

# Österreichische Hybrid-Lösung

Das Problem mit der österreichischen Vision von „Community Nurses“ beginnt mit der Bezeichnung. International ist unter diesem Begriff nämlich das zu verstehen, was in Österreich unter „Mobile Pflege und Betreuung“ oder auch unter „Hauskrankenpflege“ verstanden wird – also eine aufsuchende, professionelle Pflege.

Die Community Nurses jedoch, die gemäß dem aktuellen Regierungsprogramm bis zum Jahr 2025 sukzessive in 500 österreichischen Gemeinden installiert werden sollen, sind nicht für pflegerische, sondern für beratende, koordinierende und präventive Tätigkeiten vorgesehen. Im internationalen Sprachgebrauch würde man diese Funktion eher als Community Health Nurse oder Family Health Nurse bezeichnen. Dieses Berufsbild wäre laut internationalen Standards jedoch mit zusätzlichen Ausbildungen und Spezialisierungen verbunden. Denn sowohl Community Health Nursing als auch Family Health Nursing werden von der WHO als Qualifizierungen der erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice – ANP) beschrieben. Die Ausbildungen dafür sind in der Regel zweijährige postgraduale Master-Studien oder akademische Aufschulungs-Lehrgänge für diplomierte Pflegepersonen. Die WHO-Definition des Community Health Nursing beinhaltet nicht nur Kompetenzen der spezialisierten Krankenpflege, sondern auch der öffentlichen Gesundheitspflege (zum Beispiel Prävention), der Verbesserung der sozialen und strukturellen Umweltbedingungen sowie der Rehabilitation.<sup>1</sup>

## Zentrale Ansprechpartnerinnen

Manche dieser genannten Tätigkeitsfelder des Community Health Nursing, etwa Beratung und Koordination pflegerischer Versorgung, werden in Österreich schon derzeit von Hauskrankenpflegekräften erbracht. Sie nehmen jetzt bereits die Rolle ein, die das Regierungsprogramm Community Nurses zuschreibt, nämlich zentrale und wohnortnahe Ansprechpartnerinnen für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige zu sein.

Auch im bestehenden Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege seien die Aufgaben von Com-

**Laut Regierungsprogramm sollen „Community Nurses“ in 500 Gemeinden implementiert werden. Wie es zu dieser Zahl kommt und welche Aufgaben mit diesem Berufsbild verbunden sind, bleibt unklar. Dementsprechend sind die Meinungen über dieses Vorhaben geteilt.**

Erika Pichler

munity Nurses bereits grundsätzlich enthalten, sagt Monika Wild, Leiterin der Gesundheits- und Sozialen Dienste beim Österreichischen Roten Kreuz. Laut dem 2016 durch eine Novelle reformierten *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe* (GuKG) „entwickelt ... der gehobene Dienst pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege“.<sup>2</sup>



Monika Wild, Österreichisches Rotes Kreuz:  
„Was wirklich zuerst geklärt werden muss, ist der Aufgabenbereich.“

## Beratung, Koordination, Prävention

Nach Beratungen zum Thema „Community Nurse“ in diversen Gremien hat Monika Wild sich in einigen Papieren damit befasst, welche Kompetenzen in den drei Bereichen Beratung, Koordination und Prävention ausgebaut oder durch Fortbildung erworben werden müssten, um derzeitige Mitarbeiterinnen der häuslichen Pflege im Sinne eines erweiterten Verständnisses von „Community Nursing“ fortzubilden, und welche Kompetenzen den spezialisierten Community Health Nurses vorbehalten blieben.

So könnten im Beratungsbereich Community Nurses an eigenen Stellen mit fixen Öffnungszeiten tätig werden (während Hauskrankenpflegepersonen in der Hauptsache ihre Klientel zuhause aufsuchen), Community Health Nurses könnten zudem spezifische Gruppenschulungen, Informationsveranstaltungen oder Vorträge abhalten.

Im Koordinationsbereich würden Community Nurses laut Wilds Konzept mit der Hauskrankenpflege kooperieren und in komplexen Betreuungssituationen unterstützen (etwa bei Verdacht auf Gewalt oder Vernachlässigung). Community Health Nurses wä-

ren beispielsweise in der Lage, strukturiert regionale Bedarfe zu erheben oder Triagierungen in einer Primärversorgungseinheit vorzunehmen.

Im Präventionsbereich wären Community Nurses nicht nur für Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (Rehabilitation) zuständig, sondern für Primärprävention, also die gezielte Förderung von Gesundheit, um bestimmte Krankheiten gar nicht aufkommen zu lassen. Auf operativer Ebene würde dies präventive Hausbesuche bei definierten Zielgruppen bedeuten. Bei Community Health Nurses wiederum könnte im Präventionsbereich der Schwerpunkt auf Verhältnisprävention und auf regionale oder zielgruppenbezogene Förderung der Gesundheitskompetenz gelegt werden.

### Unterstützung für Kinder und Jugendliche

Seit Langem gefordert werden Community Nurses auch von der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger. Birgit Meinhard-Schiebel, Präsidentin der IG pflegender Angehöriger, sieht sie nicht nur als Zukunftskonzept des Care- und Case-managements in der häuslichen Pflege. „Sie sind diejenigen, die auch die Kinder und Jugendlichen in den Haushalten wahr-

„Pflege darauf zu beschränken,  
was sie sowieso schon tut,  
ist irgendwie schlicht.“

nehmen und als Vertrauensperson können sie auch ihnen wichtige Unterstützung leisten“, sagt Meinhard-Schiebel, die bereits vor einem Jahr mit der Forderung an die Öffentlichkeit trat, gegen Kinderarmut „Grätzlschwestern“ einzusetzen – ein Begriff, der den internationalen Terminus der Community Nurse auf den Boden wienerisch-österreichischer Realität bringt. „Eine Pflegekraft, die in der eigenen Umgebung verankert und niederschwellig erreichbar und tätig ist“, so beschreibt Meinhard-Schiebel deren wichtige Rolle insbesondere auch für in Österreich vermutete 42.000 Kinder und Jugendliche, die Angehörige zu pflegen haben. Vor allem in Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen sei es Community Nurses möglich, ein Netzwerk zu spannen, das pflegende Kinder und Jugendliche aus ihrer oft sehr vereinsamten Situation hole und unterstütze.

In Finnland beispielsweise habe sich gezeigt, dass „Community (Health) Nurses die ersten Ansprechpartnerinnen bei Gesundheitsproblemen sind und sehr umfassende Leistungen anbieten. Sie sind in der Primärversorgung in der Kommune, in der Gemeinde oder im Quartier verankert und tätig“, sagt Meinhard-

Schiebel. In den 16 Kernbotschaften der *Europäischen Community Health Nursing Conference* im Juni habe sich insgesamt gezeigt, dass es in Deutschland wie in Österreich noch intensiver Diskussionen auf der Ebene des Gesundheits- und Pflegewesens brauche, um das Modell Community Nurse umfassend und nachhaltig zu implementieren.

### Puzzleteile eines Gesamtkonzepts

„Die zentralen Fragen sind für mich, welche Aufgabenbereiche, Verantwortlichkeiten und auch Befugnisse eine Community Nurse überhaupt haben muss“, sagt Monika Wild. Abgesehen davon seien noch weitere wesentliche Voraussetzungen zu klären, etwa für wie viele Personen eine Community Nurse überhaupt zuständig sein könne und ob die erwähnten 500 Gemeinden unabhängig von ihrer Größe mit jeweils einer Pflegekraft besetzt würden.

Als veraltet würde sie auch ein Konzept empfinden, das auf einer Einzeltätigkeit aufbaue. „Auch bei den niedergelassenen Ärzten gibt es die Tendenz zur Teamarbeit. Ärzte stellen Ärzte an, sind in Primärversorgungseinheiten oder Gruppenpraxen tätig.“ Darum würde es auch in Bezug auf Community Nursing einen Rückschritt bedeuten, einfach in eine Gemeinde eine einzelne Person hinzusetzen. „Es braucht die Zusammenarbeit mehrerer Pflegepersonen.“ Rein räumlich gesehen, wäre aus Wilds Sicht daher von Vorteil, an bereits vorhandene Strukturen der Mobilien Pflege anzudocken, etwa an eine Sozialstation oder einen Pflegestützpunkt. „Dort könnte man dann eine Beratungsstelle einrichten, wo die Leute wissen, da kann ich hingehen, die hat

fixe Zeiten und macht auch aufsuchende Arbeit.“ Um jedoch als eigene Struktur zu funktionieren und wahrgenommen zu werden, sei wesentlich, nicht alleine zu arbeiten, sodass aus Sicht der Bevölkerung die Versorgung für die Bevölkerung auch dann sichergestellt wäre, wenn man auf Urlaub oder Fortbildung oder im Krankenstand ist.

### Unausgegoren und halbherzig

Nicht nur als unausgegoren, sondern auch als halbherzig kritisiert der Pflegewissenschaftler Jürgen Osterbrink von der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) das Konzept der Regierung. Als er davon gelesen habe, habe er sich an das Märchen *Des Kaisers neue Kleider* erinnert, so Osterbrink. „Am Ende stehen alle nackt da. Und genau das ist das Problem.“ Erstens verstehe kein Mensch, warum gerade 500. Zweitens: „Pflege darauf zu beschränken, was sie sowieso schon tut, ist doch irgendwo schlicht. Da habe ich gleich die Handschrift der Kammern, und zwar der Ärztekammern, wie auch gleichzeitig die Furcht vor der Kompetenzübernahme gespürt. Das bedeutet, im Endeffekt – und das kann ich mit an Sicherheit grenzender



**Birgit Meinhard-Schiebel,**  
**IG pflegender Angehöriger:**  
**„Sie ist nicht ‚einfach eine**  
**Beratungsperson‘, sondern**  
**erfüllt professionelle**  
**Pflege-tätigkeit vor Ort bei den**  
**Betroffenen und ist zugleich**  
**wichtiger Bestandteil des Case-**  
**Managements.“**

Wahrscheinlichkeit sagen – wird nichts dabei herauskommen.“ Das österreichische Konzept unterscheidet sich von dem Begriff „Community Nurses“, wie er weltweit verstanden werde. Der Begriff werde fälschlich benutzt und umgedeutet. „In anderen Ländern der industrialisierten Welt wäre es so, dass man tatsächlich einen Reformbeschluss, der den Namen verdient, entsprechend gestaltet.“

Ein solcher Reformbeschluss würde für Osterbrink darauf hinauslaufen, in Österreich ausreichend Community Health Nurses mit ANP-Studium zu installieren. Die Argumente dafür liegen für den Pflegewissenschaftler auf der Hand. Man werde immer weniger Ärzte und Pflegende, jedoch immer mehr ältere Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen haben. „Das bedeutet, dass die fast schon antiquierte Aufteilung in ärztliche und pflegerische Berufe nicht mehr zeitgemäß ist.“ Aus diesem Grund bilde man an der PMU Advanced Nursing Practitioners (ANP) aus. Die inzwischen 120 ANP-Absolventen seien befähigt, etwa die klinische, körperliche Erstuntersuchung durchzuführen und auch per Delegation und Substitution zu agieren. 30 von ihnen würden beispielsweise bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding eingesetzt.

### Verminderter Drehtüreffekt

Ein Argument seien auch die mittelfristigen Kosten. Würde man Versorgung wirklich neu denken, so Osterbrink, sollten ANP-Pflegekräfte mit Masterabschluss die Möglichkeit haben, selbstständig mit den Kassen abzurechnen. „Und dadurch wird nichts teurer, sondern im Gegenteil. Wenn zum Beispiel das gesamte Wundmanagement in den Händen von ANPs liegt, wird es gemittelt deutlich preiswerter, als wenn es vom Dermatologen, vom Gefäßchirurgen, vom Hausarzt gemacht wird“, sagt Osterbrink. Speziell Menschen mit chronischen Erkrankungen gehörten in die Hände von ANPs und Community Nurses, die eine dauerhafte Betreuung ermöglichen, erklärt Osterbrink am Beispiel von COPD-Nurses in Irland. „Der Arzt stellt dort die Diagnose und legt die Therapie fest. Aber das gesamte Follow-up, wenn die Behandlung beginnt, läuft über professionell Pflegende. Und das führt nicht nur in Irland, sondern auch in Skandinavien und Teilen der USA dazu, dass der Drehtüreffekt, dass die COPDler regelmäßig in die Klinik kommen aufgrund einer Exazerbation, im einstelligen Prozentbereich liegt. Wir haben hier in Österreich und auch in Deutschland eine über 15-prozentige Wiederkehr im Jahr.“

Osterbrink skizziert, wie eine extramurale Versorgung gestaltet werden könnte. „Community Health Nursing bedeutet schließlich, für die Kommune, für einen Sprengel oder ein Tal Versorgung gestalten und umsetzen zu können. Pflegende auf Masterniveau leisten tatsächlich die Koordination von Versorgung, führen die Überwachung und Begleitung von Menschen

mit chronischen Erkrankungen durch, und wenn es dann zu Ausreißern kommt, wenn die COPD sich verschlimmert, wenn der Blutzucker entgleist, wenn die chronische Wunde ärztlich behandlungsbedürftig wird, wird die ärztliche bzw. fachärztliche Kunst in Anspruch genommen.“ Es gehe nicht um Ärzte-

# „Die Aufteilung in ärztliche und pflegerische Berufe ist nicht mehr zeitgemäß.“

Bashing, sondern darum, gesundheitsökonomisch sinnvolle Lösungen für die Zukunft zu gestalten.

### Pragmatischer Ansatz

Pragmatischer sieht die Dinge Monika Wild. „Wenn wir in einer optimalen Welt leben würden, hätten Community Nurses die Ausbildung einer diplomierten Pflegekraft mit zusätzlicher Qualifizierung und Community Health Nurses eine ANP-Ausbildung“, sagt Wild. „Aber da rede ich von der Zukunft und nicht vom Hier und Jetzt.“ Wollte man die angestrebten 500 Community Nurses rasch installieren, wobei allerdings im Regierungsprogramm keinerlei Zeithorizont angegeben sei, werde man sich mit Kräften auf Diplompflegenniveau – mit oder ohne Bachelorgrad – begnügen müssen. Deren Ausbildung könne durch Weiterbildungen ergänzt werden oder durch Fortbildungen, wie sie schon bisher auch vom ÖRK angeboten würden, etwa zu Themen wie Gesundheitsförderung, Prävention oder „Family Nursing“.

Der nächste Schritt, der zu klären sei, wäre für Wild die Finanzierungslogistik. Schließlich sei nach dem derzeitigen Finanzierungsschlüssel des Gesundheitssystems der Bund für Geldleistungen zuständig (etwa die Gehaltskosten der Community Nurses), die Länder jedoch für Sachleistungen. Da etwa präventive Hausbesuche zu den Sachleistungen zählen, müsse beispielsweise ausverhandelt werden, ob sie über die Länder abzurechnen seien. „Dafür braucht es aber wieder die Klärung, was der eigentliche Aufgabenbereich einer Commu-

nity Nurse ist“, so Wild. Um zu einem schlüssigen Gesamtkonzept zu gelangen, wären klare Vorgaben seitens der Politik hoch an der Zeit. ::



Jürgen Osterbrink, Paracelsus Medizinische Privatuniversität: „Im Endeffekt wird nichts dabei herauskommen.“

<sup>1</sup> World Health Organization, Enhancing the role of community health nursing for universal Health coverage, Human Resources for Health Observer Series No. 18, World Health Organization, Genf 2017.

<sup>2</sup> Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), §12 (5).

Dr. Erika Pichler  
pichler@gesundheitswirtschaft.at