisierung mit der Möglichkeit der offline Verteilung (weg vom Flyer sammeln, hin zu digital unterstützter Beratung durch Pflege)
- Regelmäßige systematische Netzwerkarbeit durch Community Nurses
- Formell und informell (auch um die Ecke denken, Supermärkte, Poststelle, Polizei, Feuerwehr, Gemeindeämter, Vereine, Gastronomie,...)
- Entwicklung neuer systematischer Tools zur Pflegediagnostik und Intervention im Bereich des österreichischen Public Health Nursing

6 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2021). Factsheet zu Community Nursing. Umsetzung im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans – finanziert von der Europäischen Union, NextGenerationEU (RRF). Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion IV. (2021). Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing. Gem. VO 2021/241. Abgerufen von: <https://cn-oesterreich.at/service/dokumente-und-literatur>, Zugriff erfolgte am 04.05.2024.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2021). Fördercall Community Nursing. Abgerufen von: <https://cn-oesterreich.at/service/dokumente-und-literatur>, Zugriff erfolgte am 04.05.2024.

- Harbs, H. (2012). Vorgehen am Patienten. Das ABCDE-Schema. Abgerufen von: https://www.uni-kiel.de/anaesthesie/docs/Studenten/Vortrag_Notfall/20121015_ABCDE_Harbs.pdf, Zugriff erfolgte am 04.05.2024.
- Horak, M., Haubitzer, S. (2021). Community Health Nurse. Handlungsfelder der Pflege im Kontext von Public Health. Wien: Facultas.
- Kozisnik, P., Edtmayer, A., Rappold, E. (2021). Gesundheit Österreich GmbH. Aufgaben und Rollenprofil. Community Nurse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Abgerufen von: <https://cn-oesterreich.at/service/dokumente-und-literatur>, Zugriff erfolgte am 04.05.2024.
- Minnesota Department of Health. (2019). Public health interventions: Applications für public health nursing practice, (2nd ed.). Abgerufen von: <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>, Zugriff erfolgte am 03.05.2024.
- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2013). Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzeptes für Präventive Hausbesuche. Abgerufen von: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf, Zugriff erfolgte am 03.05.2024.

Niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsinformationen durch Informationsveranstaltungen und Workshops

Judith GRAFL

Projektleiterin und Community Nurse in Schattendorf-Loipersbach-Baumgarten mit Schattendorf als Lead-Projektgemeinde

Abstract: Die Pilotregion Schattendorf, Loipersbach und Baumgarten trägt den Titel „Gemeinsam g´und“. Das Ziel für dieses Projekt ist, „Gemeinsam g´und“ zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu altern. Die dafür geplanten Maßnahmen eine gesundheitsförderliche Umgebung zu schaffen, war der Gedanke den Zugang zu Gesundheitsinformationen so einfach wie möglich zu gestalten. Die umgesetzten Maßnahmen wurden von der Bevölkerung sehr gut angenommen. Ziel war es, einen niederschwelligen und chancengleichen Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erlangen und eine daraus resultierende Verbesserung der eigenen Gesundheitskompetenz.

1 Einleitung

Zu Beginn des Projekts wurde zunächst die Region identifiziert, welche Gesundheitsanbieter:innen, welche Vereine, welche gesundheitsfördernde und präventive Angebote vorhanden sind. Aus dieser Recherche wurden einige Kooperationen geschlossen mit dem gemeinsamen Ziel die Bevölkerung gemeinsam gesund zu erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Überlegungen gemacht, welche Maßnahmen passend für die Region sind. Um gezielte Schwerpunkte zu setzen, wurden das 5-Säulen Modell der Gesundheit näher betrachtet, sowie die zehn österreichischen Gesundheitsziele berücksichtigt. Die 5-Säulen der Gesundheit ist ein ganzheitliches Konzept, das verschiedene Aspekte des Wohlbefindens und der Lebensführung betrachtet, um eine umfassende Gesundheit zu fördern.

- Säule 1 – Ernährung
Eine ausgewogene und gesunde Ernährung versorgt den Körper mit notwendigen Nährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffe, welche für seine Funktion benötigt werden.

- Säule 2 – Bewegung
Regelmäßige körperliche Aktivität stärkt das Herz-Kreislauf-System, verbessert die Muskelkraft, fördert die Flexibilität und hilft bei der Gewichtskontrolle. Bewegung wirkt sich auch positiv auf die psychische Gesundheit aus, indem sie Stress abbaut und die Stimmung verbessert.
- Säule 3 – Entspannung
Stressmanagement und Entspannungstechniken wie Meditation, Yoga oder einfach nur bewusste Pausen während des Tages sind wichtig, um die geistige Gesundheit zu erhalten und Stress abzubauen.
- Säule 4 – Schlaf
Guter Schlaf ist entscheidend für die körperliche Gesundheit und die geistige Klarheit. Ausreichender und qualitativ hochwertiger Schlaf unterstützt die Heilungs- und Reparaturprozesse des Körpers, beeinflusst das emotionale Gleichgewicht und die kognitive Funktion.
- Säule 5 – positive soziale Beziehungen
Ein starkes soziales Netzwerk kann emotionale Unterstützung bieten, Einsamkeit reduzieren und das allgemeine Wohlbefinden steigern. Positive zwischenmenschliche Beziehungen tragen zu einem glücklicheren und gesünderen Leben bei.

Diese Säulen bilden zusammen eine Basis für ein gesundes Leben. Es ist wichtig, ein Gleichgewicht zwischen diesen Bereichen zu finden, um eine optimale Gesundheit zu fördern und zu erhalten (European Network for Optimal Health, 2015). Die österreichischen Gesundheitsziele sind Teil eines nationalen Gesundheitsplans, der darauf abzielt, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Qualität des Gesundheitssystems zu steigern. Die Hauptziele orientieren sich an der Prävention von Krankheiten, der Förderung der Gesundheit und der Sicherstellung einer hohen Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Schwerpunkte der Gesundheitsziele sind zum einen gesund leben, die Ermutigung der Bevölkerung zu einem gesunden Lebensstil, einschließlich gesunder Ernährung und regelmäßiger körperlicher Aktivität. Des Weiteren die psychische Gesundheit zu fördern durch Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung und Erhöhung des Bewusstseins und Verständnis für psychische Erkrankungen. Ebenso chronische Erkrankungen besser zu managen, wie zum Beispiel eine Optimierung der Behandlung und Betreuung von Personen mit chronischen Erkrankungen. Außerdem die Gesundheit im Alter zu fördern durch Sicherstellung einer guten Lebensqualität für älter Menschen durch präventive und pflegerische Maßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken mittels Verbesserung

des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und Förderung der Fähigkeit der Menschen, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und zu nutzen. Diese Ziele sind darauf ausgerichtet, langfristig die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen in Österreich zu verbessern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024).

Hauptaugenmerk war, dass Gesundheitsinformationen mittels niederschwiligen Zugangs der Bevölkerung nähergebracht werden. Gesundheitsinformationen sollen Menschen befähigen unter Einbeziehung persönlicher Ziele und Erwartungen Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen. Diese Informationen sollen verlässliche und verständliche Inhalte beinhalten (Koch, 2021). Dieser Ansatz erfolgt durch diverse Informationsveranstaltungen und Workshops zu Gesundheits- und Krankheitsthemen. Diese Veranstaltungen und Workshops zielen darauf ab, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Teilnehmer:innen zu verbessern. Diese können eine breite Palette von Aktivitäten umfassen wie zum Beispiel Workshops zur Stressbewältigung, Veranstaltungen zu gesunder Ernährung und Vorträge über verschiedene Gesundheitsthemen. Der niederschwellige Zugang bedeutet, dass diese Informationen leicht zugänglich und verständlich sind, so dass Menschen aller Bildungs- und Sozialschichten die Möglichkeit haben, sie zu nutzen. Dies erfolgt durch verschiedene Medien, darunter öffentliche Vorträge, die in einer klaren und einfachen Sprache gehalten werden oder via diverser Social-Media Kanäle. Diese Ansätze sind wichtig, weil sie das allgemeine Gesundheitsbewusstsein erhöhen und Menschen befähigen, aktiv Entscheidungen zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu treffen.

2 Methodisches Vorgehen

Die Planung und Umsetzung von Maßnahmen wurden strukturiert erarbeitet. Dabei wurden wichtige Schritte detailliert ausgearbeitet, um ein positives Outcome zu erreichen, nämlich die Verbesserung der Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden von Menschen gemacht, somit ist die Wirkung von Gesundheitsförderung schwer zu messen, da diese kontextabhängig sind (Szabo et al., 2017). Um eine kommunale Gesundheitsförderung und einen gesundheitlichen Strukturaufbau zu etablieren, bedarf es an Leitprinzipien wie Partizipation, Empowerment, Ressourcen, Vernetzung und Kooperationen und Strukturaufbau -und leistungen (Quilling, Leimann & Tollmann, 2022). Das Vorgehen zur Umsetzung der Maßnahmen wurde anhand eines Prozesses unter Berücksichtigung der Prinzipien durchgeführt.

3 Prozessschritte im Pilotprojekt

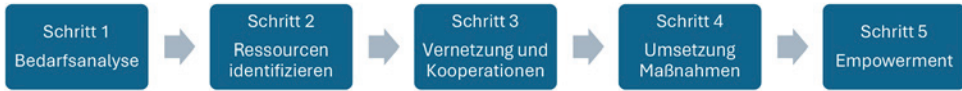


Abbildung 1: Prozessschritte Gesundheitsinformationen

3.1 Bedarfsanalyse

Das Pilotprojekt startete im Juli 2022, Ende dieses Jahres wurde eine Bedarfsanalyse in den drei Gemeinden durchgeführt. Dieser diente zunächst zum Kennenlernen der Bevölkerung. Zum einen ob ein Teil der Bevölkerung pflegender/betreuender Angehöriger ist oder sich um Nachbarn, Freunde, Bekannte kümmert und somit ehrenamtliche Tätigkeiten übernimmt. Zudem war es interessant zu wissen, welche Informationen dieser Zielgruppe fehlen. Auch soziodemografische Merkmale wurden erhoben. Hauptaugenmerk für diese Bedarfsanalyse war aber die Planung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen. Das bedeutet, welche Wissenslücken zu Gesundheits- und Krankheitsthemen vorkommen und welche Themen die Bevölkerung interessiert. Zur Auswahl der Themen waren zum einen das 5-Säulen Modell aufgelistet (Ernährung, Bewegung, Schlaf und mentale Gesundheit). Ebenso wurden diverse Krankheitsbilder genannt, zu dem vermehrten Interesse bestand. Auch wurde eruiert, wie die Bevölkerung informiert werden möchte zu dem geplanten Angebot, wie zum Beispiel via Postwurf, Social Media, Plakate oder durch persönliche Einladungen. Diese Bedarfsanalyse wurde als Partizipation der Bevölkerung verstanden, die Bevölkerung entscheidet welche Themenschwerpunkte in der Pilotregion als relevant empfunden werden, um das persönliche Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz zu verbessern.

3.2 Ressourcen identifizieren

Bei diesem Prozessschritt wurden zunächst bereits implementierte Gesundheitsangebote in den Gemeinden identifiziert. Ressourcen wurden in diesem Schritt als bereits vorhandene Angebote und niedergelassene Gesundheitsdienstleister:innen gesehen. Ebenso bedarf es an räumlichen Ressourcen, um adäquate Angebote anbieten zu können. Dieser Schritt zeigte, dass es sehr viele unterschiedliche Gesundheitsberufe und Expert:innen in der Region gibt. Die vorhandenen Angebote in den einzelnen Gemeinden beschränkten sich vermehrt auf Bewegungsangebote, welche es seit Jahren gibt und teilweise gut von der Bevölkerung angenommen werden. Dazu kann gesagt werden, dass ein Teil der Bevölkerung diese Angebote nicht kannte, um dem entgegenzuwirken wurden diese bei persönlichen Gesprächen in die Bevölkerung weiterge-

tragen. Mittels Beratungsgespräche und Entlastungsgespräche bei betreuenden Angehörigen wurden ebenfalls persönliche Ressourcen sichtbar, diese wurden ebenfalls in die Planung der Maßnahmen berücksichtigt.

3.3. Vernetzung und Kooperation

Zu Beginn wurden die gefundenen Gesundheitsdienstleister:innen und Expert:innen kontaktiert. Ein zentraler Punkt war es mittels Kooperationen gemeinsam gemeindezentrierte Maßnahmen zu schaffen. Durch diesen Austausch entstanden neue Ideen, Bedürfnisse und Herangehensweisen, welche in der Umsetzung relevant waren. Ebenso wurde mit den Verantwortlichen der bereits bestehenden Angebote Kontakt aufgenommen, um im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Synergien zu schaffen. Diese Vernetzungsarbeit ist besonders wichtig um personenzentrierte Angebote den bedürftigen Einwohner:innen zu vermitteln. Vernetzung und Kooperationen sind in der Gesundheitsförderung ein wesentlicher Aspekt. Das bedeutet unter anderem, systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam voneinander lernen, Ressourcen optimal zu nutzen und neues Wissen zu schaffen. Die Vermittlung zwischen den unterschiedlichsten Ebenen ist ausschlaggebend für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Durch das Schaffen von neuem Wissen und dem kontinuierlichen Austausch, können gesundheitsbezogenen Ziele verfolgt werden. In diesem Schritt wurde zum einen die Bedarfsanalyse und Ressourcen berücksichtigt. Der kontinuierliche Austausch mit den einzelnen Kooperationspartner:innen ergab viele gesundheitsfördernde Maßnahmen.

3.4 Umsetzung von Maßnahmen

Zum Thema Ernährung fanden Informationsveranstaltungen zu dem Thema Darmgesund, ganzheitliche Gesundheit und Ernährung bei Diabetes statt. In diesen Informationsveranstaltungen wurde in einfacher Sprache die Notwendigkeit einer ausgewogenen und gesunden Ernährung erläutert. Eine ausgewogene Ernährung spielt eine entscheidende Rolle für die Gesundheit, da sie dem Körper alle notwendigen Nährstoffe liefert, die er für seine Funktionen benötigt. Sie hilft nicht nur, Krankheiten vorzubeugen, sondern fördert auch das allgemeine Wohlbefinden. Eine ausgewogene Ernährung sollte individuell angepasst werden, um verschiedene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Aktivitätsniveau und spezifische Ernährungsbedürfnisse zu berücksichtigen. Des Weiteren wurden Koch- und Ernährungsworkshops quartalsweise angeboten. Wichtig bei den Vorträgen und Kochworkshops war es, die Inhalte auch in das tägliche Leben übernehmen zu können. Die Expert:innen wurden in diesen Themenbereichen waren zum einen Diätolog:innen, Fachberater:innen für holistische Gesundheit und Ernährungsberater:innen.



Abbildung 2: Vortrag zum Thema „Ganzheitliche Gesundheit“

Der Themenbereich Bewegung wurde in Kooperation mit dem Verein ASKÖ veranstaltet, diese beinhalteten zum einen Wasseraktivitäten im Freibad Schattendorf, sowie diverse Bewegungsangebote für alle Altersgruppen und Fitnesslevel. Auch wurden Vorträge zu verschiedenen Krankheitsbildern geplant und umgesetzt. Eine Informationsveranstaltung zu dem Thema Bluthochdruck wurde gemeinsam mit einem pensionierten Allgemeinmediziner umgesetzt. Jeder vierte Mensch in Österreich hat zu hohen Blutdruck, viele wissen das gar nicht. Er bleibt meist jahrelang unbemerkt, jedoch ist mit einer entsprechenden medizinischen Behandlung und Veränderungen im Lebensstil dieser gut kontrollierbar (Österreichische Gesundheitskasse, 2023). Zum Thema psychische Gesundheit wurden Achtsamkeitsworkshop-Reihen angeboten. In diesen Workshops erfuhren die Teilnehmer:innen wie wichtig es ist, achtsam mit sich selbst umzugehen, um vor Herausforderungen im Leben gewappnet zu sein. Ebenso ein relevanter Aspekt war es Entspannungstechniken kennenzulernen und diese im Alltag umzusetzen. Weitere Veranstaltungen waren zum einen die heilsame Kommunikation mit dem Körper bei chronischen Erkrankungen und inwieweit Psychotherapie eine Unterstützung bieten kann. In Österreich leiden rund zwei Drittel der Bevölkerung an chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen. Großteils sind diese Probleme zurückzuführen auf einen ungesunden Lebensstil (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Um erholsam durch den

Tag und Nacht zu kommen wurde ein Vortrag zu Schlaf veranstaltet, ebenso wurde via Social Media ein Beitrag zu Schlaf online geschaltet. Ein erholsamer Schlaf ist ein zentraler Aspekt der Gesundheit, der sowohl die physische als auch psychische Verfassung eines Menschen beeinflusst. Ein erholsamer Schlaf hilft, die Ereignisse des Tages zu verarbeiten, das Immunsystem zu stärken, und spielt eine wichtige Rolle bei der Regeneration des Körpers (Heidinger et al., 2019). Die Kooperationspartner:innen sind tätig als Mentaltrainer:innen, Achtsamkeitstrainer:innen und Psycholog:innen.



Abbildung 3: Koch- und Ernährungsworkshops zu den Themen „Fett weg - Junge Gemüse“ und „Warme Füße an kalten Tagen mit der richtigen Ernährung“

Ein weiterer Schwerpunkt im Projekt war das Thema Demenz, sowie der Umgang mit Betroffenen und Entlastungen für betreuende Angehörigen. In Österreich leben aktuell nach Schätzung ca. 130.000 bis 150.000 Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung ist ein weiterer Anstieg anzunehmen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Im Zuge des Projekts wurde ersichtlich, dass dieses Krankheitsbild häufig in der Pilotregion vorkommt. Deswegen wurde zum einen eine Informationsveranstaltung generell zu dem Thema organisiert und in weiterer Folge wurden Veranstaltungen zu Validation und ein Demenzworkshop für Angehörige organisiert. Ziel von diesen Veranstaltungen war es, dieses Thema in der Bevölkerung zu enttabuisieren und Angehörigen die Möglichkeit geben für sich notwendige Informationen für ihren Alltag zu erfahren. Dabei wurde eine Organisation welche auch in der Betreuung von Betroffenen ins Boot geholt. Des Weiteren wurden Validationstrainer:innen mit langjähriger praktischer Erfahrung und Expert:innen aus dem Bereich Demenz eingeladen.



Abbildung 4: Vortrag zum Thema „Demenz allgemein“

Um vor sozialer Isolation zu schützen wurden auch sogenannte Tratsch-Cafés in den Gemeinden organisiert. Diese Tratsch-Cafés sollen Menschen den Raum in gemütlicher Atmosphäre geben sich mit anderen auszutauschen, sich als pflegender/betreuender Angehöriger eine kurze Auszeit zu nehmen und eventuell auch Kontakt mit Gleichgesinnten zu knüpfen. Bei diesen Tratsch-Cafés wurden auch aktuelle Probleme behandelt, wie zum Beispiel vor Som-

merbeginn, der richtige Umgang mit Hitze oder fit im Alter aufgrund von Bewegungseinschränkungen eingegangen.



Abbildung 5: Tratsch-Cafe „Hitze fest durch den Sommer“

3.5 Empowerment

Im letzten Prozessschritt wurde Empowerment gesehen. Dieser Begriff bedeutet Individuen oder Gruppen die Macht, die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen zu geben, ihr eigenes Leben zu kontrollieren und Entscheidungen zu treffen, die ihr Wohlbefinden und ihre Zukunft beeinflussen. Empowerment ermöglicht es Menschen, die Werkzeuge, Ressourcen und Möglichkeiten zu nutzen, die sie benötigen, um ihr volles Potenzial zu erreichen. Schlüsselaspekte von Empowerment ist zum einen die Selbstwirksamkeit, der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, Ziele zu erreichen und Situationen zu bewältigen. Dieser Glaube ermächtigt Individuen aktiv zu werden und Herausforderungen durchzustehen. Der niederschwellige Zugang zu Gesundheitsinformationen durch

Informationsveranstaltungen und Workshops bietet ihnen die Möglichkeit ein Bewusstsein für ihre eigene Gesundheit zu schaffen und durch Wissensvermittlung persönliche Entscheidungen für ihre Lebenswelt zu treffen. (Brandes & Stark, 2021).

4 Fazit

Die Vermittlung von Gesundheitsinformationen auf eine niederschwellige Art und Weise an die Bevölkerung sowie die Schaffung eines einfachen Zugangs zu Gesundheitsdiensten und Pflege sind entscheidende Aspekte der öffentlichen Gesundheitsförderung. Gesundheitsveranstaltungen spielen dabei eine zentrale Rolle, weil sie direkt auf die Bedürfnisse der Einwohner eingehen können und relevante, gemeindespezifische Themen aufgreifen. Diese Veranstaltungen können das Bewusstsein für wichtige Gesundheitsthemen verstärken, wie zum Beispiel Prävention von Krankheiten, Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung und Lebensweise. Durch die Fokussierung auf spezifische Bedürfnisse der Gemeinde können Veranstaltungen maßgeschneiderte Informationen bieten, die direkt anwendbar und relevant sind. Direkter Austausch zwischen Gesundheitsexperten und Einwohner:innen fördert das Vertrauen und erleichtert den Zugang zu sonst möglicherweise schwer verständlichen Informationen. Durch Wissensvermittlung werden Einwohner:innen befähigt, bessere Entscheidungen in Bezug auf ihre eigene Gesundheit zu treffen und präventive Maßnahmen zu ergreifen. Gesundheitsveranstaltungen können das Gemeinschaftsgefühl stärken und Netzwerke schaffen, in denen sich die Menschen gegenseitig unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Brandes, S. & Stark, W. (2021). Empowerment/Befähigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZg!). (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i010-2.0>.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). Gesundheitsziele Österreich. Abgerufen von 10 Ziele - Gesundheitsziele Österreich (gesundheitsziele-oesterreich.at).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). Gesundheitsbericht: Österreicher*innen leben länger und länger gesund. Abgerufen von Gesundheitsbericht: Österreicher:innen leben länger und länger gesund (sozialministerium.at).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). Demenz. Abgerufen von Unterstützung bei Demenz & österreichische Demenzstrategie (sozialministerium.at).
- European Network of Optimal Health. (2015). 5 Säulen der Gesundheit. Abgerufen von 5 Säulen der Gesundheit – ENOH.
- Heidinger, M., Türk, S., Högl, B., Popovic, R., Kerbl, R. & Lang, W. (2019). Gesund schlafen. Informationsbroschüre zu gesundem Schlaf, Schlafstörungen und deren Diagnostik. Wien: BMSGPK.

- Koch, K. (2021). Eckpunkte evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 64 (5). 568-572. DOI: 10.1007/s00103-021-03321-0
- Österreichische Gesundheitskasse. (2023). Leichter leben – Blutdruck im Griff.
- Quilling, E., Leimann, J. & Tollmann, P. (2022). Kommunale Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0>
- Szabo, B., Stöller, J. Hauer, K., Csar, B., Gollner, E. & Schnabel, F. (2018). Amt der Burgenländischen Landesregierung – Abteilung 6 Soziales und Gesundheit (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2017 Langfassung. Eisenstadt: Erstes Burgenländisches Rechenzentrum

DIGITALISIERUNG IN GESUNDHEIT UND PFLEGE

Digitale Gesundheitsinformationen: Community Nursing Erklärvideo-Reihe als Good Practice Beispiel für mehr Gesundheit

Ute SEPER¹, Judith GRAFL²

¹Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen; Wissenschaftliche Koordinatorin Netzwerk CN Burgenland

²Projektleiterin und Community Nurse in Schattendorf-Loipersbach-Baumgarten mit Schattendorf als Lead-Projektgemeinde

Abstract: Die digitale Transformation im Gesundheitswesen hat die Verfügbarkeit und den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten revolutioniert, insbesondere durch die zunehmende Bedeutung digitaler Plattformen. Das CN-Netzwerk Burgenland hat diese Entwicklung aufgegriffen und eine Erklärvideo-Reihe ins Leben gerufen, um barrierefreie Gesundheitsinformationen effektiv zu vermitteln. Die Clips sind darauf ausgerichtet, die Gesundheitskompetenz zu erhöhen und die soziale Inklusion zu fördern, indem sie unabhängig von Zeit und Ort zugänglich sind und Gemeinschaften digital vernetzen. Insgesamt stellt die Initiative ein Best Practice Beispiel dar, wie durch digitale Medien und die aktive Rolle von Community Nurses die Gesundheitslandschaft positiv transformiert und die Teilhabe an gesundheitlichen Entscheidungsprozessen gestärkt werden kann.

1 Einleitung

Die Landschaft der Gesundheitsinformation hat sich in den letzten Jahren verändert, digitale Plattformen nehmen eine immer größere Rolle ein und markieren einen Wandel in der Art und Weise, wie Menschen auf Gesundheitsinformationen zugreifen und diese nutzen. Digitale Gesundheitsinformationen offerieren nicht nur statisches Wissen, sondern unterstützen durch ihre individualisierbare und interaktive Ausrichtung die Prävention und das Selbstmanagement von Krankheiten. (AOK, 2020).

Auch für Community Nurses (CN) ist jene Form der Information und Kommunikation von Relevanz im Sinne der Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und Niederschwelligkeit des Zugangs zu Gesundheitsdiensten. Insofern hat sich das CN-Netzwerk Burgenland die Schaffung und Vermittlung barrierefreier Gesundheitsinformationen in Form einer CN Erklärvideo-Reihe zum Ziel gesetzt.

Schließlich fungieren CN nicht als Pflegekräfte im traditionellen Sinne, sondern vielmehr als umfassende Gesundheitsbetreuer:innen, die eine Brücke zwischen Bürger:innen und dem Gesundheitssystem und den Gesundheitsdienstleistenden bilden. Ihr Ansatz, nicht nur durch Hausbesuche, sondern auch durch die Bereitstellung von (digitalen) Gesundheitsinformationen die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken, ist richtungsweisend. Dies ermöglicht CN mit Bürger:innen zu interagieren und dabei relevante Informationen für ihre Gesundheitsentscheidungen zur Verfügung zu stellen. Leichtverständliche sowie wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen sind elementare Bausteine in einer innovativen Gesundheitsversorgung (Baumeister, Schwegler, & Woopen, 2023).

Dieser integrative Ansatz, physische Konsultationen kombiniert mit (digitalen) Gesundheitsinformationen, soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken und die aktive Beteiligung an der eigenen Gesundheitspflege fördern. Der Fokus auf digitale Anwendungen hebt das Potenzial hervor, Gesundheitsinformationen auf zeitgemäße und zugängliche Weise zu verbreiten (Onofrio, S., 2022).

2 Zielgruppe und Ziele

Die Generation 60plus stellt die Hauptzielgruppe für Gesundheitsinformationsinitiativen dar. Das Burgenland weist neben Kärnten eine höhere Alterung im Vergleich zum österreichweiten Durchschnitt auf, in manchen Gebieten sind mehr als ein Viertel der Bevölkerung bereits über 65 Jahre alt (Statistik Burgenland, 2022). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, maßgeschneiderte Gesundheitsinformationen und Dienste anzubieten, die auf spezifische Bedürfnisse und Präferenzen älterer Menschen zugeschnitten sind.

Folgende Ziele sind daraus abzuleiten:

- **Barrierefreier Zugang zu Gesundheitsinformationen:** Digitale Plattformen ermöglichen die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in verschiedenen Formaten, die an die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen angelehnt sind.
- **Selbstständigkeit und Selbstbestimmung:** Die Verfügbarkeit von digitalen Gesundheitsinformationen ermöglicht es Personen eigenständig relevante Informationen zu recherchieren, gesundheitliche Entscheidungen zu treffen und ihre Gesundheitsversorgung aktiver zu gestalten.
- **Gesundheitskompetenz:** Digitale Medien bieten Ressourcen zur Steigerung der digitalen Kompetenzen und dienen im Weiteren der Verbesserung der Gesundheitskompetenz.
- **Förderung sozialer Inklusion:** Digitale Plattformen ermöglichen Communities zu bilden und das Gefühl der Isolation verringern.

- Verfügbarkeit unabhängig von Zeit und Ort: Dies ist vorteilhaft für Personen, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen oder abgelegenen Wohnorten Schwierigkeiten haben, Gesundheitseinrichtungen zu erreichen.

3 Methodische Vorgehen

Konkret hat sich das CN-Netzwerkteam die Aufgabe gestellt, im Rahmen der Pilotprojektlaufzeit Videoclips in Kooperation mit der Fachhochschule Burgenland (Fachhochschule Burgenland^a) zu erstellen, siehe Abbildung 1.



Abbildung 1: Einblick in das Mediacenter der Fachhochschule Burgenland

Die Koordinationsarbeit der Video-Clipreihe liegt bei Ute Seper und Judith Grafl. Gemeinsam mit den CN tragen sie dazu bei, die Vision des CN-Netzwerks umzusetzen und sicherzustellen, dass die digitalen Gesundheitsinformationen gezielt erstellt und effektiv verbreitet werden, um die Gesundheitskompetenz in den betroffenen Gemeinden zu stärken. Die Koordination zur

Erstellung und Verteilung von digitalen Gesundheitsinformationen ist entscheidend, um sicherzustellen, dass die Botschaften der CN effektiv an die Zielgruppe gelangen und einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsversorgung haben können. Eine systematische Literaturrecherche sowie die Berücksichtigung der aktuellen Evidenz bildeten die Basis für das methodische Vorgehen (Elsevier GmbH, 2020). Transparenz in der Erstellung der Video-Clips sowie eine standardisierte Vorgehensweise dienen der Konsistenz, siehe Abbildung 2.



Abbildung 2: CN Videoclip-Erstellung im Mediencenter Pinkafeld

In der Vorstellung erfolgt ein Verweis auf den Kooperationspartner:innen und den Herausgeber:innen. Pro Clip wird ein inhaltlicher Schwerpunkt gesetzt, dabei orientieren sich die CN an den menschlichen Grundbedürfnissen, den Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Elsevier GmbH, 2020). Neben der inhaltlichen Korrektheit und der Verständlichkeit wird auf einen angemessenen Umfang sowie auf eine geschlechtergerechte Gestaltung geachtet. Jedes Online-Clip ist mit einer Beschriftung und mit dem Erstellungsdatum versehen. Die Videoclipaufnahmen erfolgen durch professionelle Unterstützung des Mediencenter-Teams der Fachhochschule Burgenland an beiden Standorten in Eisenstadt und Pinkafeld (Fachhochschule Burgenland), siehe Abbildung 3.



Abbildung 3: CN mit Mediencenter-Mitarbeiter im Green Room

4 Ergebnisse und Diskussion

Im Burgenland haben sich alle sechs CN-Pilotregionen zu einem Netzwerk zusammengefunden, pro CN-Team sind drei Clipaufnahmen bis zum Ende der Projektlaufzeit geplant. Bis dato wurden neuen Clips produziert, zwei weitere befinden sich in Fertigstellung. Diese sind auf einem Youtube-Channel unter „Community Nursing Video-Clipreihe“ abrufbar (Fachhochschule Burgenlandb), ein schneller Zugriff ist mittels QR-Codes möglich (Abbildung 4). Die Verbreitung der erstellten Video-Clips geht damit über die Pilotregionen, hinaus und verdeutlicht das Bestreben, Wissen zu vermitteln und Information zu teilen und somit einen breiteren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung zu haben. Die CN fungieren in diesem Kontext als *Agents of Change*, sprich als Veränderungsagent:innen (DBfK Bundesverband, 2018).



Abbildung 4: QR-Code für die CN Netzwerk Burgenland Videoclip-Reihe

Die Kombination von traditionellen und digitalen Medien ermöglicht den CN ein umfassendes Spektrum an Möglichkeiten zur Gesundheitsinformation. Während ältere Medienformate für ihre Glaubwürdigkeit und Tiefe geschätzt werden, bieten digitale Plattformen interaktive und personalisierten Möglichkeiten, die besonders für die Prävention und das Management von Gesundheitszuständen wertvoll sind. Bis dato zählt die Gemeindezeitung gefolgt von mündlichen Empfehlungen und Broschüren zu den wichtigsten Informationsmedien für CN-Angebote, laut einer Erhebung von Seper et al. (2023). Hervorzuheben ist, dass ein Drittel der Befragten das Internet nutzt für die Einholung von Gesundheitsinformationen.

Die Herausforderung besteht darin, die Medienkompetenz über alle Altersgruppen hinweg zu verbessern, um sicherzustellen, dass jeder von diesen Ressourcen profitieren kann (AOK, 2020).

5 Fazit

Insgesamt zeigt diese Initiative des CN-Netzwerks Burgenland, wie digitale Technologien genutzt werden können, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken.

Fakt ist, alle Akteur:innen im Gesundheitssystem befinden sich in Veränderung und Gesundheitsdienstleister:innen – so auch unsere CN - fangen an, in anderen Strukturen zusammenzuarbeiten und nutzen dabei immer stärker die Digitalisierung. Mit der CN-Erklärvideo-Reihe stehen wir am Anfang der digitalen Transformation, eine Weiterentwicklung wäre die Verknüpfung mit gesundheitsbezogenen Apps im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zu medizinisch-orientierten Produkten im Bereich Diagnostik und Therapie.

Literaturverzeichnis

- AOK Bundesverband. (2020). DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ in Deutschland. Retrieved from <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/digitale-gesundheitskompetenz>, Zugriff erfolgte am 23.05.2023
- Baumeister, A., Schwegler, C., & Woopen, C. (2023). Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt (1st ed.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- BMSGPK. (2021). Factsheet zu Community Nursing. Retrieved from fi-le://pfsfrs001.fhbglld.at/Home_FH_Intern/DEPG/useper/ProfileData/Desktop/GK/factsheet_CommunityNursing_final_barrierefrei.pdf, Zugriff erfolgte am 17.4.2023
- DBfK Bundesverband. (2018). Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Retrieved from <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>, Zugriff erfolgte am 14.04.2023
- Elsevier GmbH. (2020). Altenpflege konkret Pflgetheorie und -praxis (5. Auflage). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Fachhochschule Burgenland GmbHa. Mediacenter: professionell kommunizieren. Retrieved from https://www.fh-burgenland.at/fileadmin/user_upload/Download/Mediacenter-Folder_deutsch_web.pdf, Zugriff erfolgte am 09.04.2024
- Fachhochschule Burgenland GmbHb. Community Nursing Videoclip-Reihe. [Video] Youtube. https://www.youtube.com/playlist?list=PLOlMRtbG-4WZ_pVWgvdQx5B_fcJi5-DjP, Zugriff erfolgte am 09.04.2024
- Onofrio, S. (2022). Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. The Digital Transformation in Healthcare GBI-GENIOS Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH. Retrieved from <https://go.exlibris.link/srrPdWxm>
- Seper, U.; Gröller, N.; Ulreich, I. (2023). Neue Wege in der Versorgung durch Community Nursing - Erste Ergebnisse aus einem Pilotprojekt. Connecting Research: 16. Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen. Track 1: Connecting Society. Forschung verbindet Menschen. <http://ffhoarep.fh-ooe.at/handle/123456789/1681>
- Statistik Burgenland. (2022). Bevölkerung am 1.1.2022 nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Retrieved from https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Land_und_Politik/Land/Statistik/Menschen_und_Gesellschaft/Bev%C3%B6lkerung/T4_BevölkerungAlterGeschlStaat_Gemeinde.pdf

Digitalisierung als Treiber: Digital Health in der pflegerischen Versorgung im ruralen Raum

Herwig LOIDL¹, Peter J. MAYER²

¹*Loidl Consulting & IT Service GmbH, Digitalisierungsexperte im Gesundheitswesen*

²*Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Leiter des Masterstudien-gangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“*

Abstract: „Die Digitalisierung ist längst in der pflegerischen Versorgung angekommen“, so heißt es in zahlreichen Publikationen zum Thema. Einig sind sich die Autorinnen und Autoren in der Zuversicht, dass Digitalisierung dazu beitragen wird, Probleme aufgrund steigender Nachfrage, infolge von Alterung der Gesellschaft und Personalknappheit, zu lösen. Insbesondere in extramuralen Bereichen der pflegerischen Gesundheitsversorgung wird ein Entwicklungsschub im assistiven Einsatz von Digitalisierungs- und KI-Tools erwartet: „Digitalisierung als Treiber von Entwicklungsprozessen“. Vor allem Routineabläufe sollen verstärkt IT-gestützt erfolgen, Behandlungswege vermehrt evidenzbasiert gestaltet werden. Gleichzeitig soll dadurch mehr Raum für persönliche Gespräche mit den Betroffenen und Angehörigen frei werden. Für die Community Nurse in ihrer Funktion als zentrale Ansprechpersonen für sämtliche Fragen, Gesundheit und Pflege betreffend, sowie in ihrer Aufgabe, Gesundheitsdienstleistende mit Betroffenen zu vernetzen, sollen bessere Voraussetzungen für ihr Tun geschaffen werden. Den Betroffenen selbst und ihren An- und Zugehörigen werden verbesserte Möglichkeiten zur Partizipation an der Versorgung gegeben. Selbstbestimmung wird dabei nicht bloß zum Schlagwort verkommen, sondern vielmehr, wie es eines der zentralen Ziele von Community Nursing vorsieht, Betroffenen „so lange wie möglich im eigenen Zuhause“ eine gute und hochqualitative Versorgung ermöglichen.

1 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Um möglichen Bedenken in Bezug auf KI und Digitalisierung im Gesundheitswesen bereits im Vorfeld zu begegnen, werden dem vorliegenden Beitrag einige Aussagen aus einem Anfang 2024 mit dem Vorstandsvorsitzenden der Vinzenz Gruppe, Michael Heinisch, durchgeführten Interview des Kommunikationsexperten Karl Abentheuer vorangestellt. (VG, 2024) Die Vinzenz Gruppe zählt

zu den renommiertesten Anbietern von Gesundheitsleistungen in der österreichischen Versorgungslandschaft. Michael Heinisch spricht sich für eine zweckgerichtete Nutzung der Digitalisierung aus. Nicht zuletzt, um der **„steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen“** aufgrund der alternden Bevölkerung, bei **„tendenziell immer weniger Personal“**, entgegen zu treten. Heinisch sieht in der Digitalisierung eine Lösung für diese Probleme. **Freilich gilt es, so Heinisch, sich gleichzeitig** „mit Wertehaltungen auseinandersetzen“, um bei all den Entwicklungen „die Menschen dabei nicht aus den Augen zu verlieren“. Heinisch sieht aber auch noch einen weiteren Vorteil, z.B. in den sich „rasant entwickelnden Diagnosemöglichkeiten“ sowie im Austausch von Informationen, die in der Versorgung der Patientinnen und Patienten von medizinischer oder pflegerischer Bedeutung sind. Für Heinisch wichtig ist es, dass bei der Digitalisierung stets **„der Mensch im Mittelpunkt“** steht. Technologie soll demnach „nicht das Ziel, sondern der Weg zum Ziel“ sein. Assistiv zur Verfügung stehen, um „Entscheidungen besser und einfacher“ treffen zu können. (VG, 2024).

2 Digital Health in der Pflege

Digitalisierung ist längst in der pflegerischen Versorgung angekommen. In der „Globalstrategie für Digital Health 2020-2025“ der Weltgesundheitsorganisation WHO wird Digital Health als Bereich des Wissens und der Praxis im Zusammenhang mit der Entwicklung und Nutzung digitaler Technologien zur Verbesserung der Gesundheit beschrieben. In einem breiten Begriffsverständnis finden sich darin Anwendungen digitaler Technologien aus dem eHealth-Bereich ebenso wie etwa das „Internet der Dinge“, künstliche Intelligenz (KI) oder Robotik. (WHO 2024) Digitale Anwendungen setzen die Schaffung geeigneter Voraussetzungen, insbesondere für den sachgerechten Einsatz in speziell von Fachpflege dominierten Versorgungsbereichen, wie eben den ruralen Raum, voraus. Vorteile digitalisierter Pflegesysteme sehen sich dabei meist auch sozial zu berücksichtigenden Komponenten gegenüber, die eine geübte Praxis sowohl bei den Anwenderinnen und Anwendern als auch bei den zu Pflegenden, den Betroffenen selbst, erfordern. Dabei gilt es, technologisch unterstützte Pflegehandlungen, sowohl in der Lehre als auch in der ausübenden Praxis, ebenso verstärkt einem kontinuierlichen Optimierungsprozess zu unterwerfen wie dies im Berufsfeld der Pflege allgemein der Fall ist.

3 Digitalisierung als Treiber

Das zentrale Element der Digitalisierung im Gesundheitswesen stellt die Abkehr vom bloßen Transfer von Papier in eine digitale Form dar. Vielmehr geht es darum, mithilfe digitaler Technologien Prozesse neu zu denken und umzu-

setzen. Digitalisierung gewinnt gerade im extramuralen Setting zunehmend an Bedeutung, da in der Regel eine Versorgung in häuslicher Umgebung durch Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgt. Neben Pflegefachkräften können dies Angehörige der Berufsgruppen aus Physio- und/oder Ergotherapie sowie weitere spezielle Fachbereiche der Pflege, wie Wundmanagerinnen und Wundmanager, oder z.B. Demenztrainerinnen und Demenztrainer sein. Hinzu kommen 24-Stunden-Betreuerinnen und –Betreuer sowie An- und Zugehörige und die Betroffenen selbst. Nicht zu vergessen der gesamte niedergelassene medizinische Bereich, die Ärztinnen und Ärzte.

Die Weiterentwicklung mobiler digitaler Endgeräte sowie Möglichkeiten, die sich durch KI ergeben, eröffnen für die Zukunft einen Zugriff auf medizinisch sowie pflegerisch relevante Daten in Echtzeit. Handynutzung, Tablet und PC sind für viele Menschen bereits Routine geworden, sodass auch ältere Angehörige von Gesundheitsberufen diese, durch die Entwicklung nutzerinnen- und nutzergerechter Oberflächen begünstigt, besser und einfacher einsetzen können. Die extramurale Versorgung erfordert etwa, dass Informationen z.B. über Änderungen der Medikation bei allen relevanten Berufsgruppen möglichst zeitnah ankommen. Diesbezüglich ist es von großer Bedeutung, dass sowohl mobile Pflegekräfte als auch die Therapeutin und der Therapeut über eben dieselben Informationen verfügen.

IT-technisch gesehen, wird der Einsatz internationaler Standards für den Austausch von Gesundheitsdaten HL7 (High Level 7) und FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) sowie IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) unerlässlich, um eine qualitativ hochwertige Kommunikation zwischen den einzelnen Systemkomponenten zu gewährleisten. (HL7 Austria, 2024; IHE Austria, 2024) Auch einheitliche Daten- und Befundformate sowie digitale Kataloge für einheitliche Termini, wie z.B. SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) leisten dabei einen großen Beitrag. (BMSGPK, 2024) In der Anwendung können assistive Technologien z.B. nicht nur zur Vermeidung von Stürzen eingesetzt werden, sondern vielmehr auch bereits als präventive Maßnahme. Mittels KI-Algorithmen kann sturzgefährdendes Verhalten bei Betroffenen frühzeitig erkannt und Information darüber gegeben werden, dass Betroffene z.B. unter Bewegungsarmut leiden. Eine innovative Entwicklung, wie etwa der „sprechende Teddybär PAUL“, kann, wie erste Erfahrungen aus Implementierungsprojekten zeigen, zu mehr Aktivität motivieren. (CareFact, 2024)

4 Digitalisierung in der weiteren Anwendung

Digitalisierung kann demnach dazu beitragen, eine Vielzahl bestehender Probleme, insbesondere in der pflegerischen Versorgung zu lösen. So können in Zukunft z.B. Chat-Tools mit KI-Übersetzungsfunktionen oder Online-

Sprachübersetzungstools herangezogen werden, um Sprachbarrieren von fremdsprachigen Pflegekräften zu überwinden. Tools aus den Bereichen „Videochat“, „Telecare“ oder „Telehealth“ werden in naher Zukunft ebenso von Bedeutung sein. Assistive Tools können in der Folge dazu beitragen, Patientinnen- und Patientenwege auf ein notwendiges Maß zu beschränken und damit Prozesse in der Gesundheitsversorgung ressourcenschonend optimieren helfen. Ressourcenknappheit, in finanziellen und/oder personellen Bereichen, und damit einhergehende Kostenüberlegungen erweisen sich in der Praxis meist als wesentliche Faktoren, die Implementierungsüberlegungen bezüglich digitaler Tools im Gesundheitsversorgungswesen förderlich sind.

Die Digitalisierung der Zukunft wird immer mehr auch der informellen Pflege, der Unterstützung von Angehörigen dienen. Als Beispiel sei hier die Wundversorgung im häuslichen Setting genannt. In Wundversorgung geschulte Angehörige, die in der Folge auch notwendige Informationen für die fachgerechte Weiterversorgung erhalten. Digitalisierung kann hier, wie sich bereits vielfach gezeigt hat, einen wesentlichen Beitrag zu einer verbesserten Versorgung leisten: Durch Angehörige erstellte Fotos können z.B. „im Hintergrund“ mittels KI-Tools automatisiert analysiert werden. Dem externen Wundmanager bzw. der externen Wundmanagerin wird in der Folge automatisiert darüber berichtet. Im Bedarfsfall kann per Videochat fachgerechte Unterstützung geboten werden. Die Erfassung strukturierter Daten wie z.B. zu Wundauflagen, Verbandsmaterial, Medikation oder Bilddaten ermöglicht darüber hinaus eine weitere Optimierung der Versorgung. Durch KI anonymisiert (bzw. pseudoanonymisiert, als Maßnahme des Datenschutzes) ausgewertet, kann der Bedarf an Materialien, Medikamenten etc. frühzeitig erkannt und ein optimierter Einsatz und damit einhergehend effizienter Versorgungsablauf erzielt werden. Treiber werden demnach in der Zukunft mit Sicherheit auch Gesundheitsdaten auf verschiedensten Ebenen sein, die jedoch dann in strukturierter und vergleichbarer Form vorliegen müssen.

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Digitalisierung ist in der pflegerischen Versorgung, hier noch stärker in extramuralen Versorgungsbereichen wie dem ruralen Raum, bereits jetzt (auch ohne Einsatz von KI) eine nicht mehr wegzudenkende Hilfe. Nach dem Prinzip „Daten laufen von A nach B und nicht der Mensch“ wäre die konsequentere Umsetzung bereits bewährter Tools anzuraten. Voraussetzung hierfür sind freilich eben standardisierte Daten sowie standardisierte Prozesse, Applikationen auf Handys, Tablets und PCs, die benutzergerechte Interfaces wie UX haben. (Heurio, 2024)

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass Österreich bereits 2015 durch die Einführung der elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ein bedeutender Schritt

in Richtung Digitalisierung gelungen ist. Die elektronische Gesundheitsakte stellt eine Vernetzung von Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten sicher. Demnach wird den teilnehmenden Betroffenen, es besteht ein partielles sowie generelles „Opt-out“, sowie befugten Gesundheitsdienstleistenden in Spitälern, in niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereichen, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, u.a. der Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht. (ELGA, 2024)

Die Community Nurse wird in der Folge als zentrale Ansprechpersonen für Gesundheits- und Pflegefragen durch vernetzte Angebote, insbesondere auf regionaler Ebene, Unterstützung bekommen. Die Möglichkeit, auf die Gesundheitsakte zuzugreifen und, im Idealfall, auch ein „Patient-Summary“ sehen zu können, erlaubt es im Bedarfsfall rasch richtige Schritte zu setzen. Neben der Koordinationsfunktion und Kooperationsfunktion im interdisziplinären Miteinander der Gesundheitsdienstleistenden, übt die Community Nurse auch eine weitere wichtige Funktion, nämlich die der Kommunikation aus, der dritten zentralen Funktion einer integrierten, gut aufeinander abgestimmten Gesundheitsversorgung. (Mayer, 2022) Das persönliche Gespräch mit den Betroffenen sowie mit Angehörigen hat nach wie vor zentrale Bedeutung. Digitale Prozesse bieten Möglichkeiten, wie es sie freilich bislang nicht gegeben hat. Bereits vorhandene Anamnesen und Befunde ermöglichen der Community Nurse eben den raschen Zugriff zu „Hintergrund-Daten“, die eine effizientere und effektivere Betreuung zur Folge haben und andererseits auch mehr Zeit, um auf persönliche Bedürfnislagen einzugehen sowie einen guten Austausch mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen möglich machen.

„Routinetätigkeiten“ werden in der Zukunft durch KI und Digitalisierung weitestgehend unterstützt, sodass eben mehr Raum für persönliche Betreuung bleibt. Aus vorhandenen, anonymisierten Daten werden Lernkurveneffekte deutlich und Behandlungen entlang evidenzbasierter Pfade möglich. Aufbau von Gesundheitskompetenz, und insbesondere Patientinnen- und Patientenkompetenz (Mayer, 2020), ermöglichen den Betroffenen ein höheres Maß an Partizipation im Versorgungsprozess, was Selbstbestimmtheit fördert und damit der Bewältigung von Betreuungssituationen entgegenkommt, sowie letztlich auch einem der zentralen Ziele von Community Nursing: „so lange wie möglich im eigenen Zuhause“ verbleiben zu können. (BMSGPK, 2021)

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2021): Factsheet zu Community Nursing, Stand: 24. Aug. 2021 (Pilotprojekte zu Community Nursing). Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024): „Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms“. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/SNOMED-CT.html> [17.05.2024]

- CareFact. (2024). Bärenstarke Gesellschaft für Senioren. <https://carefact.at> [17.05.2024]
- ELGA GmbH (ELGA). (2024): ELGA - Elektronische Gesundheitsakte: Wissenswertes zu ELGA. <https://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/> [18.05.2024]
- HL7 Austria. (2024): Internationaler Standards für den Austausch von Daten zwischen Organisationen im Gesundheitswesen und deren Computersystemen. <https://hl7.at> [17.05.2024]
- Heurio (2024): UX Chrome-Erweiterung: Identifikation von Usability-Problemen durch heuristische Bewertung. <https://www.heurio.co/nielsens-useability-heuristics> [18.05.2024]
- IHE Austria. (2024): "Integrating the Healthcare Enterprise". <https://www.ihe-austria.at> [17.05.2024]
- Mayer, P. J. (2020): Patientenkompetenz im Kontext der Integrierten Versorgung (Dissertation im Rahmen des Doctoral-Programms Public Health). Bratislava: St. Elisabeth Universität.
- Mayer, P. J. (2022): Interprofessional Collaboration in Integrated Health Care (Dissertation im Rahmen des International Joint Cross-Border PhD Programms International Economic Relations and Management). Eisenstadt, Sopron: University of Applied Sciences Burgenland & University of Sopron.
- Vinzenz Gruppe (VG). (2024): Digitalisierung und digitaler Humanismus (Interview des Kommunikationsmanagers Karl Abentheuer mit Michael Heinisch vom 25.01.2024, CEO der VG: „Wir dürfen niemanden bei der Digitalisierung verlieren“). <https://www.vinzenzgruppe.at/wir-ueber-uns/aktuelles/dr-michael-heinisch-ueber-digitalisierung-und-digitalen-humanismus> [17.05.2024]
- World Health Organisation (WHO). (2024). Global strategy on digital health 2020-2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>. [09.05.2024]

Healthcare 4.0: Digitale Transformation als Chance im Gesundheitswesen

Ute SEPER

Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Campus Pinkafeld; Projektleiterin der ARGE Bad Tatzmannsdorf/Oberschützen; Wissenschaftliche Koordinatorin Netzwerk CN Burgenland

Abstract: Der Beitrag beleuchtet die Potenziale und Herausforderungen der Digitalisierung und digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Die COVID-19-Pandemie hat die Dringlichkeit verstärkt, den Fachkräftemangel zu beheben und die Gesundheitsangebote anzupassen. Mit hoher Dynamik wurden zahlreiche Digital Health-Angebote entwickelt, die Vorteile wie verbesserte Vorsorge, Diagnose und Behandlung bieten. Technologien wie Robotik und Künstliche Intelligenz unterstützen und entlasten Mitarbeiter:innen, können jedoch menschliche Eigenschaften nicht vollständig ersetzen. Wichtig ist, ethische, soziale und rechtliche Aspekte zu berücksichtigen und klare Strategien zu entwickeln. Insgesamt erfordert die digitale Transformation eine erhöhte Veränderungsbereitschaft aller Gesundheitsakteur:innen, um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Arbeitsbedingungen zu optimieren. Das Fazit lautet: digital vor ambulant vor stationär.

1 Einleitung

Die wachsenden Herausforderungen im Gesundheitswesen durch den demografischen Wandel und die Ressourcen-Verknappung erfordern innovative Lösungen. Die COVID-19-Pandemie hat die Dringlichkeit, den Mangel an Health Professionals zu beheben, noch verstärkt (Johnston, 2022). Hinzu kommt die altersbedingte Pensionierungswelle der Babyboomer-Generation. Gleichzeitig wird ein Anstieg der älteren Bevölkerung prognostiziert. Im internationalen Vergleich altert übrigens keine Industrienation so schnell wie Japan (Buxbaum & Sen, 2018). Es ist wissenschaftlich belegt, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung mit dem Alter steigt. Beispielsweise benötigen viermal so viele Menschen ab 85 Jahren täglich Pflege im Vergleich zu Jüngeren (Botsis, et al. 2008).

Fakt ist, das Gesundheitssystem steht vor komplexen Herausforderungen. Um auch in Zukunft eine möglichst flächendeckende Versorgung der Patient:innen sicherzustellen und eine reibungslose Zusammenarbeit aller

Gesundheitsakteur:innen zu gewährleisten, muss sich das aktuelle System transformieren und Digital Health-Innovationen voranbringen.

„Intelligente Technologien sind in vielen Branchen sinnvoll, da sie schnell und präzise arbeiten – in einem digitalisierten Gesundheitssystem werden sie wortwörtlich Leben retten.“ – Stefan Trondl, General Manager Dell Technologies Österreich (Dell Technologies, 2019)

2 Digitalisierung und Digitale Transformation

Der Megatrend *Digitalisierung* durchdringt zunehmend alle Lebensbereiche mit Informations- und Kommunikationstechnologie. Besonders im betrieblichen Umfeld stehen Unternehmen aller Branchen vor tiefgreifenden Veränderungen, die als *digitale Transformation* bezeichnet werden. Diese Entwicklungen beeinflussen maßgeblich die Gestaltung, Ausführung und Auswertung von Arbeitsabläufen und Geschäftsprozessen in Unternehmen. Gleichzeitig bieten neue digitale Technologien vielfältige Möglichkeiten zur gezielten Analyse, Vereinfachung und Effizienzsteigerung von Prozessen. Auch eine weitreichende Automatisierung von Abläufen und eine intelligente Entscheidungsunterstützung können mithilfe von Technologien wie Process Mining, Robotic Process Automation und Machine Learning realisiert werden. (Berti et al., 2019)

Die Auswirkungen dieser Entwicklung sind sowohl innerhalb von Unternehmen als auch in unternehmensübergreifenden Wertschöpfungsnetzwerken zu beobachten. Digitale, internetbasierte Geschäftsmodelle entstehen auf der Grundlage verschiedener Komponenten, die unterschiedliche Rollen einnehmen. Digitale Enabler wie IT-Systeme und Kommunikationsinfrastruktur bilden die technische Grundlage und schaffen die notwendige Ausgangssituation für eine umfassende Digitalisierung. Darauf aufbauend werden die entstehenden Daten sowie digitalisierte Maschinen und Produkte, die durch digitale Technologien erweitert werden, als Gegenstände der digitalen Transformation bezeichnet. Die Einbindung von Mitarbeiter:innen, Kund:innen und Lieferanten als Akteur:innen berücksichtigt Veränderungen in den Interaktionen und den notwendigen IT-Kompetenzen der Beteiligten. Die umfassende Klammer über die drei skizzierten Elemente bilden die Verwender:innen der digitalen Transformation, im Zentrum stehen digitale Geschäftsmodelle und Prozesse. (Appelfeller & Feldmann, 2018)

Die zunehmende Durchdringung von Unternehmensabläufen durch Informations- und Kommunikationstechnologie ist an sich keine neue Entwicklung, aber es haben sich spezifische Treiber der Digitalisierung herauskristallisiert. Diese Faktoren führen zur digitalen Transformation und sorgen für tiefgreifende und oft disruptive Veränderungen. Dramatisch reduzierte Kosten für Rechenleistung, Konnektivität und Speicher sowie die zunehmende Nutzung

von Cloud Computing spielen dabei eine zentrale Rolle. Cloud-Anbieter:innen bieten verschiedene Dienstleistungen an, was zu sinkenden Preisen und neuen Skalierungseffekten führt. Parallelisierte Recheneinheiten ermöglichen exponentielle Leistungssteigerungen in der Datenverarbeitung. Die Verfügbarkeit und Nutzung großer Datenmengen („Big Data“) nehmen exponentiell zu und stammen aus Quellen wie industriellen Sensoren, mobilen Geräten und sozialen Netzwerken. Moderne Datenanalysetechniken erlauben die umfassende Auswertung dieser Daten, um Ineffizienzen zu erkennen und zu beheben. Technologische Fortschritte und eine Vielzahl an Softwarelösungen machen grundlegende Funktionen der Prozessdigitalisierung zugänglich. Ein breites Ökosystem aus Tools ermöglicht einfache Implementierungen, während Standardsoftware das Geschäftsprozessmanagement unterstützt. Diese Entwicklungen senken die Einstiegshürden für die Digitalisierung erheblich und fördern die Transformation von Geschäftsprozessen. (Matusiewicz & Addam 2018)

Die *digitale Transformation* des Gesundheitssystems betrifft viele Beteiligte, darunter Mitarbeiter:innen, Patient:innen, Krankenhäuser, externe Dienstleister:innen und Partnerorganisationen. Von der Stromversorgung und Datenspeicherung bis hin zur Unterstützung in Therapie und Diagnose bringt die Digitalisierung große Herausforderungen und Chancen für die gesamte Gesundheitsbranche mit sich. Damit das Gesundheitswesen das Leben der Menschen, denen es dient, positiv verändern kann, stehen bereits heute einige Technologien zur Verfügung, die genutzt werden können. Nutzbringende Anwendungsbeispiele in der digitalen Gesundheitsversorgung werden im nachfolgenden Kapitel betrachtet.

3 Digital Health in praktischer Anwendung

Als nutzbringende Anwendungsbeispiele in der digitalen Gesundheitsversorgung sind insbesondere digitale Lösungsansätze wie Robotik und Künstliche Intelligenz (KI) hervorzuheben. Diese Technologien bieten vielversprechende Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung des Gesundheits- und Pflegepersonals, auch wenn sie menschliche Eigenschaften wie Empathie und Intuition nicht vollständig ersetzen können. Die Integration von KI in die Entwicklung sinnvoller Gesundheits- und Pflgetools zielt darauf ab, den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung zu begegnen.

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass **Roboter** in kritischen Situationen effektiv eingesetzt werden können, beispielsweise zur Überwachung der Körpertemperatur oder zur Desinfektion von Einrichtungen. Die Pandemie hat die Entwicklung und Akzeptanz von Servicerobotern beschleunigt und demonstriert, wie technologische Lösungen in Krisenzeiten zur Unterstützung und Entlastung des Menschen beitragen können. Insbesondere in der professionellen Reinigung, im Pflege- und Medizinbereich sowie im sozialen Bereich

wurden Serviceroboter verstärkt eingesetzt, um die Ausbreitung des Virus zu bekämpfen und den Kontakt zwischen Menschen zu minimieren. Professionelle Reinigungsroboter verzeichneten zur Pandemie-Zeit einen Nachfrageanstieg von 90%, und über 50 Anbieter entwickelten Desinfektionsroboter, die Flüssigkeiten versprühen oder mit UV-Licht arbeiten. Der Absatz von professionellen Bodenreinigungsrobotern soll zwischen 2021 und 2024 jährlich zweistellig wachsen. Im medizinischen Bereich stieg der Umsatz in der Robotik um 11% auf 3,6 Milliarden US-Dollar, wobei chirurgische Robotersysteme den größten Marktanteil hatten. Roboter für nicht-invasive Therapien erzielten die höchsten Stückzahlen. Soziale Roboter spielten eine wichtige Rolle in Pflegeheimen, indem sie den Bewohnern halfen, trotz Social Distancing mit ihren Familien und Freunden in Kontakt zu bleiben. (Johnston, 2022).

In Japan, einem Land mit einer schnell alternden Bevölkerung und akutem Pflegekräftemangel, wurden frühzeitig Investitionen in Pflegeroboter getätigt. Japanische Forschungseinrichtungen entwickeln Systeme zum Stützen, Heben und Tragen von pflegebedürftigen Menschen (Buxbaum & Sen, 2018). Pilotprojekte umfassen Prototypen, die für Hol- und Bringdienste eingesetzt werden. Technische Innovationen wie Exoskelette und Transportroboter sollen monotone oder körperlich anstrengende Aufgaben übernehmen und das Pflegepersonal entlasten. Allerdings sind klare Rahmenbedingungen wie Finanzierungsregeln, Sicherheitsstandards und ethische Richtlinien notwendig, um eine breite Akzeptanz und erfolgreiche Integration dieser Technologien in die Pflegepraxis zu gewährleisten. (Zöllnick, Kuhlmeier, Nordheim & Blüher 2022)

Home-Telecare-Angebote sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Versorgung älterer Menschen. Diese Technologien unterstützen Menschen, die zu Hause leben, und helfen, negative Auswirkungen zu verhindern oder zu reduzieren. **Telecare-Systeme** nutzen persönliche und umgebungsbezogene Sensoren für eine 24-Stunden-Überwachung und ermöglichen ein sofortiges Reagieren bei Bedarf. Die Telecare-Ausrüstung kann individuell angepasst werden und umfasst beispielsweise Rauchmelder, die mit einem Callcenter verbunden sind. Geräte der zweiten Generation reagieren auf Veränderungen im Aktivitätsmuster und umfassen Bettbelegungssensoren, Bewegungssensoren, Sturzsensoren und Türsensoren. Telecare ist eine komplexe Intervention, deren Wirksamkeit in verschiedenen Situationen variiert und von der Akzeptanz der Nutzer:innen abhängt. (Berge, 2017)

Die Entwicklung von Technologien zur **Telebetreuung** chronisch Kranker ist weit fortgeschritten. Es gibt ein breites Angebotsspektrum von einfachen bis komplexen Technologien für die häusliche Telebetreuung. Bei Asthma und COPD wurden Telespirometrie-Verfahren entwickelt, bei denen Patienten ihre Messungen mit einem übertragbaren Spirometer durchführen und die Daten an ein Fernüberwachungszentrum übermitteln. Für Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen zielt die intensive häusliche Überwachung darauf ab,

Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern. Ein Beispiel ist das PC-basierte CardioConcept-System, das EKG-Signale aufzeichnet und über das Internet übermittelt. Bei Diabetes gibt es Technologien von webbasierten Schulungen bis zu Videobesuchen zu Hause. Moderne Geräte bieten fortschrittliche Funktionen wie Zwei-Wege-Audio-Video und kontinuierliche Glukoseüberwachung. (Botsis et al., 2008).

4 Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung und der Einsatz von KI im Gesundheitswesen bieten zahlreiche Vorteile für Vorsorge, Diagnose und Therapie sowie Behandlung und Betreuung. Die dabei entstehenden Datenmengen erfordern jedoch einen sorgsameren Umgang. Des Weiteren kommen im Zuge der Digitalisierung und der Durchführung von Digitalisierungsprojekten neue Herausforderungen auf die Mitarbeiter:innen zu.

Nutzen und Potenziale

Herausforderungen in der „Zusammenarbeit mit Robotern“ sind sorgfältig anzugehen, um den größtmöglichen Nutzen für alle Beteiligten zu gewährleisten. Im stationären Bereich können beispielsweise KI-gesteuerte Pflegebetten die Patient:innenversorgung verbessern und das Pflegepersonal entlasten, indem sie schwere Hebe- und Tragearbeiten übernehmen und so Druckgeschwüre bei Patient:innen verringern. Es gibt Bedenken, dass Technologie Pflegepersonal ersetzen und die Qualität der Kommunikation und Fürsorge mindern könnte. Dennoch können diese Technologien die physische und psychische Belastung des Pflegepersonals verringern und die Arbeitsbedingungen verbessern. (Oswald et.al, 2023)

Technologische Neuerungen sind nicht per se faszinierend, sondern gewinnen durch ihren praktischen Nutzen an Bedeutung. Ein wichtiger Baustein für das Engagement der Mitarbeiter:innen ist das Bewusstsein für die potenziellen Vorteile der Digitalisierung und von Digital Health-Angeboten zu schaffen. Zusammenfassend können digitale Lösungsansätze Mitarbeiter:innen entlasten, frei werdende Ressourcen sind dadurch effizienter zusetzen. Ein weiterer Vorteil liegt in der geringen Fehleranfälligkeit aufgrund von fehlenden Ermüdungserscheinungen und Konzentrationsschwächen. Und nicht zuletzt führt es zu einer höheren Effizienz durch die verbesserte Nutzung von Ressourcen.

Limitationen und Risiken

Der Einsatz von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen muss im Kontext breiterer gesellschaftlicher Fragen betrachtet werden, einschließlich Arbeitsbelastung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie rechtlicher und finanzieller

Rahmenbedingungen. Eine klare Strategie ist notwendig, um die Chancen der Digitalisierung zu nutzen und die Risiken zu minimieren. Dies erfordert konkrete Ziele, Maßnahmen, Zeitpläne und Verantwortlichkeiten. Sorgfältige Planung und die richtige Balance zwischen Menschlichkeit und Technologieeinsatz sind entscheidend, um die Qualität der Medizin und der Pflege zu verbessern und Health Professionals bestmöglich zu unterstützen. Die Integration von Robotik in Medizin und Pflege wirft ethische, praktische und soziale Fragen auf. Die Technologie soll das menschliche Personal ergänzen und unterstützen, nicht ersetzen. Der menschliche Faktor, insbesondere emotionale Unterstützung und Einfühlungsvermögen, ist durch Technologie nicht vollständig ersetzbar. Zukünftige Forschungen und Implementierungsstrategien im Zuge der digitalen Transformation müssen sowohl Vorteile als auch potenzielle Risiken berücksichtigen. Die Entwicklung von Richtlinien und Standards für den ethischen Einsatz von Robotern in Medizin und Pflege sind unabdingbar. (Deutsches Ärzteblatt, 2020)

Digital Health-Angebote sind als Mittel zu sehen, die den Menschen dienen, anstatt sie zu ersetzen. Die Würde und Freiheit des Menschen müssen aber im Kontext der Digitalisierung im Gesundheitswesen stets im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen.

5 Fazit

Die Digitalisierung und digitale Transformation führen im Gesundheitsbereich zu neuen und teilweise disruptiven Veränderungen, die eine erhöhte Veränderungsbereitschaft aller Gesundheitsakteur:innen erfordern.

Digital Health ist dabei als interdisziplinäre Verschränkung zu sehen und bietet bedeutende Vorteile und großes Potenzial für den Gesundheitswesen. Die Digitalisierung kann die Effizienz steigern, die Qualität verbessern und Health Professionals entlasten. Technologien wie Robotik, KI und digitale Assistenzsysteme ermöglichen personalisierte Medizin- und Pflegeleistungen, automatisieren administrative Aufgaben und verbessern die Kommunikation. Der nutzbringende Einsatz von Digital Health-Angeboten erfordert sorgfältige Planung und Berücksichtigung ethischer, sozialer und rechtlicher Aspekte.

Investitionen in neue Forschungsinfrastruktur und strategische Kooperationen sind erforderlich, um das volle Potenzial von Digital Health auszuschöpfen und die Versorgungsqualität sowie die Lebensqualität der Nutzer:innen zu verbessern.

„Digital vor ambulant vor stationär“ – so lautet das Fazit, wenn es darum geht, Menschen gezielt zu versorgen und Gesundheitsdienstleister:innen in ihrer täglichen Arbeit zu entlasten.

Literaturverzeichnis

- Appelfeller, W., & Feldmann, C. (2018). Die digitale Transformation des Unternehmens. Systematischer Leitfaden mit zehn Elementen zur Strukturierung und Reifegradmessung. Berlin, Heidelberg.
- Berge, M. S. (2017). Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4, 2055668317693737. doi:10.1177/2055668317693737
- Berti, A., van Zelst, S. J., & Van der Aalst, W. (2019). Process Mining for Python (PM4Py): Bridging the Gap Between Process- and Data Science. arXivpreprint arXiv:1905.06169.
- Botsis, T., Demiris, G., Pedersen, S., & Hartvigsen, G. (2008). *Home telecare technologies for the elderly*. SAGE Publications. doi:10.1258/jtt.2008.007002
- Buxbaum, H., Sen, S. (2018). Kollaborierende Roboter in der Pflege – Sicherheit in der Mensch-Maschine-Schnittstelle. In O. Bendel (Hrsg.), *Pflegeroboter (S.1-22)*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Dell Technologies. (2019). Healthcare 4.0 – Digitalisierung als Chance für die Menschen im Gesundheitssystem. <https://www.dell.com/de-at/blog/healthcare-4-0-digitalisierung-als-chance-fuer-die-menschen-im-gesundheitssystem/>, Zugriff erfolgte am 05.05.2024
- Deutsches Ärzteblatt. (2020). Digitalisierung in der Pflege: „Exklusion muss vermieden werden“. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109487/Digitalisierung-in-der-Pflege-Exklusion-muss-vermieden-werden>, Zugriff erfolgte am 19.02.2024
- Matusiewicz, D., & Addam, M. (2018). In Matusiewicz D., Pittelkau C. and Elmer A. (Eds.), *Die digitale transformation im gesundheitswesen: transformation, innovation, disruption (1st)*. Berlin, [Germany]: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Oswald, J., Neumeyer, H. & Visarius, M. (2023). Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Personalmanagement, *Krankenhaus-Report 2023* (Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. & Mostert, C, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_6, Zugriff erfolgte am 23.03.2023
- Johnston, C. (2022). Ethisches Design und Einsatz der robotischen Pflege älterer Menschen. *Bioethische Untersuchung*, 19, 11–14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10181-z>
- Zöllick, J., Kuhlmeier, A., Nordheim, J., Blüher, S. (2022). Robotik in der Pflege. *Pro-Care*, 27, 8–10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00735-022-1635-3>

Nachwort

„Der Sturz der alten Dame“
von Peter J. Mayer

„Rosa Horvath, eine 85 Jahre alte Dame lebt allein, in ihrem Haus. Zurückgezogen. Ihr Mann verstorben. Die Kinder – Rosa Horvath hat drei Kinder – längst aus dem Haus, in alle Himmelsrichtungen verstreut, wie sie es, als man ihr noch häufiger begegnen konnte, zu erklären pflegte. Die Älteren im Ort kennen Rosa Horvath noch als lebenslustigen, auf eine angenehme Art mitteilungsbedürftigen Menschen. – Nun ist sie allein. Geht selten aus dem Haus. Seit sie ein wenig Schwindelgefühle plagen.

Frau Horvath erhält Essen auf Rädern. Eine willkommene Möglichkeit mit der Essenzustellerin zu plaudern. Unregelmäßigen Kontakt hält sie zu ihren Kindern, deutlich mehr Austausch mit einer Handvoll Freundinnen, die sie noch aus der Schulzeit kennt. Meist per Telefon. Körperlich ist Rosa Horvath, bis auf den Schwindel, noch einigermaßen fit, und geistig rege. Rosa Horvath hat sich mit ihrer Lebenssituation größtenteils abgefunden. Dennoch kennt sie das Gefühl der Einsamkeit. Die Möglichkeiten ihrer Lebenssituation zu entfliehen – ein Mehr an sozialer Teilhabe zu erringen – sind jedoch begrenzt.

Eines Abends, es läutet an der Haustür, stolpert sie in ihrer Stube, über einen Teppich, der sich leicht angehoben hatte. Das Läuten, ganz gleich ob Telefon oder von der Hausglocke kommend, versetzt Frau Horvath regelmäßig in ein Gefühl aus Neugier, und Erwartung: Könnte ja Besuch kommen! Besuch, der willkommene Abwechslung in die Tristesse des Alltags brächte... Mehr Emotion, denn Vorsicht drängen sich in den Vordergrund. Rosa Horvath stürzt! Und fällt! So ungünstig auf die Hüfte, dass dies Folgen hat. Sie verspürt sofort starke Schmerzen. Zum Glück hat sie ihr Handy dabei, ein sog. Pensionisten-Handy, mit Notfallknopf auf der Rückseite. Die Polizei wird alarmiert. Ein Krankenwagen gerufen, Frau Horvath ins Krankenhaus gebracht....

*Im Krankenhaus werden Röntgenbilder angefertigt, die deutlich auf eine Oberschenkelhalsfraktur hinweisen. Die behandelnden Ärzt*innen entscheiden sich für eine Operation. Die Hüftgelenkskapsel soll stabilisiert, die Mobilität wiederhergestellt werden. Nach der Operation verbleibt Frau Horvath noch mehrere Tage im Krankenhaus. Um sich von der OP zu erholen und medikamentös eingestellt zu werden.*

Frau Horvath könnte sich nur schwer zuhause allein versorgen. Es fehlt an Abstützungsmöglichkeiten: beim Eingang, im Schlafbereich, im Bad.

Nach einigen Tagen des Krankenhausaufenthalts wird Frau Horvath zur Übergangspflege in ein Pflegeheim transferiert, wo Physio- und Ergotherapien zur Anwendung kommen. Die Übergangspflege dauert rund drei Wochen. In

dieser Zeit ist - von Menschen die sie kennen - ein weiterer Rückzug aus dem sie umgebenden sozialen Leben zu beobachten. Mühevoll lernt sie, wie sie in der nunmehrigen, von weiteren Einschränkungen geprägten Situation ins Leben, in IHR Leben, zurückfinden kann.

Nach der Entlassung aus der Übergangspflege kehrt Frau Horvath nach Hause zurück. Da sie noch Unterstützung benötigt, muss ambulante Pflege organisiert werden. Pflegepersonal kommt täglich, eine Stunde vormittags, und eine Stunde nachmittags, um bei Körperpflege, An- und Auskleiden sowie Einnahme von Medikamenten zu helfen. In der Wohnung mussten Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden: wie Anbringen von Haltegriffen, Beseitigung von Stolperfallen, Installation eines an eine Rettungsorganisation angeschlossenes Notrufsystems, und anderes mehr... Es dauert einige Zeit, bis sie wieder ihre früheren Telefon-Kontakte aufnimmt... Dennoch ist es um Frau Horvath noch ein wenig mehr stiller geworden...

Die häusliche Pflege hilft ihr, sich sicherer zu fühlen. Der Einsamkeit konnte freilich nur begrenzt entgegengewirkt werden. Dennoch spielen die regelmäßigen Besuche des Pflegepersonals eine wichtige Rolle bei der Erholung von ihrem Sturz. Haltegriffe im Bad sowie weitere Anpassungen in ihrem Zuhause tragen dazu bei, ein sichereres Umfeld zu schaffen, weiteren Stürzen möglichst vorzubeugen. Die Einsamkeit blieb... von sozialer, kultureller, gesellschaftlicher Teilhabe ist Rosa Horvath freilich noch weit entfernt...“

Die Antwort: „Community Nursing“

angelehnt an die Definition von „Community (Health) Nursing“ der Weltgesundheitsorganisation WHO, verbinden Community Nurses Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege mit jenen von Public Health, Aufgaben, die sich auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in der Gemeinde beziehen. – Jede und jeden, der/die es benötigt, berücksichtigend.

Übergeordnete Ziele:

- Förderung von Lebensqualität auch im Alter, Wohlbefinden, Selbstständigkeit, Autonomie
 - Ermöglichung des Verbleibs im eigenen Zuhause - so lange wie möglich
 - Stärkung der Selbsthilfe, Aufbau von Gesundheitskompetenz – um (Mit-)entscheiden zu ermöglichen
 - Koordination und abgestimmte Pflegeversorgung - nach individuellen Bedarfslagen ausgerichtet
 - Begegnung der Einsamkeit und sozialen Isolation
-

All das, was Rosa Horvath ebenso längst gebraucht hätte...

Um sich nicht einsam zu fühlen, sondern...

sich vielmehr im gemeinschaftlichen Leben der Gemeinde eingebettet zu wissen.

Auch im Alter, oder Krankheitsfall.

Sie, geschätzte Leserin und geschätzter Leser, in Ihrer Gemeinde, sollen möglichst lange gesund bleiben!

Im Bedarfsfall aber, möglichst rasch, adäquate Unterstützung bekommen, um weiterhin im sozialen Leben, im Miteinander von Familie, Freunden, und Gemeindeleben eingebettet zu bleiben.

Ihre Community Nurses, CN-Projektleiter:innen & Autoren

Autor:innen-Profil

Nadja Fenz

Nadja Fenz diplomierte 2001 an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Wiener Neustadt. Seitdem arbeitet sie in der Intensiv- und Anästhesiepflege. In freier Praxis sammelte sie Erfahrungen in der geriatrischen Langzeitpflege und der Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Sie betreut Patienten aller Altersstufen zu Narkose, Operation und Krankenhausaufenthalt. Ihr Wissen in der Kinderanästhesiepflege teilt sie in Lehrveranstaltungen. Seit 2022 ist sie Community Nurse in Forchtenstein.

Prof.(FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH MBA

Erwin Gollner ist Leiter des Departments Gesundheit an der FH Burgenland sowie Studiengangsleiter für den BA-Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung. Seine Forschungsschwerpunkte sind Betriebliches Gesundheits- und Nachhaltigkeitsmanagement.

Judith Grafl, BSc., MSc.

Judith Grafl hat ihr Bachelorstudium der Gesundheit- und Krankenpflege an der Fachhochschule Wiener Neustadt abgeschlossen, den Master absolvierte sie in Gesundheitsförderung und Personalmanagement an der Fachhochschule Burgenland. Seit Juli 2022 ist sie Projektleiterin und Community Nurse für die Pilotregion Schattendorf, Loipersbach und Baumgarten tätig.

Dr. Gerald Gredinger

Gerald Gredinger ist als Health Expert in der Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse an der GÖG, dem nationalen Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und nebenberuflich als FH-Lektor tätig. Seine Forschungsschwerpunkte sind Performance- und Outcomemessung im Gesundheitswesen, sowie Evaluierungen von digitalen Gesundheitsmaßnahmen national und international.

Jacqueline Hammer

Jacqueline Hammer ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson sowie zertifizierte Wundmanagerin. Ihr Diplom macht sie 2013 in Wiener

Neustadt und arbeitete seither in verschiedenen Bereichen der Pflege. Neben der Tätigkeit als Community Nurse in Rohrbach und Marz absolviert sie derzeit das Masterstudium Advanced Practice Nurse sowie die Ausbildung zur zertifizierten Case- und Care Managerin.

Maria Haspl

Maria Haspl ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson und machte ihr Diplom vor 19 Jahren im Wilhelminenspital in Wien. Ihr beruflicher Werdegang führten sie von der Onkologie zur Chirurgie bis hin zum Care- und Casemanagement. Bevor sie als Community Nurse und Projektleiterin für die Gemeinden Rohrbach und Marz. startete war sie als Teamleiterin in der Hauskrankenpflegerin tätig.

Philipp Jost, BSc, MSc, MBA

Philipp Jost ist diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und ist seit 2022 als Community Nurse in der Pilotregion Eltendorf-Königsdorf im Einsatz. Zudem hat er die Weiterbildung §64 komplementäre Pflege/ Aromapflege gemacht sowie die Ausbildung zum Notfallsanitäter. Er hat ein Studium im Bereich Gesundheitsmanagement absolviert. Er ist als Lehrsanitäter, CRM-Trainer, Digitaler Trainer sowie als externer Lektor an diversen Fachhochschulen und Rettungsorganisationen tätig.

Katharina Koch, MA

Katharina Koch, MA ist in Forschung und Lehre an der Fachhochschule Burgenland tätig. Ihre Forschungstätigkeiten umfassen die modellorientierte Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings, die Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten und die Gesundheitsberichterstattung.

Mag. Herwig Loidl, MBA MSc

Herwig Loidl ist Digitalisierungs-Experte im Gesundheitswesen und Unternehmer. Gegenwärtig entwickelt er mit dem Unternehmen CAATS eine auf Standards basierende Softwarecloud zur Prozessbegleitung unterschiedlicher Gesundheitsdienste-Anbieter im häuslichen Setting mit dem Fokus, Patient:innen und Angehörige zu integrieren. Herwig Loidl leitet den eHealth Arbeitskreis der UBIT/WKÖ und ist Vorstandssprecher der IHE Österreich. Daneben ist er als externer Lehrender an der FHB tätig.

Carina Märzcz, BSc.

Seit Oktober 2023 arbeitet Carina als Community Nurse in der Pilotregion Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf. Sie hat einen Bachelor in Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin in Graz abgeschlossen. Berufliche Erfahrung sammelte sie im MKH Vorau. Ihre Qualifikation als Mentaltrainerin findet Anwendung in ihrer aktuellen Tätigkeit.

Prof.(FH) Ing. Mag. DDr. Peter J. Mayer, MAS MSc MBA

Peter J. Mayer ist Professor für Gesundheitswissenschaften und Versorgungsmanagement sowie Leiter des berufsbegleitenden, interprofessionellen Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“ an der Fachhochschule Burgenland. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der interdisziplinären und multiprofessionellen Gesundheitsversorgung sowie insbesondere in Wahrnehmung und Beachtung der Perspektive der Patient:innen und Patienten. Vor seinen Tätigkeiten in Lehre und Forschung war Prof. Mayer Geschäftsführer und Wirtschaftsdirektor mehrerer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.

Mag.^a Dagmar Puschenreiter

Dagmar Puschenreiter ist Projektleiterin und Community Nurse in der Pilotregion-Gemeinde Forchtenstein. Ihre Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin schloss sie in Wiener Neustadt ab, es folgte ein Studium der Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik. Zudem hat sie Lehraufgaben für Gesundheit- und Krankenpflege inne und als freiberufliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig. Ihre Qualifikationen als Mediatorin und Marte Meo® Practitioner i.A. kann sie in ihrer beruflichen Tätigkeit einbringen.

Sabine Rosenecker

Sabine Rosenecker ist Projektleiterin und Community Nurse in der Pilotregion in den Leithaauen mit den dazugehörigen Gemeinden Zurndorf, Nickelsdorf und Deutsch Jahrndorf. Ihr Ausbildungsweg führte sie von der Pflegehelferin bis zu diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegerin. Beruflich war sie einige Jahre im stationären Bereich tätig, dann im Pflegeheim und zuletzt in der Hauskrankenpflege.

OAR Ewald Michael Schlaffer

Ewald Michael Schlaffer ist diplomierter Krankenhaus-Betriebswirt und ist Koordinator organisatorisch Projekt Community Nursing für das Burgenland. Seit 1983 ist er im Bgld. Gesundheits- und Sozialbereich tätig - u.a. als kaufmännischer Direktor des KH Oberwart im Bgld. Landes-Rechnungshof und aktuell in der Soziale Dienste Burgenland GmbH. Zudem hat er eine Lektoren-Tätigkeit an der Krankenpflegeschule Oberwart, am BFI Oberwart und an FH Burgenland/Lehrgang für Gesundheitsmanagement.

Sandra Schuch

Sandra Schuch hat ihre Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin 1995 in der Krankenpflegeschule Oberwart abgeschlossen. Sie war beinahe 30 Jahre im klinischen Bereich – u. a. im AKH Wien – beschäftigt. Seit Oktober 2023 ist sie als Community Nurse im Team Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf tätig. Zudem unterrichtet sie Gesundheitsfächer am BFI Oberwart und ist in Ausbildung zur Psychotherapeutin.

Prof.in(FH) MMag.^a Dr.ⁱⁿ Ute Seper

Ute Seper ist Hochschullehrende im Department Gesundheit an der FH Burgenland, spezialisiert auf Public Health, Gesundheitsmanagement und Digital Health. Ihr Bildungsweg begann in der Biomedizinischen Analytik und setzte sich mit einem Studium in Gesundheitssport/Prävention fort. Ihre Promotion in Public Health erwarb sie an der Medizinischen Universität Wien, ihren MBA-Abschluss in „Gesundheitsmanagement und Digital Health“ wird sie im Herbst erhalten. Aktuell leitet sie das Community Nursing-Projekt der ARGE Oberschützen/Bad Tatzmannsdorf und ist wissenschaftliche Koordinatorin des Netzwerks CN Burgenland.

Carmen Steinhöfler, MA

Carmen Steinhöfler ist in Forschung und Lehre an der FH Burgenland am Department Gesundheit tätig. In ihren Forschungsarbeiten und in Gesundheitsförderungsprojekten beschäftigt sie sich mit settingspezifischer Gesundheitsförderung, Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Sinnerleben in der Arbeitswelt sowie generell mit den Zusammenhängen von Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit.

Magdalena Thaller-Schneider, BA MA.

Magdalena Thaller-Schneider ist in Forschung und Lehre an der FH Burgenland am Department Gesundheit tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der settingspezifischen Gesundheitsförderung, insbesondere in den Settings Kindergarten, Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie Gemeinden. In ihrer Arbeit konzentriert sie sich darüber hinaus auf die Entwicklung und Umsetzung von Strategien, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der jeweiligen Zielgruppen durch theoretische Modelle und partizipative Methoden zu verbessern.

Ingrid Ulreich

Ingrid Ulreich ist Projektleiterin in der Pilotregion Oberschützen und Bad Tatzmannsdorf. Während ihrer Amtszeit als Vizebürgermeisterin von Oberschützen wurde sie auf die Ausschreibung der Pilotprojekte für Community Nursing aufmerksam. Schon in ihrer früheren beruflichen Laufbahn als Ordinationsassistentin erkannte sie die Bedeutung der Stärkung der Pflege, der Gesundheitsförderung und der Eigenverantwortung für Gesundheit der Menschen.

