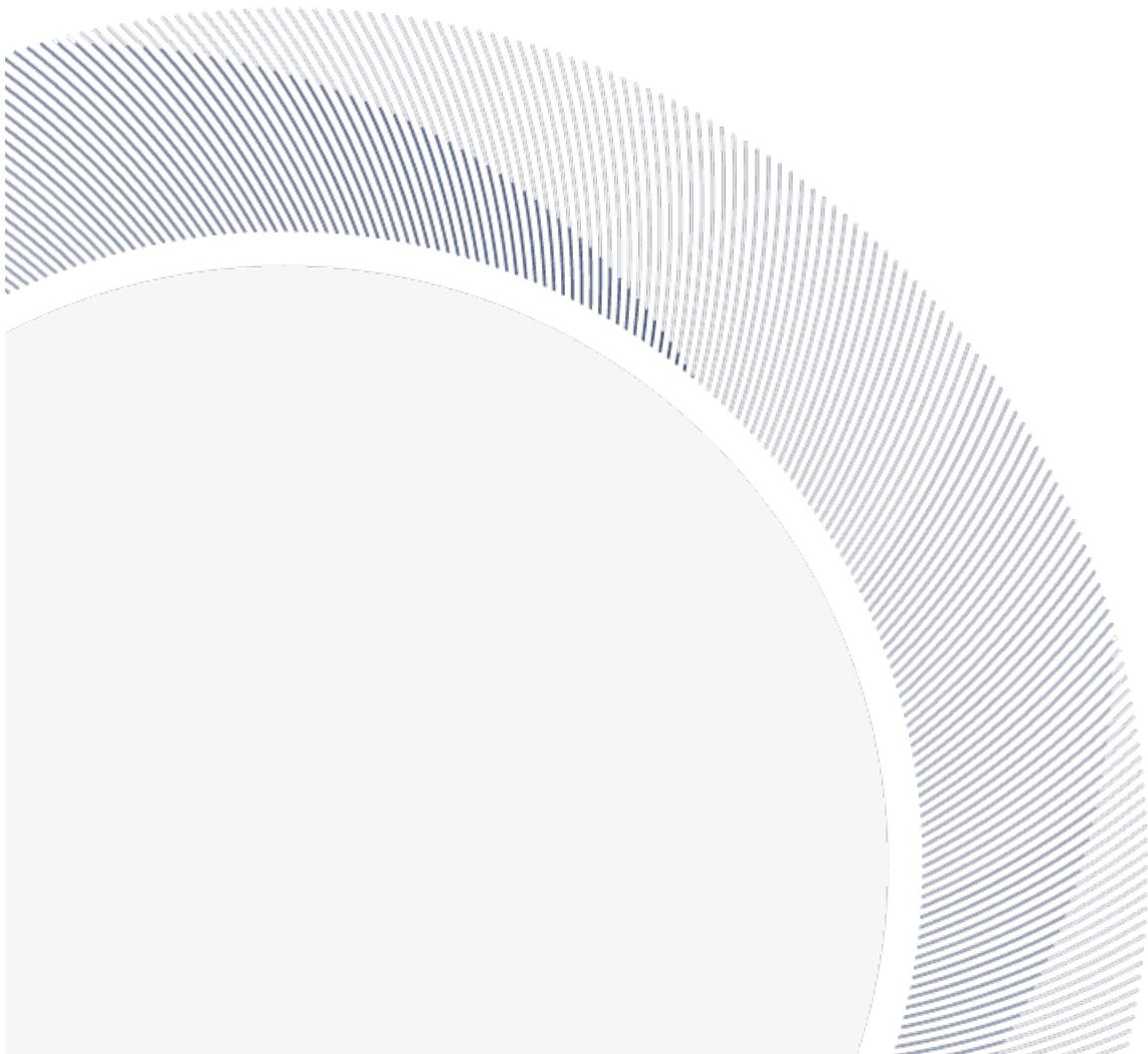


Die Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
finanziert durch die Europäische Union – NextGenerationEU



Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024

Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Linda Eberle, Alice Edtmayer, Evelyn Hagmann, Aida Kerschbaum, Sabrina Kucera, Eva Leuprecht,
Lisa Mayer, Elisabeth Rappold, Anita Sackl

Unter Mitarbeit von:

Sandra Dürnitzhofer, Kristof Veitschegger

Fachliche Begleitung:

Marion Bajer

Projektassistenz:

Christiane Fabichler
Alexandra Mayerhofer

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen und Autoren dar.

Wien, im Mai 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Eberle, Linda; Edtmayer, Alice; Hagmann, Evelyn; Kerschbaum, Aida; Kucera, Sabrina; Leuprecht, Eva; Mayer, Lisa; Rappold, Elisabeth; Sackl, Anita (2025): Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P11/4/5336

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Icons: FLATICON

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Community Nursing (CN) ist ein international etablierter Vorsorge- und Versorgungsansatz und eine pflegerische Rolle. Das österreichische Pilotprojekt Community Nursing 2022–2024 vereinte innovative Ansätze der bedarfs-, gemeinde- und public-health-orientierten Pflege mit einem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel war, die Gesundheitskompetenz der Klientinnen und Klienten, insbesondere von älteren Menschen und deren An- und Zugehörigen, zu stärken, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und somit einen möglichst langen Verbleib im eigenen Zuhause zu ermöglichen sowie bestehende Angebote zu vernetzen, indem soziale und sektorenübergreifende Netzwerke etabliert bzw. gestärkt werden.

Methode

Das Pilotprogramm umfasste 117 Projekte in allen Bundesländern, finanziert durch den EU-Aufbau- und Resilienzplan (Recovery and Resilience Facility, NextGenerationEU). Der Fokus der Community Nurses lag auf Interventionen auf den Ebenen des Individuums und der Familie sowie auf der Ebene der Community. Zentrale Aspekte der Umsetzung waren (präventive) Hausbesuche, Beratung und Begleitung, Netzwerkarbeit und gezielten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Die Begleitung erfolgte durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und bestand aus Schulungen, Webinaren, Vernetzungsformaten und Koordination. Zudem wurde eine externe Evaluation durchgeführt.

Ergebnisse

Im Zuge des Projekts wurden fast 500.000 Kontakte erzielt. Davon waren rund 52 Prozent Kontakte mit Klientinnen und Klienten und 48 Prozent Kontakte mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern. Die Ergebnisse zeigen, dass (präventive) Hausbesuche und niederschwellige aufsuchende Arbeit als Kernelemente erfolgreich sind, wobei eine Kultur der aufsuchenden gesundheitsfördernden Pflege etabliert werden konnte. Gleichzeitig förderte die Netzwerkarbeit die Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren und stärkte lokale Strukturen. Herausforderungen ergaben sich aus der regionalen Anpassung der Angebote sowie der Sicherstellung nachhaltiger Strukturen. Die Pilotphase verdeutlicht das Potenzial von Community Nursing, einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz und zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit zu leisten.

Schlussfolgerungen

Die Pilotphase von Community Nursing in Österreich zeigt, dass dieser Ansatz wesentlich zur Gesundheitsförderung und Prävention beiträgt und die Nahtstelle zwischen Gesundheitsförderung, Versorgung und Langzeitpflege optimiert. Die Methoden, die in Community Nursing angewendet werden, tragen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei und wirken Pflegebedürftigkeit entgegen.

Allerdings war die Umsetzung regional unterschiedlich. Bestehende Strukturen wurden nicht überall gleichermaßen genutzt bzw. wurden CN-Projekte nicht überall gleichermaßen integriert. Dies zeigt die Notwendigkeit eines standardisierten, regional anpassbaren Aufgaben- und Rollenprofils sowie langfristiger Strategien zur Verankerung im Gesundheits- und Pflegesystem.

Folgende Ansatzpunkte für eine langfristige Weiterführung und Weiterentwicklung können abgeleitet werden:

- Beachtung von Grundsätzen von Community Nursing
- Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils mit regional adaptierbarer Ausgestaltung
- stärkere Integration von Community Nurses in das Gesundheits- und Pflegesystem und strukturelle Verankerung bzw. Anbindung
- Anpassung der Ausbildungs- und Zugangsvoraussetzungen
- Sicherstellung der langfristigen Finanzierung und Ressourcenbereitstellung für Community Nursing
- Intensivierung von Evaluation und Monitoring zur Qualitätssicherung
- Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Sensibilisierung und Einbindung der Öffentlichkeit und der Stakeholder

Die Umsetzung der empfohlenen Ansatzpunkte ermöglicht eine langfristige Verankerung von Community Nursing in Österreich. Trotz der Erfolge bleibt derweil die langfristige Implementierung unklar, wenngleich in vielen Bundesländern ähnliche Projektstrukturen weitergeführt werden. Wo möglich, sollten Synergien mit verwandten Initiativen und Programmen genutzt werden, um Community Nursing langfristig zu implementieren. Dies ermöglicht, Nahtstellen zu optimieren, Doppelstrukturen zu vermeiden und bestehende Ressourcen effizient einzusetzen. Darüber hinaus könnten durch die Zusammenarbeit mit kommunalen und regionalen Akteuren innovative Modelle entwickelt werden, die auf lokale Bedürfnisse zugeschnitten sind. Eine stärkere Integration in bestehende Gesundheits- und Sozialstrukturen würde die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Community Nursing weiter erhöhen.

Schlüsselwörter

Community Nursing, Prävention, Gesundheitsförderung, Netzwerkarbeit, Community Health Nursing, gemeindeorientierte Pflege, public-health-orientierte Pflege, Rollenentwicklung

Summary

Background

Community Nursing (CN) is an internationally established approach to prevention and care, encompassing a professional nursing role. The Austrian pilot project Community Nursing 2022–2024 combined innovative strategies for need-based, community-oriented, and public-health-focused nursing, with a strong emphasis on health promotion and prevention. The primary objectives were to strengthen the health literacy of clients – particularly older adults and their family members –, delay the onset of care dependency, enable individuals to remain in their homes for as long as possible, and enhance existing services through the establishment or strengthening of social and cross-sectoral networks.

Method

The pilot program included 117 projects implemented nationwide across Austria's federal states, funded through the EU Recovery and Resilience Plan (Recovery and Resilience Facility, NextGenerationEU). Community Nurses focused their interventions on individual, family, and community levels. Key implementation elements included (preventive) home visits, counseling and support, network-building, and targeted health promotion measures. The program was supported by the Austrian Public Health Institute (GÖG), which provided training sessions, webinars, networking opportunities, and coordination. An external evaluation was also conducted to assess the outcomes and effectiveness of the pilot.

Results

During the project, nearly 500,000 contacts were recorded, with approximately 52 percent involving clients and 48 percent involving network partners. The results demonstrate that (preventive) home visits and low-threshold outreach work were successfully established as core elements, fostering a culture of outreach-oriented, health-promoting nursing. At the same time, networking activities enhanced collaboration with regional stakeholders and strengthened local structures. Challenges arose in adapting services to regional needs and ensuring sustainable infrastructures. The pilot phase highlights the potential of Community Nursing to make a significant contribution to improving health literacy and delaying the onset of care dependency.

Conclusion

The pilot phase of Community Nursing in Austria demonstrates that this approach significantly contributes to health promotion and prevention while optimizing the interface between health promotion, care delivery, and long-term care. The methods applied in Community Nursing strengthen health literacy and counteract care dependency. However, the implementation varied regionally. Existing structures were not utilized consistently, nor were CN projects integrated equally across all regions. This underscores the need for a standardized, regionally adaptable task and role profile, as well as long-term strategies to embed CN into the healthcare and care systems.

The following points are recommended for the long-term continuation and further development of Community Nursing:

- adherence to the core principles of Community Nursing
- further development of the task and role profile with regional adaptability
- stronger integration of Community Nurses into healthcare and care systems, with structural embedding and alignment
- adjustment of training curricula and access requirements
- securing long-term funding and resources for Community Nursing
- intensified evaluation and monitoring for quality assurance
- strengthening interprofessional collaboration
- raising public awareness and engaging stakeholders

Implementing these recommendations would enable the long-term establishment of Community Nursing in Austria. Despite its successes, the long-term implementation remains uncertain, although similar project structures are being continued in several federal states. Wherever possible, synergies with related initiatives and programs should be leveraged to ensure the sustainable implementation of Community Nursing. This would optimize interfaces, avoid duplicative structures, and ensure efficient use of existing resources. Furthermore, collaboration with municipal and regional stakeholders could foster the development of innovative, locally tailored models. Stronger integration into existing health and social structures would further enhance the effectiveness and sustainability of Community Nursing.

Keywords

Community Nursing, prevention, health promotion, network building, Community Health Nursing, community-oriented nursing, public-health-oriented nursing, role development

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary.....	V
Abbildungen	IX
Tabellen.....	X
Abkürzungen.....	XI
1 Vorbemerkung	1
2 Einleitung	2
3 Rahmenbedingungen und Konzept der Pilotierung.....	4
3.1 Definition von CN in Österreich	4
3.2 Das Pilotprogramm Community Nursing 2022–2024	8
3.3 Zielsetzung.....	11
3.4 Zielgruppen	13
3.5 Aufgaben- und Rollenprofil	14
4 Implementierung, Umsetzung, Begleitung.....	17
4.1 Umsetzungsprojekte.....	17
4.1.1 Regionale Verteilung der Projekte.....	17
4.1.2 Mobilität.....	18
4.2 Aktivitäten von CN.....	19
4.2.1 Kontakte mit der Bevölkerung	19
4.2.2 Kontakte zur Netzwerkpflge (bundesweit).....	23
4.2.3 Kontakte mit Klientinnen und Klienten nach Bundesland.....	23
4.2.4 Kontakte mit Klientinnen und Klienten im Verhältnis zu Kontakten zur Netzwerkpflge nach Bundesland	26
4.2.5 Fallarten.....	27
4.2.6 Arbeitszeit.....	27
4.2.7 Hinweis zur Vergleichbarkeit der Daten	28
4.3 Begleitmaßnahmen während der Pilotphase.....	28
4.3.1 Schulungsprogramm.....	29
4.3.2 Projektwebsite	33
4.3.3 Befragung zu den Schulungsmaßnahmen	34
4.4 Externe Begleitevaluation	35
4.4.1 Projekt- und Leistungsdokumentation DokCN	35
5 Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase	37
5.1 Ausgewählte Umsetzungsschwerpunkte.....	38
5.1.1 Kernfunktionen.....	38
5.1.2 Zugehend und aufsuchend tätig sein	39
5.1.3 Der Prozess der präventiven Hausbesuche.....	40
5.1.4 Netzwerkarbeit	43
5.1.5 Gruppenorientierte Maßnahmen	44
5.2 Aufgaben- und Rollenprofil – eine Reflexion.....	44
5.2.1 Monitoring und Erhebung	45
5.2.2 Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung	45
5.2.3 Information, Edukation, Beratung.....	47

5.2.4	Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung	48
5.2.5	Subrollen und Entwicklungsmöglichkeiten	48
5.3	Kontextfaktoren	50
5.3.1	Strukturelle Bedingungen	52
5.3.2	Einzugsgebiet und Zielgruppe	53
6	Nationale Verankerung von Community Nursing	55
6.1	Gesetzliche Grundlage für die Weiterführung.....	55
6.2	Umsetzungsstrategien der Bundesländer	56
6.3	Herausforderungen und Unsicherheiten	59
7	Empfehlungen für die weitere Umsetzung von CN.....	60
7.1	Grundsätze und Schlüsselemente der Praxis des Community Nursing	60
7.2	Vereinheitlichung des Aufgaben- und Rollenprofils mit regional adaptierbarer Ausgestaltung.....	62
7.3	Ausbildungs- und Zugangserfordernisse an die Anforderungen anpassen	64
7.4	Integration von CNs fördern und Zusammenarbeit stärken.....	65
7.5	Sicherstellung der Finanzierung und Ressourcen	65
7.6	Verstetigung von Community Nursing.....	67
7.7	Umfassende Stakeholdereinbindung	69
7.8	Skizze eines Grund- und Erweiterungsmodells	70
7.9	Qualitätskriterien	73
8	Schlussfolgerung.....	76
9	Exkurs: Grundlage für die Ableitung der Empfehlungen.....	77
10	Literatur.....	79
11	Anhang.....	83

Abbildungen

Abbildung 1:	Komponenten des Pilotprogramms.....	11
Abbildung 2:	Aufgaben- und Rollenprofil	15
Abbildung 3:	Verteilung der Pilotprojekte in Österreich im Jahr 2024	17
Abbildung 4:	Prozentuale Verteilung der von Community Nurses zurückgelegten Kilometer 2022–2024, in Prozent, $n_{2022-2024} = 981.933$ (Stand: 30.09.2024).....	19
Abbildung 5:	Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten im Jahresverlauf (alle Jahre); $n_{2022} = 35.567$; $n_{2023} = 108.538$; $n_{2024} = 108.047$ (Stand: 30.09.2024)	20
Abbildung 6:	Prozentuale Verteilung des persönlichen Klientenkontakts, $n_{2022} = 35.567$; $n_{2023} = 108.538$; $n_{2024} = 108.047$, in Prozent (Stand: 30.09.2024)	21
Abbildung 7:	Persönliche Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten im Jahresverlauf, nach Art des Kontakts, 2022, 2023, 2024; $n_{2022} = 35.567$; $n_{2023} = 108.538$; $n_{2024} = 108.047$ (Stand: 30.09.2024).....	22
Abbildung 8:	Kontakte zur Netzwerkpflege im Jahresverlauf, 2022, 2023, 2024; $n_{2022} = 38.947$; $n_{2023} = 103.216$; $n_{2024} = 92.604$ (Stand: 30.09.2024).....	23
Abbildung 9:	Prozentuale Verteilung der persönlichen Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten nach Bundesland, 2022, 2023, 2024; $n_{2022} = 35.556$; $n_{2023} = 108.538$; $n_{2024} = 95.432$; in Prozent (Stand: 30.09.2024)	25
Abbildung 10:	Verhältnis der Kontakte zur Netzwerkpflege zu Klientenkontakten, nach Bundesland, 2022, 2023, 2024; $n_{2022} = 74.503$; $n_{2023} = 211.754$; $n_{2024} = 177.093$ (Stand: 30.09.2024)	26
Abbildung 11:	Prozentuale Verteilung der Arbeitszeit von Community Nurses 2022–2024, in Prozent, $n_{2022-2024} = 687.460$ (Stand: 30.09.2024)	28
Abbildung 12:	Schematische Darstellung des Grund- und Erweiterungsmodells	71
Abbildung 13:	Datengrundlagen für den Bericht.....	77

Tabellen

Tabelle 1:	Projektanzahl und maximal geförderte Personenzahl pro Bundesland	18
Tabelle 2:	Anzahl der Fallarten von Community Nursing, 2022, 2023, 2024 (Stand: 30.09.2024).....	27
Tabelle 3:	Gegenüberstellung faktisches Pensionsantrittsalter und Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit	43

Abkürzungen

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ARP	Aufbau- und Resilienzplan
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BAG CN	Bundesarbeitsgemeinschaft Community Nursing des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV)
BGBL	Bundesgesetzblatt
Bgl.	Burgenland
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
CHN	Community Health Nurse bzw. Community Health Nursing
CN	Community Nurse bzw. Community Nursing
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DokCN	Dokumentationstool für Community Nursing
DORY	DORY – Gesundheit Österreich Document and Office Repository (File Hosting Tool)
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EW	Einwohner:innen
EvalCN	Evaluierungsprojekt der Fachhochschule Kärnten
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HKP	Hauskrankenpflege
HiAP	Health in All Policies
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
MA	Magistratsabteilung
MDH	Minnesota Department of Health
n	Stichprobengröße
NÖ	Niederösterreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Geschäftsbereich der GÖG)
OÖ	Oberösterreich
PEPPA	participatory, evidence-based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing
PFG	Pflegefondsgesetz
PHIW	Public Health Intervention Wheel

Pkw	Personenkraftwagen
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
RRF	Recovery and Resilience Facility
Sbg.	Salzburg
SDGs	Sustainable Development Goals
Stmk.	Steiermark
tba	to be announced
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliche
vgl.	vergleiche
Vlbg.	Vorarlberg
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WHO	World Health Organization
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
z. B.	zum Beispiel

1 Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht ist nicht nur als Ergebnisbericht zur Pilotierung von Community Nursing (nachfolgend CN) gedacht, sondern bündelt auch im Zuge des Projekts erlangtes Wissen und Expertisen und vertieft das Konzept Community Nursing aus theoretischer Perspektive – immer mit Bezug zu Österreich. Damit sollen der interessierten Fachöffentlichkeit für die Weiterentwicklung von CN in Österreich relevante Aspekte langfristig zur Verfügung stehen. Der Logik eines Nachschlagewerks folgend, kommt es daher im Bericht zu (vermeintlichen) Redundanzen, da ähnliche Punkte mehrmals, aber immer aus einer anderen Perspektive aufgegriffen werden. Ein Beispiel wäre die Auseinandersetzung mit dem Aufgaben- und Rollenprofil von CN.

2 Einleitung

Die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen stellen das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem vor wachsende Herausforderungen. Die Bevölkerung wird nicht nur älter, sondern verbringt einen erheblichen Anteil ihres Lebens mit gesundheitlichen Einschränkungen. Gleichzeitig nimmt aufgrund gesamtgesellschaftlicher Veränderungen das informelle Pflegepotenzial ab, während der Bedarf an professionellen Pflegedienstleistungen weiter ansteigt und die personellen Kapazitäten im Pflege- und Betreuungsbereich stagnieren (Juraszovich 2023).

Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit innovativer Versorgungsansätze wie Community Nursing, um einerseits den steigenden Anforderungen gerecht zu werden und andererseits möglichst frühzeitig und somit präventiv intervenieren zu können.

Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen

Mit Blick auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Österreich spielt die demografische Entwicklung eine zentrale Rolle: Zunächst wird daraus ersichtlich, welche strategischen Maßnahmen heute zu treffen sind, damit die Bevölkerung auch in Zukunft gut leben, gepflegt und betreut werden kann. Die Lebenserwartung steigt tendenziell und beträgt rund 79 Jahre bei Männern und rund 84 Jahre bei Frauen (Statistik Austria 2024b; Statistik Austria 2024a). Frauen können in Österreich mit 64,7 und Männer mit 63,1 Lebensjahren in (sehr) guter Gesundheit rechnen, 86 Prozent der ab 60-Jährigen geben an, mindestens eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Der Anteil der Personen, die aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, liegt bei rund 30 Prozent, wobei der Anteil bei den ab 60-Jährigen auf 40 Prozent steigt (Griebler et al. 2023).

Parallel dazu kommt es in allen Branchen und Berufsfeldern zu einem Anstieg an Pensionierungen, so auch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Prognosen zeigen, dass bis zum Jahr 2050 rund zwei Drittel des Pflegepersonals in Pension gehen und aufgrund der demografischen Veränderungen zusätzliche Pflege- und Betreuungspersonen benötigt werden (Juraszovich 2023).

Begleitet wird diese Veränderung von einer Verschiebung des Generationenverhältnisses zugunsten der Altersgruppe ab 65 Jahren im Verhältnis zu Personen im erwerbsfähigen Alter. Kamen 2022 rund 32 Personen über 65 Jahre auf 100 Personen zwischen 15 und 64 Jahren, werden es 2050 rund 52 sein (Statistik Austria 2024b, eigene Berechnung). Es ist mit einer Verdoppelung des Anteils der 80-plus-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bis 2050 zu rechnen (Famira-Mühlberger/Trukeschitz 2023). Laut WIFO wird die Zahl der Pflegegeldbeziehenden zwischen 2021 und 2050 um 57 Prozent steigen, was im Jahr 2050 mehr als 730.000 Personen entspricht. Die damit verbundenen öffentlichen Kosten werden von 2,74 auf 9,17 Milliarden Euro ansteigen (Famira-Mühlberger 2023).

Pflege- und Betreuungsleistungen werden in Österreich vorwiegend zu Hause und zu einem großen Teil von Angehörigen erbracht. Es wird davon ausgegangen, dass es in Österreich etwa 950.000 pflegende Angehörige gibt, wobei 73 Prozent der informell Pflegenden Frauen sind. Diese geben an, durch die Pflegetätigkeit stark belastet zu sein, sich alleingelassen oder an ihren Belastungsgrenzen zu fühlen. Beziehungen und Kontakt zu ihnen nahestehenden Personen

sowie die eigene Gesundheit werden durch die Pflege bzw. Betreuung von Familienmitgliedern oder nahen Angehörigen vernachlässigt (Nagl-Cupal et al. 2018).

Aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen, wie der längeren Erwerbstätigkeit von Frauen, dem höheren Alter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes, veränderten Familienstrukturen, größeren räumlichen Distanzen sowie der Zunahme von Einpersonenhaushalten, ist von einem Rückgang der informellen Pflegekapazität zu rechnen (Famira-Mühlberger/Trukeschitz 2023).

Diese Entwicklungen zeigen auf, warum und inwiefern mit einer Zunahme des Bedarfs an professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten zu rechnen ist, und unterstreichen die Dringlichkeit, innovative Versorgungsansätze zu etablieren, die auf diese Herausforderungen zeitgerecht reagieren.

Neben den Bemühungen um ausreichend Personal gilt es, den Pflegebedarf zu reduzieren. Damit das gelingt, sind Gesellschaft und Politik gefragt und ist die Bevölkerung gefordert, aktiv mitzuwirken, „denn eine ‚Pille gegen Pflegebedürftigkeit‘ gibt es nicht“ (Rappold 2024). Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche müssen stärker adressiert werden, wobei dazu Health in All Policies (HiAP) verankert und gelebt werden muss. Die österreichischen Gesundheitsziele bilden dafür einen strategischen Rahmen (BMGF 2017).

Community (Health) Nursing gilt als innovativer Ansatz, um Zielgruppen frühzeitig und niederschwellig zu erreichen und deren Gesundheit auf individueller und gruppenorientierter Ebene zu fördern.

Vor diesem Hintergrund wurde Community Nursing (CN) im Rahmen von Pilotprojekten in Österreich in den Jahren 2022–2024 etabliert, um die Gesundheitskompetenz und Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern. Dadurch wurde in Österreich erstmals eine präventiv ausgerichtete, public-health-orientierte pflegerische Rolle in größerem Umfang pilotiert. Durch ihre sektorenübergreifende Ausrichtung können Community Nurses eine zentrale Rolle übernehmen, um einen Health-in-All-Policies-Ansatz zu fördern und maßgeblich zu seiner Umsetzung beizutragen. Im vorliegenden Bericht wird die Pilotierung von Community Nursing – vom Fördercall über die Umsetzungsphase bis hin zu den Lernerfahrungen – dargestellt und werden Empfehlungen für eine Weiterentwicklung abgeleitet.

3 Rahmenbedingungen und Konzept der Pilotierung

In den Jahren 2022–2024 wurde in Österreich das Community Nursing durch Pilotprojekte, die bei Städten, Gemeinden und Sozialhilfeverbänden angesiedelt sind, etabliert. Das EU-finanzierte Pilotprogramm wurde im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans umgesetzt und von der Europäischen Union, NextGenerationEU (RRF), mit einer Laufzeit von drei Jahren finanziert. Die Etablierung von *Community Nursing* in Österreich soll einen wesentlichen Beitrag zur wohnortnahen, niederschweligen und bedarfsorientierten Versorgung leisten. Dabei soll die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen – besonders älterer Menschen und ihrer Angehörigen – in einem gemeindenahen Umfeld gefördert und die Selbstständigkeit durch professionelle pflegerische Interventionen auf mehreren Ebenen so lang wie möglich erhalten oder verbessert werden. Bei der skizzierten Vision handelt es sich um längerfristige Ziele, die nicht allein durch das Pilotprogramm Community Nursing sichergestellt werden können. Dennoch konnten durch CN wesentliche Schritte zur Erreichung dieser Ziele gesetzt werden.

3.1 Definition von CN in Österreich¹

Community Nurses (CNs) sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) und zentrale Anlaufstellen für Fragen und Aktivitäten von Prävention über Vorsorge bis zur Pflege.

Community Nursing (CN) ist ein gemeindenahes, bedarfsorientiertes und niederschwelliges Angebot, das präventive, beratende, aufsuchende, koordinierende und edukative Leistungen kombiniert, um Gesundheit, Resilienz und Wohlbefinden von Individuen, Familien und Gemeinden zu fördern. Im Zentrum steht die Förderung von Selbstständigkeit und Lebensqualität. CNs arbeiten fachlich autonom, ressourcenorientiert, aufsuchend, präventiv, assessmentgeleitet und proaktiv.

Auf Ebene der Community (Gemeinde, Gemeinschaften, Gruppen) analysieren sie Bedarfe und initiieren Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten und Angebote. Sie identifizieren gesundheits- und pflegebezogene Versorgungslücken, stärken die regionale Vernetzung und entlasten Familien, Gemeinden und das Gesundheitssystem. Gemeinsam mit kommunalen Akteuren tragen sie zur Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen bei.

¹ Die Definition wurde auf Basis von Grundlagendokumenten zu CN in Österreich, angelehnt an die WHO-Definition, Erfahrungen aus der Projektumsetzung 2022–2024 sowie auf Basis des Positionierungstools CN (Stadlmayr 2023) erarbeitet.

Community Nursing zielt auf Prävention und Gesundheitsförderung ab und wendet dabei pflegerische Methoden an. Präventive pflegerische Maßnahmen können zu unterschiedlichen Interventionszeitpunkten sinnvoll und notwendig sein. Der Fokus wird auf Primär- und Sekundärprävention gelegt, es können jedoch auch tertiärpräventive Maßnahmen bei Bedarf umgesetzt werden. Es sollte versucht werden, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen universellen und selektiven sowie verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen zu erzielen. Community Nursing liegt ein ganzheitliches Gesundheits- und Pflegeverständnis zugrunde, bedient sich eines breiten Spektrums pflegerischer Interventionen, richtet sich interprofessionell aus, fördert die Zusammenarbeit und nutzt vorhandene Evidenz und Methoden aus verschiedenen Disziplinen. Ausgehend von den Bedarfen, die in einem Pflegeassessment festgestellt werden, kommen schwerpunktmäßig folgende Prinzipien und Methoden zur Anwendung:

- **Beratung und Edukation:** Community Nurses bieten individuelle Beratung und Schulungen zu gesundheitlichen Themen wie Prävention, Umgang mit chronischen Erkrankungen und gesunder Lebensführung. Ziel ist, Klientinnen, Klienten und deren Angehörige zu befähigen, ihre Gesundheit eigenständig zu managen, nachhaltige Veränderungen umzusetzen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Dabei nutzen CNs situativ angepasste Methoden und begleiten Klientinnen und Klienten auch langfristig, um diese zu motivieren, die Maßnahme(n) umzusetzen und so eine nachhaltige Veränderung/Verbesserung zu erreichen.
- **Partizipation:** Community Nurses fördern die aktive Einbindung von Klientinnen und Klienten, Bevölkerungsgruppen und Gemeinden in die Planung und Gestaltung von Pflege- und Gesundheitsangeboten. Durch partizipative Ansätze werden Meinungen und Präferenzen berücksichtigt, um bedarfsgerechte und nachhaltige Lösungen zu entwickeln, welche die Akzeptanz, Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit stärken.
- **Empowerment:** Community Nurses fördern Empowerment, indem sie Klientinnen und Klienten dabei unterstützen, Selbstvertrauen, Kontrolle und Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen zu gewinnen. Durch Wissensvermittlung, Stärkung der Selbstwirksamkeit und den Aufbau von Fähigkeiten befähigen sie Menschen, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen, ihre Gesundheit eigenständig zu gestalten sowie Expertinnen bzw. Experten für die eigene gesundheitliche Situation zu werden.
- **Social Prescribing:** Der Ansatz Social Prescribing verbindet Patientinnen und Patienten mit Angeboten außerhalb des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungsspektrums, wie Bewegungsgruppen, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftsinitiativen, um Wohlbefinden und soziale Teilhabe zu fördern. Community Nurses nutzen Elemente des Social Prescribing.
- **(präventives) Case Management:** Pflegepersonen koordinieren die Versorgung von Klientinnen und Klienten mit komplexen oder chronischen Erkrankungen durch Planung, Entwicklung von Unterstützungsplänen, Überwachung und Anpassung von Behandlungsplänen sowie die Zusammenarbeit mit verschiedenen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern für eine ganzheitliche Betreuung. Community Nurses begleiten individuell Klientinnen und Klienten mit komplexen gesundheitlichen oder sozialen Problemen, analysieren Bedarfe, entwickeln maßgeschneiderte Unterstützungspläne und organisieren deren Umsetzung.
- **Sozialraumorientierung:** Interventionen und Methoden, die der Sozialraumorientierung zuzuordnen sind, zielen darauf ab, soziale und physische Lebensbedingungen zu verbessern, indem Pflegepersonen mit Gemeinden und Organisationen zusammenarbeiten,

um Ressourcen bereitzustellen und die Lebensqualität zu fördern. Community Nurses nutzen lokale Gegebenheiten und Ressourcen, um Lösungen zu entwickeln, die direkt in den Lebensraum der Menschen integriert sind, und stärken soziale Strukturen und Netzwerke, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern.

- **Netzwerkarbeit und Ansätze von Care Management:** CNs bauen sektorenübergreifende Netzwerke mit Gesundheits- und Sozialdienstleistern auf, um eine umfassende und koordinierte Versorgung sicherzustellen. Care Management erweitert die individuelle Fallbegleitung, indem es die Planung, Organisation und Überwachung von Versorgungsprozessen innerhalb eines Systems umfasst. Community Nurses übernehmen dabei eine zentrale Rolle, indem sie zwischen verschiedenen Akteuren vermitteln, um eine integrierte, effiziente Versorgung zu gewährleisten und optimale Unterstützungsstrukturen für Klientinnen und Klienten zu schaffen.

Exkurs: Begriffsklärung, Abgrenzung, Schnittstellen

Community Nursing ist dem österreichischen Verständnis nach eine präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete pflegerische Rolle im Bereich der gemeindeorientierten Nahversorgung (evtl. Primärversorgung) mit dem Ziel, Menschen vor Beginn einer Pflegebedürftigkeit zu erreichen, die Gesundheit und Selbstständigkeit zu fördern und Einschränkungen hinauszuzögern.

Case Management

Community Nursing bedient sich mancher Methoden des Case Management, ersetzt aber keineswegs bestehende Dienstleistungen, die diese Methoden ebenso anwenden oder gar auf diese ausgerichtet sind. Community Nursing (CN) nutzt die Methode des **Case Management** vorrangig präventiv, mit dem Ziel, die Selbstständigkeit, Selbstmanagementkompetenzen und das Aktivitätsniveau zu erhalten oder zu verbessern. Dabei ist CN kein Ersatz für bestehende **Case-Management-Angebote gemäß Pflegefondsgesetz (PFG)**, worunter die Koordination, Planung und Organisation von Betreuungs- und Pflegediensten verstanden werden (PFG, § 3(9) Z 1–3), oder für Case Management gemäß dem **Verständnis des ASVG**, worunter insbesondere der Übergang zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation verstanden wird (ASVG § 143b). Weiters verfolgen **Primärversorgungseinheiten** das Ziel, integrierte Versorgung und Kontinuität sowie Koordination zu gewährleisten (PrimVG, § 3(2), Z 3; § 4 Z 6), auch DGKP und Angehörige anderer Gesundheitsberufe in der Primärversorgung bedienen sich hierbei der Methoden des Case Management (Verweis auf Berufsgruppenprofile).

Bei Klientinnen und Klienten, die in das genannte Leistungsspektrum fallen und/oder bereits mobile Dienste in Anspruch nehmen, ist eine individuelle oder mittels regionaler Prozessdefinitionen geregelte Zuständigkeitsklärung nötig.

Dabei wird eine enge Zusammenarbeit mit bestehenden Strukturen und regionalen Initiativen angestrebt, um Doppelstrukturen zu vermeiden und die Effizienz der Versorgung zu steigern.

Abgrenzung zu mobilen Diensten

Andererseits wird international teilweise unter Begriffen wie Community Care, Community-Based Nursing oder Community Nursing auch die in Österreich etablierte mobile Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Hauskrankenpflege verstanden. In Österreich stellt Community Nursing – im Gegensatz zu manchen internationalen Auffassungen – keine Leistung der mobilen Dienste nach § 3(4) PFG dar. Darunter sind gemäß Z 1–3 Dienstleistungen der sozialen Betreuung und Pflege zu verstehen.

Was genau unter mobilen Diensten zu verstehen ist, ist in landesgesetzlichen Regelungen festgehalten; weiters haben Leistungskataloge und Tarifbestimmungen Einfluss auf das Leistungsspektrum. Meist wird zwischen Hauskrankenpflege (HKP), Betreuung und Haushaltshilfe unterschieden. Teilweise können Beratungsleistungen zu pflegerischen Themen in Anspruch genommen bzw. abgerechnet werden (BMSGPK 2023). Das Leistungsspektrum variiert zwischen den Bundesländern, wobei auch die heterogene Personalzusammensetzung und damit die Leistungsanspruchnahme im Setting mobile Dienste auf Ebene der Bundesländer auffallend ist (GÖG oJ).

Vereinzelt ist es aus fachlicher Sicht der Community Nurses nötig, dass Leistungsangebote der HKP, übernommen oder angeleitet werden mussten bis eine Übernahme der Klientin bzw. des Klienten in die Regelversorgung erfolgen konnte.

Abgrenzung zu anderen Beratungsangeboten

In allen Bundesländern bestehen diverse Beratungs- und Informationsangebote im Bereich Pflege und Soziales. Diese erfüllen Aufgaben, die auf den ersten Blick den Eindruck erwecken, dem Angebot der CNs zu entsprechen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sich diese Angebote sowohl bezüglich Aufgabenspektrum als auch Art der Leistungsbereitstellung von jenen der CNs unterscheiden. Beispielsweise wird von Sozialberatungsstellen Unterstützung in Notlagen angeboten, also Hilfe bei finanziellen Problemen, drohender Wohnungslosigkeit und in existenziellen Krisen. Sie vermitteln zu Hilfsangeboten und unterstützen bei Behördenangelegenheiten im Falle von Pflegebedürftigkeit.

Zwar gibt es Überschneidungen mit den Aufgaben der Beratungsstellen, CNs fokussieren jedoch auf Gesundheitsförderung und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Sie zielen darauf ab, die Gesundheit von Menschen zu erhalten und zu verbessern sowie Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Hierbei geht es darum, die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen zu stärken. Das kann durch verschiedene Beratungsangebote, Bewegungsprogramme oder soziale Aktivitäten geschehen, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität verbessern. Insbesondere edukative Maßnahmen stehen im Fokus. Pflegende spielen eine wichtige Rolle bei der Aufklärung und Schulung von Klientinnen, Klienten und deren Angehörigen. Dies kann die Vermittlung von Wissen über gesunde Lebensweisen, die richtige Medikamenteneinnahme oder den Umgang mit chronischen Krankheiten umfassen. Die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sowie die Förderung der Selbstständigkeit und des Selbstbewusstseins der Betroffenen stehen im Vordergrund.

Begriffsklärung und Abgrenzung zu Community Health Nursing als erweiterte pflegerische Rolle gemäß WHO

Community Health Nursing (CHN) wird als Spezialgebiet des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und als erweiterte, vertiefte pflegerische Rolle verstanden. Es ist durch ein umfangreiches, erweitertes Aufgabengebiet mit autonomer Leistungserbringung gekennzeichnet.

Das Konzept, das in Österreich unter „Community Nursing“ pilotiert wurde, ist eine Annäherung an das international etablierte CHN, verfolgt ähnliche Ziele, verzichtet jedoch aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen auf den sonst üblichen starken Fokus auf die Systemebene, Epidemiologie, Strategieentwicklung und Planung.

Dies ist einer der Gründe, warum für die Pilotierung in Österreich der Begriff Community Nursing anstelle von Community Health Nursing gewählt wurde. Diese sprachliche Differenzierung soll das Entwicklungspotenzial dieser neuen pflegerischen Rolle aufzeigen.

In beiden Varianten wird Community (Health) Nursing jedenfalls als sozialraumorientierte Dienstleistung verstanden, die im Lebensraum der Menschen und möglichst wohnortnah angeboten wird, was ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zu anderen bestehenden Dienstleistungen darstellt.

3.2 Das Pilotprogramm Community Nursing 2022–2024

Community Nurses (CN) sind zentrale Ansprechpersonen für Pflege- und Gesundheitsfragen in ihrer Region, agieren auf drei Ebenen der Praxis (Individuum/Familie, Community, System) und übernehmen aktiv das sektorenübergreifende Nahtstellenmanagement, mit dem Ziel, dem ungedeckten Bedarf der Bevölkerung zu begegnen (BMF 2021; BMSGPK 2021b; Bundeskanzleramt 2020; Kozisnik et al. 2021). Für die konkrete Umsetzung gab das durch die Gesundheit Österreich GmbH entwickelte Aufgaben- und Rollenprofil den Ausgestaltungsrahmen vor. Die Aufgabengebiete und Schwerpunktsetzung konnten von den Projektumsetzerinnen und -umsetzern ausgestaltet werden. Durch die Möglichkeit unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen konnte eine regional differenzierte und auf Bedarfslagen abgestimmte Umsetzung erfolgen. Hinsichtlich des Einzugsgebiets war ein Vollzeitäquivalent (VZÄ) für 3.000–5.000 Einwohner:innen verantwortlich (BMSGPK 2021b; GÖG 2021), was den Community Nurses eine intensive Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen und pflegerischen Bedürfnissen und Bedarfen der regionalen Bevölkerung sowie die Umsetzung von differenzierten Maßnahmenbündeln ermöglichen sollte. Die Kombination aus individuumszentrierten Maßnahmen, Netzwerkarbeit und einer Gruppen- und Bevölkerungsorientierung soll einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung leisten.

Das EU-finanzierte Projekt hatte eine dreijährige Laufzeit. Folgende Eckpunkte und Dokumente bildeten die Grundlage für die Pilotierung:

Eckpunkte des Pilotprogramms 2022–2024

- 54,2 Mio. Euro Fördermittel (finanziert von der Europäischen Union, NextGenerationEU)
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) mit mehr als zwei Jahren Berufserfahrung konnten als Community Nurses tätig werden.
- 146 Förderanträge wurden eingereicht und bewertet.
- 2024 waren 117 Pilotprojekte (Stand 10/2024) in allen Bundesländern aktiv.
- Fördervolumen pro VZÄ max. 100.000 Euro pro Jahr, wobei bis zu 80 Prozent für Personalkosten und bis zu 20 Prozent für Sachkosten aufzuwenden sind
- 1 Vollzeitäquivalent (VZÄ) ist gemäß Sonderrichtlinie für eine Gesamteinwohnerzahl von 3.000–5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern zuständig.
- Etwa 90 E-Autos und 40 E-Bikes wurden gefördert, um eine umweltfreundliche Mobilität der Community Nurses zu gewährleisten.
- externe Evaluation durch die Fachhochschule Kärnten

Fördercall

Im Zeitraum von Oktober 2021 bis Dezember 2021 hatten Förderwerber:innen die Möglichkeit, ihre Projektidee in Form von Förderansuchen einzubringen. Nachdem die Projektanträge geprüft worden waren und eine Förderempfehlung formuliert worden war, wurden sie vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz genehmigt, womit die Projekte Anfang 2022 mit der Umsetzung starteten.

Rechtliche Rahmenbedingungen

2021 wurden die rechtlichen Grundlagen für die Umsetzung erarbeitet. Die gesetzliche Grundlage wurde durch eine Änderung des § 33c Bundespflegegeldgesetz geschaffen, womit der Bund die Möglichkeit hat, Gebietskörperschaften zu fördern (Bundespflegegeldgesetz - BPGG). Eine **Sonderrichtlinie** für die Förderung wurde erlassen, wobei das eigens für CN entwickelte **Aufgaben- und Rollenprofil** als Anlage der Sonderrichtlinie aufgenommen wurde und somit als verbindlich gesehen werden kann. Die Sonderrichtlinie gab den Rahmen für die Umsetzung vor, insbesondere den Kreis der Fördernehmer, die Höhe der Förderung, förderbare Kosten, Vorgaben zum Förderverfahren und der Abwicklung sowie Rückforderungsgründe, Publizitätsvorgaben und das Einzugsgebiet. Der Fördercall ergänzte bzw. spezifizierte die Vision, Zielgruppen von CN und die Zielsetzungen der österreichweiten Umsetzung von Community Nursing (Bundespflegegeldgesetz - BPGG; GÖG 2021; Kozisnik et al. 2021).

Akteure im Pilotprogramm

Fördernehmer und somit für die Umsetzung der Projekte vor Ort verantwortlich waren **Gemeinden, Städte und Sozialhilfeverbände**. Die fördernehmenden Stellen trugen Verantwortung für die fachlich und sachlich korrekte Umsetzung.

Dies umfasste das Einhalten von formalen Kriterien (Projektadministration, Einhalten der Förderrichtlinie) sowie von inhaltlichen Aspekten (Schaffen neuer Angebote in Abstimmung mit bestehenden, Bewerbung des Angebots etc.).

Kooperationsformen

- Die Fördernehmer konnten Community Nurses entweder selbst anstellen oder in unterschiedlichen Varianten mit Trägervereinen oder freiberuflich tätigen DGKP kooperieren.
- Gemeinden, die eine geringe Einwohnerzahl aufweisen, konnten sich durch einen Zusammenschluss in sogenannten Arbeitsgemeinschaften (ARGE) am Fördercall beteiligen, größere Gemeinden oder Städte hatten die Möglichkeit, mehrere Vollzeitäquivalente einzureichen oder eine Eingrenzung auf einen bestimmten Stadtteil vorzunehmen.

Die Einbindung der Community Nurse in kommunale Strukturen erfolgte bewusst und mit dem Ziel, optimale Voraussetzungen für Erreichbarkeit, Austausch und Vernetzung im Pilotgebiet zu schaffen. Wo möglich, wurde die Nutzung bestehender Infrastruktur (wie Gemeindezentren, Gesundheitseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) angestrebt, um Ressourcen effizient einzusetzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Weitere Akteure

Auftraggeber des Projekts und damit auch umsetzungsverantwortliche Organisation war das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), das einerseits im Rahmen des Regierungsprogramms der damaligen Legislaturperiode (Bundeskanzleramt 2020) und andererseits auf Basis der Arbeiten der Taskforce Pflege (Rappold et al. 2021) den Rahmen für die Implementierung festlegte. Die Verantwortung für diese Pilotprojekte lag beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), während **die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** die Projektbegleitung, -abwicklung und -koordination, einschließlich der Förderabwicklung durch den **Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)**, übernahm (GÖG 2021).

Die Implementierung eines Projekts in dieser Größenordnung erforderte eine Strategie, die alle Player und Stakeholder miteinbezog. Zur besseren Darstellung der Implementierungsstrategie wurden die zentralen Komponenten, Akteure und Stakeholder sowie Kontextfaktoren des Pilotprogramms in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Für einen Austausch mit der Fachcommunity wurden Vernetzungsaktivitäten durch die GÖG durchgeführt und es wurde ein runder Tisch zu Evaluationsprojekten rund um das Thema CN initiiert. Für einen Austausch mit den Bundesländern, dem Städte- und Gemeindebund hatte das BMSGPK eine Koordinierungsgruppe ins Leben gerufen, die während der Antragstellungsphase mehrmals sowie während der Projektphase halbjährlich tagte. Ziel der Koordinierungsgruppe war, die Länder, Gemeinden und Städte, die für die Langzeitpflege Verantwortung tragen, in das Projekt einzubeziehen, den Fortschritt zu diskutieren und Wege zu überlegen, wie die Projekte nach Ende der Laufzeit in die Regelversorgung integriert werden können.

Abbildung 1: Komponenten des Pilotprogramms



Quelle und Darstellung: GÖG

3.3 Zielsetzung

Vision

Die (gesundheitsrelevanten) Anteile der SDGs und insbesondere des Nachhaltigkeitsziels 3 werden durch die „Gesundheitsziele in Österreich“ untermauert (BMGF 2017). Eine Public-Health-Orientierung im Community Nursing, das auf einem community- bzw. gemeindeorientierten Ansatz und auf den Gesundheitsdeterminanten fußt, soll zur Erreichung der Gesundheitsziele 1, 2, 3, 5, 8, 9 und 10 beitragen (GÖG 2021).

Im Fokus stehen die Förderung der Gesundheitskompetenz (Gesundheitsziel 3) und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit (Gesundheitsziel 2), was durch niederschwellige, möglichst barrierefreie, gemeindenahen Ansätze erreicht werden soll. Dabei tragen präventive und aufsuchende Maßnahmen, Netzwerkarbeit und gruppenorientierte Angebote zu gesundheitlichen Themen zur Reduktion sozialer Isolation, zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts (Gesundheitsziel 5) sowie zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen bei. Als Advo-katinnen bzw. Advokaten wirken Community Nurses auch maßgeblich an der Verbesserung der Zugänglichkeit zur Pflege- und Gesundheitsversorgung (Gesundheitsziel 10) mit. Sie koordinieren bedarfsgerechte, diskriminierungsfreie und passgenaue Angebote aus den Bereichen Ehrenamt, Gesundheitsförderung, Pflege, Soziales und Gesundheit, überwinden Sektorengrenzen und fördern die Integration von Gesundheits- und Pflegeleistungen in und deren Zusammenspiel mit regionalen Strukturen und Angeboten (BMGF 2017; GÖG 2021).

Ziele

Community Nursing zielt darauf ab, ungedeckte Bedarfe in der Bevölkerung zu erkennen und zu vermeiden, das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu verbessern sowie die Gesundheitskompetenz, Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstmanagementkompetenzen zu stärken, indem niederschwellige wohnortnahe Angebote geschaffen werden, die präventiv und bedarfsorientiert ausgerichtet sind (BMSGPK 2021b).

Durch Maßnahmen, die zur

- Förderung der Selbstständigkeit,
- Prävention und Gesundheitsförderung (Ebenen Individuum, Familie, Gemeinde und System),
- Stärkung sozialer Netzwerke, Gemeinschaften und des Gemeinwesens,
- Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger,
- Verbesserung des Zugangs zu Gesundheits- und Sozialleistungen und der Rahmenbedingungen für Gesundheit im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit,
 - optimierter Einsatz von informellen Ressourcen, Ehrenamt sowie Gesundheits- und Sozialleistungen, und
- sektorenübergreifenden Vernetzung mit und von bestehenden Angeboten sowie Sichtbarmachung von Angeboten in der Region
(BMSGPK 2021b; BMSGPK 2021a; GÖG 2021; Rappold et al. 2023)

beitragen, wird darauf abgezielt,

- den Verbleib älterer Menschen im eigenen Zuhause zu ermöglichen,
- Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern,
- die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Zielgruppen zu fördern sowie
- die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. (GÖG 2021)

Die Community Nurses erarbeiten gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten abgestimmte Ziele und unterstützen, koordinieren oder vermitteln individuelle Vorsorge-, Aktivitäts- und Versorgungsarrangements, die durch präventive Hausbesuche, strukturierte Risikoerfassungen und gezielte Interventionsplanung ergänzt werden. Darüber hinaus leisten sie durch gruppen- und gemeindeorientierte Maßnahmen einen Beitrag zur langfristigen Gesundheitsförderung und Vernetzung innerhalb der Region. (Edtmayer et al. 2024; GÖG 2021; Rappold et al. 2023)

Community Nursing setzt dabei, angelehnt an internationale Modelle, auf **drei Ebenen** an:

- Individuum – Einzelpersonen, An- und Zugehörige, Familie und Bezugspersonensysteme
- Community – Gemeinschaft, Gruppen, Gemeinden, Bevölkerungsaggregate/
Subpopulationen
- (System)²
(Kozisnik et al. 2021; Minnesota Department of Health - MDH 2019; Stanhope/Lancaster 2019)

² Die Ebene des Systems wird hier in Klammer dargestellt, weil die Ebene des Systems während der Pilotierung von CN 2022–2024 als nicht prioritär gesehen wurde, diese gilt es bei einer Weiterentwicklung zu CHN stärker zu adressieren.

CNs agieren als Bindeglied zwischen bestehenden Versorgungssystemen (BMF 2021). Das betrifft insbesondere den Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge, speziell Gesundheit, Soziales, Pflege, Wohnen und weitere. CNs fungieren als Bindeglied zwischen diesen Sektoren und den Menschen, die Unterstützung oder weitere Dienstleistungen in diesen Bereichen benötigen. Das gilt insbesondere für vulnerable Gruppen, die durch herkömmliche Strukturen schwer erreichbar sind.

Durch die Agilität und Anpassbarkeit von Community Nursing kann es sich den wandelnden Anforderungen einer alternden Gesellschaft anpassen und ermöglicht eine Versorgung, die den Menschen und ihren Lebensrealitäten entspricht.

Insgesamt setzt Community Nursing einen klaren Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, wodurch es sich deutlich von bestehenden mobilen Diensten und Case-Management-Angeboten abgrenzt. Diese bestehenden Strukturen und Angebote werden durch CN ergänzt (BMSGPK 2021b; GÖG 2021). CNs agieren als vorgelagerte, direkt zu erreichende Dienstleistung, die – wenn Bezug zu den Versorgungsstufen im Gesundheitswesen genommen werden möchte – der Primärversorgung zuzuordnen ist, wobei derzeit bestehende pflegerische Dienstleistung eher einer Sekundärversorgung gleichkommen.

3.4 Zielgruppen

Die Zielgruppen des Pilotprojekts sind in erster Linie auf Ebene des Individuums und der Community zu verorten.

Das Angebot richtet sich **primär** an:

- ältere zu Hause lebende Menschen mit be(-vor-)stehendem Informations-, Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf,
 - insbesondere Menschen, die noch keine mobilen und sozialen Dienstleistungen in Anspruch nehmen,
- pflegende/betreuende An- und Zugehörige sowie
- weitere Zielgruppen, die aufgrund regionaler Bedarfe (GÖG 2021; Rappold et al. 2023) in Form von Bedarfserhebungen identifiziert und in weiterer Folge als Zielgruppe definiert werden.

Die Zielgruppen wurden bewusst offen formuliert, um Schwerpunktsetzungen auf Basis des regionalen Bedarfs zu ermöglichen und die Maßnahmen und Ausrichtung von CN an die lokalen Bedarfe und Rahmenbedingungen anpassen zu können.

Beispiele für weitere Zielgruppen sind u. a. Personen mit chronischen Erkrankungen, Kinder und Jugendliche (generationsübergreifende Ansätze oder durch die Bearbeitung von Gesundheitsthemen in Schulen), durch systematische Screenings erkannte Menschen mit erhöhtem Risiko für Stürze, Frailty (Gebrechlichkeit) oder Vereinsamung, Menschen mit psychischen Erkrankungen, vulnerable Gruppen, wie ältere Alleinstehende, Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung, Menschen in sozialen Notlagen bzw. prekären Situationen, Menschen mit und nach schwerer Erkrankung, aber auch die Gesamtbevölkerung der Region (GÖG 2021).

Das Netzwerk wird als mittelbare Zielgruppe verstanden. Kooperationspartner:innen, v. a. lokale und/oder regionale Akteurinnen sowie Akteure und Anbieter:innen des Gesundheits(-förderungs-), Pflege- und Sozialbereichs sowie kommunale Entscheidungsträger:innen gelten als **sekundäre Zielgruppe** (GÖG 2021; Rappold et al. 2023).

Community Nursing versteht sich einerseits als universelles Angebot (für ältere Menschen), das insbesondere durch präventive Hausbesuche proaktiv zugänglich gemacht wird. Andererseits zielt Community Nursing auf der Individualebene speziell auf Menschen mit bestimmtem Risikoprofil, insbesondere auf Menschen in einem Frühstadium von oder mit Risiko für Frailty (sog. Prefrailty). Bei dieser Zielgruppe soll eine prozesshafte Begleitung dazu beitragen, die Selbstständigkeit zu fördern und weitere gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls gegenzusteuern.

3.5 Aufgaben- und Rollenprofil

Das Aufgaben- und Rollenprofil stellte eine Grundlage für die Tätigkeit als Community Nurse während der Pilotphase in Österreich dar (BMSGPK 2021b; GÖG 2021; Kozisnik et al. 2021). Die genaue Ausgestaltung des Aufgaben- und Rollenprofils oblag jedoch den Projekten und agierenden Personen selbst und konnte beispielsweise durch Bedarfserhebungen, lokale Angebots- und Infrastruktur sowie Verfügbarkeit, Aushandlungsprozesse sowie im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses beispielsweise durch Stellenbeschreibungen konkretisiert werden.

Das Aufgaben- und Rollenprofil für Österreich wurde 2021, angelehnt an das nachstehend erläuterte Public Health Intervention Wheel (PHIW) durch die GÖG und das BMSGPK entwickelt, einem Review mit Expertinnen unterzogen und diente als fachliche Grundlage für die Pilotierung von Community Nursing (CN) in Österreich. Auf Basis identifizierter Bedarfe und Zielsetzungen wurde das Aufgaben- und Rollenprofil entwickelt. Die beschriebenen Aufgaben verdeutlichen, dass diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) mit generalistischer Ausbildung über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um diese Aufgaben fachgerecht zu erfüllen. Dies begründet die Auswahl dieser Berufsgruppe und die Entscheidung, die Übernahme der Rolle der CNs ausschließlich auf DGKP (im Idealfall mit weiterführenden Ausbildungen) einzuschränken. Das adaptierte Aufgaben- und Rollenprofil übernimmt die grundlegende Struktur des PHIW und enthält fünf Sektoren (Kozisnik et al. 2021). Das Modell des PHIW wurde auf den österreichischen Kontext zugeschnitten, vereinfacht sowie praxisnaher und anwendungsfreundlicher gestaltet. Aufgrund des zu Beginn fehlenden Erfahrungswissens wurde bewusst auf eine Unterteilung in die einzelnen Interventionsbereiche verzichtet.

Abbildung 2: Aufgaben- und Rollenprofil



* Pflegeintervention als Begriff wird kontrovers diskutiert, da dieser Unschärfen mit sich bringt; nähere Erläuterungen siehe Kapitel 5.2.2

Quelle: GÖG (2021), in Anlehnung an das Minnesota Department of Health - MDH (2019); Darstellung: GÖG

Die thematisch ähnlichen Aufgabenbereiche wurden in Sektoren gegliedert und umfassen die Bereiche „Monitoring und Erhebung“, „Information, Edukation und Beratung“, „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“ sowie „Fürsprache und Interessenvertretung“. Ein weiterer Bereich, „Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklungen und Umsetzung“, wird zwar grafisch dargestellt, wurde jedoch in der Pilotphase bis Ende 2024 nicht prioritär behandelt und wird daher nicht näher ausgeführt. Die Schwerpunkte waren während der Pilotphase primär auf der Ebene von Individuen, Familien und spezifischen Zielgruppen im gemeindenahen Kontext verortet (Kozisnik et al. 2021).

Bereits im Fördercall 2021 wurde auf eine Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils hingewiesen, die unter Einbezug der Pilotprojekte sowie von Expertinnen und Experten geschehen soll (GÖG 2021). Im Zwischenbericht zur Gesamtevaluation der österreichischen Community-Nursing-Pilotprojekte wurden einerseits eine Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils basierend auf den Erkenntnissen der Pilotierung sowie eine Annäherung an das originale PHIW empfohlen. Andererseits wurde eine Ausdifferenzierung und Stärkung der Rolle und Aufgabenbereiche der Community Nurses angeregt (Pichler et al. 2022, unveröffentlicht).

In Kapitel 7.2 werden Empfehlungen bzgl. der Weiterentwicklung des Aufgaben- und Rollenprofils auf Basis der Projekterfahrungen und Evaluationsergebnisse dargestellt. Diese Änderungen stellen eine erste Reaktion auf die Erkenntnisse der Pilotphase dar. Eine Revision des Aufgaben- und Rollenprofils wird empfohlen.

Hintergrund – das Public Health Intervention Wheel

Das PHIW, das 1998 mithilfe eines Grounded-Theory-Ansatzes entwickelt worden war, wurde mittlerweile mehrfach weiterentwickelt bzw. validiert. Es dient dazu, die Bandbreite der beruflichen Praxis von Public Health Nurses zu beschreiben. Das PHIW wird weltweit verwendet, um Zielsetzungen, Curricula und Tätigkeitsbereiche im Public Health Nursing zu definieren und zu evaluieren. Im Original umfasst das PHIW fünf farblich gekennzeichnete Sektoren, die in 17 Interventionsbereiche unterteilt sind.

Wesentlich ist dabei, dass der Großteil der Interventionen auf den drei Ebenen (Individuum/Familie, Community und System) stattfinden kann, alle Intervention sind bevölkerungsorientiert ausgerichtet (Minnesota Department of Health - MDH 2019). Interventionen gelten als bevölkerungsorientiert, wenn die Ausrichtung auf gesamte Populationen, ein umfassendes Gesundheitsverständnis, breite Determinanten der Gesundheit, alle Präventionsebenen, alle Praxisebenen sowie die Berücksichtigung eines Community Health Assessment erfolgt (Minnesota Department of Health - MDH 2019).

Für Österreich gilt zukünftig, zu prüfen, inwiefern und unter welchen Voraussetzungen das PHIW angewendet werden kann. Im roten Bereich zeigt sich, dass voraussichtlich eine Adaption hinsichtlich einer stärkeren Berücksichtigung österreichischer Strukturen nötig sein wird.

Das Public Health Intervention Wheel des Minnesota Department of Health wird als Orientierungshilfe für die Entwicklung von C(H)N in Österreich gesehen.

Das originale PHIW ist hier abrufbar:

[Kurzfassung](#)

[Langfassung](#)



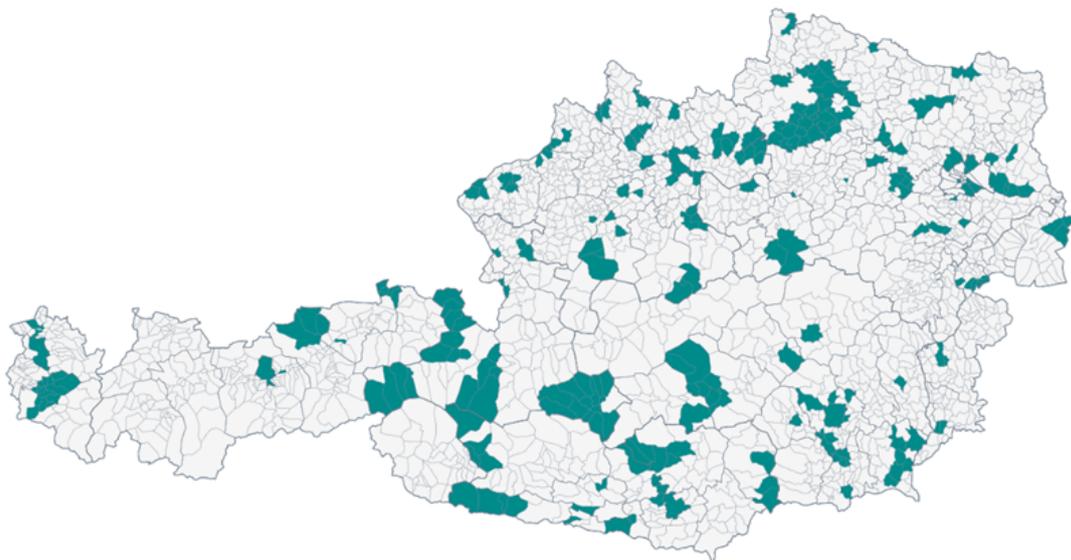
4 Implementierung, Umsetzung, Begleitung

4.1 Umsetzungsprojekte

4.1.1 Regionale Verteilung der Projekte

Mit Oktober 2024 waren 117 Projekte in Umsetzung, wobei rund 190 Vollzeitäquivalente gefördert werden konnten. In allen neun österreichischen Bundesländern waren CN-Projekte in Umsetzung, die regionale Verteilung wird in nachfolgender Grafik sowie tabellarisch dargestellt.

Abbildung 3: Verteilung der Pilotprojekte in Österreich im Jahr 2024



Quelle: GÖG

Während der Pilotphase war eine Projektdynamik zu verzeichnen. Sechs Projekte beendeten frühzeitig die Umsetzung, während sechs Projekte im Jahr 2023 (12,5 VZÄ) die Möglichkeit hatten, aus dem ursprünglichen Fördercall nach Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nachzurücken.

In Tabelle 1 sind die aktiven Projekte mit Ende 2024 dargestellt.

Tabelle 1: Projektanzahl und maximal geförderte Personenzahl pro Bundesland

Bundesland	Bgld.	Kärnten	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	VLbg.	W	Gesamt
Projekte	6	11	26	31	11	20	5	4	3	117
im Förderansuchen beantragte Personen	8	22	62	70	33	50	8	7	13	273

Quelle: GÖG

In Summe stellte über die Hälfte der Projekte die Community Nurses an oder arbeitete mit freien Dienstnehmer:innen zusammen. Die restlichen Projekte kooperierten in unterschiedlichen Formen mit Umsetzungsträgern, einschließlich freiberuflicher Community Nurses. Es ist eine hohe Teilzeitquote zu beobachten.

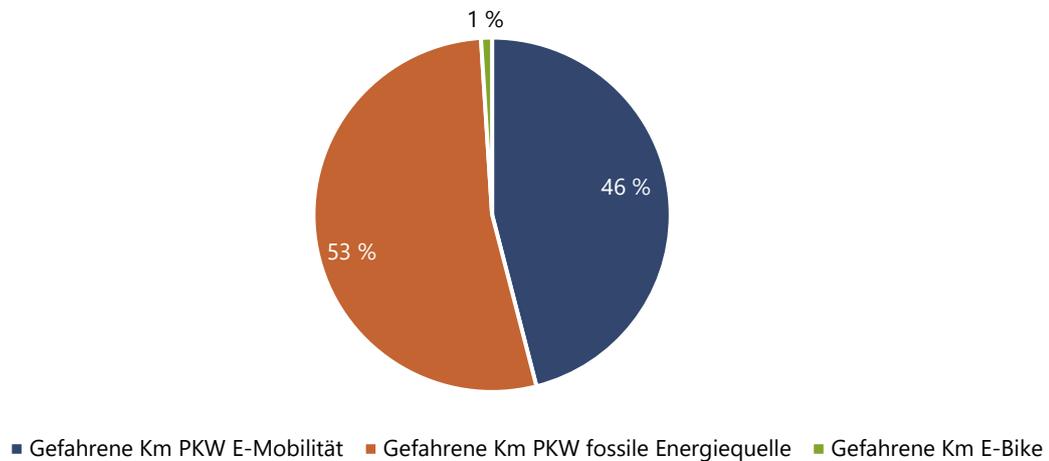
4.1.2 Mobilität

Die Projektregionen der Community Nurses unterschieden sich in der Größe ihrer Einzugsgebiete und daher auch in den Distanzen, die v. a. im Rahmen der aufsuchenden Arbeit zurückgelegt wurden. Das Projekt unterstützte nachhaltige und klimaschonende Mobilität mittels E-Autos und E-Bikes finanziell.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit im Jahr 2024 (Stand: 30. September 2024) legten die Community Nurses insgesamt 336.806 Kilometer zurück (2023: 424.637 km; 2022: 220.490 km). Von den in den Jahren 2022 bis 2024 **insgesamt 981.933 gefahrenen Kilometern** wurden 47 Prozent mit E-Fahrzeugen (E-Pkw und E-Bike) zurückgelegt. Damit wurden gemäß den Berechnungsmethoden des Umweltbundesamts im Bereich der Pkw-Nutzung rund 52 Tonnen CO₂-Äquivalente eingespart.³

³ „CO₂ ist das bedeutendste Treibhausgas (THG), unter bestimmten Bedingungen können auch andere THG in hohen Anteilen anfallen. Das CO₂-Äquivalent beschreibt, wie viel ein THG zum Treibhauseffekt beiträgt.“ (Quelle: [Umweltbundesamt](#))

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der von Community Nurses zurückgelegten Kilometer 2022–2024, in Prozent, $n_{2022-2024} = 981.933$ (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

4.2 Aktivitäten von CN

Die vorliegenden Projektergebnisse präsentieren die Arbeiten des EU-geförderten Projekts „Community Nursing“ in den ersten drei Umsetzungsjahren, die die Zeiträume Jänner bis Dezember 2022, Jänner bis Dezember 2023 und Jänner bis *September 2024* umfassen.

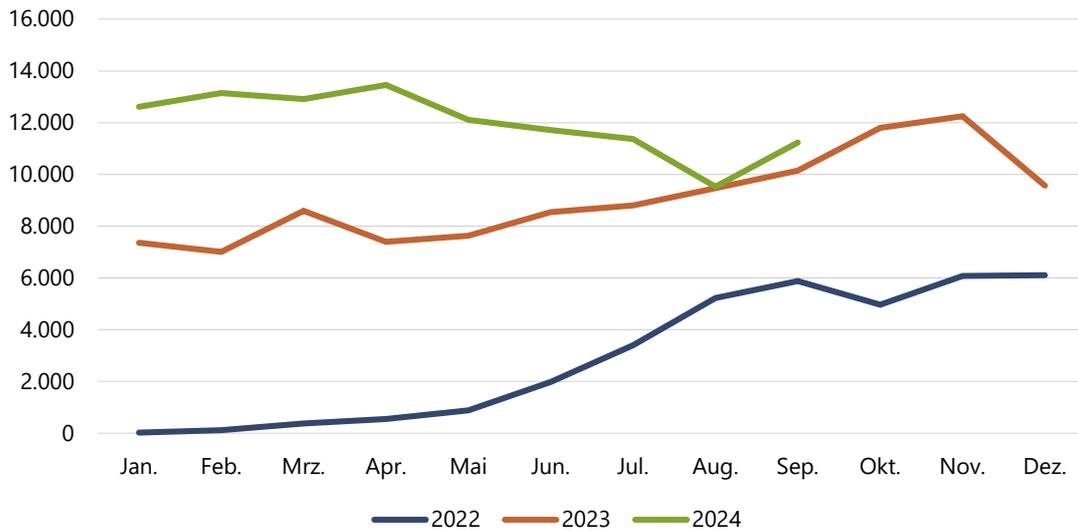
4.2.1 Kontakte mit der Bevölkerung

Insgesamt fanden über alle Jahre verteilt (2022–2024; Stand: 30.09.2024) 486.919 Kontakte statt, davon entfielen 52 Prozent auf direkte Kontakte mit Klientinnen und Klienten, während 48 Prozent der Kontakte zur Pflege und Erweiterung des Netzwerks genutzt wurden.

Kontakte mit Klientinnen und Klienten (bundesweit)

Im dritten Umsetzungsjahr des EU-geförderten Projekts „Community Nursing“ zeigt sich, dass die Anzahl der Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten seit 2022 kontinuierlich zugenommen hat (vgl. Abbildung 5). Ein saisonaler Rückgang der Kontaktzahlen gegen Jahresende sowie in den Sommermonaten ist allerdings aufgrund urlaubsbedingter Faktoren gängig. Insgesamt **108.047 persönliche Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten** fanden im dritten Umsetzungsjahr allein bis September 2024 statt (2023: 108.538; 2022: 35.567). Diese kamen bei präventiven Hausbesuchen bei Personen der Altersgruppe ≥ 75 Jahre sowie bei Personen der Altersgruppe < 75 Jahre, Sprechstunden und „sonstigen aufsuchenden Leistungen“ inklusive telefonischer Kontakte zustande. Dies umfasst alle Kontakte auf Ebene des Individuums und der Familien, die entweder **face to face** oder **medien-gestützt voice to voice** stattfanden.

Abbildung 5: Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten im Jahresverlauf (alle Jahre); n₂₀₂₂ = 35.567; n₂₀₂₃ = 108.538; n₂₀₂₄ = 108.047 (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

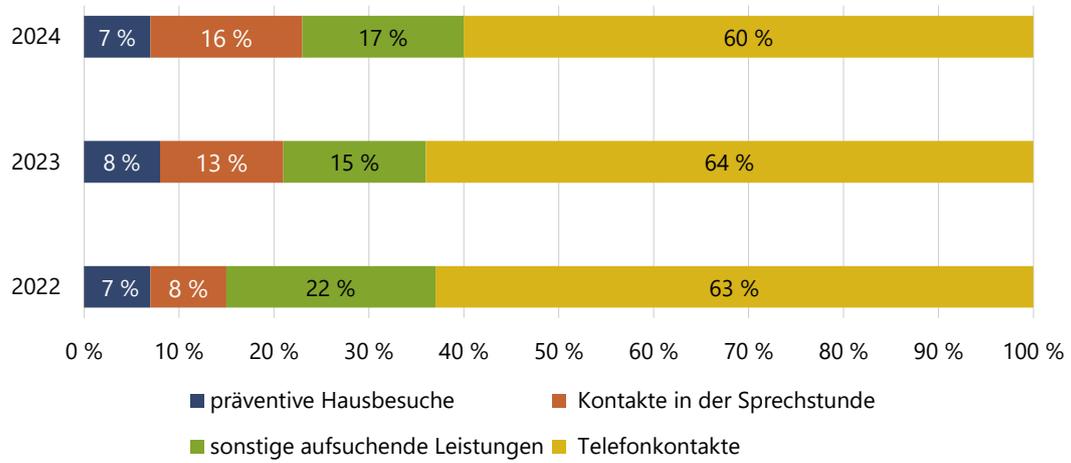
Abbildung 6 zeigt, dass in allen drei Umsetzungsjahren des Projekts die Telefonkontakte den größten Anteil der Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten darstellen ($\geq 60\%$ in den Jahren 2022, 2023 und 2024), gefolgt von „sonstigen aufsuchenden Leistungen“ (2022: 22 %; 2023: 15 %; 2024: 17 %). Die Bandbreite der Kontakte in der **Sprechstunde** erstrecken sich von 8 bis 16 Prozent (2022: 8 %, 2023: 13 %, 2024: 16 %). In Summe wurde die Anzahl der Kontakte in den Sprechstunden von Jahr zu Jahr höher (2022: 2.872; 2023: 13.638; 2024: 17.686).

Präventive Hausbesuche, die im Rahmen der RRF-Pilotprojekte als zentrale Maßnahme gesehen werden, machten in allen Umsetzungsjahren rund 7 bis 8 Prozent der Leistungen aus (2022: 7 %, 2023: 8 %, 2024: 7 %). Präventive Hausbesuche von Community Nurses sind ein wesentlicher Bestandteil der gemeindenahen, niederschweligen Gesundheitsförderung und Pflege.

Aufsuchende Leistungen, die keinen stark präventiven Charakter haben und nicht in einen präventiven Hausbesuch münden (zum Beispiel ein Hausbesuch aufgrund eines Anlassfalls, aufsuchende Beratungen ohne stark präventiven Charakter), werden unter dem Punkt **„sonstige aufsuchende Leistungen“** zusammengefasst.

Abbildung 6 zeigt weiters, dass über die Jahre die Telefonkontakte insgesamt prozentuell *im Vergleich zu den anderen persönlichen Kontaktarten* leicht abgenommen (2022: 7.810; 2023: 16.482; 2024: 18.027), die Sprechstunden hingegen zugenommen haben. Gründe dafür könnten in der steigenden Akzeptanz von Community Nursing und einer erfolgreichen Aufbau- und Netzwerkarbeit liegen.

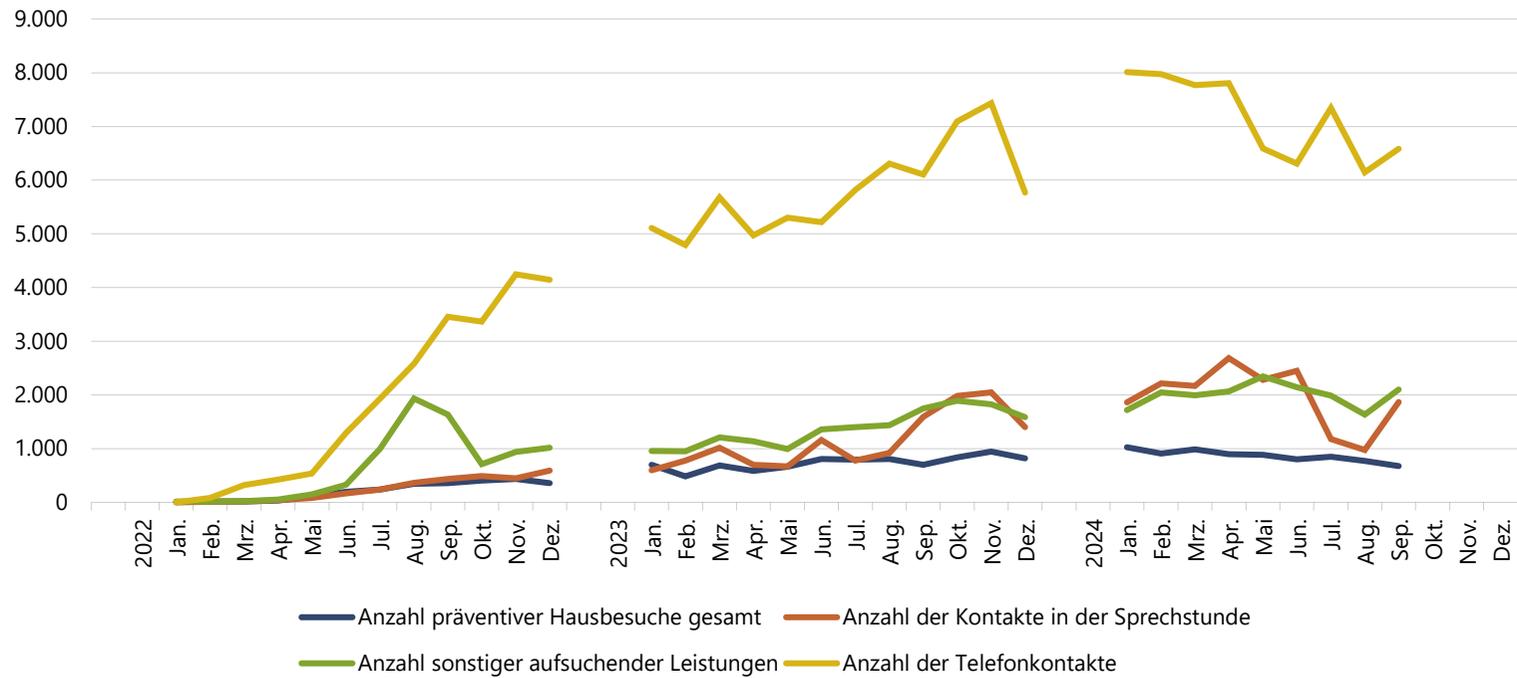
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung des persönlichen Klientenkontakts, $n_{2022} = 35.567$; $n_{2023} = 108.538$; $n_{2024} = 108.047$, in Prozent (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

Nachfolgende Abbildung 7 zeigt die Arten des persönlichen Kontakts im Jahresverlauf.

Abbildung 7: Persönliche Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten im Jahresverlauf, nach Art des Kontakts, 2022, 2023, 2024; n₂₀₂₂ = 35.567; n₂₀₂₃ = 108.538; n₂₀₂₄ = 108.047 (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

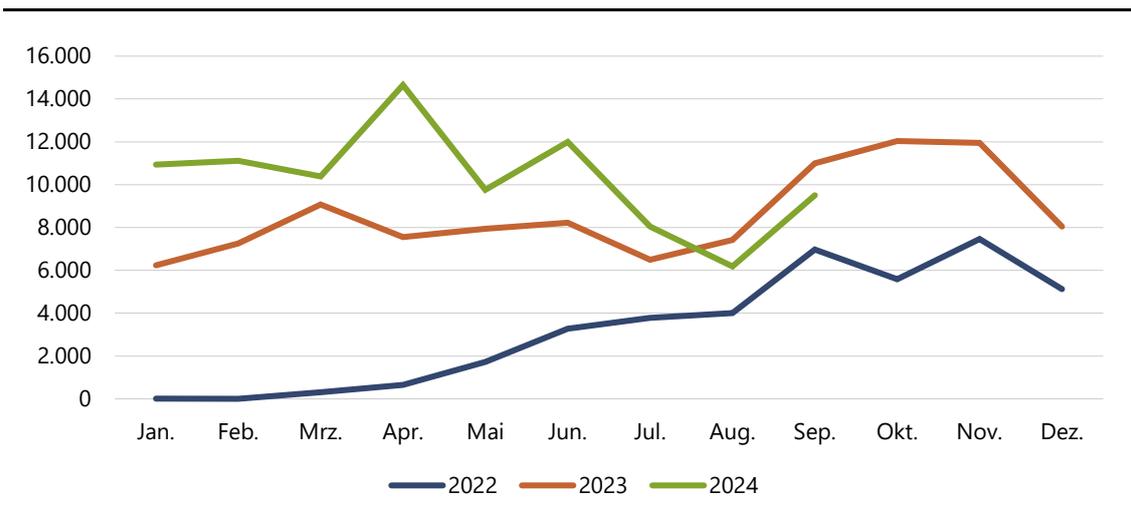
4.2.2 Kontakte zur Netzwerkpflege (bundesweit)

Ergänzend zu den Klientenkontakten fand ein **Anstieg der Kontakte der Community Nurses zur Netzwerkpflege statt** (bis je 30. Sept. 2024: 92.604; 2023: 103.216; 2022: 38.947). Netzwerkarbeit dient dazu, dass sich Community Nurses sowohl untereinander als auch mit den regionalen Stakeholdern vernetzen.

Insgesamt fanden von Jänner 2022 bis **September 2024** 234.767 Kontakte zur Netzwerkpflege statt. Im Jahr 2023 erfolgten mit 103.216 Kontakten die meisten Kontakte zur Netzwerkpflege, gefolgt von 92.604 Kontakten im Jahr 2024 (Stand: 30.09.2024). Im Jahr 2022 wurden mit Abstand die wenigsten Kontakte zur Netzwerkpflege vorgenommen. Die Tatsache, dass im *ersten* Umsetzungsjahr vergleichsweise wenige Teams als Community Nurses tätig waren, erklärt das unausgewogene Jahresverhältnis in diesem Zusammenhang (siehe Abbildung 8).

Auffallend ist, dass die Anzahl der **Kontakte zur Netzwerkpflege** im Jahresverlauf schwanken. Ein möglicher Grund für die reduzierten Kontakte zur Netzwerkpflege in bestimmten Monaten liegt vermutlich an typischen Urlaubszeiten (Sommer, Jahresende).

Abbildung 8: Kontakte zur Netzwerkpflege im Jahresverlauf, 2022, 2023, 2024; $n_{2022} = 38.947$; $n_{2023} = 103.216$; $n_{2024} = 92.604$ (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

In Summe hatten die Community Nurses im Jahr 2024 (allein bis September 2024) 200.651 Kontakte, sowohl mit Klientinnen und Klienten als auch mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern (2023: 211.754; 2022: 74.514).

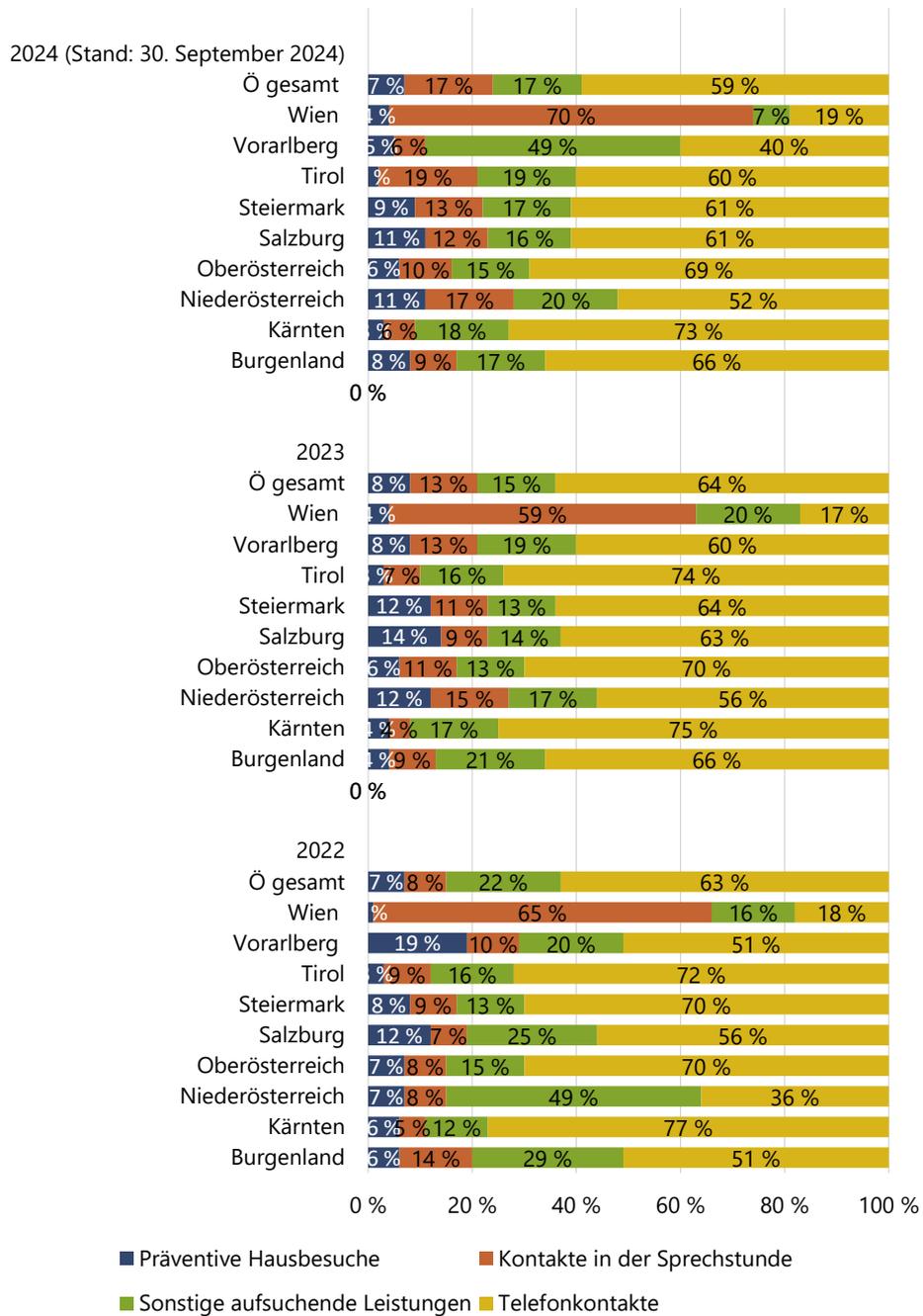
4.2.3 Kontakte mit Klientinnen und Klienten nach Bundesland

Abbildung 9 stellt die Verteilung der Kontakte bei präventiven Hausbesuchen, in den niedergelassenen Sprechstunden, bei „sonstigen aufsuchenden Leistungen“ sowie der Telefonkontakte innerhalb der Bundesländer dar. In Hinblick auf die Schwerpunktsetzung auf den präventiven

Hausbesuch stechen hier Niederösterreich, die Steiermark und Salzburg hervor. Prozentuell betrachtet wurde in den genannten drei Bundesländern über alle Jahre hinweg am meisten Augenmerk auf präventive Hausbesuche gelegt. Auffallend ist, dass im Bundesland Vorarlberg im Jahr 2022 anteilig die meisten präventiven Hausbesuche durchgeführt wurden (19 %); dieser hohe Anteil ging mit den Jahren wieder zurück (2023: 8 %; 2024: 5 %).

Abbildung 9 zeigt darüber hinaus, dass „sonstige aufsuchende Leistungen“ mit Ausnahme der Bundesländer Niederösterreich, Burgenland und Vorarlberg (in denen von 2022–2024 ein Zuwachs / eine Abnahme stattgefunden hat) im Schnitt einen in etwa gleichbleibend hohen Anteil ausmachen (2022–2024: 12–25 %).

Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der persönlichen Kontakte zwischen Community Nurses und Klientinnen bzw. Klienten nach Bundesland, 2022, 2023, 2024; n₂₀₂₂ = 35.556; n₂₀₂₃ = 108.538; n₂₀₂₄ = 95.432; in Prozent (Stand: 30.09.2024)

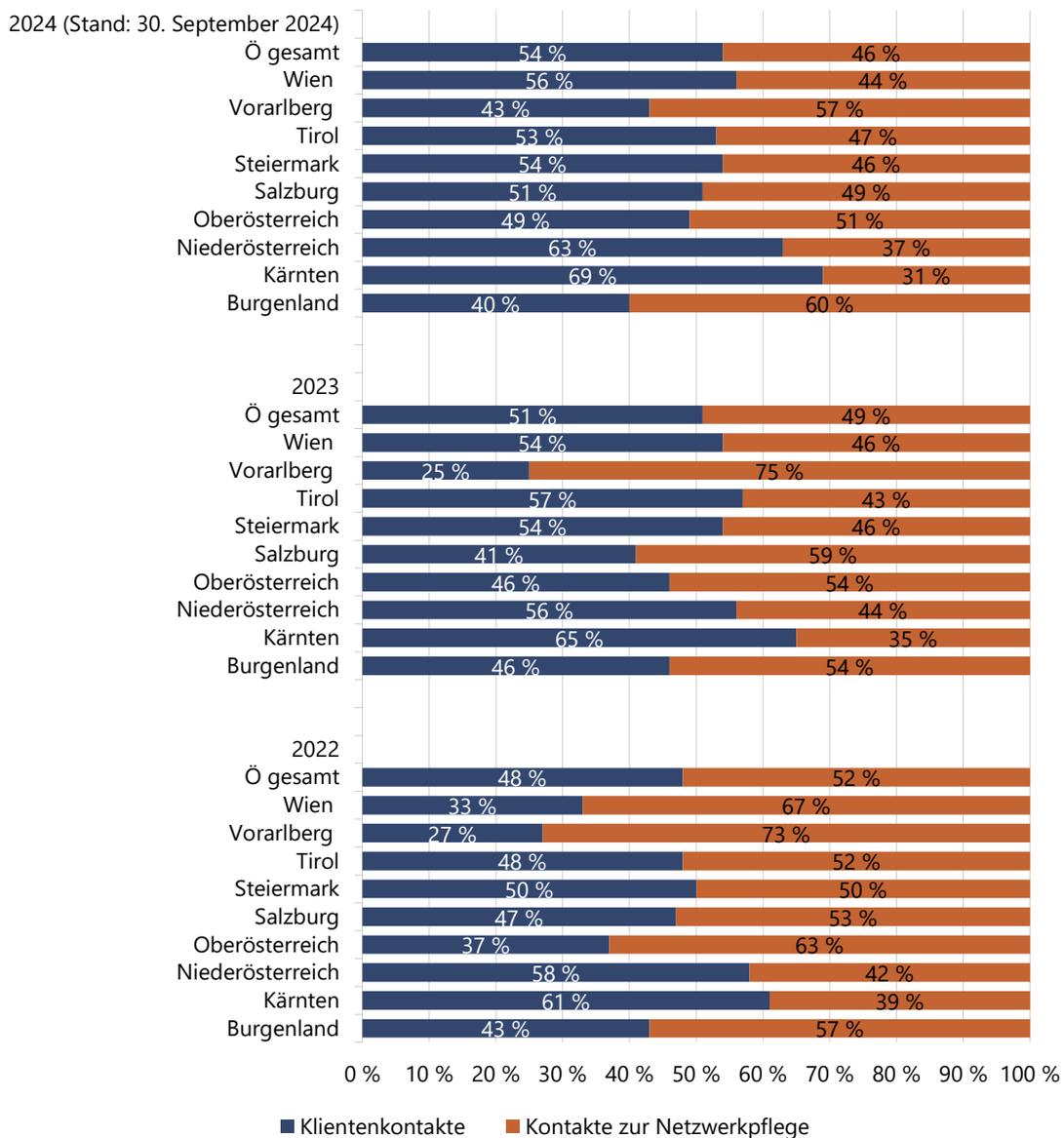


Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

4.2.4 Kontakte mit Klientinnen und Klienten im Verhältnis zu Kontakten zur Netzwerkpflege nach Bundesland

Das prozentuale Verhältnis der Klientenkontakte zu den Kontakten zur Netzwerkpflege variiert nach Bundesland und Umsetzungsjahr. In allen Bundesländern (v. a. in Wien, Vorarlberg und Oberösterreich) kam insbesondere in der Anfangszeit der Projekte dem Netzwerkaufbau eine große Bedeutung zu. Betrachtet man das österreichweite Verhältnis der Kontakte zur Netzwerkpflege zu den Klientenkontakten (Abbildung 10) gesamthaft, so präsentiert sich dieses als annähernd ausgeglichen.

Abbildung 10: Verhältnis der Kontakte zur Netzwerkpflege zu Klientenkontakten, nach Bundesland, 2022, 2023, 2024; n₂₀₂₂ = 74.503; n₂₀₂₃ = 211.754; n₂₀₂₄ = 177.093 (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

4.2.5 Fallarten

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Fallarten von Community Nurses sowie über die Anzahl der Projekte, die in den neun Bundesländern am Pilotprojekt teilgenommen haben. Einzelfallberatungen wurden dokumentiert, wenn nur mit einem Kontakt zu rechnen war. Einzelpersonen, Familien und Gruppen, die laufend begleitet wurden, wurden als „Fälle“ erfasst, wobei unterschiedliche Kontaktintensitäten und -intervalle möglich waren. Bei der Darstellung der Fälle ist zu berücksichtigen, dass CNs mit den jeweiligen Klientinnen und Klienten mindestens zwei Kontakte und bis zu 20 und mehr Kontakte gehabt haben (Pichler et al. 2024).

Tabelle 2: Anzahl der Fallarten von Community Nursing, 2022, 2023, 2024
(Stand: 30.09.2024)

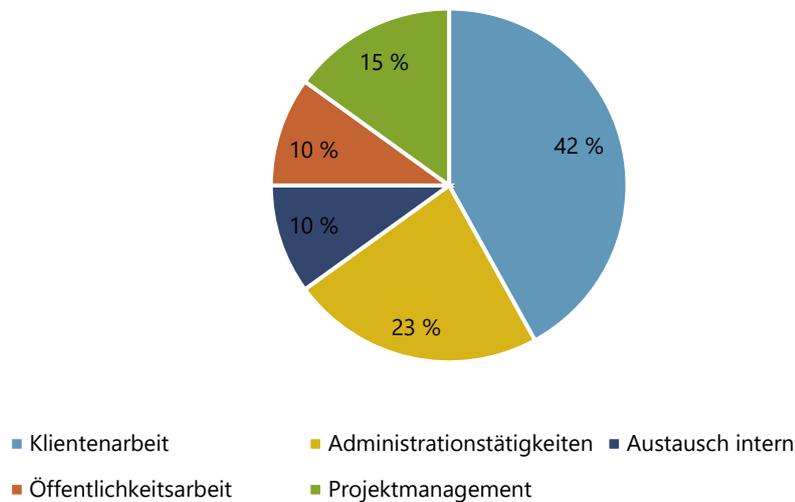
Jahr	Einzelfallberatung	Einzelperson	Familie	Gruppe
2022	466	1.910	848	655
2023	2.167	4.537	4.537	627
2024	3.007	3.641	3.641	183
Gesamt	5.640	10.088	4.221	1.465

Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

4.2.6 Arbeitszeit

In den Umsetzungsjahren 2022 bis 2024 (Stand: 30.09.2024) wurden insgesamt ca. 688.000 Arbeitsstunden geleistet. Gut 42 Prozent der Arbeitszeit wurden für klientennahe Maßnahmen aufgewendet (rund 292.000 Arbeitsstunden). Rund ein Viertel der Arbeitszeit entfiel auf administrative Tätigkeiten (rund 158.240 Arbeitsstunden). Der interne Austausch (rund 66.000 Arbeitsstunden) sowie die Öffentlichkeitsarbeit (rund 68.000 Arbeitsstunden) spielten eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Rund 105.000 Arbeitsstunden entfielen auf Tätigkeiten des Projektmanagements.

Abbildung 11: Prozentuale Verteilung der Arbeitszeit von Community Nurses 2022–2024, in Prozent, $n_{2022-2024} = 687.460$ (Stand: 30.09.2024)



Quelle: DokCN; Darstellung: GÖG

4.2.7 Hinweis zur Vergleichbarkeit der Daten

Kontaktzahlen (absolute Zahlen) aus Vorveröffentlichungen können geringfügig von den hier dargestellten Zahlen abweichen, da Nachmeldungen bzw. eine spätere Dokumentation möglich war. Bei einem Vergleich ist jedenfalls auf die Angabe des jeweiligen Datums des Datenauszugs zu achten.

4.3 Begleitmaßnahmen während der Pilotphase

Community Nursing stellte zu Pilotierungsbeginn eine neue, public-health-orientierte, auf Gesundheitsförderung ausgerichtete Dienstleistung in Österreich dar. Damit ging auch ein Aufgabenspektrum einher, das für die umsetzenden DGKP neu war.

Initial wurden bestehende Schulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten geprüft, die von der Umsetzung und Genehmigung einer Weiterbildung nach § 64 GuKG bis hin zu Onlineschulungsmodulen reichten. Anfangs musste ad hoc reagiert und mussten Fragen und drängende Themen rasch bedarfsorientiert bearbeitet werden. Die Idee der Konzeption und Umsetzung einer gesetzlich geregelten Weiterbildung wird inhaltlich zwar weiterhin befürwortet, wurde jedoch verworfen, da der Projektzeitraum und die -rahmenbedingungen dies nicht zuließen. Die strategische Zielsetzung wurde stark vom rollierenden Projektbeginn mit regelmäßig neu startenden CNs, von der hohen Teilzeitquote und den engen zeitlichen Rahmenbedingungen beeinflusst: Es wurde das Ziel verfolgt, die persönlichen, sozialen und fachlichen Kernkompetenzen der Community Nurses zu stärken, um sie dazu zu befähigen, im kommunalen Setting eigenständig und aktiv die Rolle der Community Nurse auszuüben. Ein weiteres Ziel war die Stärkung der

Vernetzung unter den Community Nurses sowie mit regionalen Stakeholdern, Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung.

Schließlich wurde in der Pilotierung eine systematische Schulungsreihe in Form von Webinaren angeboten. Die Schulungen umfassten diverse Formate von Sprechstunden und Webinaren über Jahreskonferenzen und Ringvorlesungen bis hin zu anlassbezogenen Angeboten.

4.3.1 Schulungsprogramm

In diesem Kapitel werden die einzelnen Formate des Schulungsprogramms detailliert dargestellt.

4.3.1.1 Webinare

Ausgangspunkt der Schulungsinhalte bildeten die Einschätzung der erforderlichen Kenntnisse auf Basis des Rollen- und Aufgabenprofils einer Community Nurse im Pilotprojekt, die gegebenen Qualifikationen aktiver Community Nurses und die Ergebnisse einer Erhebung zu Pilotbeginn. Letztere wurde im September 2022 durchgeführt und zeigte den Bedarf und die Fortbildungswünsche bereits aktiver Community Nurses zu diesem Zeitpunkt auf. Laufende Rückmeldungen und Erkenntnisse aus den diversen Austauschformaten wurden ebenfalls aufgegriffen.

Die **Webinare** umfassten Themen wie Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz, Assessmentinstrumente, diversitäts- und gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter, Social Prescribing und viele mehr. In Summe fanden **20 dreistündige Fachwebinare** an je zwei wählbaren Terminen statt. Alle Webinarinhalte sind dem Tabellenband im Anhang zu entnehmen. Zumeist wurden die Webinare aufgezeichnet und zur Nachschau zur Verfügung gestellt. Ausgewählte Themen wie Netzwerkarbeit, das Aufgaben- und Rollenprofil und der präventive Hausbesuch wurden zusätzlich in Form von Kurzvideos, sogenannten Quick-Start-Videos, zeitunabhängig zur Verfügung gestellt.

Zwei **Reflexions- und Debriefingformate** wurden im Kontext von **Extremwetterereignissen** im Sommer 2023 und 2024 angeboten. Das Angebot richtete sich 2023 an die von Hochwasser betroffenen Gebiete der Steiermark und Kärnten. Im Jahr 2024 wurden alle wetterbedingten Ereignisse wie Hitze, Starkregen etc. aufgegriffen. Die Teilnahme war nicht verpflichtend. Erste Erfahrungen im Kontext von „Disaster Nursing“ bzw. „Disaster Literacy“ der Community Nurses konnten gewonnen und auf Veranstaltungen dargestellt werden.

Für die zahlreichen **berufs- und haftungsrechtlichen Fragestellungen**, mit denen sich Community Nurses konfrontiert sahen, wurde in den Monaten April bis Juni 2023 in Kooperation mit dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) eine juristische Fortbildungsreihe von je drei Stunden online angeboten. Themen wie Haftungsfragen in der Berufsausübung, Berufsrecht in der interdisziplinären Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe, Pflege und Betreuung durch Laiinnen und Laien sowie Kompetenzen und Verantwortung wurden behandelt.

Schwerpunkt Gesundheitsförderung

In Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderungsorganisationen Styria vitalis und conSalis wurden die Themen Gesundheitsförderung im kommunalen Setting sowie Gesundheitsförderung für die Zielgruppe älterer Menschen intensiviert. Ziel war, Vertreter:innen der Projektträger:innen zu erreichen, um sie für das Zusammenwirken von (kommunaler) Gesundheitsförderung und Community Nursing zu sensibilisieren und beide Seiten in einen Austausch zu bringen. Auf Grundlage einer umfangreichen Zielgruppenanalyse und Bedarfserhebung (Onlineumfrage zu Fortbildungswünschen, Fazit aus regionalen Vernetzungstreffen von Community Nurses und Kurzinterviews mit Projektträgerinnen und -trägern sowie Projektleiterinnen und -leitern) wurde ein Fort-, Weiterbildungs- und Vernetzungskonzept für kommunale Gesundheitsförderung sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Community-Nursing-Pilotprojekten entwickelt und in den Jahren 2023 und 2024 zur Umsetzung gebracht.

Styria vitalis war für die Ostregion (Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Steiermark und Wien) zuständig, während conSalis den Westen Österreichs (Bundesländer Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg) abdeckte. Um praxisnahe Ansätze und Strategien sowie Tools zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppen der Pilotprojekte wie etwa ältere Menschen zu vermitteln und zu diskutieren, wurden verschiedene Angebotsformate gewählt: Praxis-Dialog-Webinare, Praxis-Dialog-Treffen, Good-Practice-Videos und Fallvignetten.

Bei den zweistündigen Praxis-Dialog-Webinaren stand der Austausch über Praxiserfahrungen im Mittelpunkt. Erfahrene Regionalentwickler:innen lieferten Kurzinputs zu wichtigen Themen für die Arbeit im regionalen Setting und ermöglichten den Austausch von Erfahrungen und methodischen Zugängen. Insgesamt fanden elf Praxis-Dialog-Webinare statt, welche insgesamt 219 Personen erreichen konnten.

Zur Vernetzung und zum Austausch, zwischen den in den Gemeinden im Community Nursing Engagierten und den Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung wurden acht Praxis-Dialog-Treffen – drei davon online und fünf in Präsenz (in Linz, Innsbruck, Salzburg, Klagenfurt und St. Pölten) – umgesetzt, deren Finanzierung der Fonds Gesundes Österreich übernahm, womit insgesamt 143 Teilnehmer:innen erreicht werden konnten.

Von Styria vitalis wurden auf Basis ihrer Webinare fünf Fallvignetten als Beispiele guter Praxis erstellt. Diese Fallvignetten dienen als Inspirationsquelle und kommunizieren funktionierende Umsetzungsvarianten und Bilder für einen Integrationsprozess; sie wurden den Projektträgerinnen und -trägern zur Verfügung gestellt.

In 14 von conSalis produzierten Good-Practice-Videos berichten Bürgermeister:innen entlang grundsätzlicher Fragen der Gesundheitsförderung über die in ihrer Gemeinde gemachten Erfahrungen zum erfolgreichen Zusammenwirken von Community Nursing und kommunaler Gesundheitsförderung.

Die Sammlung der Good-Practice-Videos ist hier abrufbar:

[Good Practice – Kurzvideos](#)



Um zur Verbreitung der Angebote beizutragen, unterstützte die GÖG die Bewerbung über ihre Informationskanäle wie z. B. den monatlichen Newsflash und die CN-Website.

4.3.1.2 Ringvorlesung

Zur Vertiefung fachlicher Schwerpunkte wurden 2023 und 2024 zwei virtuelle Ringvorlesungen mit Expertinnen und Experten umgesetzt (siehe Anhang).

Die **Ringvorlesung 2023** mit dem Titel „Reife und Verletzlichkeit im hohen Alter – Was kann Community Nursing zur Lebensqualität beitragen“ fand von März bis Juni 2023 statt und umfasste insgesamt 13 Termine. Ziel der Vorlesungsreihe war, das geriatrische Syndrom „Frailty“ (Gebrechlichkeit) umfassend zu beleuchten und Ansätze zur Förderung der Lebensqualität im Alter vorzustellen. Zu den Themenschwerpunkten gehörten unter anderem soziale Aspekte des Alterns, gesundheitsförderliches Altern, Frailty in der interdisziplinären Versorgung sowie Ernährung und Bewegung im hohen Alter. Darüber hinaus wurden die Themen Schmerzmanagement und die Rolle sozialer Arbeit und therapeutischer Berufe in der Unterstützung älterer Menschen behandelt. Die Vorträge boten theoretische und praxisorientierte Perspektiven und regten zur Reflexion an, wie Community Nursing zur Stärkung der intrinsischen Kapazität und zur sozialen Teilhabe älterer Menschen beitragen kann.

Die **Ringvorlesung 2024** mit dem Titel „Community-based care programs – a guided tour to various national health system strategies“ fand von März bis Juni 2024 statt und umfasste acht Termine. Die Ringvorlesung verfolgte das Ziel, verschiedene nationale Ansätze für gemeinschaftsorientierte Gesundheitsversorgung vorzustellen und einen länderübergreifenden Erfahrungsaustausch zu fördern. Expertinnen und Experten aus Österreich, Deutschland, Tschechien, Slowenien, Spanien, Ungarn und der Slowakei präsentierten die spezifischen Entwicklungen ihrer jeweiligen Länder im Bereich Community (Health) Nursing. Die Schwerpunkte reichten von der Einbindung von Community Nurses in lokale Gesundheitsstrategien bis hin zur Bedeutung von Gesundheitskompetenz und der Verringerung von Zugangsbarrieren in der Versorgung. Die Ringvorlesung bot eine umfassende Perspektive auf die Vielfalt und Gemeinsamkeiten communityorientierter pflegerischer Programme in Europa.

4.3.1.3 Virtuelle Vernetzung

Hierzu wurden seitens der GÖG virtuelle **Sprechstunden** in einem bedarfsangepassten Intervall, über die Pilotphase hinweg jedoch zumindest monatlich, angeboten. Der Fokus lag dabei auf der Vernetzung der Pilotprojekte, der Förderung des Erfahrungsaustausches zwischen den Pilotprojekten und der Klärung von offenen Fragestellungen.

Die Sprechstunde ist ein einstündiges Onlineformat, das initial zur Klärung akuter Fragen etabliert und schließlich im Projektverlauf beibehalten wurde. Zumeist wurden aktuelle Informationen vermittelt, ein fachliches Schwerpunktthema mittels eines Kurzvortrags von Expertinnen und Experten präsentiert und anschließend mit den Community Nurses diskutiert bzw. reflektiert. In Summe fanden **über 40 moderierte virtuelle Sprechstunden** statt (siehe Anhang).

4.3.1.4 Regionale Vernetzungstreffen

Ergänzend wurden **regionale Vernetzungstreffen** in allen Bundesländern zu zwei Zeitpunkten in der Pilotphase durchgeführt.

Regionale Vernetzungstreffen fanden im Herbst 2022 sowie im Herbst/Winter 2023/2024 in Präsenz in jedem Bundesland unter Einbeziehung der Mitglieder der Koordinierungsgruppe (Ländervertreter:innen) statt. In Summe wurden 18 Vernetzungstreffen umgesetzt (siehe Anhang). Die regionalen Vernetzungstreffen dienten dem Erfahrungsaustausch und der Wissenszirkulation. Zudem ermöglichten sie der Koordinationsstelle Community Nursing an der GÖG Einblicke in die Projektumsetzung. Die Teilnehmer:innen waren zum größten Teil Community Nurses und Projektleitungen. Vielfach nahmen Vertreter:innen der Bundesländer teil oder wirkten aktiv mit. Vereinzelt nahmen auch Gemeindefunktionärinnen und -funktionäre teil.

Zudem sollte die Vernetzung der Community Nurses untereinander sowie mit regionalen Stakeholdern, Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung unterstützt werden. Die Umsetzer:innen sollten durch den Austausch Wissen und Fähigkeiten aufbauen und voneinander lernen können. Der Fokus der Vernetzungsaktivitäten lag auf regionaler, nationaler und themenspezifischer Vernetzung.

4.3.1.5 Jahreskonferenzen

Die Jahreskonferenzen umfassten 2023 und 2024 jeweils zwei Tage. Der erste Tag war jeweils dem fachlichen Austausch und der Vernetzung zwischen Projekten, Akteurinnen und Akteuren diverser Institutionen, Fachexpertinnen und -experten und der GÖG gewidmet. Die Konzeption und Vision von Community Nursing in Österreich wurde diskutiert und reflektiert. Der zweite Tag war jeweils der Erörterung zentraler Fragestellungen und dem Erwerb von Ideen, persönlichen Kompetenzen und Fertigkeiten für den beruflichen Alltag speziell der Community Nurses gewidmet.

- Am 9. und 10. Mai 2023 stand die Jahreskonferenz unter dem Motto „Unser gemeinsamer Weg – erste Resonanzen“. 257 Community Nurses, Projektleiter:innen, Fachexpertinnen und Fachexperten, Gemeinde- und Landesvertreter:innen reflektierten und bündelten Fachinhalte, Initiativen und Erfahrungen aus der Praxis.
- Am 17. und 18. Juni 2024 erörterten 230 Community Nurses, Fachexpertinnen und Fachexperten sowie politische Vertreter:innen unter dem Motto „Community Nursing – Gegenwart und Zukunft“ den Stand und die Perspektiven von Community Nursing in Österreich. Dabei standen die Themen Gesundheitsförderung, interprofessionelle Zusammenarbeit und Stärkung der Resilienz in der Gemeinschaft im Fokus. Die Diskussionen unterstrichen die Bedeutung definierter Rollen und eine verstärkte Nutzung von Synergien zwischen Community Nurses und anderen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren. In Fachvorträgen und interaktiven Workshops wurde der Mehrwert dieser pflegerischen Rolle sichtbar, insbesondere durch die Verleihung des „Good Practice Award“, der vier innovative Projekte auszeichnete.

Good Practice Award

Der „Good Practice Award 2024“ bot erstmals eine Plattform, um besonders gelungene Community-Nursing-Projekte oder deren Initiativen in Österreich, die durch ihre innovative Umsetzung von Gesundheitsförderung und Pflege überzeugten, zu würdigen. Seit Beginn des Pilotprojekts 2022 bereichern Community Nurses das regionale Versorgungsangebot, indem sie auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen sowie gesundheitlich und sozial benachteiligter

Zielgruppen eingehen. Die Auszeichnung förderte gezielt den fachlichen Austausch und die Reflexion von Aktivitäten, wobei die 22 eingereichten Projekte vielfältige Ansätze und praxisnahe Lösungen für die Gesundheitsförderung und -versorgung aufzeigten. Die Jury, bestehend aus Expertinnen und Experten für Gesundheitsförderung und Pflege, wählte vier Projekte aus, die das Potenzial von Community Nursing zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität besonders eindrucksvoll demonstrieren. Die prämierten Arbeiten unterstreichen die Bedeutung lokaler, zielgerichteter Ansätze, die Synergien zwischen Pflege, Prävention und interprofessioneller Vernetzung im Sinne des Capacity Building schaffen.

Die Abstracts der 22 eingereichten Projekte werden 2025 auf der Website www.cn-oesterreich.at veröffentlicht.



4.3.2 Projektwebsite

Darüber hinaus wird mit einer **Projektwebsite** ein öffentlicher Auftritt ermöglicht.

Die Website wird kontinuierlich aktualisiert und erweitert. Eine Projektsuche wurde implementiert, die eine Kontaktaufnahme mit den Umsetzungsprojekten ermöglicht. Die CN-Website bietet umfassende Informationen, darunter Kurzbeschreibungen der Projekte, aktuelle Veranstaltungen und relevante Grundlagendokumente. Zusätzlich wurde eine Projektlandkarte mit Suchfunktion etabliert, die Filtermöglichkeiten nach Bundesländern, Bezirken und wesentlichen Kontaktinformationen bietet. Diese erleichtert die gezielte Auffindbarkeit und Vernetzung der Projekte. Die Umsetzer:innen konnten über eine speziell eingerichtete **Downloadplattform** eine Vielzahl an Materialien wie Präsentationen, Literatur sowie Webinaraufzeichnungen, die eine zeit- und ortsunabhängige Nachlese ermöglichen, herunterladen.

Aktuelle Entwicklungen, Veranstaltungen und umsetzungsrelevante Informationen wurden monatlich schriftlich an die Fördernehmer:innen und Community Nurses in Form eines Newsletters (sog. „Newsflash“) versendet.

Aktuelle Entwicklungen und weiterführende Informationen rund um Community Nursing in Österreich finden Sie unter www.cn-oesterreich.at.

HIER gelangen Sie zur **Projektlandkarte**.



Sie können sich HIER zum **Newsletter** CN anmelden.

4.3.2.1 Projektspezifische Beratung

In Kooperation mit einem projektnahen Sozialdienstleister (Syncare GmbH) wurde ein Angebot für Ad-hoc-Fragen und Einzelfallberatungen geschaffen. Syncare führte im Auftrag der GÖG anlassbezogene Beratungen durch. Während zu Beginn organisatorische und projektplanerische Fragen im Vordergrund standen, sind wurden zunehmend fachliche Themen wie das Aufgaben- und Rollenprofil, die Zielgruppenansprache, das Gleichgewicht zwischen Klientenarbeit und gruppenorientierten Angeboten und Veranstaltungen sowie die Entwicklung von

Gesundheitsförderungsprogrammen relevant. Eine zentrale Herausforderung, die in den Beratungen thematisiert wurde, lag im präventiven und frühzeitigen Erreichen der von den CNs adressierten Zielgruppe, da sich diese häufig nicht als Zielgruppe definiert.

4.3.3 Befragung zu den Schulungsmaßnahmen

Vor der Konzipierung des bereits skizzierten Schulungsprogramms wurde eine Befragung unter den Community Nurses (und Projektleitungen) durchgeführt, um die Schulungsbedarfe zu erheben. Im Zeitraum von 15. November 2024 bis 13. Dezember 2024 wurde diese Befragung wiederholt und um weitere Fragen zu zukünftigen Bildungsinhalten für Community (Health) Nursing erweitert. Dabei wurde das Ziel verfolgt, für die Zukunft adäquate und notwendige Inhalte empfehlen und festhalten zu können und die Bildungsbedarfe im Pilotverlauf zu vergleichen. Hierbei wurden sowohl inhaltliche Schwerpunkte abgefragt, die aus Sicht der Umsetzer:innen nötig sind, als auch zukünftig präferierte Bildungsangebote bzw. -formate.

An der Umfrage nahmen 60 Teilnehmer:innen teil. 85 Prozent (51/60) der Teilnehmer:innen waren als CNs und 15 Prozent (9/60) als CNs und Projektleitung aktiv. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

Vorbildung/-erfahrung

- 53,3 Prozent waren vor der Tätigkeit als CN mehr als 15 Jahre im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege tätig; 18,3 Prozent zwischen 11 und 15 Jahre.
- 21,7 Prozent absolvierten eine Weiterbildung im Case und Care Management, 20 Prozent im basalen und mittleren Pflegemanagement und 18,3 Prozent im Wundmanagement.
- Über eine Sonderausbildung und Spezialisierung verfügten 22 Personen in den Fachbereichen Führungsaufgaben, Intensiv- bzw. Anästhesiepflege, Pflegepädagogik.
- 13 Personen schlossen eine Masterqualifikationen ab (z. B. in Gesundheits- bzw. Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Public Health, Advanced Nursing Education oder Advanced Nursing Practice).
- 31,7 Prozent sehen das zukünftige Bildungsformat als Weiterbildung (GuKG gemäß § 64 im Umfang von mindestens vier Wochen) und 30 Prozent als Spezialisierung/Sonderausbildung. Vier Personen (6,6 %) sprachen sich für ein Masterstudium aus.
- 73,3 Prozent (44/60) gaben fehlende „fachliche Vorkenntnisse“ (meist genannt wurden etwa Projektmanagement, Gesundheitsförderung und Öffentlichkeitsarbeit) und 48,3 Prozent (29/60) fehlende „Berufserfahrung im Setting“ (insbesondere in der extramuralen Versorgung wie mobile Dienste bzw. die Versorgungslandschaft von Primärversorgung und anderer Gesundheitsdiensteanbieter) an, als sie die Tätigkeit als CN aufnahmen.

Relevante Bildungsinhalte für neue CNs

Fachinhalte, die für künftige Bildungsangebote für „neue“ CNs als besonders relevant („sehr wichtig“) erachtet werden:

- „Der präventive Hausbesuch“ (86,7 %)
- Beratung und Schulung (80 %)

- Grundlagen zu Prävention und Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (80 %)
- Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (76,7 %)
- Einführung in das Berufsbild und die Rolle der CN (76,7 %)

Schulungsangebot 2022–2024

Rückblick der Schulungsformate von 2022 bis 2024:

- 61,7 Prozent waren sehr zufrieden mit der Zeit und Dauer der Veranstaltungen.
- 53,3 Prozent waren sehr zufrieden mit den Trainerinnen und Trainern bzw. den Referentinnen und Referenten.
- 43,3 Prozent waren sehr zufrieden bzw. 45 Prozent etwas zufrieden mit dem Informationszugewinn.
- 55 Prozent bzw. 31,7 Prozent waren mit der Möglichkeit des Austausches und der Diskussion sehr zufrieden bzw. etwas zufrieden.

Die Details der Umfrage werden in einem Factsheet zusammengeführt und auf www.cn-oesterreich.at veröffentlicht.

4.4 Externe Begleitevaluation

Die externe Begleitevaluation der Pilotierung von Community Nursing in Österreich, durchgeführt von der Fachhochschule Kärnten, verfolgte einen theoriebasierten Ansatz, der sowohl formative als auch summative Elemente integriert. Im Rahmen der formativen Evaluation wurde ein Wirkmodell entwickelt, das die zentralen Wirkmechanismen von Community Nursing strukturiert darstellt und als Grundlage für die Wirkungsmessung sowie die Ableitung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen dient. Ziel der Evaluation war, die Implementierung der Intervention umfassend zu analysieren, ihre Wirkmechanismen zu verstehen und die Wirksamkeit auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu messen. Dabei wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes angewandt, um die Komplexität der Intervention adäquat abzubilden. Der multidisziplinäre Zugang der Evaluation und des Forschungsteams, das pflegewissenschaftliche, ökonomische und sozialwissenschaftliche Perspektiven einbrachte, ist hervorzuheben. Ein zentraler Fokus der Evaluation lag auf der partizipativen Einbindung relevanter Akteurinnen und Akteure einschließlich der Community Nurses, der Zielgruppe älterer Menschen, der Gemeinden sowie weiterer lokaler Akteurinnen und Akteure. Dieser partizipative Ansatz gewährleistete, dass praxisrelevante Fragestellungen aufgegriffen und die Ergebnisse in die laufende Projektumsetzung zurückgespielt werden konnten (Pichler et al. 2024).

Ausgewählte Ergebnisse und Handlungsempfehlungen flossen in die Ergebnisdarstellung des vorliegenden Berichts ein. Der Evaluationsbericht wird gesondert veröffentlicht.

4.4.1 Projekt- und Leistungsdokumentation DokCN

Die Projektdokumentation wurde als zentrales Instrument für Reporting, Controlling und Evaluationszwecke konzipiert und schrittweise optimiert. Während die Dokumentation zunächst über

Excel-Tabellen erfolgte, ermöglicht seit der Einführung von DokCN eine digitale Plattform die strukturierte Erfassung und Verwaltung von Tagesblättern, monatlichen Leistungsblättern und Falldokumentationen. Dies trägt nicht nur zu einer effizienteren Datenverwaltung bei, sondern auch zu einem kontinuierlichen Monitoring der Projektaktivitäten. Die Möglichkeit, Daten in anonymisierter Form regelmäßig auszuwerten, bot der GÖG im Rahmen der Projektbegleitung, der FH Kärnten für die Evaluierung und den Projekten selbst wichtige Einblicke für die Steuerung und Bewertung der Pilotprojekte, auch wenn einzelne Datenlücken und Unschärfen in der Dokumentation die Analyse einschränken.

Für diesen Bericht diente DokCN als Datenquelle zur Darstellung von Aktivitäten und Kontakthäufigkeiten der Community Nurses.

5 Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase

Mit dem Projekt wachsen, sich flexibel an die wechselnden Rahmenbedingungen, Bedürfnisse der jeweiligen Region und Zielgruppe anpassen, Neues ausprobieren und Erprobtes gegebenenfalls auch wieder verwerfen – diese Dynamik prägte den Entwicklungsprozess im Rahmen der Pilotierung. Gewisse Schritte in der Identifikation von Bedarfen der Zielgruppe, auf Basis des „Versorgungsmodells“ und die Definition von CN, wurden iterativ auf Ebene der CNs und der GÖG und im Austausch der Genannten durchgeführt.

Das Projekt orientierte sich prozessual am PEPPA Framework (Bryant-Lukosius/DiCenso 2004a; Bryant-Lukosius et al. 2004b) und inhaltlich am Public Health Intervention Wheel (PHIW) (Minnesota Department of Health - MDH 2019). In der Literatur wird das PEPPA Framework als Grundlage für die Einführung von APN (Advanced Practice Nurse)-Rollen herangezogen. Das Akronym PEPPA ist aus der Beschreibung des Frameworks abgeleitet und steht für einen partizipativen, evidenzbasierten, patientenzentrierten prozess für APN-Rollenentwicklung, -Implementierung und -Evaluierung (Bryant-Lukosius/DiCenso 2004a; Bryant-Lukosius et al. 2004b). Das prozesshafte Vorgehen, angelehnt an das PEPPA Framework, eignete sich auch für die Begleitung und Reflexion der Implementierung der Community Nurses in Österreich. Bryant-Lukosius/DiCenso (2004a) beschreiben folgende neun Schritte im Framework, im Folgenden werden allerdings die Advanced Practice Nurses durch Community Nurses ersetzt:

1. Definieren der Zielgruppe, Beschreibung des derzeitiges Versorgungsmodells
2. Akteurinnen und Akteure bzw. Stakeholder identifizieren und Teilnehmende rekrutieren
3. Ermitteln des Bedarfs für das neue Versorgungsmodell
4. Identifizieren der vorrangigen Probleme und Festlegen der Ziele, um das Versorgungsmodell zu verbessern
5. Definition des neuen Versorgungsmodells und der CN-Rolle
6. Planen der Implementierungsstrategie
7. CN-Implementierungsplan einleiten
 - a) Bildungsmaßnahmen, Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung stellen
 - b) Entwicklung von Strategien für die neue Rolle
 - c) Beginn der Rollenentwicklung und Implementierung
8. Evaluieren der CN-Rolle und des neuen Versorgungsmodells
9. langfristiges Monitoring der CN-Rolle und des Versorgungsmodells

Die Schritte des PEPPA Framework wurden während der Pilotierung wiederkehrend reflektiert. Einige Schritte mussten dabei schnell durchlaufen werden, während andere wiederholt wurden bzw. wiederholt und nachgeschärft werden mussten. Die Schritte 8 und 9 – Evaluation und Monitoring – sollten insbesondere mit Blick auf die Zukunft verstärkt angegangen werden. Im Rahmen der Pilotierung von CN war nicht möglich, die Schritte 1 bis 5, also die Definition und Identifikation, einmalig und abschließend zu klären, da sich Zielgruppen verändern, Regionen unterschiedliche Bedürfnisse haben und sich diese entwickeln.

Die Pilotphase wurde mit der Entwicklerin des PEPPA Framework (Denise Bryant-Lukosius) und mit anderen Expertinnen und Experten mit Blick auf die Entwicklung und Implementierung abschließend reflektiert.

Das Kapitel Erkenntnisse und Ergebnisse zielt darauf ab verschiedene Daten, die während der Pilotphase entstanden sind, aufzubereiten. Die Grundlage für den Bericht stellen ausgewählte Projektberichte, Vernetzungsformate, Workshops, DokCN sowie quantitative Befragungen und die externe Evaluation dar. Das unsystematische Beobachtungswissen, das während der Projektbegleitung generiert wurde, wurde strukturiert und floss ebenso ein. Details zu den Datengrundlagen und zur Entstehung des Berichts sind in Kapitel 9 dargestellt.

Ausgewählte Umsetzungsschwerpunkte und -maßnahmen wie der präventive Hausbesuch werden in diesem Kapitel detailliert dargestellt, das Aufgaben- und Rollenprofil sowie Kontextfaktoren der Pilotierung reflektiert.

5.1 Ausgewählte Umsetzungsschwerpunkte

Community Nursing (CN) wird in Österreich, aufgrund der offenen, frei gestaltbaren Projektumsetzung, sehr unterschiedlich ausgestaltet. Das ist in unterschiedlichen Rahmenbedingungen und lokalen Gegebenheiten begründet. Diese Heterogenität ist eine Stärke, verunmöglicht aber die Abbildung der Umsetzungsrealität. Die Bandbreite reicht von Ansätzen, die sich stark auf die individuelle Ebene konzentrieren, über Projekte mit Schwerpunkt auf Gruppen- und Gemeindeaktivitäten bis hin zu Projekten, die versuchen, eine Ausgeglichenheit dieser Bereiche zu finden. Aus den Projektberichten wird ersichtlich, dass die (zeitliche) Verfügbarkeit von weiterführenden Dienstleistungen und die Unterstützung durch lokale Akteurinnen und Akteure die Ausprägung und Schwerpunktsetzung von CN beeinflussten.

Die Unterschiede in den Projekten zeigen sich sowohl in der Schwerpunktsetzung, der Ziel(-gruppen-)erreichung und der Nutzung lokaler Infrastruktur als auch bzgl. Akzeptanz.

Diese Faktoren machten es notwendig, sich in diesem Bericht auf ausgewählte Umsetzungsschwerpunkte zu konzentrieren, um das Feld von CN exemplarisch und dennoch greifbar zu beschreiben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Community Nursing auf diese Aspekte begrenzt ist – vielmehr zeigen die beschriebenen Schwerpunkte beispielhaft die Möglichkeiten und Potenziale, die in dieser Rolle liegen.

5.1.1 Kernfunktionen

Anhand der Rückmeldungen aus den Vernetzungstreffen, weiteren Austauschformaten und den Monitoringberichten konnten das Aufgaben- und Rollenprofil weiter konkretisiert und können Kernfunktionen von Community Nurses beschrieben werden. Diese sind ...

... auf Ebene der Community:

- Netzwerkarbeit und Koordination (Aufbau und Pflege des Netzwerks, das Eingehen von Kooperationen, Optimierung von Prozessen und Regelung der Zusammenarbeit mit zentralen Stakeholderinnen und Stakeholdern wie z. B. Hauskrankenpflegerinnen und -pflegern sowie Ärztinnen und Ärzten)
- Information, Edukation, Beratung auf Gruppenebene (Gruppenangebote implementieren, Selbsthilfegruppen initiieren und durchführen, Workshops anbieten, Vorträge organisieren)

- Information und Beratung der Gemeinde (Beobachtungen in der Gemeinde zu Barrierefreiheit und Altersfreundlichkeit, Bedarfen bestimmter Zielgruppen, zukünftigen Schwerpunkten etc.)

... auf Ebene des Individuums:

- vertrauensvoller Beziehungsaufbau (zentrale Ansprechperson sein)
- Information, Edukation, Beratung (Einzelgespräche oder Einbezug der Familie / des Nahbereichs)
- Hausbesuche (präventiv und als „Türöffner“ im Anlassfall)
- Koordination und Vermittlung (Identifikation, Organisation und Koordination spezifischer individuell angepasster Angebote aus dem Bereich Gesundheit, Soziales und Ehrenamt, Gewährleistung der Kontinuität der Betreuung mit dem Ziel, eine passgenaue und bedarfsorientierte Lösungsstrategie partnerschaftlich mit Klientinnen und Klienten zu erarbeiten)

Für Aktivitäten auf Ebene des Individuums ist eine gelungene Netzwerkarbeit Voraussetzung, bei der zu beachten ist, dass andere bevölkerungsorientierte Initiativen (z. B. Frühe Hilfen und Social Prescribing) sowie Strukturen auf Mesoebene (z. B. Care Management) ebenso im Bereich der regionalen Vernetzung tätig sind. Hier gilt es, Synergien zu identifizieren und eine Zusammenarbeit zu gewährleisten. Eine erste Auseinandersetzung mit anderen bevölkerungsorientierten Initiativen erfolgte im Jahr 2023 in Form eines Factsheets (Rojatz et al. 2023b).

5.1.2 Zugehend und aufsuchend tätig sein

Die aufsuchende Tätigkeit ist ein Merkmal, das alle Community Nurses gemein haben und ein zentraler Bestandteil ihrer Arbeit darstellt. Nahezu alle Community-Nursing-Projekte in Österreich setzen auf Hausbesuche, sowohl präventive als auch im Anlassfall.

Community Nurses docken hier direkt an der Lebenswelt an, was ihnen ermöglicht, die Situation in ihrer Gesamtheit zu erfassen und somit passgenaue Maßnahmen abzuleiten. Sie werden proaktiv und kostenlos durchgeführt, um Menschen so frühzeitig wie möglich zu erreichen. Diese niederschwellige Form des (Erst-)Kontakts kann einen wichtigen Beitrag für einen Vertrauensaufbau leisten und dadurch Hemmschwellen für spätere Kontaktaufnahmen aus Eigeninitiative der Klientinnen und Klienten im Bedarfsfall senken.

Dazu sind Awareness-Bildung in der Bevölkerung, Vertrauensaufbau, aber auch Marketing und Öffentlichkeitsarbeit nötig. Darüber hinaus sind Community Nurses durch eine kontinuierliche Präsenz im Ortsgeschehen bzw. im öffentlichen Raum ein wichtiger Faktor, um die Bedarfe, Besonderheiten und Möglichkeiten zu eruieren. Durch niederschwellige und gemeinschaftsorientierte Formate, wie beispielsweise Gruppenangebote an neutralen Treffpunkten, bei öffentlichen Veranstaltungen oder an Orten des alltäglichen Lebens (z. B. Bushaltestellen, Parkbänke, Dorfzentrum, Cafés oder Gasthäuser), sollen neue Wege zur Ansprache der Zielgruppe erschlossen werden. Gleichzeitig wird die soziale Teilhabe gefördert. Ergänzend dazu können auch Projekte in Kooperation mit lokalen Vereinen entstehen, die CNs gemeinsam mit anderen Initiativen und Vereinen umsetzen.

Aufsuchende Arbeit im Sinne von Outreach bezieht sich auf ein aktives Vorgehen, bei dem Bevölkerungsgruppen gezielt angesprochen werden, die entweder von bestimmten Risiken betroffen sind oder ein spezifisches Interesse an Unterstützung haben könnten. Der Fokus liegt darauf, Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen, um ihnen Zugang zu Informationen, Unterstützung und Dienstleistungen zu ermöglichen, die sie andernfalls möglicherweise nicht erhalten würden (Minnesota Department of Health - MDH 2019). Aufsuchende Arbeit ist gekennzeichnet durch:

- **Niederschwelligkeit:** Die Angebote sind leicht zugänglich, kostenfrei und berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe.
- **proaktive Ansprache bzw. Kontaktabbau/-aufnahme:** CNs gehen auf die Menschen zu, anstatt darauf zu warten, dass diese mit einem bestimmten Anliegen auf sie zukommen.
- **Lebensraumorientierung:** Die Arbeit findet direkt in der Lebenswelt der Zielgruppe statt, sei es zu Hause, in der Gemeinde oder an sozialen Treffpunkten.
- **Vertrauensaufbau:** Outreach erfordert und fördert eine persönliche, vertrauensvolle Beziehung zwischen CNs und der Zielgruppe.
- **Partizipation und Augenhöhe:** Outreach zielt darauf ab, Menschen durch verschiedene Methoden aktiv einzubinden und gemeinsam Lösungen zu entwickeln.

Regelmäßige Präsenzzeiten werden als eine Strategie angesehen, um Sichtbarkeit, Vertrauen innerhalb der Bevölkerung und Kontakte zu Personen herzustellen, die sonst schwer erreichbar sind. Durch diese niederschwellige und kontinuierliche Präsenz können Community Nurses subtil und regelmäßig mit der Zielgruppe in Kontakt treten.

5.1.3 Der Prozess der präventiven Hausbesuche

Ausgangslage

Der präventive Hausbesuch wurde bereits im Regierungsprogramm 2020–2024 (Bundeskanzleramt 2020) als Kernleistung im Community Nursing definiert. Ziel dieser Intervention ist, ältere Personen ab 75 Jahren und deren Angehörige in ihrem Zuhause präventiv und gesundheitsförderlich zu beraten und individuelle Angebote zu vermitteln. Das Besondere am präventiven Hausbesuch ist, dass es sich nicht um einen einzelnen Besuch handelt, sondern um eine prozesshafte Begleitung über einen längeren Zeitraum, mit mehreren Besuchen/Kontakten inklusive Erfolgsmessung der Maßnahmen.

Für die Pilotierung von Community Nursing wurde ein Rahmen für den präventiven Hausbesuch festgelegt, der sich an nationalen und internationalen Konzepten orientiert.

Inhalte der Beratung können beispielsweise die Wohnraumadaptierung im Alter, die Schulung und Anleitung von Angehörigen oder die Gestaltung von Versorgungsarrangements bei bestehendem Pflegebedarf sein. Der Fokus liegt jedoch auf dem Ausschöpfen präventiver, gesundheitsförderlicher und sozialer Potenziale. So kann aus dem präventiven Hausbesuch etwa ein Besuch bei einem bzw. einer Optiker:in oder einem bzw. einer Hörgeräteakustiker:in resultieren, oder es kann der Kontakt zur Diätologie hergestellt werden. Es kann an lokale Vereins- oder Selbsthilfeaktivitäten verwiesen werden oder es können Kooperationen mit lokalen Dienstleistenden forciert werden.

Ein zentrales Element dieser präventiven Hausbesuche ist die Unterstützung und Beratung bei Themen der selbstständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung. Ziel ist, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, das Wohlbefinden zu verbessern und den Verbleib älterer Menschen im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Mit anderen Worten soll das Eintreten der Pflegebedürftigkeit verzögert bzw. vermieden, sollen präventive und gesundheitsförderliche Potenziale lebenssituationsorientiert ausgeschöpft, bekannte Gesundheitsrisiken minimiert und soll der funktionale Status verbessert werden. Dies geschieht durch eine Abfolge von Assessments und präventiven Maßnahmen (inklusive Evaluation), die individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehörigen abgestimmt sind.

Neben Lösungen auf individueller Ebene gewinnt die Community Nurse einen Überblick über die kollektiven Bedarfe in der Gemeinde und kann neue Angebote initiieren (z. B. Bedarf an Transportdiensten oder Räumlichkeiten). Die Summe all dieser Interventionen soll den Menschen den Verbleib im eigenen Zuhause ermöglichen und die Lebensqualität insgesamt steigern.

Zur Vorbereitung der Community Nurses wurden die groben Eckpunkte für präventive Hausbesuche skizziert und präsentiert. Dies wurde durch ein Quick-Start-Video sowie ausgewählte Literatur und Leitfäden ergänzt. Zusätzlich fand eine Schulung im Rahmen einer Sprechstunde statt. Dennoch zeigte sich in der Umsetzung, dass die Einführung dieser Kernleistung schleppend verlief.

Herausforderungen

Die größte Herausforderung für Community Nurses war die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Einerseits, weil sie aus Datenschutzgründen keine Information darüber hatten, wer im Projektgebiet den Kriterien für einen präventiven Hausbesuch entsprach. Andererseits standen sie vor der Herausforderung, dass die Zielgruppe sich selbst nicht als Zielgruppe für das Angebot sah („ich brauch' ja nichts“). Gleichzeitig gab es aufseiten der Community Nurses Unsicherheiten bezüglich der inhaltlichen Umsetzung, beispielsweise hinsichtlich der Abgrenzung zu Pflegeberatung, der konkreten Durchführung und der Dokumentation präventiver Hausbesuche. Auch fehlende Kompetenzen in der Beratungstätigkeit wurden berichtet. Ein weiterer hemmender Faktor war eine hohe Fluktuation unter den Community Nurses – diese führte dazu, dass Lernerfahrungen verloren gingen und neue Community Nurses wieder vor denselben Herausforderungen standen.

Die Kooperation mit der FH IMC Krems ermöglichte eine tiefere Analyse dieser Herausforderungen. Fokusgruppen zeigten, dass inhaltliche Unsicherheiten bei den Community Nurses ein größeres Hindernis darstellten als zunächst angenommen. Fragen wie „Ab wann ist es ein präventiver Hausbesuch?“, „Wie läuft er konkret ab?“ oder „Wie erfolgt die Dokumentation?“ waren während des gesamten Projektverlaufs Thema. Diese Rückmeldungen zeigen, dass insbesondere bei CNs mit wenig Beratungs- und Berufserfahrung eine leitfadengestützte Vorgehensweise nötig ist.

Um den präventiven Hausbesuch in Zukunft erfolgreich umsetzen zu können, wurde das Konzept in mehreren Formaten der GÖG zusammen mit den Community Nurses bearbeitet, geschärft und adaptiert. Nennenswerte Formate sind etwa die Vernetzungstreffen 2023/2024 oder eigene Workshops im Zuge der Sprechstunde sowie der Jahreskonferenz 2024. Auch die Erkenntnisse

der FH IMC Krems flossen in die Schärfung ein. Das adaptierte Konzept wird in der Fachpublikation *Community Nursing* veröffentlicht.

Eine Veröffentlichung des überarbeiteten Prozesses der präventiven Hausbesuche wird in Kürze auf der Website [Community Nursing in Österreich | CN-Österreich](#) abrufbar sein.

Pflegedokumentation

In Bezug auf die Pflegedokumentation ergaben sich im Gesamtprojekt *Community Nursing*, nicht nur bei den präventiven Hausbesuchen, Herausforderungen, da die gewohnte (berufsrechtlich verpflichtende) Pflegedokumentation in der Regel defizitorientiert und im Kontext von Krankheit und Gebrechen erfolgt. Den Fokus auf Gesundheitsförderung oder soziale Teilhabe zu setzen, war für viele *Community Nurses* eine neue Art, den Pflegeprozess zu denken, und dementsprechend herausfordernd. Aus diesem Grund wurden, unabhängig vom präventiven Hausbesuch, auch Schulungen zum Pflegeprozess und zur Pflegedokumentation im *Community Nursing* abgehalten. Zusätzlich wurde der ÖGKV mit der Durchführung von Workshops beauftragt, um eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegeprozess und Pflegediagnostik im *Community Nursing* zu ermöglichen.

Empfehlungen für die Praxis

Die auf den Erkenntnissen der Projektbegleitung beruhenden zentralen Ansatzpunkte für eine gelingende Umsetzung des präventiven Hausbesuchs sind im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

Verständnis als Prozess

Der präventive Hausbesuch stellt keine einmalige Intervention, sondern einen mehrstufigen Prozess dar, der mehrere Kontakte über einen längeren Zeitraum umfasst. Nach einem Erstkontakt erfolgt ein Assessment, dessen Ergebnisse in einen Maßnahmenplan mit konkreten Zielen und Interventionen münden. Zu den Maßnahmen gehören Informationsvermittlung, Anleitung und Weiterleitung zu unterstützenden Angeboten, wobei häufig Themen wie Mobilität, Gesundheit, soziale Vernetzung oder Vorsorgemaßnahmen behandelt werden. Die Umsetzung und Evaluierung der Maßnahmen erfolgt schrittweise und bei Bedarf bei Folgekontakten.

Zukünftig wird empfohlen, auch von präventiven Hausbesuchen zu sprechen, d. h. konsequent die Mehrzahl zu verwenden. Die Schritte und hinterlegten Zeiten dienen zur Orientierung – je nach Fall können Schritte adaptiert oder zusammengefasst werden und in der Dauer variieren.

Fachliche Ansprüche an die Community Nurses

Sowohl in der Literatur (Barthelmes et al. 2020) als auch aus der Praxis der Pilotprojekte wird die Relevanz von Qualifizierungsmaßnahmen für das Gelingen des präventiven Hausbesuchs betont. Voraussetzung sind etwa grundlegende Beratungskompetenzen, medizinisch-pflegerisches Fachwissen sowie Kenntnisse regionaler Strukturen und Angebote. Vertieftes fachliches Wissen

wird zum Thema Pflegeprozess, insbesondere Assessment und Evaluation, benötigt. Der Unterschied zu anderen Beratungsangeboten muss dabei klar definiert sein.

Alter der Zielgruppe

International und auch im Pilotprojekt in Österreich findet sich häufig eine Zahl von 75+ Jahren als geeignetes Alter der Zielgruppe für präventive Hausbesuche. Die Rückmeldungen der CNs sind, dass ein Herabsetzen des Alters, zumindest auf das Pensionsantrittsalter, sinnvoll ist, um frühzeitig präventiv tätig werden zu können. Das erscheint nicht zuletzt deswegen sinnvoll, weil die Menschen im (faktischen) Pensionsantrittsalter noch einen (sehr) guten Gesundheitszustand aufweisen und ein präventiver Ansatz hier gut umgesetzt werden kann (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Gegenüberstellung faktisches Pensionsantrittsalter und Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit

Geschlecht	Faktisches Pensionsantrittsalter (2023)	Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit (2019)
weiblich	60,8	64,7
männlich	63,4	63,1

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger (2024); Griebler et al. (2023); Darstellung: GÖG

Die Daten aus DokCN unterstreichen die Notwendigkeit des früheren Ansetzens zusätzlich; sie zeigen, dass während der Pilotierung bereits ein Drittel aller präventiven Hausbesuche bei Menschen stattfand, die jünger als 75 waren (Stichtag 31.10.2024).

Erreichen der Zielgruppe

Zu Beginn muss die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Das kann passiv über Werbung (Plakate, Flyer, regionale Medien, Brief von der Gemeinde etc.) oder aktiv über direkte Ansprache (z. B. im Rahmen von Veranstaltungen oder in bereits bestehenden Betreuungssituationen, auch durch Dritte wie z. B. Hausärztinnen und Hausärzte) passieren. Zentral ist dabei, dass die Community Nurses mit der Bewerbung des Angebots nicht allein gelassen werden, sondern das Marketing in professionelle Hände gelegt wird.

5.1.4 Netzwerkarbeit

Ein zentrales Thema ist die Netzwerkarbeit, die als Notwendigkeit für eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Dienstleistenden im Gesundheits- und Sozialwesen und kommunalen Akteuren gesehen wird. Bei gelingender Netzwerkarbeit und Akzeptanz werden Community Nurses als Bindeglieder zwischen hausärztlicher Versorgung, pflegerischen und sozialen Diensten und Gemeinden gesehen. Die gezielte Entwicklung und strukturierte Nutzung von „Andockstellen“ sowie die langfristige Optimierung von Prozessen und die Etablierung klarer Regeln für die Zusammenarbeit – wie beispielsweise die Definition von Zuweisungsmechanismen – bilden eine solide Grundlage für nachhaltige Kooperationen und Zusammenarbeit. Basis dafür stellt eine gelungene Netzwerkarbeit dar.

Neben klassischen Partnerinnen und Partnern wie beispielsweise Angehörigen anderer Gesundheitsberufe beschreiben die Projekte jedoch weitere zentrale Netzwerkpartner:innen, die nicht den Gesundheits- oder Pflegedienstleistungen zuzuordnen sind. Häufig genannt werden dabei Gemeindeakteurinnen und -akteure (Bürgermeister:innen, Servicestellen), Vereine, ehrenamtliche Initiativen bzw. Initiativen der Nachbarschaftshilfe, hochfrequentierte Dienstleister:innen im Bereich Einzelhandel, Gastronomie, Frisöre ...

Eine solide Einbindung in ein Netzwerk trägt dazu bei, Bedarfe breiter und durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren identifizieren und Klientinnen bzw. Klienten (gegenseitig) weitervermitteln zu können. Eine gute Abstimmung zwischen Gesundheitsförderungsinitiativen und Präventionsprogrammen, mobilen Diensten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, dem Case Management und lokalen Vereinen wird als gewinnbringend und effizienzsteigernd beschrieben. Es ergeben sich Synergien, wenn vorhandene Ressourcen, wie das Case Management, die Hauskrankenpflege oder bestehende Präventionsprogramme, miteinander verknüpft werden. Eine erfolgreiche Vernetzung fördert nicht nur die Zusammenarbeit, sondern verhindert auch Doppelstrukturen und verbessert den Zugang zu Dienstleistungen, insbesondere für vulnerable Gruppen.

5.1.5 Gruppenorientierte Maßnahmen

Die gruppenorientierten Angebote von Community Nurses nehmen einen zentralen Stellenwert in der Projektumsetzung ein. Diese umfassen eine Vielzahl an Formaten, darunter die Initiierung und fallweise Begleitung von Kleingruppen wie Angehörigencafés zur psychosozialen Unterstützung, Mobilitäts- und Bewegungsförderungsformate, Ernährungsworkshops und Vorträge zu bestimmten gesundheitlichen Themen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Stärkung der sozialen Teilhabe, der Gesundheitskompetenz und der Vernetzung innerhalb der Gemeinde.

Wichtig ist dabei, dass Community Nurses mit bestehenden Anbieterinnen und Anbietern in der Region in Kontakt treten und Kooperationen aufbauen. Dies ist in der Projektumsetzung in unterschiedlichem Ausmaß gelungen. Zu empfehlen ist zukünftig, dass Kooperationsvereinbarungen mit Gesundheitsförderungsinitiativen und -programmen getroffen werden, bestehende günstige oder kostenlose Angebote in der Gemeinde zu unterstützen, auf bestehende Evidenz und Expertise zurückzugreifen und Maßnahmen in diese Richtung zu initiieren.

Gruppensettings sind vielversprechend: Sie bieten nicht nur niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsförderung und Prävention, sondern ermöglichen auch die Ableitung individueller Beratungsangebote aus den Gruppenbedarfen, wodurch der Brückenschlag zwischen Einzel- und Gemeindearbeit gelingt. Dies fördert laut Projektberichten sowohl das Wohlbefinden der Teilnehmenden als auch die Nachhaltigkeit der Projekte im kommunalen Umfeld. Ebenso auf Basis von Bedarfen von Gruppen wurden Produkte, wie beispielsweise Vorsorgemappen, entwickelt.

5.2 Aufgaben- und Rollenprofil – eine Reflexion

Die Rückmeldungen der Umsetzungsprojekte, die ad hoc und im Rahmen der Vernetzungstreffen sowie durch die Monitoringberichte erfolgten, zeigen durchwegs einen Konkretisierungsbedarf des Aufgaben- und Rollenprofils. Der große Teil der Projekte orientierte sich stark daran, dennoch zeigt sich in der Ausgestaltung eine große Heterogenität und Unsicherheit. Das

Aufgaben- und Rollenprofil bietet Spielraum, die Umsetzungsprojekte wünschen sich jedoch eine einheitlichere und klarere Vorgabe, um schließlich auch eine gemeinsame Fachlichkeit zu erlangen und in der Außenwirkung einheitlich zu sein.

Es wurde rückgemeldet, dass in kleineren Projekten ohne übergeordnete Supportstrukturen nicht alle Sektoren des Aufgaben- und Rollenprofils abgedeckt werden können. Es zeigt sich ein sehr heterogenes Bild in der Umsetzung, welches nachfolgend anhand der Sektoren dargestellt wird.

5.2.1 Monitoring und Erhebung

Der Bereich Monitoring und Erhebung wurde sehr unterschiedlich gelebt. Auf Individualebene wendeten viele Community Nurses Assessmentinstrumente an, wobei diese zum Teil eigens für das Projekt konzipiert oder bestehende Instrumente dafür adaptiert und gekürzt wurden. Das Screening auf Mangelernährung und Frailty sowie Sturzrisikoeinschätzungen wurden vielerorts umgesetzt. Einzelne Projekte wendeten umfassende pflegerische Assessmentinstrumente an, insbesondere im Zuge der Hausbesuche.

Auf Ebene der Community wurde teils systematisch, teils unsystematisch durch Beobachtungen und Erhebungen die gesundheitsbezogene Umgebung in der Gemeinde analysiert. Community Nurses führten Fokusgruppendifkussionen durch, um die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben, beobachteten das regionale Umfeld sowie die Wohn- und Infrastruktur durch sogenannte Windshield Surveys und führten Listen zu „Auffälligkeiten und Besonderheiten“ in der Region. Ebenso erkannten und dokumentierten sie Versorgungslücken und kommunizierten diesbezügliche Ableitungen und Vorschläge projektintern sowie teilweise an kommunale Entscheidungsträger:innen.

Die Planung gruppenorientierter Angebote wie etwa von Vorträgen und Workshops wurde häufig auf Basis von Fragebogenerhebungen abgeleitet.

5.2.2 Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung

Sektorenübergreifende **Vernetzung und Koordination** werden häufig als Aufgabe der Community Nurses gesehen, allerdings entstehen dabei aufgrund der vielfältigen und unübersichtlichen Angebotslandschaft auch Barrieren. Es wurde berichtet, dass **Netzwerkarbeit** im Sinne des Aufbaus und der Pflege eines Netzwerks viel Zeit und Kontinuität benötigt. Auch die Bereitschaft anderer Stakeholder:innen zur Kooperation ist wichtig für den Erfolg der Vernetzungsmaßnahmen.

Am Beispiel der kommunalen Gesundheitsförderung zeigt sich etwa, dass in manchen Bundesländern, in denen die Gesunden Gemeinden durch die Länder organisiert sind, eher Zurückhaltung herrscht. Regionale Akteurinnen und Akteure betonten, dass weder ein Auftrag noch eine klare Zuständigkeit für eine Zusammenarbeit gegeben sei. Eine organisierte Vernetzung und Zusammenarbeit werden als notwendig empfunden, um Parallelstrukturen und -angebote zu vermeiden. Der Bereich der Vernetzung und Koordination geht häufig mit Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit einher. Projekte mit geringer Personalausstattung oder kleinen Teams gaben an, dass Know-how und Zeitressourcen keine intensive Öffentlichkeitsarbeit ermöglichen würden, was wiederum den Zugang zur Zielgruppe erschwere.

Der überwiegende Teil der Community Nurses ist bereits gut im kommunalen Setting etabliert und baute im kommunalen Umfeld **Netzwerke** auf. Netzwerkanalysen wurden in Form von Übersichtskarten, Listen, Angebotskatalogen etc. erstellt. Dies erleichterte die Zusammenarbeit zwischen professionellen Dienstleisterinnen und Dienstleistern und erhöhte die Sichtbarkeit nicht-institutioneller Angebote sowie die Vermittlung an ehrenamtliche Organisationen wie Besuchsdienste, Vereine etc. Dieser Effekt der Aufbauarbeit, die Community Nurses hier leisteten, beeinflusst das Miteinander in der Region nachhaltig.

Der Bereich der **Koordination** ist sowohl auf der **Ebene des Individuums** als auch auf jener der Community angesiedelt. Im Bereich des Individuums wurden Betreuungsarrangements im Sinne eines Case Management organisiert und koordiniert, Therapien und Besuche bei Ärztinnen und Ärzten organisiert und es wurde dorthin vermittelt oder auch begleitet. Die Aktivitäten wurden mit dem Ziel der Erhöhung der Selbsthilfefähigkeit gesetzt. Frühzeitig identifiziert wurden auch entsprechende Hilfs- und Unterstützungssysteme, die von der Identifikation informeller Ressourcen über die Aktivierung ehrenamtlicher Angebote bis zur Organisation von Bewegungs- und Freizeitangeboten u. Ä. zur Förderung der Gesundheit und der sozialen Teilhabe reichten. Die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen wurde häufig adressiert, da die Bedarfslage bei dieser Gruppe als hoch eingeschätzt wurde und pflegende Angehörige entlastet werden sollen. Subjektiv werden die Kontinuität und das In-Kontakt-Bleiben als Mehrwert gesehen. Es wurden häufig mehrere Termine und Folgebesuche oder telefonische Folgeanrufe durchgeführt, womit Sicherheit vermittelt wurde und frühzeitig neuerlich interveniert werden kann. Als Herausforderung wurde die Komplexität in der Organisation mancher Sozialdienstleistungen genannt. Pflegegeld für nichtösterreichische Staatsbürger:innen oder auch sozialarbeiterische Leistungen zu organisieren, wird als komplex und aufwendig beschrieben. Im Bereich der Sozialarbeit ist die Nachfrage hoch, das beschränkte Angebot lässt in vielen Regionen jedoch häufig keine Vermittlung zu.

Auf der **Ebene der Community** wurden Gruppenaktivitäten initiiert und die Zusammenarbeit der Stakeholder:innen in der Region wird gestärkt. Durch verschiedene Formen der Zusammenarbeit und Kooperation wurden Regeln zur gegenseitigen Vermittlung vereinbart und teils auch gemeinsame Ziele verfolgt.

Ausgewählte Zitate aus den Monitoringberichten veranschaulichen das „Tun“ der Community Nurses im Bereich der Netzwerkarbeit und Zusammenarbeit:

- „**Vertrauensbildung** steht im Vordergrund. Vertrauensvoller Beziehungsaufbau ist der Schlüssel zu den Menschen.“
- „**Hartnäckigkeit** in der Sache zum Wohle der KlientInnen stärkt unser Projekt und fördert Vertrauen und Sicherheit!“
- „Die ausführliche **Information** über das Projekt im Vorfeld hat den Zugang und die Zusammenarbeit erleichtert und Interesse geweckt.“
- „Aufgrund des regen Interesses von ÄrztInnen und anderen Gesundheitsprofessionist:innen finden wir viel Unterstützung und regen Gedankenaustausch in der Region.“
- „Durch **gemeinsame Zielsetzung und Aufgabenteilung** der Dienstleister kann den Klient:innen die passende und notwendige Versorgung geboten werden. Dafür ist auch die Selbstreflexion und die Besinnung auf die eigenen Kompetenzen aller Gesundheitsberufe notwendig.“

Der Bereich der **Pflegeintervention**, der im Aufgaben- und Rollenprofil sehr unscharf definiert ist, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Hier sollte zukünftig ein anderer Begriff verwendet werden, da auch andere im Aufgaben- und Rollenprofil genannten Maßnahmen als Pflegeintervention zu verstehen sind. Hierunter werden eigentlich, angelehnt an das PHIW, Delegationsfunktionen verstanden, d. h. Maßnahmen, die von Ärztinnen und Ärzten an die Community Nurses delegiert werden, und Maßnahmen, die im gesetzlichen Rahmen weiterdelegiert werden. Es gibt Projekte, die in der Aufbau- und Netzwerkarbeit ihren Aufgabenbereich klar mit anderen Stakeholderinnen und Stakeholdern ausverhandelt und abgesteckt haben. Die Grenzziehung dahin gehend, ob Tätigkeiten des § 15 GuKG übernommen werden, wurde je nach Bedarf in der Region argumentiert. Es gibt Projekte, die diese Tätigkeiten strikt ablehnten, andere definierten den Anlassfall als eine kurzfristige Übernahme und führten beispielsweise medizinisch-diagnostische Tätigkeiten durch, vermittelten anschließend jedoch an die Regelversorgung. Einzelne Projekte setzten stärker auf diesen Bereich und übernahmen Teile eines Disease Management, begleiteten chronisch erkrankte Menschen oder führten Gesundheitschecks durch. Kleinere diagnostische Maßnahmen (wie z. B. Blutabnahme, Auskultation, Urinproben u. Ä. nach ärztlicher Anordnung) oder therapeutische Maßnahmen (wie z. B. Verabreichung von Arzneimitteln, Medikamentenmanagement, Wundversorgung, Dauerkatheterwechsel, Schulungsmaßnahmen u. Ä. nach ärztlicher Anordnung) wurden in manchen Projekten im häuslichen Umfeld durchgeführt. Zur Intensität und Relevanz der Durchführung solcher Maßnahmen, sowohl während der Projektphase als auch zukünftig, herrscht derzeit **kein Konsens** unter den umsetzenden Projekten (vonseiten der Community Nurses und der Projektleitungen). Das Aufgaben- und Rollenprofil sieht eine Übernahme dieser Tätigkeitsbereiche im Anlassfall vor. Diese Formulierung trägt seit Projektbeginn zu Diskussionen bei; das Ausmaß der Übernahme medizinisch-diagnostischer Tätigkeiten nach § 15 GuKG ist je nach regionalem Versorgungsangebot und mit fördernehmenden Stellen und/oder im Falle von Anstellungsverhältnissen in Form von Stellenbeschreibungen zu konkretisieren. Bei einer Überarbeitung des Aufgaben- und Rollenprofils ist auf eine solche Klarstellung hinzuwirken.

5.2.3 Information, Edukation, Beratung

In allen Projekten ist dieser Sektor stark ausgeprägt. Edukationsmaßnahmen fanden sowohl auf Individualebene im Zuge der Hausbesuche als auch auf Gruppenebene im Rahmen von Angeboten in der Gemeinde statt. Individualberatungen wurden häufig bei bestehenden Bedarfen in Anspruch genommen, diese stellen einen „Türöffner“ für gesundheitsfördernde Maßnahmen dar. Eine Vielzahl von Workshops, Vorträgen und anderen Gruppenangeboten wurde umgesetzt, teils wurden diese Angebote von den CNs selbst konzipiert, organisiert und/oder durchgeführt. Auch Kooperationen mit anderen Stakeholderinnen und Stakeholdern und/oder Expertinnen und Experten wurden eingegangen, um Gruppenangebote umzusetzen. In Kooperation mit Gemeinden wurden in manchen Projekten umfassende Programme erarbeitet.

Die Inhalte, die von den Community Nurses dabei aufgegriffen wurden, bilden ein breites Spektrum gesundheitsrelevanter Themen ab. Mehrfach genannt wurden in diesem Zusammenhang Vorträge zu

- bestimmten Erkrankungen wie Demenz, Morbus Parkinson, Diabetes, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Vorsorgethemen (rechtlich, medizinisch, persönlich),
- Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung, andere Lebensstilfaktoren, Einsamkeit sowie

- Workshops und Kleingruppenformate zu
 - Sturzprophylaxe, Kinaesthetics, Gedächtnistraining, Dekubitusprophylaxe, Erster Hilfe und Einsatz von Hilfsmitteln für zu Hause.

Zitate aus den Monitoringberichten zeigen die subjektive Wirkung des „Tuns“ der Community Nurse im Bereich der Edukation:

- „Es zeigt sich deutlich, dass sich die **Adhärenz** *[bei chronisch erkrankten Menschen, Anm.]* durch eine individuelle Beratung mit persönlicher und regelmäßiger Kontaktaufnahme deutlich **steigern** lässt. Klient:innen sehen in den Community Nurses **Vertrauenspersonen** und sprechen sehr offen über die gegebenen Herausforderungen.“
- „Der Fokus liegt immer in **der Befähigung zur informierten selbstständigen Entscheidungsfindung**. Unser Ziel ist es, den individuellen Bedürfnissen gerechte Versorgungsmöglichkeiten zu finden, in denen die **Selbstpflegefähigkeiten** der Klient:innen und die Unterstützungsmöglichkeiten **im informellen System ausgeschöpft werden, ohne dass es zu einer Überforderung kommt.**“
- „Es zeigt sich, dass die umfassende Beratung und das ‚**Zeit-Haben**‘ durch die CNs als wesentlichste positive Faktoren immer wieder hervorgehoben werden. Die KlientInnen geben Rückmeldung, dass ‚endlich jemand Zeit‘ hat, mit dem sie Fragen, Sorgen und Ängste teilen und gemeinsam nach möglichen Lösungen suchen können. Das würden sie so im Gesundheitssystem auf allen Versorgungsebenen nicht (mehr) kennen.“

5.2.4 Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung

Dieser Sektor war gemäß Aufgaben- und Rollenprofil im Rahmen der Pilotierung nicht prioritär zu behandeln und wird als Weiterentwicklungsoption gesehen. Dennoch führten Community Nurses in vielen Fällen Beratungen der kommunalen Entscheidungsträger:innen durch, präsentierten das Projekt, Beobachtungen und Erfolge im Gemeinderat, setzten sich für die Anliegen der Zielgruppe ein und zeigten Änderungsbedarfe auf.

5.2.5 Subrollen und Entwicklungsmöglichkeiten

In der Beobachtung der Projektentwicklung zeigt sich, dass sich unterschiedliche Schwerpunkte und somit Subrollen ausgebildet haben.

Die Spezialisierung auf **Menschen mit bestimmten komplexen Krankheitsbildern** wie Demenz, Diabetes, Schlaganfall, COPD und Morbus Parkinson im häuslichen Setting, mit dem Ziel, die Selbstständigkeit zu erhalten, könnte zukünftig eine Subrolle darstellen. Die Begleitung chronisch erkrankter Menschen benötigt spezifisches Know-how und die proaktive Übernahme der Fallführung sowie die Mitwirkung im Bereich der Diagnostik und Therapie. Diese Subrolle kann als Erweiterung des Aufgabenprofils um pflegerisches Disease Management und somit als Teil von Community Health Nursing verstanden werden.

Die systematische Kombination der derzeitigen Rolle und des Bereichs Disease Management käme mithin einer Weiterentwicklung zu Community Health Nursing gleich.

Zu beachten ist, dass der Begriff Disease Management jedenfalls vorab penibel zu klären ist. Häufig wird der Terminus Disease Management (Disease-Management-Programme) mit der

Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch multiprofessionelle Teams gleichgesetzt, die standardisiert, beispielsweise mittels definierter klinischer Behandlungspfade, erfolgt. Meist spezialisieren sich die handelnden Berufsgruppen auf eine oder wenige bestimmte Erkrankungen und sind Expertinnen bzw. Experten dafür. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sind hierfür APNs (Advanced Practice Nurses) einzusetzen. In CN/CHN und dem bevölkerungsorientierten Ansatz, der hier verfolgt wird, ist eine Spezialisierung und Fokussierung auf eine bestimmte Erkrankung nicht denkbar. Daher ist zum derzeitigen Zeitpunkt in dieser Hinsicht eine Begleitung von chronisch erkrankten Personen durch die CNs mit weiterführenden Konsultationen von Expertinnen und Experten zu empfehlen.

Vielmehr bietet sich in einem nächsten Entwicklungsschritt an, dass CN/CHN noch stärker auf die Prävention eines ausgewählten Phänomens und die damit einhergehenden Maßnahmen fokussiert. Eingehend empfohlen werden können ein Schwerpunkt auf die Prävention von Frailty und die Entwicklung eines standardisierten Programms. Weitere naheliegende präventive Schwerpunkte sind Prävention von chronischem Rückenschmerz und Atemwegserkrankungen.

Eine weitere Rollenausprägung kann als **Familiengesundheitspflege** verstanden werden. Unter Family Health Nursing wird eine weitere Rolle der Pflege in Public-Health-nahen Bereichen beschrieben. Diese Rolle kann mit der Rolle und dem Profil der derzeitigen Community Nurses starke Ähnlichkeiten aufweisen, wobei die spezialisierte Familiengesundheitspflege die gesamte Lebensspanne, die Familiengesundheit von der Geburt bis ins Alter, im Blick hat.

Um Gesundheitsförderung nachhaltig im Bewusstsein der Menschen zu verankern, muss frühzeitig angesetzt werden. Hier könnten Rollen wie **School Health Nursing** (SHN) stärker implementiert werden oder Teile dieser Rolle wie etwa die Gesundheitsbildung in Schulen in das Aufgaben- und Rollenprofil der Community Nurses aufgenommen werden. Zweiteres wäre allerdings nicht als School Health Nursing zu bezeichnen, da die Rolle von SHNs deutlich umfangreicher ist.

Bei Überlegungen dazu, ob CN Richtung Schulgesundheitspflege entwickelt werden soll, gilt es Folgendes zu beachten:

- Die Anforderungen an Pflegepersonen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sind anders zu bewerten als für die Zielgruppe der Erwachsenen. Es ist darauf hinzuweisen, dass in vielen Bereichen, in denen School (Health) Nurses aktiv sind (sei es bei der Pilotierung in Wien oder international) eine gesonderte Ausbildung (Spezialisierung nach GuKG oder Masterqualifikation) Voraussetzung ist.
- Schulgesundheitspflege hat neben Gesundheitsförderung, -beratung und Begleitung der Schulen häufig auch Kinder mit chronischen Erkrankungen, Erste Hilfe vor Ort sowie Mitwirkung an Impfprogrammen, Routineuntersuchungen etc. als Aufgaben. Um dieses breite Aufgabenspektrum qualitativ ermöglichen zu können, ist neben einer entsprechenden Ausbildung ein ausreichendes Stundenpensum vor Ort an der Schule erforderlich. Dies ist in Relation zur Anzahl der Schüler:innen und gegebenenfalls zu soziodemografischen Merkmalen zu sehen.

Für die Übernahme dieser Rollen – vom derzeitigen Community Nursing bis hin zu erweiterten Rollen des School/Community Health Nursing – sind umfangreiche Qualifikationen erforderlich, die es sicherzustellen gilt.

5.3 Kontextfaktoren

Die Umsetzung der Pilotprojekte wurde maßgeblich von verschiedenen Kontextfaktoren beeinflusst.

Ein zentraler Faktor war die **kurze Vorlauf- und Projektlaufzeit**, die durch die Bedingungen der Förderung und die Möglichkeit der Finanzierung durch die EU im Rahmen des Aufbau- und Resilienzplans gegeben waren. Sowohl rechtliche als auch organisatorische und inhaltliche Vorbereitungen und Konzeptionierungen mussten innerhalb kurzer Zeit abgeschlossen werden. Besonders die Phase der Antragstellung (während der Coronapandemie) war von erheblichen Herausforderungen geprägt. Dennoch nutzten viele Gemeinden, Städte und Sozialhilfeverbände die Fördermöglichkeiten aktiv und reichten Förderanträge ein. Der enge Zeitrahmen führte zwar dazu, dass nur begrenzte Beratungs- und Rückfrageschleifen möglich waren und viele Fragen und Herausforderungen erst während der Umsetzung adressiert werden konnten. Gleichzeitig ermöglichte die zügige Umsetzung aber auch eine rasche Wirksamkeit des Programms und schnelle erste Erfolge in den Gemeinden, was die Akzeptanz und Sichtbarkeit des neuen Angebots erhöhte. Ein weiteres Hindernis war der **Personalmangel** im Pflegebereich. Die Rekrutierung qualifizierter Pflegepersonen wurde durch unsichere Zukunftsperspektiven nach der Pilotphase sowie durch unterschiedliche Vergütungsstrukturen erschwert. Differenzen in Kollektivverträgen und Förderbudgets führten zu Irritationen und beeinflussten die (regionale) Attraktivität der Rolle. Darüber hinaus ist ein Kritikpunkt an Community Nursing, dass für die Pilotierung Fachkräfte aus anderen versorgungsrelevanten und ohnehin bereits unterbesetzten Bereichen abgezogen wurden. Beobachtungen innerhalb der Pilotphase zeigen jedoch ein differenziertes Bild: Die Initiative CN zog Pflegepersonen an, die sich weiterentwickeln und autonom arbeiten wollen. Ebenso wurde seitens der aktiven CNs rückgemeldet, dass sie andernfalls das Gesundheits- und Sozialwesen aufgrund mangelnder praxisnaher Entwicklungsmöglichkeiten verlassen hätten.

Der Wechsel des Arbeitgebers und des Settings stellte dabei kein Hindernis dar. Herausfordernder hingegen war die Anpassung an die neue Rolle und deren Aufgaben. Diese Schwierigkeiten resultierten teils aus bestehenden Versorgungslücken. Indessen die Identifikation von **Versorgungslücken** und die Entwicklung neuer Ansätze zu den Stärken des Community Nursing zählen, führte die Identifikation von Lücken tlw. zu einer Übernahme von Aufgaben, die eigentlich von anderen Diensten abgedeckt werden könnten und belastete hiermit die Ressourcen der CNs. So geriet in einigen Projekten die eigentliche Rolle der Community Nurses durch die notwendige Fokussierung auf akute Bedarfe in den Hintergrund; dies gab sich jedoch größtenteils wieder im Laufe der Projektzeit. Ebenso zeigten einige CNs die Tendenz, auf bekannte Aufgaben zurückzugreifen, was sich in einigen Projekten als Hemmschuh für die Entwicklung und Etablierung neuer Aufgabenbereiche erwies.

Wo jedoch konzeptionelle Grundlagen geschaffen, Regeln zur Zusammenarbeit und Grenzen von CN erarbeitet wurden und unterstützende Teamstrukturen vorhanden waren, verlief die Umsetzung innovativer Ansätze spürbar reibungsloser.

Gleichzeitig zeigten sich **Spannungsfelder** zwischen den Berufsgruppen wie Pflege und Sozialarbeit sowie zwischen CNs und bestehenden Diensten wie Case Management oder mobilen Pflegediensten. Diese **Konkurrenzwahrnehmungen** konnten durch aktive Netzwerkarbeit teilweise abgebaut werden.

Das fehlende Verständnis und die Schwierigkeit, die Rolle der CNs zu fassen und zu kommunizieren, führten dazu, dass die Akzeptanz durch und folglich die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen negativ beeinflusst wurde. Dies lag laut den Umsetzerinnen und Umsetzern (Monitoringberichte zu allen Zeitpunkten, Vernetzungstreffen) u. a. an der englischen Begrifflichkeit, wenngleich der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz durch gezielte Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit in der Projektphase rasant zunahm. Die Fachcommunity (Community Nurses, aber auch Expertinnen und Experten im Bereich Public Health und Pflege) akzeptiert den Begriff und identifiziert sich damit. Auf Ebene der Zielgruppe wurde jedoch zurückgemeldet, dass der Begriff für die Zielgruppe schwer verständlich und sperrig sei. Für eine Umsetzung wird ein deutscher, treffsicherer Begriff gewünscht. Trotz intensiver Arbeiten, beispielsweise mittels des Positionierungstools, konnte dieser Herausforderung nur teilweise begegnet werden. Eine Gruppe argumentiert damit, dass eine Marke etabliert werden muss und mit Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung das Verständnis ohnehin geschaffen werde, die andere Gruppe lehnt diesen Begriff ab und wünscht sich eine deutsche Begrifflichkeit, eine weitere Gruppe will stärker auf den Begriff Community Health Nursing setzen.

Folgende deutschsprachige Vorschläge als Alternative für CNs wurden hierzu eingebracht (unvollständige Aufzählung):

- Gesundheitspfleger:in
- Gemeindeggesundheitspfleger:in
- „Gemeindegschwester“ (wird häufig eingebracht, aus fachlicher Sicht jedoch nicht empfohlen)
- Gemeindeggesundheitsmanager:in
- Gesundheitslotsin bzw. Gesundheitslotse
- gemeinde- und familienorientierte Pfleger:in
- Community Health Nurse (Cave: wird aus fachlicher Sicht als Weiterentwicklung gesehen)

Während der Projektlaufzeit zeichnete sich sowohl bei den CNs als auch bei den Projektleitungen ein **hoher Grad an Engagement und Pioniergeist** ab. Community Nurses identifizierten Versorgungslücken bzw. machten diese sichtbar und entwickelten teils gemeinsam mit regionalen Akteurinnen und Akteuren überbrückende oder neue Lösungen. Dabei agierten sie auch auf politischer Ebene beratend und setzten sich als Fürsprecher:innen aktiv für bedarfsgerechte Lösungen im Sinne ihrer Zielgruppen ein. Idealerweise wird dies durch ein aktives Zutun und **Commitment der Gemeinde** unterstützt.

Ein Unsicherheitsfaktor war die **fehlende Klarheit über die Fortführung der Projekte** nach der Pilotphase. Zwar verankerte der Gesetzgeber Community Nursing im Pflegefondsgesetz, jedoch bestand zum Zeitpunkt der Berichtslegung seitens der Länder nur teilweise ein verbindliches Bekenntnis zur Fortführung. Das Besondere und gleichzeitig Herausfordernde an der Pilotierung war, dass das Sozialministerium erstmals direkt eine Förderung an Gemeinden, Städte und den Sozialhilfeverband vergeben hatte und das Commitment der Länder zu Community Nursing dadurch gering ausfiel. Die Erfahrungen aus der Pilotphase zeigen, dass eine frühzeitige und intensive Einbindung zentraler Stakeholder, insbesondere der Bundesländer, entscheidend für die Nachhaltigkeit von Community Nursing ist. Die Einbindung der Koordinierungsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Gemeinde- und Städtebundes, der Länder sowie der Sozialversicherung, ermöglichte einen Austausch von Informationen und eine Reflexion über die Projektfortführung. Dennoch wird eine intensivere und strategischere Auseinandersetzung

auf dieser Ebene als wünschenswert angesehen. Die **unsichere Zukunftsperspektive** beeinflusste die nachhaltige Motivation der Beteiligten und prägte die Ausgestaltung des letzten Projektjahres 2024 bzw. hemmte die Entwicklung. Details zur nationalen Verankerung von CN werden in Kapitel 6 ausgeführt.

5.3.1 Strukturelle Bedingungen

Nahezu alle Rückmeldungen von den Projekten betonen die Wichtigkeit der **kommunalen Verortung** – der Wohnort- und Gemeindenähe.

Wesentlich ist die Schaffung eines niederschweligen Angebots an einem neutralen Ort mit kommunaler Verortung. Wichtige Bestandteile sind die Partizipationsmöglichkeiten der Zielgruppe sowie das Erkennen von Gesundheits- und Pflegebedürfnissen sowohl der Zielgruppe als auch der An- und Zugehörigen. Die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Community Nurses wurden als wichtige Aspekte für den Projekterfolg und die Bewusstseinsbildung genannt. Dadurch wird ein Vertrauensgewinn erzielt sowie ein präventiver Ansatz ermöglicht, der sich sukzessive vertiefen lässt. Dies spiegelt sich in der Anzahl der angefragten Hausbesuche wider und sorgt für eine funktionierende Weiterempfehlung in der Nachbarschaft.

Die Heterogenität wird auch bei der Reflexion der strukturellen Bedingungen sichtbar. So wurde beschrieben, dass in ländlicheren Regionen die Zusammenarbeit und Zielgruppenerreichung erleichtert werde, weil dort eine direkte Kommunikation möglich sei. Andererseits wurden ebenso eine große Zurückhaltung in der Bevölkerung und eine gewisse Scham im Zusammenhang mit pflegerelevanten Themen berichtet. In diesem Zusammenhang wurde häufig erklärt, dass es intensiverer Kommunikation und Aufklärungsarbeit bezüglich der positiven Besetzung der Funktion sowie der präventiven Arbeit der CNs bedürfe. Ähnlich ambivalent wurde die Reflexion zu Teamgrößen beschrieben. Einerseits wurde bemängelt, dass es „Einzelkämpfer:innen“ besonders schwer hätten, gleichzeitig konnte in der Begleitung beobachtet werden, dass auch kleine Projekte bereits sehr gut Fuß gefasst hatten. Rückmeldungen zeigen ebenso, dass kleinere Teams im Umfang von drei bis vier Personen durch einen reduzierten Koordinationsaufwand gezielter in der Umsetzung tätig geworden sind als große Teams.

Bei der Reflexion zur Ansiedelung von Community Nursing zeigt sich bei vielen Community Nurses ein großes Commitment zu ihrer „Organisation“. Projekte, die eng mit der **Primärversorgung** zusammenarbeiten oder dort angesiedelt sind, sehen diese als unumgänglich; Projekte, die ein gutes Einvernehmen mit der Gemeinde haben sowie über ein politisches Commitment verfügen, sehen diese Nähe als Erfolgsfaktor. Es zeigt sich, dass das Engagement der Projektbeteiligten durch das Bereitstellen von Ressourcen durch die Gemeinde gefördert und unterstützt wird. Auch die Ansiedelung bei Sozialhilfeverbänden oder Regionalverbänden kann mit einem entsprechenden Commitment zu diesen Organisationsstrukturen gelingen. Eine ganzheitliche Betreuung wird durch einen multiprofessionellen Ansatz, der eine intersektorale Zusammenarbeit ermöglicht, intensiviert. Negativ gesehen wird teilweise die fehlende Beteiligung von Gemeindefunktionärinnen und -funktionären. Bei Trägerprojekten wurde positiv erwähnt, dass sie eine begleitende fachliche Koordination und Entwicklung anbieten können. Negativ erwähnt wurde, dass es in ihrem Fall teilweise zu Einschränkungen in der autonomen Leistungserbringung und somit zu einer Einschränkung im Aufgaben- und Rollenprofil gekommen war. Es gibt Träger und/oder bestimmte Projekte, die eine auffallend hohe Fluktuation aufweisen und/oder bei denen Stellen lange nicht besetzt werden konnten. Bei **Trägerprojekten**, die einen „agilen“ oder

„selbst organisierten“ Zugang in der Begleitung der Community Nurses gewählt und das notwendige Maß an fachlicher Autonomie und an Autonomie bezüglich Arbeitsabläufen zugelassen haben, wird laut subjektiver Rückmeldung der Projektleitungen eine geringe Fluktuation und eine hohe Arbeitszufriedenheit beobachtet.

5.3.2 Einzugsgebiet und Zielgruppe

Das Einzugsgebiet von Community Nursing orientiert sich an internationalen Empfehlungen und wurde für die österreichischen Pilotprojekte an die spezifischen Rahmenbedingungen angepasst. Basierend auf den Empfehlungen des „Report on a Public Health Nurse to Population Ratio“ aus den USA wird ein Standardverhältnis von **einer Community Nurse (CN) für 5.000 Einwohner:innen** als angemessen erachtet (ASTDN 2008).

- Dieses Einzugsgebiet wurde im Rahmen der Pilotierung mehrfach reflektiert und diskutiert. Einzelne Projekte suchten um eine Ausweitung des Einzugsgebiets an. Es ist keine klare Aussage ableitbar, ob dies mit Qualitätseinbußen oder Einbußen bzgl. der Akzeptanz einhergeht. Es zeigt sich jedoch, dass die Schwerpunkte bei Projekten mit umfassenderen Einzugsgebieten von jenen bei Projekten mit einem Einzugsgebiet von bis zu 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern abweichen. Die Funktion der „zentralen Ansprechperson“ ist weniger bzw. kaum erfüllbar. Diese benötigte Sichtbarkeit und Nähe.

Adäquates Einzugsgebiet laut den Umsetzerinnen und Umsetzern der Pilotphase⁴

- **3.000 bis 5.000 Einwohner:innen sind für 1 VZÄ angemessen (51,7 %).**
 - **5.001 bis 7.500 Einwohner:innen sind für 1 VZÄ angemessen (20 %).**
 - 7.501 bis 10.000 Einwohner:innen sind für 1 VZÄ angemessen (8,3 %).
 - < 3.000 Einwohner:innen sind für 1 VZÄ angemessen (13,3 %).
 - Rund 6,7 Prozent halten ein größeres Einzugsgebiet für angemessen (bis zu 15.000 EW: 1,7 %, bis zu 20.000 EW: 3,3 %, bis zu 30.000 EW: 1,7 %, größeres Einzugsgebiet: 0 %).
- 40 Prozent der teilnehmenden Community Nurses definierten ihr Einzugsgebiet als ländlichen Raum bzw. 36,7 Prozent als ländlichen Raum im Umland von Zentren entsprechend der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria.

Aus Erkenntnissen der Projektbegleitung heraus kann empfohlen werden, dass sich CNs in Teams organisieren und Teams von bis zu acht Pflegepersonen einem oder einer Supervisor:in bzw. einer Teamleitung zugeteilt werden. Weiters ist die **interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und eine Organisation in multiprofessionellen Teams** anzustreben. International wird jedenfalls ein Bachelorabschluss als Voraussetzung zur Ausübung der Rolle empfohlen. Für die Ausübung der Rolle der Teamleitung bzw. der Supervisorin oder des Supervisors wird als Voraussetzung eine Masterqualifikation empfohlen (Campbell et al. 2020; Jakeway et al. 2008).

Qualifikationserfordernisse und das Einzugsgebiet sind für die österreichische Umsetzung von CN noch detailliert zu diskutieren und es ist eine Empfehlung auszusprechen. Hierzu wären in

⁴ Informationen zur Befragung und zur Stichprobe siehe Kapitel 4.3.3

weiterer Folge die Erfahrungen großer Projekte zu berücksichtigen, um eine verwertbare Erkenntnis ableiten zu können.

Für die Pilotprojekte wurde die Zielgruppe in Bezug auf das Alter eingeschränkt, damit parallel zu den inhaltlichen Tätigkeiten auch die Aufbauarbeit bewältigt werden kann. Für den Regelbetrieb wird die Aufhebung dieser Eingrenzung empfohlen.

6 Nationale Verankerung von Community Nursing⁵

Die Rahmenbedingungen und gesetzlichen Grundlagen für die Jahre 2022–2024 wurden in Kapitel 3.2 bereits eingehend dargestellt. In diesem Kapitel werden, basierend auf gesetzlichen Regelungen und Rückmeldungen der Bundesländer, die Umsetzungsstrategien, die ab 2025 verfolgt werden, dargestellt.

6.1 Gesetzliche Grundlage für die Weiterführung

Im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund und Ländern für die Jahre 2024–2028 wurde der Pflegefonds auf 1,1 Milliarden Euro⁶ aufgestockt. Neben einem Entgelterhöhungszuschuss für Pflegepersonen und einem Ausbildungszuschuss wurde Community Nursing im Pflegefondsgesetz verankert; eine Weiterführung und Finanzierung wurden ermöglicht. Das Pflegefondsgesetz definiert in § 3 (12) Community Nursing wie folgt:

„Unter Community Nursing im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Angebote der wohnortnahen, niederschweligen und bedarfsorientierten Versorgung zu verstehen. Community Nurses sind zentrale Ansprechpersonen für die Themen Pflege und Gesundheit, die eine wesentliche Rolle im Bereich der Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung sowie Prävention einnehmen. Als Community Nurses können ausschließlich Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 1 Z 1 GuKG eingesetzt werden.“
(Pflegefondsgesetz - PFG 2011)

Durch diese gesetzliche Regelung ist prinzipiell eine Weiterführung von Community Nursing durch die Bundesländer möglich. Die Mittel des Pflegefonds stellen einen Zweckzuschuss vom Bund an die Länder für die Sicherung und Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen dar, sind aber nicht für eine einzelne Leistung zweckgewidmet. Ob und inwieweit die weitere Umsetzung, Gewichtung und zukünftige Ausgestaltung von Community Nursing erfolgen, obliegt den Bundesländern. Weiters wurde im Pflegefondsgesetz festgelegt, dass diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Community Nurses einzusetzen sind (Pflegefondsgesetz - PFG).

In den Erläuterungen zum Gesetz wird darauf verwiesen, dass ein Vollzeitäquivalent für ein Einzugsgebiet von bis zu 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern zuständig sein sollte (Parlament Österreich 2023).

⁵ Das Kapitel 5 „Nationale Umsetzung von Community Nursing“ inkl. Umsetzungsstrategien der Bundesländer wird bzw. wurde im selben Wortlaut als Factsheet veröffentlicht.

⁶ Die Dotierung wird jährlich nach einer bestimmten Formel valorisiert.

6.2 Umsetzungsstrategien der Bundesländer

Nachfolgend wird dargestellt, welche Umsetzungsstrategien die einzelnen Bundesländer zur Weiterführung von Community Nursing ab 1. Jänner 2025 verfolgen. Die Darstellung basiert auf schriftlichen Rückmeldungen von Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien), die seitens der GÖG inhaltlich nicht verändert wurden. Seitens des Landes Burgenland liegt eine Rückmeldung vor, die gekürzt wurde. Informationen zu Oberösterreich bilden den Stand der Diskussion zum Zeitpunkt der Erstellung des Factsheets ab, hierzu liegt keine schriftliche Rückmeldung des Bundeslandes vor.

Burgenland⁷

Im Burgenland waren im Projektzeitraum 2022–2024 sechs Gemeinden aktiv. Langfristig soll Community Nursing jedoch in die geplanten 71 Pflegestützpunkte integriert werden, von denen einer bereits in Schattendorf in Betrieb ist. Durch die langfristige Etablierung in den bestehenden Strukturen soll Community Nursing im Rahmen der Regionalversorgung flächendeckend ausgeweitet werden. Es ist derzeit ungewiss, ob die CN-Projekte im Jahr 2025 fortgeführt werden, da der Planungs- und Umsetzungshorizont der Pflegestützpunkte langfristig angelegt ist. Für CN hingegen ist bereits ab Jänner 2025 ein Fortführungskonzept nötig. Der Dienort wird sich künftig direkt in den Pflegestützpunkten befinden, um das Konzept der niederschweligen und wohnortnahen Versorgung beizubehalten. Bis zur Fertigstellung der Pflegestützpunkte werden die notwendigen Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt, um die Kontinuität des bereits bestehenden Versorgungsangebots aufrechtzuerhalten. Die Anstellung der Community Nurse erfolgt über die Soziale Dienste Burgenland GmbH. Es soll ein einheitliches Aufgabenprofil erstellt werden, um das Aufgabenfeld optimal zu gestalten und Doppelstrukturen entgegenzuwirken. 28 Pflege- und Sozialberater:innen werden auf kommunaler Ebene das Tätigkeitsfeld der zentralen Ansprechpersonen bei Gesundheits- und Pflegefragen, Beratung und Schulung ebenso wie Vermittlung abdecken. Zusätzlich wird das Angebot weiterhin Hausbesuche für pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige beinhalten.

Quelle und weiterführende Informationen

- **Verordnung** der Burgenländischen Landesregierung mit näheren Regelungen über die Einteilung des Burgenlandes im Rahmen des regionalen Pflege- und Betreuungsstützpunktplans sowie über die infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen von regionalen Pflege- und Betreuungsstützpunkten (Burgenländische Pflege- und Betreuungsstützpunktverordnung); Abschnitt 3; § 14 [Entwurf]

⁷ Der vom Land Burgenland bereitgestellte Text wurde gekürzt, inhaltlich jedoch nicht verändert.

Kärnten

Ab dem Jahr 2025 wird das Bundesland Kärnten in allen 132 Gemeinden Pflegenahversorgung in Regelfinanzierung anbieten. Die Pflegenahversorgung ergänzt die bestehenden Angebote und beinhaltet die Bereiche Pflegekoordination / Community Nursing, Stärkung des Ehrenamts und den Aus- und Aufbau von niederschweligen Versorgungsstrukturen. Die elf Community-Nursing-Projekte, welche mit 31. Dezember 2024 enden, werden in die Pflegenahversorgung überführt. Darüber hinaus werden alle diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des Projekts Pflegenahversorgung als Community Nurses geführt. Zu betonen ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich Soziales, Pflege und Betreuung, die im Rahmen der Pflegenahversorgung erfolgen kann und die dazu geeignet ist, den Anforderungen der demografischen Alterung bestmöglich zu begegnen.

Niederösterreich

In Niederösterreich wurde den derzeit bestehenden 25 Pilotprojekten ermöglicht, einen Förderantrag für 2025 einzubringen. Es wird eine flächenmäßige Ausweitung der Projektgebiete bei gleichbleibendem VZÄ-Einsatz angestrebt. Für die Zukunft ist vorgesehen, das Aufgabenprofil zu vereinheitlichen und Kernleistungen zu definieren, die von allen Community Nurses umzusetzen sind. Eine mögliche Ausweitung der Projekte wird derzeit geprüft.

Oberösterreich

Das Land Oberösterreich ermöglicht den Regionalen Trägern Sozialer Hilfe (RTSH) eine Weiterführung der Projekte, die derzeit bei Gemeinden, Städten oder Sozialhilfeverbänden angesiedelt sind. Die Entscheidung über eine Fortführung bzw. Neuentwicklung der einzelnen Projekte obliegt den Regionalen Trägern Sozialer Hilfe. Wie viele der derzeit 32 Projekte weitergeführt werden, ist im November 2024 noch nicht bekannt.

Salzburg

Die bisherigen elf Projekte im Bundesland Salzburg werden, angesichts der Wichtigkeit und längerfristigen Absicherung, aus den Mitteln des Pflegefonds für das Jahr 2025 finanziert. Mit den aktuell zur Verfügung stehenden Mitteln können, gemäß der Förderung laut Bundesrichtlinie, nicht mehr 19,05 Vollzeitäquivalente, sondern 11,80 Vollzeitäquivalente finanziert werden. Diese wurden gemäß den bisherigen Anteilen auf die bestehenden Projekte aufgeteilt. Darüber hinaus steht es den Projektträgern frei, zusätzliche Mittel für das Angebot Community Nursing in der Region zu Verfügung zu stellen.

Die weitere Vorgehensweise ab dem Jahr 2026 wird Gegenstand eines Planungsprozesses, um das Aufgabenprofil der Community Nurses zu vereinheitlichen und die Kernleistungen zu definieren, um vorhandene Parallelstrukturen zu vermeiden.

Steiermark

Community Nursing wird in der Steiermark durch eine einjährige Förderung 2025 überbrückend fortgeführt und weiterentwickelt. Die 20 Pilotprojekte in der Steiermark und weitere interessierte Gemeinden können sich für eine Förderung bewerben. Die Förderlaufzeit ist auf das Jahr 2025 begrenzt. Hierzu wurde das bestehende Aufgaben- und Rollenprofil weiterentwickelt und ein sehr umfassendes Profil für Community (Health) Nursing erstellt (siehe Aufgaben- und Rollenprofil, Gressl und Unger, 2024). Die Förderung durch das Land Steiermark refinanziert den Fördernehmerinnen bzw. Fördernehmern Personal- und Sachkosten in Höhe von maximal 60.000 Euro pro Vollzeitäquivalent (VZÄ), aufgeteilt im Verhältnis 80 : 20 auf Personal- und Sachkosten, wobei Fördernehmer:innen dazu angehalten sind, bis zu 40 Prozent Eigenanteil aufzubringen. Bei der Berechnung der Förderungsgrenzen wurde von maximalen jährlichen Personalkosten inkl. Dienstgeberbeiträge in Höhe von 80.000 Euro je VZÄ und maximalen jährlichen Sachkosten in Höhe von 20.000 Euro je VZÄ ausgegangen.

Quellen und weitere Informationen

- Förderungen – Gesundheitsserver – Land Steiermark
- 20241025_Förderungsrichtlinie_Community_Health_Nursing_2025.pdf
- Aufgaben- und Rollenprofil

Tirol

In Tirol soll Community Nursing in Form einer präventiven Gesundheits- und Seniorenberatung ab dem Jahr 2025 in bestehende regionale ambulante Betreuungs- und Pflegestrukturen, beispielsweise angedockt an die Gesundheits- und Sozialsprengel, integriert werden und damit flächendeckend zur Verfügung stehen. Doppelstrukturen durch Community Nursing sollen vermieden werden und das Angebot soll in ganz Tirol zur Verfügung stehen, weshalb eine Weiterführung der fünf Projekte in der derzeitigen Form nicht vorgesehen ist. Einzelne Gemeinden, die als Projektträger fungieren, beabsichtigen eine eigenständige Weiterführung ab 2025.

Vorarlberg

Im Land Vorarlberg werden die im Projektzeitraum 2022–2024 bestehenden vier Projekte mittels einer befristeten Übergangsförderung für das Jahr 2025 fortgeführt. In Summe wird ein weiteres Projektjahr mit 90.000 Euro für ein Vollzeitäquivalent finanziert, wobei rund 80.000 Euro für Personalkosten und zusätzlich pro Projektträger etwa 10.000 Euro Strukturkosten finanziert werden. Auf Basis von Evaluationsergebnissen sollen die derzeitigen Rahmenbedingungen hinsichtlich Trägerschaft, Aufgaben- und Rollenprofil, Abgrenzung zu anderen Diensten und die Integration in das bestehende ambulante Versorgungsnetz bewertet werden.

Wien

Die beiden Community-Nurse-Projekte werden in die bestehenden Strukturen des *KundInnen-services* des Fonds Soziales Wien integriert. Dadurch können Parallelstrukturen vermieden, kann

die Erreichbarkeit relevanter Zielgruppen deutlich verbessert und können regionale Einschränkungen aufgehoben werden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass wichtige Themen wie Gesundheitsförderung und Prävention in die Beratungsinhalte einfließen. School Nurses werden aktuell in der Zuständigkeit der MA 15 weitergeführt.

Überblick über Community Nursing in Österreich

Projektlandkarte

Unter <https://cn-oesterreich.at/> finden Sie eine Karte, die alle Community-Nursing-Projekte in Österreich, die beteiligten Gemeinden sowie Kontaktmöglichkeiten abbildet. Die Projekte können nach Bundesländern und Bezirk gefiltert werden. Eine Aktualisierung erfolgt im Jahr 2025, um den aktuellen Umsetzungsstand weiterhin abbilden zu können.

Website Community Nursing in Österreich

Unter www.cn-oesterreich.at finden Sie weiterführende Informationen und relevante Neuigkeiten zum Thema Community Nursing in Österreich.

6.3 Herausforderungen und Unsicherheiten

In der Projektbegleitung, sowohl in der direkten Kommunikation als auch in den Monitoringberichten und den Workshops zu CN, zeigt sich, dass die unklare Situation bzgl. einer Weiterführung von CN zu großer Verunsicherung bei den betroffenen Community Nurses, den Klientinnen bzw. Klienten und den Netzwerkpartnerinnen und -partnern führte. Ebenso ist ein dezenter Rückgang der Projektaktivitäten im zweiten Halbjahr 2024 zu vermerken, was vermutlich auf die unsichere Weiterführungsperspektive zurückzuführen ist.

7 Empfehlungen für die weitere Umsetzung von CN

Community Nursing stellt international eine etablierte pflegerische Rolle dar, die den Herausforderungen der demografischen Entwicklung mit einem nachhaltigen gesundheitsfördernden und präventiven Ansatz begegnet und durch die Gruppen- und Bevölkerungsorientierung einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung leistet.

Die im Folgenden dargestellten Empfehlungen basieren auf den dargestellten Ergebnissen und Erkenntnissen aus der Projektbegleitung, den Rückmeldungen von Community Nurses aus Workshops und Vernetzungsformaten, den erhobenen Daten aus dem Dokumentationssystem DokCN, den Projektberichten sowie auf relevanter Fachliteratur und den Ergebnissen der Evaluation Community Nursing Österreich der Fachhochschule Kärnten (Pichler et al. 2024). Ergänzend flossen Workshops und Fachgespräche mit renommierten Expertinnen und Experten ein, die wesentliche Impulse zur Reflexion eingebracht hatten. Im Juni 2024 fand ein Workshop mit Denise Bryant-Lukosius zur Reflexion der bisherigen Umsetzung von CN in Österreich statt, um Lernerfahrungen und zentrale Schritte zu deren Integration sowie zur Weiterentwicklung der Rolle der CNs zu diskutieren. Details zur weiteren Datengrundlagen, die in den Bericht eingeflossen sind, finden sich in Kapitel 9.

7.1 Grundsätze und Schlüsselemente der Praxis des Community Nursing

Community Nursing (CN) sollte zukünftig auf klare Prämissen und definierte Schlüsselemente gestützt werden. Dadurch wird die Rolle in der gemeindenahen Versorgung geschärft. Nur durch ein klar gesundheitsfördernd ausgerichtetes Rollenverständnis kann der Zugang zu und die Akzeptanz von Community Nursing seitens der Stakeholder und innerhalb der Bevölkerung gewährleistet werden. Ein konsequentes Ausrichten auf Gesundheitsförderung und Prävention stellt sicher, dass Community Nursing als wertvoller Bestandteil in der Versorgungslandschaft und als Brücke zur kommunalen Gesundheitsförderung verankert wird. Als zentrales Bindeglied zwischen der Lebenswelt der Menschen und der professionellen Gesundheitsversorgung tragen Community Nurses dazu bei, Versorgungslücken zu schließen, Selbstständigkeit zu fördern und die Resilienz von Individuen sowie Gemeinschaften zu stärken.

Orientierung an den Grundsätzen des Community Nursing

Vor dem Hintergrund international gängiger Schlüsselemente gelten folgende grundsätzliche Anforderungen an ein Rollen- bzw. Kompetenzprofil für CN:

- Die Bedarfe der Bevölkerung stehen im Mittelpunkt. Dies erfolgt unter besonderer Berücksichtigung
 - der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener sozialer Gruppen,
 - infrastrukturschwacher Regionen und
 - der Ungleichheit der Zugänge zu Hilfsangeboten (bspw. mobilitätseingeschränkte Personen, sozioökonomisch schwächer gestellte Personen).

- Orientierung und Ausrichtung am Public Health Intervention Wheel: Dieses spannt den Rahmen für gemeinwesenorientierte Pflege. Im Public Health Intervention Wheel werden die Umfänge der pflegerischen Praxis auf Ebene von Individuen, Familien und Gemeinden beschrieben.
- Ressourcenorientierung, d. h. Orientierung an Ressourcen im Sinne von Stärken und Potenzialen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten
- Fokus auf Vermittlung zu und Zusammenarbeit mit Angeboten außerhalb des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungsspektrums
- Förderung von Chancengerechtigkeit, d. h. Berücksichtigung der Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten als durchgängige Anforderung
- Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung und Relevanz, d. h. Beleg der Zweckmäßigkeit und Relevanz der Ziele durch Daten und Fakten
- professionelle Haltung, die auf Empathie basiert und sich an Bedarfen und Bedürfnissen orientiert, Würde, Autonomie und Sicherheit wahrt und die ethischen Grundsätze des Pflegeberufs respektiert
- digital vor ambulant vor stationär, in Abhängigkeit von individuellen Wünschen und vom jeweiligen Bedarf
- Hintanstellen von Pflegebedürftigkeit

Schlüsselemente

Nach Keller et al. (2011) wird Public bzw. Community Health Nursing in den USA durch acht zentrale Schlüsselemente definiert. Glavin et al. (2013) überprüften deren Übertragbarkeit auf die norwegische Praxis. Trotz signifikanter struktureller Unterschiede – insbesondere in Bezug auf politische Rahmenbedingungen, gesetzliche Grundlagen und die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme – konnte eine weitgehende Übereinstimmung festgestellt werden. Sechs der acht Elemente erwiesen sich als unmittelbar übertragbar. Zwei Elemente wurden an den norwegischen Kontext angepasst, ein weiteres Element wurde zusätzlich integriert, um den nationalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die folgenden neun Schlüsselemente wurden für Norwegen identifiziert; mit „\“*“ markiert sind jene, die sich von den US-amerikanischen Schlüsselementen unterscheiden.

Community (Health) Nursing ...

- ... konzentriert sich auf die Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen.
(„focuses on the health of entire populations“)
- ... berücksichtigt die Prioritäten und Bedürfnisse der Gemeinschaft.
(„reflects community priorities and needs“)
- ... baut fürsorgliche Beziehungen zu Gemeinschaften, Systemen, Einzelpersonen und Familien auf.
(„established caring relationships with communities, systems, individuals, and families“)
- ... basiert auf sozialer Gerechtigkeit, Mitgefühl, Sensibilität für Diversität, Respekt vor der Würde aller Menschen, insbesondere vulnerabler Gruppen.
(„grounded in social justice, compassion, sensitivity to diversity, and respect for the worth of all people, especially the vulnerable“)

- ... berücksichtigt die geistigen, körperlichen, emotionalen, sozialen, spirituellen und umweltbedingten Aspekte der Gesundheit.
(„encompasses mental, physical, emotional, social, spiritual, and environmental aspects of health“)
- ... wendet evidenzbasierte Praxis an, um die Gesundheit der Community zu stärken.
(„use evidence-based practice to promote health in the community“*)
- ... arbeitet mit Ressourcen der Community zusammen, um Strategien umzusetzen, kann bei Bedarf jedoch auch eigenständig tätig werden.
(„collaborates with community resources to achieve those strategies, but can and will work alone if necessary“)
- ... leitet Befugnis zum eigenständigen Handeln von nationalen Gesetzen ab.
(„derives its authority for independent action from national laws“*)
- ... fördert die Chancengerechtigkeit für alle, indem umfassende Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden.
(„promotes equality for all through offering universal healthcare services“*) (Glavin et al. 2013, S. 163; Keller et al. 2011, S. 253-257)

In einer Diskussion mit den aktiven Community Nurses im Rahmen eines virtuellen Austauschs fanden die Schlüsselemente, die literaturbasiert vorgestellt wurden, Zustimmung. Lediglich der Punkt zur evidenzbasierten Praxis wurde kritisch diskutiert, da Evidenz nicht immer ausreichend verfügbare oder nutzbar sei.

7.2 Vereinheitlichung des Aufgaben- und Rollenprofils mit regional adaptierbarer Ausgestaltung

Die Rollenklarheit und -definition sind entscheidende Erfolgsfaktoren für die Etablierung neuer pflegerischer Rollen, so auch von Community Nursing (CN).

Während der Wunsch nach einer österreichweiten Vereinheitlichung des Rollenprofils besteht, zeigt sich gleichzeitig die Notwendigkeit, regionale Adaptierungen zuzulassen. Dieses Spannungsfeld birgt Herausforderungen: Eine fehlende Standardisierung führt zu Unklarheiten. Projektspezifisch unterschiedliche Interpretationen der Rolle erschweren die Akzeptanz von Stakeholdern. Dennoch ist die regionale Anpassungsfähigkeit ein zentraler Bestandteil der CN-Praxis, da sie es ermöglicht, auf die spezifischen lokalen Bedarfe einzugehen.

Die weitere Professionalisierung der CN-Rolle erfordert die Einführung standardisierter Einschätzungsinstrumente (zur Einschätzung von Bedarfen und Risiken) sowie die stärkere Orientierung an gängigen Klassifikationssystemen zur Verwendung einer gemeinsamen Terminologie und somit einer gemeinsamen Sprache. Weiters empfiehlt sich eine stärkere Orientierung an etablierten und evidenzbasierten Modellen wie dem Public Health Intervention Wheel (PHIW). Auch wenn das PHIW derzeit als nicht 1 : 1 auf Österreich übertragbar bzw. anwendbar erscheint, ist es eine passende Grundlage für die Weiterentwicklung von CN. Im Zentrum von CN steht die Förderung eines individuellen und aktivitätsorientierten Alltags der Zielgruppen, um deren Gesundheitsniveau und Selbstständigkeit zu erhalten bzw. zu fördern. Die Rolle erfordert eine eigenständige Positionierung, die autonom und möglichst frei von äußeren Einflüssen agieren kann. Eine kollaborative Aushandlung mit zentralen regionalen Stakeholdern ist jedoch nötig.

Klare Regelungen zur Abgrenzung sind essenziell, um die Zusammenarbeit und Akzeptanz auf lokaler Ebene zu fördern und zu verhindern, dass die Rolle aufgrund anderer Bedarfslagen verschwimmt.

Es besteht die Gefahr, dass CN aufgrund der unspezifischen Rollendefinition zum „Spielball“ äußerer Einflüsse und Bedarfe wird. Aufgrund unterschiedlicher regionaler Bedarfe bleibt die Rolle unspezifisch und wird als sehr breit angelegt empfunden. Aufgrund von Versorgungslücken ist die Erwartungshaltung einer CN gegenüber häufig die einer universellen Problemlöserin (wird in der Literatur als „Jack of all trades“ beschrieben). In der Folge übernehmen CNs nicht klar abgegrenzte Aufgaben, ohne eine strategisch definierte Ausrichtung zu verfolgen. Dies gefährdet nicht nur die Professionalisierung und Akzeptanz der Rolle, sondern kann auch die langfristige Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von CN beeinträchtigen. Ein klar definiertes Mandat und verbindliche Standards sichern dies und verhindern eine Fragmentierung des Ansatzes von CN.

Eine präzisere Rollendefinition, eine (kontinuierliche) Überarbeitung und Konkretisierung des Aufgaben- und Rollenprofils sowie die Einführung von klaren Zuständigkeiten und Standards sind daher notwendig, um die neue spezialisierte Rolle von CNs zu stärken. Standardisierung und Gestaltungsspielräume in Hinblick auf regionale Bedarfe und Gegebenheiten stehen dabei nicht in Widerspruch zueinander, sondern sind vielmehr Ausdruck einer gelebten professionalisierten Rolle. Es bedarf allerdings eines kontinuierlichen Balancierens.

Kontinuität und Follow-up als Qualitätsmerkmal

In der Projektbegleitung zeigte sich, dass die Kontinuität, die aktive Begleitung, die Betreuung und das Follow-up, das gezielte in Intervallen stattfindende Kontaktaufnahmen und das „Da-Sein“, das „In-Kontakt-Sein“ wesentliche Qualitätsmerkmale sind, um den langfristigen subjektiven Nutzen, das Vertrauen und die Umsetzbarkeit gemeinsam mit Klientinnen und Klienten vereinbarter Ziele zu erhöhen. Ein **Follow-up** ermöglicht den Community Nurses, den Gesundheitsverlauf der Klientinnen und Klienten zu beobachten, bei Bedarf frühzeitig zu intervenieren sowie Themen und Zielsetzungen wiederkehrend aufzugreifen (Leitgedanke „von der Motivation zur Volition“⁸). Diese Praxis gewährleistet eine nachhaltige Umsetzung und Implementierung von Verhaltensänderungen im Alltag.

Für die Phase nach der Pilotierung von CN wird empfohlen, gemeinsam mit umsetzenden CNs und Projektverantwortlichen weitere Qualitätsmerkmale zu identifizieren, diese zu präzisieren und sich zukünftig an diesen auszurichten.

Um die Qualität und Gleichwertigkeit der Leistungen zu gewährleisten, ist erforderlich, klare Qualitätskriterien und Standards für Elemente von CN, wie das Follow-up, zu entwickeln. Diese Standards sollten festlegen, in welchen Intervallen Follow-ups stattfinden, welche (Beratungs-)Inhalte

⁸ vgl. Rappold 2022 ff., div. Vorträge

berücksichtigt, welche Standardmaßnahmen umgesetzt bzw. angeboten werden und welche methodischen Ansätze zur Anwendung kommen.

7.3 Ausbildungs- und Zugangserfordernisse an die Anforderungen anpassen

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die nachhaltige Implementierung von Community Nursing in Österreich ist die Entwicklung fundierter Qualifizierungsprogramme. Die bisherigen Erfahrungen aus den Monitoringberichten und Rückmeldungen der CNs zeigen, dass eine praxisorientierte, aber wissenschaftlich ausgerichtete Höherqualifizierung im Anschluss an die generalistische Grundausbildung von DGKP zielführend erscheint, um den Anforderungen der gemeindeorientierten Pflege gerecht zu werden und die Rolle der CNs zu professionalisieren.

Die Einführung einer Spezialisierung im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) wird als gangbarer Weg für CN in Österreich gesehen. Darüber hinaus sind Masterqualifikationen, die die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, System- und Systementwicklung sowie wissenschaftliche und anwendungsforschungsorientierte Inhalte umfassen, zu empfehlen.

Langfristige Perspektive: Spezialisierung und Masterqualifikation

Einheitliche Schulungen und Ad-hoc-Trainings sind wichtige erste Schritte, doch langfristig sollte die Entwicklung einer spezialisierten Ausbildung oder einer Masterqualifikation angestrebt werden, wobei ein modularer Aufbau der Ausbildungen als sinnvoll erachtet wird.

Herausforderungen im Spannungsfeld von Professionalität und neuen Anforderungen

Die CNs agieren in einem neuen und herausfordernden Feld, das hohe Fachkompetenz und Pionierarbeit erfordert. Gleichzeitig darf nicht vorausgesetzt werden, dass Wissenserwerb in diesem neuen Feld ausschließlich selbstständig erfolgt bzw. erfolgen kann. Es gilt daher, Bildungsprogramme zu Strukturqualitätskriterien zu schaffen, die

- generalistische Grundlagen und spezifisches Know-how zu regionalen und zielgruppenspezifischen Anforderungen vermitteln,
- Standards definieren, die eine gleichbleibende Qualität und Professionalität sicherstellen, und
- CNs in die Lage versetzen, als Generalistinnen und Generalisten mit vertieften Kenntnissen über die regionale Versorgungslandschaft, Krankheiten und Phänomene im Alter zu agieren.

Es wird empfohlen, ein gestuftes Ausbildungssystem zu entwickeln, das eine Mindestqualifikation für alle CNs sowie vertiefte Qualifikationen für spezialisierte, erweiterte Aufgaben vorsieht. Eine Möglichkeit ist die Etablierung einer Quote, z. B. dass pro Bezirk, abhängig von der Größe, zumindest ein bis zwei speziell qualifizierte CNs als Supervisorin(nen) tätig sind.

Ebenso wird seitens der Umsetzer:innen betont, dass die Rollen und Kompetenzen der Community Nurses kontinuierlich an die steigenden bzw. sich ändernden Anforderungen angepasst werden sollten.

Ein Qualifikationsprofil für CNs und für CHNs als weiterentwickelte Rolle als Basis für eine Curriculumsentwicklung sowie die Definition von Strukturqualitätskriterien zum abgestuften Einsatz unterschiedlich qualifizierter CNs sind zu entwickeln.

Zudem wird im Rahmen der Monitoringberichte der Bedarf an struktureller Unterstützung durch eine überregionale Fach- und Koordinierungsstelle betont, die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Community Nurses konzipieren und durchführen kann sowie die Fachentwicklung begleitet und antreibt. Dies kann einerseits zentral erfolgen, wie während der Pilotphase, andererseits wären mehrere überregionale Fach- und Koordinierungsstellen auf Bundesländerebene denkbar und erstrebenswert.

7.4 Integration von CNs fördern und Zusammenarbeit stärken

Eine flächendeckende Implementierung und Ausweitung des Pilotprojekts setzen den Austausch und die Zusammenarbeit mit verschiedenen intra- und extramuralen Gesundheitseinrichtungen voraus. Der multi- bzw. interprofessionelle Ansatz, der die Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, mobilen Diensten, kommunalen Akteurinnen und Akteuren sowie Angehörigen bestimmter Sozial- und Gesundheitsberufe, wie therapeutischer Berufe oder der Sozialarbeit, umfasst, ermöglicht eine zielgerichtete Betreuung der Zielgruppe. Das ist Grundlage dafür, dass CNs ihre Rolle in der Koordination übernehmen können.

7.5 Sicherstellung der Finanzierung und Ressourcen

Durch die Verankerung von Community Nursing im Pflegefonds und die Bereitstellung von finanziellen Mitteln sind bereits wesentliche Schritte zur Sicherstellung der Finanzierung gesetzt worden. Die Sicherstellung eines langfristigen Handlungsrahmens und die Verankerung im Pflegefondsgesetz werden als entscheidend für die Verstetigung des Community-Nursing-Projekts angesehen. Die langfristige Stabilität des Projekts hängt jedoch nicht nur von der Verfügbarkeit finanzieller Mittel ab, sondern insbesondere von der Bereitschaft, diese gezielt für den Bereich der Community Nurses einzusetzen. Ein schrittweiser Ausbau der bereitgestellten finanziellen Mittel ist für einen flächendeckenden Ausbau langfristig vorzusehen. Weiters ist eine verlässliche mittel- und langfristige Finanzierung entscheidend, um die Stabilität und Qualität von Community Nursing zu gewährleisten. Fehlende finanzielle Sicherheit geht mit hoher personeller Fluktuation einher. Kompetenzen sowie aufgebautes Wissen im Projekt gehen verloren, was wiederum den Projekterfolg beeinflusst.

Die Gesunderhaltung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die eine systematische, nachhaltige und leistungsgerechte partnerschaftliche Finanzierung erfordert. Potenziell verantwortlich sind Stellen, die im jeweiligen Kompetenzbereich für Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung, Soziales, Pflege und öffentliche Gesundheit zuständig sind. Als Akteure sind Bund, Länder, Sozialversicherungsträger, Gemeinden und Projektförderstellen zu nennen.

Die langfristige Implementierung und der Projekterfolg hängen maßgeblich von einer gesicherten Finanzierung ab.

Eine Mischfinanzierung und somit gemeinschaftliche Zuständigkeit mehrerer Sektoren könnten aufgrund des sektorenübergreifenden Aufgabengebiets vielversprechend sein, um in Kombination mit dem Pflegefonds als Finanzierungsinstrument einen schrittweisen Ausbau zu ermöglichen.

Personaleinsatz

Neben der finanziellen Absicherung ist die Verfügbarkeit qualifizierter Pflegepersonen eine der größten Herausforderungen im Pflegebereich und beeinflusst auch die langfristige Implementierung von Community Nursing. DGKP sind die zentrale Ressource, um die Aufgaben von Community Nurses professionell umzusetzen. Trotz der Attraktivität dieses Tätigkeitsfeldes bleibt auch Community Nursing vom allgemeinen Personalmangel betroffen. Auf Makro- und Mesoebene sind gezielte Maßnahmen zur Rekrutierung, Ausbildung und langfristigen Bindung von Pflegekräften essenziell. Gleichzeitig kann Community Nursing selbst zur Entlastung der Personalsituation beitragen, indem präventive Hausbesuche und Gesundheitsförderung die Pflegebedürftigkeit hinauszögern und die Selbstständigkeit älterer Menschen länger erhalten. Dadurch könnte der Bedarf an mobilen und stationären Pflegeleistungen reduziert und der Druck auf bestehende Versorgungsstrukturen verringert werden.

Verstärkte Nutzung digitaler Lösungen zur Vernetzung, Kommunikation und Dokumentation

Der verstärkte Einsatz digitaler Lösungen und die Integration von TeleCare-/Nursing-Anwendungen zur Beratung, Kommunikation oder zum Monitoring des Gesundheitszustands bieten erhebliche Chancen für die Optimierung von Community Nursing. Digitale Plattformen und Dokumentationssysteme können den Informationsfluss verbessern, administrative Aufgaben erleichtern und die Kommunikation zwischen Community Nurses und anderen Akteurinnen und Akteuren fördern. Einerseits wird der Einsatz einer Vernetzungs- und Kommunikationsplattform empfohlen, andererseits die Bereitstellung von datenschutzkonformen Dokumentations-, Kommunikations- und Monitoringsystemen, die bei Einwilligung der Klientinnen bzw. Klienten angewendet werden können. Solche digitalen Lösungen ermöglichen ein effizienteres Arbeiten und bilden eine fundierte Basis für die Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung.

Monitoring und Evaluierung

Evaluationen sind einerseits nötig, um die Wirkung der gesetzten Maßnahmen zu messen, aber auch um Optimierungspotenziale zu identifizieren und die langfristige Wirksamkeit zu gewährleisten. Ein kontinuierliches Monitoring der Leistungen von CNs und regelmäßige Erhebungen der Nutzerperspektive werden empfohlen.

Es wird empfohlen, Community Nursing engmaschig zu evaluieren und kontinuierlich auf Basis eines standardisierten Monitorings und durch weitere Evaluationsforschung weiterzuentwickeln und anzupassen.

7.6 Verstetigung von Community Nursing

Verstetigung von Community Nursing als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems

Die gemeindenahere Versorgung durch Community Nurses (CNs) sollte gezielt ausgebaut werden, um eine flächige bzw. sukzessive flächendeckende und bedarfsorientierte präventive Begleitung der Bevölkerung und vorsorgliche Interventionen zu gewährleisten.

Integration: Erweiterung, regionale Vernetzung und Koordination

Dies erfordert sowohl den Ausbau von Gebieten mit CN-Angeboten als auch die Implementierung einer Mesoebene zur regionalen Koordination und zum Management komplexer Gesundheitsbedarfe, die über die Individualebene hinausgehen. Die Schaffung sektorenübergreifender Netzwerke fördert zudem die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen und trägt zur Verbesserung der Versorgungskontinuität bei.

Ausbau der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen und interprofessionelle Teamarbeit

Die interprofessionelle Teamarbeit, insbesondere der Aufbau und die Förderung von Teams, die auf das Know-how verschiedener Berufsgruppen zugreifen, ist dabei zentral. Durch abgestimmte Gesundheitsförderungsprogramme kann gezielt auf die Prävention und Reduktion von Pflegebedürftigkeit hingewirkt werden. Die Rolle der Pflegefachpersonen ist dabei essenziell, da sie als „Expertinnen bzw. Experten für den individualisierten Alltag“ komplex bedürftiger Menschen agieren (Fringer 2024). Ohne die spezifische pflegerische Kompetenz und die intensive Unterstützung durch Community Nurses kann der Bedarf dieser vulnerablen Gruppen nur unzureichend gedeckt werden und interprofessionelle Ansätze können ihr volles Potenzial nicht entfalten.

Förderung der strukturellen Vernetzung und regionalen Koordination

Eine umfassende Einbindung der relevanten Stakeholder und eine enge Zusammenarbeit sind entscheidend für die Akzeptanz und den langfristigen Erfolg von Community Nursing. Eine starke regionale Vernetzung und koordinierte Abstimmung sowie Kooperationen mit lokalen Akteurinnen und Akteuren erhöhen die Effizienz und Reichweite der Community-Nursing-Maßnahmen. Durch die Integration in lokale Netzwerke können Community Nurses gezielt Bedürfnisse der Region erheben, Ressourcen gemeinsam nutzen und schließlich regional abgestimmte gemeinsame Initiativen umsetzen sowie Strategien entwickeln.

Insbesondere zu Beginn des Projekts wurden durch Vernetzungstätigkeiten und regelmäßigen Austausch eine breite Akzeptanz und Unterstützung erreicht. Darüber hinaus wird in Berichten und Workshops die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit hervorgehoben, um die Bekanntheit von Community Nursing zu steigern, die neue Rolle bekannt zu machen und Vertrauen aufzubauen. Transparente Kommunikation und die Darstellung nachweisbarer Projekterfolge tragen zur Akzeptanz des Projekts bei und stärken das Verständnis der Bevölkerung für die Rolle und das Aufgabenfeld von Community Nurses.

Rückmeldungen aus Vernetzungsformaten und der externen Beratung sowie der Austausch- und Gesprächsbedarf auf Ebene der Community Nurses und auch auf Einzelprojektebene verdeutlichen die Bedeutung fachlich fundierter Begleitung und regelmäßiger Einzelfallberatung, um Pionierinnen, Pioniere und Projekte zielgerichtet zu unterstützen. Zudem hat sich anonymisiertes aggregiertes Feedback als wertvolles Instrument erwiesen, um frühzeitig Problemfelder zu identifizieren und begleitende Angebote anzupassen. Begleit-, Austausch- und Beratungsformate sind auch zukünftig zu empfehlen, um die kontinuierliche Weiterentwicklung und Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Strategische Integration von CN

Berry definiert Integration als die erfolgreiche Balance zwischen der Beibehaltung eigener Merkmale, der Übernahme von Aspekten und der Einbindung in die Mehrheitsstruktur bzw. -kultur (Berry 2005). Für Community Nursing bedeutet Integration, dass CN die eigenständige Rolle als Schnittstelle zwischen Prävention, Gesundheitsförderung und Pflege beibehält, während es aktiv in bestehende Strukturen wie die Primärversorgung und kommunale Angebote eingebunden wird. Starker Fokus auf Netzwerkmanagement, koordiniertes Miteinander sowie Förderung von Vernetzung und Koordination, wie dies in den Workshops und Berichten beschrieben wurde, spiegeln diesen Ansatz wider. Durch regelmäßige Abstimmung mit lokalen Akteurinnen und Akteuren und die Nutzung bestehender Ressourcen können Community Nurses Synergien schaffen und die Reichweite ihrer Maßnahmen erhöhen.

Eine erfolgreiche Umsetzung von Community Nursing erfordert die Förderung der strukturellen Vernetzung und eine starke regionale Koordination. Die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an einem neutralen kommunalen Ort ermöglicht die niederschwellige Einbindung der Zielgruppe. CNs berichten aus der Praxis von einer hohen Erreichbarkeit sozial isolierter Personen. Die Aktivitäten, wie etwa Informationsveranstaltungen und Gemeinschaftsaktivitäten, tragen zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden bei. Das Engagement der Community Nurses und die Nutzung bestehender Strukturen verstärken die Einbindung der Zielgruppe und fördern Synergien.

Segregation tritt auf, wenn CNs isoliert von anderen Dienstleistungen agieren, was Synergien und eine umfassende Versorgung erschwert. Assimilation hingegen würde die Eigenständigkeit und innovative Kraft von CN gefährden, wenn es lediglich als Unterstützung für bereits bestehende Angebote oder als „verlängerter Arm“ wahrgenommen wird. Die in den Berichten betonte Notwendigkeit, die neue Rolle von CN klar zu kommunizieren und dessen Alleinstellungsmerkmale hervorzuheben, verhindert den Prozess der Assimilation und fördert stattdessen eine strategische Integration.

Marginalisierung könnte auftreten, wenn CN weder politisch noch finanziell ausreichend unterstützt wird und somit keine strukturelle Verankerung findet.

Der Schlüssel liegt in einer strategischen Integration, die Kooperation, Eigenständigkeit und systemische Anerkennung gleichermaßen ermöglicht. Eine starke Öffentlichkeitsarbeit und ein klar kommuniziertes Bild von CN sowie kontinuierliche Evaluationen sind förderlich. Die Entwicklung einer österreichweiten Strategie zur Entwicklung von C(H)N wird empfohlen.

7.7 Umfassende Stakeholdereinbindung

Die Einführung einer neuen Dienstleistung gelingt, wenn Stakeholder:innen umfassend eingebunden sind

Die erfolgreiche Implementierung von Community Nursing hängt maßgeblich von der umfassenden Einbindung relevanter Stakeholder ab. Die Einbindung stellt sich als zentraler Erfolgsfaktor heraus und kann als Grundvoraussetzung für den Erfolg von Community Nursing bezeichnet werden.

Eine breite Beteiligung und aktive Kooperation mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren sind nötig, um die Akzeptanz zu fördern und die Integration von Community Nursing in das bestehende Versorgungssystem sicherzustellen.

Stakeholder:innen aus verschiedenen Bereichen, wie lokale Organisationen und Institutionen, Anbieter:innen von Gesundheitsdiensten sowie Vertreter:innen aus Politik und Verwaltung, müssen eng in den Implementierungsprozess eingebunden werden. Auf kommunaler, föderaler und nationaler Ebene tragen diese Akteurinnen und Akteure dazu bei, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Akzeptanz und den langfristigen Erfolg der Initiative fördern.

Die Zusammenarbeit mit diesen Stakeholderinnen und Stakeholdern ermöglicht nicht nur eine stärkere regionale Verankerung, sondern auch die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse und Herausforderungen vor Ort. Zudem erleichtert sie die Vernetzung mit bestehenden Strukturen und Ressourcen, wodurch Synergien genutzt und potenzielle Versorgungslücken gezielt geschlossen werden können.

Die Einbindung relevanter Partner:innen schafft eine gemeinsame Basis für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen und trägt entscheidend dazu bei, Community Nursing als integralen Bestandteil des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems zu etablieren.

Es wird empfohlen, ein **Begleitgremium** auf Bundesebene einzurichten, um die strategische Ausrichtung von Community Nursing und Capacity Building systematisch zu fördern. Diese Strukturen sollten sowohl bundesweite Ziele als auch regionale und überregionale Erfordernisse berücksichtigen.

Damit soll die Akzeptanz der Rolle gefördert, die Weiterentwicklung des Rollenprofils und eine nachhaltige Verankerung von Community Nursing unterstützt werden.

7.8 Skizze eines Grund- und Erweiterungsmodells

Es wird empfohlen, ein zweistufiges Modell für Community Nursing in Österreich zu etablieren, bestehend aus einem Grundmodell und einem darauf aufbauenden Erweiterungsmodell. Das Grundmodell kann eigenständig oder in Kombination mit dem Erweiterungsmodell umgesetzt werden, wobei ein ausgewogenes Verhältnis zwischen beiden anzustreben ist. Das Erweiterungsmodell ist als ergänzende Komponente zu verstehen und stellt keine eigenständige Ausprägung von Community Nursing dar.

Das Modell folgt einem zweistufigen Ansatz, der einerseits ein universelles Grundangebot für alle Bevölkerungsgruppen vorsieht und andererseits ein bedarfsgerechtes, vertiefendes Erweiterungsangebot integriert. Die Konzeption orientiert sich an erprobten Strukturen verwandter Initiativen, insbesondere an den Frühen Hilfen sowie an Social Prescribing (Haas/Weigl 2017; Rojatz et al. 2023a; Rojatz et al. 2023b).

Ziel ist, durch die Kombination individualisierter Unterstützungsmaßnahmen mit bevölkerungsorientierten und systematischen Ansätzen, die auf Datenanalysen basieren, eine Weiterentwicklung von CN in Richtung CHN zu ermöglichen.

Die Zielgruppen unterscheiden sich dahin gehend, dass das Grundmodell weitestgehend für die Gesamtbevölkerung angeboten werden kann und soll. Aktivitäten, die dem Erweiterungsmodell zuzuschreiben sind, sind für Zielgruppen mit besonderen Bedarfslagen und/oder Zielgruppen, die als schwer erreichbar gelten, vorzusehen. Grund dafür ist die Annahme, dass gesundheitliche Chancengerechtigkeit insbesondere durch universelle Maßnahmen in Kombination mit – entsprechend dem jeweiligen Bedarf – abgestuften weiterführenden Maßnahmen gefördert wird (Haas/Weigl 2017). Hintergrund dafür ist der Ansatz der proportionalen universellen Versorgung, kombiniert und angelehnt an die Cornerstones bzw. Schlüsselemente von CHN (Glavin et al. 2013; Keller et al. 2011). „Proportionate Universalism“ ist ein Ansatz zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, bei dem universelle Dienstleistungen und Interventionen in einem Umfang und mit einer Intensität bereitgestellt werden, die dem jeweiligen Bedarf der Zielgruppe entsprechen. Dies bedeutet, dass Dienstleistungen für alle verfügbar sind, jedoch in stärkerem Maße für diejenigen, die einen höheren Bedarf aufweisen (Francis-Oliviero et al. 2020; Van Brussel 2023).

Im Erweiterungsmodell ist neben der erhöhten Intensität und Proaktivität sowie der Auswahl der Zielgruppe, für die die Dienstleistung angeboten wird, der Fokus stärker auf die Gemeinschaftsebene (Communityebene) und die Systemebene zu legen, um hier gezielte Interventionen zu ermöglichen.

In Abbildung 12 wird schematisch dargestellt, wie die nachfolgend skizzierten Elemente des Basis- und Erweiterungsangebots ineinandergreifen. Zukünftig sollten das Basis- und Erweiterungsangebot in entsprechenden Aufgaben- und Rollenprofilen abgebildet werden, um die Verzahnung der Modelle zu gewährleisten.

Abbildung 12: Schematische Darstellung des Grund- und Erweiterungsmodells



Quelle und Darstellung: GÖG

Grundmodell

Das Grundmodell stellt ein universelles Basisangebot dar, das primär auf individueller Ebene ansetzt. Die zentralen Elemente sind an die in der Pilotierung erbrachten Kernfunktionen angelehnt (siehe Kapitel 5.1.1).

- **individuelle Beratung:** Fokus auf präventive Hausbesuche und niederschwellige Beratung zu Gesundheitsförderung und Prävention. Der Fokus liegt auf zwei Ebenen der Praxis:
 - **Individualebene:** Betreuung, Begleitung und Beratung bei spezifischen Gesundheitsbedarfen
 - **Communityebene:** Gruppenaktivitäten und Zusammenarbeit mit regionalen Angeboten, Akteurinnen und Akteuren
- **Datenaufbereitung:** systematische Erfassung und Analyse der erhobenen Daten, um Muster, Bedarfe und Risiken auf Communityebene zu erkennen und darauf zu reagieren
- **Netzwerkmanagement:** Koordination eines sektorenübergreifenden Netzwerks, das bedarfsgerecht aktiviert wird; Koordination und Vernetzung zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten durch eine koordinierte Anbindung an vorhandene Angebote und Ressourcen in der Region
- **regelmäßige, strukturierte Hausbesuche bzw. Gesundheitsgespräche:** Die Besuche sollten definierte Zeitpunkte und Inhalte umfassen (z. B. Gesundheitsberatung, Prävention, Förderung von Gesundheitskompetenz) und auf einer strukturierten Einschätzung (Assessment) basieren.
- **Anpassungsfähigkeit:** Das Modell wird an regionale Gegebenheiten adaptiert, bleibt jedoch in seiner Kernstruktur einheitlich.

Empfehlung: Die Etablierung des Grundmodells sollte den ersten Schritt der Implementierung von C(H)N darstellen; es sollte zuerst erprobt und dann flächendeckend etabliert werden. Präventive Hausbesuche und Gesundheitsgespräche sind der Gesamtbevölkerung anzubieten, wobei dies zumindest ein umfassendes Beratungsgespräch und ein Folgegespräch bzw. einen Folgebefuch pro Person umfasst.

Erweiterungsmodell – vertiefte und/oder erweiterte Funktionen

Das Erweiterungsmodell ergänzt das Grundmodell und baut darauf auf. Das Erweiterungsmodell sollte nicht eigenständig umgesetzt werden, sondern nur in Kombination mit dem Grundmodell. Dadurch können differenzierte Maßnahmen, die auf spezifische Bedarfe und komplexere Anforderungen abzielen, implementiert werden. Die zentralen Aspekte sind:

- **mehrdimensionale Interventionen:** Die Arbeit erfolgt auf drei Ebenen:
 - **Individualebene:** vertiefte Betreuung bei spezifischen Bedarfen, z. B. psychosoziale Beratung, Erstellung von längerfristigen Behandlungs- und Selbstmanagementplänen, Rehabilitation und Begleitung von chronisch erkrankten Personen
 - **Communityebene:** Entwicklung und Implementierung regionaler Präventionsprogramme, basierend auf den aggregierten Daten des Grundmodells
 - **Systemebene:** Stärkung von Public Health durch gezielte Maßnahmen, die auf regionaler oder nationaler Ebene wirken
- **interprofessionelle Zusammenarbeit und delegierte Funktionen:** Einführung definierter Aufgaben, die durch (spezialisierte) Community Nurses oder Angehörige eines zu definierenden multiprofessionellen Teams übernommen werden (z. B. Monitoring chronischer Erkrankungen, Impfanamnese, Screeningprogramme)
- Teamstruktur: DGKP, Sozialarbeit, gesonderte Person für Netzwerkmanagement, gegebenenfalls Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- **Community (Health) Assessment** umfasst die systematische Erhebung und Analyse quantitativer und qualitativer Daten zu gesundheitlichen, sozialen und umweltbedingten Faktoren, die Koordination und Organisation des gesamten Prozesses, die Berichterstattung und Einbindung von relevanten Expertinnen, Experten und der Bevölkerung oder Subpopulationen, die Zusammenarbeit mit relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie die Nutzung partizipativer Methoden.

Empfehlung: Die Weiterentwicklung zu einem umfassenden Community-Health-Nursing-Ansatz sollte schrittweise erfolgen, mit Fokus auf klar definierten Aufgabenbereichen, einem systematischen Monitoring und struktureller Integration in das (regionale) System. Es ist zu beachten, dass verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden können, jedoch eine Person oder ein Projekt nicht alle in CHN denkbaren Schwerpunkte selbst abdecken kann und soll. Bei der Etablierung von CHN-Ansätzen ist auf ein entsprechendes Ausbildungsniveau der eingesetzten DGKP zu achten.

Das Erweiterungsmodell kann als hochintensiver Service bezeichnet werden, Personen werden nach einer Erstanamnese und der Bedarfsklärung über einen längeren Zeitpunkt engmaschig begleitet. Es sind Hausbesuche und Beratungsgespräche, die je nach Anlass alle zwei bis sechs Wochen stattfinden und sich über einen längeren Zeitraum (Planungshorizont von 1–2 Jahren) erstrecken. Dies gilt, solange ein gesundheitliches Potenzial erkannt wird. Dieses wird regelmäßig im Sinne eines Follow-ups evaluiert.

Synergien und Umsetzung

Die zweistufige Einführung von Grund- und Erweiterungsangeboten kann schrittweise erfolgen. Langfristig sollten Grund- und Erweiterungsmodell parallel laufen und ineinandergreifen. Zunächst sollte das Grundmodell etabliert werden, um eine solide Basis zu schaffen. Aufbauend darauf erfolgen Bedarfserhebungen, die der Ausrichtung des Erweiterungsmodells zugrunde liegen.

Praxistipps

- **(erweiterte) Pilotphase:** testweise Einführung des Erweiterungsmodells für ausgewählte Zielgruppen und einen beschränkten Zeitraum, um Wirkungen und Herausforderungen zu evaluieren und um gegebenenfalls nachzujustieren
- **Monitoring:** Entwicklung von Indikatoren zur Evaluierung auf allen drei Ebenen
- **Teamarbeit:** Förderung der Zusammenarbeit verschiedener Berufe, Akteurinnen und Akteure, insbesondere von kommunalen Akteuren, CNs, Pflege(-dienstleistungen), Sozialarbeit, Allgemeinmedizin und therapeutischen Berufen

Fazit

Das hier skizzierte Grund- und Erweiterungsmodell für Community Nursing verbindet universelle Versorgung mit bedarfsgerechten vertieften Interventionen und schafft damit die Grundlage für eine langfristige Etablierung von Community Health Nursing in Österreich.

7.9 Qualitätskriterien

Zukünftig gilt es, einerseits das Begriffsverständnis zu schärfen und andererseits Qualitätskriterien für die Erbringung der Leistungen von Community Nursing zu definieren. Die folgenden Kriterien wurden identifiziert, die die Qualität von CN beeinflussen.

Die Rückmeldungen aus den Berichten verdeutlichen, dass die Gemeindenähe und die aktive Beteiligung der Gemeinde essenziell für die erfolgreiche Umsetzung von Community Nursing sind, da sich die Gemeinde mit dem Angebot identifizieren muss, während die Leistung fachlich autonom und möglichst unabhängig – insbesondere in der neutralen Weitervermittlung – gestaltet sein sollte.

Fokus auf präventives Case Management

- **Follow-up:** Die Begleitung von Klientinnen und Klienten ist ein zentraler Qualitätsfaktor. Regelmäßige Follow-ups ermöglichen, frühzeitig auf Veränderungen im Gesundheitszustand zu reagieren und präventive Maßnahmen zu setzen.
- **Kontinuität** ist sowohl auf individueller Ebene entscheidend, um nachhaltige Gesundheitsverbesserungen und die Stabilisierung des Selbstmanagements der Klientinnen und Klienten zu gewährleisten, als auch auf Gemeindeebene, um langfristige Strukturen und Netzwerke für eine resiliente, bedarfsorientierte Versorgung aufzubauen.
- **Frühzeitiges Andocken und Koordination:** Ein effektives präventives Case Management beginnt mit der frühzeitigen Einbindung und Koordination von Unterstützungsleistungen. Dies umfasst die informelle Unterstützung durch Angehörige ebenso wie die Organisation von professionellen Diensten.
- **Förderung von Selbstmanagementkompetenzen und Alltagskompetenzen:** Die Entwicklung und Unterstützung von Aktivitäten, die die eigenständige Bewältigung des Alltags fördern, stehen im Mittelpunkt. Ziel ist, die Selbstmanagementkompetenz der Klientinnen und Klienten zu stärken und die Abhängigkeit von Pflegeleistungen zu reduzieren.

Strukturqualität

- **gemeindenaher Versorgung:** Die Leistungen des Community Nursing sollen nahe an den Lebenswelten der Klientinnen und Klienten erbracht werden. Dies fördert den niederschweligen Zugang zu den Angeboten und stärkt regionale Strukturen.
- **Autonomie und Unabhängigkeit:** Community Nurses arbeiten unabhängig und eigenständig, basierend auf fundiertem Fachwissen und klaren Standards.
- **multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit:** Die Kooperation mit zentralen Partnerinnen und Partnern wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Diätologinnen und Diätologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Hausärztinnen und Hausärzten sowie lokalen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren ist ein Kernelement. Diese Zusammenarbeit kann in einer Organisationseinheit, als Kooperation oder in Netzwerken erfolgen.
- Die Zusammenarbeit mit diesen Partnerinnen und Partnern kann vielfältige Formen annehmen – von intensiven Kooperationen und gemeinsamen Maßnahmen bis hin zu Konsultationen und konsiliarischer Unterstützung.

Um zu einer sinnvollen Größe für das Einzugsgebiet zu kommen, sollten Indikatoren festgelegt und in Relation zum Einzugsgebiet gesetzt werden. Es sind zumindest folgende Aspekte auf regionaler Ebene zu berücksichtigen und in weiterer Folge ist ein Idealmodell zu entwickeln, das Rückschlüsse auf die mögliche Bandbreite eines Einzugsgebiets zulässt:

- Demografie sowie Anteil der Einwohner:innen ab 65 Jahren, Anteil der Einpersonenhaushalte, Einwohnerentwicklung in der Region
- Indikatoren zu Epidemiologie und Mortalität wie Schenkelhals- oder Hüftfraktionen 65+, Demenz bei Personen 65+, Personen mit psychischen Erkrankungen, Personen mit Diabetes mellitus Typ 2, Pflegegeldstufen, etc.

- Indikatoren zu Risikofaktoren und -verhalten
- Inanspruchnahme von Leistungen
- Wegstrecken
- Infrastruktur und Angebotslage in der Region wie Distanz zu Nahversorgern, Distanz zu medizinischer und pflegerischer Versorgung, etc
- weitere noch festzulegende Indikatoren

Prozessqualität

- **standardisierte Dokumentation:** Die Einführung einer einheitlich geführten Dokumentation für gemeinsame Klientinnen und Klienten fördert die Transparenz und ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen.
- **Reflexion und Evaluation:** Regelmäßige Reflexion der Prozesse und Ergebnisse sowie ein Monitoring der Zielerreichung sichern die kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung an neue Herausforderungen.
- **Adressierung der Ebenen Individuum/Familie, Community und System:** Die Fähigkeit, zwischen individueller, gemeinschaftlicher und systemischer Ebene zu wechseln, ist der Kern von Community Nursing und essenziell, um bedarfsgerechte Lösungen zu finden und zu bieten.

Vernetzung und Zusammenarbeit

- **Kooperationsnetzwerke:** Neben der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen ist die Einbindung von gemeindenahen Akteuren, Vereinen und Gesundheitsförderungseinrichtungen entscheidend, um eine ganzheitliche Betreuung sicherzustellen.
- **regelmäßige Qualitätschecks:** Die Evaluation der Netzwerkarbeit und der Angebote im Umfeld stellt sicher, dass Klientinnen und Klienten Zugang zu hochwertigen, niederschweligen und angemessenen Leistungen haben.

Evaluation und Monitoring sind essenziell, um fundierte Qualitätskriterien zu entwickeln und die Qualität nachhaltig zu gewährleisten, da sie sowohl die kontinuierliche Überprüfung von Prozessen und Ergebnissen (Monitoring) als auch die systematische Bewertung der Wirksamkeit und Effizienz (Evaluation) ermöglichen.

8 Schlussfolgerung

Die Etablierung und Weiterentwicklung von Community Nursing erfordern eine gemeinsame Strategie der beteiligten Akteurinnen und Akteure und entsprechende Rahmenbedingungen, die durch eine angemessene fundierte Ausbildung der CNs, begleitende Strukturen und übergeordnete Koordinationsmechanismen unterstützt werden.

Ausbildung und Qualifikation

Eine angemessene und auf das jeweilige Aufgabenprofil abgestimmte Ausbildung ist wesentlich, um den Anforderungen an das Community (Health) Nursing zukünftig gerecht zu werden. Dabei sollten sowohl fachliche Kompetenzen als auch Fähigkeiten in den Bereichen Prävention, Case Management und interprofessionelle Zusammenarbeit erworben werden. Langfristig ist wichtig, Ausbildungsprogramme zu standardisieren und an nationale sowie regionale Erfordernisse anzupassen.

Begleitung und Koordination

Um die Qualität und Effektivität von Community Nursing zu gewährleisten, sind begleitende Strukturen und eine übergeordnete Koordination erforderlich. Diese schaffen nicht nur Orientierung für die Akteurinnen und Akteure vor Ort, sondern fördern auch die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Partnerinnen, Partnern und Institutionen. Hierzu gilt es, Vernetzungsstrukturen auf kommunaler, (über-)regionaler und nationaler Ebene zu etablieren.

Strategieentwicklung durch Stakeholderbeteiligung

Eine langfristige Implementierung und Optimierung des Community Nursing bedarf einer umfassenden Strategieentwicklung, die durch eine breite Beteiligung relevanter Stakeholder getragen wird. Eine solche Strategie sollte kurz-, mittel- und langfristige Ziele definieren und einen verbindlichen Rahmen schaffen, der allen Beteiligten Orientierung bietet.

Evaluation und Monitoring

Evaluation und Monitoring sind unverzichtbar, um die Qualität und Wirksamkeit von Community Nursing sicherzustellen. Diese Instrumente ermöglichen nicht nur Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen, sondern liefern Entscheidungsträgerinnen und -trägern wertvolle Informationen, um fundierte Maßnahmen zu ergreifen. Insbesondere in einem Gesundheits- und Pflegesystem, das durch Personalengpässe geprägt ist, ist entscheidend, die Ressourcen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) effizient einzusetzen und gleichzeitig frühzeitig präventive Angebote zu schaffen, die der Expertise aus den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitsförderung bedürfen.

9 Exkurs: Grundlage für die Ableitung der Empfehlungen

Der Bericht wurde im Rahmen des Pilotprojekts Community Nursing in den Jahren 2022 bis 2024 erstellt und bildet das Ergebnis eines dreijährigen iterativen Reflexionsprozesses. Dabei wurden Erkenntnisse aus verschiedenen Quellen, Daten und Aktivitäten systematisch einbezogen, analysiert und interpretiert. Der Prozess umfasste sowohl interne als auch externe Reflexionen, die sich auf Zwischenberichte und Hypothesen stützten, um Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Grundlage für den Bericht sind eine (unsystematische) Literaturrecherche, Masterarbeiten zum Thema CN in Österreich sowie die Umsetzungserfahrungen der Pilotprojekte auf Basis der Projektberichte (Monitoringberichte) und Ergebnisse diverser Vernetzungs- und Workshopformate. Weiters flossen die Daten, die im Rahmen des Pilotprojekts mittels der hierfür konzipierten Dokumentationssoftware „DokCN“ entstanden waren, in den Bericht ein.

Die genannten Vernetzungs- und Workshopformate dienten der Qualitätssicherung und -entwicklung und der Förderung eines gemeinsamen Verständnisses von Community Nursing. Die Teilnahme an zwei Vernetzungstreffen, die Teilnahme an Webinaren, die Dokumentation mittels DokCN sowie die Mitwirkung an der externen Evaluation waren für die projektumsetzenden Community Nurses verpflichtend. Die Datengrundlagen für den vorliegenden Bericht sind nachfolgend grafisch dargestellt.

Abbildung 13: Datengrundlagen für den Bericht



Quelle und Darstellung: GÖG

In den Jahren 2022–2024 fanden 18 Vernetzungstreffen statt (2 Treffen pro Bundesland). Diese wurden mittels Protokolls und Fotodokumentation festgehalten und dienten schließlich der Analyse. Im Zuge der Jahreskonferenz CN 2024 fanden sechs Kurzworkshops mit Umsetzerinnen und Umsetzern statt, die ebenso dokumentiert wurden und als Datengrundlage dienten. Zwei Workshops des Projektteams mit Expertinnen und Experten sowie Anregungen von CN-nahen Expertinnen und Experten flossen darüber hinaus in den Bericht ein. Die Workshops hatten das PEPPA Framework zur Implementierung von CN sowie die zukünftige Ausrichtung von CN in Österreich mit Blick ins deutschsprachige Ausland zum Thema.

In den Workshops und Vernetzungstreffen wurden mit den umsetzenden Community Nurses und Projektleitungen aus allen Bundesländern Umsetzungserfahrungen diskutiert sowie wichtige Lernerfahrungen und Herausforderungen festgehalten. Im ersten Vernetzungstreffen standen das Kennenlernen, die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und das Community Health Assessment im Fokus. Im zweiten Vernetzungstreffen wurde der Schwerpunkt auf das Aufgaben- und Rollenprofil gesetzt, jedoch stand vielerorts die unsichere Weiterführung der einzelnen CN-Projekte im Fokus. Ein Vernetzungstreffen dauerte zwischen sechs und acht Stunden.

Alle Workshopthemen sind tabellarisch im Anhang dargestellt.

Die Projektberichte, sogenannte Monitoringberichte, dienten den Projekten zur Reflexion und der Koordinationsstelle CN zum Monitoring. Insgesamt waren im Verlauf der gesamten Projektlaufzeit von jedem Projekt vier Monitoringberichte zu verfassen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Endberichts lagen jeweils drei Monitoringberichte pro Projekt zu den Zeitpunkten September 2022, Dezember 2022 und Dezember 2023 vor. Insgesamt wurden 30 Berichte in die Analyse einbezogen, wobei auf eine möglichst heterogene Projektauswahl geachtet wurde, um unterschiedliche regionale, strukturelle und inhaltliche Ausprägungen der Projekte abzubilden.

Zu den Bildungs- und Schulungsbedarfen wurden mehrere Erhebungen durchgeführt, die einzelnen Webinare konnten evaluiert werden. Die (vorläufigen) Ergebnisse aus den Berichten der externen Evaluation der FH Kärnten wurden einbezogen.

Das Reporting- und Dokumentationstool DokCN diene einerseits dem Controlling von Projektaktivitäten sowie dem EU-Reporting, andererseits der externen Evaluation. Für den Endbericht wurden Datenauszüge aus DokCN verwendet.

10 Literatur

- ASTDN, Association of State and Territorial Directors of Nursing (2008): Association of State and Territorial Directors of Nursing. Report on a Public Health Nurse to Population Ratio. Hg. v. ASTDN, Minneapolis
- Barthelmes, Ina; Geyer, Jennifer; Braeseke, Grit (2020): Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Hg. v. GKV-Spitzenverband. IGES Institut GmbH, Berlin
- Berry, John W. (2005): Acculturation: Living successfully in two cultures. In: International journal of intercultural relations 29/6:697-712
- BMF (2021): Österreichischer Aufbau- und Resilienzplan 2020-2026. Anhang 1. Hg. v. Bundesministerium für Finanzen (BMF), Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien
- BMSGPK (2021a): Factsheet zu Community Nursing. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2021b): Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing gem. VO 2021/241, in Kraft getreten am 1. Oktober 2021. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2023): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Bryant-Lukosius, Denise; DiCenso, Alba (2004a): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: Journal of Advanced Nursing 48/5:530-540
- Bryant-Lukosius, Denise; DiCenso, Alba; Browne, Gina; Pinelli, Janet (2004b): Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. In: Journal of Advanced Nursing 48/5:519-529
- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020-2024 [online]. Bundeskanzleramt Österreich. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:7b9e6755-2115-440c-b2ec-cbf64a931aa8/RegProgramm-lang.pdf> [Zugriff am 22.11.2024]
- Bundespflegegeldgesetz - BPGG: Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz - BPGG), BGBl. Nr. 110/1993, in der geltenden Fassung
- Campbell, Lisa A.; Harmon, Monica J.; Joyce, Barbara L.; Little, Susan H. (2020): Quad Council Coalition community/public health nursing competencies: Building consensus through collaboration. In: Public Health Nursing 37/1:96-112

- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2024): Jahresbericht. Von Versicherten. Für Versicherte. Dachverband der Sozialversicherungsträger, Wien
- Edtmayer, Alice; Sackl, Anita; Eberle, Linda (2024): Community Nursing: Rückblick auf das Jahr 2023. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Famira-Mühlberger, Ulrike (2023): Projektionen des öffentlichen Pflegeaufwands bis 2050. WIFO, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Famira-Mühlberger, Ulrike; Trukeschitz, Birgit (2023): Zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich. In: WIFO Monatsberichte 12/2023:857-868
- Francis-Oliviero, Florence; Cambon, Linda; Wittwer, Jerome; Marmot, Michael; Alla, Francois (2020): Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. In: Pan American Journal of Public Health 44/e110
- Fringer, André (2024): Community Health Nurs. Welche Herausforderungen stellen sich zukünftig? . Vortrag im Rahmen der Jahreskonferenz Community Nursing. ZHAW, Wien
- Glavin, Kari; Schaffer, Marjorie A.; Halvorsrud, Liv; Gravdal Kvarme, Lisbeth (2013): A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States. In: Public Health Nursing 31/2:153-166
- GÖG (2021): Fördercall Community Nursing [online]. https://cn-oesterreich.at/system/files/in-line-files/F%C3%B6rdercall_CN_final_0.pdf [Zugriff am 22.10.2024]
- GÖG (oJ): Pflegereporting. Indikatoren Pflegepersonen in Österreich nach Setting der Berufsausübung [online]. Gesundheit Österreich. <https://pfleregereporting.at/Indikatoren/Pflegekraefte-Oesterreich-nach-Setting> [Zugriff am 10.12.2024]
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Leuprecht, Eva; Monika, Nowotny; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Kucera, Sabrina (2023): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2017): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2017. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Jakeway, Carole, C.; LaRosa, Glynnis; Cary, Ann; Schoenfisch, Sandra (2008): The role of public health nurses in emergency preparedness and response: a position paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing. In: Public Health Nursing 25/4:353-361
- Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael; (2023): Pflegepersonalbedarfsprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Keller, Linda O.; Strohschein, Susan; Schaffer, Marjorie A. (2011): Cornerstones of Public Health Nursing. In: Public Health Nursing 28/3:249-260
- Kozisnik, Petra; Edtmayer, Alice; Rappold, Elisabeth (2021): Community Nurse. Aufgaben- und Rollenprofil. Gesundheit Österreich, Wien

- Minnesota Department of Health - MDH (2019): Public health interventions: Applications for public health nursing practice. (2nd ed.). St. Paul, Minnesota
- Nagl-Cupal, Martin; Kolland, Franz; Zartler, Ulrike; Mayer, Hanna; Bittner, Marc; Koller, Martina Maria; Parisot, Viktoria; Stöhr, Doreen (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Endbericht. Hg. v. Universität Wien, Wien
- Parlament Österreich (2023): Erläuterungen zum Pflegefondsgesetz. Regierungsvorlage. 2303 der Beilagen XXVII. GP [online]. Republik Österreich Parlamentsdirektion. https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/I/2303/fname_1595422.pdf [Zugriff am 22.02.2024]
- Pflegefondsgesetz - PFG (2011): Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2028 gewährt wird (Pflegefondsgesetz - PFG). § 3 Widmung des Zweckzuschusses, in der geltenden Fassung
- Pichler, Christine; Aigner-Walder, Birgit, Horak, Melitta; Oberzaucher, Johannes; Fenzl, Thomas; Hagendorfer-Jauk, Gabriele; Luger, Albert; Perchtaler, Manuela; Putz, Stephanie; Ulbrich, Tamara ; Wohofsky, Lukas (2022): Evaluation Community Nursing Österreich. 1. Zwischenbericht. Hg. v. Fachhochschule Kärnten - gemeinnützige Gesellschaft mbH, Institute for Applied Research on Ageing (IARA), Klagenfurt
- Pichler, Christine; Aigner-Walder, Birgit, Horak, Melitta; Oberzaucher, Johannes; Fenzl, Thomas; Hagendorfer-Jauk, Gabriele; Ströckl, Daniela; Breuer, Johanna; Luger, Albert; Perchtaler, Manuela; Putz, Stephanie; Voutsinas, Christoph; Zografou, Eleni; Kräuter, Susanne; Bauer, Clara (2024): Evaluation Community Nursing Österreich: Endbericht. Hg. v. Fachhochschule Kärnten - gemeinnützige Gesellschaft mbH, Institute for Applied Research on Ageing (IARA), Villach
- Rappold, Elisabeth (2024): Pflege und Betreuung im Wandel. Das Erfolgsrezept für ausreichend Pflegepersonal: Investieren und nicht sparen. In: ProCare 29/3:10-12
- Rappold, Elisabeth; Eberle, Linda; Kerschbaum, Aida; Edtmayer, Alice; Mayer, Lisa (2023): Community Nursing: Rückblick auf das Jahr 2022. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege. Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Haas, Sabine; Sackl, Anita (2023b): Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Stadlmayr, Tom (2023): Positionierungs-Tool "Community Nursing" Hg. v. Auf den Punkt., Innsbruck

Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette (2019): Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community. E-Book, 10. Auflage. Elsevier Health Sciences, Online

Statistik Austria (2024a): Demographische Querschnittsindikatoren [online]. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/demographische-querschnittsindikatoren> [Zugriff am 29.09.2024]

Statistik Austria (2024b): Demographisches Jahrbuch 2023. Hg. v. Statistik Austria, Wien

Van Brussel, Leen (2023): Putting Proportionate Universalism Into Practice: Challenges and Tools. In: International Journal of Integrated Care 23/S1:370

11 Anhang

Tabellenband

Tabelle A 1:	Webinare 2022–2024.....	84
Tabelle A 2:	Sprechstunden 2022–2024.....	86
Tabelle A 3:	Veranstaltungen der GÖG.....	88
Tabelle A 4:	Keynotes, Workshops und andere Formate im Rahmen der Jahreskonferenzen 2023 und 2024.....	88
Tabelle A 5:	Spezifische Reflexionen und Debriefings zu Ereignissen.....	90
Tabelle A 6:	Weitere Bildungsangebote.....	90
Tabelle A 7:	Ringvorlesungen 2023–2024.....	91
Tabelle A 8:	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit durch das GÖG-Projektteam.....	92
Tabelle A 9:	Vernetzungstreffen.....	95
Tabelle A 10:	Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing -Webinare.....	96
Tabelle A 11:	Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing – Fallvignetten von Styria vitalis.....	96
Tabelle A 12:	Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing – Good-Practice- Videos von conSalis.....	97

Tabelle A 1: Webinare 2022–2024

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema	Vortragende
21. 04. 2022	nicht erfasst	Projektmanagement und Netzwerkarbeit	div. nationale Referentinnen u. Referenten
22. 04. 2022	nicht erfasst	Projektmanagement und Netzwerkarbeit	Linda Eberle, Brigitte Juraszovich, Lisa Mayer, Elisabeth Rappold (GÖG)
23. 05. 2022	60	Assessmentinstrumente	Petra Kozisnik
24. 05. 2022	50	Assessmentinstrumente	Petra Kozisnik
23. 06. 2022	102	Family Assessment	Monika Wild
24. 06. 2022	55	Family Assessment	Monika Wild
15. 09. 2022	124	Monitoringbericht, Reflexion der Auflagen in Fördervereinbarungen	Evelyn Hagmann, Sandra Dürnitzhofer, Sabrina Kucera (FGÖ)
16. 09. 2022	116	Monitoringbericht, Reflexion der Auflagen in Fördervereinbarungen	Evelyn Hagmann, Sandra Dürnitzhofer, Sabrina Kucera (FGÖ)
17. 10. 2022	76	Social Prescribing	Daniela Rojatz (GÖG)
18. 10. 2022	76	Social Prescribing	Daniela Rojatz (GÖG)
24. 11. 2022	120	Public Health Intervention Wheel	Petra Kozisnik, Melitta Horak
25. 11. 2022	51	Public Health Intervention Wheel	Petra Kozisnik, Melitta Horak
23. 01. 2023	110	Community Assessment – Teil 2 (Anmerkung: Teil 1 fand in den Vernetzungstreffen der Bundesländer statt)	Anita Sackl (GÖG)
24. 01. 2023	55	Community Assessment – Teil 2	Anita Sackl (GÖG)
27. 02. 2023	109	Gesundheitsförderung im kommunalen Setting mit Fokus auf ältere Menschen	Ines Jungwirth (Styria vitalis)
28. 02. 2023	51	Gesundheitsförderung im kommunalen Setting mit Fokus auf ältere Menschen	Ines Jungwirth (Styria vitalis)
27. 03. 2023	98	Gesundheitskompetenz	Christa Straßmayr (GÖG)
28. 03. 2023	51	Gesundheitskompetenz	Christa Straßmayr (GÖG)
27. 04. 2023	96	Caring Communities: Sorge in geteilter Verantwortung gestalten	Petra Rösler, Karl Wegleitner (Kardinal König Haus)
28. 04. 2023	22	Caring Communities: Sorge in geteilter Verantwortung gestalten	Petra Rösler, Karl Wegleitner (Kardinal König Haus)
22. 05. 2023	97	Krisen- und Katastrophenvorsorge mit Fokus auf ältere Menschen	Karl Dieter Brückner (Die Krisenplaner)
23. 05. 2023	48	Krisen- und Katastrophenvorsorge mit Fokus auf ältere Menschen	Karl Dieter Brückner (Die Krisenplaner)
26. 06. 2023	96	Diversitäts- und gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter	Sonia Raviola (Coaching, Supervision, Organisationsentwicklung)
27. 06. 2023	42	Diversitäts- und gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter	Sonia Raviola (Coaching, Supervision, Organisationsentwicklung)

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema	Vortragende
25. 09. 2023	94	Umgang mit Medien	Florian Lems (Medientrainer und Journalist)
26. 09. 2023	36	Umgang mit Medien	Florian Lems (Medientrainer und Journalist)
23. 10. 2023	91	Bewusst älter werden, Altern proaktiv gestalten	Sonja Schiff (Care.Consulting)
24. 10. 2023	41	Bewusst älter werden, Altern proaktiv gestalten	Sonja Schiff (Care.Consulting)
27. 11. 2023	100	Demenz, Depression und Delir aus gerontopsychiatrischer Sicht	Asita Sepandj (ärztliche Leitung Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien)
28. 11. 2023	35	Demenz, Depression und Delir aus gerontopsychiatrischer Sicht	Asita Sepandj (ärztliche Leitung Gerontopsychiatrisches Zentrum Wien)
22. 01. 2024	96	Psychiatrische Erkrankungen – das Wichtigste zu Erkrankungen und Therapien	Georg Psota (Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien)
23. 01. 2024	56	Psychiatrische Erkrankungen – das Wichtigste zu Erkrankungen und Therapien	Georg Psota (Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien)
20. 03. 2024	86	Versteckt und (eigentlich) doch so sichtbar: Häusliche Gewalt erkennen und dann entsprechend handeln	Thomas Beck, Sabine Eder (Dachverband der Opferschutzgruppen)
22. 03. 2024	49	Versteckt und (eigentlich) doch so sichtbar: Häusliche Gewalt erkennen und dann entsprechend handeln	Thomas Beck, Sabine Eder (Dachverband der Opferschutzgruppen)
24. 04. 2024	76	Klima und Gesundheit – Welche Herausforderungen und Maßnahmen zeigen sich?	Katharina Brugger, Anita Sackl (GÖG)
25. 04. 2024	29	Klima und Gesundheit – Welche Herausforderungen und Maßnahmen zeigen sich?	Katharina Brugger, Anita Sackl (GÖG)
22. 05. 2024	86	Krisenintervention und Suizidprävention	Konstantinos Papageorgiou (Kriseninterventionszentrum Wien)
23. 05. 2024	34	Krisenintervention und Suizidprävention	Konstantinos Papageorgiou (Kriseninterventionszentrum Wien)
09. 09. 2024	70	24-Stunden-Betreuer:innen in komplexen Betreuungssituationen	Roxana Radulescu, Anna Durisova (MigraCare)
10. 09. 2024	36	24-Stunden-Betreuer:innen in komplexen Betreuungssituationen	Roxana Radulescu, Anna Durisova (MigraCare)

Quelle: GÖG

Tabelle A 2: Sprechstunden 2022–2024

Datum	Thema	Vortragende
22. 02. 2022	Informationsbedarf, Herausforderungen (auf Ebene der Community Nurses und auf Ebene der Gemeinden)	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
01. 03. 2022	Dokumentation: Vorstellung der monatlichen Leistungsdokumentation	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
08. 03. 2022	Offener Austausch zu Allfälligem	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
15. 03. 2022	Corporate Design	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
22. 03. 2022	Fördermanagement und E-Mobilität	Kristof Veitschegger (FGÖ)
29. 03. 2022	Blitzlicht aus den Projekten	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
26. 04. 2022	Kommunikationswege, Kurzbeschreibungen	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
10. 05. 2022	Dokumentation: Klärung von Fragen zur Anwendung, Rückmeldungen zur Doku	Petra Kozisnik
24. 05. 2022	„Als CN aktiv sein“, Blitzlicht aus den Projekten	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
07. 06. 2022	Vorstellung der externen Evaluation	Christine Pichler und Team (FH Kärnten)
12. 07. 2022	Projektmanagement, Berichtslegung, Prüferfordernisse, Skizze bis September	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
Pause über die Sommermonate, Umstellung des Intervalls, nichtmoderierter Austausch zwischen den Projekten wird via Zoom ermöglicht.		
13. 09. 2022	Austausch zu Öffentlichkeitsarbeit, Update, Allgemeines	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
27. 09. 2022	Pflegedokumentation im Rahmen der Pilotprojekte Community Nursing	Elisabeth Rappold (GÖG)
11. 10. 2022	Präsentation der externen Evaluation 2	Christine Pichler und Team (FH Kärnten)
25. 10. 2022	Kurzvorstellung der Infoplattform Pflege: pflege.gv.at	Ellen Schörner (GÖG)
08. 11. 2022	Zeitbörsen, Ehrenamtskoordination; externer Kurzvortrag durch Zeitpolster	Sabine Jochum-Müller, Zeitpolster, Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
22. 11. 2022	Ältere, alleinlebende Menschen und ihre Netzwerke	Paulina Wosko (GÖG)
06. 12. 2022	Vorstellung der Frühen Hilfen, Möglichkeiten der Vernetzung	Sabine Haas (GÖG)
20. 12. 2022	Präsentation des 1. Zwischenberichts durch die externen Evaluatorinnen und Evaluatoren der FH Kärnten	Christine Pichler und Team (FH Kärnten)
Umstellung des Intervalls		
17. 01. 2023	Monitoringberichte und Abrechnung	Team FGÖ
07. 02. 2023	Vorstellung der Plattform Primärversorgung – Synergien und Vernetzungsmöglichkeiten	Sarah Burgmann (GÖG)
07. 03. 2023	Rückblick und Ausblick: Aktivitäten, Maßnahmen und Prozessgestaltung	Elisabeth Rappold, Linda Eberle, Aida Kerschbaum (GÖG)
11. 04. 2023	Pflege in der Rehabilitation – Attraktive und adäquate Angebote für Patientinnen, Patienten und Pflegepersonen	Beate Heiß (PVA)
02. 05. 2023	Selbsthilfe – was ist das, was kann Selbsthilfe bieten, welche Akteure gibt es? Kurzinput Dokumentationssoftware	Gudrun Braunegger-Kallinger (FGÖ) Johannes Oberzaucher, Christine Pichler (FH Kärnten)
06. 06. 2023	Austausch und Inputs zu konkreten Maßnahmen aus den umsetzenden Projekten	Stefan Konrad (CN Deutsch Goritz und Straden, Altmünster und Traunkirchen), Regina Fuchs (Projektbegleitung der Projekte des Roten Kreuzes OÖ)

Datum	Thema	Vortragende
27. 06. 2023	Projektvorstellung Stattegg und Update zu EvalCN und DokCN	Sabine Conrad (CN Stattegg) und Christine Pichler, Johannes Oberzaucher (FH Kärnten)
Pause über die Sommermonate, nichtmoderierter Austausch zwischen den Projekten wird via Zoom ermöglicht.		
12. 09. 2023	Neuerungen in der Primärversorgung – Änderungen im PrimVG und Wohnungslose Menschen als Zielgruppe von Community Nursing	David Wachabauer und Marion Bajer (GÖG)
17. 10. 2023	Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und bundesweite Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger	Sabine Schrank, Elke Kunar (BMSGPK)
07. 11. 2023	Die Österreichische Demenzstrategie	Barbara Stulik (GÖG)
05. 12. 2023	News aus der BAG CN	Daniel Gressl, Eva Maria Unger, Magdalena Fischill-Neudeck (CN und Vorstand BAG CN)
19. 12. 2023	Input seitens der Evaluation – Wirkmodell	Christine Pichler (FH Kärnten)
23. 01. 2024	Aktuelle Themen zum Fördermanagement, Monitoringberichte und Abrechnung	Team des FGÖ
07. 02. 2024	Offener Austausch und Themenwahl für 2024, Toolbox Gesundheitsförderung, Ankündigung der Jahreskonferenz	Lisa Mayer, Anita Sackl (GÖG)
20. 02. 2024	Case Management	Monika Wild
12. 03. 2024	Rückblick 2023, Austausch zu Kontaktzahlen	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
16. 04. 2024	Einblick in den Alltag der Wiener School Nurses	Yvonne Haubenreißer
14. 05. 2024	CNs aus der Steiermark und Niederösterreich berichten	Daniel Gressl, Thomas Mülleiter, Elisabeth Kaibliner
11. 06. 2024	Miteinbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund: Entwicklung von Erklärvideos	Lydia Fenz, Sandra Ecker
09. 07. 2024	Grundlageninformationen zum Community-Nursing-Projekt	Lisa Mayer, Linda Eberle (GÖG)
10. 09. 2024	Der präventive Hausbesuch	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
08. 10. 2024	24-Stunden-Betreuung und Schlüsselemente von CN	Team Koordinationsstelle CN (GÖG)
12. 11. 2024	Recht: GuGK News und MTD	Regina Aistleithner

Quelle: GÖG

Tabelle A 3: Veranstaltungen der GÖG

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema↓	Vortragende
13. 09. 2021	293 (online)	Kick-off Community Nursing – Vision und Informationen zum Fördercall	div. Vortragende (Hans-Peter de Ruiter, Melitta Horak, Katharina Meichenitsch, Klaus Ropin)
04. + 05. 04. 2022	328	Auftaktveranstaltung Community Nursing	div. Vortragende (André Fringer, Karoline Riedler, Katharina Meichenitsch, Elisabeth Rappold, Anna Krappinger, Daniela Rojatz, Nadine Zillmann, Alice Edtmayer, Linda Eberle, Evelyn Hagmann, Kristof Veitschegger)
26. 06. 2024	141	GÖG-Colloquium The PEPPA Framework – how to effectively implement innovative nursing roles	Denise Bryant-Lukosius, McMaster University, Ontario, Canada
27. 06. 2024	intern	Workshop: Next Steps to Advance the Health Systems Integration of Community Nurses in Austria	Denise Bryant-Lukosius, McMaster University, Ontario, Canada
10. 12. 2024	257	Drei Jahre Community Nursing. Die Pilotierung von Community Nursing in Österreich in den Jahren 2022–2024	BMSGPK, FGÖ, GÖG, Evaluierungsteam der FH Kärnten

Quelle: GÖG

Tabelle A 4: Keynotes, Workshops und andere Formate im Rahmen der Jahreskonferenzen 2023 und 2024

Datum	Titel	Vortragende	Format
09. 05. 2023	Status: Wo stehen wir und wo gehen wir hin?	Elisabeth Rappold	Keynote
	Gemeindeorientierte familiäre Pflege – die Pflege der Zukunft	Inge Eberl	Keynote
	Gesundheitskompetenz und deren Perspektive in den Gemeinden	Monika Gebetsberger	Keynote
	Rechtliche Perspektive und Community Nursing	Regina Aistleithner	Keynote
	Perspektiven im Fokus Welche Entwicklungen bilden sich ab und wo definieren sich Chancen für Community Nursing?	Elisabeth Rappold, Elisabeth Haslinger-Baumann, Silvia Neumann-Ponesch	Diskussion
10. 05. 2023	Akutsituationen und Notfälle im häuslichen Umfeld	Julia Schuster, Rotes Kreuz Niederösterreich	Workshop
	Berufliches Selbst- und Markenverständnis	Tom Stadlmeyr, Auf den PUNKT., Anita Sackl, GÖG	Workshop
	Deeskalationsmanagement	Christoph Heller, NAGS Austria	Workshop
	Evaluierung: Wirkungen von Community Nursing in den Pilotregionen	Evaluatorenteam der FH Kärnten	Workshop
	Fallarbeit: Weil jede(r) eine Geschichte hat	Silvia Neumann-Ponesch, Center of Lifelong Learning der FH OÖ, Alice Edtmayer, GÖG	Workshop

Datum	Titel	Vortragende	Format
	Gespräche als Schlüssel zur Aktivierung im Sinne des „community organizing“	Alima Matko, Styria vitalis	Workshop
	Gesundheitsförderung – praktisch und nachhaltig	Christa Straßmayr, GÖG	Workshop
	Impulsworkshop: Herausfordernde Patientengespräche (praktische Übung mit Schauspielpatient)	Sara Forer-Kaufmann, Alexander E. Fennon	Workshop
17. 06. 2024	Welche zukünftigen Herausforderungen stellen sich für eine Community (Health) Nurse?	André Fringer, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften	Keynote
	Community Nursing – Gegenwart und Zukunft	Elisabeth Rappold, GÖG	Keynote
	Community Nursing wirkt: Erkenntnisse und Strategien für die Zukunft	Christine Pichler, IARA – Fachhochschule Kärnten, Linda Eberle, GÖG	Podiumsgespräch
	Der Beitrag der Pflegefachpersonen zur Gestaltung der Zukunft	Christel Bienstein, Präsidentin – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)	Keynote
18. 06. 2024	Der Mehrwert von Community Nurses. Aufgaben- und Rollenprofil Community (Health) Nursing	Michael Ewers, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin	Workshop
	Community Nursing in Österreich – Erfolge stellen sich vor	Moderation: Alice Edtmayer und Lisa Mayer	Workshop
	Die altersgerechte Gemeinde	Thomas Diller, Günther Marchner, conSalis	Workshop
	Andockgebiete für Community Nursing	Christoph Pammer, Gesundheitsamt der Stadt Graz, Philipp Jost, Notruf Niederösterreich, Monika Wild, Österr. Gesellschaft für Care & Case Management, Maria Wendler, Praxis für Allgemeinmedizin (ÖGAM)	Workshop
	Kunterbunte präventive Hausbesuche. Die präventiven Hausbesuche können mehr.	Eva Schulc, Institut für Integrierte Versorgung, UMIT Tirol, Iris Grabher-Redlinger, Connexia, CN-Projekt Dornbirn, ARGE CN Niederösterreich	Workshop
	Resilienz als wichtiger Erfolgsfaktor?	Verena Wolf, Institut für positive Psychologie und Resilienzforschung, Franziska Rumpf, Schulgesundheitspflege, MA 15 der Stadt Wien, Sabine Haas, Frühe Hilfen, Wolfgang Oberascher, KDZ – Managementberatungs- und WeiterbildungsGmbH	Workshop

Quelle: GÖG

Tabelle A 5: Spezifische Reflexionen und Debriefings zu Ereignissen

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema	Vortragende
06. 09. 2023	6	Reflexion: Starkregenereignis in Kärnten und der Steiermark im August 2023	Karl Dieter Brückner, Anita Sackl (GÖG)
21. + 23.10. 2024	27	Debriefing und Reflexion: Der herausfordernde „Wetter“-Sommer 2024	Karl Dieter Brückner, Anita Sackl (GÖG)

Quelle: GÖG

Tabelle A 6: Weitere Bildungsangebote

Datum	Thema	Vortragende	Ort	Veranstalter
21. 04. 2023	Haftungsfragen in der Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	Christian Gepar, ÖGKV	online	ÖGKV
16. 05. 2023	Berufsrecht in der interdisziplinären Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit Fokus auf die Gesundheits- und Krankenpflege	Christian Gepar, ÖGKV	online	ÖGKV
12. 06. 2023	Pflege und Betreuung durch Laien – Kompetenz und Verantwortung	Christian Gepar, ÖGKV	online	ÖGKV
18. 10. 2023	Praxis-Dialog-Onlinetreffen für das Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, die Steiermark, Wien	Styria vitalis	online	Styria vitalis
09. 11. 2023	Praxis-Dialog-Treffen Innsbruck	Günther Marchner, Thomas Diller (conSalis), Friedrich Lackner, Mag. Philipp Thummer	Innsbruck	conSalis, avomed – Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung
16. 11. 2023	Praxis-Dialog-Onlinetreffen für das Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, die Steiermark, Wien	Styria vitalis	online	Styria vitalis
12. 12. 2023	Praxis-Dialog-Onlinetreffen für das Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, die Steiermark, Wien	Styria vitalis	online	Styria vitalis
26. 09. 2024	Praxis-Dialog-Treffen Salzburg	Thomas Diller, Günther Marchner (conSalis), Patricia Lehner (AVOS)	Salzburg	conSalis, AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, aks austria Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise
14. 10. 2024	Praxis-Dialog-Treffen Kärnten	Styria vitalis	Klagenfurt	Styria vitalis in Kooperation mit dem Gesundheitsland Kärnten
21. 10. 2024	Praxis-Dialog-Treffen Steiermark	Styria vitalis	Kapfenberg	Styria vitalis in Kooperation mit der Stadtgemeinde Kapfenberg
24. 10. 2024	Praxis-Dialog-Treffen Linz	Maria Pramhas, Thomas Diller	Linz	conSalis

Datum	Thema	Vortragende	Ort	Veranstalter
		(conSalis), Gabriele Trautendorfer (PROGES), Birgit Heidlberger (Land Oberösterreich)		
08. 11. 2024	Praxis-Dialog-Treffen Niederösterreich	Ines Jungwirth, Petra Traußnig (Styria vitalis)	St. Pölten	Styria vitalis in Kooperation mit „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge

Quelle: GÖG

Tabelle A 7: Ringvorlesungen 2023–2024

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema	Vortragende
2023			
01. 03. 2023	nicht erfasst	Altersbilder und soziale Aspekte des Alterns in unserer Gesellschaft	Franz Kolland
08. 03. 2023	nicht erfasst	Einführung in ein gesundheitsförderliches Altern	Elisabeth Rappold, Anita Sackl
15. 03. 2023	nicht erfasst	Frailty: Ursachen, Auswirkungen und Möglichkeiten der integrierten, interdisziplinären Versorgung	Thomas E. Dorner
22. 03. 2023	nicht erfasst	Adäquate Ernährung im hohen Lebensalter – aber immer mit Genuss!	Wolfgang Staubmann
29. 03. 2023	nicht erfasst	Bedürfnisorientierte Ernährung – Möglichkeiten und Grenzen im häuslichen Umfeld	Susanne Bayer
19. 04. 2023	nicht erfasst	Frailty und körperliche Bewegung	Constance Schlegl
27. 04. 2023	nicht erfasst	Körperliche Aktivität im Alter und bei ausgewählten chronischen Erkrankungen	Hans-Christian Miko
03. 5. 2023	nicht erfasst	Schmerz und Frailty – erkennen, differenzieren, differenziert behandeln	Andreas Sandner-Kiesling
17. 05. 2023	nicht erfasst	Soziale Arbeit zur Verbesserung der Lebenssituation bei Frailty und ihre Potenziale	Johannes Pfliegerl
24. 05. 2023	nicht erfasst	Frailty im familiären Umfeld	Martin Nagl-Cupal
31. 05. 2023	nicht erfasst	Soziale Beziehungen für ein gelungenes Altern	Silvia Neumann-Ponesch
07. 06. 2023	nicht erfasst	Gesundheitsförderung im Alter als Gegenstand der Raumplanung	Tatjana Fischer
14. 06. 2023	nicht erfasst	Der Beitrag von Community Nursing zur Lebensqualität im Alter?	Linda Eberle, Anita Sackl
2024			
12. 03. 2024	51	Community Nursing – the Austrian experience	Elisabeth Rappold, Anita Sackl
19. 03. 2024	48	Community Health Nurses and the development of the health care system in Germany	Bernadette Klapper
16. 04. 2024	33	Community care in the health care system in the Czech Republic	Lenka Šedová, Vera Hellerova
23. 04. 2024	27	Community Nursing in Slovenian health care system	Tina Krajnc
07. 05. 2024	22	Consorti Castelldefels Agents de Salut – experience, role shifting and nurse development	Antoni Peris i Grao

Datum	Anzahl der Teilnehmer:innen	Thema	Vortragende
14. 05. 2024	25	The role of the ANP nurses with community nursing specialization in the Hungarian healthcare system	József Betlehem
28. 05. 2024	22	Community Nursing in Slovakia	Iveta Lazorová, Júlia Jankovičová
04. 06. 2024	22	Community Nursing – Consolidation of results	Elisabeth Rappold, Anita Sackl

Quelle: GÖG

Tabelle A 8: Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit durch das GÖG-Projektteam

Titel	Veranstaltung, Ort	Vortragende/ Autorinnen	Datum
2022			
Community Nursing in der Praxis	Pflege-Management Forum, Wien	Elisabeth Rappold	28. 04. 2022
Neue Berufsfelder der professionellen Pflege	Lange Nacht der Pflege, ÖGKV LV Wien, online	Elisabeth Rappold	12. 05. 2022
Community Nursing in Austria	International Long Term Care Policy Network, London	Alice Edtmayer	09. 09. 2022
Community Nursing in Austria – a New Way of Working across Sectors	Posterpräsentation, EFPC (European Forum for Primary Care), Gent/Belgien	Linda Eberle, Merle Treichel	26. 09. 2022
Community Nursing in Austria – a Step towards Integrated Community Care	Posterpräsentation, EFPC (European Forum for Primary Care), Gent/Belgien	Lisa Mayer	26. 09. 2022
Community Nursing: Einblicke in die Pilotprojekte	Pflegenetzkongress 2022, Wien	Elisabeth Rappold, Alice Edtmayer	29. 09. 2022
Community Nursing in Idee und Umsetzung	Workshop, Zukunftscamp, „Die Beraterinnen“, Innsbruck	Anita Sackl	11. 10. 2022
Community Nursing in Österreich	Netzwerk Gesunde Städte	Alice Edtmayer	12. 10. 2022
Community Nurse – was ist denn das?	Vorarlberg – Pflege in Bewegung, Bregenz	Elisabeth Rappold	19. 10. 2022
Community Nursing – der österreichische Weg	Ländertagung der Pflegefachkräfte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Bregenz	Elisabeth Rappold	20. 10. 2022
Community Nursing, the Austrian experience	EFPC-Webinar	Elisabeth Rappold, Julia Grabher-Schwanger (Dornbirn)	07. 11. 2022
Community Nursing in Österreich	Förderung sozialer Teilhabe älterer Menschen – Meet the Expert Workshop	Alice Edtmayer	15. 11. 2022
Community Nursing: Welchen Beitrag können Community Nurses zur Steuerung im Gesundheits- und Sozialwesen leisten?	14. Internationale Fachtagung der Österreichischen Gesellschaft für Care & Case Management (ÖGCC) in Kooperation mit PROGES, Linz	Elisabeth Rappold	16. 11. 2022
Ö1-Morgenjournal zu den Projekten sowie OTS-Aussendung durch BMSGPK		Elisabeth Rappold	08. 02. 2022

<i>Artikel</i>	<i>Zeitschrift/Medium</i>	<i>Autorinnen und Autor</i>	<i>Ausgabe, Seite</i>
Community-Nursing-Pilotprojekt im Rahmen des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020–2026	Care Management	Elisabeth Rappold, Linda Eberle, Alice Edtmayer, Petra Kozisnik, Lisa Mayer	2/2022, S. 59–63
Community Nursing in Österreich	MANZ Pflegerecht	Elisabeth Rappold, Thomas Leupold	ÖZPR 5, 2022, S. 140–142
Community Nursing in Österreich. Aktuelle Pflege- und Betreuungsprojekte	ALLGEMEINE +	Linda Eberle Bericht: Andrea Fallent	05/2022
Titel	Veranstaltung, Ort	Vortragende/Autorinnen	Datum
2023			
Das Pilotprojekt Community Nursing in Österreich. Wie gliedert sich Community Nursing in die heutige Versorgungslandschaft in Österreich ein?	ÖGPH-Konferenz, St. Pölten	Anita Sackl	25. 05. 2023
Community Nursing als Beitrag zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	IARA-Tagung, Klagenfurt	Alice Edtmayer	19. 07. 2023
Community-Nursing-Pilotprojekt im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans	Tagung community:nursing, Pflegenetz, Wien	Elisabeth Rappold, Alice Edtmayer	05. 05. 2023
Community Health Nursing – vom Konzept in die praktische Umsetzung BAGFW-Fachgespräch	Onlinefachgespräch der BAGFW	Alice Edtmayer	01. 06. 2023
Community Nursing – Can they make a difference in public health emergencies	European Forum for Primary Care (EFPC) 2023 Congress, Barcelona	Anita Sackl	16. 09. 2023
The preventive home visit as intervention in times of heat waves	European Forum for Primary Care (EFPC) 2023 Congress, Barcelona	Anita Sackl	16. 09. 2023
Lehren und Lernen im Pilotprojekt Community Nursing in Österreich 2021–2024. Erste Einblicke in die Praxis der begleitenden Bildungsmaßnahmen	Lernwelten-Kongress, Frankfurt	Anita Sackl	27. 09. 2023
Pilotierung von Community Nursing in Österreich. Status quo, Aufgaben und Ziele	Kinaesthetics-Kongress, Traun	Linda Eberle	28. 09. 2023
Community Nursing – der österreichische Weg	pflege:deutschland:österreich, Community (Health) Nursing, Stuttgart	Elisabeth Rappold	15. 09. 2023
Pilotierung von Community Nursing in Österreich	Expertenseminar, Masterstudienang Public Health der PMU Salzburg	Alice Edtmayer, Linda Eberle	17. 04. 2023
Webinar - Community Nurses: Einblicke in deren Versorgungsalltag und Synergien mit der Primärversorgung	Plattform Primärversorgung, online	Überblick Linda Eberle, Vortragende: Sarah Egginger, Karin Lang, Regina Fuchs, Maria Wendler	23. 11. 2023
„Das Pilotprojekt Community Nursing“	Vernetzungstreffen „Gesunde Nachbarschaft“, Wien	Anita Sackl	04. 05. 2023

Präsentation und anschließende Erörterung von Vernetzungsmöglichkeiten in Kleingruppen			
Artikel	Zeitschrift/Medium	Autorinnen und Autor	Ausgabe, Seite
Community Nursing aus Perspektive der Projektbeteiligten	Coverstory. pflegenetz.magazin	Alice Edtmayer, Anita Sackl, Elisabeth Rappold	1/2023
Community Nursing in Österreich – Herausforderung, Verantwortung und Chance	pflegenetz.magazin; genau.betrachtet	Lisa Mayer, Elisabeth Rappold	online
Community Nursing – ein Anliegen der Bundesregierung	pflegenetz.magazin; genau.betrachtet	Linda Eberle, Elisabeth Rappold	online
Beitrag im Ö1-Morgenjournal	Ö1	Klaus Ropin, Elisabeth Rappold	Mai 2023
Fernsehbeiträge im Rahmen der Jahreskonferenz	Puls 24, ATV	Elisabeth Rappold	Mai 2023
Community Nurses: Ein Jahr im Einsatz	Ärzte Woche	Josef Broukal	Juni 2023
Interview mit Anita Sackl: Erfahrungen mit Community-Nursing-Pilotprojekten in Österreich	medhochzwei. Medien für das Gesundheitswesen. Pflege, Versorgung.	Sven Preusker, Chefredakteur „Klinik Markt inside“, medhochzwei Verlag GmbH	05. 07. 2023
2024			
Community Nursing – Der Österreichische Weg	Fachtagung „Zukunft ohne pflegende Angehörige“, Münster	Alice Edtmayer	31. 01. 2024
Community Nursing – the Austrian experience	Ringvorlesung, online	Elisabeth Rappold, Anita Sackl	12. 03. 2024
Community Nursing: Einblick in die Pilotprojekte	Arjo Kongress, Schladming	Linda Eberle	05. 04. 2024
Community Nursing – Consolidation of results	Ringvorlesung, online	Elisabeth Rappold, Anita Sackl	04. 06. 2024
Brücken bauen – Aufgaben von Community Nurses im Bereich Koordination, Vernetzung und interprofessionelle Zusammenarbeit	25. ÖGKV-Kongress 2024	Linda Eberle, Alice Edtmayer	19. 04. 2024
Pilot project Community Nursing in Austria: General information, experience and learnings	State of Health in the EU: Voluntary Exchange in Zagreb	Lisa Mayer	23. 04. 2024
CNs als Chance für Caring Communities	Jahrestagung Demenzstrategie, Velden	Alice Edtmayer	28. 05. 2024
Community Nursing als neue Versorgungsform	Fortbildungszentrum, AKH Wien	Linda Eberle, Alice Edtmayer, Lisa Mayer	17. 05. 2024, 29. 05. 2024, 06. 11. 2024
News aus der Umsetzung von Community Nursing	pflegenetz community:nursing, Wien	Elisabeth Rappold, Alice Edtmayer	07. 06. 2024
Posterpräsentation: Community Nurses – Can they make a difference in a public health emergency?	INTERPRAEVENT 2024 – Vienna	Anita Sackl	10.–13. 06. 2024
Die Rolle von Community Nursing in der regionalen Gesundheitsförderung	EUFEF 2024, St. Pölten	Alice Edtmayer	13. 06. 2024

Community Nursing in Austria. Findings and Results from the Pilot Project	7 th International conference on evidence-based policy and long-term care (ILPN)	Anita Sackl, Linda Eberle, Alice Edtmayer, Lisa Mayer	13. 09. 2024
Task shifting in primary care settings	EFPC 2024 Conference, Ljubljana	Elisabeth Rappold, Linda Eberle, Alice Edtmayer, Anita Sackl	16. 09. 2024
Exploring Community Nursing in Austria. Task Distribution and Role Development	EFPC 2024 Conference, Ljubljana	Linda Eberle, Alice Edtmayer, Lisa Mayer, Anita Sackl, Elisabeth Rappold	16. 09. 2024
Community Nursing zwischen gesundheitsbezogener Klimakompetenz und Disaster Literacy	Lernwelten 2024, Innsbruck	Anita Sackl	26. 09. 2024
Community Nurses – Welche Rolle können sie im Krisen- und Katastrophenmanagement einnehmen?	pflegekongress24, Wien	Anita Sackl, Sabine Schmid, Monika Sorko	28. 11. 2024
Steckbrief – Community Nursing in Österreich	FFG- Projekt VULKANO auf der Homepage des Klimafonds (online)	Anita Sackl	02.12.2024
Community Nursing in Austria	Onlineworkshop Nordmazedonien	Alice Edtmayer	13.12.2024

Quelle: GÖG

Tabelle A 9: Vernetzungstreffen

Datum	Ort	Bundesland	Veranstalter
2022			
19. 09. 2022	St. Pölten	Niederösterreich	GÖG, Land NÖ
12. 10. 2022	Klagenfurt	Kärnten	GÖG
18. 10. 2022	Bregenz	Vorarlberg	GÖG, Land Vorarlberg
07. 11. 2022	Gallneukirchen	Oberösterreich	GÖG
10. 11. 2022	Schattendorf	Burgenland	GÖG, Land Burgenland
17. 10. 2022	Innsbruck	Tirol	GÖG, Land Tirol
14. 11. 2022	Salzburg	Salzburg	GÖG
16. 11. 2022	Graz	Steiermark	GÖG, Land Steiermark
18. 11. 2022	Wien	Wien	GÖG, Fonds Soziales Wien
2023/2024			
09. 11. 2023	Klagenfurt	Kärnten	GÖG
14. 11. 2023	St. Pölten	Niederösterreich	GÖG, Land NÖ
04. 12. 2023	Ebbs	Tirol	GÖG, Sozial- und Gesundheitssprengel Untere Schranne
05. 12. 2023	Bregenz	Vorarlberg	GÖG, Land Vorarlberg
21. 02. 2024	Stadtschlaining	Burgenland	GÖG, Soziale Dienste Burgenland
16. 01. 2024	Linz	Oberösterreich	GÖG
17. 01. 2024	Wien	Wien	GÖG, Fonds Soziales Wien
08. 02. 2024	Mittersill	Salzburg	GÖG
15. 02. 2024	Kapfenberg	Steiermark	GÖG, Stadtgemeinde Kapfenberg

Quelle: GÖG

Tabelle A 10: Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing -Webinare

Datum	Titel	Vortragende	Teilnehmer:innen	Veranstalter
29. 09. 2023	Gesundheitsförderung und Community Nursing, ein Gewinn für jede Gemeinde	Maria Pramhas, Günther Marchner	18	conSalis
20. 10. 2023	Regionale Entwicklung durch Projekte fördern	Maria Pramhas, Günther Marchner	18	conSalis
22. 11. 2023	Community Nursing als Teil regionaler Strukturen	Ines Jungwirth	29	Styria vitalis
01. 12. 2023	Community Nursing: Potenziale und Ressourcen für Gemeinden	Maria Pramhas, Günther Marchner	19	conSalis
18. 01. 2023	Aktivitäten der Gesundheitsförderung bedarfsgerecht gestalten	Gerlinde Malli	32	Styria vitalis
23. 02. 2024	Arbeit mit alten Menschen im regionalen Setting – Vision und Strategie	Thomas Diller, Günther Marchner	23	conSalis
12. 04. 2024	Gesundheit durch die Gestaltung der Verhältnisse, der Lebensbedingungen in der Gemeinde fördern	Thomas Diller	24	conSalis
27. 02. 2024	Gute Information schafft Orientierung im Alter	Christine Neuhold	40	Styria vitalis
18. 04. 2024	Gesunde Veranstaltungen – aber wie?	Veronika Graber	39	Styria vitalis
15. 05. 2024	Mehr als allein – Community Nursing als Weg aus der Einsamkeit?	Ines Jungwirth	35	Styria vitalis
07. 06. 2024	Kommunikation für Community Nurses	Bernhard Jenny, Günther Marchner	15	conSalis

Quelle: GÖG

Tabelle A 11: Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing – Fallvignetten von Styria vitalis

Nummer	Titel	Tool
Fallvignette 1	Community Nursing als Teil kommunaler Strukturen	Lokale Landkarte zu regionalen Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungsangeboten
Fallvignette 2	Aktivitäten der Gesundheitsförderung bedarfsgerecht gestalten	Regionales Gesundheitsprofil
Fallvignette 3	Gute Information schafft Orientierung im Alter	Gesundheitszentrum kompetent und barrierefrei
Fallvignette 4	Gesunde Veranstaltungen – aber wie?	Gute Qualität für Angebote sichern
Fallvignette 5	Community Nursing als Weg aus der Einsamkeit	Hausbesuch mit Fokus auf fehlende soziale Verbundenheit

Quelle: Styria vitalis

Tabelle A 12: Praxisorientierte Produkte zu Community Nursing – Good-Practice-Videos von conSalis

Gemeinde	Bürgermeister:in	Bundesland	Einwohner:innen
Marktgemeinde Thalgau	Johann Grubinger	Salzburg	6.000
Gemeinde Puchenau	Friedrich Geyrhofer	Oberösterreich	4.600
Marktgemeinde Wolfurt	Angelika Moosbrugger	Vorarlberg	8.800
Gemeinde Brixlegg	Rudolf Puecher	Tirol	3.100
Gemeinde Leogang	Josef Grießner	Salzburg	3.500
Gemeinde Forchtenstein	Alexander R. Knaak	Burgenland	2.800
Marktgemeinde Neumarkt	Josef Maier	Steiermark	5.000
Gemeinde Hart bei Graz	Jakob Frey	Steiermark	5.400
Marktgemeinde Liebenfels	Klaus Köchl	Kärnten	3.400
Stadtgemeinde Fehring	Johann Winkelmayer	Steiermark	7.200
Stadtgemeinde Neulengbach	Jürgen Rummel	Niederösterreich	8.600
Stadtgemeinde Leoben	Kurt Wallner	Steiermark	25.100
Stadtgemeinde Deutsch-Wagram	Ulrike Mühl-Hittinger	Niederösterreich	7.200
Gemeinde Haslach	Dominik Reisinger	Oberösterreich	2.600

Quelle: conSalis