

Pilotprojekt: Präventiv-medizinische Pflegevisiten

– Wirkungen, Schnittstellen, Fallanalysen aus Sicht der beteiligten Professionen und Patient*innen

Endbericht – Version 3.0



ÖGK VM3

Mernama Avdic, BA (ÖGK-FB23 NÖ)

Mag.^a (FH) Andrea Gollmer (ÖGK-FB23 NÖ)

Sabrina Kienberger, BSc (WU) (ÖGK-FB23 NÖ)

Mag. (FH) Martin Robausch MPH (ÖGK-FB23 NÖ)

FH St. Pölten

FH-Prof. Julia Glösmann, BSc, MSc

Sandra Herold, BA, MA

FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

FH-Prof. Manuel Schwanda, BSc MScN

Jacqueline Zeilinger, BA MA

im Dezember 2024

Abstract

In diesem Projekt wurden die präventiv-medizinischen Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg evaluiert, die im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen in den Bereichen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention tätig sind.

Deutlich wurde, dass die Community Nurses eine zentrale Rolle zwischen Krankenhäusern, Hausärzt*innen sowie Pflege- und Sozialdiensten einnehmen, indem sie Schnittstellenprobleme in der Erstversorgung kompensieren und Rückeinweisungen verhindern. Sie sind stark in das Gesundheitsmanagement eingebunden und unterstützen sowohl Einzelpersonen als auch Familien, um deren Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Im Disease-Management ermöglichen die Community Nurses durch regelmäßige Hausbesuche eine kontinuierliche Betreuung, die für ältere und chronisch kranke Patient*innen oft schwer zugänglich ist. Dies trägt erheblich zur Zufriedenheit der Patient*innen bei. Zudem schulen sie Angehörige und beziehen sie in die Versorgung ein, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Durch umfassende Assessments ermitteln sie den Unterstützungsbedarf und die notwendigen Ressourcen, um Isolation und Einsamkeit zu vermeiden und die Selbstständigkeit der Patient*innen zu fördern. Sie reagieren schnell und niederschwellig auf individuelle Bedürfnisse und sind insbesondere an Tagesrandzeiten nach Ende der ärztlichen Ordination eine wichtige Anlaufstelle neben dem Rettungsdienst, um Hospitalisierungen zu vermeiden.

Im existenziellen Versorgungsmanagement unterstützen sie Patient*innen auch bei psychosozialen Schwierigkeiten wie Einsamkeit, Unsicherheiten und finanziellen Notlagen. Aufgrund des Mangels an anderen Berufsgruppen übernehmen sie komplexe Aufgaben, die ihre Kompetenzen oft übersteigen und ihre zeitlichen Ressourcen für andere Tätigkeiten einschränken. Nach ihrer eigenen Einschätzung sind sie auf die pflegerischen und medizinischen Aufgaben gut vorbereitet, das Fehlen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und damit der optimalen Versorgung merken die Community Nurses sehr deutlich.

Executive Summary

Der Fokus der Evaluierung in diesem Projekt lag auf der Untersuchung der präventiv-medizinischen Pflegevisiten für Einzelpersonen oder Familien im Zuständigkeitsbereich der Community Nurses in Judenburg. Im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen arbeiten die CN-J im Primär-, Sekundär- und Tertiärpräventionsbereich und setzen Maßnahmen nach ärztlicher Delegation. Daher werden vor allem jene Tätigkeitsfelder in diesem Bericht adressiert, die im Zusammenhang mit den präventiv-medizinischen Hausbesuchen stehen, konkret die Pflegevisiten, der Gesundheitsmanagement- und Gesundheitspflegeprozess, die Frage des Disease Managements und das präventive Versorgungsmanagement.

Im Rahmen der Evaluierung dazu wurden vier Hausärzt*innen (HA), die vier Community Nurses (CN) und vier Patient*innen (PT) und eine Patientin zusammen mit ihrer pflegenden Angehörigen (PA) interviewt. Die leitfadengestützten Interviews wurden anonymisiert und eine strukturierende qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Wesentliche Fragepunkte waren Abstimmungs- und Kooperationsprozesse, der Mehrwert aus Sicht der unterschiedlichen Beteiligten und die Fallabwicklung.

Pflegevisiten – Hausbesuche

Im Rahmen dieser präventiv-medizinischen Hausbesuche erfüllen die Community Nurses in Judenburg eine zentrale „Jokerfunktion“ zwischen Krankenhäusern, Hausärzt*innen sowie Pflege- und Sozialdiensten aufgrund ihrer raschen und niederschweligen Einsatzmöglichkeit direkt in der Wohnumgebung der Patient*innen. Sie kompensieren vor allem in der Erstphase der Versorgung Schnittstellenprobleme und verhindern dadurch Rückeinweisungen in den stationären Bereich. Gleichzeitig erfolgt durch ihre Arbeit eine Entlastung der Ärzt*innen im niedergelassenen Setting.

Gesundheitsmanagement/Gesundheitspflegeprozess

Die Community Nurses sind in den Bereich des Gesundheitsmanagements stark eingebunden. Sie begleiten in ihrer Tätigkeit sowohl Einzelpersonen als auch gesamte Familiensysteme, um den aktuellen Gesundheitszustand der betroffenen Menschen nicht nur zu erhalten, sondern im Idealfall auch zu verbessern. Dazu liegt ihr Fokus nicht alleine auf präventiv-medizinischen Tätigkeiten, sondern umfasst auch die subjektive Lebensqualität der Patient*innen sowie deren persönliches Verhalten in Bezug auf die Gesundheit. Die befragten Community Nurses haben den Eindruck, dass die mobilen Dienste in der Region Judenburg aufgrund eingeschränkter Ressourcen einer erforderlichen Betreuung nicht immer so schnell nachkommen können. Die Community Nurses übernehmen hier eine zwischenzeitliche Versorgung. Ziel ist jedoch die Übergabe an den mobilen Pflegedienst.

Disease Management

Die Betreuung der Patient*innen nach ärztlicher Delegation spielt ebenfalls eine wichtige Rolle in der Arbeit der Community Nurses. Sie haben die zeitlichen Ressourcen für wiederkehrende Hausbesuche, die den Allgemeinmediziner*innen fehlen. Dadurch ist ein durchgehender Blick auf die bestehenden Erkrankungen möglich, da die ältere und vor allem chronisch erkrankte Zielgruppe zum Teil nicht mehr (regelmäßig) eine Arztpraxis aufsuchen kann oder der Besuch

in der Ordination aufgrund der Anreise und Wartezeiten als erheblicher Aufwand (administrativ, aber auch körperlich und psychisch) wahrgenommen wird. Die Community Nurses können durch ihre Hausbesuche die Patient*innen in ihrem gewohnten Umfeld besuchen und haben Zeit für ausführliche Gespräche. Aus Sicht der Patient*innen ist das ein erheblicher Mehrwert, der zur Zufriedenheit mit der Versorgung wesentlich beiträgt.

Präventives Versorgungsmanagement

Zu den Aufgaben der Community Nurses zählt auch die Angehörigen zu schulen und sie im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise in die weitere Versorgung miteinzubeziehen. Ausgehend von einem umfangreichen Assessment wird der Unterstützungsbedarf ermittelt und die dafür notwendigen Ressourcen erhoben. Neben der Vermeidung von Isolation und Einsamkeit soll die Selbstständigkeit der Patient*innen verbessert werden. Die Community Nurses können auf die individuellen Bedarfe rasch und niederschwellig reagieren. Vor allem an den Tagesrandzeiten nach Ende der ärztlichen Ordinationen sind sie in Judenburg eine der wenigen Institutionen neben dem Rettungsdienst, die auf akute Problemlagen und Schwierigkeiten in der Pflege reagieren können – und das mit dem Ziel der Vermeidung von Hospitalisierung vor Augen.

Existentielles Versorgungsmanagement

Die Patient*innen wenden sich auch mit psychosozialen Schwierigkeiten, wie Einsamkeit, Unsicherheiten, finanzielle Notlagen etc. an die Community Nurses. Aufgrund des Fehlens anderer Berufsgruppen (z.B. Erwachsenensozialarbeit) müssen sie auch in der existenziellen Versorgung Aufgaben übernehmen, die aufgrund ihrer Komplexität und der fehlenden Ressourcen grundlegende Kompetenzen der Community Nurses übersteigen. Sie übernehmen die Aufgabe des existenziellen Versorgungsmanagements oft allein, was die zeitlichen Ressourcen für andere Tätigkeiten einschränkt. Nach ihrer eigenen Einschätzung sind sie auf die pflegerischen und medizinischen Aufgaben gut vorbereitet, das Fehlen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und damit der optimalen Versorgung merken die Community Nurses sehr deutlich.

Daraus ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- Es wird empfohlen, das Modell weiter auszubauen, um sicherzustellen, dass wichtige medizinisch pflegerische Betreuungsleistungen ambulant im gewohnten Umfeld der Patient*innen durchgeführt werden können.
- Wenn dieser Ausbau angestrebt wird, wird empfohlen, eine transparente Rollenklärung insbesondere mit bestehenden Pflegedienstleister*innen durchzuführen, welche Leistungen von den Community Nurses durchgeführt werden sollen.
- Es wird empfohlen, dass die Community Nurses in jenen Fällen die Fallführung übernehmen, in denen bestehende Pflegedienstleiter*innen nicht involviert sind, da sie als zentrale Ansprechpersonen den engsten Kontakt mit den Patient*innen haben, über deren Bedürfnisse am besten Bescheid wissen und somit sehr gut bedarfsgerecht Vernetzungen mit anderen Berufsgruppen herstellen können. Ähnliches sollte für jene Fälle gelten, in denen die Hauskrankenpflege zwar bereits involviert ist, aber aufgrund der Krankheitssituation temporär eine vertiefende Vernetzung mit anderen

Berufsgruppen und die Koordination weitergehender Dienstleistungen erforderlich ist. In beiden Zusammenhängen wird empfohlen, dass sie im Bedarfsfall die Kompetenzen anderer Berufsgruppen in Anspruch nehmen, wenn Fragen betroffen sind, die über ihren unmittelbaren Kompetenzbereich hinausgehen. In Fällen, in denen die Hauskrankenpflege bereits involviert war, kann die Fallführung an diese wieder zurück übergeben werden, wenn die Aufgaben von dieser wieder gut übernommen werden kann. Vorbilder dafür bestehen bereits im Bereich der mobilen Palliative Care.

- Um die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den in der Region tätigen Ärzt*innen aller Fachrichtungen zu intensivieren, ist es notwendig, ein grundlegendes Verständnis und Bewusstsein für das Angebot sowie die spezifischen Aufgaben der Community Nurses bei den Mediziner*innen zu schaffen. Dieses Wissen sollte klar verständlich und leicht zugänglich vermittelt werden. Es wird daher empfohlen, bedarfsgerechte Informationsmaterialien zu entwickeln, beispielsweise kompakte Darstellungen der Kompetenzen und Zuständigkeitsbereiche in übersichtlicher Form (etwa knappe tabellarische Darstellungen).
- Anzuraten ist die Etablierung interdisziplinärer Teams als fixen Bestandteil der gemeindenahen Versorgung angelehnt an die Struktur der mobilen Palliativteams, in denen neben Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch Sozialarbeiter*innen integriert sind.
- Es wird empfohlen eine idealerweise österreichweit einsetzbare gemeinsame digitale Plattform für alle Community Nurses zu schaffen, die kompatibel mit den Sozialversicherungsträger*innen ist. Diese soll eine rechtlich nachvollziehbare und einheitliche Informationsbasis zur Dokumentation von Fallverläufen und erbrachten Interventionen ermöglichen, die zudem als Basis für eine interprofessionelle Zusammenarbeit herangezogen werden kann. Darüber hinaus soll sie so gestaltet werden, dass die mit den Sozialversicherungsträger*innen mögliche zukünftige verrechenbare Leistungen einfach extrahiert werden können.
- Es wird empfohlen bei der Implementierung darauf zu achten, einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den beteiligten Professionen sicherzustellen. Dies könnte durch die Einrichtung einer gemeinsamen fallbezogenen Informationsplattform erreicht werden, die allen beteiligten Fachkräften Einblick in zentrale patient*innenbezogene Daten, Fallverläufe und geplante Maßnahmen bietet.
- Durch gezielte Fort- und Weiterbildungen in Bereichen wie Prävention, Palliative Care und Schmerzmanagement, Case Management, psychosoziale Gesundheit, Familiengesundheit und Public Health, Beratungstechniken und Digitalisierung kann die Community Nurse ihre Fachkompetenzen erweitern und die Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft nachhaltig verbessern.

Inhalt

Abstract	iii
Executive Summary	iv
Inhalt	vii
1 Einleitung	9
2 Soziodemografischer und epidemiologischer Überblick.....	10
3 Projektbeschreibung.....	16
3.1 Konzeptionierung CN-J	16
3.2 Standort, Team und Rahmenbedingungen.....	18
3.3 Leistungsportfolio	19
3.4 Evaluierungsgegenstand	23
4 Qualitativer Teil	25
4.1 Zielgruppe der Befragten bzw. Überblick über Fälle und Fallauswahl.....	25
4.2 Interviewführung und qualitative Analyse	25
4.3 Ergebnisteil	26
4.3.1 Community Nurses Judenburg – ein Teil des Gemeinwesens?.....	26
4.3.2 Motivation der Community Nurses.....	26
4.3.3 Aufgaben der Community Nurses.....	27
4.3.4 Der Gesundheitsbegriff	30
4.3.5 Abstimmung, Kommunikation und Kooperation zwischen CN-J und Ärzt*innen	31
4.3.6 Mehrwert aus Sicht der Patient*innen	32
4.3.7 Erhöhter Versorgungsbedarf in der Region	33
4.3.8 CN-J und Verbleib der Patient*innen im eigenen Zuhause.....	35
4.3.9 Mehrwert aus Sicht der niedergelassenen Ärzt*innen	36
4.3.10 Der Stellenwert der Prävention.....	38
4.3.11 Fallanalysen.....	39
4.3.12 Dokumentation und administrative Erfahrungen.....	42
4.3.13 Weitere Schnittstellen zu Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	43
4.4 Allgemeiner Ausblick auf Basis der qualitativen Auswertung.....	44
5 Quantitativer Teil	46
5.1 Methode	46
5.2 Ergebnisteil	47
5.3 Limitationen.....	65

6	Conclusio und Handlungsempfehlungen	66
	Literatur	77
	Daten	79
	Abbildungsverzeichnis.....	80
	Tabellenverzeichnis.....	81
	Abkürzungsverzeichnis.....	82
	Anhang.....	84

1 Einleitung

Die alternde Bevölkerung stellt das Gesundheitssystem vor immer größere Herausforderungen. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen wächst der Bedarf an umfassender und kontinuierlicher Pflege. Community Nursing, als ein integraler Bestandteil der häuslichen Versorgung, gewinnt daher zunehmend an Bedeutung. Im System der Community Nurses in Judenburg, dessen Schwerpunkt speziell auf präventiv-medizinischen Hausbesuchen liegt, werden neben ärztlich angeordneten Tätigkeiten auch pflegerische Maßnahmen gesetzt mit dem Ziel, die Pflege und Versorgung zu verbessern, Krankheitsverläufe engmaschig zu überwachen und eine Hospitalisierung zu vermeiden.

Im vorliegenden Bericht werden einerseits die Ergebnisse von leitfadengestützten Interviews mit den drei Hauptgruppen des Community Nursing, nämlich Patient*innen, Allgemeinmediziner*innen und den Community Nurses selbst dargestellt. Andererseits erfolgt die Präsentation der Analyse quantitativer Dokumentationsdaten, um die aktuelle Situation und die Herausforderungen des Community Nursing in Judenburg zu beleuchten. Gleichzeitig werden Maßnahmen beleuchtet, die bereits gut funktionieren und zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Das Ziel des Berichtes ist die Erstellung einer deskriptiven Grundlagenarbeit. Die Wirkungen auf den Ebenen Patient*innen, Allgemeinmediziner*innen und Community Nurses, die Herausforderungen und erfolgreichen Maßnahmen werden dargestellt. Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten und Chancen aufzuzeigen, die Community Nurses in Judenburg in der häuslichen Pflege bringen, erfolgreiche Maßnahmen zu analysieren und weiterführende Handlungsempfehlungen zu formulieren, die zur Verbesserung der Versorgung (nicht nur) von chronisch erkrankten und älteren Menschen beitragen können.

2 Soziodemografischer und epidemiologischer Überblick

Judenburg ist eine Gemeinde im Bezirk Murtal in der Steiermark mit 9.614 Einwohner*innen (siehe Abbildung 1). Die in Abbildung 2 dargestellte Altersverteilung der Bevölkerung in Judenburg, zeigt im Vergleich zur Altersverteilung im Bundesland Steiermark (blaue Linie) und Österreich (graue Linie), dass vor allem das Alterssegment ab 60-Jahren einen stärkeren Anteil an der Gesamtbevölkerung hält (vgl. Statistik Austria, 2023a).



Abbildung 1: Lokalisation Judenburg



Abbildung 2: Altersverteilung Judenburg/Steiermark/Österreich (2023)

Um die Zielgruppe des Pilotprojektes nach verschiedenen sozioökonomischen und epidemiologischen Determinanten einordnen zu können, wurden einzelne Indikatoren der regionalen Versorgungsprofile Primärversorgung, welche durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erarbeitet wurden, als Anhaltspunkt herangezogen. Hierfür wurde das Einzugsgebiet von 15-Autominuten der Region um Judenburg als Basis festgelegt.

Folgende Indikatoren können als mögliche Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme präventiv-medizinischer Pflegevisiten identifiziert werden:

Indikator		15-Minuten. Einzugsbereich (Judenburg)	Bundesland	Österreich	Einheit Indikator-Wert	Daten-jahr
Demografie, Sozioökonomie	Anteil der ab 65-Jährigen in Einpersonenhaushalten	30,7 %	29,2 %	32,5 %	Anteil	2011
	Durchschnittseinkommen pro Einkommensbezieher*in	€ 29.073	€ 29.602	€ 31.062	Euro	2019
Prävention und Risikofaktoren	Anteil mit als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ (selbst) eingeschätzter Gesundheit; EW ¹ >=15 Jahre	6,4 %	6,3 %	6,4 %	Anteil	2019
	Anteil Raucher*innen (täglich und gelegentlich), EW >=15 Jahre	25,5 %	25,0 %	26,2 %	Anteil	2019
	Anteil mit Adipositas, EW >= 15 Jahre	11,6 %	14,8 %	16,6 %	Anteil	2019
Epidemiologie und Mortalität	Lebenserwartung bei Geburt (Männer)	78	79	79	Lebensjahre	2017-2021
	Lebenserwartung bei Geburt (Frauen)	84	84	84	Lebensjahre	2017-2021
	Prävalenz Diabetes mellitus Typ 2	5,9 %	6,0 %	7,1 %	Anteil	2021
	Prävalenz psychische Störungen	16,8 %	14,7 %	13,1 %	Anteil	2021
	Prävalenz Arthrose	13,9 %	15,8 %	14,2 %	Anteil	2019
	Prävalenz chronische Kopf-/Kreuz-/Nackenschmerzen, EW >=15 Jahre	28,9 %	35,0 %	34,1 %	Anteil	2019

¹ EW = Einwohner*innen

	Anteil Pflegegeldbezieher*innen Stufe 1-3	5,6 %	4,1 %	3,5 %	Anteil	2021
	Anteil Pflegegeldbezieher*innen Stufe 4-7	2,6 %	2,3 %	1,6 %	Anteil	2021
	Rate stationärer Patient*innen mit Herzkrankheit in 2 Jahren	3.161	2.201	2.141	Pat ² /100.000 EW	2020 / 2021
	Rate stationärer Patient*innen ab 65 Jahren mit Schenkelhalsfraktur in 2 Jahren	1.450	1.363	1.373	Pat/100.000 EW(>65a)	2020 / 2021
	Rate stationärer Patient*innen mit zerebrovaskulärer Erkrankung in 2 Jahren	627	603	535	Pat/100.000 EW	2020 / 2021
	Rate stationärer Patienten*innen mit Krebserkrankung in 2 Jahren	1.748	1.641	1.677	Pat/100.000 EW	2020 / 2021
	Versorgungsangebot	Einwohner*innen pro ÖGK ³ -Kassenärzt*in für Allgemeinmedizin	1.923	2.204	2.322	EW/A
Einwohner*innen pro Ärzt*in für Allgemeinmedizin ohne ÖGK-Kassenvertrag		6.410	3.132	3.150	EW/A	2021
Wohn- und Pflegeplätze in Alten-/Pflegeheimen pro 1.000 EW ab 65 Jahre		64	55	34	Plätze/1.000 EW (≥65 Jahre)	2022

² Pat =Patient*innen; A=Ärzt*innen; VU = Vorsorgeuntersuchung; AM = Allgemeinmediziner*innen

³ ÖGK = Österreichische Gesundheitskasse

Ambulante Inanspruchnahme	Anteil EW mit mind. 1 Besuch eines/-r ÖGK-Kassenärzt*in für Allgemeinmedizin	72,1%	64,4%	63,1%	Pat/EW (in%)	2020
	Vorsorgeuntersuchung pro 100.000 EW bei Ärzt*innen für Allgemeinmedizin	4.389	4.246	8.481	VU-AM/100.000 EW	2020

Tabelle 1: Auszug aus „Regionalem Versorgungsprofil Primärversorgung“: Judenburg – Einzugsgebiet 15 Autominuten (vgl. GÖG 2023:3ff)

Der Anteil der Personen in Einpersonenhaushalten, als auch das Durchschnittseinkommen liegen in Judenburg knapp unter dem Bundeslandschnitt (siehe Tabelle 1). Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit („sehr schlecht“ oder „schlecht“) wird in Judenburg gleich bewertet wie in Österreich. Der Anteil der Raucher*innen, als auch der Anteil der Personen mit Adipositas ist um wenige Prozentpunkte (0,8 %-Punkte: Raucher*innen; 5%-Punkte: Adipositas) geringer als im Österreich-Schnitt.

Entsprechend der Indikatoren für „Epidemiologie und Mortalität“ kann die Bevölkerung in Judenburg hinsichtlich der Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ 2, Arthrose und chronische Kopf-/Kreuz-/Nackenschmerzen als etwas gesünder als die/der Durchschnittsösterreicher*in bezeichnet werden. Hinsichtlich psychischer Störungen, Herzkrankheiten, Schenkelhalsfrakturen, zerebrovaskulärer Erkrankungen und Krebserkrankungen als auch hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit liegt Judenburg jedoch etwas über den jeweiligen Vergleichswerten für das Bundesland Steiermark und Österreich. Demnach ist in diesen Bereichen ein erhöhter Versorgungsbedarf wahrscheinlich.

Laut den regionalen Versorgungsprofilen ist das kassenärztliche Versorgungsangebot durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin sowie durch Alten- und Pflegeheime besser als im Österreichschnitt.

Die Inanspruchnahme der Allgemeinmediziner*innen mit Kassenvertrag ist dementsprechend hoch (siehe Ambulante Inanspruchnahme in Tabelle 1), wobei die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bei Hausärzt*innen überraschenderweise der Hälfte des Österreich-Wertes entspricht.

Aktuell sind in Judenburg 6 Allgemeinmediziner*innen mit Kassenvertrag und zusätzlich 4 Ärzt*innen für Allgemeinmedizin ohne Kassenvertrag tätig (vgl. Homepage Ärztekammer Steiermark 2024). Neben der ärztlichen Grundversorgung ist auch eine gute fachärztliche Versorgung und die damit verbundene Nachbetreuung ausschlaggebend für die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. In der folgenden Tabelle ist daher die Anzahl der Fachärzt*innen in Judenburg mit oder ohne Kassenvertrag nach Fachrichtungen aufgelistet.

Fachärzt*innen für ...	mit Kassenvertrag	ohne Kassenvertrag
Anästhesiologie und Intensivmedizin		1
Augenheilkunde und Optometrie	1	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1
Innere Medizin	3	2
Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde	1	
Neurologie und Psychiatrie	1	
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	1	3
Radiologie	1	
Unfallchirurgie		4
Psychiatrie		1
Plastische Chirurgie		1
Nuklearmedizin	1	
Pneumologie	1	
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie		1

Tabelle 2: Fachärzt*innen pro Fachgebiet (vgl. Homepage Ärztekammer Steiermark 2024)

Im Standort Judenburg des LKH Murtal besteht überdies der Zugang zu folgenden Abteilungen:

- Allgemeinchirurgie
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Institut für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation
- Unfallchirurgie

Weitere Abteilungen wie z.B. für Innere Medizin bzw. Akutgeriatrie/ Remobilisation, Orthopädie, Neurologie etc. sind an den Standorten Stolzalpe und/ oder Knittelfeld angeschlossen (vgl. BMSGPK 2023).

Das LKH Murtal mit seinen 3 Standorten, weist eine Patient*innenfrequenz von nahezu 100.000 Patient*innen im Jahr 2022 (99.115 Patient*innen) auf. Davon hatten fast 60 % stationäre Aufenthalte. Es ist davon auszugehen, dass einige dieser Patient*innen eine

Nachbehandlung im Rahmen der präventiv-medizinischen Pflegevisiten hatten (vgl. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2024).

3 Projektbeschreibung

Im Jahr 2022 wurde der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) das Projektkonzept „medizinisch-pflegerische Hausbesuche“, das vom österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) erstellt wurde, vorgestellt. Die ÖGK beteiligte sich nicht an der Projektumsetzung, beschloss allerdings im Jahr 2023 das Projekt zu evaluieren bzw. die Wirkmechanismen zu analysieren.

Das Projekt wird im Bezirk Judenburg umgesetzt. Im Rahmen der österreichweiten Community Nurse Projekte (Projektlaufzeit: 2022 – 2024) werden durch das Ö-Nurse-Team Judenburg u.a. Pflegevisiten durchgeführt. Das Ö-Nurse-Team Judenburg besteht aus vier Community-Nurses (CN-J) und ist demnach ein Zusammenschluss freiberuflicher diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Der Evaluierungsfokus – als ausgewählter Leistungsbereich der CN-J - liegt auf der Untersuchung von präventiven Hausbesuchen für Einzelpersonen oder Familien mit präventivmedizinischen Interventionen auf ärztliche Anordnung der ansässigen Allgemeinmediziner*innen. Dabei agieren die CN-J in ihrer Berufskompetenz präventivmedizinisch in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und begleiten ihre Patient*innen nach einer Krankenhausentlassung, bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung im Krankheits- und Symptommanagement oder ganz individuell durch bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische Betreuungsleistungen.

3.1 Konzeptionierung CN-J

Gemeinsam mit der Gemeinde Judenburg als Projektträgerin und dem Ö-Nurse-Team Judenburg wurde 2021 anhand des Community Engagement Modells ein Community Health Assessment und somit eine Bedarfserhebung mit Bürger*innenbeteiligung durchgeführt. Anhand dieser wurden Problemlagen identifiziert, entsprechende Lösungen erarbeitet und Ziele definiert.

Folgende Problemfelder sollen durch die nachfolgenden Ziele gelöst werden:

1. Insuffizientes Entlassungsmanagement und Schnittstellenkommunikation in der Region
2. Fehlende Nachversorgung im akuten medizinischen und pflegerischen Bereich
3. Fehlende Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen
4. Ressourcenengpass von DGKP in den Organisationen der lokalen mobilen Pflegeeinrichtungen
5. Unübersichtliches Angebot bzw. Leistungsspektrum von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen
6. Fehlende Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung
7. Infrastrukturelle Risiken im Bereich Mobilität für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen

8. Lücken im Bereich der Sozialhilfe
9. Fehlende Gesundheitspflege in Kindergärten & Schulen
10. Versorgungslücke bei Menschen mit chronischen Erkrankungen
11. Überlastung von Eltern bzw. pflegenden Angehörigen

Definierte Ziele der Bedarfserhebung:

- Gesundheits- und Pflegebedarf der Bevölkerung erheben und decken
- Datenlage in der Gemeinde bzgl. Gesundheitsleistungen und Bedarf verbessern
- Angebote der Gesundheitsleistungen der Bevölkerung näherbringen und koordinieren
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Stärkung der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung
- Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdienstleister*innen der Stadtgemeinde
- Stärkung des sozialen Zusammenhalts in der Stadtgemeinde
- Verbleib von älteren Menschen im eigenen Zuhause, so lange wie möglich gewährleisten
- Einbetten der Community Nurse in die bestehende Systemlandschaft der Gemeinde und erfolgreicher Vorbereitungsprozess für die Weiterentwicklung zur Community Health Nurse
- Verbesserung der Versorgungskontinuität
- Attraktivierung des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege
- Entlastung des hausärztlichen Systems
- Stärkung der Selbsthilfe von Betroffenen und deren An- und Zugehörigen und Entlastung der informellen Pflege
- Weiterentwicklung der Prozesse in der Gesundheits- und Sozialpolitik

In diesem Zusammenhang und unter Einbeziehung der Vorgaben der GÖG - als bundesweite Koordinierungsstelle - wurden übergeordnete Ziele abgeleitet und daraus die Maßnahmenplanung erstellt, die Zielgruppen definiert sowie ein Leistungsportfolio entwickelt. In weiterer Folge wurde die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Stakeholdern wie z.B. den ansässigen Ärzt*innen für Allgemeinmedizin geplant.

Dies hat besondere Relevanz für die Durchführung der präventiv-medizinischen Pflegevisiten, da in diesem Zusammenhang die Schnittstellen definiert und Standard Operating Procedures (SOP) zur Anwendung der berufsrechtlichen Möglichkeiten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG)) erarbeitet und erprobt wurden (vgl. Gressl 2024a:1).

3.2 Standort, Team und Rahmenbedingungen

Das CN-J-Team besteht aus vier freiberuflich tätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die jeweils 20 Leistungsstunden pro Woche als CN-J erbracht haben (im Ausmaß von zwei Vollzeitäquivalente mit je 40 Wochenstunden).

Die Praxis, mit einem barrierefreien Hintereingang, ist zentral gelegen und rund 150 m vom Ortszentrum entfernt. Auf einer Nutzungsfläche von 130 m² befinden sich die Empfangs- und Behandlungs- bzw. Besprechungsräumlichkeiten, ein Schulungsraum für max. 15 Personen und ein Lagerraum für sämtliche Ge- und Verbrauchsmaterialien, Medizinprodukte für Wundversorgung, Urologie, Ernährung, Infusionsmanagement und Labordiagnostik sowie die Lagerung von Hilfsmitteln, die zum Verleih angeboten werden.

Weiters gehörten eine EDV-Ausstattung sowie, digitale Tools z.B. für eine gemeinsame Pflegedokumentation („Carenamics“), Projektplanung und –abwicklung zur Basisausstattung. Die Projektdokumentation für die Koordinierungsstelle der österreichweiten CN-Projekte durch die GÖG erfolgte über eine Microsoft Excel Datenbank bzw. in weiterer Folge über ein eigens dafür entwickeltes webbasiertes Eingabetool.

Die Tätigkeit als CN-J erfordert eine starke interprofessionelle Zusammenarbeit mit den regionalen Gesundheits- und Sozialanbieter*innen der Stadtgemeinde Judenburg. Im Zuge der Tätigkeit konnte ein Netzwerk von über 120 Dienstleister*innen, bestehend aus z.B. Schulen verschiedener Schularten, Kindergärten, Schülerhilfe, privaten Personenbetreuungen, psychosozialen Netzwerken, MTD-Berufen, Vereinen, den Trägerorganisationen Volkshilfe, Rotes Kreuz, Caritas, ehrenamtlich tätigen Personen usw. aufgebaut werden. Eine besonders enge Kooperation besteht mit 3 von insgesamt 6 in Judenburg tätigen Ärzt*innen für Allgemeinmedizin, zwei weitere Ärzt*innen für Allgemeinmedizin unterstützen das Projekt CN-J. Ein weiterer Arzt für Allgemeinmedizin hat erst mit Oktober 2023 seine Tätigkeit aufgenommen, wodurch hier nur eine eingeschränkte Kooperation gegeben ist (vgl. Gressl 2021:11ff).

Die CN-J hatten im Betrachtungszeitraum 2022-2023 folgende Verfügbarkeiten (Gressl D., persönliche Kommunikation, Juni 2024):

Verfügbarkeit vor Ort in der Praxis: Jänner 2022 – Juni 2023:

Bereitschaft und telefonische Erreichbarkeit:	47 Wochenstunden
Sprechstunden:	15 Wochenstunden

Verfügbarkeit vor Ort in der Praxis inkl. externe Sprechstunden: ab Juli 2023

Bereitschaft und telefonische Erreichbarkeit, Sprechstunden nach Vereinbarung:	44 Wochenstunden
Sprechstunden bei Hausärzt*innen (ab September 2023):	4-6 Wochenstunden

3.3 Leistungsportfolio

Der Tätigkeitsbereich der CN-J, ist sehr breit und findet Anwendung in unterschiedlichen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems, Settings und Lebensbereichen. Abbildung 3 gibt einen groben Überblick über diese Tätigkeitsfelder.

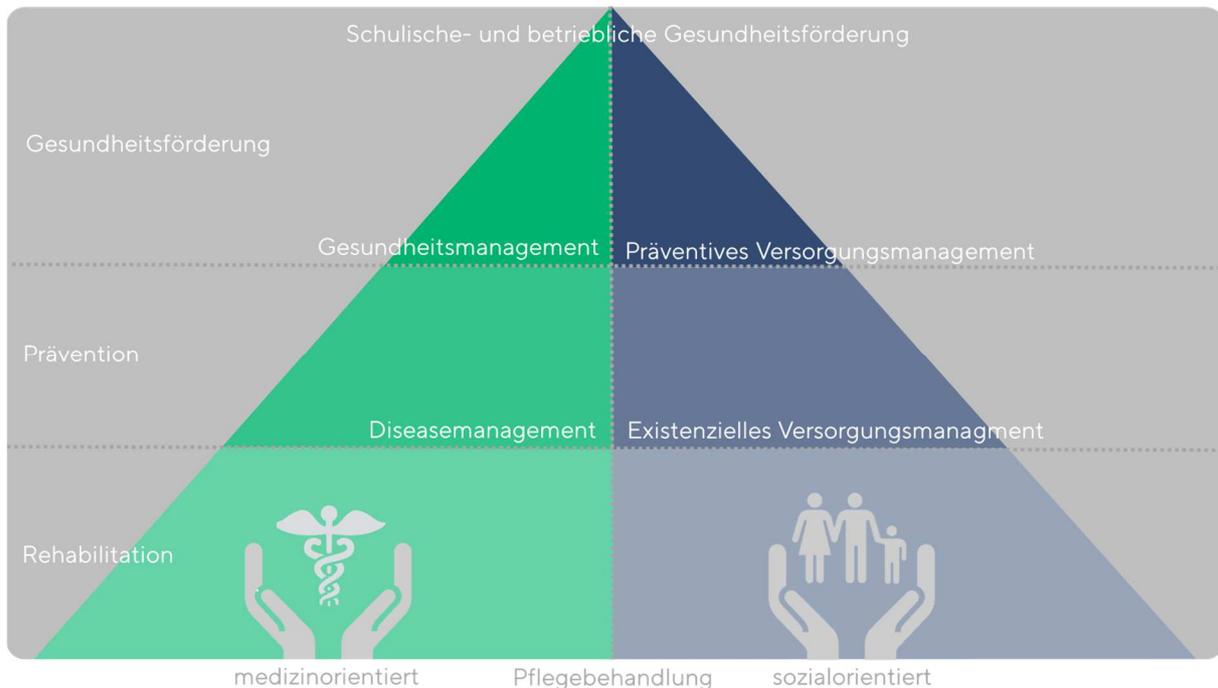


Abbildung 3: Ganzheitliche Leistungserbringung durch die CN-J (Gressl 2024, Darstellung ÖGK)

In Tabelle 3 werden die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder der CN-J näher beschrieben. Interventionen werden entweder auf der Individualebene (für Einzelpersonen oder Familien) oder auf der Kommunal- bzw. Systemebene (für die Gesellschaft) gesetzt⁴. Um die Leistungen erbringen zu können, bedarf es organisatorischer und administrativer Tätigkeiten.

Individualebene	
<p>Einzelfallberatung (telefonisch oder in einer Sprechstunde z.B. DGKP Praxis/ Arztpraxis)</p>	<p>Beratung Einzelpersonen und/oder pflegender Angehöriger bei aktuellen gesundheitlichen und pflegerelevanten Problemlagen oder zu Pflegearrangement und Versorgungsmöglichkeiten, Unterstützung bei Anträgen und Beratung zu Medizinprodukten etc.; Bereitstellung von Informationen für Patient*innen und deren An- und Zugehörige über das Leistungsportfolio sowie über regionale Angebote (z. B. neue Ärzt*in, spezielle Gesundheitsangebote, Gesundheitsworkshops etc.) (mind. 15 Min)</p>

⁴ Die Verteilung der Projektstunden auf die einzelnen Tätigkeitsfelder wird in Tabelle 8 im Anhang wiedergegeben.

**Pflegevisiten
(Erst- und Folgevisiten)**

Entweder in Form von

- präventiven Pflegevisiten (ohne medizinische Interventionen)
- präventiv-medizinischen Pflegevisiten

→ ÖGK Datenauswertung & Analyse (Leistungszuständigkeit im Sinne des ASVG)

Beratung von Einzelpersonen oder Familien mit Pflege- oder Betreuungsbedarf zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung, Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes und des Versorgungsarrangements, gezielte Beratung und Informationsvermittlung zur Problembewältigung, Durchführung medizinischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung (z.B. Blutabnahme, EKG, Medikamentenanpassungen etc.), Vermittlung zu anderen Gesundheits- und Sozialdienstleister*innen

**Aktive Begleitung
(nach Einzelfallberatung
oder Pflegevisite)**

Gesundheitsmanagement/Gesundheitspflegeprozess (persönlich in der DGKP Praxis oder zu Hause)

Fokus auf Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention - vorrangig z.B. nach einer Vorsorgeuntersuchung als Beratung und Begleitung von Einzelpersonen oder Familien zur Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes und der subjektiven Lebensqualität durch Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes (Verhalten/ Verhältnisse), Zieldefinition, Steigerung von gesundheitsfördernden Potenzialen und Stärkung der Gesundheitskompetenz, in diesem Zusammenhang Erarbeitung von individuellen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensgewohnheiten und Reduzierung von äußeren Risikofaktoren

Diseasemanagement (DM) (Begleitung von chronisch kranken Menschen)

→ ÖGK Datenauswertung & Analyse (Leistungszuständigkeit)

Nach ärztlicher Anordnung. Dieses Angebot richtet sich speziell an Personen mit chronischen Erkrankungen. Durch eine ausführliche körperliche Untersuchung und Beurteilung der Körperfunktionen werden im anschließenden Assessment Risikoaspekte, Lebensqualität und Selbstständigkeit beurteilt. Durch ein gezieltes Symptomanagement und der Schulung von Patient*innen und An- und Zugehörigen soll die Selbstversorgung und der Umgang mit der chronischen Erkrankung verbessert werden. Die kontinuierliche Überwachung und Anpassung der Maßnahmen stellen sicher, dass die Patient*innen bestmöglich unterstützt werden.

Regelmäßige Kontrollvisiten und Follow-up-Besuche dienen der Überprüfung und Anpassung des Behandlungsplans.

Präventives Versorgungsmanagement

Es richtet sich an Personen und Familien, die eine professionelle Einschätzung und Unterstützung bei der Pflegebedürftigkeit benötigen. Ausgangspunkt ist ein umfassendes Assessment, das die Selbstständigkeit in verschiedenen

	<p>Lebensbereichen und den Bedarf an Unterstützung sowie notwendigen Ressourcen ermittelt. Hierbei werden die Qualität der aktuellen Versorgung und Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation bewertet. Das Ziel ist, die Optimierung der Versorgung und die Förderung der Selbstständigkeit der Patient*innen.</p> <p>Existenzielles Versorgungsmanagement</p> <p>Das existenzielle Versorgungsmanagement bietet umfassende Unterstützung bei gravierenden sozialen und existenziellen Problemen, die das Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Ziel ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, ihre Lebenssituation nachhaltig zu verbessern und existenzielle Krisen zu bewältigen.</p>
<p>Kommunal- und Systemebene (23,8 % der Projektstunden)</p>	
<p>Gruppenorientierte Gesundheitsedukation</p>	<p>Erhebung der Gesundheitsbedürfnisse von Gruppen- und Gemeinschaften und Stärkung deren Gesundheitskompetenzen durch gruppenorientierte Assessments und Befragungen, Umsetzung von maßgeschneiderten Edukationsprogramme in Form von Workshops und Vorträgen in Schulen, Selbsthilfegruppen und bei anderen Kleingruppen, aber auch in anderen Organisationen z.B. Kleinbetrieben, Vereinen, aber auch zur Kompetenzvertiefung für bestimmten Themen an Berufskolleg*innen z.B. Pflegeheim</p>
<p>Kommunales Gesundheitsmanagement</p>	<p>Organisation, Initiierung und/oder Umsetzung von Gesundheitsaktionen zur Förderung der Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung wie z.B. Gesundheitsstraße mit Vorsorgeuntersuchung, Gesundheitsmessen, Fachvorträge, Gesundheitsmarketing in Kooperation mit Regionalsender Gesundheitstipps der Woche, Koordination und Initiierung von Veranstaltungen z.B. Umsetzung fertiger Programme von anderen Institutionen oder Aktivitäten aus den entwickelten Gesundheitsförderungsprogramm wie z.B. Impfaktionen oder aktiv gesund Altern.</p>
<p>Netzwerkpflege</p>	<p>Erstellung und Koordination von Fachgremien aus Expert*innen für politische Beratung, Auf- und Ausbau des Ehrenamtes, Fokusgruppen, Organisation von Netzwerktreffen, Informationsdrehscheibe für das professionelle Netzwerk, Konsultationstätigkeit für andere Organisationen innerhalb der Gemeinde</p>
<p>Kommunale Gesundheitseinschätzung und -entwicklung</p>	<p>Bedarfserhebung (Community Health Assessment), Windshieldsurvey, Datenaufbereitung, Bevölkerungsscreening- und Befragung, pflegepolitische Beratung, Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen, Entwicklung von Konzepten wie z.B. Blackout Prävention in der Gemeinde, Stärkung des Ehrenamtes, Erstellung von Standard Operating Procedures und Leitlinien in Kooperation mit Forschungseinrichtungen und Fachexpert*innen</p>

Weitere Leistungen - Services & Management (41,1 % der Projektstunden)	
Gesundheitsservice	Informations- und Wissensdrehscheibe in Form eines Telefonservice für Patient*innen und deren Zu- und Angehörige, sowie für das professionelle Netzwerk, Beratung und Information unter 15 min, Weiterverweis an andere Stellen
Öffentlichkeitsarbeit	Werbung, Social Media Marketing, Öffentliche Auftritte und Vorstellungen des Projektes nach Außen, Artikel in Fach- und Gemeindezeitschriften
Interne Fort- und Weiterbildung	Schulung und Weiterbildung für das interne Projektteam inkl. Einschulung und Begleitung von Praktikant*innen und Teilnahme an verpflichtenden Bundesveranstaltungen
Projektadministration	Projektdokumentation und Abrechnung, sowie Vorgaben der GÖG inkl. Projektevaluierungen
Produktentwicklung Software	Entwicklung einer individuellen Gesundheits- und Pflegedokumentationssoftware in Kooperation mit der Firma Carenamics für die Erstellung von verschiedenen Assessments; digitale Patient*innenbegleitung, Planung- und Prozesstools für unterschiedliche Arbeiten im CN-Projekt (Individualebene, Systemebene), Statistisches Arbeiten, Digitale Patient*innen- und Angehörigenedukation, grundlegende digitale Patient*innendokumentation

Tabelle 3: Tätigkeitsfelder der CN-J (vgl. Gressl 2024a:3ff)

Die Verteilung der Projektstunden auf die verschiedenen in Tabelle 3 näher beschriebenen Tätigkeitsfelder und beispielhaft angeführten Aufgaben werden in der folgenden Abbildung übersichtlich dargestellt. Anhand der Abbildung wird ersichtlich, dass über 35 % der insgesamt 5.255 Projektstunden, die im Zeitraum 01.01.2022 bis 31.12.2023 geleistet wurden, auf der Individualebene erbracht wurden (vgl. Gressl 2024b).

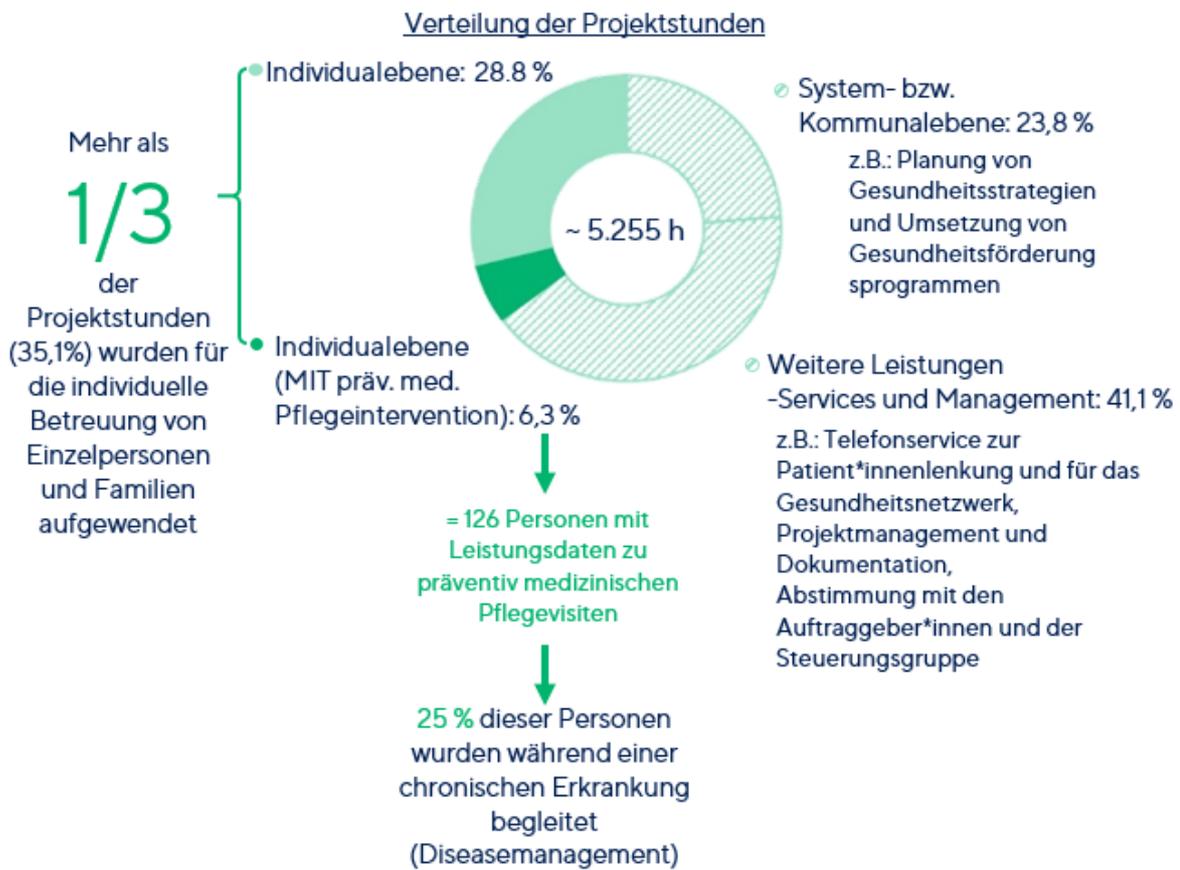


Abbildung 4: Verteilung der Projektstunden CN-J (Vgl. Gressl 2024b, Darstellung ÖGK)

3.4 Evaluierungsgegenstand

Der Evaluierungsfokus liegt auf der Untersuchung der Hausbesuche für Einzelpersonen oder Familien mit präventiv-medizinischen Interventionen (als ausgewählter Leistungsbereich der CN-J) nach ärztlicher Delegation durch die ansässigen Allgemeinmediziner*innen. Dabei agieren die Community Nurses aus Judenburg (CN-J) in ihrer Berufskompetenz präventiv-medizinisch in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und begleiten ihre Patient*innen nach einer Krankenhausentlassung, bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung im Krankheits- und Symptomanagement oder ganz individuell durch bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische Betreuungsleistungen.

Wenn in den folgenden Ausführungen von präventiv-medizinischen Pflegevisiten (PMPV) gesprochen wird, dann sind hier die Pflegevisiten mit medizinisch-pflegerischen Interventionen laut §15 GuKG (Erst- und Folgepflegevisiten) zur medizinischen Überwachung bzw. Begleitung gemeint, wobei die Clusterung der Leistungen retrospektiv getroffen wurde.

Das Ziel dieses Berichtes war die Erstellung einer deskriptiven Grundlagenarbeit, bei der die Wirkungen auf Ebene der beteiligten Allgemeinmediziner*innen, der betreuten Patient*innen sowie der durchführenden diplomierten Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege untersucht werden. Dies erfolgte einerseits durch eine explorative

qualitative Analyse in Form von Interviews, andererseits durch eine Analyse ausgewählter Leistungsdaten der Projektdokumentation.

4 Qualitativer Teil

Als erster Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews dargestellt und die Sichtweise sowohl der Patient*innen und der Community Nurses als auch der Allgemeinmediziner*innen dargestellt. Es handelt sich um eine Vollerhebung im Bereich der Community Nurses und der Allgemeinmediziner*innen. Die Interviews wurden im Zeitraum von September bis Dezember 2023 durchgeführt.

4.1 Zielgruppe der Befragten bzw. Überblick über Fälle und Fallauswahl

Hilfe für Menschen und deren Wirkung auf den Alltag, deren subjektive Biografien und Lebenswelt kann durch Kennzahlen allein nicht erfasst werden. Um ein umfassenderes Bild der Auswirkung zu bekommen, wurden daher qualitative Interviews durchgeführt. Dazu wurden die Dienste leistenden CN-J, ein Teil der hausärztlichen Versorgungspartner*innen und insbesondere auch die Empfänger*innen der Dienstleistung, die Patient*innen, sowie eine im selben Haushalt lebende pflegende Angehörige befragt.

Alle Interviews wurden zwischen September und Dezember 2024 vor Ort in Judenburg durchgeführt, das Interview mit einer ehemaligen CN-J wurde aufenthaltsbedingt online vorgenommen. Von allen Beteiligten wurden vor den Interviews eine entsprechende Zustimmung eingeholt, die Anonymisierung erklärt und die Löschung der Tonfiles nach Projektende zugesichert.

4.2 Interviewführung und qualitative Analyse

Zur Erhebung der Daten wurden mehrere unterschiedliche Verfahren angewendet. Um die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, CN-J und das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten zu erheben, wurden je vier leitfadengestützte Interviews geführt. Der Interviewleitfaden wurde mit dem gesamten Forschungsteam abgestimmt, in einem ersten Interview mit einer Ärztin getestet und deckt die unterschiedlichen Dimensionen der Betreuung und Zusammenarbeit ab. Die Auswahl der Patient*innen erfolgte zweiteilig: Das Team wurde gebeten einen „Best case“ Fall auszuwählen, die anderen Fälle wurden aus einer anonymisierten Liste zufällig ausgewählt, in der Folge überprüft, ob die Patient*innen noch am Leben und „interviewfähig“ sind und danach durch die CN-J vorab um ihr Einverständnis gebeten.

Die Auswertung der leitfadengestützten Interviews erfolgte in Anlehnung an die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2016). Diese Analyseverfahren berücksichtigt nicht nur die Fallebene, sondern ermöglicht eine tiefgreifende und vielschichtige Untersuchung des Datenmaterials, die über eine oberflächliche, gegebenenfalls rein intuitive Betrachtung hinausgeht.

Im ersten Schritt erfolgte eine initiiierende Textarbeit, die eine erste Sichtung der Interviews, das Markieren wichtiger Textstellen und die Verschriftlichung von Memos und

Gedankengängen umfasst. Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk auf feine Nuancen, Mehrdeutigkeiten oder Widersprüche gelegt. Dies ermöglicht eine differenzierte Betrachtung.

Im zweiten Schritt wurden alle nicht inhaltstragenden Textteile gestrichen und der relevante Inhalt paraphrasiert und auf wesentliche Passagen gekürzt (vgl. Kuckartz 2016:74ff).

Die Inhalte wurden einerseits nach Personengruppen (=Ärzt*innen, Community Nurses, Patient*innen) und andererseits themenorientiert anhand der leitfadengestützten Interviews kategorisiert und im Anschluss codiert.

Der Codierprozess war deduktiv als auch induktiv angelegt. Dabei wurden sowohl Vorannahmen und Theorien als auch neue Erkenntnisse, die sich aus dem Material ergaben, berücksichtigt (vgl. Kohlbrunn / Scheytt 2021:1–2). Im dritten Schritt wurden die jeweiligen Hauptkategorien zusammengefasst, wieder codiert und daraus induktiv neue Subkategorien entwickelt. Im vierten Schritt wurden die Haupt- und Subkategorien der einzelnen Personengruppen zusammengeführt und erneut analysiert. Im Anschluss erfolgte die Verschriftlichung der Auswertung (vgl. Kuckartz 2016:90ff).

4.3 Ergebnisteil

Die Auswertung der Interviews zeigt die Sichtweisen der drei interviewten Gruppen auf die Thematik der Community Nurses in Judenburg auf. Als Teil der integrierten Gesundheitsversorgung spielen die Community Nurses in Judenburg eine wichtige Rolle in der wohnortnahen Versorgung der Patient*innen, unterstützen die Allgemeinmediziner*innen in ihrer Arbeit und werden von den betroffenen Patient*innen als wichtige Ressource betrachtet.

4.3.1 Community Nurses Judenburg – ein Teil des Gemeinwesens?

Der englische Begriff „Community“ ist mit dem deutschen Verwaltungsbegriff der „Gemeinde“ nur teilweise ident. Der Begriff des „Gemeinwesens“ als sozialer Raum des Zusammenlebens unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen einschließlich der Ausgestaltung sozialer Prozesse beschreibt den Begriff treffender. Community Nurses gestalten wesentliche formelle und informelle Hilfeprozesse mit, insofern ist ein Bezug zur Gemeinde bzw. der Region, ein Grundverständnis wie das lokale Gemeinwesen „tickt“ essentiell. Die CN-J haben durchgehend ein Verständnis für die Region, einige sind auch biografisch eng und langjährig mit Judenburg verbunden, kennen Bewohner*innen und Interessens- und Kooperationspartner*innen. Das erleichtert Vernetzung und Kontaktaufnahmen in den meisten Fällen und verkürzt den oft langwierigen Kontakt- und Netzwerkaufbau.

4.3.2 Motivation der Community Nurses

Die CN-J sind freiberuflich tätig. Damit gehen auch flexible Arbeitszeiten einher, die teamintern abgestimmt werden. Die Flexibilität und die persönliche Gestaltung der Arbeitstage schätzen die Community Nurses sehr: „Weil wir einfach auch in dieser kleinen Team-Konstruktion einfach relativ geschwind uns das einteilen können, [...] wir haben auch einen

Gestaltungsspielraum“ (CN1:516-520). Neben diesen flexiblen Möglichkeiten motiviert die Community Nurses auch die positive Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen in der Umgebung: „[...] also das ist wirklich eine direkte, gute Zusammenarbeit.“ (CN3:433-434)

Die Nurses berichten in den Interviews auch von einer vielfältigen Zielgruppe mit unterschiedlichen Erkrankungen, eingebettet in diverse Lebenssituationen und Wohnverhältnisse. Das und die daraus hervorgehende Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartner*innen wird als spannend und motivierend seitens der Community Nurses erlebt: „Das nähere Umfeld nimmt man viel mehr wahr als im Krankenhaus, [...] das ist auch, [...] warum ich da mitmachen wollte [...] [und dass man] [...] mit sehr, sehr vielen Berufsgruppen zusammenarbeitet und das hab ich eben sehr spannend gefunden.“ (CN4:111-119) Dadurch ist auch breites Wissen erforderlich, eine der Nurses beschreibt hier einen deutlichen Wissenszuwachs aufgrund der Auseinandersetzung mit vielen unterschiedlichen Teilbereichen und Situationen.

Das Feedback der Patient*innen ist ein weiterer motivierender Faktor für die Arbeit als Community Nurse in der Gemeinde Judenburg. Es werden positive Rückmeldungen der Patient*innen geschildert, die den Nurses das Gefühl vermitteln, „etwas richtig zu machen“ und dass das Ziel einer längeren adäquaten und häuslichen Versorgung erreicht werden kann, wird ebenfalls als Motivator beschrieben. Schlussendlich scheint auch das Gefühl, etwas Positives im Gesundheitswesen bewirken zu können, ein motivierender Faktor für die berufliche Tätigkeit als Community Nurse zu sein: „Das ist einfach schön und man denkt: gut, passt. Dann leiste ich da einmal wirklich einen guten Beitrag und hoffentlich entwickelt sich es dann irgendwann in die richtige Richtung.“ (CN2:1135-1137).

4.3.3 Aufgaben der Community Nurses

Die Aufgabenbereiche der Community Nurses sind breit gefächert und umfassend in den Vorkapiteln dargelegt. Es werden sowohl medizinisch delegierte, pflegerische als auch psychosoziale und präventive Aufgaben wahrgenommen. Dabei haben die CN-J das Ziel, eine Hospitalisierung so lange wie möglich zu vermeiden und die Menschen zuhause bestmöglich zu versorgen. Dieses Ziel erreichen die Nurses auch in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und anderen professionellen Helfer*innen und in Einzelfällen auch mit informellen Hilfesystemen durch persönliche lokale Ressourcenkenntnis.

Die Interviews zeigen eine Differenz in der Wahrnehmung der Aufgabenvielfalt und die Interventionen betreffend. So sehen die Ärzt*innen einen eher kleinen Tätigkeitsbereich der Community Nurses, da sie ja auch meist in speziellen Punkten und mit konkreten Aufgaben an sie verweisen. Die CN-J selbst und die Patient*innen sehen den Aufgabenbereich umfangreicher.

4.3.3.1 Interventionen der Community Nurses aus ärztlicher Sicht

Die Ärzt*innen schätzen grundsätzlich die Tätigkeit der Community Nurses im Rahmen der Hausbesuche, nur eine interviewte Person ist der Ansicht, dass Visiten dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind.

Allgemein wird ärztlicherseits angemerkt, dass CN-J mehr Kapazitäten für engmaschige Hausbesuche haben, als das bei den Hausärzt*innen der Fall sei. Vor allem Menschen mit Mobilitätseinschränkungen können so auch besser versorgt werden, wenn die CN-J die Betreuung übernehmen. Auch deren raschere Verfügbarkeit und Flexibilität wird hervorgehoben und als hilfreich benannt: „Und da sind Sie dann echt oft innerhalb von einem Tag [...] da und kümmern sich. Und diese, diese schnelle Verfügbarkeit ist ein Wahnsinn.“ (Ä3:173-174)

Als Hauptaufgabenbereich der CN-J wird seitens der Mediziner*innen der Wechsel von Blasenverweilkathetern genannt, der die Hausärzt*innen entlastet. Die Mehrheit beschreibt den Aufgabenbereich der Nurses sehr grob, ohne Detailunterscheidungen zu treffen:

- Verbandswechsel und Wundkontrolle
- Monitoring von Medikationen und Anpassungen nach ärztlicher Anordnung
- Infusionsgabe
- Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen
- Blutabnahmen
- Körperliche Untersuchungen und Verlaufskontrollen (z.B. bei Ödemen)
- Unterstützung der Angehörigen

Häufig beschrieben werden auch „sozialarbeiterische Tätigkeiten“, gemeint sind hier z.B. Wiedereingliederungsmaßnahmen für Menschen ohne Arbeit, Organisation der weiteren Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt etc.: „Ansonsten sind halt auch noch so Geschichten wie sie machen, glaube ich auch diese ähm, Pflegegeldanträge. [...] [Wenn] der Gutachter kommt, dann sind sie vor Ort und so die Sachen.“ (Ä1:293-297). Eine Ärztin beschreibt auch den Vorteil der niederschweligen Arbeit der CN-J: „Da bekommen die noch mehr mit als ich, weil es vielleicht noch ein bisschen niederschweliger ist [...]“.

Community Nurses werden allgemein als Ergänzung zur mobilen Pflege gesehen, die diese bei Bedarf entlasten können. Insgesamt scheint das breite Tätigkeitsfeld der Community Nurses den Ärzt*innen nicht vollständig bekannt zu sein bzw. werden nur punktuell Patient*innen für die „breiteren“ Aufgabenfelder an die CN-J verwiesen.

Seitens der Ärzt*innen werden auch Nicht-Aufgaben der CN-J beschrieben. So wird erwähnt, dass beispielsweise das Nähen von Wunden oder die Übernahme langfristiger Pflege (ähnlich der mobilen Pflegedienste) nicht zu den Aufgaben der Community Nurses zählen.

4.3.3.2 Aufgabenfelder und Interventionen der Community Nurses aus eigener Sicht

Die Aufgabenfelder der CN-J sind im Projektantrag und auf der Webpage beschrieben.

„Unter professioneller Pflege verstehen wir die Versorgung und Betreuung von gesunden oder kranken Menschen, jeden Alters, in allen Lebenssituationen [sic!] oder familiären Umständen. Pflege bedeutet, die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern sowie die Betreuung von kranken oder pflegebedürftigen Personen. Dazu zählen die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, die Förderung einer sicheren Umgebung,

die Forschung, das Mitwirken in der Gesundheitspolitik und das Management im Gesundheitswesen sowie in der Bildung.“ (Gressl o.A.)

Weiters wird auf der Homepage beschrieben, dass auch die Lebensgeschichte, die persönlichen Lebensgewohnheiten und das soziale Umfeld in die Pflege einbezogen werden. Die CN-J streben die Vernetzung von altem und neuem Wissen an und haben es sich zum Ziel gesetzt, ganzheitlich und innovativ zu arbeiten (vgl. ebd.).

Um auch eine persönlichere Beschreibung der gegebenenfalls subjektiven Schwerpunkte zu bekommen, wurden diese auch in den Interviews im Gesprächsverlauf erhoben. Die Interviews zeigten, dass die Tätigkeiten der Community Nurses in der qualitativen Selbstbeschreibung sich in unterschiedliche Bereiche aufteilen.

Die Community Nurses übernehmen **medizinische Aufgaben**. Die angeführten medizinischen Aufgaben ähneln denen, die auch von den Ärzten und Ärztinnen beschrieben wurden und werden z.B. ergänzt um:

- Vitalzeichenkontrolle,
- Blutgerinnung- und Entzündungsparameter (INR- und CRP-Kontrollen etc.)
- Harnstreifentests und
- Dringlichkeitseinschätzungen bei akuten Erkrankungen und fraglichen Hospitalisierungen.

Die CN-J arbeiten in der Selbstbeschreibung aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen entweder eigenverantwortlich oder es werden die Maßnahmen ärztlich verordnet.

Einen wichtigen Teil der Arbeit nehmen die **pflegerischen Aufgaben** ein. Neben Wund- und Verbandskontrollen führen die CN-J an, vor allem bei der Unterstützung zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit oder des Erhalts des aktuellen Status z.B. im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen. Weiters werden weitergehende Unterstützungsmöglichkeiten organisiert (z.B. Physiotherapie), physische Barrieren im Haushalt aufgezeigt, bei der Organisation von Hilfsmitteln unterstützt sowie bei Bedarf eine 24-h-Betreuung eingeschult bzw. deren Pflegedelegation erstellt. Die Optimierung der pflegerischen Situation sowie die Edukation der Angehörigen sind ebenfalls Teil des Aufgabenbereiches der CN-J.

Medizinische und pflegerische Tätigkeiten stellen nur einen Teil der Unterstützung durch die CN-J dar. Immer wieder muss das Fehlen bzw. die einigermaßen nicht zeitnahe Zugänglichkeit anderer Berufsgruppen (Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie etc.) kompensiert und deren **psychosoziale Aufgaben** übernommen werden. So werden Entlastungsgespräch mit Angehörigen geführt, soziale Ressourcen erhoben und gestärkt und in Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartner*innen z.B. auch Personen aus Haushalten mit Vermüllungssyndrom oder anderen prekären Wohnverhältnissen betreut. Außerdem werden die Patient*innen beim **Antragswesen** unterstützt, beispielsweise bei Pflegegeldanträgen oder Gebührenbefreiungen. Aufgrund der fehlenden Ressourcen fühlen sich die Community Nurses vor allem bei komplexen Problemlagen alleine gelassen, und vom Rest des Sozial- und Gesundheitswesens nicht ausreichend unterstützt: „Dadurch dass es keine Sozialarbeiter gibt, sind wir [...] die Ansprechpersonen“ (CN3:1913-1914), „Nett für das Mail, aber das geht

uns nichts an. [...] Dann sage ich: [...] Wo kann ich mich bitte hinwenden? Weil wer ist jetzt zuständig?“ (CN2:724-725;730-731) Hier zeigt sich im Unterschied zur behördlichen Jugendwohlfahrt das Fehlen einer systematischen Erwachsenensozialarbeit auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden; als Verweisungsmöglichkeiten stehen gegebenenfalls private Wohlfahrtsträger oder Personen aus dem Gemeinderat zur Verfügung, strukturierte bzw. standardisierte Vorgehensweise gibt es nicht.

Durch die Arbeit der Community Nurses soll insgesamt mehr an **Behandlungskontinuität sichergestellt** werden, einerseits durch die enge Zusammenarbeit mit dem hausärztlichen System, andererseits durch die Kooperation mit mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten. Ziel ist nicht eine langfristige pflegerische Betreuung der Patient*innen zu übernehmen, sondern eine vorübergehende rasche Versorgung, Zuweisung zu und gegebenenfalls die kurzfristige und vorübergehende Kompensation des Ausfalles der mobilen Dienste.

Die CN-J haben den Eindruck, durch ihr Angebot und ihre Arbeitsweise den Patient*innen ausreichend Zeit für ihre Anliegen und Problemlagen bieten zu können, um die **Lebenswelt der Betroffenen verstehen** zu können. Durch das Betreten des unmittelbaren Lebensraumes der Patient*innen sowie den direkten Kontakt mit An- und Zugehörigen ist eine punktgenaue und individuelle Unterstützung möglich, die nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale Bedürfnisse und organisatorische Anliegen erfassen und beachten kann.

Durch **Präventionsarbeit** in Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen und Firmen soll auch die Gesundheit der Menschen in Judenburg allgemein gefördert und Erkrankungen vorgebeugt werden. Das erfolgt beispielsweise im Rahmen von Gesundheitsstraßen, bei denen die Bevölkerung Angebote wie z.B. Blutdruckmessen in Anspruch nehmen kann. Dieser Teil der Arbeit nimmt weniger Zeit als die direkte Arbeit mit den Patient*innen ein, wird von den CN-J aber als ebenso wichtiger Teil der Aufgabe beschrieben und ist Teil des professionellen Selbstverständnisses.

Eine durchgehend einheitliche „exakte“ Fachterminologie wird, wie in vielen Bereichen der Medizin und Pflege, nicht verwendet. Vorteil dieser Variante ist die Anschlussfähigkeit an die Alltagswelten der Nutzer*innen.

4.3.3.3 Aufgaben und Interventionen der CN-J aus Sicht der Patient*innen

Die Patient*innen beschrieben ebenfalls die bereits genannten Leistungen der CN-J die von der Unterstützung des hausärztlichen Personals bei ihren medizinischen Aufgaben über die pflegerischen Komponenten bis hin zur psychosozialen Unterstützung reichen. Daraus leiten die Patient*innen viele Vorteile und einen großen Mehrwert für sich ab, der im Kapitel Mehrwert aus Sicht der Patient*innen näher erläutert wird.

4.3.4 Der Gesundheitsbegriff

Die CN-J haben für ihre Tätigkeit das Modell der Salutogenese als Grundlage genommen und darauf aufbauend ein individuelles Konzept für ihre Arbeit erstellt: „[Wir] haben wir uns eigentlich mit dem Salutogenesemodell einfach so als Grundlage hergenommen und versucht, die Gesundheits- und Krankenpflege in ihren Handlungsebenen einzuteilen.“ (CN1:232-234). Während der Erstellung der Arbeitsvorgänge wurden die Tätigkeiten den unterschiedlichen

Lebensbereichen der Menschen zugeteilt, um „einen roten Faden“ (CN1:254) zu erhalten. Diese unterteilten Bereiche finden sich auch in der Dokumentation und Auswertung der Daten der Patient*innen

In den Interviews mit CN-J und Ärzt*innen werden initial nicht konkret theoriebezogene Definitionen von Gesundheit an sich genannt, es zeigt sich aber, dass...

- Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheiten oder Schmerzen verstanden wird.
- Gesundheit auch psychische, soziale und spirituelle Komponenten mit einbezieht.
- Gesundheit eine sehr individuelle Komponente hat, die nur die Person, die es betrifft, für sich selbst beantworten kann.
- Gesundheit auch von externen Umwelteinflüssen bestimmt werden kann.
- ein gemeinsamer übergreifender Gesundheitsbegriff der beiden Professionen, vielleicht auch in Anlehnung an einen Leitbegriff in Kontext von Judenburg und der Bewohnerinnen und Bewohner nicht eindeutig abrufbar ist.
- sich der (bzw. dieser) Gesundheitsbegriff ändern und anpassen kann und muss.

Der Begriff der Gesundheit ist nicht nur abhängig von der Person selbst, sondern auch von den Gegebenheiten, in denen sich diese Menschen befinden (vgl. CN3:336-345).

Die CN-J arbeiten wie erwähnt – vor allem durch die Hausbesuche – nahe an der Lebenswelt der Menschen und in deren höchstpersönlichem Lebensbereich. Aus diesem Grund können sie die pflegerischen und medizinischen Komponenten nicht primär aus einem Büro oder einer Praxis heraus adressieren, sondern durch die Arbeit vor Ort auch die anderen Lebensbereiche unmittelbar kennenlernen und bei Bedarf mit den Patient*innen auch unmittelbar vor Ort (be-)arbeiten. So wird unter anderem genannt, dass auch das familiäre Umfeld gesund sein und auf die eigenen Bedürfnisse achten muss, um gesund zu bleiben und adäquat unterstützen zu können (vgl. z.B. CN3:251-258;270-279). Die CN-J versuchen daher, auch das Umfeld zu unterstützen und zu entlasten (Interventionen für pflegende An- und Zugehörige).

Die CN-J arbeiten vorwiegend mit Menschen über 75 Jahren. Altersbedingt und auch durch die konkreten in dieser Lebensphase auftretenden Erkrankungen geht es oft nicht um „Gesundwerden“ im engsten Sinn. Es erfordert die Anpassung des eigenen Gesundheitsbegriffes an die aktuelle Situation: „... dass ich sage okay, was kann ich machen, um das zumindest so zu kompensieren, dass ich sage: Okay, gut, man kann vielleicht nicht mehr so mobil sein frei zu gehen, aber man kann mit einem Rollmobil durch die Wohnung gehen.“ (CN3:223-226).

4.3.5 Abstimmung, Kommunikation und Kooperation zwischen CN-J und Ärzt*innen

Die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Ärzt*innen und den CN-J gestaltet sich vielfältig und ist auch abhängig vom Portfolio der konkreten medizinischen Kolleg*innen und deren Rollenverständnis.

Drei von vier interviewten Ärztinnen arbeiten regelmäßig mit den CN-J zusammen und nutzen häufig Telefon oder Nachrichtendienste zur raschen und unmittelbaren Kommunikation. Dies

wird von beiden Seiten als unkompliziert erlebt: „Wir rufen dann an und machen halt was aus, falls wir was brauchen. Das [...]haut auch immer wunderbar hin.“ (Ä4:65-66) Dieser Austausch erfolgt meist anlass- und patient*innenbezogen: „Also prinzipiell ist es so, dass wir immer nach jedem Besuch von der Community Nurse Rückmeldung bekommen. Sie rufen mich an und wir besprechen es jedes Mal.“ (Ä1:168-169) Ärztliche Anweisungen werden jedoch üblicherweise schriftlich erteilt und von den CN-J auch wegen der kurzen Wegstrecken in der „Nachbarschaft“ in Papierform aus der Arztpraxis abgeholt.

Je nach medizinischer Partner*in finden auch „face to face“ Gespräche in unterschiedlicher Frequenz und Tiefe statt, allerdings keine gemeinsamen Visiten. Die CN-J kommen hierzu in die Arztpraxen. Dieser persönliche Austausch wird auch von beiden Seiten als effektiver bezeichnet als der telefonische. Drei der Ärztinnen berichten, dass sie die Zusammenarbeit deshalb als so unkompliziert erleben, weil der Austausch auf persönlicher Ebene erfolgt und „es ist einfach was anderes, wenn man jemanden kennt. Das ist leichter.“ (Ä4:69-70)

Eine Ärztin hat mittlerweile auch eine systematische gemeinsame Besprechung mit den CN-J etabliert, an denen auch Patient*innen teilnehmen. Eine andere Ärztin plant den CN-J einmal wöchentlich einen Raum zur Verfügung zu stellen, an dem diese eine offene Sprechstunde abhalten können oder ein Austausch erfolgen kann. Darüber hinaus laden die CN-J halbjährlich alle sechs Ärzt*innen der Region zu einem gemeinsamen Gespräch ein, allerdings nehmen in der Regel daran nur jene drei Ärzt*innen teil, mit denen ohnehin bereits eine enge Zusammenarbeit besteht.

4.3.6 Mehrwert aus Sicht der Patient*innen

Ein zentraler Aspekt aus der Perspektive der Patient*innen ist die zügige und unkomplizierte Erreichbarkeit der CN-J. Eine Patientin betont: „Auf die kann ich mich verlassen. Den [x] kann ich immer anrufen. Zu jeder Zeit, ist wurscht.“ (P4:327-328) und: „Weil sie flexibler sind als wie die Hauskrankenpflege. Flexibler in der Zeit.“ (P1:308-309)

Die CN-J bieten ihre Dienste nach Vereinbarung gegebenenfalls auch abends oder am Wochenende an und decken somit Randzeiten ab, zu denen in der Regel keine hausärztliche Versorgung gewährleistet ist. Neben der zeitlichen Flexibilität ist auch die Tatsache bedeutsam, dass sich die CN-J ausreichend Zeit für ihre Patient*innen nehmen bzw. nehmen können: „Da haben wir uns so ein bisschen über das Leben unterhalten. Ich habe das Gefühl gehabt, er hat auch Zeit. Ja, und das ist das Kostbarste, dass nicht alles auf die Uhr schaut.“ (P1:153-155)

In den Interviews wird deutlich, dass die CN-J sich durch ihre Freundlichkeit, Verlässlichkeit, Kompetenz, Nahbarkeit und Niederschwelligkeit auszeichnen und die Patient*innen das Gefühl haben, dass diese mehr für sie tun, als es zum Beispiel die Hauskrankenpflege durch enge Vertaktung tun kann. Im Unterschied zu Hausärzt*innen nehmen die CN-J auch direkt nach einer Intervention Kontakt zu den Patient*innen auf, um nach ihrem Befinden zu fragen und zu ermitteln, ob sie weiterhin Unterstützung benötigen. Das ist einerseits ein mitmenschliches Zeichen, ein Zeichen von Interesse aber auch eine Evaluationsmöglichkeit der Maßnahmen und auch schon eine Präventionsintervention zur Lenkung der Patient*innen in künftige weitere, andere Pfade oder zurück in eine (teilweise) Selbstständigkeit.

Der Aspekt der Scham bei Hausbesuchen scheint bei CN-J im Unterschied zu Ärzt*innen reduziert zu sein. Es besteht weniger erlebte Distanz zwischen den jeweiligen Welten. „Angehörige schämen sich vorm Arzt oft, wenn es bei anderen Angehörigen so aussieht“ (Ä3:392-396). Das Vertrauensverhältnis über die medizinischen Belange hinaus scheint aus ärztlicher Sicht bei den CN-J durch die enge Betreuung im häuslichen Umfeld einfacher zustande zu kommen.

Besonders schätzen immobile Patient*innen Hausbesuche durch CN-J: „Dass sie herkommen, dass ich nicht mit Krankentransport überall hinfahren muss.“ (P4:371-372) Außerdem, dass sie keine Zeit in Wartezimmern verbringen müssen, in denen sie sich gegebenenfalls mit Corona oder anderen Erkrankungen anstecken. (ebd.) Durch die Hausbesuche erlangen die CN-J einen breiteren Blick auf die Patient*innen und können sich mit dem sozialen Netzwerk beschäftigen, vor Ort einbinden, erklären, beruhigen. Der Ansatz liegt hier nicht nur in der bloßen Symptombehandlung, sondern im umfangreichen auch optischen und sozialen Assessment der Situation ist auch eine Ursachenforschung möglich. Problemlösungen können vor Ort auf Umsetzbarkeit überprüft werden, Anpassungen an die Realität helfen die Situation nachhaltiger anzugehen. Konzepte wie „Hilfe zur Selbsthilfe“, Patient*innenedukation, Prävention und Schulung der Angehörigen können daher vor Ort besser angepasst werden.

4.3.7 Erhöhter Versorgungsbedarf in der Region

Folgende Personengruppen weisen einen erhöhten Versorgungsbedarf auf:

Chronisch erkrankte und multimorbide Menschen

Dazu gehören Menschen mit Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder chronischen Wunden sowie Patient*innen mit mehreren gleichzeitigen Gesundheitsproblemen. Diese Gruppe erfordert regelmäßige Hausbesuche, enge Abstimmung mit Hausärzt*innen eine umfassende Aufklärung über ihre Krankheitsbilder. Oft müssen Angehörige oder andere Dienstleister*innen zusätzlich miteinbezogen werden.

Patient*innen nach einem Klinikaufenthalt

Menschen nach Entlassung aus dem Krankenhaus, die nicht vollständig rehabilitiert sind und/oder einen erhöhten Pflegebedarf haben, benötigen zusätzliche Unterstützung. Eine Ärztin beschreibt: „also wo es extrem fehlt, finde ich, ist diese Zwischenstation zwischen [...] Leuten, die aus dem Spital kommen und vielleicht dann noch eben zu Hause sind, aber halt nicht gesund aus dem Spital kommen, den erhöhten Pflegebedarf haben.“ (Ä1:80-83)

Das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser funktioniert nicht immer reibungslos, bzw. werden scheinbar „einfache“ Fälle an diesem vorbei in komplexe oder unorganisierte Betreuungssituationen zurückgebracht. Drehtüreffekte durch noch nicht bereite oder überforderte Angehörige werden ausgelöst. Diese und andere z.B. akuten hohe Pflegebedarfe können die Community Nurses nur im Ausnahmefall abdecken. Dafür gibt es einerseits keine Kapazitäten, der Projektrahmen würde dann ausgedehnt, gegebenenfalls Nachfrageeffekte

erzeugt. Aufgrund fehlender Alternativen müssen diese Interventionen im Sinne der Menschen und Lösungsorientierung aber zunehmend getätigt werden.

Hochaltrige Menschen

Aus der qualitativen Erhebung ergibt sich die Einschätzung, dass CN-J vermehrt Patient*innen ab 75 Jahren betreuen, die erhobenen Stammdaten der Patient*innen belegen diese Aussage.

Sozial isolierte Menschen

Die interviewten Community Nurses haben den Eindruck, dass „viele Menschen“ (ein Ausdruck, der nicht genauer definiert werden konnte) in Judenburg aus verschiedenen Gründen „einsam“ leben. Selten wirklich freiwillig, meist unfreiwillig, sozial isoliert, aufgrund von Immobilität, Stockwerken ohne Lift als Barriere, oder anderen Faktoren wie, insbesondere Hochaltrigkeit, Arbeitslosigkeit, psychischer Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankungen.

Manche dieser Personen sind auf Krankentransporte oder Hausbesuche angewiesen, um medizinisch versorgt zu werden. Eine Ärztin berichtet: „Da gibt es so Wohnblöcke, die haben bis zum fünften Stock keinen Lift, gell? Und der wohnt oben im fünften Stock und ist seit drei Jahren nicht mehr aus der Wohnung rausgekommen.“ (Ä1:260-262) Ist die Bürger*in im engeren medizinischen Sinn gesund, so erfolgt ein Verbleib in der Wohnung ohne je nach außen zu anderen Menschen in eine natürliche Form der Begegnung zu kommen.

Menschen mit schwierigem Zugang zu Sozial- oder Gesundheitsdienstleistern

In Judenburg und in der Region gibt es Menschen, die keine Hausärzt*in haben und an keine Sozial- oder Gesundheitsdienstleister*innen angebunden sind, obwohl ihr Gesundheitszustand schlecht ist. Eine CN-J berichtet: „die haben da auch nicht wirklich den Willen oder sage ich jetzt das Bedürfnis oder den Hintergrund- den sozialen Hintergrund, den Bildungshintergrund, dass sie jetzt auf sich selber gesundheitlich achtgeben.“ (CN4:366-368) Weiter berichtet sie: „dann rufen sie vielleicht, wenn es ist beim Hausarzt an, dann kommen sie aber nicht gleich durch und dann geben sie es gleich wieder auf. Also die brauchen jemanden, der sie an der Hand nimmt, der sie führt und die ersten Schritte mit ihnen durchgeht.“ (CN4:380-383) Eine Ärztin weist darauf hin, dass insbesondere geflüchtete Menschen davon betroffen sind: „Wir haben einen Zuzug aus anderen Ländern. Aber gerade die Leute sind oft auch nicht so versorgt oder [...] zumindest zu wenig informiert, dass sie sich ordentlich versorgen könnten.“ (Ä3:372-374)

Menschen mit sozialen Schwierigkeiten

Immer wieder wird von den interviewten Expert*innen beschrieben, dass Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme in der Region verbreitet sind. In diesem Zusammenhang wird vermehrt die mangelnde professionelle Sozialarbeit und auch das zu wenige ehrenamtliche Engagement beschrieben. Es fehlen niederschwellige Stellen, an denen Menschen mit sozialen Schwierigkeiten beraten und unterstützt werden, die auch aufsuchend und nachgehend Menschen in ihrer Lebenswelt aufsuchen. In Ermangelung von systematischer und professioneller (Erwachsenen-)Sozialarbeit werden manche dieser Fälle von den CN-J betreut und nach Vertrauensaufbau, wenn möglich an geeignete Dienstleister angebunden.

Menschen in prekären Wohnverhältnissen

An vielen Stellen werden prekäre Wohnsituationen beschrieben, die erst im Rahmen eines Hausbesuches oder im Fall der Ärzt*innen erst bei der Totenbeschau zu Tage kommen. Eine CN-J beschreibt: „Die Leute, die wirklich mit existenziellen Nöten kämpfen, also die, wo die Wohnsituation, sag ich mal, für den normalen Bürger mehr oder weniger jetzt etwas fragwürdig ist. Also vor allem Messis gibt es immer wieder.“ (CN3:1897-1899) Auch für diese Menschen gibt es zu wenig geeignete Unterstützung in der Region, insbesondere auch in einem weiteren Umfeld keine spezialisierten Ressourcen.

Psychisch Erkrankte, Abhängigkeitserkrankte und dementiell veränderte Menschen wurden während der Interviews bei den entsprechenden Fragen meist nicht explizit als Teil der Gruppe mit erhöhtem Versorgungsbedarf erwähnt. Erst im Verlauf von Falldiskussionen wurden diese Populationen erwähnt, oft im Zusammenhang mit dem Aspekt, dass es auch für diese nur wenige Angebote in der Region gibt.

4.3.8 CN-J und Verbleib der Patient*innen im eigenen Zuhause

Positiver Einfluss auf den Verbleib zu Hause

Grundsätzlich sprechen sich alle interviewten Personengruppen dafür aus, dass der Einsatz der CN-J eine Hospitalisierung oder Heimunterbringung hinauszögert oder sogar verhindert.

In zahlreichen Fällen wurde sogar berichtet, dass vorherige Krankenhausaufenthalte nicht zielführend waren, sondern erst durch die Zusammenarbeit mit der CN-J und der Hausärzt*in eine korrekte Einschätzung/Diagnosestellung und eine erfolgreiche Behandlung erreicht werden konnte. Dies lässt sich möglicherweise auf die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung des Gesundheitszustands der Patient*innen durch die CN-J und Hausärzt*innen zurückführen, die nicht nur die offensichtlichen Leitsymptome in den Blick nehmen.

Ein besonderer Fall ist eine Patientin, die bereits in einem Pflegeheim untergebracht war. Durch den Gesundheitszustand der zweiten anwesenden Person im Zimmer fühlte sich diese Patientin so belastet, dass ein telefonischer Hilferuf zur CN-J, zu der es bereits einen Vorkontakt gab, erfolgte. Die häuslichen Arrangements wurden neu verhandelt und organisiert, die Patientin zog erfolgreich zurück in ihre Wohnumgebung und lebt seither mit entsprechender Unterstützung alleine. Sie freut sich über die wiedergewonnene Lebensqualität, Autonomie und auch über die geringeren Kosten. Sie ist sich sicher, dass CN-J ihr mit dieser Planungshilfe das Leben gerettet hat (P1:zahlreiche Stellen).

Vermehrte Behandlung im häuslichen Rahmen

Darüber hinaus führt die Arbeit der CN-J nicht nur zu einer Verringerung der Krankentransporte zu Ambulanzen ins Krankenhaus, sondern auch zu einer Reduzierung von Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen wie Blutabnahmen, Katheterwechseln oder Infusionen bei immobilen Patient*innen. Durch die Behandlung im häuslichen Rahmen werden nicht nur personelle Ressourcen in Krankenhäusern, Arztpraxen und im Rettungsdienst geschont, sondern auch Stress bei den

Patient*innen und ihren Angehörigen vermieden. Insbesondere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, chronischen Schmerzen und Immobilität profitieren davon.

Eine CN-J beschreibt die Situation: „einen alten Menschen mit Demenz ins Krankenhaus zu schicken wegen einer Exsikkose, dann mache ich das, wenn es nur um 1-2 Infusionen geht, was nur eine Stunde dauert und fertig.“ (CN4:1662-1669)

Eine Angehörige berichtet über ihre Mutter, die ihre Wohnung auf Grund von Immobilität nicht mehr verlassen kann: „Die geht mir nicht ins Krankenhaus und fährt nicht mit der Rettung mit. [...] Das [Ö-Nurse Projekt] ist eine große, große Hilfe. Ist ein Wahnsinn, was die leisten.“ (P4:230-234).

Weniger Hospitalisierung auf Grund sichergestellter pflegerischer Versorgung

In mehreren Interviews wird deutlich, dass viele Krankenhauseinweisungen aufgrund pflegerischer Probleme erfolgen. Die CN-J können dem entgegenwirken, indem sie selbst notwendige pflegerische Maßnahmen übernehmen, ambulante Pflegedienste initiieren oder Angehörige unterstützen und anleiten. Insbesondere die Schulung der Angehörigen kann eine Hospitalisierung verhindern, da viele von ihnen mit der Pflege oder mit konkreten einzelnen Maßnahmen überfordert sind. Eine Ärztin schildert: „Die [Angehörigen] wissen nicht was zu tun ist und dann wird schon angerufen die Rettung in der Hoffnung, dass sie ihn nicht wieder heimschicken den Patienten.“ (Ä3:660-662)

Um den Verbleib zu Hause zu gewährleisten, müssen in den meisten Fällen neben der CN-J auch die Hausärztin bzw. der Hausarzt sowie Angehörige oder weitere professionelle Helferinnen und Helfer miteinbezogen und die häusliche Situation angepasst werden. Häufig übernimmt die CN-J dabei die Koordination.

CN-J in der Broker Funktion

Neben der Verhinderung der Hospitalisierung erfüllen die CN-J eine wichtige Position in dem sie als „Broker“ fungieren. Sie können gegebenenfalls in Kooperation mit Ärzt*innen die Erforderlichkeit bzw. auch die Dringlichkeit einer stationären Einweisung richtig einschätzen und die Patient*innen entsprechend zielgerichtet ins Krankenhaus weiterleiten. Dabei erfolgt eine präzise Übergabe an den Rettungsdienst oder die behandelnde Station im Sinne eines Nahtstellenmanagements, auch die Versicherung nicht einfach jemanden „nur so“ zu senden, weil es Organisationsmängel vor Ort erfordern.

In einem Fall wurde die Community Nurse zu einem akuten Notfall gerufen und alarmierte den Rettungsdienst, da die Angehörigen überfordert waren und die Situation nicht richtig einschätzen konnten. Die Patientin berichtet, dass ihr dadurch das Leben gerettet wurde: „Ich würde nicht mehr leben. Ich wäre gestorben, ja, ja, ich wäre in der Nacht gestorben. Das ist erwiesen.“ (P3:144-145)

4.3.9 Mehrwert aus Sicht der niedergelassenen Ärzt*innen

Durchführung von Hausbesuchen durch CN-J

Alle befragten Ärzt*innen sind sich einig, dass die Tätigkeiten der CN-J einen erheblichen Mehrwert bieten. Insbesondere bei behandlungsintensiven Patient*innen, die aufgrund ihrer

Immobilität häufig zu Hause aufgesucht werden müssen, können die CN-J Kontinuität sichern und eine wertvolle Entlastung darstellen: „Ich kann nicht alle zwei Tage hinfahren wegen jeder Kleinigkeit. Und jetzt meldet sie sich aber ganz oft [...] beim [...]und seinem Team und die fangen da wahnsinnig viel ab.“ (Ä3:222-224) „Es ist wirklich toll, weil da muss ich nicht extra hinfahren.“ (Ä3:142) Zwei der Ärztinnen haben die CN-J daher fest in ihre Abläufe integriert: „Mittlerweile ist es so aufgebaut, dass ich sage ohne würde es schon gar nicht mehr gehen [...]. Also entlasten tun sie mich in dem Sinne, dass sie die Patienten halt wirklich regelmäßig besuchen.“ (Ä1:98-101)

Fachliche Kompetenz der CN-J

Die herausragende fachliche Kompetenz der CN-J wird immer wieder hervorgehoben: „[Die] Community Nurses [...] sind einfach extrem gut ausgebildet, [...] die geben mir Informationen, die ich brauche, womit ich arbeiten kann und das funktioniert perfekt.“ (Ä1:406-409)

Eine andere Ärztin bestätigt: „[...] gerade [...] ist wirklich sehr kompetent. [...] weiß von was er redet. Dem vertraue ich auch. Fast blind, wenn der sagt, was er sieht.“ (Ä3:530-532) Das führt dazu, dass drei der Ärztinnen mit gutem Gewissen viele ursprünglich ärztliche Aufgaben delegieren können und die weitere Behandlung auf Grundlage der von den CN-J rückgekoppelten Information planen können. Die Ärztinnen schätzen außerdem die gute und unkomplizierte Kommunikation sowie die schnelle Verfügbarkeit der CN-J.

Blasenkatheterwechsel durch CN-J

Von allen Ärztinnen wird die Entlastung durch die durchgeführten Katheterwechsel der CN-J thematisiert: „[...] weil du musst hinfahren, da musst du den Katheter wechseln, das ist ja alles Zeit, nicht? Und das hat man oft so schwer, wenn so viele Leute sind, und da ist es wirklich (...) eine große Erleichterung“ (Ä4:124-126).

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Eine Ärztin, die nur selten mit den CN-J zusammenarbeitet, weil sie laut ihrer Aussage lieber eigenständig arbeitet, sieht diese als „eine gute Ergänzung zur Hauskrankenpflege“ (Ä2:53-54) und eher als Institution für die Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen, um die Pflege zu organisieren und sicherzustellen.

Übernahme von organisatorischen und sozialrechtlichen Angelegenheiten

Die CN-J übernehmen viele organisatorische und sozialrechtliche Angelegenheiten mit denen Patient*innen früher die Hausärztin/den Hausarzt aufgesucht haben, wie zum Beispiel Fragen zum Pflegegeld, der Organisation von Krankentransporten usw. Eine Ärztin erläutert: „Das Soziale ist ein Riesenspunkt, da nehmen sie wahnsinnig viel ab.“ (Ä3:153-154)

Niedrigschwellige Anlaufstelle für Patient*innen

Die Ärztinnen fühlen sich zudem dadurch entlastet, dass es eine zusätzliche Anlaufstelle gibt: „Sie ist total glücklich, dass [sie] ein Ansprechpartner hat, also nicht nur mich“ (Ä3:226) und: „Dass sie [...] einfach für mich Sachen machen, die ich zeitlich nicht schaffe und die Patienten gut aufgehoben sind.“ (Ä1:351-353)

Die CN-J arbeiten niederschwelliger als die Ärztinnen und die Patient*innen und deren Angehörige gehen offener mit ihnen um, denn „Angehörige schämen sich vom Arzt oft“ (Ä3:394). Immer wieder wird von den Ärztinnen die hohe soziale Kompetenz der CN-J erwähnt: „Mit Herz und Seele, wirklich. Und sie sind so freundlich und so nett und ich glaub das ist ja, was jeder Patient braucht“ (Ä4:556-557). Laut den Medizinerinnen ist ein weiterer Aspekt der guten Annahme der CN-J in der Region die Tatsache, dass die Unterstützung weitgehend kostenlos erfolgt. Eine Ärztin meint, dass die Dienstleistung weniger beansprucht werden würde, wenn diese Geld kosten würde.

4.3.10 Der Stellenwert der Prävention

Der Einsatz der CN-J geht über die direkte Patient*innenbetreuung hinaus und umfasst auch präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung der Bevölkerung. Dies wird durch verschiedene Initiativen und Veranstaltungen deutlich, die von den CN-J organisiert werden und, nach einer Bedarfsanalyse, speziell auf die Stadtgemeinde Judenburg abgestimmt wurden:

- Informationsabende und Projekte zu verschiedenen Gesundheitsthemen: Ziel ist dabei Aufklärung, Sensibilisierung der Bevölkerung und das Bewusstsein zur gesundheitlichen Prävention zu stärken.
- Die Gesundheitstipps der Woche im regionalen Fernsehen: Diese werden von den CN-J erstellt und präsentiert.
- Organisation und Teilnahme an Gesundheitsmessen: Ziel ist es unter anderem auch die Gesundheits- und Sozialdienstleister miteinander zu vernetzen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Dazu werden Thementage und Vorsorgeuntersuchungen für Betriebe organisiert.
- Workshops an Schulen unter anderem zu den Themen: Ernährung, Hygiene, Sexuaufklärung und digitale Medien
- Stadtbegehungen mit Vertretern der Gemeinde in Hinblick auf die Bedürfnisse von Menschen mit Einschränkungen
- Veranstaltungen für pflegende Angehörige wie zum Beispiel Pflegestammtische
- Offene Sprechstunden bei Ärztinnen und Ärzten in deren eigener Praxis

Die regionale Medienpräsenz der CN-J ist gut ausgeprägt. Die interviewten Patient*innen und Mediziner*innen nehmen die CN-J auch über diese Kanäle wahr. Das sind sowohl Printmedien, sozialen Medien und auch das regionale Fernsehen sowie Radio. Daraus kann auch auf einen hohen Bekanntheitsgrad in der kleinstädtischen Bevölkerung insgesamt geschlossen werden. Die interviewten Patient*innen waren über die konkreten präventiven Angebote der CN-J informiert.

Lediglich eine Ärztin nannte präventive Maßnahmen als Tätigkeit der CN-J: „Was ich ganz toll finde und was eine große Lücke ist, ist der Vorsorgebereich. [...] macht öfter so Projekte, wo er einfach im prophylaktischen Bereich Abende anbietet“ (Ä3:806-808). Diese Ärztin und die CN-J sind sich jedoch einig, dass Prävention und Gesundheitsvorsorge an der Gesamtbevölkerung schwer umsetzbar sind und es oft an der Bereitschaft fehlt, sich mit der eigenen Gesundheit gezielt frühzeitig auseinanderzusetzen. Außerdem fehlen zeitliche und personelle Ressourcen für mehr Veranstaltungen, weil die CN-J sehr stark in die operative Einzelfallhilfe eingebunden sind: „[...] da müssen wir dann teilweise ein bisschen zurückschrauben, weil wir merken, die Klienten sind eigentlich das Wichtigste, ja, dort wo wir wirklich hinwollen, mit denen wollen wir arbeiten“ (CN3:1777-1779).

Neben der generell präventiven Arbeit an der Bevölkerung findet ein großer Teil der spezifischen präventiven Arbeit auch direkt an den Patient*innen und deren Angehörigen statt. Hierbei geht es meist nicht um die Primärprävention, sondern wie eine CN-J erläutert: „Wir werden meistens dann gerufen, wenn ein Problem schon vorhanden ist, [...] wir arbeiten ganz viel im tertiären Bereich, dass wir sagen: Okay, das Problem ist vorhanden, ja, aber wir schauen, dass sich der Zustand nicht verschlechtert.“ (CN3:1768-1772)

4.3.11 Fallanalysen

Anders als bei den Interviews mit den Allgemeinmediziner*innen und den CN-J erfolgte bei den Patient*innen keine Vollerhebung. Es wurden für diesen Bericht vier Patient*innen ausgewählt, die interviewt wurden.

4.3.11.1 Überblick über Fälle und Fallauswahl

Zuweisung

Die CN-J werden hauptsächlich von den Patient*innen selbst oder deren Angehörigen angefordert. Obwohl man erwarten könnte, dass die Zuweisungen an die CN-J in erster Linie von Hausärztinnen und Hausärzten stammen, ist dies nicht der Fall. Tatsächlich erfolgen die Zuweisungen durch eine Vielzahl anderer Quellen:

- Polizei
- Frisör
- Bürger*innenservice
- die Nachbarschaft
- mobile Dienste
- Pflegeheime
- Krankenhäuser (Entlassungsmanagement)
- Amtstierärztin
- Bezirksgericht
- Mieterinnenhilfe
- Gemeindebedienstete

In der Regel werden alle Patient*innen, die zugewiesen werden und das auch möchten, zuhause aufgesucht, um ein Gesamtbild der Situation zu erhalten. Sollte sich während des ersten Hausbesuches herausstellen, dass die CN-J nicht passend oder zuständig sind, wird die Betreuung abgelehnt oder an die geeignetere Ansprechperson verwiesen. Die Hauptgründe für Ablehnungen liegen vor allem in geografischen Gegebenheiten, insbesondere wenn Patient*innen außerhalb von Judenburg leben. Diese können in Nachbargemeinden jedoch das Angebot trotzdem in Anspruch nehmen, indem sie die Leistung bezahlen, es erfolgt jedoch keine Rückerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse.

Weiterer Verlauf und Beendigung

Häufigster Fall des Betreuungsendes ist die Überführung in den Regelbetrieb eines mobilen Betreuungs- bzw. Pflegedienstes. Oft fühlen sich auch An- und Zugehörige zumindest derzeit sicher in der Betreuung und benötigen – vorerst – keinen weiteren Support.

Wird existenzielles Versorgungsmanagement geleistet und es erfolgt keine Mitarbeit mehr von den Patient*innen können CN-J die Betreuung beenden. Dabei wird abgewogen, ob die Unterstützung durch die CN-J noch zielführend ist, oder ob die Ressourcen anderweitig genutzt werden könnten. Auch wenn Erkrankungen die Kompetenzen der CN-J überschreiten, kann eine Beendigung erfolgen, z.B. bei schweren psychischen Erkrankungen oder akuten Zustandsbildern. Wegzug und Versterben der Patient*innen sind weitere typische Gründe für ein Ende der Betreuung.

Überblick über die ausgewählten Fälle

Zwei der vier Patient*innen sind in Judenburg geboren, während die anderen beiden zugezogen sind, aber schon lange in Judenburg leben und mit der Stadt und der Region vertraut sind. Alle Patient*innen verfügen über ein soziales Netzwerk, auch wenn ihre Kinder häufig außerhalb von Judenburg leben. Nur eine Patientin lebt mit ihrer Tochter zusammen. Alle Patient*innen sind immobil und können das Haus nicht oder nur schwer selbstständig verlassen. Den Fällen gemeinsam ist eine rasche Falleskalation in Zusammenhang mit meist mehreren Versorgungssystemen, bei denen die CN-J meist koordinierend intervenieren und so für eine gezieltere Patient*innenlenkung sorgen. Dabei werden auch „anwaltschaftliche“ und vermittelnde Unterstützungstechniken angewandt und versucht Kommunikations- und Informationsdefizite zwischen Patient*innen, deren Angehörigen und medizinischen und pflegerischen Einrichtungen im Sinne einer Prozess- und Patientenorientierung auszugleichen.

In zwei Fällen findet weiterhin Unterstützung statt, insbesondere Blutabnahmen werden kontinuierlich durchgeführt. In den anderen beiden Fällen wurde die Betreuung beendet, weil sich der Zustand der Patient*innen verbessert hat, trotzdem würden beide bei Bedarf den Kontakt wiederaufnehmen: „Ja, und ich glaube, wenn ich irgendwann mal wieder was hätte, würde ich die schon wieder einmal anrufen und fragen, ob sie mir helfen.“ (P1:315-316)

Fall P1

Herr W., ein älterer Mann, lebt gemeinsam mit seiner Frau in Judenburg. Seine Tochter wohnt in Graz und besucht ihn selten. Aufgrund einer gastroenterologischen Erkrankung musste er acht Tage im Krankenhaus verbringen und wandte sich nach seiner Entlassung an die CN-J, da er aufgrund seiner Unfähigkeit zu essen oder zu trinken auf vier bis fünf Infusionen täglich

angewiesen war. Nach einer erneuten Verschlechterung seines Zustands musste er jedoch wieder ins Krankenhaus, wo ihm nicht geholfen werden konnte. Daraufhin verwies ihn die betreuende CN-J an eine andere Fachärztin bzw. einen anderen Facharzt in einem anderen Krankenhaus, wo letztlich die richtige Diagnose gestellt und eine zielführende Behandlung eingeleitet wurde. Neben der Verabreichung von Infusionen und Schmerzmitteln tauschten sich die CN-J mit der Hausärztin aus und holten Überweisungen und Rezepte ab. Herr W. war dankbar für die Hausbesuche der CN-J und insbesondere ihre Verfügbarkeit auch am Wochenende. „Und da [haben sie mir] viel geholfen, indem, dass sie anwesend waren, dass sie anwesend waren, dass sie pünktlichst waren, dass sie wirklich ganz, ganz freundlich und nett waren. Ich habe das Gefühl gehabt, ich bin der Patient und sie helfen mir“ (P1:197-199). Nachdem sich sein Zustand stark verbessert hatte, konnte die Betreuung eingestellt werden.

Fall P2

Frau S. ist eine ältere Dame mit mehreren Erkrankungen. Obwohl sie allein lebt, hat sie ein gutes Netzwerk aus Freunden und Nachbarn. Eine schwere Lungenentzündung führte dazu, dass sie Schwierigkeiten hatte, die steilen und glatten Treppen zu ihrer Wohnung zu bewältigen oder längere Strecken draußen zu gehen, was ihr erschwerte, die Termine zur Blutabnahme bei ihrer Hausärztin wahrzunehmen. Die Bürgermeisterin und die Ärztin empfahlen ihr, sich an die CN-J zu wenden. Nun kontaktiert die Ärztin Frau S., wann sie wieder Blutwerte überprüfen möchte, woraufhin Frau S. die CN-J anruft, die dann zur Blutabnahme vorbeikommen: „Und das funktioniert sehr pünktlich und sehr gut, die kommen um acht und die bringen ihr das rauf, damit sie es gleich wegschicken kann.“ (P2:133-135)

Fall P3

Frau S. ist eine ältere Dame, die ebenfalls allein lebt. Sie hat vier Töchter, die jedoch alle nicht in der Nähe wohnen. Sie verfügt über ein gutes soziales Netzwerk. Frau S. kannte die CN-J bereits bevor diese sie unterstützten, weil sie früher in dem Haus gewohnt hat, in dem sich auch die Ordination der CN-J befindet. Als sie in ihre neue Wohnung zog, vergaß sie allerdings bei einer Onlinebestellung ihre Adresse zu ändern und die Bestellung wurde an die alte Adresse zugestellt. Sie hat dann [...] von den Community Nurses angerufen, dass ihr ein Paket fehlt, und er hat sich gekümmert: „Also er geht und schaut, nicht, sagt er „selbstverständlich“. Ich finde das so toll. Die sind so hilfsbereit, so liebenswürdige Menschen.“ (P3:137-138)

Der erste anlassbezogene Kontakt mit den CN-J ergab sich während ihrer schweren Corona Erkrankung. Ihr Freund, der im gleichen Haus wohnt, hat sich um sie gekümmert und ihr Zustand verschlechterte sich massiv. Die Hausärztin war allerdings nicht verfügbar und so wendete er sich an die CN-J. [...] kam sofort vorbei und alarmierte den Rettungsdienst. Frau S. wurde daraufhin mit dem Notarzt ins Krankenhaus gebracht und lag vier Wochen auf der Intensivstation. Während dieser Zeit pflegten [...] und Frau S. telefonischen Kontakt. Als sie entlassen wurde, organisierte die CN Hilfsmittel und die Hauskrankenpflege. Die Betreuung ist offiziell beendet, allerdings stehen die CN-J und Frau S. nach wie vor im Kontakt.

Fall P4

Frau Z. ist eine alte, bereits umfangreich pflegebedürftige Frau, die mit ihrer Tochter gemeinsam lebt. Sie kann die Wohnung nicht mehr verlassen und ist immer auf einen

Krankentransport angewiesen. Sie hat noch eine weitere Tochter, die sie regelmäßig besucht und mit ihr Karten spielt und einen Freund der regelmäßig vorbeikommt. Frau Z. möchte nicht mehr stationär ins Krankenhaus gehen oder mit dem Krankentransport gefahren werden, deshalb hat die Hausärztin die CN-J involviert: „Sie hätte Blutabnehmen müssen und sie kann nicht zum Arzt. Und dann hat sie gesagt, nein, sie will nicht weg, dann hat die Frau Dr. gesagt, gut, dann schicken wir halt [...]“ (P4:94-96). [...] organisiert Blutabnahmen, das Medikamentenmanagement, leitet die Tochter bzgl. Wundversorgung und pflegerischen Handlungen an oder kümmert sich um Pflegehilfsmittel: „Und Dank ihnen hab ich sogar das Bett, was ich vorher nicht gehabt habe.“ (P4:180-181)

Zusätzlich kümmert die CN-J sich auch um akute gesundheitliche Probleme wie zum Beispiel Obstipation und konnte durch seine Interventionen eine stationäre Einweisung verhindern. Die Betreuung durch die CN-J findet regelmäßig statt, erfolgt aber trotzdem nur anlassbezogen. Die Ärztin führt keine Hausbesuche durch: „Weil die Ärzte kommen jetzt nicht mehr. Ist ja aus und vorbei, dass die kommen, wenn irgendwas ist.“ (P4:196-197)

4.3.12 Dokumentation und administrative Erfahrungen

Um den Betreuungsprozess nachvollziehen zu können, aber auch zur Kommunikation mit den Hausärzt*innen sowie zur Sichtbarmachung der Leistungen an den Geldgeber, ist eine umfassende Dokumentation Teil der Arbeit der CN-J.

Die folgenden Aussagen betrachten die Dokumentationsprozesse nicht aus juristischer Sicht oder in Bezug auf einzelne Gesetze, wie die Datenschutzgrundverordnung, sondern aus prozesshafter Sicht im Sinne einer gemeinsamen Fallsteuerung und -analyse.

Wie auch sonst bei medizinischen und pflegerischen Betreuungsprozessen, die nicht unter einem institutionellen Dach erfolgen, ist die Dokumentation der Hausärztinnen und Hausärzte getrennt von jener der CN-J. Einzelne Dokumente oder Ausschnitte werden für die erforderlichen Teilaspekte der Versorgung gegenseitig zur Verfügung gestellt, ein Zugriff auf die Gesamtdokumentation liegt nicht vor. Erfolgt der Austausch telefonisch, werden die Details jeweils getrennt in den eigenen Dokumentationssystemen vermerkt. Die Dokumentationssysteme der Ärztinnen und der CN-J unterscheiden sich im Aufbau, aber auch in der Form. So dokumentieren manche Ärztinnen und Ärzte handschriftlich in Karteien, während andere zur Codierung den ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) verwenden und digitale Akten bevorzugen. Die CN-J selbst dokumentieren in einem digitalen Programm, sind im Arbeitsalltag durch die uneinheitliche Form der Dokumentation aber auch mit Papierdokumenten konfrontiert (beispielsweise Medikationslisten der mobilen Dienste oder ärztlichen Anweisungen).

Der Arbeitslogik der CN-J folgend wird ein umfangreiches Assessment zu Beginn der Betreuung erstellt. Neben den vorliegenden Krankheitsbildern und der Klärung des familiären Netzwerkes und dessen Ressourcen wird eine ausführliche Pflegeanamnese erstellt sowie eine Pflegeplanung, die individuell an die Person angepasst ist. Die Ziele der Pflege werden ebenfalls individuell an die Person angepasst. Zur Dokumentation wurde bereits vorab unter Berücksichtigung der Wünsche und Gegebenheiten der CN-J ein Programm aufgesetzt, „Carenamics“. Auf diese Daten haben die CN-J gemeinsam Zugriff und diese Informationen können entsprechend bearbeitet werden.

Am Ende einer Betreuung erfolgt die Auswertung der Daten. Einerseits müssen gewisse Datensätze der GÖG zur Verfügung gestellt werden, andererseits evaluieren die CN-J ihre Arbeit damit selbst. Beim Pflegeassessment wird mit einem Ampelsystem gearbeitet. Mithilfe dieser „Ampel“ ergibt sich am Ende der Betreuung, ob sich eine Verbesserung oder eine Verschlechterung der Gesamtsituation ergeben hat.

Der zeitliche Aufwand für Beratungen von Angehörigen oder die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen muss extra erfasst werden, es gibt keine Möglichkeit, das im bestehenden Programm zu dokumentieren.

Die CN-J dokumentieren in ihrem Programm nur für die eigene Institution. Es gibt keine Schnittstellen zur ELGA oder zu den Dokumentationssystemen der Hausärztinnen und Hausärzte und den mobilen Pflegediensten.

Die CN-J ermitteln daher bei Bedarf die notwendigen Informationen durch persönlichen oder telefonischen Austausch mit den Ärzt*innen über die jeweilige Situation. Zudem recherchieren sie in den teilweise sehr umfangreichen aufliegenden Mappen der mobilen Pflegedienste. Die CN-J berichten, dass das in den meisten Fällen gut funktioniert, aber vor allem nach Krankenhausaufenthalten, wenn sich zum Beispiel die Medikamentenlisten verändert haben, eine gemeinsame Dokumentation oder ein Zugriff auf bereits bestehende Daten hilfreich wäre: „Ich glaube, am allereinfachsten wäre, und da muss ich jetzt nicht einmal reden von einer gemeinsamen Dokumentation, [...] wenn wir einfach ein gemeinsames Tool oder ELGA haben, wo wir einfach nur unsere Befunde hin- und hergeben können.“ (CN1:787-790). Das würden Schnittstellenprobleme reduzieren, die Arbeitsprozesse vereinfachen ebenso wie die Zusammenarbeit zwischen den CN-J und den Kooperationspartner*innen. Ebenso würde sich die Fehleranfälligkeit z.B. in Bezug auf die jeweils aktuellen Dokumente und die Gefahren von Medienbrüchen durch Wechsel von unterschiedlichen digitalen und analogen Dokumentationssystemen reduzieren.

4.3.13 Weitere Schnittstellen zu Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Die CN-J fühlen sich in der Gemeinde gut eingebettet. Wie bereits oben beschrieben funktioniert die Zusammenarbeit mit den regionalen Hausärztinnen und Hausärzten sehr gut und neben den Hausbesuchen werden auch Pflegesprechstunden direkt in den Ordinationen angeboten, um die Zugangsschwelle für die Patient*innen weiter zu senken. Für den Austausch zwischen einzelnen Einrichtungen finden Fallbesprechungen bei Bedarf statt, um sich über die weitere Vorgehensweise abzustimmen.

Die Zusammenarbeit erfolgt je nach Bedarf und an die Situation angepasst und kann unterschiedliche Stakeholder und Kooperationspartner*innen beinhalten. Aus den Interviews ergibt sich die häufigste Zusammenarbeit mit den lokalen Hausärzt*innen und weiters mit:

- mobilen Besuchsdiensten (oft ehrenamtliche Mitarbeitende),
- dem Entlassungsmanagement der umliegenden Krankenhäuser,
- mobilen Pflegediensten und 24-h-Betreuern und Betreuerinnen,
- Pflegedrehscheibe Graz und

- den mobilen Palliativteams.

Ebenso wichtig für die Versorgung der Patient*innen ist die Zusammenarbeit mit der Polizei, den Bürgermeister*innen, „Sozial- und Gesundheitsgemeinderät*innen“ und den Gemeindebediensteten der Region. Letztere werden aktiviert, wenn die behördliche Sozialarbeit der Bezirksverwaltungsbehörden keine Interventionskapazität hat oder selber an diese Gemeindestrukturen verweist. Vor Ort Besuche durch die genannten Strukturen sind selten, sie werden auch bei klaren und engen sozialen Indikationen durch die CN-J erbracht.

Für die Betroffenen haben diese Hausbesuche einen besonderen Stellenwert, sind oft der einzige aufsuchende Anker. Die CN-J können sich einen direkten Eindruck über prekäre Lebensverhältnisse machen und so zielgenauer unterstützen. Daher kommt ihnen vor allem zu Beginn ihrer Arbeit eine Vernetzungs- und Aushandlungsfunktion zu, die weit über die Setzung pflegerischer Maßnahmen hinausgeht, von den Patient*innen aber sehr geschätzt wird: „Und dann hat er Blut abgenommen. Und [...] dann habe ich ihn gefragt, wie, was. Und dann, ja, also das ist spitze, wir wären ohne die aufgeschmissen gewesen, weil der [...] alles [andere auch] gemacht hat.“ (P4:101-105)

4.4 Allgemeiner Ausblick auf Basis der qualitativen Auswertung

Die Sicht der Ärztinnen auf die CN-J

Aus medizinischer Perspektive setzen sich die Ärztinnen und Ärzte einheitlich unterstützend für die Fortführung des Projekts ein. Eine Ärztin betont: „Ich muss ehrlich sagen, ich hoffe, das Projekt bleibt bestehen. Das ist für mich das Wichtigste, weil ich glaub einfach, das kann gut integriert werden“ (Ä4:910-911). Eine Ärztin hofft sogar auf eine Ausweitung des Projekts: „Also Wunsch von meiner Seite wäre auf alle Fälle, dass das Ganze eben weitergeht, dass es vielleicht sogar noch weiter ausgebaut wird, weil sie sonst teilweise, glaube ich, schon am Limit von dem, was sie machen können, zu viert.“ (Ä3:906-908)

Besonders diejenigen Ärztinnen, die eng mit dem Projekt verbunden sind, sehen Potenzial darin, den Community Nurses zusätzliche Aufgaben, insbesondere im Bereich der Organisation und in sozialarbeiterischen Komponenten zu übertragen. Gleichzeitig wird betont, dass es aus ärztlicher Sicht sinnvoll ist, pflegerischem Fachpersonal mehr Kompetenzen zu überlassen und deren eigenverantwortliches Handeln zu unterstützen. Es wird kritisiert, dass die Zusammenarbeit mit den CN-J seitens der Ärztinnen nicht finanziell abgegolten werden kann. Sollte sich dies ändern oder sogar pflegerische Tätigkeiten oder Pflegevisiten seitens der Krankenkasse finanziert werden, könnte sich eine Ärztin sogar vorstellen CN-J direkt in ihrer Praxis zu beschäftigen: „Also ich würde sofort jemanden anstellen in der Ordination, sofort, (...) wenn es in irgendeiner Weise finanziell abgegolten werden kann. Also wenn es eine Pflegevisite gibt, die man verrechnen kann“ (Ä1:366-368).

Die Sicht der CN-J auf die Versorgungssituation

Die CN-J benennen konkrete Maßnahmen, wie man die Versorgung in der Region verbessern könnte. Neben Generalist*innen in der Pflege plädieren sie in folgenden Bereichen zusätzlich spezialisierte Fachkräfte einzusetzen:

- Öffentliche Gesundheit – Schwerpunkt Primär- und Sekundärprävention
- Krankenversorgung und Chronic Disease Management

- Akutpflegerische Leistungen
- Wundversorgung
- Kinder- und Jugendpflege

Sollten diese Leistungsbereiche geschaffen werden, könnten sich die mobilen Dienste vollumfänglich um die Langzeitpflege von Patient*innen kümmern.

Die CN-J fordern eine verbesserte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleister*innen und betonen die Notwendigkeit eines professionsübergreifenden Zugriffs auf Patient*innenakten sowie eine gemeinsame Dokumentation. Sie sehen die Finanzierung der verschiedenen Gesundheitsdienstleister*innen aus verschiedenen Quellen als Komplexitätserhöhung und Hindernis für eine effektive Zusammenarbeit. Außerdem würden sich die CN-J eine flächendeckende Sozialarbeit insbesondere für Erwachsene wünschen.

Die Sicht der Patient*innen auf die Zukunft des Projektes

Aus Sicht der Patient*innen und der interviewten pflegenden Angehörigen wird die Bedeutung der CN-J hervorgehoben. Alle Befragten sprechen sich dafür aus, dass das Projekt fortgeführt bzw. erweitert werden soll. Die CN-J haben sich in Judenburg und dem unmittelbaren Umland sehr gut etabliert und genießen das Vertrauen der Patient*innen. In den Interviews wurde keine Kritik geäußert, die Menschen sind stolz Teil einer Innovation zu sein. Die Wichtigkeit des Projekts wurde betont: „Nehmen sie sie uns ja nicht weg. Lassen sie sie ja! Die sind sehr wichtig, wirklich wichtig.“ (P4:444-445)

5 Quantitativer Teil

5.1 Methode

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, wurden im Rahmen des Projektes Leistungen auf verschiedenen Versorgungsebenen (Individual-, Kommunal- bzw. Systemebene) erbracht. Eine Leistungsauswertung für diesen Bericht erfolgte ausschließlich für jene Personen, die präventiv-medizinische Pflegevisiten (PMPV) mit einer Intervention laut § 15 GuKG erhalten haben und welche im Zeitraum vom 01.05.2022 bis 31.12.2023 durch die CN-J erbracht wurden. Die durch die CN-J systemisch pro Fallnummer erhobenen Stamm- und Leistungsdaten der Patient*innen mit präventiv-medizinischen Pflegevisiten wurden der Österreichischen Gesundheitskasse durch die Projektmitarbeiter*innen des Community Nurse Teams in Judenburg zur Verfügung gestellt. Aufgrund der Heterogenität, der im Rahmen des Projektes genutzten Datensysteme konnte die Zusammenführung aller Daten in die dafür von der ÖGK vorgegebenen elektronischen Dokumentationsblätter (siehe Anhang: Tabelle 4, Tabelle 5) pro Fall und Patient*in ausschließlich händisch durchgeführt werden. Damit ist, neben einem immensen zeitlichen Mehraufwand für die CN-J, eine potenzielle Fehlerquelle bei der Datenübertragung gegeben. Konnten etwaige Übertragungsfehler im Rahmen der Auswertung entdeckt werden, wurden diese, unter Abstimmung mit den CN-J, bereinigt und dokumentiert (siehe Anhang: Tabelle 7).

Auf der Individualebene wurden die Daten pro Fall bzw. Fallnummer erfasst. Unter einer Fallnummer wurden Patient*innen zusammengefasst die im Rahmen der Betreuung in einem Haushalt bzw. Familienverbund Leistungen durch die CN-J erhielten. Um die Leistungsdaten einer Person individuell auswerten zu können, wurden vom ÖGK-Projektteam zusätzlich Pseudonyme vergeben. Das Pseudonym besteht aus der Verkettung des Attributes „Fallnummer“ mit dem „Geburtsdatum“ der jeweiligen Person aus dem Stammblatt. Dadurch war es möglich die Daten sowohl patient*innenbezogen als auch im Familienverbund auszuwerten. Außerdem konnte die Zählung der Patient*innen dadurch eindeutig, d.h. ohne Doppelzählungen, realisiert werden.

Die Haupt- und Nebendiagnosen der Personen wurden je Kontakt dokumentiert. Im Betreuungsverlauf kann es zu Änderungen der Haupt- und oder Nebendiagnose kommen.

Um eine schematische Einteilung der Patient*innen entsprechend ihrem Krankheitsbild zu ermöglichen, wurden die Hauptdiagnosen entsprechend der International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2) kategorisiert. (vgl. BMSGPK 2024) Es erfolgte eine Einteilung der Hauptdiagnose in die folgenden Kategorien lt. ICPC-2:

- Allgemeine und unspezifische Kategorien
- Kreislaufsystem
- Verdauungssystem
- Verletzungen und Vergiftungen
- Psychische Störungen
- Atmungssystem und Infektionen
- Urogenitalsystem

- Neurologische Krankheiten
- Neubildungen
- Stoffwechsel- und endokrine Krankheiten
- Blut- und blutbildende Organe
- Haut und Unterhaut
- Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- Augen

Die Einteilung der Hauptdiagnose zur jeweiligen ICPC-2-Kategorie wird im Anhang in der Tabelle 6 bereitgestellt.

5.2 Ergebnisteil

In diesem Teil werden jene Patient*innen analysiert, die eine präventiv medizinische Pflegevisite des CN-J-Teams erhalten haben. Die Gesamtanzahl dieser Personengruppe liegt bei 126 Personen. Von diesen 126 Patient*innen, sind – soweit bekannt - im Beobachtungszeitraum 13 Personen verstorben.

Zur Zählung der Patient*innen wurden die in Kapitel 5.1 beschriebenen Pseudonyme verwendet, welche auf Basis der Fallnummer gebildet wurden. Unter einem Fall ist entweder eine Einzelperson oder eine Familie zu verstehen. Von 100 Fallnummern entfallen 75 % auf Einzelpersonen, 24% auf zwei Personen und 1 % auf drei Personen.

Stammdaten

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, wurden mit einem Anteil von 58,7% (74 Personen) mehr Frauen betreut. Demnach waren 41,3% der Patienten männlich (52 Personen).

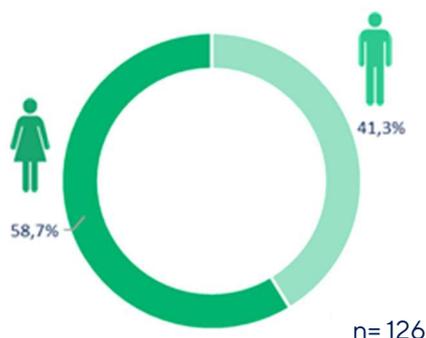


Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Patient*innen mit PMPV



Abbildung 5: Altersverteilung der Patient*innen mit PMPV

Der Großteil der 126 Patient*innen, die präventiv-medizinische Pflegevisiten erhalten haben, waren zwischen 80 und 89 Jahre alt (36,5 %) (siehe Abbildung 5). Das Durchschnittsalter liegt bei rund 78 Jahren und der Median aller Altersangaben ergibt 82 Jahre. Im Vergleich zwischen Median und Mittelwert zeigt sich, dass Ausreißer nach unten den Altersschnitt senken. Vergleicht man die Altersverteilung im Projekt mit den Daten der Gemeinde Judenburg (siehe Abbildung 2), so ist der Anteil der 80 bis 89jährigen mit 7% deutlich geringer als im Projekt mit 36,5%. Dies deutet darauf hin, dass im Projekt die Zielgruppe erreicht werden konnte. In der analysierten Personengruppe sind über 90 % nicht erwerbstätig. Das liegt an der Altersverteilung der Patient*innen im Projekt (mehr als 80 % sind über 65 Jahre alt) und der Zielgruppe.

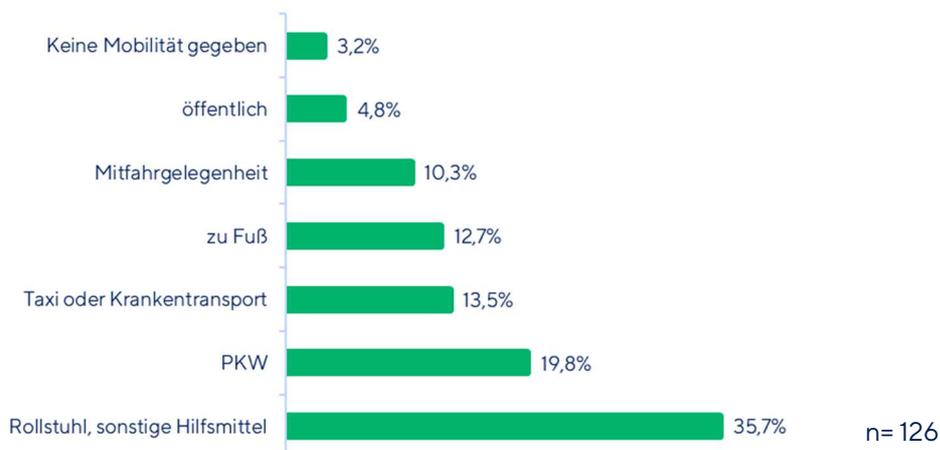


Abbildung 6: Mobilität der Patient*innen mit PMPV

Im Zusammenhang mit der Mobilität bzw. der generellen Erreichbarkeit wurde dokumentiert, dass fast 20 % (25 Personen) der betreuten Patient*innen mit dem Auto unterwegs und somit unabhängig in ihrer Mobilität sind. Über 28 % dahingegen (36 Personen) sind auf ein externes Transportmittel wie z.B. ein Taxi, einen Krankentransport, eine Mitfahrgelegenheit oder ein

öffentliches Verkehrsmittel angewiesen. 35,7 % (45 Personen) sind in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigen einen Rollstuhl bzw. sonstige Hilfsmittel. ⁵

Lebenssituation

Von den 126 Personen leben die meisten gemeinsam mit An- oder Zugehörigen (41,3 %) (siehe Abbildung 7). Über 30 % der Personen (39 Patient*innen) leben alleine wodurch sie die zweitgrößte Gruppe bilden.

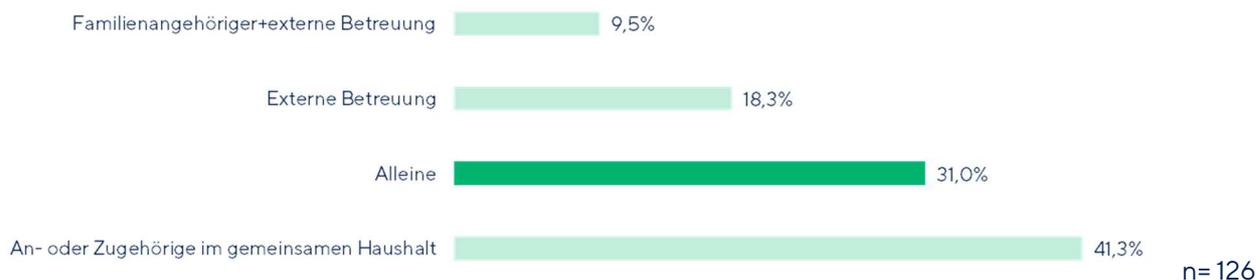


Abbildung 7: Lebenssituation der Patient*innen mit PMPV

Der Anteil der Ein-Personen-Haushalte steigt seit mehreren Jahren auch in Österreich kontinuierlich an und hat sich von 1961 auf 2021 fast verdoppelt (vgl. Statistik Austria 2023b:1). Frauen leben etwas häufiger alleine als Männer (18,7% versus 16,3% der Wohnbevölkerung 2021). Weiters sind etwa 50% der weiblichen Einpersonenhaushalte im Jahr 2021 65 Jahre und älter, wohingegen nur rund 23% der männlichen Einpersonenhaushalte dieser Altersgruppe angehören (vgl. Statistik Austria 2023c:199). Aus diesem Grund sollen die alleinlebenden Personen mit PMPV näher betrachtet werden.

64,1% der alleinlebenden Patient*innen lebten in einer Wohnung, 15,4% in einem Haus.

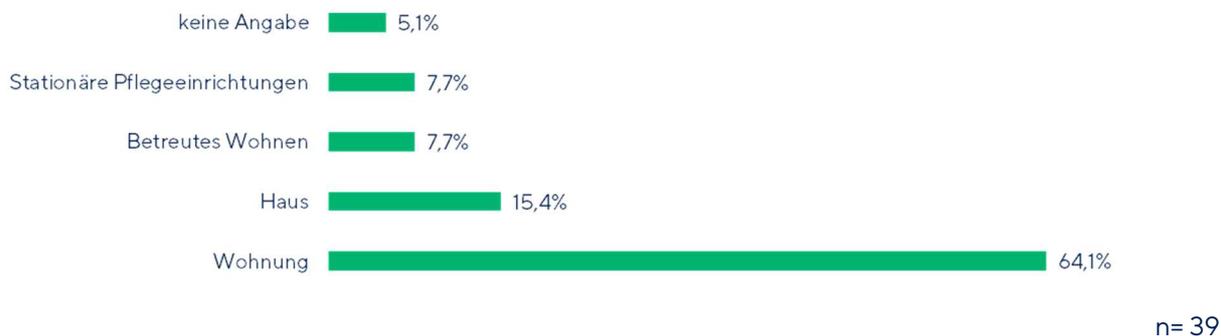


Abbildung 8: Wohnsituation der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV

⁵ Hinsichtlich der Mobilität muss die Limitation der Datenqualität (siehe Kapitel 5.3) berücksichtigt werden.

Von den 39 Personen mit PMPV, die alleine leben, waren 69,2% Frauen und 30,8% Männer.

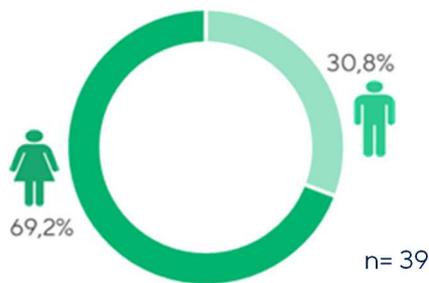


Abbildung 9: Geschlechterverteilung der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV

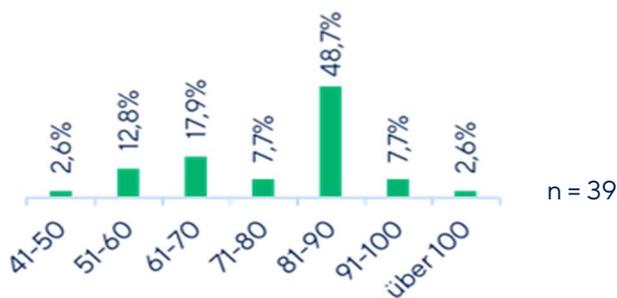


Abbildung 10: Altersverteilung der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV, Stichtag 31.12.2023

Fast die Hälfte (48,7%) der Alleinlebenden wies ein Alter zwischen 81 und 90 Jahren auf.

Bei 9 der 39 alleinlebenden Patient*innen erfolgte die Betreuung aufgrund einer chronischen Erkrankung. Alle anderen erhielten Pflegevisiten ohne, oder mit einer vorhergehenden Krankenhausentlassung.

Pflegestufe

Als Pflegestufe der Patient*innen gilt jene, die beim Erstkontakt erfasst wurde. Eine Information, ob sich diese während des Erhebungszeitraumes geändert hat, ist nicht dokumentiert. Während im Einzugsgebiet Judenburg 2,6% der Pflegegeldbezieher*innen Stufe 4-7 aufweisen (siehe Abbildung 11), sind unter den Patient*innen mit PMPV 42 % in dieser Pflegestufe.



Abbildung 11: Aufteilung der Patient*innen mit PMPV nach Pflegestufe

Erstkontaktaufnahme mit den CN-J

Der Erstkontakt mit den CN-J (siehe Abbildung 12) erfolgte mit einem Anteil von 29% überwiegend über Familienangehörige. Am zweithäufigsten erfolgte die Kontaktaufnahme auf Vermittlung der Hausärzt*innen (25%) und am dritthäufigsten durch die/den Klient*in selbst (18%).

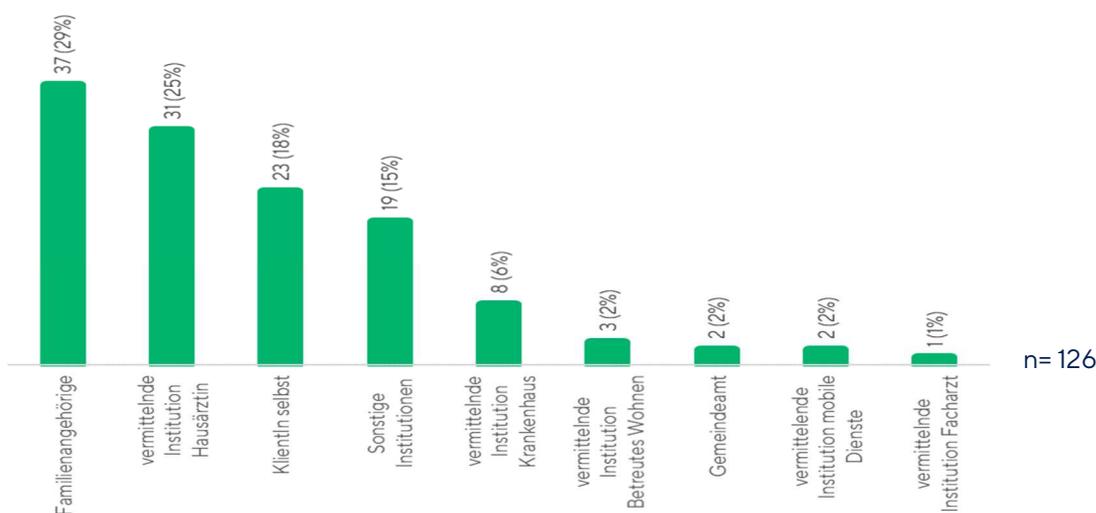


Abbildung 12: Vermittelnde Stellen für die Erstkontaktaufnahme mit den CN-J

Kontakte

99 % der Kontakte (d.h. 371 von 373 Kontakten) erfolgten aufsuchend. Daneben gab es die Möglichkeit auch telefonisch mit den CN-J in Kontakt zu treten. Diese Möglichkeit wurde 2-mal in Anspruch genommen. Eine Dokumentation erfolgte allerdings nur dann, wenn das Gespräch länger als 15 Minuten gedauert hat.

Mit einem Anteil von 39,1% erfolgten die häufigsten Kontaktaufnahmen aufgrund einer chronischen Erkrankung (146 Kontakte). Diese sind laut Projektdokumentation dem

Tätigkeitsfeld „Disease management“ zuzuordnen (siehe Tabelle 3). 226 Kontakte erfolgten aufgrund einer Erst- oder Folgepflegevisite mit Tätigkeiten gemäß §15 GuKG (Erst-PV, Folge-PV) entweder im Zuge einer Krankenhausentlassung (E-KH) oder aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes.⁶

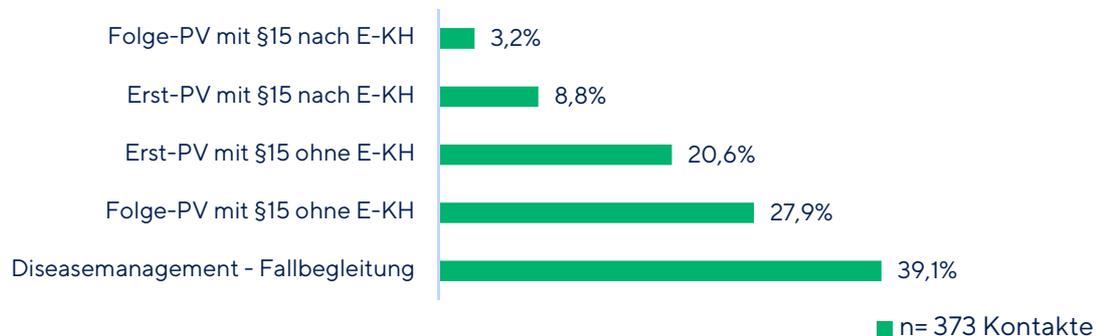


Abbildung 13: Kontaktaufnahme aufsuchend nach Art der Leistungserbringung, Anzahl Kontakte/Patient*innen

Fast 20 % der Personen mit präventiv medizinischen Leistungen hatten mehr als 5 Kontakte mit dem CN-J-Team, mehr als die Hälfte (52 %) hatten nur einen Kontakt (siehe Abbildung 14)

Die Anzahl der Kontakte pro Patient*in unterscheidet sich nach der Art der Leistungserbringung. Bei jenen Patient*innen die dem Tätigkeitsfeld „Disease management“ zugeordnet werden, wurden durchschnittlich 5 Kontakte pro Patient*in dokumentiert, wohingegen bei Erst- bzw. Folgepflegevisiten rund 2 Kontakte pro Patient*in aufgezeichnet wurden. Auch die Dauer eines Hausbesuches war bei „Disease management Patient*innen“ durchschnittlich um 4 Minuten länger (ca. 68 Minuten) als bei Kontakten im Rahmen von Erst- oder Folgepflegevisiten (ca. 64 Minuten). Dies deutet auf einen erhöhten Betreuungsbedarf bei „Disease management Patient*innen“ hin.

⁶ Eine Patientin bzw. ein Patient kann in verschiedenen Kategorien (Folge-PV mit §15 nach E-KH, Erst-PV mit §15 nach E-KH, Erst-PV mit §15 ohne E-KH, Folge-PV mit §15 ohne E-KH, Disease management-Fallbegleitung) Leistungen erhalten haben. Doppelzählungen sind bei der Interpretation der Abbildung 13 zu berücksichtigen.



Abbildung 14: Verteilung der Kontakte pro Patient*in

Diagnosekategorien lt. ICPC-2

22% der Patient*innen mit medizinisch pflegerischen Interventionen hatten eine dokumentierte Hauptdiagnose, die laut ICPC-2-Codierung dem Kreislaufsystem zugeordnet werden konnten (siehe Abbildung 15). Die zweithäufigste Diagnosekategorie sind psychische Störungen (16%) gefolgt von Stoffwechsel- und endokrinen Krankheiten (13%), Erkrankungen des Urogenitalsystems (12%) und bösartige Neubildungen (8%).



¹ n= 126

Abbildung 15: Top 5 Diagnosekategorien lt. ICD-10 und zugeordnete Hauptdiagnosen laut Projektdokumentation⁷

Leistungsbestandteile der präventiv-medizinischen Pflegevisiten

Eine Pflegevisite hat unterschiedliche Leistungsbestandteile, deren Leistungsbezeichnungen in der Projektdokumentation durch die CN-J definiert wurden und sich am Public Health Interventionsrad orientieren (vgl. Schaffer et al 2022:195 ff).

Dabei handelt es sich um:

1. Monitoring & Erhebung
2. Patient*innenedukation: Beratung, Information und Schulung
3. Koordination: Fallbesprechung mit anderen Gesundheitsdiensteanbieter*innen (GDA)
4. Vernetzung: Vermittlung und Koordination zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen
5. Pflegeintervention nach § 15 GuKG

Die DGKP setzt die 5 Leistungsbestandteile standardisiert ein, stimmt allerdings die Intervention auf den individuellen Bedarf der Patient*innen und die Pflege- und Betreuungssituation ab. Bei den Visiten können alle 5 Bereiche zur Anwendung kommen, oder auch nur eine Auswahl daraus.

⁷ siehe dazu auch *Tabelle 6*

Abbildung 16 skizziert die möglichen Ausprägungen der Leistungsbestandteile:

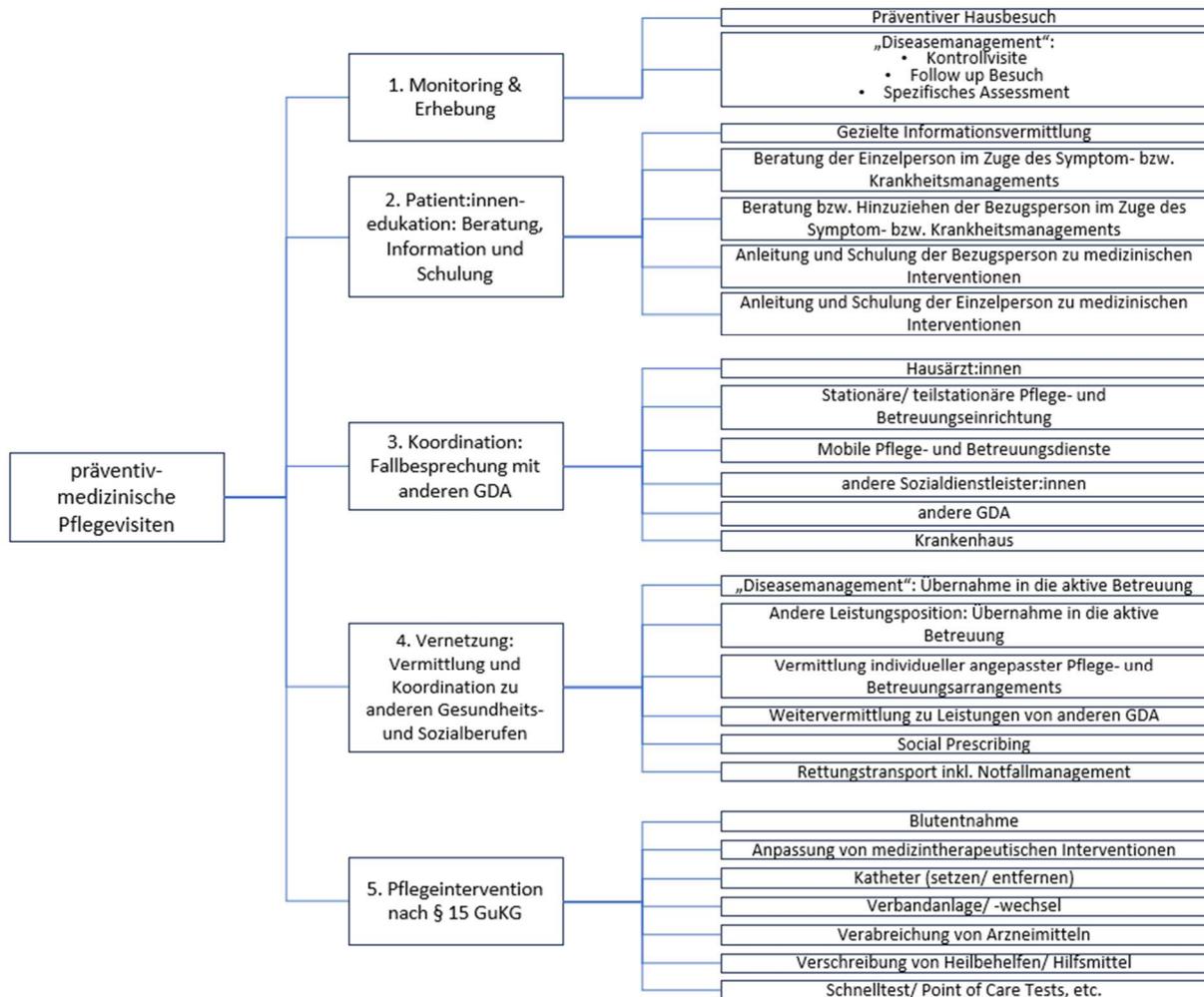


Abbildung 16: Entscheidungsbaum Leistungsbestandteile präventiv-medizinische Pflegevisiten (vgl. Gressl 2024b, Darstellung ÖGK)

1. Monitoring & Erhebung

Hierbei steht die Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes (z.B. in Form einer körperlichen Untersuchung) im Vordergrund. Dies kann entweder als Anamnesemaßnahme in Form eines präventiven Hausbesuches erstmalig oder als Verlaufskontrolle wiederholt erfolgen.

Durch präventive Hausbesuche, die entweder als Erst- oder Folgepflegevisite erfolgen, wird der Status Quo, bestehend aus der Beurteilung der Wohnsituation, des Gesundheitszustandes, des sozialen Umfeldes, des Ernährungszustandes, körperlicher Aktivität, die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie möglicher Unterstützungsangebote und Risikofaktoren erhoben. Die Beurteilung erfolgt quartalsweise oder anlassbezogen, um zu evaluieren wie sich ganz allgemein der Zustand der Patient*innen verändert hat.

Im Zuge des Tätigkeitsfeldes „Diseasemanagement“ erfolgt die Kontrolle entweder in Form einer Kontrollvisite, eines Follow-up Besuches oder eines spezifischen Assessments.

- Bei der Kontrollvisite wird beobachtet, ob eine Maßnahme gewirkt hat oder ob Anpassungen erforderlich sind.
- Ein Follow-up Besuch ähnelt der Kontrollvisite, hat aber eine breitere Grundausrichtung. So werden mit den Patient*innen vereinbarte Ziele und Maßnahmen im Pflegeplan evaluiert und Follow-up Besuche vereinbart.
- Ein spezifisches Assessment kommt dann zur Anwendung, wenn die Erhebung bzw. Beurteilung eines akut eintretenden Ereignisses erforderlich ist. Beispiele hierfür sind die Einschränkung von Körperfunktionen, das Auftreten unspezifischer Krankheitssymptome oder eine Veränderung im Umgang oder der Bewältigung einer chronischen Erkrankung. In diesem Fall werden spezifische Ziele definiert und dafür ein Pflege- bzw. Behandlungsplan entwickelt, um die Patient*innen gezielt zu begleiten. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

Bei 85 % der Patient*innen mit PMPV (107 Patient*innen) wurde mindestens ein präventiver Hausbesuch durchgeführt. Im Rahmen des Tätigkeitsfeldes „Diseasemanagement“ haben 23% ein spezifisches Assessment, 21% einen Follow-up-Besuch und 17% eine Kontrollvisite erhalten.



Abbildung 17: Ausprägung der Leistung „Monitoring und Erhebung“

Wie in Abbildung 19 ersichtlich, hatten von den 107 Patient*innen mit präventiven Hausbesuchen mehr als 2/3 nur einen Kontakt (69 %, 74 Personen), der Rest wurde häufiger aufgesucht (31 %; 33 Personen).

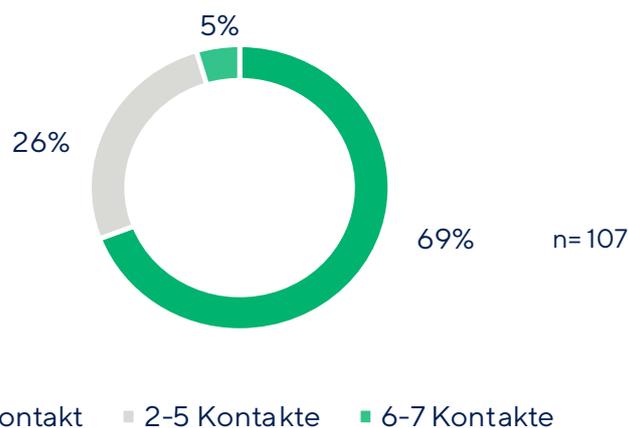


Abbildung 18: Anzahl Kontakte, präventive Hausbesuche

2. Patient*innenedukation: Information, Beratung und Schulung

Es werden 3 unterschiedliche Strategien eingesetzt: die Information, die Beratung und die Schulung. Unter Information ist eine knappe mündliche oder schriftliche Weitergabe von Wissen zu verstehen, die Teil der Beratung ist. Eine Beratung gibt Deutungs- und Orientierungshilfen und unterstützt dabei, Situationen einordnen und verstehen zu können, Lösungen zu erarbeiten und diese auch umzusetzen. Unter Schulung wird die zielgerichtete, systematische Wissensvermittlung von gesundheits- und krankheitsspezifischen Informationen verstanden, die Patient*innen dazu ermächtigt die Krankheitssituation aktiv und eigenverantwortlich zu managen. Damit soll der oder die Erkrankte zur Wiedererlangung oder Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen können (vgl. Schaeffer 2024).

Hinsichtlich der Durchführung von Beratungen, Informationen und Schulungen (siehe Abbildung 20) kam bei den meisten Patient*innen mit 46,8% (59 Personen) die gezielte Informationsvermittlung zur Anwendung.

- Beispiele dafür sind: Wundpflege: Information über die Häufigkeit des Verbandswechsels; Blutdruckkontrolle: Häufigkeit wann und wie oft gemessen werden soll; Flüssigkeitsrestriktion bei Herzinsuffizienz: Information über die maximale tägliche Flüssigkeitsmenge; Antibiotika Einnahme: Information darüber zu welcher Tageszeit und auch über das Abklingen der Symptome hinaus das Medikament eingenommen werden muss etc. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

42,1 % (53 Personen) wurden über das Krankheits- und Symptom-Management beraten und bei etwa einem Drittel (34,1%) wurde dabei eine Bezugsperson hinzugezogen.

- Beispiele hierfür sind: Beratung wie verschiedene Lebensstilfaktoren (z.B. Ernährung, Bewegung, Stressmanagement) den Blutzuckerspiegel beeinflussen und welche Anpassungen vorzunehmen sind; COPD: Beratung zur Anpassung des Alltages durch Atemtechniken oder Nutzung von Hilfsmitteln; Demenz: Beratung für Angehörige wie

sie den Alltag in einer sicheren und strukturierten Umgebung gestalten können etc. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

Etwa ein Fünftel der Patient*innen (4,8%) bzw. ihre Bezugspersonen (15,1%) wurden über bzw. in der Anwendung einer medizinischen Intervention geschult oder angeleitet.

- Beispiele hierfür sind: Insulingabe: Schulung der Patient*innen wie das Insulin verabreicht wird (Auswahl der Injektionsstelle, Überprüfung der Dosierung) und Sicherstellung der richtigen und eigenständigen Anwendung; Blutdruckmessung: Schulung zur korrekten Durchführung zu Hause inklusive Kalibrierung des Gerätes und Interpretation der Ergebnisse; Stomapflege: Anleitung zur selbstständigen Pflege eines Stoma samt Wechsel der Versorgung und Überwachung der Haut auf Irritationen; Asthma: Schulung zur richtigen Anwendung von Inhalatoren um sicherzustellen dass ein Medikament effektiv verabreicht wird und Kontrolle der selbstständigen Ausführung. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

Hervorgehoben werden kann, dass die CN-J hierbei nicht nur die Betreuung der Einzelperson, sondern, sofern vorhanden, durch Einbeziehung von Bezugspersonen den gesamten Familienverband im Fokus hatten.

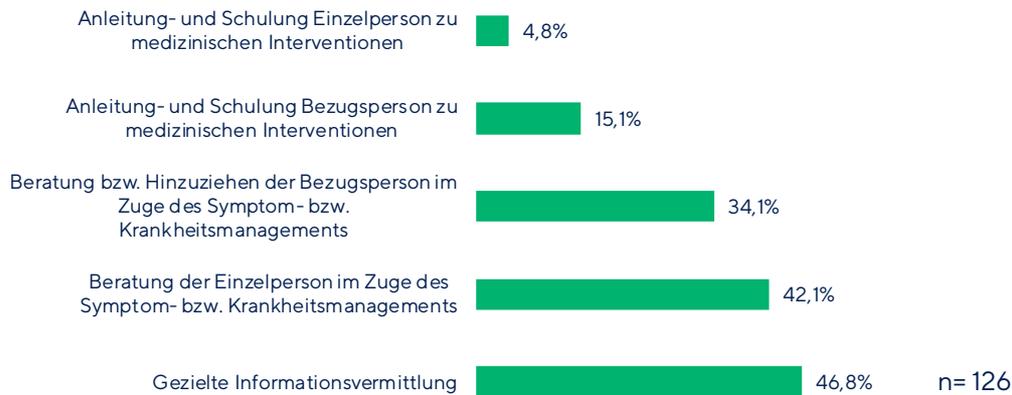


Abbildung 19: Ausprägungen der Leistung „Patient*innenedukation – Information, Beratung, Schulung“

3. Koordination: Fallbesprechungen mit anderen GDA

Neben der patient*innenorientierten Betreuung spielt auch die Vernetzung und Koordination eine große Rolle. So werden **Fallbesprechungen** mit unterschiedlichen involvierten GDA durchgeführt. Im Zusammenhang mit präventiv-medizinischen Pflegevisiten finden Fallbesprechungen, wie in Abbildung 20 ersichtlich, mit einem Anteil von 76,2 % (96 Personen) am häufigsten mit den kooperierenden Hausärzt*innen statt.



Abbildung 20: Ausprägungen der Leistung „Koordination: Fallbesprechung mit anderen GDA“

4. Vernetzung: Vermittlung und Koordination zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen

Basierend auf einem präventiv-medizinischen Hausbesuch werden folgende Festlegungen getroffen:

- liegt eine chronische Erkrankung vor und erfolgt eine aktive Betreuung im Tätigkeitsfeld „Diseasemanagement“
- kommt ein weiteres Tätigkeitsfeld wie z.B. das präventive oder existenzielle Versorgungsmanagement oder das Gesundheitsmanagement zur Anwendung
- sind andere GDA zu involvieren
- soll gezielt an andere soziale nicht medizinische Angebote verwiesen werden, wie es beim Social Prescribing vorgesehen ist

23% der Patient*innen wurden ins Tätigkeitsfeld „Diseasemanagement“ übernommen, bei rund 21% war die Anwendung eines weiteren Leistungsbereiches erforderlich und bei rund einem Fünftel wurden individuelle Pflege- und Betreuungsarrangements vermittelt, wie in Abbildung 21 ersichtlich ist.

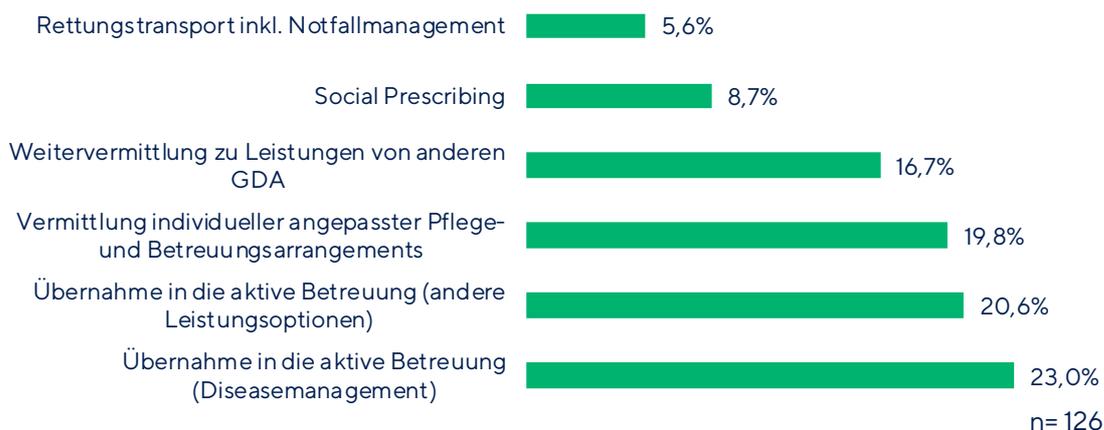


Abbildung 21: Ausprägungen der Leistung „Vernetzung: Vermittlung & Koordination zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen“

5. Pflegeintervention nach § 15 GuKG

Im Zuge der gesetzten Pflegeinterventionen, die als medizinisch therapeutische Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung zu verstehen sind, wurde die Blutentnahme mit 39,7% (50 Patient*innen) am häufigsten durchgeführt.

Als zweithäufigste medizinisch therapeutische Intervention mit 31% wurden Anpassungen nach SOP oder Einzelanordnung vorgenommen.

Zu Beginn des Projektes erfolgte die Zusammenarbeit mit den beteiligten Hausärztinnen nach Einzelanordnung. In weiterer Folge, als sich die Zusammenarbeit intensivierte, wurden prozessorientierte SOP für Standard-Erstinterventionen erstellt.

- Beispiele hierfür sind: z.B. Katheter legen, Erstversorgung einer Wunde (als Erstintervention und Überbrückung einer Versorgungslücke, bis ein professionelles Wundmanagement sichergestellt war), Gabe von Schmerzmittel usw. erstellt. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

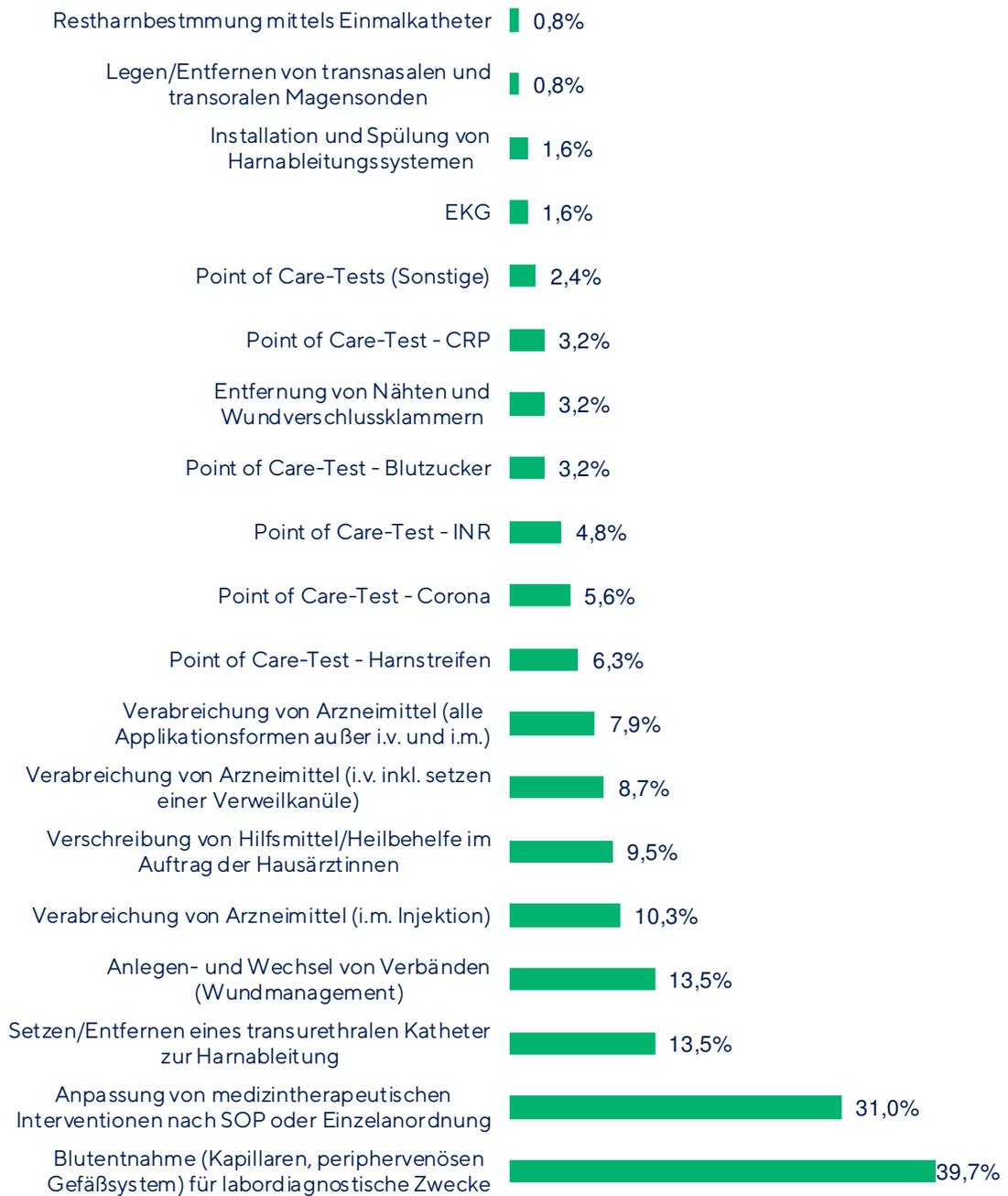
In weiterer Folge wurden SOP, die auf die Versorgung von chronischen Erkrankungen fokussiert waren, festgelegt.

- Beispiele hierfür sind: Anpassung der Gerinnungsmedikamente, Anpassung einer vorhandenen Entwässerungstherapie bei Herzinsuffizienz, Festlegung von Kontrollinterventionen wie z.B. eine regelmäßige Blutentnahme und Kontrolle des HB1C Wertes bei Diabetiker*innen, Überprüfung des Elektrolythaushalts bei Herzinsuffizienz, Kontrolle des Eisenstatus bei Anämie etc.. (Gressl D., persönliche Kommunikation, August 2024)

Weiters gab es auch SOP für chronische Schmerzpatient*innen, die die Überprüfung des Verlaufs und die Dauer der Medikamentengabe festlegten (Beginn, Steigerung, Endausbau).

Die Verordnung von Hilfsmitteln und Heilbehelfen erfolgte aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2024 durch die beteiligten Hausarzt*innen.

Als dritthäufigste Intervention mit 13,5% wurden Katheter gesetzt bzw. entfernt. Besonders häufig wurde dies aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten von Facharzt*innen für Urologie bei Männern durchgeführt (siehe Abbildung 22).



n= 126

Abbildung 22: Ausprägungen der Leistung „Pflegeinterventionen laut § 15 GuKG“

Detailauswertung zur Pflegeintervention

„Setzen/Entfernen eines transurethralen Katheter zur Harnableitung“



n=17

Abbildung 23: Detailauswertung zur Pflegeintervention "Setzen/Entfernen eines transurethralen Katheter zur Harnableitung"

Fokus: Tätigkeitsfeld „Diseasemanagement“ (DM)

Laut dem aktuellem österreichischen Gesundheitsbericht 2022 „leiden etwa zwei Drittel der Bevölkerung an chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Körper und Psyche betreffen. Die Krankheitslast, die in Summe auf 19,5 Lebensjahren bei Frauen und 16,4 Lebensjahren bei Männern in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit zurückzuführen sind, ist auf Probleme mit dem Bewegungsapparat, Diabetes, Asthma, COPD, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Depression zurückzuführen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich – je nach Erkrankung – entweder im oder über dem EU-Durchschnitt.“ (Griebler et al 2023:4)

Wie bereits in Kapitel 23.2 dargelegt, kann die Bevölkerung in Judenburg hinsichtlich der Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ 2, Arthrose und chronische Kopf-/Kreuz-/Nackenschmerzen als etwas gesünder als die/der Durchschnittsösterreicher*in bezeichnet werden. Hinsichtlich psychischer Störungen, Herzkrankheiten und Krebserkrankungen als auch hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit liegt Judenburg jedoch etwas über den jeweiligen Vergleichswerten für das Bundesland Steiermark und Österreich.

Um den vorhin beschriebenen Sachverhalt in diesem Bericht aufzugreifen, wurde die Patient*innengruppe, die dem Tätigkeitsfeld „Diseasemanagement“ zugeordnet wurde, näher betrachtet.

32 Personen wurden im Rahmen von 147 Kontakten als Diseasemanagement-Patient*innen klassifiziert. Demnach waren nahezu 40 % (39,1%) der Kontakte (n=373) auf die Betreuung chronisch kranker Menschen fokussiert. Es wurden durchschnittlich 5 Kontakte pro Patient*in dokumentiert, wohingegen bei Erst- bzw. Folgepflegevisiten rund 2 Kontakte pro Patient*in aufgezeichnet wurden. Auch die Dauer eines Hausbesuches war bei „Diseasemanagement Patient*innen“ durchschnittlich um 4 Minuten länger (ca. 68 Minuten) als bei Kontakten im Rahmen von Erst- oder Folgepflegevisiten (ca. 64 Minuten). Dies zeigt einen erhöhten Betreuungsbedarf bei „Diseasemanagement Patient*innen“.

Das Durchschnittsalter der Patient*innen liegt bei 80,5 Jahren und der Median bei 83,0 Jahren. Der Anteil der Pflegegeldbezieher*innen beläuft sich auf 78 % (25 Personen, n=32) – davon beziehen 11 Personen Pflegegeld ab Stufe 4.

Im Vergleich zum gesamten Patienten*innen-Klientel, in dem das Durchschnittsalter bei rund 78 Jahren, der Median des Alters bei 82 Jahren und der Anteil der Personen mit Pflegestufe bei rund 71% liegt, zeigt sich, dass Personen im Disease Management älter und bezogen auf die Pflegestufe auch kränker sind als andere Patient*innen. Der Anteil Alleinlebender (9 Personen) beträgt im Disease Management 28 %. Mehr als die Hälfte (59,4%) der Patient*innen sind Frauen.

Welche dokumentierten Hauptdiagnosen bei dieser Patient*innen-Gruppe auftreten, wird anhand der häufigsten 4 Diagnosekategorien nach ICPC-2, wie in Abbildung 24 ersichtlich, dargestellt. Die Diagnose „Herzinsuffizienz“ in der Überkategorie „Kreislaufsystem“ wurde am Häufigsten dokumentiert.

1. Kreislaufsystem

(Arrhythmie, Elektrolytstörung, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Ischämische Herzkrankheit, Periphere Schwellung, Schlaganfall, Vorhofflimmern)



9 (28%)

2. Urogenitalsystem

(Benigne Prostatahyperplasie, Chronische Nierenkrankheit, Funktionelle Blasenstörung, Harnwegsinfektion, Nierentransplantation, Urogenitalstörung, Zustand nach Blasenoperation)



4 (13%)

2. Psychische Störungen

(Alkoholproblem, Demenz Depression, Drogenmissbrauch, Raucher)



4 (13%)

3. Stoffwechsel- und endokrine Krankheiten

(Diabetes mellitus Typ 1/2, Eisenmangelanämie, Ernährungsstörung, Gicht, Osteoporose)



3 (9%)

n= 32

Abbildung 24: Top 3 Überkategorien Disease Management

Die häufigsten Kontakte (39 von 147) im Rahmen des Disease Management waren aufgrund von Anpassungen der medizntherapeutischen Intervention (z.B. Medikamentenanpassung) notwendig.

Nur 1 von 147 Kontakten konnte als umfassenderes Beratungsgespräch (länger als 15 Minuten) telefonisch erbracht werden, die restlichen 146 Kontakte fanden aufsuchend bei der/beim Patient*in statt.

5.3 Limitationen

Die quantitative Analyse basiert ausschließlich auf Angaben der CN-J sowie der zur Verfügung gestellten Excel-Sheets (siehe Tabelle 4 und Tabelle 5 im Anhang). Es erfolgte keine Übermittlung der Sozialversicherungsnummer (SV-Nummer) der Patient*innen, daher kann weder auf Abrechnungsdaten der Sozialversicherung (SV) noch auf etwaige andere Datenquellen zurückgegriffen werden. Damit ist eine Analyse von Kostenentwicklungen z.B. im Heilmittelbereich und jegliche Information außerhalb der dokumentierten Leistungen der präventiv-medizinischen Pflegevisiten ausgeschlossen.

Anhand von Stundenaufzeichnungen der CN-J (siehe Anhang: Tabelle 8) ist es möglich näherungsweise auf den Aufwand der anderen Leistungsbereiche rückzuschließen, weitere Informationen sind für die Leistungsbereiche „Kommunal- und Systemebene“ oder „Weitere Leistungen- & Services“ nicht gegeben.

Jegliche Information zur Pflegestufe wird pro Patient*in nur zu Beginn der Dateneinpfehlung durch die CN-J erfasst, eine Veränderung der Einstufung der Pflegestufe wird nicht dokumentiert. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine damit einhergehende Erhöhung der Pflegestufe kann somit nicht nachvollzogen werden.

Die Mobilität der Patient*innen kann nur eingeschränkt interpretiert werden, da vor der Datenerhebung nicht eindeutig abgegrenzt wurde, ob die Information „keine Mobilität gegeben“ auf die körperliche Einschränkung des Bewegungsapparates oder auf das Fehlen eines PKW, etc. zurückzuführen ist.

6 Conclusio und Handlungsempfehlungen

Der Fokus der Evaluierung in diesem Bericht lag auf der Untersuchung der präventiv-medizinischen Hausbesuche für Einzelpersonen oder Familien im Zuständigkeitsbereich der Community Nurses in Judenburg. Im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen arbeiten die CN- J im Primär-, Sekundär- und Tertiärpräventionsbereich und setzen Maßnahmen nach ärztlicher Delegation.

Pflegevisiten – Hausbesuche

Der Aufgabenbereich der Community Nurses wird von Hausärzt*innen als sehr spezifisch, meist bezogen auf den unmittelbaren Zuweisungsgrund und an (invasiven) medizinischen Leistungen angesehen. Im Rahmen dieser präventiv-medizinischen Hausbesuche erfüllen die Community Nurses in Judenburg eine zentrale „Jokerfunktion“ zwischen Krankenhäusern, Hausärzt*innen sowie Pflege- und Sozialdiensten aufgrund ihrer raschen und niederschweligen Einsatzmöglichkeit direkt in der Wohnumgebung der Patient*innen. Sie kompensieren vor allem in der Erstphase der Versorgung Schnittstelleprobleme und verhindern dadurch Rückeinweisungen in den stationären Bereich. Gleichzeitig erfolgt durch ihre Arbeit eine Entlassung der Ärzt*innen im niedergelassenen Setting.

Gesundheitsmanagement/Gesundheitspflegeprozess

Die Community Nurses sind in den Bereich des Gesundheitsmanagements stark eingebunden. Sie begleiten in ihrer Tätigkeit sowohl Einzelpersonen als auch gesamte Familiensysteme, um den aktuellen Gesundheitszustand der betroffenen Menschen nicht nur zu erhalten, sondern im Idealfall auch zu verbessern. Dazu liegt ihr Fokus nicht allein auf präventiv-medizinischen Tätigkeiten, sondern umfasst auch die subjektive Lebensqualität der Patient*innen sowie deren persönliches Verhalten in Bezug auf die Gesundheit. Gemeinsam mit den Patient*innen wird erarbeitet, welche Ziele der Einsatz der Community Nurses haben soll. Ziel ist, am Ende der Betreuung die Patient*innen wieder der eigenständigen Versorgung zuzuführen oder an den mobilen Pflegedienst oder 24-h-Betreuung zu übergeben. Zusätzlich dazu sorgen die Community Nurses dafür, dass auch die Rahmenbedingungen für einen Verbleib in der gewohnten Umgebung für die Patient*innen möglich wird. Das erreichen sie durch die Organisation diverser Hilfsmittel, Unterstützung bei Antragstellungen sowie durch Schulung der Angehörigen in einfachen Maßnahmen (wie beispielsweise Verbandswechsel).

Die Community Nurses haben den Eindruck, dass die mobilen Dienste in der Region Judenburg aufgrund eingeschränkter Ressourcen eine Betreuung nicht immer so schnell übernehmen können, wie es eigentlich notwendig wäre. Sie übernehmen hier also eine zwischenzeitliche Versorgung. Ziel ist jedoch die Übergabe an den mobilen Pflegedienst. Eine gute Abstimmung der Zuständigkeiten, der Dauer der Betreuung und eine fachlich gute Übergabe zwischen beiden Diensten ist nicht nur notwendig, um die Patient*innenversorgung kontinuierlich auf einem hohen Niveau zu halten, sondern auch um dem Berufsverständnis der klassischen mobilen Pflege gerecht zu werden. Eine klare Rollenbeschreibung und -abgrenzung wird notwendig sein, um die Zusammenarbeit weiterhin zu gewährleisten.

Disease management

Die Betreuung der Patient*innen nach ärztlicher Anordnung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle in der Arbeit der Community Nurses. Sie haben die zeitlichen Ressourcen für wiederkehrende Hausbesuche, die den Allgemeinmediziner*innen fehlt. Dadurch ist ein durchgehender Blick auf die bestehenden Erkrankungen möglich, da die ältere und vor allem chronisch erkrankte Zielgruppe zum Teil nicht mehr (regelmäßig) eine Arztpraxis aufsuchen kann oder der Besuch in der Ordination aufgrund der Anreise und Wartezeiten als erheblicher Aufwand (administrativ, aber auch körperlich und psychisch) wahrgenommen wird. Die Community Nurses können durch ihre Hausbesuche die Patient*innen in ihrem gewohnten Umfeld besuchen und haben Zeit für ausführliche Gespräche. Aus Sicht der Patient*innen ist das ein erheblicher Mehrwert, der zur Zufriedenheit mit der Versorgung wesentlich beiträgt.

Bei Verschlechterungen der Gesamtsituation kann rasch reagiert werden und in Zusammenarbeit mit den Allgemeinmediziner*innen die Maßnahmen angepasst werden. Die regelmäßigen Verlaufskontrollen sichern hier durchgehende Beobachtung und Dokumentation.

Die Community Nurses übernehmen in diesem Bereich viele Aufgaben nach ärztlicher Delegation, von Blutabnahmen bis hin zur Einschätzung der Notwendigkeit einer Hospitalisierung ist dieser Aufgabenbereich sehr umfangreich.

Präventives Versorgungsmanagement

Wie oben bereits angeführt werden auch die Angehörigen geschult und in die weitere Versorgung miteinbezogen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Versorgungssituation. Ausgehend von einem umfangreichen Assessment wird der Unterstützungsbedarf ermittelt und die dafür notwendigen Ressourcen erhoben. Neben der Vermeidung von Isolation und Einsamkeit soll die Selbstständigkeit der Patient*innen verbessert werden. Das ist nicht im Rahmen eines einzigen Hausbesuches zu erledigen, es braucht häufigeren und regelmäßigen Kontakt, um während des Betreuungsprozesses auch Anpassungen vornehmen zu können. Die Community Nurses können auf die individuellen Bedarfe rasch und niederschwellig reagieren, sie sind in Judenburg eine der wenigen Institutionen neben dem Rettungsdienst, die auf akute Problemlagen und Schwierigkeiten in der Pflege reagieren können – und das mit dem Ziel der Vermeidung der Hospitalisierung vor Augen.

Es besteht ein Vertrauensverhältnis von den Patient*innen zu den Community Nurses, auf dessen Basis auch die Compliance für die weiteren Schritte aufbaut. Die Hausbesuche erleichtern das Verstehen der Gesamtsituation.

Existentielles Versorgungsmanagement

Die Menschen sind als komplexe Systeme zu betrachten, die nicht nur pflegerische und medizinische, sondern auch psychosoziale Problemlagen haben und medizinische Symptome können auch ein Indiz für vorliegende psychosoziale Problemlagen sein. Die Patient*innen wenden sich auch mit diesen Schwierigkeiten an die Community Nurses. Aufgrund des

Fehlens anderer Berufsgruppen (z.B. Erwachsenensozialarbeit) müssen die Community Nurses in Judenburg auch in der existenziellen Versorgung Aufgaben übernehmen, die aufgrund ihrer Komplexität und der fehlenden Ressourcen zunehmend dazu führen, dass sie ihre Kompetenzen übersteigen. Sie übernehmen die Aufgabe des existenziellen Versorgungsmanagements oft allein, was die zeitlichen Ressourcen für andere Tätigkeiten einschränkt. Nach ihrer eigenen Einschätzung sind sie auf die pflegerischen und medizinischen Aufgaben gut vorbereitet, das Fehlen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und damit der optimalen Versorgung merken die Community Nurses sehr deutlich.

Handlungsempfehlungen

Daraus ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Community Nurses Judenburg mit dem in diesem Bericht ausführlich dargestellten Aufgabenbereich übernehmen eine wichtige Schnittstellenfunktion in der bedarfsgerechten Versorgung chronisch kranker Menschen. Damit gelingt es offensichtlich vermehrt, erneute stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Es wird daher empfohlen, das Modell weiter auszubauen, um sicherzustellen, dass wichtige medizinisch pflegerische Betreuungsleistungen ambulant im gewohnten Umfeld der Patient*innen durchgeführt werden können.
- Wenn dieser Ausbau angestrebt wird, wird empfohlen, eine transparente Rollenklärung insbesondere mit bestehenden Pflegedienstleister*innen durchzuführen, welche Leistungen von den Community Nurses durchgeführt werden sollen. Im Sinne einer effizienten und ökonomischen Abgrenzung der unterschiedlichen Angebote ist eine klare Unterscheidung in den Zuständigkeiten unbedingt erforderlich. Die langfristige Übernahme von Aufgaben der klassischen Hauskrankenpflege durch die Community Nurses ist nicht zielführend.
- Es wird empfohlen, dass die Community Nurses in jenen Fällen die Fallführung übernehmen, in denen bestehende Pflegedienstleiter*innen nicht involviert sind, da sie als zentrale Ansprechpersonen den engsten Kontakt mit den Patient*innen haben über deren Bedürfnisse am besten Bescheid wissen und somit sehr gut bedarfsgerecht Vernetzungen mit anderen Berufsgruppen herstellen können. Ähnliches sollte für jene Fälle gelten, in denen die Hauskrankenpflege zwar bereits involviert ist, aber aufgrund der Krankheitssituation temporär eine vertiefende Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und die Koordination weitergehender Dienstleistungen erforderlich ist. In beiden Zusammenhängen wird empfohlen, dass sie im Bedarfsfall die Kompetenzen anderer Berufsgruppen in Anspruch nehmen, wenn Fragen betroffen sind, die über ihren unmittelbaren Kompetenzbereich hinausgehen. In Fällen, in denen die Hauskrankenpflege bereits involviert war, kann die Fallführung an diese wieder zurück übergeben werden, wenn die Aufgaben von dieser wieder gut übernommen werden kann. Vorbilder dafür bestehen bereits im Bereich der mobilen Palliative Care.
- Um die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den in der Region tätigen Ärzt*innen aller Fachrichtungen zu intensivieren, ist es notwendig, ein grundlegendes Verständnis und Bewusstsein für das Angebot sowie die spezifischen Aufgaben der Community Nurses bei den Mediziner*innen zu schaffen. Dieses Wissen sollte klar verständlich und leicht zugänglich vermittelt werden. Es wird daher empfohlen, bedarfsgerechte Informationsmaterialien zu entwickeln, beispielsweise kompakte Darstellungen der

Kompetenzen und Zuständigkeitsbereiche in übersichtlicher Form (etwa knappe tabellarische Darstellungen).

- Im Ausbau ist zu bedenken, dass die Erwartungen von Patient*innen und deren Angehörigen über die medizinisch pflegerische Komponente hinausgeht. Auch psychosoziale und sozialarbeiterische Aspekte wie Entlastungsgespräche, Unterstützungen bei Antragstellungen oder auch Hilfe bei der Lösung prekärer Wohnverhältnisse etc. werden von den Patient*innen und deren Angehörigen eingefordert. Es wird empfohlen, im Bedarfsfall auch andere Berufsgruppen in die Betreuung miteinzubeziehen, um einerseits zu gewährleisten, dass die Betroffenen eine adäquate Beratung und Unterstützung erhalten und andererseits den Kompetenzbereich der Community Nurses nicht zu überschreiten bzw. den expliziten Kompetenzbereich der Erwachsenensozialarbeit gezielt zu nutzen. Es zeigt sich deutlich, dass die Gesamtheit dieser Aspekte von den Community Nurses allein nicht abgedeckt werden kann. Anzuraten ist die Etablierung interdisziplinärer Teams als fixen Bestandteil der gemeindenahen Versorgung, angelehnt an die Struktur der mobilen Palliativteams, in denen neben Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch Sozialarbeiter*innen integriert sind.
- Es wird empfohlen eine idealerweise österreichweit einsetzbare gemeinsame digitale Plattform für alle Community Nurses zu schaffen, die kompatibel mit den Sozialversicherungsträger*innen ist. Diese soll eine rechtlich nachvollziehbare und einheitliche Informationsbasis zur Dokumentation von Fallverläufen und erbrachten Interventionen ermöglichen, die zudem als Basis für eine interprofessionelle Zusammenarbeit herangezogen werden kann. Darüber hinaus soll sie so gestaltet werden, dass die mit den Sozialversicherungsträger*innen verrechenbare Leistungen einfach extrahiert werden können.
- Es wird empfohlen, bei der Implementierung darauf zu achten, einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den beteiligten Professionen sicherzustellen. Dies könnte durch die Einrichtung einer gemeinsamen fallbezogenen Informationsplattform erreicht werden, die allen beteiligten Fachkräften Einblick in zentrale patient*innenbezogene Daten, Fallverläufe und geplante Maßnahmen bietet.
- Zudem ist eine kontinuierliche und umfassende Ausbildung sowie berufliche Weiterentwicklung für die Rolle der Community Nurse unerlässlich, wobei der Grundstein für die Tätigkeit als Community Nurse eine abgeschlossene akademische Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ist. Durch gezielte Fort- und Weiterbildungen in Bereichen wie Prävention, Palliative Care und Schmerzmanagement, Case Management, psychosoziale Gesundheit, Familiengesundheit und Public Health, Beratungstechniken und Digitalisierung kann die Community Nurse ihre Fachkompetenzen erweitern und die Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft nachhaltig verbessern. Darüber hinaus stärkt die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und das aktive Engagement in der Pflege- und Gesundheitsforschung die Qualität und Wirksamkeit ihrer Arbeit.

Verfasser*innen

ÖGK VM3

Mernama Avdic, BA (ÖGK-FB23 NÖ)

Mag.^a (FH) Andrea Gollmer (ÖGK-FB23 NÖ)

Sabrina Kienberger, BSc (WU) (ÖGK-FB23 NÖ)

Mag. (FH) Martin Robausch MPH (ÖGK-FB23 NÖ)

FH St. Pölten

Sandra Herold, BA, MA

Rettungssanitäterin, Sozialarbeiterin, Care- und Casemanagerin, Soziotherapeutin (D) und Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (D).

Berufliche Tätigkeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung unter anderem Teamleitung im Ambulant Betreuten Wohnen und Leitung einer Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen in Krisensituationen und seelischen Schwierigkeiten.

Übernahme von arztentlastenden, delegierten Aufgaben in der Hausarztpraxis unter anderem Care- und Casemanagement, Hausbesuche und Unterstützung bei Diagnose-, Therapie- und Präventionsmaßnahmen.

Diverse Dozententätigkeiten an der Evangelischen Hochschule Bochum (D), der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Bochum und beim Deutschen Hausärzteverband. Wissenschaftliche Mitarbeit an der FH St. Pölten, Dept Soziales, Ilse Artl Institut für Soziale Inklusionsforschung.

Publikationen:

Auer, Oliver / Herold, Sandra / Laminger, Sarah Maria /Presser, Marlies /Renner, Patricia / Seidl, Magdalena / Stöger, Lisa (2018): Entwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung, Masterarbeit, FH St.Pölten

Herold, Sandra (2016): Merkmale für die Inanspruchnahme institutioneller Kinderfrühbetreuung in peripheren Regionen – Eine quantitative Studie an den NutzerInnen der NÖ Kinderbetreuung im Waldviertel. Bachelorarbeit, FH St. Pölten



FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

seit 1984 im Rettungsdienst tätig, Sozialarbeiter, Gesundheitswissenschaftler, Notfallsanitäter – NKI. Ausbildung und Arbeit als Paramedic (USA) und Lehrrettungsassistent in Deutschland; Masterstudium Emergency Health Universität Maryland

Berufliche Tätigkeit als Qualitätsmanager und Leiter Rettungsdienst; Projektleiter Health Care Management mit der Vertiefung Rettungsdienstmanagement an der Donau-Universität Krems; Projektleiter Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege mit integrierbarer Notfallsanitäterausbildung; Studiengangsleiter Master Soziale Arbeit FH St. Pölten und Dozent in den Depts Gesundheit und Soziales; Beratung diverser Primärversorgungssysteme in Europa und USA. Forschungsschwerpunkte: Krisenintervention und Public Health/Versorgungsforschung an der Schnittstelle Rettungsdienst, Sozialarbeit, Pflege, Primärversorgung und Notaufnahmen

Publikationen:

Suette, Sabine / Soxberger, Thomas / Redelsteiner, Christoph / Zahorka, Florian (2024): Rettungsdienst in Österreich. Ideen für die Weiterentwicklung und Zukunftsfähigkeit In: Fachzeitschrift Rettungsdienst. 47 JG. S 46 – 51

Redelsteiner, Christoph / Spulak, Caroline / Adamek, Katharina / Tragschitz, Andrea / Riedler, Michael / Böhmer, Veronika / Zahorka, Florian (2023): Pilotprojekt in Niederösterreich: Acute Community Nurse und Akutsozialarbeit. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 42 -47

Redelsteiner, Christoph (2023): Community Care: Eine Systementlastung für den Rettungsdienst. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 28-32

Redelsteiner, Christoph (2023): Gesundheit und Soziale Arbeit. SiÖ Sozialarbeit in Österreich. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich. Ausgabe 2 ISSN 10-19-7729 Nr 221/59 Jg S 8 – 15

Redelsteiner, Christoph / Petersen, Rene / Jensen, Søren Lund / Andersen, Thomas Lyngge / Döger, Linda / Mühlbauer, Bianca (2023): Sociolance Kopenhagen. Ein Einsatzmittel für psychosoziale Anliegen. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 05 2023 46 Jg S 16 -22

Redelsteiner, Christoph / Shuhart, Sonia (2023): Unterstützung für Dauerpatienten: Community Paramedics und Social Workers in Manatee County. In: Fachzeitschrift Rettungsdienst 03 2023 46 Jg., S 48-53



FH-Prof. Manuel Schwanda, BSc MScN

Department Gesundheit FH St. Pölten, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit Sonderausbildung Intensivpflege und Lehraufgaben; Notfallsanitäter; Stellvertretender Studiengangsleiter Gesundheits- und Krankenpflege (BA); Senior Researcher Institut für Gesundheitswissenschaften; laufendes Doktoratsstudium Nursing and Allied Health Sciences an der PMU Salzburg, Masterstudium Pflegewissenschaft an der UMIT Hall/Tirol, Bachelorstudium Advanced Nursing Practice an der IMC Fachhochschule Krems

Publikationen:

- Schwanda, M., Brunner, S., Abreu Almeida, M. D., Koller, M., Müller Staub, M., & Ewers, A. (2024). Content validation of the NANDA-I nursing diagnosis risk for perioperative hypothermia (00254). *International Journal of Nursing Knowledge*, 2047-3095.12491. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12491>
- Schwanda, M. (2023). immtaCARE: Pflegen lernen in virtueller Umgebung. Abstractband AK Digioffensive 2019-2023, 42. <https://digioffensive.ak.at/projekte/gesundheits-pflege/immtaCARE.html>
- Gruber, R., Wimmer-Grötzl, R., & Schwanda, M. (2023). Schmerzedukation am Beispiel der NNN-Taxonomie. In N. Schüßler & I. Gnass (Eds.), *Schmerzedukation: Schmerzexpertise nach dem EFIC-Curriculum* (1. Auflage 2023, pp. 144–150). Hogrefe AG.
- Gruber, R., & Schwanda, M. (2020). Hopelessness during acute hospitalisation is a strong predictor of mortality. *Evidence Based Nursing*, ebnurs-2019-103154. <https://doi.org/10/gh38bt>
- Wimmer, R., Schwanda, M., & Rottensteiner, S. (Hrsg.). (2020). *Schnelle Hilfe bei Schlaganfall. Arbeitsbuch zur präklinischen Versorgung für Rettungsdienst und Gesundheitsberufe* (1. Auflage). Facultas.
- Gruber, R., & Schwanda, M. (2019). Feeling fearful and lonely are indicative experiences of emotional distress for people with dementia. *Evidence Based Nursing*, ebnurs-2018-103003. <https://doi.org/10/gh3779>
- Schwanda, M., & Gruber, R. (2019). Hospital admission may increase the risk of potentially inappropriate prescribing among older primary care patients. *Evidence Based Nursing*, ebnurs-2019-103083. <https://doi.org/10/gnt2vt>
- Schwanda, M., & Gruber, R. (2019). Increased knowledge of oral anticoagulants and treatment satisfaction leads to better adherence to oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Evidence Based Nursing*, ebnurs-2018-103013. <https://doi.org/10/gnt2vr>
- Schwanda, M., & Gruber, R. (2018). Extended visitation policy may lower risk for delirium in the intensive care unit. *Evidence Based Nursing*, 21(3), 80. <https://doi.org/10/gh376d>
- Schwanda, M. (2016). Testung der Inhaltsvalidität eines Messinstrumentes anhand des Content Validity Index. *Klinische Pflegeforschung*, 2, 31–33. <https://doi.org/10/gh376f>



Jacqueline Zeilinger, BA MA

Sozialarbeiterin, Notfallsanitäterin

Berufliche Tätigkeit: Klinische Sozialarbeit in einem niederösterreichischen Landeskrankenhaus, Mitarbeiterin im Notfall- und Krisenmanagement der FH St. Pölten, Leitung diverser Projekte zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Studierenden.

Lehrendentätigkeit an der FH St. Pölten in den Departments Gesundheit und Soziales. Wissenschaftliche Mitarbeit an der FH St. Pölten und der Bertha von Suttner Privatuniversität.

Publikationen:

Gierlinger, Peter / Izic, Edin / Zeilinger, Jacqueline (2022): Social Prescribing – Eine internationale Perspektive auf den Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit. Masterarbeit, FH St. Pölten.

Eder, Melina / Fercher, Stefan / Haberhofer, Beate / Zeilinger, Jacqueline (2021): Akutsozialarbeit. Wenn sonst niemand erreichbar ist. soziales_kapital Nr. 25 (2021).

Zeilinger, Jacqueline (2020): „Ist denn wirklich niemand da?“ Rettungssanitäter*innen als Brücke zur Akutsozialarbeit? Bachelorarbeit, FH St. Pölten.



FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pfliegerl

Berufliche Tätigkeit: Department Soziales; Soziologe, Altersforscher, Familienforscher
Schwerpunkte: Alter, Soziale Arbeit mit älteren Menschen und ihren An- und Zugehörigen, Soziale Arbeit und Pflege, Ambient Assisted Living

Leiter des Ilse Arlt Instituts für Soziale Inklusionsforschung, interimistischer Studiengangsleiter
Master Soziale Arbeit an der FH St. Pölten, Professor für Soziale Arbeit und Altern

Publikationen (Auswahl):

- Daxbacher, J., Einem, B., Huster, S., Köse, B., Mayer, S., Oravcova, M., Huber, M., Pfliegerl, J. (2024): Familienrat in Caring Kontexten, In: Dietrich, A., Gabriel-Schärer, P., Zimmermann, A. (Eds): Familienrat/Family Group Conference Starke Netzwerke für gemeinsame Lösungen. Lambertus-Verlag, S.169-185
- Delorette, M., Dietrich, A., Gabriel-Schärer, P., Haselbacher, Ch., Huber, M., Pfliegerl, J., Zimmermann, A. (2024): Fallvignetten mit handlungsleitenden Fragestellungen zur Fallreflexion des Verfahrens Familienrat/Family Group Conference. Freiburg.Breisgau: In: Dietrich, A., Gabriel-Schärer, P., Zimmermann, A. (Eds): Familienrat/Family Group Conference Starke Netzwerke für gemeinsame Lösungen. Lambertus-Verlag, S.39-59
- Pfliegerl, J. (2022). Soziale Arbeit mit älteren Menschen in Österreich. SiO-Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich(3/2022), S.8-14.
- Pfliegerl, J.,Huber, M. (2022). Familienrat in Caring Kontexten. ÖGPH-Newsletter Juni 2022, S.6.
- Pfliegerl, J., Redelsteiner, C., Schmid, T. (2020). Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen. Soziale Sicherheit(3/2020), S.113-122.
- Pfliegerl, J., & Neuer, A. (2020). Soziale Arbeit für ältere Menschen in Österreich. In K. Aner & U. Karl (Eds.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer VS, S. 85-94.
- Mayrhofer, H., Wächter, N., Pfliegerl, J., 2019a. Participatory research in social work between aspiration and reality. Österreichische Zeitschrift für Soziologie S.1–8. <https://doi.org/10/gh377q>
- Pfliegerl, J., Doppler, J., Ganaus, P., & Pripfl, J. (2018, 2018). Digitale Helfer für Gesundheit und Pflege. Seniorenheim-Magazin, S.16-17.
- Doppler, J., Rottermann, G., Sommer, S., Judmaier, P., Pfliegerl, J., & Gradl, C. (2018). Spielerisch zur neuen Technik - User Centered Design verbessert Technologieakzeptanz im Alter. ProCare, 23, 24–27. doi:10/gnt2vn
- Pfliegerl, J., & Sommer, S. (2017). Betreuung älterer Familienangehöriger. beziehungsweise - Informationsdienst des Österreichischen Instituts für Familienforschung, S.14-17.
- Redelsteiner, C., & Pfliegerl, J. (2015). Community Social Care. In P. Pantuček-Eisenbacher, M. Vyslouzil, & J. Pfliegerl (Eds.), Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten: FH St. Pölten, S. 233-244.
- Pfliegerl, J. (2015). Mit Online-Spielen gegen die Einsamkeit. Sozialwirtschaft, 25(3), S. 36-37. doi:10/gh373f



FH-Prof. Julia Glösmann, BSc MSc

Department Gesundheit FH St. Pölten, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Stellvertretende Studiengangsleiterin Gesundheits- und Krankenpflege (BSc); Sonderausbildung Pädagogik, Case- und Caremanagement und Praxisanleitung. Bachelor und Masterstudium Advanced Nursing Practice an der IMC Fachhochschule Krems.

Schwerpunkte: geburtshilfliche und gynäkologische Pflege, Familien- und Gemeindefürsorge (Community Nursing) und interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Publikationen:

Brunhuber, L., & Glösmann, J. (2022). Ein internationales Online-Projekt der Studiengänge Gesundheits- und Krankenpflege der FH St. Pölten und der FH Bielefeld. In J. Weissenböck, W. Gruber, & C. Freisleben-Teutscher (Eds.), *Lernräume der Zukunft an Hochschulen: Physisch, hybrid und online. Wie wird der „Shift from Teaching to Learning“ in innovative Lernraumkonzepte übersetzt?*, Beiträge zum 10. Tag der Lehre an der FH St. Pölten am 12. Mai 2022. Lemberger.

Brunhuber, L., Glösmann, J., Mertin, M., Müller, I., & Seegert, A.-K. (2023). Brücken schlagen zwischen zwei (Pflege-)Welten. *PADUA*, 18(5), 271–276. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000768>

Brunhuber, L., Glösmann, J., Müller, I., & Seegert, A. (2022, February). Peer Education beyond Borders (PEbB). „Inverted Classroom and beyond“ meets Tag der Lehre—Praxisimpulse aus der Hochschule [Vortrag]. „Inverted Classroom and beyond“ meets Tag der Lehre der Universität Paderborn Student Engagement – aktive Teilhabe von Lernenden in Studium und Schule fördern, Universität Paderborn. https://www.icmbeyond.net/?page_id=2070

Glösmann, J., & Brunhuber, L. (2018, November). Intercultural communication and language barriers in nursing in Austria [Vortrag]. International Week 2018, UCC Copenhagen.

Glösmann, J., & Brunhuber, L. (2020). Krankheitsverlauf und Erstversorgung. In R. Wimmer, M. Schwanda, & S. Rottensteiner (Eds.), *Schnelle Hilfe bei Schlaganfall. Arbeitsbuch zur präklinischen Versorgung für Rettungsdienst und Gesundheitsberufe* (1. Auflage, pp. 27–36). Facultas.

Mertin, M., Müller, I., Brunhuber, L., Glösmann, J., große Schlarmann, J., & Seegert, A.-K. (2024). *Fallbuch Pflegediagnostik: Lösungsansätze für komplexe Pflegesituationen* (1. Auflage). Kohlhammer Verlag.



Literatur

Ärztchammer für Steiermark (2024): Ordinationssuche > Ärzt*innen Bezirk Murtal; [Ordinationssuche : Ärztekammer Steiermark \(aekstmk.or.at\)](http://Ordinationssuche:Ärztchammer Steiermark (aekstmk.or.at)), Zugriff: Juni 2024

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023): Landeskrankenhaus Murtal | Kliniksuche.at; aktualisiert am 10.02.2023, Zugriff: Juni 2024

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024): [Ambulante Dokumentation: Nutzung der ICPC-2 in Österreich \(sozialministerium.at\)](http://Ambulante Dokumentation: Nutzung der ICPC-2 in Österreich (sozialministerium.at)); aktualisiert am 20.12.2019, Zugriff: März 2024

Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2024): Auswertung aus Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG); Auswertung KORE; Auswertung: 05.2024

Gesundheit Österreich GmbH (2023): Regionales Versorgungsprofil Primärversorgung für den Einzugsbereich von Judenburg, Wien, Auswertung: 11.04.2024

Gressl, Daniel-Peter (2021): Community Nursing Judenburg Projektbeschreibung, Judenburg

Gressl, Daniel-Peter (2024a): Konzept Leistungen Community Nurse durch die Biertergemeinschaft Ö-Nurse Praxis für Gesundheits- und Krankenpflege, Judenburg

Gressl, Daniel-Peter (2024b): Projektdokumentation: Leistungen Projekt Community Nurse Judenburg, Judenburg

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Leuprecht, Eva; Nowotny, Monika; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Kucera, Sabrina (2023): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Kohlbrunn, Yvonne / Scheytt, Carla (2021): Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Qualitative Auswertungsmethoden. <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-auswertungsmethoden/qualitative-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-kuckartz/>, Zugriff: 07.04.2024.

Kuckartz, Udo / Rädiker, Stefan (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.

Schaeffer, D. (2024): Patientenberatung/Patientenedukation. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i087-3.0>, Zugriff: Oktober 2024

Schaffer, Marjorie A. / Glavin, Kari (2022): Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practise, Public Health Nursing Volume 39, Issue 1: Global Public Health

Nursing; [Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice \(wiley.com\)](#), Zugriff: September 2024

Statistik Austria (2023a): STATcube - Statistische Datenbank von Statistik Austria – Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2002/ Fallzahl pro Jahr/ Bundesland (NUTS 2-Einheit)/ Gemeinde, Auswertung: 05.2024

Statistik Austria (2023b): Volkszählung 2021: Österreich wächst durch Zuwanderung und altert;
https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/07/20230717Volkszaehlung2021_korr.pdf, Zugriff: Oktober 2024

Statistik Austria (2023c): Zensus Volkszählung 2021: Ergebnisse zur Bevölkerung aus der Registerzählung; https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Zensus-VZ-2021.pdf ; Zugriff: Oktober 2024

Daten

Durchführung der leitfadengestützten Interviews von Christoph Redelsteiner und Manuel Schwanda im Zeitraum September bis Dezember 2023.

Ä1: Interview mit Ärztin 1, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Sandra Herold, Zeilen durchgehend nummeriert.

Ä2: Interview mit Ärztin 2, geführt von Manuel Schwanda, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

Ä3: Interview mit Ärztin 3, geführt von Manuel Schwanda, transkribiert von Sandra Herold, Zeilen durchgehend nummeriert.

Ä4: Interview mit Ärztin 4, geführt von Manuel Schwanda, transkribiert von Jacqueline Zeilinger, Zeilen durchgehend nummeriert.

CN1: Interview mit Community Nurse 1, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

CN2: Interview mit Community Nurse 2, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Jacqueline Zeilinger, Zeilen durchgehend nummeriert.

CN3: Interview mit Community Nurse 3, geführt von Manuel Schwanda, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

CN4: Interview mit Community Nurse 4, geführt von Manuel Schwanda, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

P1: Interview mit Patient 1, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

P2: Interview mit Patientin 2, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Jacqueline Zeilinger, Zeilen durchgehend nummeriert.

P3: Interview mit Patientin 3, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Martha Helene Katt, Zeilen durchgehend nummeriert.

P4: Interview mit Patientin 4 und Angehöriger, geführt von Christoph Redelsteiner, transkribiert von Jacqueline Zeilinger, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lokalisation Judenburg	10
Abbildung 2: Altersverteilung Judenburg/Steiermark/Österreich (2023).....	10
Abbildung 3: Ganzheitliche Leistungserbringung durch die CN-J (Gressl 2024, Darstellung ÖGK).....	19
Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Patient*innen mit PMPV	47
Abbildung 5: Altersverteilung der Patient*innen mit PMPV	48
Abbildung 6: Mobilität der Patient*innen mit PMPV	48
Abbildung 7: Lebenssituation der Patient*innen mit PMPV	49
Abbildung 8: Wohnsituation der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV	49
Abbildung 9: Geschlechterverteilung der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV.....	50
Abbildung 10: Altersverteilung der alleinlebenden Patient*innen mit PMPV, Stichtag 31.12.2023	50
Abbildung 11: Aufteilung der Patient*innen mit PMPV nach Pflegestufe.....	51
Abbildung 12: Vermittelnde Stellen für die Erstkontaktaufnahme mit den CN-J	51
Abbildung 13: Kontaktaufnahme aufsuchend nach Art der Leistungserbringung, Anzahl Kontakte/Patient*innen.....	52
<i>Abbildung 14: Verteilung der Kontakte pro Patient*in</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 15: Top 5 Diagnosekategorien lt. ICPC-2 und zugeordnete Hauptdiagnosen laut Projektdokumentation.....</i>	<i>54</i>
<i>Abbildung 16: Entscheidungsbaum Leistungsbestandteile präventiv-medizinische Pflegevisiten (vgl. Gressl 2024b, Darstellung ÖGK)</i>	<i>55</i>
Abbildung 17: Ausprägung der Leistung „Monitoring und Erhebung“.....	56
Abbildung 18: Anzahl Kontakte, präventive Hausbesuche.....	57
Abbildung 19: Ausprägungen der Leistung „Patient*innenedukation – Information, Beratung, Schulung“	59
Abbildung 20: Ausprägungen der Leistung „Koordination: Fallbesprechung mit anderen GDA“	59
Abbildung 21: Ausprägungen der Leistung „Vernetzung: Vermittlung & Koordination zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen“	60
Abbildung 22: Ausprägungen der Leistung „Pflegeinterventionen laut § 15 GuKG“	62
Abbildung 23: Detailauswertung zur Pflegeintervention "Setzen/Entfernen eines trasurethralen Katheter zur Harnableitung"	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus „Regionalem Versorgungsprofil Primärversorgung“: Judenburg – Einzugsgebiet 15 Autominuten (vgl. GÖG 2023:3ff)	13
Tabelle 2: Fachärzt*innen pro Fachgebiet (vgl. Homepage Ärztekammer Steiermark 2024) 14	
<i>Tabelle 3: Tätigkeitsfelder der CN-J (vgl. Gressl 2024a:3ff).....</i>	<i>22</i>
Tabelle 4: Spalten-Vorgabe Stamblatt	85
<i>Tabelle 5: Spalten-Vorgabe Leistungsblatt</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 6: Einteilung Diagnosen lt. ICPC-2.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 7: Manuelle Änderungen in Leistungs- und Stammdaten</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 8: Stundenaufzeichnung CN-J (Jänner 2022-Dezember 2023)</i>	<i>96</i>
Tabelle 9: Interviewleitfäden	105

Abkürzungsverzeichnis

AM

Allgemeinmediziner*innen.....

CN-J

Community Nurses Judenburg

COPD

chronisch obstruktive Lungenerkrankung

DGKP

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

E-KH

Entlassung aus dem Krankenhaus

Erst-PV

Erst-Pflegevisite

etc.

et cetera im Sinne.....

EW

Einwohner*in.....

Einwohner*innen

Folge-PV

Folge-Pflegevisite

GÖG.....

Gesundheit Österreich GmbH

GuKG

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

ICD

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICPC-2

international Classification of Primary Care

MTD

gehobene medizinisch-technische Dienste

ÖGK
Österreichische Gesundheitskasse

ÖGKV
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband.....

Pat
Patientin bzw. Patient

PMPV
präventiv-medizinische Pflegevisiten

SOP
Standard Operating Procedures

SV
Sozialversicherung.....

usw.
und so weiter.....

VU
Vorsorgeuntersuchung.....

Anhang

Excel-Vorgabe Stammblatt

Spaltenname	Inhalt
Pseudonym	Pseudonym = Verkettung Fallnummer mit Geburtsdatum
Fallnummer Patient	Fallnummer lt. Dokumentation
Name der Hausärztin	Dr. Vorname Nachname
Erstkontaktaufnahme	Datum der ersten Kontaktaufnahme
Art der Kontaktaufnahme	Eintragungsmöglichkeiten: Vermittelnde Institution Krankenhaus, vermittelnde Institution Betreutes Wohnen, vermittelnde Institution Hausärztin, Klient:innen selbst, Familienangehörige, vermittelnde Institution Facharzt, vermittelnde Institution mobile Dienste, Polizei, Gemeindeamt, Sonstige Institution
Beschreibung Art der K-Aufnahme	Freies Textfeld
Gebdatum Pat.	Geburtsdatum (dd.mm.yyyy)
PLZ d. Patienten	Postleitzahl des Patienten (####)
Geschlecht Patient	Eintragungsmöglichkeiten: männlich, weiblich
Patient verstorben	Eintragungsmöglichkeiten: ja, nein
Familienstand	Eintragungsmöglichkeiten: verwitwet, geschieden, ledig

Berufliche Situation	Eintragungsmöglichkeiten: erwerbstätig, nicht erwerbstätig
Anzahl Personen im Haushalt	Freies Textfeld
lebt mit	Eintragungsmöglichkeiten: An- oder Zugehörige im gemeinsamen Haushalt, Externe Betreuung, Alleine, Familienangehörige+externe Betreuung
Mobilität	Eintragungsmöglichkeiten: Taxi oder Krankentransport, Mitfahrgelegenheit, PKW, Rollstuhl, sonstige Mittel, Rad, zu Fuß, keine Mobilität gegeben, öffentlich
bezieht Pflegegeld	Eintragungsmöglichkeiten: ja, nein
Pflegegeldstufe	0-7

Tabelle 4: Spalten-Vorgabe Stammblatt

Excel-Vorgabe Leistungsblatt

Spaltenname	Inhalt
Pseudonym	Pseudonym = Verkettung Fallnummer mit Geburtsdatum
Fallnummer Patient	Fallnummer lt. Dokumentation
Geburtsdatum	Geburtsdatum (dd.mm.yyyy)
Art der Leistungserbringung	Eintragungsmöglichkeiten: Erst-PV (Erst-Pflegevisite) mit §15 ohne E-KH (Entlassung Krankenhaus), Folge-PV mit § 15 ohne E-KH, Erst-PV mit §15 nach E-KH, Folge-PV mit §15 nach E-KH, DiseaseManagement-Fallbegleitung
Art der Kontaktaufnahme	Eintragungsmöglichkeiten: aufsuchend, telefonisch, sonstige digitale Kommunikationsmittel

Datum der Kontaktaufnahme	Datum der PMPV (dd.mm.yyyy)
Zeitaufwand pro Besuch/Kontakt	Zeitaufwand für gesamte PMPV in Stunden
Lebensort	Eintragungsmöglichkeiten: Wohnung, Haus, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft, Stationäre Pflegeeinrichtung, Sonstige Einrichtungen
Medizinische Hauptdiagnose	freies Textfeld
Medizinische Nebendiagnose I	freies Textfeld
Medizinische Nebendiagnose II	freies Textfeld
Stunden vorgelagerte nicht-med. Leistungen	Zeitaufwand in Stunden
Vorgelagerte nicht-med. Leistungen	Eintragungsmöglichkeiten: Einzelfallberatung-telefonisch, Einzelfallberatung-Sprechstunden, Erst-PV ohne §15, Folge-PV ohne §15, Präventives Versorgungsmanagement, Existenzielles Versorgungsmanagement, Gesundheitsmanagement, Keine
Stunden gleichzeitige nicht-med. Leistungen	Zeitaufwand in Stunden
gleichzeitige nicht-med. Leistungen	Eintragungsmöglichkeiten: Einzelfallberatung-telefonisch, Einzelfallberatung-Sprechstunden, Erst-PV ohne §15, Folge-PV ohne §15, Präventives Versorgungsmanagement, Existenzielles Versorgungsmanagement, Gesundheitsmanagement, Keine
Stunden nachgelagerte nicht-med. Leistungen	Zeitaufwand in Stunden
Nachgelagerte nicht-med. Leistungen	Eintragungsmöglichkeiten: Einzelfallberatung-telefonisch, Einzelfallberatung-Sprechstunden, Folge-PV ohne §15, Präventives Versorgungsmanagement, Existenzielles Versorgungsmanagement, Keine
Monitoring und Erhebung	Eintragungsmöglichkeiten: Präventiver Hausbesuch: Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes und inkl. Therapie, aktueller Pflegeprobleme und sozialem Umfeld, Durchführung spezifischer Assessments (Clinical Assessment) inkl. Erstellung Behandlungsplan, Kontrollvisite: Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustand und inkl. Umsetzung empfohlener Interventionen, Follow-up Besuch zur Evaluation: Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes inkl. Evaluierung des Behandlungsplans

Beschreibung Monitoring und Erhebung	freies Textfeld für Zusatzinformationen
Beratung, Information, Schulung	Eintragungsmöglichkeiten: Beratung der Einzelperson im Zuge des Symptom- bzw. Krankheitsmanagements, Beratung bzw. Hinzuziehen der Bezugsperson im Zuge des Symptom- bzw. Krankheitsmanagements, Anleitung- und Schulung Einzelperson zu medizinischen Interventionen, Anleitung- und Schulung Bezugsperson zu medizinischen Interventionen, Gezielte Informationsvermittlung
Beschreibung Information, Schulung Beratung,	freies Textfeld für Zusatzinformationen
Pflegeintervention: Medizintherapeutische Maßnahme nach ärztlicher Anordnung	Eintragungsmöglichkeiten: Verabreichung von Arzneimittel (alle Applikationsformen außer i.v. und i.m.), Verabreichung von Arzneimittel (i.m. Injektion), Verabreichung von Arzneimittel (i.v. inkl. setzen einer Verweilkanüle), Blutentnahme (Kapillaren, peripheren Venen Gefäßsystem) für labordiagnostische Zwecke, Setzen/Entfernen eines transurethralen Katheter zur Harnableitung, Installation und Spülung von Harnableitungssystemen, Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter, Anlegen- und Wechsel von Verbänden (Wundmanagement), Entfernung von Nähten und Wundverschlussklammern, Legen/Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden, Anpassung von medizintherapeutischen Interventionen nach SOP oder Einzelanordnung, Point of Care-Test - Blutzucker, Point of Care-Test - INR, Point of Care-Test - Harnstreifen, Point of Care-Test - CRP, Point of Care-Test - Corona, Point of Care-Tests (Sonstige), EKG, Verschreibung von Hilfsmittel/Heilbehelfe im Auftrag der Hausärztinnen, Keine
Beschreibung Med-Interventionen	freies Textfeld für Zusatzinformationen
Fallbesprechung mit anderen GDA	Eintragungsmöglichkeiten: Hausärztinnen, Mobile Pflege- und Betreuungsdienste, Stationäre und teilstationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Krankenhaus, andere Sozialdienstleister, andere Gesundheitsdienstleister
Beschreibung andere GDA	freies Textfeld für Zusatzinformationen
Vermittlung und Koordination	Eintragungsmöglichkeiten: Vermittlung individueller angepasster Pflege- und Betreuungsarrangements, Weitervermittlung zu Leistungen von anderen GDA, Übernahme in die aktive Betreuung (andere Leistungsoptionen), Übernahme in die aktive Betreuung (Disease Management), Social Prescribing, Rettungstransport inkl. Notfallmanagement
Hauptgrund überwiegender Handlungsansatz	Eintragungsmöglichkeiten: Primärprävention, Sekundärprävention, Tertiärprävention Fokus auf Rehabilitation, Tertiärprävention Fokus auf Kuration

Tabelle 5: Spalten-Vorgabe Leistungsblatt

Überkategorien lt. ICPC-2

Überkategorie	Diagnose
Allgemeine und unspezifische Kategorie	Schmerz allgemein
	Schwäche/Müdigkeit allgemein
Atmungssystem und Infektion	Atemnot
	Chronische Bronchitis
	COPD
	Pneumonie
Augen	Virale Infektion, andere
	Makuladegeneration
Blut und blutbildende Organe	Blutgerinnungsstörung
Haut und Unterhaut	Dekubitus
	Erysipel
	Pilzinfektion
	Ulcus cruris

Kreislaufsystem	Arrhythmie
	Elektrolytstörung
	Herzinsuffizienz
	Herzinsuffizienz
	Hypertonie
	Ischämische Herzkrankheit
	Periphere Schwellung
	Schlaganfall
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	Vorhofflimmern
	Gelenkerkrankung, andere
	Kniearthrose
	Lumbago
Neubildungen	Rheumatoide Arthritis
	Brustkrebs
	Krebserkrankung, andere

	Lungenkrebs
	Prostatakrebs
	Speiseröhrenkrebs
Neurologische Krankheiten	Epilepsie
	Lumboischialgie
	Multiple Sklerose
	Paraplegie
	Parkinson
	Polyneuropathie
	Schwindel
	Stoffwechselstörung, andere
	Zerebralparese
	Zustand nach Schlaganfall
Psychische Störungen	Alkoholproblem
	Demenz

	Depression
	Drogenmissbrauch
	Raucher
Stoffwechsel- und endokrine Krankheiten	Diabetes mellitus Typ 1
	Diabetes mellitus Typ 2
	Eisenmangelanämie
	Ernährungsstörung
	Gicht
	Osteoporose
Urogenitalsystem	Benigne Prostatahyperplasie
	Chronische Nierenkrankheit
	Funktionelle Blasenstörung
	Harnwegsinfektion
	Nierentransplantation
	Urogenitalstörung, andere

	Zustand nach Blasenoperation
Verdauungssystem	Divertikulitis
	Gastroenteritis
	Ikterus
	Verstopfung
Verletzung und Vergiftung	Amputation
	Postoperative Komplikation
	Verletzung, multiple

Tabelle 6: Einteilung Diagnosen lt. ICPC-2

Dokumentation manueller Änderungen im Leistungs- und Stammblatt

Datum	Fehlerbeschreibung	Korrektur
26.05.2024	Tippfehler im Leistungsblatt, Pseudonym 5914705, Geburtsdatum 04.04.1940 falsch	Korrektur des Geburtsdatums auf 04.04.1946
26.05.2024	Tippfehler im Leistungsblatt, Pseudonym 26918018, Geburtsdatum 30.04.1949 falsch	Korrektur des Geburtsdatums auf 30.04.1948
26.05.2024	Pseudonym 6769178, fehlende Angehörige im Stammblatt	Korrektur Pesudonym 6769178 ergänzt
26.05.2024	Pseudonym 71914434, Geburtsdatum 08.07.1931 falsch	Korrektur des Geburtsdatums auf 18.07.1931
26.05.2024	Fehlende Stammdaten zu Fallnr 843	Ergänzung der Stammdaten
26.05.2024	Tippfehler im Leistungsblatt, Pseudonym 103633202, Geburtsdatum 25.11.1990 falsch	Korrektur des Geburtsdatums auf 25.11.1960
03.06.2024	Zeitaufwand für einzelne Besuche bei Pseudonym 48111989 fehlten	Ergänzung durch Daniel Gressl
04.06.2024	Erstkontakt bei Pseudonym 81313004 2024 falsch	Korrektur des Datums auf 2023

04.06.2024	Unterschiedliche Schreibweise (Kommatrennung, Punkttrennung)	Zeitaufwand Korrigiert auf Kommatrennung
10.06.2024	Hauptdiagnosen im Leistungsblatt durch freie Texteingabe inhomogen	<p>Folgenden Diagnosen wurden unter der Zuhilfenahme der Expertise von Daniel Gressl im Leistungsblatt korrigiert um eine Kategorisierung lt. ICPC-2 zu ermöglichen: ALT: akuter Schmerz – NEU: Schmerz allgemein: ALT: Reduzierter Allgemeinzustand – NEU: Schwäche/Müdigkeit allgemein, ALT: Chronisches Schmerzsyndrom – NEU: Schmerz allgemein, ALT: Arterielle Hypertonie – NEU: Hypertonie, ALT: AV-BLOCK III – NEU: Arrhythmie, ALT: Beinödeme – NEU: Periphere Schwellung, ALT: Card. Decompensation – NEU: Herzinsuffizienz, ALT: Hypokaliämie – NEU: Elektrolystörung, ALT: Ischämischer Insult – NEU: Schlaganfall, ALT: Koronare Herzkrankheit – NEU: Ischämische Herzkrankheit, ALT: Hypertensive Entgleisung – NEU: Hypertonie, ALT: Akute Sigmadivertikulitis – NEU: Divertikulitis, ALT: Enteritis – NEU: Gastroenteritis, ALT: Obstipation – NEU: Verstopfung, ALT: Sigmadivertikulitis – NEU: Divertikulitis, ALT: Folgen von Verletzungen mehrerer Körperregionen – NEU: Verletzung, multiple, ALT: St. P. Zehenamputation II. links – NEU: Amputation, ALT: Operationswunde – NEU: Postoperative Komplikation, ALT: Alkoholabusus – NEU: Alkoholproblem, ALT: Drogenabusus – NEU: Drogenmissbrauch, ALT: Nikotinabusus – NEU: Raucher, ALT: Chronisch obstruktive pulmonale Bronchitis – NEU: COPD, ALT: Chronisch respiratorische Insuffizienz – NEU: Chronische Bronchitis, ALT: COVID-19 – NEU: Virale Infektion, andere, ALT: Dyspnoe – NEU: Atemnot, ALT: Chronische Niereninsuffizienz – ALT: Chronische Nierenkrankheit, ALT: Harnwegsinfekt – NEU:</p>

Harnwegsinfektion, ALT: Neurogene Blasenentleerstörung – NEU: Funktionelle Blasenstörung, ALT: Niereninsuffizienz – NEU: Chronische Nierenkrankheit, ALT: Überlaufblase – NEU: Funktionelle Blasenstörung, ALT: Prostatahyperplasie – NEU: Benigne Prostatahyperplasie, ALT: St.p. Blasen OP – NEU: Zustand nach Blasenoperation, ALT: Urogenitalinfarkt – NEU: Urogenitalstörung, andere, ALT: Morbus Parkinson – NEU: Parkinson, ALT: st.P. Insult mit Hemiplegie links – NEU: Zustand nach Schlaganfall, ALT: Methylmalonazidurie – NEU: Stoffwechselstörung, andere, ALT: Bronchialkarzinom – NEU: Lungenkrebs, ALT: Mammakarzinom – NEU: Brustkrebs, ALT: Prostatakarzinom – NEU: Prostatakrebs, ALT: Pankreaskarzinom – NEU: Krebserkrankung, andere, ALT: Ösophaguskarzinom – NEU: Speiseröhrenkrebs, ALT: Mangelernährung – NEU: Ernährungsstörung, ALT: Dermatophytose – NEU: Pilzinfektion, ALT: Lumbalgie – NEU: Lumbago, ALT: Gonarthrose – NEU: Kniearthrose, ALT: Sonstige Gelenkserkrankungen – NEU: Gelenkserkrankung, andere,

Tabelle 7: Manuelle Änderungen in Leistungs- und Stammdaten

Stundenaufzeichnung CN-J

	System- und Kommunalebene	Weitere Leistungen- Services und Management	Individualebene (MIT med. pfleg. Intervention)	Individualebene
Gesamtstunden im Projektzeitraum (in Stunden)	1.251,35	2.159,00	331,5	1.512,70
In %	23,8%	41,1%	6,3%	28,8%

Tabelle 8: Stundenaufzeichnung CN-J (Jänner 2022-Dezember 2023) ⁸

⁸ Lt. Daniel Gressl 2024

Interviewleitfaden

#	Fragen Ärztinnen und Community Nurses	Ä	CN
A	Stellen sie sich persönlich vor... Wie sind sie selber persönlich mit der Region verknüpft? Beschreiben sie ihr Einzugsgebiet und ihre Region.	X	X
B	Welche demografischen und epidemiologischen Grundlagen stehen ihnen zur Bedarfsermittlung zur Verfügung? Wieviele Patienten mit chronischen Erkrankungen (z.B. KHK, Hypertonie, Diabetes, Parkinson, Demenz, Krebs gibt es in der Gemeinde?)	X	X
C	Von welchem Gesundheitsbegriff gehen sie aus? Welche Aspekte davon können sie in ihrer Arbeit gut unterstützen? Welche würden sie gerne stärker unterstützen wollen? Was würde es dazu brauchen?	X	X
D	Wieviele Hausärzt:innen und Wahlärzt:innen gibt es im Einzugsgebiet? Gibt es einen regelmässigen formellen Austausch (Bezirksärztesitzungen,..)	X	
D	Wer sind die wesentlichen politischen und institutionellen Stakeholder der CN? Wie erfolgt da die Kommunikation und der Austausch? (Struktur, Frequenz)		X

E	Wie entsteht der Kontakt zwischen ihnen und der CN?	X	
E	Wieviele Hausärzt:innen und Wahlärzt:innen gibt es im Einzugsgebiet? Mit welchen und wievielen davon gibt es gute/ausbaubare Vernetzungen? In welcher Form sehen sie Entlastungen des hausärztlichen Systems?		X
F	In welcher Form sehen sie Entlastungen des hausärztlichen Systems durch CN?	X	
F	Wie entsteht der Kontakt zwischen ihnen als CN und Patienten und Patientinnen? (welche Kommunikationsplattformen gibt es Web, email, Social Media, Handynummern, Whatsapp,...gibt es auch telefonische/schriftliche Beratung? Kommen Zuweisungen über 141,144, 1450?)		X
G	Was sind die „10“ häufigsten medizinisch-pflegerischen Interventionen der CN? Welche medizinisch-pflegerischen Interventionen hätten sie ursprünglich als häufig/notwendig erachtet, kommen aber selten vor? Woran kann das liegen?	X	
H	Nach welchen Kriterien wählen sie Patientinnen/Patienten für die CN aus? Gibt es chronische Erkrankungen die nicht in das Versorgungsspektrum der CN passen?	X	
H	Wer wählt die versorgten Patientinnen/Patienten aus? Was wären Kriterien der „Abweisung“? Gibt es chronische Erkrankungen die nicht in das Versorgungsspektrum passen?		X

I	<p>In welcher Form erfolgt die Zuweisung durch sie als Arzt/Ärztin? (Telefon, Email,...) gibt es eine Struktur der Zuweisung und des Informationsaustausches?</p> <p>Welche Inhalte werden da jedenfalls kommuniziert?</p> <p>Wie erfolgt die Kommunikation mit der CN im weiteren Fallverlauf? (Systematisch, Anlassbezogen, Jour fixe, gemeinsame Visiten?)</p> <p>Welche weiteren Kommunikationsinstrumente auf dieser Ebene wären sinnvoll?</p>	X	
J	<p>Wählen sie einen Fall aus der ihnen in besonderer Erinnerung ist. Wie und wann wurde der Fall „zugewiesen“? Wie ist der Prozessablauf seither?</p>	X	
K	<p>Gibt es eine gemeinsame Dokumentation CN und Hausärztin?</p> <p>Welches Dokumentationssystem verwenden sie?</p> <p>Gibt es fixe Codierungen (Pflege diagnosen)</p> <p>In welcher Form werden die Fälle aggregiert und auf einer Metaebene ausgewertet?</p>	X	
K	<p>Wer sind die primären Zuweiser aus dem intramuralem Bereich?</p> <p>Welche sollten es aus der Region noch sein?</p> <p>Wie ist ein typischer Zuweisungsverlauf aus chronologische Sicht?</p> <p>Wie erfolgt die weitere Betreuung dieser Patientinnen und Patienten durch die CN? (Bedarfserhebung/Pflege diagnostik, Frequenz, Betreuungsende, Evaluation,...)</p>		X

L	Welche Personen oder Gruppen in der Stadtgemeinde sind schlecht an das Gesundheitswesen angebunden? Wie kommen sie in Kontakt mit diesen Menschen? An wen könnten sie diese zusätzlich weiterverweisen?	X	
L	Wie werten sie ihre pflegerischen Fälle aus? Welches Dokumentationssystem verwenden sie? (lässt sich daraus eine Gewichtung von Intervention/Monitoring/Beratung/Edukation auswerten) Gibt es fixe Codierungen/Pflegediagnosen? In welcher Form werden die Fälle aggregiert und auf einer Metaebene ausgewertet?		X
M	Welche wesentlichen Aspekte bringen CN in der Versorgung zusätzlich zu Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen ein? Welche Aufgabenfelder (Patientinnen und Patienten) erzeugen besonders gute Kooperationsituationen? Bei welchen Aufgabenfelder (Patientinnen und Patienten) entstehen rascher Konkurrenz oder Konfliktsituationen? Welche Stärken haben CN im Vergleich zu Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen? Welche Stärken haben Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen im Vergleich zu CN?	X	
M	Wenn sie an versorgte Patientinnen/Patienten und unterstützte Angehörige denken; in welcher Form fließen Wahrnehmungen und Ergebnisse von Betreuungsprozesse in Planung und Prävention allgemein ein?		X
N	Welchen Mehrwert hat die erbrachte CN Leistung für die Patientinnen bzw. Patienten aus ihrer Sicht? Welchen würden die Patientinnen bzw. Patienten nennen?	X	
N	Wer sind die Kooperationspartner in der Gemeinde bzw in der Region?		X

	Mit welchen ist die Vernetzung besonders häufig, mit welche besonders gut, welche Vernetzungen würde es noch brauchen?		
O	Welchen Mehrwert hat die erbrachte Leistung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte? Welchen würden die Ärztinnen und Ärzte nennen?	X	
O	Welche Infoveranstaltungen, Schulungen werde allgemein im Bereich Gesundheitsförderung / Prävention angeboten? (Themen,Frequenz, Teilnehmerzahl,...). In welche Gremien oder Vereine werden sie ggfs als CN eingeladen? (Zu welchen Themen, wie oft,...)		X
P	Welchen Einfluss hat die Arbeit der CN auf den Verbleib der Patientin bzw. des Patienten im eigenen Zuhause?	X	
P	Wie ist die Wahrnehmung in den regionalen Medien, gab es Interviews etc.?		
Y	Welchen Mehrwert hat die CN in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen? (danach einige konkreter durchgehen wie....Krebs, Diabetes, Demenz, KHK) Bei welchen chronischen Erkrankungen ist der Mehrwert derzeit schwierig darzustellen? Was bräuchte es...?	X	
Q	Gibt es allgemeine Verbesserungsvorschläge, Erwartungen oder Wünsche?		
Q	Welche Personen oder Gruppen in der Stadtgemeinde sind schlecht an das Gesundheitswesen angebunden? Wie kommen sie in Kontakt mit diesen Menschen? An wen könnten sie diese zusätzlich weiterverweisen?		X
R	Danke für ihre Zeit. Darf ich abschließend fragen: Gibt es ein Erlebnis eine Erfahrung, einen Gedanken, eine Anekdote oder ein Anliegen das sie uns gerne mitgeben möchten?	X	

R	Welche wesentlichen Aspekte bringen CN in der Versorgung zusätzlich zu Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen ein?		X
	Welche Aufgabenfelder (Patientinnen und Patienten) erzeugen besonders gute Kooperationsituationen?		
	Bei welchen Aufgabenfelder (Patientinnen und Patienten) entsehen rascher Konkurrenz oder Konfliktsituationen?		
	Welche Stärken haben CN im Vergleich zu Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen?		
	Welche Stärken haben Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen im Vergleich zu CN?		
S	Welchen Mehrwert hat die erbrachte CN Leistung für die Patientinnen bzw. Patienten aus ihrer Sicht? Welchen würden die Patientinnen bzw. Patienten nennen?		X
T	Welchen Mehrwert hat die erbrachte Leistung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte? Welchen würden die Ärztinnen und Ärzte nennen?		X
U	Welchen Einfluss hat ihre Arbeit als CN auf den Verbleib der Patientin bzw. des Patienten im eigenen Zuhause?		X
V	Schildern sie einen Fall wo vor allem auch die Unterstützung pflegender Angehöriger bedeutsam war? Mit welchen Maßnahmen haben sie diese Angehörigen unterstützt?		X
W	Wie fließen Erfahrungen die sie aus der Arbeit mit Patientinnen und Angehörigen in Bezug auf organisatorische oder planerische Aspekte gewonnen haben in das Projekt ein?		X
X	Welchen Mehrwert hat die CN in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen? (danach einige konkreter durchgehen wie....Krebs, Diabetes, Demenz, KHK)		X

	Bei welchen chronischen Erkrankungen ist der Mehrwert derzeit schwierig darzustellen?		
	Was bräuchte es...?		
Y	Wie ist die Vernetzung zu Ausbildungseinrichtungen von GuK? Gibt es Praktikumsplätze?		X
Z1	Gibt es allgemeine Verbesserungsvorschläge, Erwartungen oder Wünsche?		X
Z2	Welche Aspekte in ihrer Arbeit als CN finden sie besonders motivierend?		X
	Was würde für eine Tätigkeit rein in der Hauskrankenpflege im engeren Sinn sprechen?		
	Wie könnte man sie motivieren wieder nur im rein klinisch stationären Setting zu arbeiten?		
Z3	Danke für ihre Zeit. Darf ich abschließend fragen: Gibt es ein Erlebnis eine Erfahrung, einen Gedanken, eine Anekdote oder ein Anliegen, das sie uns gerne mitgeben möchten?		X
#	Fragen Patient*innen		
P1	Demografische Grunddaten		
	Wie sind sie selbst persönlich mit der Judenburg verknüpft? (Stellen sie sich persönlich vor)...darf ich sie fragen...Name, Alter, indirekt nach Berufsausbildung...was haben sie bisher im Leben gemacht?		

- P2 Soziales Netzwerk (muss nicht an dieser Stelle, ergibt sich als natürliche Frage im späteren Verlauf)
Gibt es Verwandte, Kinder, Enkeln, Nachbarn, Freunde?
- P3 *CN Projektbezogen erklären und fragen welchen Begriff...*
Wie hat sich Herr Frau XY bei ihnen beruflich vorgestellt?
Wie entstand der Kontakt zwischen ihnen und der CN?
- P4 Was war das Grundproblem / welche Krankheit war der Anlass?
- P5 Wie war der weitere Verlauf?
(dem folgen wie bei biografischen Interviews, einfach dem Fall / der Erkrankung chronologisch Folgen; meist gibt es eine Falleskalation die zum Kontakt führt, die näher explorieren.....zB was ist damals noch passiert?)
Wie oft war CN ihrer Erinnerung nach bei Ihnen?
Was wären die häufigsten Unterstützungen die geleistet wurden?
- P6 Was wäre gewesen wenn die CN nicht zur Verfügung gestanden hätte?
- P7 Ggsf. Wie ist die Betreuung beendet worden?
- P8 Wer unterstützt sie neben der CN noch? (Putzen, Essen, Hausnotruf, Besuchsdienst ...weitere Soziale Dienste und Gesundheitsdienstleiste?
- P9 Wer organisiert und koordiniert diese unterschiedlichen Dienste?

- | | |
|-----|--|
| P10 | Was macht der Hausarzt/Hausärztin, was die CN? Wo ist für sie der wesentliche Unterschied? |
| P11 | Welchen Mehrwert hat die erbrachte CN Leistung für sie? |
| P12 | Ggfs Welchen Einfluss hat die CN auf ihren Verbleib Zuhause? |
| P13 | Gibt es allgemeine Verbesserungsvorschläge, Erwartungen oder Wünsche? |
| P14 | Danke für ihre Zeit. Darf ich abschließend fragen: Gibt es ein Erlebnis eine Erfahrung, einen Gedanken, eine Anekdote oder ein Anliegen, das sie uns gerne mitgeben möchten? |

Tabelle 9: Interviewleitfäden