

„Zu Hause wird man besser alt“

Familiengesundheitspflege – eine notwendige Ergänzung zur Primärversorgung.

Silvia Neumann-Ponesch,
Dalibor Müller

Um es gleich vorwegzunehmen: Der Bedarf an Family Health Nurses – zu Deutsch: Familiengesundheitspflege – in Österreich ist kein Hirngespinnst von einigen Pflegeakademikerinnen und -akademikern, sondern die Forderung, zukunftsnahe verantwortungsvoll und nachhaltig Programme für die Gesundheitsversorgung vor allem der Bevölkerung in strukturschwachen Regionen zu implementieren. Die Rolle der Family Health Nurse, die der erweiterten vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice – ANP)¹ zugeschrieben wird, wurde 1999 von der WHO als neue Pflegequalifizierung im Konzept „Gesundheit 21“ angeregt.

Die WHO stellt weltweit nach wie vor einen mehr oder weniger ausgeprägten Mangel an bürgerzentrierter integrierter Gesundheitsversorgung fest und benennt fünf strategische Ausrichtungen zur Überwindung von Versorgungshürden (siehe Grafik). Österreich ist hier keine Ausnahme.^{2,3}

Eine Unterversorgung spitzt sich in naher Zukunft vor allem in den ländlichen Regionen zu, denn

- ❖ der Bedarf an Beratung vor allem bei chronisch Kranken wächst,
- ❖ es gibt zusehends Probleme mit der Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste (Arztpraxen),
- ❖ es zeigen sich Probleme, eine wohnortnahe Pflegeinfrastruktur aufzubauen,
- ❖ der Umgang mit der Vielfalt von Bevölkerungsgruppen ist erschwert,
- ❖ nach wie vor sind soziale Hürden in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nicht gelöst,

- ❖ der Druck, mit wenigen Mitteln mehr zu erreichen, steigt stetig und
- ❖ der Mangel an Hausarztpraxen nimmt zu, Versorgung durch Primärversorgungszentren ist zurzeit nicht vorhanden⁴.

Die neue Rolle der Familiengesundheitspflege ist mit vertieften und erweiterten Aufgaben versehen, die international vor allem in der verstärkten, zielgerichteten und bedarfsgerechten Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im unmittel-



telbaren Lebensumfeld von Menschen eingesetzt sind. Das österreichische Gesundheitssystem ist in vielen Bereichen patientenfern, ärztezentriert und defizitorientiert. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung liegt im unteren Mittelfeld⁵ (siehe auch Beitrag auf Seite 18). Viele Kompetenzen nichtmedizinischer Gesundheitsberufe werden zu wenig in die Versorgung eingebracht, vor allem aber kaum im Sinne einer zukunftsorientierten Entwicklung als eigenständige Berufe wahrgenommen. Wertvolle Qualitäten gehen verloren und Versorgungslücken bleiben bestehen.

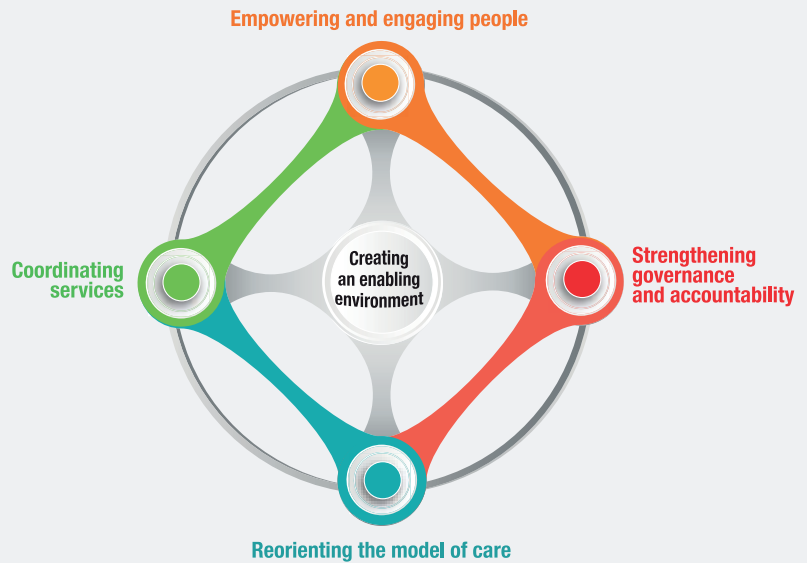
Die Aufgaben der Familiengesundheitspflege

Family Health Nurses agieren in familienorientierten Bereichen in der ambulanten Pflege. Ihre besonderen Stärken sind ihr umfangreiches Wissen, die hohe Beratungskompetenz sowie ihre Koordinationsfähigkeit vor allem in hochkomplexen Pflegesituationen. Sie bieten einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie wirken unterstützend im Sinne der in der Grafik aufgezeigten Strategien der WHO.

Ein Blick in die internationale Gesundheitslandschaft (siehe Tabelle) zeigt die vielfältigen Möglichkeiten von Aufgaben einer Pflegeperson mit erweiterten und vertieften Kompetenzen auf, die auch das bestehende österreichische System nachhaltiger voranbringen könnten; integrative und enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Medizin, vorausgesetzt.

Aufgrund verstärkter komplexer Gesundheitsbedarfe im Familienumfeld gibt es in Österreich bereits erste Ansätze von Family Health Nurses. Die generelle Etablierung dieser Rolle ist erstrebenswert, denn „sie könnte als zentrale Ansprechperson für sämtliche Fragen und Belange in Bezug auf Gesundheit und Pflege quasi von der ‚Wiege bis zur Bahre‘ fungieren“, wie Thomas Czypionka vom Institut für Höhere Studien es ausdrückt.⁶ Wobei die Anregung, die Family Health Nurses nicht als Substitut, sondern als ausschließlich niederschwelliges, ergänzendes Angebot einzuführen, auf lange Sicht keinen Sinn macht; die Rollenkompetenz würde damit untergraben. Und sollte endlich das Gesetz zur Primärversorgung verabschiedet werden, so ist zum einen damit noch nicht sichergestellt, wie rasch deren Implementierung erfolgt. Zum anderen sollte berücksichtigt werden,

Grafik: **Strategien zur Unterstützung einer bürgernäheren und integrierten Versorgung**



Quelle: World Health Organization (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. S. 20.

Tabelle: **Tätigkeitsfelder einer APN (Advanced Practice Nurse)/ Family Health Nurse im europäischen Kontext**

	DK	F	GB	IRL	NL	SE
Erweiterte Beratungstätigkeit	x	x	x	x	x	x
Erstkontakte mit Patienten		x	x			x
Erweiterte diagnostische Maßnahmen inkl. Screenings	x	x	x	x	x	x
Erweiterte therapeutische Maßnahmen wie bspw. eingeschränkte Medikamentenverschreibungen oder kleinere Behandlungen		x	x	x	x	x
Hausbesuche	x	x	x	x	x	x
Erstellen von Behandlungsplänen und Begleitung auf Basis des Behandlungsplans		x	x	x	x	
Von Pflegenden geleitete Multipraxen oder Kliniken			x	x		
Eigene Sprechstunden		x	x	x	x	x
Telefonkonsultation		x	x	x		x
Verstärkte Koordinationsfunktion		x	x	x	x	x

In Anlehnung an OECD Health Working Papers 54 und Seitz F. et al (2008).

dass Blickwinkel und Herangehensweise an komplizierte Betreuungssituationen seitens der Pflegenden wesentlich ressourcenorientierter sind als die von Medizinerinnen, was eine wichtige, bisher kaum berücksichtigte Ergänzung des Systems darstellt. Viele Studien haben gezeigt, dass Pflegenden in ihrem gesetzlichen Rahmen, beispielsweise was die Zufriedenheit oder die Komplikationsrate anlangt, gleich gute Versorgungsergebnisse erzielen wie Ärzte⁷, das Argument der geringen Kompetenz und des schlechteren Outcomes zieht also nicht.

Wo können Family Health Nurses verortet sein? Verschiedene organisatorische Anbindungen sind möglich:

- ❖ Sie sind in einem Primärversorgungszentrum angestellt.
- ❖ Sie bilden eine Family Health Praxis und arbeiten eng mit den Primärversorgungszentren und Hausarztpraxen zusammen.
- ❖ Sie arbeiten in den bereits etablierten Organisationen, die Pflegedienste anbieten, die ohnedies mit Primärversorgungszentren und Hausarztpraxen kooperieren.

Definierte Qualitätsanforderungen und definierte Netzwerkarbeit sind wichtige Rahmenbedingungen für ein reibungsloses und gut abgestimmtes Miteinander.

Ein Blick nach Kärnten

In Kärnten wird gerade im Rahmen eines EU-Projekts ein Pilot zur Implementierung der Family Health Nurse durchgeführt – nicht zuletzt im Wissen, dass der Unterversorgung in manchen Bereichen entgegenzuwirken ist, aber dass es auch gilt, Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Unter dem Motto „Home is a better place to grow old“ (Zu Hause wird man besser alt) beteiligt sich das Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, im Rahmen des Alpine Space Interreg Programms mit neun weiteren Projektpartnern aus Italien, Frankreich und Slowenien am Projekt CoSENSo: Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society.

Vor dem Hintergrund der bekannten demographischen Entwicklung innerhalb der Europäischen Union und deren Folgen werden die bisherigen Gesundheitsversorgungs- und Sozialsysteme vor neue Herausforderungen gestellt. Diesen gilt es zu begegnen, noch bevor deren Zenit erreicht ist. Die Projektpartner wählten als eine der möglichen Strategien die gemeindenahe Gesundheitsversorgung durch Family and Community Nurses (FCN). Die FCN definieren sich einerseits über die von der WHO zugeordnete Rolle an Family Health Nurses, andererseits richtet die Bezeichnung zusätzlich den Fokus auf ihre organisatorische Verortung: die Gemeinde.

Laut Projektdefinition stellen vier vollzeitäquivalente FCN in ihren Einzugsgebieten die Gesundheits- und Sozialversorgung von 2000 Personen über 65 Jahren sicher. Als Einsatzgebiete wurden acht ländliche Gemeinden gewählt, wobei die Dienstleistungen durch Träger der mobilen Hauskrankenpflege erbracht werden. Die Versorgungsleistungen richten sich sowohl an Gesunde als auch an bereits chronisch Erkrankte und umfassen proaktive und vorbeugende Gesundheitsdienstleistungen auf allen Präventionsebenen. Leistungen im Bereich des Case-und-Care-Managements stellen einen bedarfs- und bedürfnisgerechten sowie zeitnahen Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung, sowohl auf formeller als auch auf informeller Ebene sicher. Neben der Zielgruppe der Personen über 65 stehen vor allem auch ihre Familienangehörigen im Fokus der FCN. Denn während chronisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen, wenn auch mit Verzögerung, auf umfangreiche Leistungen der Gesundheits- und Sozialversorgung zurückgreifen können, bleiben Angehörige, die die Hauptlast der Versorgungsleistung

erbringen, derzeit meist ohne suffiziente Unterstützung. Nicht selten führt das Engagement der pflegenden Angehörigen zur Beeinträchtigung ihrer eigenen Gesundheit.

Durch frühzeitiges Erkennen von Risiken, das Setzen von Maßnahmen zur Risikoreduktion und eine effizientere und zeitnahe Vernetzung von Dienstleistern in der Gesundheits- und Sozialversorgung sollen im Rahmen des Projektes zwei Ziele verfolgt werden: Das erste bildet die Verzögerung des Beginns einer chronischen Erkrankung bzw. deren Verschlechterung. Dadurch soll eine Steigerung des Wohlbefindens bzw. des Gesundheitsempfindens der Bevölkerung in den Einzugsgebieten erreicht werden. Das zweite Ziel bildet die damit verbundene Entlastung der öffentlichen Gesundheits- und Sozialbudgets.

Nachdem die Vorbereitungsarbeiten in der Zeit zwischen Dezember 2015 und August 2016 erfolgte, dauert die Pilotphase vom 20. September 2016 bis zum Februar 2018. Das Projekt endet nach seiner Evaluierung im September 2018.

Heute müssen die Weichen für eine nachhaltige und leistbare Versorgung von morgen gestellt werden. Ohne Stärkung und gleichzeitig weitere sinnvolle Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens wird eine angemessene Versorgung vor allem in ländlichen Gegenden kaum möglich bleiben. ❖

Zitierte und empfohlene Literatur:

- 1 Neumann-Ponesch S et al (2014): Advanced Nursing Practice in Österreich. Positionspapier, 2. Aktualisierte Auflage, Wien.
- 2 World Health Organisation (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Zugang: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1. Zugriff: 30.8.2016.
- 3 World Health Organisation (2015): Toward people-centred and integrated health services. Zugang: www.who.int/service/safety/areas/people-centred-care/pchis_brochure.pdf?ua=1. Zugriff: 30.8.2016.
- 4 0 (Null) - Die Anzahl der Personen, die in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Kärnten, der Steiermark und dem Burgenland derzeit in Primary Health Care -Einrichtungen versorgt werden. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 5/2016. S. 6.
- 5 HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version, Date July 22nd, 2014)
- 6 Cypionka T et al (2011): Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder. In: Health System Watch, 15. 1-16 S. 12
- 7 Vgl. bspw. Newhouse RP et al (2011): Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review, Nursing Economics, 29, 5, S. 230-251

- Delamairie ML, Lafortune G (2010): Nurses in advanced Roles. OECD Health Working Papers No. 54. Zugang: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en;jsessionid=3qi0ihcomog9h.x-oecd-live-03. Zugriff: 30.8.2016.
- Seitz F et al (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., S. 260-278.
- World Health Organisation (1999): Gesundheit 21. Zugang: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf?ua=1. Zugriff: 30.8.2016



Mag. Dr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS
Leitung der Akademie für
Weiterbildung der FH OÖ
silvia.neumann-ponesch@fh-linz.at



Dalibor Müller, Bakk., MScN
Amt der Kärntner Landesregierung,
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
dalibor.mueller@ktn.gv.at