

Masterarbeit

Gemeindepflege in Kroatien und Österreich - Eine vergleichende Gegenüberstellung

Matija Radičev

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration (MBA)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs Master of Business Administration (MBA)

unter der Leitung von

Martin Sprenger, MD, MPH

Graz, 31.07.2021.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 31.07.21

Matija Radičev eh.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich all jenen DANKE sagen, die mich im Rahmen meiner Masterarbeit und meiner gesamten Studienzeit begleitet und unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich herzlichst bei Frau Horak Melitta und Herrn Dr. Martin Sprenger MPH für deren Unterstützung und Begleitung sowie für die vielen Anregungen bedanken. Vielen lieben Dank.

Ein großes Dankeschön geht an meine Frau Ivana, meinen Bruder und meine Eltern. Danke für eure Unterstützung wie auch für eure Geduld. Meinen Arbeitskollegen, insbesondere Claudia Hirzenberger, Melanie Grazer und Herr Widhalm Günther, möchte ich für die große Unterstützung danken. Ohne deren Gutwilligkeit in Bezug auf die Dienstplaneinteilung hätte ich mein Studium nicht absolvieren können. Danke euch.

Desweiteren möchte ich mich noch bei Frau Christina Markovic bedanken, die mich während des Schreibprozesses moralisch mit viel Geduld unterstützt und beraten hat. Vielen Dank Christina.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Betrachtet man das Gesundheitssystem in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, insbesondere Kroatien, lässt sich seit Jahren folgender Befund festmachen: Österreich ist das Land, wo ÄrztInnen dominieren. Die meisten DGKP in Österreich leisten Arbeit, die sich an Einzelne aber nicht an die Bevölkerung richtet. Sie arbeiten in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder im Bereich der Langzeitpflege.

Aufgrund des Bildungsstandards, der Systemstrukturen, Finanzierung und des Images der Pflege in der Gesellschaft sind in Österreich die Anzahl aber auch die Kompetenzen und Tätigkeiten der DGKP außerhalb von Institutionen sehr begrenzt. Die österreichische Primärversorgung wird durch das HausärztInnensystem gestaltet. Aufgrund des steigenden demographischen Wandels werden aber neue Konzepte in der Primärversorgung benötigt. Dies trifft auch auf eine vollständig neue Rolle von den DGKP in der Primärversorgung, besonders der Gemeindepflege (engl.: Community Health Nurse) zu.

Ziele: In dieser Masterarbeit soll analysiert werden wie die Rolle, Kompetenzen und der Status der DGKP in der österreichischen und kroatischen Primärversorgung geregelt ist. Welche Gemeinsamkeiten/Unterschiede in der Einrichtung der Gemeindepflege in Kroatien und Österreich bestehen und was Österreich von der Gemeindepflege in Kroatien lernen kann. Es soll gezeigt werden wie wichtig eine DGKP in der Gesellschaft und vor allem der Gemeinde ist und welchen Teil sie dazu beitragen können, dass die Menschen in der Gemeinde gesund, gut versorgt aber auch informiert und unterstützt bleiben.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde im Rahmen dieser Literatuarbeit eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Ergebnisse: In Österreich steht das Konzept der Gemeindepflege noch am Anfang. In Kroatien hingegen besteht dieses Konzept bereits seit fast 100 Jahren. Um die Implementierung von Gemeindepflege in die österreichische Primärversorgung zu gewährleisten, bedarf es einer gesundheitspolitischen Auseinandersetzung aller beteiligten Akteure, klarer gesetzlicher

Rahmebedingungen, einer Finanzierung sowie der Erfahrung aus anderen Ländern, um das österreichische Modell erfolgreich umzusetzen.

Schlussfolgerung: Die Gemeindepflege stellt in Österreich (im Vergleich zu Kroatien) eine noch nicht wahrgenommene Ressource dar. Obwohl das Aufgabenfeld der Primärversorgung für die Gemeindepflege ein ideales Tätigkeitsfeld darstellt, fehlt es in Österreich an den entsprechenden Rahmenbedingungen aber auch an der Verantwortung der DGKP, um ihre Kompetenzen und Ausbildung entsprechend einsetzen zu können.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Gemeindepflege in Österreich/Kroatien, Pflege, Gesundheitssystem

Abstract

The public health care system of Austria differs from other European countries and is particularly different from Croatia. Austria is dominated by doctors . A great number of Nurse work for the individual, not for the public. They work in hospitals, rehab centres and around the area of long-term care.

.Due to scholastic standards, systematic structures, financing, and the image of care in Austrian society, the skills and tasks of Nurses outside official institutions are limited. Primary care for patients is offered by primary care physicians. As a consequence of demographic change and an increasing number of people, new concepts and solutions for Austrian primary care are required. Considering the latest developments, the role of Nurses in primary care needs to be redefined, in particular, the role of community health nurses.

The aim of this master's thesis is to analyse the roles, competences, responsibilities as well as the status of Austrian and Croatian primary care. A special focus is laid to similarities and differences in community health institutions between the two nations and in what ways Austria might benefit and learn from Croatian strategies in this field. Moreover, this thesis examines the importance of Nurses in society and to what extent they can contribute to maintain a healthy, well-informed, well looked after community.

The method of a systematic literature review was applied to conduct this study.

As the study has shown, the Austrian concept of community care needs to be developed further. In contrast, the Croatian model has existed for almost 100 years and is more established. In order to successfully implement community primary care units in Austria, a health policy debate with everyone concerned is required. In addition, a new legal framework, financial support as well as skilled people from abroad are needed.

As the findings suggest, it can be concluded that Austrian community care, in comparison to the Croatian concept, needs to be drawn more attention to.

Key words: primary care, community care in Austrian and Croatia, care, nursing, public health system

Abkürzungsverzeichnis

BIP -	Bruttoinlandsprodukt
BMASGK -	Bundesministerium – Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DGKP -	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
GuKG -	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
NHS -	National Health Service
PV -	Primärversorgung
PVE -	Primär- Versorgungs - Einheiten
RIS -	Rechtsinformationssystem des Bundes
ÖGKV-	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
WHO –	World Health Organization

Inhalt

<u>1. EINLEITUNG</u>	1
1.1. HINTERGRUND UND PROBLEMSTELLUNG	1
1.2. DAS ZIEL DER ARBEIT IST DIE BEANTWORTUNG FOLGENDER FORSCHUNGSFRAGEN:...	3
1.3. METHODE.....	3
<u>2. KONZEPT UND BEGRIFFSDEFINITIONEN</u>	4
2.1. PUBLIC HEALTH.....	4
2.2. PRIMÄRVERSORGUNG IN ÖSTERREICH.....	5
2.3. ORGANISATIONS- UND RECHTSFORMEN IN DER ÖSTERREICHISCHEN PRIMÄRVERSORGUNG	7
2.4. ZIEL DER PRIMÄRVERSORGUNG IN ÖSTERREICH.....	8
2.5. ROLLE DER PRÄVENTION IN DER PRIMÄRVERSORGUNG	10
2.6. PUBLIC HEALTH NURSING.....	12
2.7. PFLEGE IN DER PRIMÄRVERSORGUNG	14
2.7.1 PFLEGESTRUKTUR IN ÖSTERREICH.....	14
2.7.1. PFLEGERISCHE KERNKOMPETENZEN IN ÖSTERREICH	15
2.8. COMMUNITY HEALTH NURSE IN ÖSTERREICH	17
2.9. NEUE PFLEGEREFORM IN ÖSTERREICH.....	20
2.10. COMMUNITY HEALTH NURSE IN KROATIEN.....	21
2.10.1. HAUPTMERKMALE DER GEMEINDEBETREUUNG IN KROATIEN.....	22

2.10.2. WIRKUNGS- UND KOMPETENZBEREICH DER GEMEINDEKRANKENSCHWESTER	23
2.10.3. HAUSBESUCH DER GEMEINDEKRANKENSCHWESTERN/PFLEGER.....	27
2.10.4. ZUSAMMENARBEIT DER GEMEINDESCHWESTER MIT DEN ORGANISATIONEN DER ZIVILGESELLSCHAFT	28
<u>3. GESUNDHEITSPOLITISCHE GRUNDLAGEN</u>	<u>30</u>
3.1. ÖSTEREICHISCHES GESUNDHEITSSYSTEM.....	30
3.2. KROATISCHES GESUNDHEITSSYSTEM.....	33
3.2.1. ORGANISATION DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN KROATIEN.....	35
<u>4. BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN</u>	<u>38</u>
<u>5. RESÜMEE</u>	<u>43</u>
<u>6. LITERATUR.....</u>	<u>- 45 -</u>

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Problemstellung

Eine Adaption des Gesundheitssystems ist durch die veränderten Anforderungen an das Gesundheitswesen, bedingt durch den demographischen Wandel, den Anstieg von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen notwendig. Aus demographischen Gründen wurde mittelfristig in Österreich ein Anstieg des Bedarfs an Pflegeheimplätzen und mobilen Diensten prognostiziert, was zusätzliche Ressourcen hinsichtlich des Personals und der Sach- und Finanzmittel erfordert (1). Die gesellschaftliche Entwicklung hat die traditionellen Familienstrukturen teilweise aufgelöst bzw. verändert. Durch den Rückgang der Angehörigenpflege und die Veränderung der Bedürfnisse wird eine weitere Anpassung des Leistungsangebots notwendig. In Österreich werden rund 80% der pflegebedürftigen Personen im Haushalts- oder Familienverband gepflegt (2). Aufgrund der sinkenden Geburts- und der steigenden Scheidungsrate sowie der steigenden Erwerbsquote von Frauen ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten damit zu rechnen, dass die Voraussetzungen für informelle Pflege erheblich steigen und erschwert werden. (13)

Laut Statistik Austria können wir einen Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen in der Gesamtbevölkerung, der 2013 bei 18% lag, im Jahre 2050 auf 28% erwarten. Die Zahl der potenziell unterstützungsbedürftigen Personen (Bevölkerung 65+) pro 100 Personen im Erwerbsalter (20 - 64) wird von 29% im Jahr 2013 im Jahr 2050 auf 52% steigen (3). Aufgrund dieser Schätzungen könnte die Nachfrage nach qualifizierter Pflege und Betreuung steigen. Um den anstehenden Herausforderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, sich mit dem Bedarf in der Zukunft auseinanderzusetzen, um so eine ausreichende Anzahl an Personen mit der richtigen Qualifikation im Bereich der Pflege- bzw. Sozialberufe vorzuhalten (3). Der Aufbau der Pflegeversorgung, die verstärkte interprofessionelle Kooperation innerhalb und zwischen den einzelnen Sektoren und die Nutzung neuer Technologien werden neue Angebote schaffen, die auch die Arbeitsweise verändern und zu neuen Kompetenzen und Fähigkeiten in der Pflege führen. (8)

Meiner Meinung nach sind eine professionelle Aus- und Weiterbildung und attraktive Rahmenbedingungen erforderlich, um ausreichend viele engagierte Pflegekräfte für eine qualitativ hochwertige Primärversorgung in Österreich gewinnen zu können.

Auf Basis vorhandener Daten wird in dieser Arbeit näher auf die Thematik der Primärversorgung in Österreich, unter besonderer Berücksichtigung der Pflege in der Primärversorgung eingegangen. Es soll auch beschrieben werden, welchen Herausforderungen die Pflege im 21. Jahrhundert in diesem Bereich gegenübersteht. Ein besonderer Fokus liegt auf der Gemeindepflege (engl.: Community Health Nurse), aber auch anderen Rollen die die Pflege international wahrnimmt, wie zum Beispiel „District Nurses“, „Public Health Nurses“ oder „Family Health Nurses“).

Florence Nightingale, Begründerin der modernen westlichen Krankenpflege sowie Pionierin im National Health Service (NHS) in Großbritannien machte „Public Health Nursing“ zum Thema. „A District Nurse must be of a higher class and have fuller training than a hospital nurse, because she has no hospital appliances at hand at all; and because she has to make notes of the case for the doctor, who has no one but her to report to him. She is his staff of clinical clerks, dressers and nurse. A District Nurse must “nurse the room” as well as the patient and teach the family to nurse the room.” (16)

Was Florence Nightingale hier bereits im 19. Jahrhundert beschrieben hat, sind wichtige Tätigkeitsfelder der Gesundheits- und Krankenpflege in zahlreichen nord- und westeuropäischen Ländern wie bspw. in Großbritannien, den Niederlanden oder in den skandinavischen Ländern. In Österreich in diese Diversität der Berufsrollen in der Pflege, speziell außerhalb von Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen noch nicht etabliert. Die sogenannte „District Nurse“ wie Nightingale sie sinngemäß erläutert, hat ihren Schwerpunkt im niedergelassenen, extramuralen Bereich. Anders als bei der in Österreich wirkenden Hauskrankenpflege hat die „District Nurse“ oder auch „Regionale Gesundheits- und Krankenpflegeperson“ ihren Fokus nicht nur auf die pflegerische Versorgung kranker Menschen, sondern auch auf die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Förderung des Empowerments hilfsbedürftiger Personen, ebenso wie deren Angehörigen im häuslichen Setting. (8) In dieser Arbeit soll auch evaluiert werden, ob sich ein solches System auch für Österreich eignen und was Österreich dabei von Kroatien lernen könnte.

1.2. Das Ziel der Arbeit ist die Beantwortung folgender Forschungsfragen:

- Wie sieht die derzeitige Situation im österreichischen und kroatischen Gesundheitssystem hinsichtlich der Rolle, Kompetenzen und des Status der DGKP in der Primärversorgung aus?
- Welche Gemeinsamkeiten/Unterschiede bestehen in der Einrichtung der Gemeindepflege in Kroatien und Österreich?
- Welche Aufgaben und positiven Wege kann die neue Reform in der Gemeindepflege in Österreich implementieren?
- Wie kann die Gemeindepflege dazu beitragen, dass die Menschen in der Gemeinde gesund, gut versorgt aber auch informiert und unterstützt bleiben?
- Was kann Österreich von der Gemeindepflege in Kroatien lernen?

1.3. Methode

Um die Fragestellung behandeln zu können, wurde im Rahmen dieser Literatuarbeit zuerst eine Literaturrecherche mit folgenden Keywords im Internet durchgeführt:

- Österreichisches / Kroatisches Gesundheitssystem
- Public Health Nurse / Community Health Nurse / Gemeindepflege
- Public Health Nursing / Community Health Nursing / Gemeindepflege in Österreich / Kroatien
- Pflegereform Österreich / Kroatien

Danach folgte eine Literaturrecherche in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz, Bibliothek der Stadt Zagreb und Stadt Vinkovci in Kroatien und in der Datenbank PubMed und in der Suchmaschine Google Scholar.

Eingeschlossen wurde Literatur, die einen Vergleich der beiden Länder ermöglichen kann.

2. Konzept und Begriffsdefinitionen

Bevor die Kernfrage dieser Abschlussarbeit behandelt werden kann, ist es notwendig Begriffe und Definitionen abzustecken. Die wesentlichen Grundbegriffe sollen einheitlich verstanden werden.

2.1.Public Health

„Unter Public Health verstehen wir eine von der Gesellschaft organisierte, gemeinsame Anstrengung mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilen der Bevölkerung, Vermeidung von Krankheit und Invalidität sowie Versorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Diensten“ (2).

„Public Health ist die Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung bzw. Vermehrung von Gesundheitsressourcen mittels überwiegend nichtmedizinischer Interventionen. Public Health analysiert und beeinflusst die hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbaren Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten . Public Health ist eine wissenschaftliche Multidisziplin mit theoretischen und methodischen Elementen aus Medizin, Sozialepidemiologie, Ökonomie, Politikwissenschaft, Pflegewissenschaft, Soziologie, Arbeits-, Sport- und Ernährungswissenschaft, Psychologie etc.“ (2)

Die öffentliche Gesundheit war vor dem Zweiten Weltkrieg leicht zu definieren. Hauptbedrohungen des Lebens waren unhygienische Bedingungen, wie eine kontaminierte Wasserversorgung und defekte oder fehlende Abfallentsorgung, unzureichende oder überfüllte Wohnungen, schlechtes und verfälschtes Essen und damit schlechte Ernährung, gefährliche Arbeitsplätze und wenig wirksame klinische Versorgung. Public Health dieser Zeit befasste sich mit der Identifizierung dieser Bedingungen. Die Verbesserung dieser führte zur Verbesserung des Gesundheitsstatus sowie zu einer längeren Lebenserwartung (1).

Krankheit wurde zunehmend als medizinisch-technisches Problem verstanden, für das Fachärzte/innen und Krankenhäuser zuständig waren. Parallel zum Anstieg der Lebenserwartung sank die Kinderzahl pro Familie, ebenso der Anteil der Erwerbstätigen im Verhältnis zu den Nichterwerbstätigen. „Diese demographische Entwicklung in Europa führte zur zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Damit nahm auch die Häufigkeit chronisch-degenerativer Krankheiten, v.a. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Tumoren zu“ (1). Gleichzeitig stieg auch die Anzahl der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Die demographische Entwicklung, die Zunahme von Übergewicht und chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie die sozialen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung sind wichtige Felder, auf denen Public Health schon heute auch noch immer stark gefordert ist. „Darüber hinaus gibt es auch einige Hindernisse, die es in den kommenden Jahren zu überwinden gilt. Hierzu gehören die dominante Rolle der kurativen Medizin in den fragmentierten Gesundheitswissenschaften und den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die fehlende Ausrichtung der Forschung auf die konkrete Fragestellung der öffentlichen Gesundheitspolitik“ (1).

Der Begriff Public Health hat durchaus auch eine politische, soziologische Dimension. Meiner Wahrnehmung nach, ist Public Health im Klinikalltag weniger Thema. In der Berufsgruppe der Pflege und Medizin wird in letzter Zeit der Begriff Primärversorgung immer häufiger diskutiert. Die Primärversorgung spielt bei Diskussionen um die Gemeindepflege eine wichtige Rolle. Deshalb widme ich diesem Termin das nächste Kapitel.

2.2. Primärversorgung in Österreich

Eine starke und gut organisierte Primärversorgung hat viele Vorteile. Sie vermag den Großteil aller gesundheitlichen Probleme wohnortnah und effizient zu lösen. Diese Betreuung soll nicht nur allein auf die medizinische Versorgung beschränkt werden, sondern auch therapeutische und pflegerische Aufgaben übernehmen sowie die Bereiche der Krankheitsvermeidung und der Gesundheitsförderung abdecken. Nachgewiesene positive Effekte einer ausgeprägten Primärversorgung sind höhere Compliance, längere Lebenserwartung, bessere Lebensqualität für chronisch Kranke, Verringerung der Überweisungen an eine höhere Versorgungsebene,

Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und insgesamt eine Dämpfung der Gesundheitskosten (12).

Daraus kann schlussgefolgert werden, dass eine starke Primärversorgung einen gesamtheitlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems hat. Primärversorgung wird in Österreich durch eine flächendeckende hausärztliche Versorgung bereitgestellt. Niedergelassene ÄrztInnen bewältigen 90 Millionen PatientInnenbesuche jährlich, jedoch verringert sich die Zahl der ÄrztInnen mit Kassenvertrag. Zwischen 2000 und 2014 sank die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen um 17%. Gleichzeitig kam es aber zu einem Bevölkerungswachstum, das gemeinsam mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung ansteigen ließ. Dementsprechend leidet die Attraktivität des Arztberufs und der Allgemeinmedizin enorm. Im Vergleich mit anderen Ländern mit ähnlichen sozioökonomischen Voraussetzungen hat Österreich eine eher schwache Primärversorgung. (32)

Im Jahr 2014 wurde von Bund, Ländern und Sozialversicherung der Startschuss zur Neugestaltung der Primärversorgung in Österreich gegeben. Ziel dieser neuen Reform ist es, die erste Versorgungsebene im Gesundheitswesen zu stärken. Geplant ist, dass mehrere HausärztInnen in größeren Ordinationen oder Netzwerken in Teams mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten. Durch längere Arbeitszeiten und ein breiteres, auf die regionalen Bedürfnisse abgestimmtes Leistungsangebot sollen der Service für die PatientInnen und vor allem auch die kontinuierliche Betreuung, besonders bei chronisch Kranken optimiert werden. Damit ist es möglich, Kontakte zu den Krankenhäusern zu reduzieren und damit auch Spitalambulanzen zu entlasten. Durch diese Maßnahmen gewinnen die Krankenbehandlungen, Aufgaben der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung usw. an Bedeutung (13).

„Die Aufgaben eines/einer DGKP in der Primärversorgung umfassen die Mitwirkung bei einfachen, akuten und episodenhaften Gesundheitsbeschwerden (auch altersbedingte Veränderungen) und bei der psychosozialen Versorgung in allen Altersgruppen“ (14). Weitere Tätigkeiten, die für die DGKP in der Primärversorgung zählen, sind auch die Betreuung, Motivation und Anleitung von Menschen, Familien und Gruppen sowie die Förderung von Gesundheitskompetenzen.“ (13)

2.3. Organisations- und Rechtsformen in der österreichischen Primärversorgung

Die gesetzliche Grundlage für Primärversorgungszentren wurde im Juni 2017 durch den Beschluss des Nationalrats mit dem Gesundheitsreformumsetzungsgesetz sowie dem darin enthaltenen Primärversorgungsgesetz geschaffen (13). Die MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Sozialberufen sind das Primärversorgungsteam unter der medizinischen Leitung einer Ärztin oder eines Arztes. Die Aufgabengebiete und Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen ergeben sich durch jeweilige Berufsgesetze und Kompetenzprofile. Zwei Modelle können von der Aufgabenorganisation ausgewählt werden: Die Primärversorgungseinrichtung etabliert alle Teammitglieder an einem Standort, während das Primärversorgungsnetzwerk unterschiedliche Lokalisationen der zusammenarbeitenden Fachkräfte ermöglicht. So ist etwa ein Netzwerk aus unterschiedlichen Ordinationen durch verbindliche Arbeitsverträge und ein gemeinsames Auftreten nach außen möglich.(13)

Laut dem österreichischen Rechtsinformationssystem (RIS) kann ein Primärversorgungszentrum sowohl in Form einer Gruppenpraxis (§ 9) als auch als selbstständiges Ambulatorium (§ 10) geführt werden. Voraussetzungen für die Errichtung einer Versorgungseinheit sind für beide Formen unter anderem ein Vertrag mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger (§ 9 und § 10). Laut PrimVG hat die Entscheidung des Verfahrens, gemäß § 14 1PrimVG nach objektiven, antidiskriminierenden und nachvollziehbaren Anhaltspunkten auszusehen (25). Die Beurteilung führt die Gebietskrankenkasse vor Ort in Kooperation mit anderen Versicherungsträgern sowie der Landesärztekammer durch (§ 14 Absatz 4) (25).

Egal auf welche Weise eine Primärversorgungseinheit organisiert ist, alle unterliegen einer gemeinsamen Zielsetzung. Das Ziel ist wichtig für die vorliegende Forschungsfrage, weshalb es Gegenstand des nächsten Kapitels ist.

2.4. Ziel der Primärversorgung in Österreich

Die langfristige Zielsetzung der österreichischen Primärversorgung ist die vernetzte, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der Primärversorgung. Diese wird in Zukunft für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen und gleichwertig verfügbar gemacht. Durch Koordinierung und Kooperation aller Beteiligten in der Primärversorgung werden Effizienz und Erfolg der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung gefördert. Durch ein optimiertes Management, das auf die Bedürfnisse der KlientInnen sowie PatientInnen zugeschnitten wurde und auf die Reduktion unzumutbarer Wartezeiten sowie – durch klar definierte multiprofessionelle Leistungsspektren – die Ersparnis unnötiger Wege und Mehrfachuntersuchungen setzt (24).

Um die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung zu erhalten und die Attraktivität der Primärversorgung für ÄrztInnen und weiterer Gesundheitsberufe zu steigern, ist eine Anpassung des Gesundheitssystems an die bevorstehenden größeren Herausforderungen wie z.B.:

- Zunahme an chronischen und Langzeiterkrankungen
 - technische Neuerungen
 - demographische Entwicklung
 - unausgeglichene Work-Life-Balance der Gesundheitsberufe
- erforderlich (24).

Die im Parlament beschlossene Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungs-Einrichtungen bildet den Grundstein für weitere innovative Schritte im Gesundheitsbereich. Die neue Primärversorgung ist der Schlüssel zu einer echten Verbesserung der Gesundheitsversorgung, weil sich damit AllgemeinmedizinerInnen gemeinsam mit weiteren Gesundheitsberufen zu Teams zusammenschließen können. Mit der Bildung dieser Teams steht den PatientInnen mehr Wissen zur Verfügung. Das Team, welches sich um die Grundversorgung kümmert, arbeitet mit anderen externen Partnern/ innen zusammen wie z.B. ÄrztInnen aus fachspezifischen Bereichen, Pflegeeinrichtungen, Sozialdiensten, Sozialversicherungsträgern, Krankenanstalten, Apotheken, Schulen, Gemeinden und ermöglicht so eine verbesserte Versorgungsebene (26).

Grundsätzlich richtet sich die personelle Aufstellung, sprich die Anzahl und die fachliche

Qualifikation der MitarbeiterInnen nach dem angebotenen Leistungsspektrum der Primärversorgungseinrichtung. Eine entsprechende Teamzusammensetzung muss erfolgen, um im Hinblick auf das Versorgungsstufenkonzept eine Bereitstellung der vorgesehenen Leistung der Primärversorgung sicherzustellen. Dahingehend wurden Mindestvoraussetzungen, die ein Primärversorgungsteam zu erfüllen hat, fixiert.

Das Kernteam eines Primärversorgungsteams hat sich laut dem Beschluss in der Bundeszielsteuerungskommission deshalb aus folgenden Berufsgruppen zusammenzusetzen:

- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- OrdinationsassistentInnen (23).

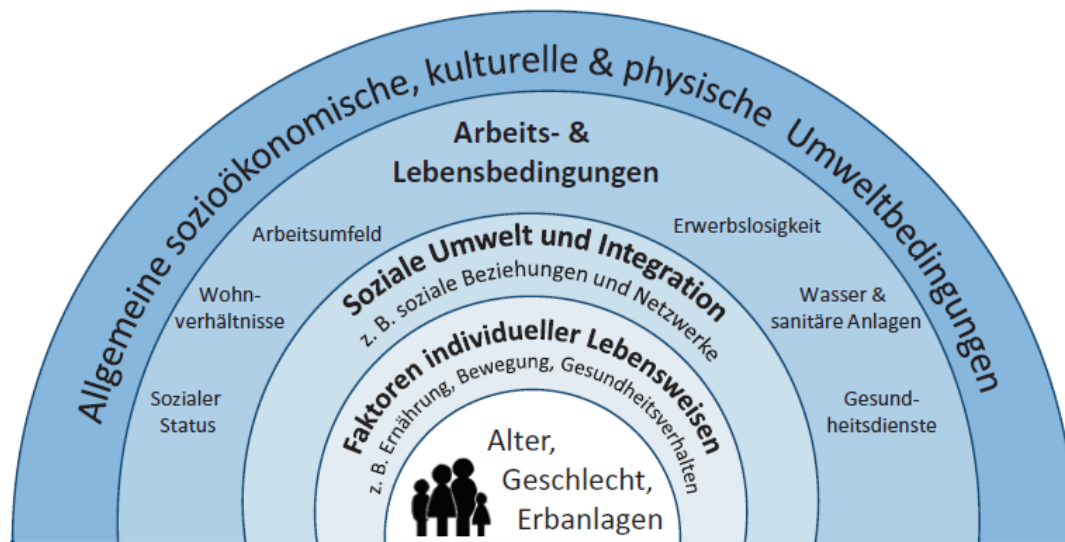
Diese Berufsgruppen müssen zudem nachweislich Kompetenzen in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, des Medikamentenmanagements, der psychosozialen Versorgung sowie der Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen, älteren Personen sowie PalliativpatientInnen aufweisen. Das Kernteam kann hinsichtlich der regionalen Anforderungen durch andere Berufsgruppen erweitert werden (23).

-Die Teams in Primärversorgungszentren müssen über ein sehr breit gefächertes Wissensspektrum verfügen. Angesichts dem akut drohenden Mangel an qualitativer medizinisch-pflegerischen Betreuung durch fehlendes Personal, wäre es meinem Erachten nach wichtig, sich zu fokussieren. Um dem enormen Bedarf gerecht zu werden, empfinde ich es als sinnvoll, die Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren für die Primärversorgung noch auszusparen. Es wäre effizienter erst die krankheitsspezifische Prävention als Aufgabe für die Gemeindepflege hinzuzunehmen. Gesundheitsförderungskonzepte sind beispielsweise in Schulen sehr begrüßenswert, in Praxen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern hat klassische Gesundheitsförderung noch keinen Platz. Gesundheitsförderung betrifft nicht nur medizinisch-pflegerisches Personal. Deshalb werde ich Gesundheitsförderung in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigen.

2.5. Rolle der Prävention in der Primärversorgung

Der Präventionsbegriff umfasst eine große Bandbreite aus Aktivitäten und Maßnahmen, die zum Ziel haben, vorhersagbare, unerwünschte oder unangenehme Zustände in der Zukunft durch Eingriffe in der Gegenwart zu vermeiden bzw. ihre Auftrittswahrscheinlichkeit oder ihr Ausmaß zu verringern. Die Gründe für Interventionsmaßnahmen ergeben sich dabei meist durch die Identifizierung von Risikofaktoren, die nachweislich aufgrund der Entstehung oder dem Verlauf einer Krankheit oder eines unerwünschten Ereignisses (z.B. Sturz) gegeben sein können (27).

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: Vonneilich und von dem Knesebeck (2018)

Die Präventionsmaßnahmen können durch Progression dargestellt werden.

Primärprävention sind alle Maßnahmen, die rechtzeitig angewandt werden sollen, damit sich aus den identifizierten Risikofaktoren noch keine Krankheitssymptome ergeben. Der Begriff Primärprävention lässt sich von dem der Gesundheitsförderung schwer abgrenzen, besonders bei den unspezifischen Interventionen, wie etwa im Bereich der Ernährung oder physischen Aktivitäten (27).

Sekundärpräventionen sind alle Interventionen, die bei einer bereits manifestierten Krankheit im Erststadium bzw. nach Eintritt eines negativen Ereignisses als aussichtsreich gelten (27).

Tertiärprävention ist anzuwenden, wenn sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert hat und sich die Lebensqualität oder Funktionsfähigkeit bei bestimmten Personen verringert.

Es gibt viele verschiedene Präventionsstrategien, die laut der Literatur ein Ansatz sein könnten. Sie unterscheiden sich zwischen universellen und zielgruppenspezifischen Präventionsansätzen und auch zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention.

„Ansatzpunkte der Prävention im Alter bilden zum einen persönliche Faktoren wie etwa Lebensstil, Alltagsgestaltung, Wunschverhalten und soziale Teilhabe und zum anderen Umweltfaktoren, zu denen die Gestaltung des Wohnraums (Barrierefreiheit, Sturzprophylaxe) sowie die Ausstattung des Wohnumfelds mit Dienstleistungen im Sinne einer Infrastruktur (Gesundheitsversorgung, soziale Netzwerke) zählen“ (27).

Von einer größeren Bedeutung sind sogenannte präventive Hausbesuche, die auf Früherkennung von Risikofaktoren für Erkrankungen abzielen, um so unentdeckte körperliche, psychische und soziale Probleme rechtzeitig zu identifizieren und einen Verbleib im Privathaushalt zu fördern. Unter so einem Hausbesuchsprogramm versteht man ein Angebot im Zuge dessen ältere Personen in ihrem Wohnraum unterstützt sowie präventive Aktivitäten gemeinsam mit Gesundheitskräften geplant und umgesetzt werden. Präventiv bedeutet in diesem Sinne, eine Heimunterbringung möglichst lange vermeiden zu können. Wie kann ein Mensch, der zunehmend medizinisch-pflegerische Betreuung braucht, gut und selbstbestimmt versorgt werden. Dementsprechend ist es für so ein Präventivprogramm wichtig, dass das Personal qualifiziert ist und dass die Vernetzung mit anderen Versorgungseinheiten funktioniert. In vielen europäischen Ländern ist dieses Modell an sogenannte „Community Nurses“ delegiert, die als allgemeine Pflegekräfte im nichtstationären Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health tätig sind.

Eine gute Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen ist in der Literatur gut belegt, besonders auf Ebene der Gesundheitsindikatoren. Dabei lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und dem Hausbesuchsprogramm erkennen.

2.5. Public Health Nursing

„Public Health Nursing bezeichnet ganz allgemein den Beitrag, den die Pflegeberufe zur Bewältigung public-health-bezogener Aufgaben leisten.“ (34) In dieser Arbeit wird eine umfassende Definition von Pflege verwendet, die die WHO (World Health Organisation) 1993 veröffentlichte, und in der zeitgemäße Ansätze zum Pflegeverständnis so zusammengefasst sind, dass darin auch die Public-Health- Bezüge deutlich werden. Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die

Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt.“ (34) Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheiten verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen, zusammen. (3)

Die Entwicklung von Public Health Nursing oder die Arbeit der Krankenpflege im Bereich der Volksgesundheit weisen in allen europäischen Ländern Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede auf. „Die entscheidenden Impulse erhielt Public Health Nursing durch die angloamerikanischen Professionalisierungsbestrebungen Anfang des 20. Jahrhunderts, die stark davon geprägt waren, den Krankenschwestern/pfleger im ambulanten Bereich wichtige Aufgaben zuzuweisen“ (1). Bis heute verfolgen Primary Health Nursing in der angelsächsischen Tradition eine zentrale Position. Sie spielen in diesen Ländern selbstverständlich auch in der neuen Bewegung wieder eine neue wichtige Rolle. „Nach wie vor ist es dort die Profession der Pflege, die im Sinne der aufsuchenden Gesundheitsarbeit sowohl eine versorgende als auch eine präventive Funktion in der Gemeinde hat. Dabei haben sie verschiedene Spezialisierungen bzw. Differenzierungen in der ambulanten pflegerischen Gesundheitsarbeit herausgebildet. Unter dem Schirm Community Nursing arbeiten District Nurses, Community Nurses, Health Visitors, School Nurses, Family Nurses und Hebammen in all den Ländern, die ein Health Care System haben. Sie verfolgen in ihrer Arbeit neben der Sorge für die Einzelnen auch public-health-orientierte Ziele wie z.B. gesundheitliche Information und Aufklärung, Gesundheitserziehung und die Vermittlung anderer Dienste. Als akademisch ausgebildete Fachkraft übernehmen sie in der Regel eher administrative und konzeptionelle Aufgaben und arbeiten stark interdisziplinär (3).

Die Literatur enthält wenige Informationen zur Geschichte der Gemeindeschwestern/pfleger bzw. Public Health Nursing in Österreich, weshalb im Folgenden eine zukunftsgerichtete Erläuterung zur Gemeindepflege in Österreich beschrieben wird.

2.6. Pflege in der Primärversorgung

Im folgenden Kapitel werden das Berufsbild sowie die Kompetenzbereiche des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals beschrieben sowie mögliche Aufgabenfelder in der Primärversorgung identifiziert. Es wird auch die Struktur in der österreichischen Primärversorgung erläutert.

2.7.1 Pflegestruktur in Österreich

Im Jahr 2017 waren in Österreich rund 127.000 Personen in den oben angeführten Berufen in Krankenanstalten inkl. Rehabilitationseinrichtungen, stationären und teilstationären Langzeiteinrichtungen (inkl. alternativen Wohnformen, Kurzzeitpflege) und bei mobilen Diensten beschäftigt. 76.100 Personen oder insgesamt 60% aller Beschäftigten haben die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn absolviert und rund 39.000 haben eine Pflegeassistentenausbildung (ca. 31%). Über 53% des DGKPs sind in Krankenhäusern beschäftigt. 33% der DGKP sind in der Langzeitpflege beschäftigt und nur 14% bei mobilen Diensten (28). Die Zahl der DGKP, die in der Primärversorgung oder in Gesundheitszentren in Österreich beschäftigt sind, konnte nicht gefunden werden.

„Aktuell steht Österreich vor der Herausforderung, genügend qualifiziertes Pflegepersonal zu beschaffen. Dies betrifft Personal im Krankenhaus und in der Langzeitpflege. Das BMASGK (Bundesministerium, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) und die Gesundheit Österreich GmbH schreiben im Bericht von 2019, dass unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bis 2030 ein Bedarf an Pflegefachkräften von 31.400 Personen nötig ist. Zusätzliche 41.500 Pflegepersonen sind notwendig, um bei der Abdeckung von Pensionierungen, da ein Drittel der Pflege- und Betreuungspersonen über 50 Jahre alt ist, 2030 Pflege gewährleisten zu können. Die Personalbedarfsprognose kommt zu dem Schluss, dass bis 2030 in Summe 75.700 Personen in den Beruf der Pflegefachkraft einsteigen müssten, um die Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Dies entspricht einem jährlichen Bedarf an zusätzlichen

Pflegefachkräften von 3.900 bis 6.700. Dem gegenüber stehen 4.800 AbsolventInnen von pflegerischen Ausbildungsstätten, jedoch auf Grund der sinkenden Schülerzahlen besteht jetzt schon Handlungsbedarf“. (31)

2.6.1. **Pflegerische Kernkompetenzen in Österreich**

Das Berufsbild eines gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Dementsprechend muss ein durchdachter Dienst für DGKP entwickelt und organisiert sowie pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege implementiert werden (23).

Mit diesen im Text angeführten Kompetenzen gehört das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zum Kernteam einer Primärversorgung und dementsprechend sollte ihm eine große Rolle in der Primärversorgung zugewiesen werden.

An dieser Stelle sollen nun die Kompetenzen näher betrachtet werden, die der DGKP vom Gesetz her zuerkannt werden:

Neben dem Pflegeprozess zählen auch die Gesundheitsförderung und die Prävention, die pflegerischen Beratungen und die Betreuung sowie die Forschung in Bezug auf die Pflege zu den pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14 Absatz 1 GuKG). Eine Zusammenfassung der Kernkompetenzen wurde in § 14 Absatz 2 des GuKG vorgenommen:

- Gesamtverantwortung über alle Schritte des Pflegeprozesses
- Setzen und Ausführen von pflegerischen Interventionen
- Unterstützung in den Lebensaktivitäten
- Überprüfung der gesundheitlichen Verfassung

- theoriegestützte Kommunikation
- Betreuung, Beratung sowie die Veranstaltung von Schulungen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege
- Setzen von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Steigerung der Kompetenz hinsichtlich der eigenen Gesundheit
- Verfassen von Pflegegutachten
- Delegation, Subdelegation sowie die Beaufsichtigung unter Berücksichtigung der individuellen pflegerischen Situation
- Anweisung und Beaufsichtigung von Assistenzberufen
- Anweisung und Beaufsichtigung von Auszubildenden
- pflegerisches Handeln auf Basis von ethischen Prinzipien und wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen
- Ausbau und Steigerung der beruflichen Handlungskompetenzen
- Mitarbeit an Projekten im Forschungsbereich sowie die Durchführung evidenzbasierter Ergebnisse in den Berufsalltag
- Durchführung komplementärer Maßnahmen im Pflegebereich
- Mitarbeit im Risiko- und Qualitätsmanagement
- Setzen von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege

Die DGKP beteiligt sich am multidisziplinären Diskurs und bringt sich auch in pflegerelevante Vorschläge bei präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Abstimmungsprozessen ein. Damit übernimmt es die pflegerische Verantwortung für den Gesundheitszustand von Menschen aller Altersstufen und arbeitet bei bevölkerungsbezogenen Aufgaben wie Screening, Epidemiologie, Public-Health Maßnahmen und Care Management mit. Sie arbeitet mit dem Ziel, die kontinuierliche Versorgung von Menschen sicherzustellen (§ 14 Absatz 1 GuKG).

Die gesetzlichen Grundlagen, die für die Aufgaben einer Gemeindepflege notwendig sind, sind also bereits vorhanden. Schwieriger wird die praktische Gestaltung. Der Vergleich mit anderen

Ländern ist oft schwierig, da andere Rahmenbedingung und Begrifflichkeiten vorhanden sind. Im nächsten Kapitel wird dies noch verdeutlicht.

2.7. Community Health Nurse in Österreich

„Dem Pflegesystem kommt ein hoher Stellenwert zu und es hat große Bedeutung für die gesamte österreichische Bevölkerung. Deshalb sind Pflege und Betreuung älterer Menschen sowie die Situation der pflegenden Angehörigen auch eines der zentralen Themen in der österreichischen Sozialpolitik“ (9),

Es ist wichtig eine kurze Klärung der Begrifflichkeit durchzuführen: International (U.S.A., Kanada, Schweden etc.) versteht man unter Community Nurses jene Pflegekräfte, welche die professionelle Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege durchführen (in Österreich heißt diese Dienstleistung Hauskrankenpflege). „In der mobilen Pflege und Betreuung in Österreich arbeiten rund 22.000 Pflege- und Betreuungskräfte. Die MitarbeiterInnen dieser Dienstleistungen sind bereits heute die Hauptansprechpartner für zu Hause lebende hilfs- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“ (8). Im internationalen Sprachgebrauch werden solche Aufgaben von sogenannten Community Health Nurses, Family Health Nurses und Public Health Nurses übernommen. „Diese Handlungsfelder sind in Österreich grundsätzlich Bestandteil des Berufsbildes und Kompetenzbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheit und Krankenpflege. Die Community Nurse soll allerdings nach den Plänen der Regierung eine erweiterte Funktion in der Versorgungslandschaft einnehmen“ (8).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz lassen sich für die Community Nurse folgende Handlungsfelder ableiten:

- Betreuung von pflegenden Personen und Angehörigen
- Koordination von verschiedenen Leistungen (Pflege und Betreuungsdienste, Gesundheitsdienstleistungen, soziale Leistungen)
- Präventive Aufgaben und Gesundheitsförderung insbesondere für ältere Menschen (8)

Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen – „Bei der neuen Funktion der Community Nurse würde es aber nicht nur um die Betreuung von Einzelpersonen bzgl. pflegerischer Tätigkeiten gehen, sondern auch darum, Familien- oder Gruppengespräche zu führen, bei denen die Pflegesituation der Familie besprochen und gemeinsam Ressourcen und Strategien zur Bewältigung dieser Situation erörtert werden. Aus pflegfachlicher Sicht stellen gelingende häusliche Pflegearrangements in einer erweiterten Perspektive aber auch Modelle für eine umfassende Pflegekultur dar. Unter solchen Rahmenbedingungen kann die Verwirklichung einer Pflege stattfinden, die präventive wie rehabilitative Dimensionen umfasst und gleichermaßen auf die Unterstützung physischen wie psychischen und sozialen Wohlbefindens abzielt“ (10).

Koordination verschiedener Leistungen – Pflegebedürftige und deren Angehörige haben viele Leistungsansprüche. Es geht um finanzielle Zuwendungen, rechtliche Fragestellungen wie Erwachsenenvertretung oder Inanspruchnahme von Pflegekarenz etc. und um die große Vielfalt an sozialen, pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen. Typischerweise sprechen wir hier von Case Management. „Mit Hilfe von Case Management Methoden kann die Community Nurse eine optimale Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall koordinieren. Zur Realisierung von KlientInnen oder PatientInnenorientierung und KlientInnen- oder PatientInnenpartizipation im komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem braucht es für die Anwendung des Case Management Prozesses jedoch ganz besondere Qualifikationen und Standards. Es werde auch zusätzliche Fachkenntnisse zur Koordination und kompetenten Unterstützung bei der Beantragung diverser sozialer und finanzieller Ansprüche und Leistungen benötigen. Eine entsprechend ausgebildete Community Nurse wäre hier optimal“ (10).

„Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor ist dabei ein wichtiger und auf politischer Ebene noch im Detail zu klärender Punkt. Insbesondere die Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit mit den zukünftigen Primärversorgungszentren muss konkretisiert und ausverhandelt werden. Die Kooperation mit ÄrztInnen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen ist ein zentraler Punkt im Community Nursing. Damit im Zusammenhang steht auch die Finanzierung von Leistungen: Für welche Zielgruppe (Kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen, gesunde Menschen, Angehörige) sind welche Kostenträger zuständig“ (10)?

Präventive Aufgaben und Gesundheitsförderung insbesondere für ältere Menschen:
„Internationale Studien belegen, dass die regelmäßige Durchführung von präventiven

Hausbesuchen den Verlust der Selbstständigkeit reduziert. So haben Langzeitstudien in der Schweiz gezeigt, dass mit einfachen präventiven Hausbesuchen, die viermal jährlich durchgeführt werden, die Einweisungen in Pflegeheime um 35% reduziert werden konnten. Der Verlust der Selbstständigkeit ist um 24% zurückgegangen“ (10). Auf der anderen Seite wurden auch Studien in Österreich durchgeführt, die auch gute Erfolge gezeigt haben und von der Bevölkerung gerne in Anspruch genommen werden. Neben diesen präventiven Hausbesuchen sollten aber auch andere Gesundheitsförderungsaktivitäten, Ernährungsworkshops, die individuelle Beratung zu Lebensstilfragen von älteren Menschen, die Förderung von Health Literacy (Gesundheitskompetenz) und Selbstmanagementfähigkeiten sowie Unterstützung bei barrierearmen Adaptierungen des Wohnraums nicht außer Acht gelassen werden“ (10).

Community Nurses sollen aufgrund ihrer Verankerung in der Gemeinde in der Lage sein, gesundheitliche Chancenungleichheiten und lokale Gesundheitsbedürfnisse zu erkennen. Somit können sie Einfluss auf Determinanten der Gesundheit nehmen und die Gesundheit der EinwohnerInnen gezielt fördern. Insbesondere ältere Menschen sind aufgrund von Veränderungen des sozialen Umfelds und/oder körperlichen Beeinträchtigungen stark betroffen. „Die gesundheitsgefährdende Wirkung von Einsamkeit ist durch viele Studien belegt, so wäre dies ein weiteres wichtiges Betätigungsfeld von Community Nurses. Noch eine weitere Aufgabe von Community Nurses wäre, die Stärkung der Selbsthilfe sowie die enge Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft. Die Community Nurses könnten je nach Bedarf in der Region in Zusammenarbeit mit Organisationen der Zivilgesellschaft und ehrenamtlich Tätigen themenspezifische Angehörigengruppen, aber auch andere Aktivitäten zur Stärkung der Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit initiieren. (8)

Organisatorische Anbidungen der Community Nurse: Die Dienstleiter der mobilen Pflege verfügen über dezentrale und wohnortnahe Sozialstationen/Stützpunkte, von denen aus die häusliche Pflege und Betreuung organisiert und koordiniert werden. Es besteht im organisatorischen Sinne bereits ein großes Knowhow und eine große Erfahrung in vielen dem Konzept der Community Nurses sehr verwandten Gebieten. Aufgrund der derzeitigen Regelungen und Rahmenbedingungen wird die Pflege und Betreuung aktuell jedoch nur als direkte Leistung bei KlientInnen vor Ort finanziert. Aufgrund dieser strukturellen Vorgaben können in den

Stützpunkten kaum bis keine Sprechstunden für Angehörige von hilfs- und pflegebedürftigen Personen angeboten oder präventive Aufgaben übernommen werden. (8)

Die aufgelisteten Aufgaben machen aber weitere Überlegungen notwendig: Welche Zusatzqualifikationen müssen erworben werden? Welche gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden? Wie sollen Aufgaben verteilt werden? Wie ist die bestehende Hauskrankenpflege mit der Idee der Community Nurse vereinbar? Welche internationalen Konzepte werden auch in Österreich benötigt?

Wie soll die Pflege in Zukunft in Österreich gestaltet werden? Eine Pflegereform ist bereits im Gespräch.

2.8. Neue Pflegereform in Österreich

„Um eine hochwertige Betreuung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten, wurden im Regierungsprogramm 2020-2024 „Aus Verantwortung für Österreich“ zahlreiche Maßnahmen zur zukünftigen Deckung des Bedarfs aufgegriffen. Um den vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden, ist die Zusammenarbeit vieler verschiedener Stakeholder notwendig“ (9). Aus Studien haben sich fünf Prioritäten für die geplante Pflegereform herauskristallisiert (9)

- Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems
- Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern
- Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen
- Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen
- Vorausschauend planen und gestalten

In der neuen Pflegereform wurden auch Community (Health) Nurses berücksichtigt. In einem ersten Schritt wird zu klären sein, welche Aufgaben eine Community (Health) Nurse erfüllen sollte und für welche Zielgruppen Leistungen angeboten werden sollen. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang eine Ist-Erhebung vergleichbarer bereits laufender Modelle in Österreich und eine Beschreibung dieser Modelle sowie eine Analyse ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Darauf aufbauen können – gemeinsam mit den relevanten EntscheidungsträgerInnen und potenziellen FinanzierungsträgerInnen – Eckpunkte eines Modells definiert werden. In Pilotprojekten soll das Modell umgesetzt und begleitend evaluiert werden. Zur Entwicklung eines Profils der Community (Health) Nurse kann etwa die Expertise des ÖGKV als Berufsverband als Diskussionsbasis dienen, insbesondere ist jedoch auf praktische Expertise zurückzugreifen (9).

Aber nicht nur die Erfahrung im eigenen Land soll Berücksichtigung finden. Der Blick auf Systeme in anderen Ländern ist für einen kreativen Gestaltungsprozess absolut sinnvoll, vor allem in Ländern mit ähnlich kulturellem Hintergrund. Deshalb erscheint mir die Beschäftigung mit den Bedingungen in Kroatien nicht nur aus persönlichen Gründen als lohnend.

2.9. Community Health Nurse in Kroatien

„Die Entwicklung der Gemeindepflege geht auf das Jahr 1930 zurück, d.h. auf die Gründung des Hauptbüros der Hilfsschwester für die sozial-hygienische Tätigkeit in Zagreb. Das Hauptbüro der Schwestern war ein selbstständiger gesundheitlicher Sozialdienst, der auf dem Territorialprinzip tätig war. Es handelt sich um eine polyvalente Type, die größtenteils auf die Lösung von sozialen Problemen ausgerichtet war. Geschichtlich hat sich die Gemeindebetreuung unter dem Einfluss der Veränderungen im Gesundheitswesen gewandelt, sodass sich an manchen Orten eine monovalente oder spezialisierte Type der Gemeindebetreuung entwickelte, die sich an manchen Orten bis in die 1980er Jahre erhalten hat. Dieser Typus von Gemeindepflege war in einem bestimmten Gesundheitszentrum angesiedelt und leistete Betreuungsdienste nur für eine bestimmte Population. Obwohl die Qualität der Tätigkeit dieser spezialisierten Pflege nicht bestritten werden konnte, stand diese Type der Gesundheitsbetreuung im Gegensatz zum holistischen Verständnis des Einzelnen und seiner Familie, aber sie widersprach auch der modernen Rolle der Gemeindepflege in der Gemeinschaft“ (17).

Die polyvalente Type der Gemeindebetreuung lebte in den 90er Jahren auf und ist im Unterschied zu der monovalenten Type der Gemeindebetreuung wirkungsvoller, da mit dieser die Betreuung aller Einzelpersonen eines bestimmten Gebiets auf dem Betreuungsprinzip der Familie und all

ihrer Mitglieder geleistet wird, mit einer besonderen Betonung auf dem holistischen Verständnis der Einzelperson. Jede Pflegekraft hat ein geographisch eingegrenztes Gebiet und eine bestimmte Einwohneranzahl, für die sie zuständig ist.

„Alle Gemeindepflegekräfte sind auf dem Prinzip der Gesamtbetreuung der Einzelperson und der Familie tätig, mit einer explizit bestimmten Präventionstätigkeit und entwickelter Mitarbeit mit allen Gesundheitsteams. Die Tätigkeit der Pflege ist territorial eingegrenzt und jede Gemeindepflegekraft deckt einen Bereich von ca. 5.000 Einwohnern ab“ (16), „Gemäß dem Netz des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten in allen Gespanschaften der Republik Kroatien 888 Gemeindepflegekräfte tätig sein, wobei 869 einen Vertrag haben (Angabe aus dem Jahr 2019) (17).

2.9.1. Hauptmerkmale der Gemeindebetreuung in Kroatien

„Die Gemeindebetreuung findet außerhalb einer Krankenversorgungseinrichtung, dort wo Menschen leben und arbeiten, statt. Die Gemeindebetreuung fördert die Bedeutung der Gesundheit, verhindert Krankheiten und kümmert sich um die Rehabilitation. Die Tätigkeiten der Gemeindebetreuung werden auf drei Niveaus durchgeführt“ (16):

- Primäre Prävention (wird bei der gesunden Population durchgeführt, mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Erreichung eines positiven gesundheitlichen Verhaltens, bzw. Begriffs der Gesundheit als wahren Wert, der im Laufe des Lebens weiterentwickelt werden sollte).
- Sekundäre Prävention (ist bemüht, Risiken, die zum Ungleichgewicht und zur Gesundheitschädigung führen sowie schon entstandene Schädigungen, die noch nicht zu dauerhaften Veränderungen geführt haben, zu erkennen und zu entdecken).
- Tertiäre Prävention (die Krankenschwester hilft bei der Wiederherstellung des Gleichgewichts, der Verhinderung von physischer und psychischer Dekompensation des Nutznießers nach dem entstandenen Schaden und daraus folgenden Komplikationen, bzw. sie hilft bei der Wiederherstellung eines Funktionsmusters bei Einzelpersonen, welche dauerhafte und irreparable Schädigungen von Körperfunktionen haben).

Der Gemeindedienst ist ein professioneller Bereich der Krankenpflegetätigkeit, der auf den Prinzipien des primären Gesundheitsschutzes beruht (16):

- Qualität der geleisteten Dienstleistungen,
- Erreichbarkeit,
- Unbefangenheit bei der Leistung der Betreuung,
- Austausch von persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten,
- Effiziente Leistung von Betreuung bei dauerhafter Verfolgung von Ergebnissen und Leistungen.

Die Gemeindepflege in Kroatien ist fokussiert auf folgende zwei Aspekte und Bevölkerungsgruppen (17):

- die Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Verhinderung von Erkrankungen bei: Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Vorschulkindern und Jugendlichen, von Frauen besonders während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und beim Stillen, älteren und schwachen Personen, Personen mit besonderen Bedürfnissen, Personen mit Risikoverhalten und schlechten Lebensgewohnheiten,
- die Erkennung, rechtzeitige Entdeckung und Betreuung von Kranken und Schwachen, durchgeführt dort, wo die Menschen leben und arbeiten, was meistens bei ihnen zuhause ist.

2.9.2. Wirkungs- und Kompetenzbereich der Gemeindekrankenschwester

Die Krankenpflegekräfte üben in der Gemeindetätigkeit im Rahmen ihrer Verantwortung und Kompetenz Aktivitäten mit folgenden Zielen aus (19):

- Feststellung der Bedürfnisse der gesunden und kranken Einzelperson in Bezug auf die Krankenpflege,

- Feststellung der Notwendigkeit und des Plans der Krankenpflege der PatientInnen zuhause, aufgrund der Einsichtnahme in den Zustand der Einzelperson und der gesamten Familie, worüber ein Bericht verfasst wird,
- Unmittelbare Zusammenarbeit mit der HausärztIn; diese/r wird benachrichtigt und eine entsprechende Krankenpflege und Palliativversorgung zuhause organisiert,
- Fortbildung und Motivation von Einzelpersonen und Familien hinsichtlich der Veränderung von Lebengewohnheiten zwecks Verhinderung von Erkrankungen und Förderung der Gesundheit,
- Individual- und Gruppengesundheitserziehung,
- Festsetzung von Prioritäten bei der Primärversorgung gemäß dem regionalen Bedarf unter Verwendung von epidemiologischen und statistischen Daten,
- Durchführung von Aktivitäten im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für die gesamten Population und bestimmte Zielgruppen,
- Tätigkeitskoordination der Krankenpflege für den zuständigen Bereich, mit Ausnahme der Krankenpflege in Teams von ausgesuchten ÄrztInnen,
- Zusammenarbeit mit örtlichen Krankeneinrichtungen zwecks kontinuierlicher Krankenpflege von PatientInnen daheim, im Einklang mit festgestellten Bedürfnissen,
- Zusammenarbeit mit anderen Diensten und öffentlichen Diensten zwecks Verbesserung und Beförderung der Gesundheit in der Gemeinschaft,
- Evidenzbasierung aller durchgeführten Maßnahmen,
- Kontrolle der Einhaltung von Vorschriften und Gesetzen bei der Tätigkeit der Krankenpflege in der Gemeinde,
- Durchführung der Verfahren im Rahmen des eigenen Kompetenzbereiches,
- Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und des Wohls der betreuten Personen,
- Teilnahme an gesundheitsfördernden Projekten,
- Achtung der Privatsphäre der PatientInnen/KundInnen und deren Familie.

Demnach gehört es zur Aufgabe der Krankenpflege im Rahmen der Gemeindebetreuung den Gesundheitsschutz außerhalb der Krankeneinrichtung zu erweitern, NutznießerInnen zu finden

und zur Erhaltung und Beförderung der Gesundheit anzuregen, besonders in den empfindlichsten Lebensabschnitten (Schwangerschaft, Wochenbett, Neugeborenen- und Säuglingsalter, Krankheit, Alter) (20). Bei Personen mit Invalidität, chronisch Kranken, alten und schwachen Personen ist die Betonung, neben Aufsicht und Kontrolle, auf Unterstützung, Weiterbildung und Motivierung ausgerichtet. Ziel ist die Erhaltung der Selbstständigkeit, die Erhaltung der Lebensqualität, die Verringerung von Komplikationen, selbst dann, wenn die Gesundheit angeschlagen ist.

Die gesamte Gemeindetätigkeit ist in medizinischen Zentren untergebracht. Die Arbeitszeit der Gemeindetätigkeit besteht aus der Morgenschicht – diese ist in zwei Teile aufgeteilt. Den ersten Teil übt die Gemeindepflegekraft in der Ambulanz und im Gemeindezimmer aus. Zu dieser Zeit ist sie/er für Telefonate und Besprechungen erreichbar und anschließend begibt sie/er sich in den Außendienst. Im Zimmer der Gemeindepflege werden auch Präventionskontrollen durchgeführt sowie Beratungen für Personen, die eigenmächtig oder auf Anweisungen von ÄrztInnen kommen (20).

Ein Teil der Gemeindebesuche wird nach der Benachrichtigung der LeiterIn der Gemeindebetreuung abgewickelt, welche in der Leitung des medizinischen Zentrums untergebracht ist und täglich Informationen aus Krankenhäusern und anderen Krankeneinrichtungen einholt sowie nach der Mitteilung des/der Familienarztes/ärztin. Dies entspricht einem formellen Antrag zur Durchführung eines Hausbesuchs (29).

Es gibt auch informelle Anträge auf Hausbesuche, die telefonisch seitens der Familie, NachbarInnen und des Nutznießers selbst gestellt werden. Ein Teil der Hausbesuche wird aufgrund eigener Ermittlungen und Verfolgung der vulnerablen Population gemäß dem Programm der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt durchgeführt .(29) Nehme an, das ist diesselbe Quelle....

Im Rahmen der Gemeindebetreuung wird nach einem bestimmten Standard der Krankenpflegepraxis vorgegangen. Beim Prozess der Krankenpflege handelt es sich um einen systematischen Zugang und Vorgangsweise. Damit wird die Anwendung auf wissensbasierten Krankenpflegemaßnahmen und Verfahren, die auf der Einschätzung und Analyse der Bedürfnisse

der betroffenen Personen beruhen, sichergestellt. Eine kontinuierliche Evaluation der bemerkten Schwierigkeiten und Probleme, aber auch Möglichkeiten und Fähigkeiten, gewährleistet eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität. (21)

Gemäß dem Standard der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt betreuen die Gemeindepflegekräfte eine bestimmte Region, die zirka 5.000 EinwohnerInnen umfasst. In Kroatien sind 869 Krankenpflegekräfte in der Gemeindetätigkeit tätig, davon macht eine jede Krankenpflegekraft 6,8 Besuche täglich, was in einem Jahr zirka 1.500 Hausbesuche entspricht (21).

Der Gemeindedienst ist in seinem Programm zu folgenden Leistungen verpflichtet (18):

- 1 Besuch bei der Schwangeren im Laufe der Schwangerschaft,
- 3 Besuche während des Wochenbettes und des Neugeborenen (ein Besuch in der ersten Woche und zwei nach 15 + 15 Tagen),
- 2 Besuche des Säuglings bis zum 1. Lebensjahr,
- 1 Besuch des Vorschulkindes,
- Mindestens 1 Besuch des Schulkindes und des Adoleszenten.

Die Gemeindepflegekräfte achten bei ihren Besuchen auf die sozialen und hygienischen Verhältnisse, sie besuchen chronisch kranke PatientInnen mit Behinderungen. Die Gemeindepflegekräfte arbeiten bei ihrer Tätigkeit mit ÄrztInnen der Primärversorgung sowie mit dem Sozialdienst, karitativen Einrichtungen, gesundheitlichen Einrichtungen, Altersheimen, gesellschafts-politischen Organisationen und mit der Polizei zusammen (20).

Eine der wichtigsten Maßnahmen für das Erreichen der Ziele der Gemeindepflege ist eine professionelle Kommunikation, um betreute Personen im Selbstmanagement zu befähigen und die Gesundheitskompetenz zu steigern. Bei der professionellen Kommunikation sollten die Gemeindepflegekräfte ein Vertrauensverhältnis mit den betreuten Personen und deren Familien herstellen, aber auch Informationen, die für die Planung der Versorgung bedeutend sind, einholen,

die Maßnahmen in einem informierten Entscheidungsprozess mit den Betroffenen besprechen. Dabei ist es wichtig die individuellen Kommunikationsfähigkeiten einzuschätzen und sich an diesen anzupassen (22).

2.9.3. Hausbesuch der Gemeindepflegerinnen/pfleger

Die Gemeindepflegerinnen/pfleger leisten ihre Betreuung am meisten dort, wo die betroffenen Personen leben und verweilen. Die Gemeindepflegerkräfte arbeiten ca. 70% ihrer Arbeitszeit in Familien und ca. 30% dieser Zeit üben sie Tätigkeiten in der Gemeinschaft und in der Einrichtung aus. Der Hausbesuch ist ihre Schlüsselaktivität und dabei praktizieren sie eine Reihe von individuellen und familiären Fertigkeiten, angepasst an die betreuten Personen und das familiäre Umfeld. Sie erheben die Anamnese, machen die physikalische Einschätzung, geben Ratschläge, stellen verschiedene Verfahren dar, usw. Dabei achten sie darauf, dass jede Familie ihre eigene Dynamik, Regeln und Funktionsweise hat.(17).

Im Folgenden werden die wichtigen Komponenten für die erfolgreiche Ausübung des Hausbesuchs angeführt (17):

- Kommunikation und Interaktion
- Vorbereitung und Planung des Hausbesuchs
- Arbeitsbedingungen und Ausstattung mit Behelfen

Der erste Hausbesuch sollte nicht zu lange dauern; die Ziele müssen klar bestimmt sein, die Atmosphäre entspannt und es sollten dabei sechs Grunddeterminanten vorhanden sein (17):

- Das Kennenlernen
- Auslegung der Ziele und der Grund und Zweck des Besuchs
- Definition der Rolle der Krankenschwestern/pfleger
- Dem Nutznießer soll die Gelegenheit geboten werden, die eigenen Erwartungen zu erklären

- Beginn des Aufbaus des Verhältnisses
- Vereinbarung des nächsten Besuchs

Die Vorbereitung und Planung des Hausbesuchs beginnt mit dem Eingang des Antrags auf den Hausbesuch. Einen formellen Antrag können die ÄrztInnen und/oder Krankenschwestern/pfleger des primären Gesundheitsschutzes, Gebärkliniken, Krankenhäuser, Kliniken, Heilanstalten, Schulen oder andere Krankeneinrichtungen oder Dienste, Sozialhilfedienste, Wohltätigkeitsvereine, Vorschuleinrichtungen und andere einreichen. Nichtformelle Anträge können Einzelpersonen oder Familien die einen Gesundheitsschutz benötigen, einreichen (17).

Nachdem die Gemeindepflegekräfte eine Kommunikationsebene etabliert haben, wickelt sich der weitere Verlauf der Versorgung entsprechend den Phasen der Betreuung ab. Auf Basis des Bedarfs und der erstellten Diagnosen werden alle Interventionen geplant, durchgeführt und anschließend evaluiert. Schon ab dem ersten Besuch werden die erreichten Ziele und der gesamte Betreuungsplan evaluiert. Die Folgebesuche müssen die Kontinuität und Qualität der Betreuung sichern und den betreuten Personen ausreichend Gelegenheit und Zeit für eigene Entscheidungen und eine allmähliche Aneignung oder Änderung des Verhaltens geben. (20)

2.9.4. Zusammenarbeit der Gemeindeschwester mit den Organisationen der Zivilgesellschaft

Außer mit den Gesundheitseinrichtungen arbeiten die Gemeindepflegekräfte mit (18):

- dem Sozialbetreuungszentrum,
- Vereinen für Personen, die an bestimmten Erkrankungen leiden (Diabetes, verschiedene Karzinome usw.),
- mit Erziehungseinrichtungen,
- Krabbelstuben, Kindergärten,
- Schulen.

Die Zusammenarbeit der Gemeindepflege mit dem Zentrum für die Sozialbetreuung ist an die Hilfe mit Nahrung, Heizung, einmaliger materieller Hilfe, Vormundschaft, Aufsicht der Süchtigen, Misshandlung oder Verdacht auf Misshandlung bei Kindern, Alten und Schwachen gebunden (18).

Die Rolle der Gemeindepflege bei den Vereinen von Personen die an bestimmten Erkrankungen leiden oder Vereinen, die sich mit der spezifischen Problematik von bedürftigen Personen beschäftigen (z.B. PatientInnen mit Tracheostoma, Cava Katheter usw.) ist vielseitig und bezieht sich auf die Unterstützung, notwendige Informationen und Fortbildung. Die Gemeindepflegekräfte helfen den Vereinsmitgliedern mit Ratschlägen und Fortbildung über das alltägliche Funktionieren, erteilen Informationen und eduzieren sie über die Erkrankung selbst, bzw. über die Probleme. Weiters besorgen und erteilen sie nützliche Informationen und neue Erkenntnisse aus dem Interessensbereich einer bestimmten Gruppe oder einer Einzelperson, sie finden und geben Antworten auf die gestellten Fragen und Anforderungen der Vereinsmitglieder für fachliche Hilfe (19).

Es ist eine bekannte Tatsache, dass präventive Aktivitäten schon ab dem frühesten Alter erwünscht sind, sodass eine Zusammenarbeit mit einem Fachteam der Kindergärten sehr wichtig ist. Bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist eine Kontinuität bei der Versorgung und Betreuung wichtig und die Bildung einer positiven Einstellung in Bezug auf die Gesundheit wird schon in der Kindheit verinnerlicht. Die Gemeindepflegekräfte haben zusammen mit dem Personal in den Kindergärten die Aufsicht über alle Kinder, die in ihren Betreuungsbereich fallen. Sie verfolgen ihr Wachstum, ihre Entwicklung sowie die Sozialisierung und führen in der Zusammenarbeit mit dem gesamten Kinderpersonal zahlreiche Präventionsmaßnahmen durch . (23)

Mögliche Präventionsaktivitäten, die gemeinsam durchgeführt werden können, sind die Fettleibigkeitsprävention, richtige Ernährung, Unfallprävention, Aufdeckung des vernachlässigten oder misshandelten Kindes, die Verbesserung der Durchimpfung, die Prävention von respiratorischen Infektionen, die Kariesprävention und die Betreuung des chronisch kranken Kindes (23).

Die Gemeindepflegekräfte haben eine wichtige Aufgabe in der öffentlichen Gesundheit und bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Sie sind auf den Nutznießer ausgerichtet und der Nutznießer kann eine Einzelperson, Familie oder Gemeinschaft sein. Die grundlegende Aktivität der Gemeindepflegekräfte ist die Fortbildung der Einzelperson oder der Gemeinschaft. Durch die breite Tätigkeitsmöglichkeit und sehr gute Ausbildung bringen sie Einzelpersonen ein gesundheitlich akzeptables Verhalten und den gesunden Lebensstil bei. Sie identifizieren ebenfalls Hochrisikopersonen und helfen bei ihrer weiteren Beobachtung und Versorgung.

Die Gemeindepflege trägt mittels Förderung der Gesundheit und präventiver Tätigkeit zur besseren Lebensqualität von Menschen in der Gemeinschaft und zur Verringerung der Anzahl von Komplikationen bei verschiedenen Erkrankungen bei. (23)

Bei der Beschäftigung mit den kroatischen Rahmenbedingungen wird sofort ersichtlich, dass ein direktes Übernehmen dieser Art der Gemeindepflege nicht möglich ist. Zu unterschiedlich sind die vorherrschenden Strukturen und Gegebenheiten. Ich denke auch der Bedarf an Pflege ist verschieden. Wer braucht Pflege? Ist die Pflegebedürftigkeit in Kroatien mit der österreichischen vergleichbar? Brauchen schwangere Frauen in Österreich einen Hausbesuch einer Pflegekraft? Diese Fragen wird sich die Politik stellen müssen.

3. Gesundheitspolitische Grundlagen

Gesundheitssysteme sind in allen Nationen gewachsene Systeme, die oft lange geschichtliche Traditionen aufweisen. Hier ein Vergleich der Gesundheitssysteme der beiden Länder.

3.1. Österreichisches Gesundheitssystem

Ein wesentliches Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems ist der gleiche und einfache Zugang zu allen Gesundheitsleistungen, unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft und sozialem Status sowie unabhängig von der Art bzw. dem Umfang der Leistung. „So ein Gesundheitssystem

ist durch eine solidarische Finanzierung, die im Sozialrecht und im Sozialversicherungsrecht sowie in zusätzlichen Vereinbarungen. (z.B. Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG zwischen Bund und Ländern) geregelt (Solidaritätsprinzip)“ (6).

Das politische System Österreichs sieht zwischen Bund, Ländern und autorisierten Organisationen der Zivilgesellschaft (z.B. Rotes Kreuz, Grünes Kreuz) eine Verantwortung und Arbeitsteilung in den Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung vor. „Die Geschichte und Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist durch den föderalistischen Staatsaufbau und durch eine Tradition der Delegation von Kompetenzen an die Akteure der Selbstverwaltung geprägt“ (4).

Die Sozialversicherung ist grundsätzlich an eine Erwerbstätigkeit gebunden. Dabei können auch Familienangehörige oder LebenspartnerInnen mitversichert sein. Zusätzlich gibt es noch die Regelungen für PensionistInnen und Arbeitslose. Die Selbstversicherung ist im österreichischen Sozialversicherungssystem unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Personen ohne Krankenversicherung müssen für die Kosten der Gesundheitsleistungen selbst aufkommen – ausgenommen sind Erste Hilfe Leistungen.

„Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung erfolgt auf drei Schienen: Der größte Anteil wird von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und ZahnärztInnen in ihren Praxen übernommen. Etwa die Hälfte der niedergelassenen ÄrztInnen verfügt über Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen. Zum so genannten „extramuralen Bereich“ der ambulanten Versorgung zählen weiters auch die Ambulatorien der Krankenkassen sowie andere (privat geführte) selbstständige Ambulatorien. Darüber hinaus stehen in den Krankenhäusern („intramuraler Bereich“) für die ambulante Versorgung auch Spitalsambulanzen zur Verfügung. Zur ambulanten Versorgung zählen auch Heilmittel und Heilbehelfe. Ambulante Versorgung leisten auch noch weitere Gesundheitsberufe, wie Ergo- und PhysiotherapeutInnen, Hebammen, LögopädInnen etc.“ (6).

„Die stationäre medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und rein privaten Spitälern versorgt. „Zu den Betrieben bzw. Trägern der Krankenhäuser zählen die Länder mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden, Glaubensgemeinschaften (konfessionelle Träger), Sozialversicherungsträger oder private Träger“ (6,7).

Die gesamten Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege und Investitionen) betragen rund 41,3 Milliarden Euro oder rund 11,2% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) (2017). Die laufenden Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege, exkl. Investitionen) belaufen sich auf rund 38,5 Milliarden Euro bzw. 10,4% des BIP. Rund Dreiviertel der laufenden Gesundheitsausgaben (2017) werden aus öffentlichen Mitteln aufgebracht, dies beinhaltet Ausgaben der Sozialversicherungsträger des Bundes, der Bundesländer und der Gemeinden. Der Rest (26%) sind private Gesundheitsausgaben (7).

Es ist meiner Meinung nach wichtig zu betonen, dass das österreichische Gesundheitssystem von der Bevölkerung hoch geschätzt wird. Es bietet weitgehend unbeschränkten Zugang für alle Versicherten zu allen Versorgungsstufen. „Das Niveau der Selbstbehalte und Selbstzahlungen in Österreich ist im internationalen Vergleich hoch. Allerdings stellen viele Ausnahmebestimmungen, wie z.B. die Rezeptgebührenobergrenze, einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher. Auf jeden Fall stellen nationale und internationale Befragungen (Eurostat, Eurobarometer) zur Zufriedenheit mit der Versorgung dem Gesundheitssystem regelmäßig ein sehr gutes Zeugnis aus; mehr als 90% der Befragten finden, dass das österreichische Gesundheitssystem sehr gut oder gut ist (4,5). Es ist auch wichtig zu betonen, dass das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich durchaus einen Verbesserungsbedarf hat. Die immer steigende Lebenserwartung lag im Vergleich zu den gesunden Lebensjahren in Österreich 2010 fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt. (5)

„Dem Vorteil des freien Zugangs der Bevölkerung zu allen Versorgungsstufen steht der Nachteil gegenüber, dass es für PatientInnen oft schwierig ist, durch die Dichte der Angebote jene Versorgung zu finden, die ihren Beschwerden oder ihrem Krankheitsbild sowie ihren persönlichen Bedürfnissen am besten entspricht“ (4). Der stationäre Sektor ist im Vergleich zum ambulanten Sektor überrepräsentiert. Dies wird auch im internationalen Vergleich sichtbar. Außerdem sind die Ausgaben für die Prävention vergleichsweise gering. Gleichzeitig gibt es starke regionale Unterschiede in der Versorgungskultur, aber auch den Krankenhausbetten und FachärztInnen als auch in der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Rehabilitation, psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung sowie Pflege. Damit bestehen noch deutliche soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme präventiver Leistungen; und auch

hinsichtlich des Gesundheitszustands hat die einkommensbezogene Ungleichheit seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig bleibt (4).

Eine der wichtigsten Schwachstellen im österreichischen Gesundheitswesen bleibt die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung. Mit einigen Ausnahmen z.B. Vorsorgeuntersuchung, fehlt die gesetzliche Basis für die Krankenversicherung, um im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig zu werden. „Die Ausgaben für Prävention sind mit 2% deutlich unter dem Durchschnitt der EU-15 und der OECD-Länder und wachsen auch nur unterdurchschnittlich“ (4,5).

3.2. Kroatisches Gesundheitssystem

„Laut Artikel 1 der Verfassung der Republik Kroatien, wurde Kroatien als ein Sozialstaat festgelegt und bürgt seinen BürgerInnen als solcher eine entsprechende soziale Sicherheit, also auch eine gesundheitliche Sicherheit“ (11).

„Der Gesundheitsschutz wurde mit dem Gesetz über den Gesundheitsschutz als ein System von gesellschaftlichen, gemeinsamen und individuellen Maßnahmen, Dienstleistungen und Aktivitäten für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit definiert sowie für die Verhinderung von Krankheiten, frühe Entdeckung von Krankheiten, rechtzeitige Behandlung sowie Krankenpflege und Rehabilitation (Volksblatt Art.150/08, 155/09, 71/10, 139/10, 84/11, 154/11, 12/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 154/14)“ (12). Der Gesundheitsschutz ist also eine der Schlüsselkomponenten der kroatischen Sozialpolitik und beruht auf den Prinzipien der Implizierung, Kontinuität und Zugänglichkeit, übrigens genauso wie das österreichische Gesundheitssystem. (33)

„Alle BürgerInnen haben das lebenslängliche Anrecht auf Dienstleistungen des Gesundheitsschutzes. Demnach müsste das Dienstleisternetz des Gesundheitsschutzes auf die Art und Weise organisiert sein, dass der Gesundheitsschutz für alle BürgerInnen gleich zugänglich ist“ (12).

„In Kroatien ist eine lange Tradition des organisierten Gesundheitsschutzes vorhanden, für welchen das Bismarckmodell bezeichnend ist. Die Wurzeln dafür entspringen aus dem Gesetz über die Krankenversicherung in Preußen Ende des 19. Jahrhunderts, während der Herrschaft von Kanzler Otto von Bismarck“ (13). Der Einfluss dieser Gesetze wurde sehr rasch auch auf Österreich übertragen, anschließend auch auf die anderen Länder der damaligen Österreich-Ungarischen Monarchie. Daher lässt sich der Entschluss fassen, dass schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine stärkere Intervention des Staates in das Gesundheitssystem begonnen hat .

Eine geschichtliche Persönlichkeit bei der Entwicklung des kroatischen Gesundheitssystems ist jedenfalls Andrija Štampar. Andrija Štampar ist einer der Begründer der Weltgesundheitsorganisation und sein Verdienst ist die Einführung von öffentlichen gesundheitlichen Dienstleistungen in den Jahren 1920 und 1930 sowie die Errichtung des Zentrums des primären Gesundheitsschutzes. Im Jahre 1945 wurde die verpflichtende Krankenversicherung eingeführt. Mit dieser wurde die Mehrheit der Population abgedeckt. Im Laufe der 1980er Jahre wurde das kroatische Gesundheitssystem bedeutend dezentralisiert. Seine Eigenschaft war ein hohes Niveau an Autonomie der lokalen Autoritäten und die Tatsache, dass die medizinischen Arbeitskräfte und NutznießerInnen unter sehr geringer Aufsicht und Inspektion an der Fällung von Entscheidungen teilnehmen konnten (12).

„Anfang der 90er Jahre, während des Zerfalls des sozialistischen Jugoslawien, kam es zu Änderungen auf dem politischen Plan in Kroatien, was sich auch auf das Gesundheitssystem auswirkte. Das ehemalige dezentralisierte System mit großem Personalüberfluss und regionalen Ungleichheiten bei der Finanzierung und den Standards des Gesundheitsschutzes wurde in ein zentralisierteres, besser finanziertes und allgemein effektiveres System umgewandelt, und an den Gesundheitsdienstleistungen nahm der private Sektor verstärkter teil. Trotzdem gab es auch weiterhin zahlreiche Probleme, welche mit den durchgeführten Reformen nicht gelöst wurden“ (14).

3.2.1. Organisation des Gesundheitssystems in Kroatien

„An der obersten Stelle der Organisation des kroatischen Gesundheitssystems befindet sich das Gesundheitsministerium der Republik Kroatien. Weitere Glieder sind Gespanschaftsbehörden und städtische Gesundheitsbehörden, die kroatische Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, der kroatische Ärzteverband und die kroatische Krankenversicherungsanstalt“ (15).

Die kroatische Krankenversicherungsanstalt wurde 1993 gegründet und ist für die Verwaltung des Krankenversicherungsfonds und Vereinbarung von Dienstleistungen des Krankenschutzes zuständig. Sie ist der „Hauptabnehmer“ der Gesundheitsleistungen und spielt als solche eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem.

Eine ebenfalls bedeutende Institution der Gesundheitsleistungen des Gesundheitssystems ist die Kroatische Anstalt für das öffentliche Gesundheitswesen, deren Aufgabe die Einholung, Analyse sowie Präsentation von statistischen und epidemiologischen Daten, Promotion der Gesundheit sowie die Gesundheitsfortbildung auf dem staatlichen Niveau ist.

„Das Gesundheitsministerium und die Kroatische Anstalt für die öffentliche Gesundheit sind gemeinsam für die nationale Strategie der öffentlichen Gesundheit zuständig und sie sind für nationale und jährliche Ziele richtungsweisend. Ebenso für die Abmessung und Aufsicht der Ausführung der gestellten Ziele und zusammen mit den öffentlichen Gemeindegemeinschaften für die öffentliche Gesundheit für die Organisation und Zustellung von präventiven und promotiven gesundheitlichen Verdiensten“ (15).

„In Kroatien kann die Krankenversicherung verpflichtend oder freiwillig sein“ (16).

Das heutige Finanzierungsmodell ist dem Bismarckmodell der Finanzierung am ähnlichsten. Es kann wie ein Modell der verpflichtenden Sozialgesundheitsversicherung, das auf der Solidarität der Beschäftigten in Bezug auf ihre Abgaben für den Krankenschutz der gesamten Population beruht, beschrieben werden, wobei der Beitrag als finanzielles Hauptinstrument aufscheint.

Nachdem ein Teil der finanziellen Mittel aus dem Budget des Finanzierungssystems des kroatischen Gesundheitswesens entspringt, kann es auch als gemischt beschrieben werden (16). Die Provisionen und die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sind hauptsächlich öffentlich,

obwohl private Dienstleister und Versicherer ebenso auf dem Markt vorhanden sind. „Das Gesundheitssystem wird von einem öffentlichen Gesundheitsfonds, nämlich der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt dominiert“ (15).

Laut einer Recherche der Medizinischen Fakultät der Universität in Rijeka aus 2017 (1.200 befragte Personen), erklärte ein Viertel der Befragten, dass sie kein Vertrauen oder sehr wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem haben und etwas mehr als ein Viertel der BürgerInnen beurteilte es als völlig wirkungslos (27%). Die BürgerInnen äußerten ein größeres Vertrauen in ÄrztInnen (59,3%) als in das kroatische Gesundheitssystem (23,6%). Wenn es um die Einschätzung des Bedarfs für eine Veränderung des kroatischen Gesundheitssystems geht, war die Mehrheit der BürgerInnen (62,1%) der Ansicht, dass absolute Veränderungen oder Veränderungen in erheblichem Maße notwendig sind. Eine relative Mehrheit der kroatischen BürgerInnen war mit dem kroatischen Gesundheitssystem völlig zufrieden (45,2%), obwohl 35,7% ihre neutrale Einstellung äußerten und fast ein Fünftel 19,1% der Befragten waren absolut unzufrieden. Jene die zufrieden waren, hatten auch ein größeres Vertrauen in das Gesundheitssystem und sie waren hauptsächlich der Meinung, dass das kroatische Gesundheitssystem nicht verändert werden sollte (16).

Obwohl die Mehrheit der BürgerInnen ihre Zufriedenheit mit dem kroatischen Gesundheitssystem und eine starke Orientierung für die öffentliche Gesundheit äußerte, ist lediglich eine nicht zu vernachlässigende Minderheit unzufrieden, hat kein Vertrauen in das Gesundheitssystem und ist der Ansicht, dass das System nicht effizient ist. Hierbei müssen die soziodemographischen Determinanten der Recherche sowie der Bildungsgrad, die Nationalität und Urbanisierung des Wohnortes betont werden, sodass Personen mit niedrigerem Bildungsgrad, Angehörige von Minderheiten sowie Personen aus ländlichen Teilen Kroatiens eine positivere Einstellung und größere Zufriedenheit äußern“ (16).

Wenn die Zufriedenheit der BürgerInnen beider Länder miteinander verglichen wird, so ist zu entnehmen, dass die BürgerInnen Österreichs mit ihrem Gesundheitssystem viel zufriedener sind, als die BürgerInnen in der Republik Kroatien mit dem ihrigen. Teilweise liegt das Problem mit Sicherheit auch darin, dass die kroatischen Abgaben für die Gesundheit im Jahr 2017 unter den

niedrigsten in der Europäischen Union waren und lediglich 6,8% betragen haben, verglichen mit den österreichischen von 10,4 % (16).

Da sich die niedrigeren Abgaben auf die Leistungen auswirkt...oder wie ist das zu verstehen?

Warum liegt das Problem mit Sicherheit an den niedrigeren Abgaben....

4. Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen beantwortet. Die erste Forschungsfrage, die mit Hilfe der systematischen Literaturrecherche beantwortet werden sollte, lautet wie folgt:

- **Wie sieht die derzeitige Situation im österreichischen und kroatischen Gesundheitssystem hinsichtlich der Rolle und des Status der DGKS/DGKP in der Primärversorgung aus?**

Diese Forschungsfrage kann nur bedingt beantwortet werden. Bei der Beschäftigung mit der Rolle der Pflege in der Primärversorgung wird klar, wie komplex dieses Thema ist. Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche ergibt sich, dass der derzeitige Handlungsrahmen der „Community Health Nurse“ mit gesetzlichen Bestimmungen limitiert ist. Die Durchführung von medizinischen Tätigkeiten oder die Realisierung von Hausbesuchen einer Pflegeperson ist noch nicht klar definiert. Hierbei ist auch wichtig zu betonen, dass die Durchführung von Beratungstätigkeiten und präventiven Maßnahmen in der österreichischen Primärversorgung im Gegensatz zur Primärversorgung in Kroatien, nur einen geringen Stellenwert einnimmt. Die Einführung des Konzepts der „Community Nurse“ braucht eine klare Ist-Erhebung nach dem Bedarf, um die Aufgabenbereiche zu gestalten. Dann braucht es eine klare politische Steuerung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, vor allem das Zusammenspiel mit dem Ärztegesetz, müssen adaptiert werden. Finanzierungsfragen müssen gestellt werden. Sollen DGKP in Zukunft von den Krankenkassen mitfinanziert werden? Welche Adaption der Ausbildungen sind notwendig?

Auf der anderen Seite ist der Status der DGKS/DGKP in Kroatien gesetzlich klar definiert. „Community Nurses“ spielen eine bedeutende Rolle in der kroatischen Primärversorgung, aber sie werden auch von der Bevölkerung angenommen.

Eine besonders wichtige Rolle der Gemeindeschwestern/pfleger ist die Arbeit mit der Bevölkerung mit niedrigerem sozioökonomischen Status und einer niedrigeren Bildung. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um die ländliche Bevölkerung. In einem solchen Umfeld kommen Gemeindeschwestern/pfleger voll zur Geltung, denn sie verwenden ihre Kompetenzen und ihr Wissen. Sie erteilen die höchst notwendige Unterstützung bei schweren und/oder herausfordernden Umständen, wie Krankheit oder Geburt eines Kindes.

- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen in der Einrichtung der Gemeindepflege in Kroatien und Österreich?

Die Gemeindeschwestern/pfleger haben sich in Kroatien in ihrer langen Geschichte in der Gesellschaft etabliert. Sie haben eine klare Rolle im primären Gesundheitsschutz eingenommen und sie sind schon viele Jahre in der Gesellschaft akzeptiert. Auf der anderen Seite ist die Position der Gemeindeschwestern/pfleger in Österreich nicht bekannt, denn sie müssen ihren Platz im primären Gesundheitsschutz erst einnehmen. Beim Studieren der diesbezüglichen Literatur konnte ich keine ausreichenden Informationen erhalten, welche genaue Rolle die Gemeindeschwestern/pfleger in Österreich haben, wie dieses von der Regierung angekündigte Projekt finalisiert werden sollte, was für eine Rolle die Gemeindeschwestern/pflegerinnen in Österreich spielen würden sowie die notwendige Ausbildung und Kompetenzen der DGKP. Es braucht unbedingt eine vollständigere Datenerhebung. Welche Pflege wird von wem benötigt? Wie oben bereits erwähnt, braucht es einen breiten, umfassenden Zugang zum Thema, um die Gestaltung einer Gemeindepflege im modernen Sinnen zu starten.

Meiner Meinung nach müssten die Gemeindeschwestern/pfleger eine besondere Ausbildung haben, wobei besondere Fähigkeiten entwickelt werden sollten, die Gemeindeschwestern/pfleger haben sollten (kommunikative Fähigkeiten, Management, psychologische Fähigkeiten, rechtliche Informationen usw.) und sie sollten einerseits so wie in Kroatien ein Teil des primären Gesundheitsschutzes und andererseits völlig selbstständig und von allen anderen Subjekten der primären Gesundheitsversorgung unabhängig sein, aber auch entsprechend bezahlt werden.

- Welche Aufgaben und positiven Wege kann die neue Reform in der Gemeindepflege in Österreich implementieren?

Die von der österreichischen Regierung angekündigte Gesundheitsreform schließt auch die Gesundheitsversorgung von Gemeindeschwestern/pflegern ein und sollte jedenfalls klare

Kompetenzen, Rollen, Tätigkeitsbereiche und deren Ausbildung in Österreich vorschreiben. Es wäre sehr wichtig, klare Richtlinien in Bezug auf die äußersten NutznießerInnen dieser Dienstleistungen zu setzen.

Als einen besonders wichtigen Teil würde ich jene Kompetenzen und klare gesetzliche Regelungen betonen, welche die DGKPn von ÄrztInnen und Krankenschwestern/pflegerIn in der Hauspflege trennen würde, da die nachdrückliche Rolle der Gemeindeschwestern/pflegerIn in der gesundheitlichen Aufklärung und Förderung der Gesundheit liegt. Gesundheitsförderung habe ich in Österreich noch nicht als pflegerelevant wahrgenommen. Ist die Bereitschaft in der österreichischen Gesellschaft überhaupt vorhanden Gesundheitsförderung von der pflegenden Berufsgruppe anzunehmen? Nur wenn diese Frage mit JA beantwortet werden kann, wird über die Finanzierung diskutiert werden können.

Nachdem in Österreich dieses ganze Projekt erst in der Startphase ist, bin ich der Ansicht, dass die Politik auch eine sehr wichtige Rolle spielen wird, bzw. die Bereitschaft der Politik dem Druck anderer Mitglieder des Gesundheitssystems zu widerstehen, besonders der ärztlichen Branche.

Ich bin der Meinung, dass Österreich mit dieser Form der Gesundheitsversorgung die Gelegenheit hat, einen Riesenschritt in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitssystems und der Versorgung der BürgerInnen zu machen, aber wie es mir scheint, auch die undankbare Position der DGKP in der Gesellschaft stark zu verbessern und die Krankenpflege als eine sehr wichtige wissenschaftliche Disziplin des gesamten Gesundheitssystems zu etablieren, besonders des primären Gesundheitsschutzes.

- Was kann Österreich von der kroatischen Gemeindepflege lernen?

Die Gemeindeschwesternversorgung hat in Kroatien eine lange Tradition und hat sich in den fast 100 Jahren im primären Gesundheitsschutz als einer der leitenden Pfosten und Träger dieses Teiles des kroatischen Gesundheitssystems etabliert. Obwohl die Gemeindeschwesternversorgung auch heute bestimmte Probleme hat, würde ich sagen, dass die „Kinderkrankheiten“ im organisatorischen Sinne des Systems überstanden sind. Die Gemeindeschwesternbetreuung spielt

in Kroatien eine wichtige Rolle und wurde von der Branche und von den äußersten Nutznießern erkannt. Es ist wichtig zu betonen, dass die Gemeindeschwestern/pfleger eine sehr bedeutende Rolle in den ländlichen Teilen des Landes spielen.

Es stellt sich die Frage, was das reiche Land Österreich (verglichen mit Kroatien) von den Gemeindeschwestern/pflegern in Kroatien lernen könnte? Meiner Meinung nach wäre ein wesentlicher Faktor die DGKP zu etablieren und dem gesamten Beruf an Bedeutung zu geben. Aus eigener Erfahrung ist es mir bekannt, dass die KrankenpflegerInnen in Kroatien geschätztere Branchenmitglieder sind, als das in Österreich der Fall ist.

Nachdem auch in Kroatien keine besondere Ausbildung für Gemeindeschwestern/pfleger vorhanden ist, bin ich der Ansicht, dass in Österreich mindestens ein weiteres zusätzliches Ausbildungsjahr für Krankenschwestern nach dem Studium des ersten Grades vorhanden sein müsste, welches für die KrankenpflegerInnen richtungsweisend und konkurrenzstärkend bei der zukünftigen Ausübung dieser aufwendigen Tätigkeit wäre.

Die Idee, dass die DGKP ein Teil des Gesundheitszentrums oder der Hauspflege sein sollte. Es ist lediglich ein klarer gesetzlicher Rahmen relevant, der eine unabhängige Tätigkeit im Einklang mit den Berufsregeln ermöglichen würde und natürlich in Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern des Teams im primären Gesundheitsschutz. Nicht zu vergessen ist hier, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung in Kroatien schwerer ist als in Österreich. Der Zusammenhang mit der ärztlichen Bereungslandschaft kann nicht ausgeklammert werden. Das kann die Akzeptanz der Community Nurse in der Gesellschaft deutlich beeinflussen.

- Limitationen

Die vorliegende Arbeit beruht vollständig auf den Angaben aus der Fachliteratur. In Bezug auf die Angaben aus der Fachliteratur möchte ich betonen, dass Fachliteratur aus dem deutschen und kroatischen Sprachbereich angewendet wurde. Ebenso verwendete ich die in den letzten 10 Jahren publizierte Literatur.

Hierbei ist zu betonen, dass Themen, die sich auf die DGKP beziehen, im deutschen Sprachbereich bzw. Österreich besser bearbeitet worden sind. Aber wenn man von Gemeindefrauen/pflegerinnen spricht, konnte ich deutlich mehrere Quellen bei der Durchsichtung der kroatischen Literatur finden. Das ist auch verständlich, da die Gemeindefrauenbetreuung in Österreich erst in den Kinderschuhen steckt. Aus Sicht, der methodischen Durchsichtung der Literatur ist es mir gelungen, eine Antwort auf die Forschungsfragen, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, zu geben. Aber ich möchte hierbei noch betonen, dass der überwiegende Teil der Arbeit, der sich mit Gemeindefrauen/pflegerinnen in Österreich beschäftigt, auf Vermutungen und Plänen der Regierung beruht, die natürlich immer Veränderungen und politischen Entscheidungen unterliegen. Mit Rücksicht darauf, war es recht anspruchsvoll, die Gemeindefrauenbetreuung in Österreich und Kroatien zu vergleichen, mit Berücksichtigung auf die lange Tradition in Kroatien und den Anfang des Weges, auf welchem die zukünftigen KollegInnen in Österreich stehen.

5. Resümee

Die Gemeindebetreuung gehört zum Tätigkeitsbereich der DGKP welchem sie den NutznießerInnen Hilfe bei der Befriedigung von grundlegenden menschlichen Bedürfnissen, mit dem Ziel der Gesundheitserhaltung, Gesundheitsförderung sowie Hilfeleistung bei angeschlagener Gesundheit, leisten.

Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Arbeit der KrankenpflegerInnen bei der Gemeindetätigkeit in Kroatien. Die Aktivitäten bei der Einschätzung, Planung, Durchführung der Gesundheitspflege im Rahmen der Gemeindebetreuung sollen mit der Analyse der vorhandenen Gemeindebetreuungssysteme in Kroatien und Österreich die Frage beantworten – was kann Österreich von Kroatien „lernen“ bzw. übernehmen, wenn von diesem Bereich des primären Gesundheitsschutzes die Rede ist.

Die Rolle der Gemeindebetreuung in Kroatien ist die Erweiterung des Gesundheitsschutzes, die Anregung der NutznießerInnen auf ihre Gesundheit zu schauen und diese zu fördern, besonders in den empfindlichsten Lebensabschnitten (Schwangerschaft, Wochenbett, Neugeborenes, Säuglingsalter). Bei Personen mit einer Invalidität, chronischen PatientInnen und alten und schwachen Personen liegt die Betonung auf der Unterstützung, gesundheitlichen Aufklärung und Motivation wegen einer möglichst guten Anpassung, Verringerung von Komplikationen und Gewinn an Lebensqualität, auch dann wenn die Gesundheit angeschlagen ist.

Die Gemeindeschwestern/pfleger tragen mit der Gesundheitsförderung und ihrer präventiven Tätigkeit zur besseren Lebensqualität der Menschen in der Gemeinschaft bei und verringern die Anzahl von Komplikationen im Laufe von verschiedenen Krankheiten. Also können wir hier schließen, dass die wichtigste Aktivität der Gemeindeschwestern/pfleger in Kroatien die gesundheitliche Aufklärung und Förderung der Gesundheit ist.

Aus allem, was aus den Plänen der Regierung hinsichtlich der Gemeindebetreuung in Österreich entnommen werden kann, sollten genau solche Kompetenzen auch die Gemeindeschwestern/pfleger in Österreich haben.

Die Covid-19-Krise hat gezeigt, wie wichtig die Gesundheitsförderung und die Gesundheit einer Nation ist.

Die alternde Bevölkerung wird in Zukunft alle Gesellschaftszweige beeinflussen und gerade deshalb sollten möglichst bald alle Voraussetzungen erfüllt werden, damit die Gemeindebetreuung der vierte Pfosten des österreichischen Gesundheitsschutzes wird. Es ist gut, dass die Menschen älter werden können, aber es wird immer wichtiger auf welche Art und Weise sie altern und wie ihre Lebensqualität ist. Die Gemeindeschwestern in Österreich könnten als ein Teil der Gemeinschaft hier einen riesigen Beitrag mit ihrem Wissen leisten und ein wichtiger Faktor bei der Gesundheitsförderung der Nation sein, besonders dann, wenn ja bekannt ist, dass Österreich ein Land mit einem recht großen Anteil der ländlichen Bevölkerung ist. (siehe Kapitel...)

Am Ende möchte ich noch auf eine meiner Meinung nach sehr wichtige Rolle der Gemeindeschwestern in Kroatien und zukünftigen KollegInnen in Österreich hinweisen. Die heutige westliche Medizin gibt sehr viel Energie, Ressourcen und Geld für die Behandlung von Erkrankungen aus. Sogar die Vorsorgeprogramme der Früherkennung von Brustkrebs und Dickdarmkrebs werden „präventive“ Programme genannt, obwohl es sich meiner Meinung nach um eine frühe Diagnostik dieser Krankheiten handelt und nicht in solchem Maße um die Prävention selbst. Die Gemeindebetreuung gehört als Teil des Primärschutzes zu einem kleineren Teil des Gesundheitssystems, das sich über die gesundheitliche Aufklärung und Tätigkeit in der Gemeinschaft mit der Gesundheit und ihrer Förderung beschäftigt und auf diese Weise einen riesigen Beitrag für die Gesellschaft, in der sie tätig ist, leistet.

Ein kritisch reflektierender Umgang mit den Literaturquellen in den einzelnen Kapiteln wäre wünschenswert....dann könnte auch im Kapitel 4 und 5 viel gezielter auf die einzelnen Erkenntnisse hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen Bezug genommen werden....

6. Literatur

1. M. Egger, O. Razum, A. Rieder: Public Health Kompakt. Walter de Gruyter GmbH; 2017 .
2. Was ist neu Public Health – R. Rosenbrock - Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Springer Verlag; 2001 · 44:753–762
3. Statistik Austria . Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. (Internet). März 2021 (zitiert am 10.03.2021) URL
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.htm
4. Statistik Austria . Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. (Internet). März 2021 (zitiert am 10.03.2021) URL
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.htm
5. OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies . Österreich. Länderprofil Gesundheit 2017. State of Health in the EU.OECD published, Paris/ European Observatory of Health Systems and Policies, Brüssel. (Internet) März 2021 (zitiert am (15.03.2021) URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_at_german.pdf
6. Gesundheit GV.AT. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Leistungen der sozialen Kranken. (Internet) März 2021 (zitiert am 15.03.2021) URL:<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsssystem>
7. Gesundheit GV.AT. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Finanzierung. (Internet) März 2021 (zitiert am 15.03.2021) URL:<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsssystem>
8. Brieskorn- Zinke Marianne : Public Health Nursing- Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Kohlhammer- Verlag. 2007.

9. BMASGK, Gesundheit Österreich GmbH (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien. 2019
10. BMASGK (2018): Österreichische Pflegevorsorgebericht, Wien. 2018.
11. Statistik Austria. Bundespflegegeld. (Internet) Februar 2020 (zitiert am 15.04.2021) URL :https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html
12. Bergmair, T. Primärversorgung in Österreich, In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 04(15), S.89-109, 2015.
13. Bundesministerium; Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile (Internet) (zitiert am 17.04.2021) URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html)
14. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE). (Internet) 20.05.2021 (zitiert am 18.04.2020). URL <https://www.oegkv.at/aktuelles/eintrag/leistungsprofil-dgkp-in-der-primaerversorgung/>
15. BMASGK (2018): „Die 10 Gesundheitsziele für Österreich“. (Internet) April 2021(zitiert am 10.04.2021) URL : https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf
16. Monteiro, T. Public Health Then and Now. Florence Nightingale on Public Health Nursing. American Journal of Public Health; S. 181-186, 1985.
17. Mojsović Z. und Mitarbeiter „Krankenschwesternschaft in der Gemeinschaft“, Zagreb, Visoka zdravstvena škola; Zagreb 2004

18. Županić M. „Organisation, Ausbildung und Kompetenzen der Gemeindeschwestern“, kroatische Zeitschrift für öffentliche Gesundheit (Internet) 2013 (zitiert am 01.04.21) Jänner 7;9 (33), 5-15 URL: <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/167>
19. Kroatische Kammer der Krankenschwestern (Internet). Aufgabenbereich und Verantwortungsbereich der Krankenschwestern/Krankenpfleger in Verbindung mit dem Ausbildungsniveau (Bestandteil der Genehmigung für selbstständige Tätigkeit/Arbeitsgenehmigung). 2005 (zitiert am 02.11.2021) URL : http://www.hkms.hr/data/1240836358_378_mala_djelokrug_rada_i_podrucje_odgovornosti_ms_mt_503339262.pdf
20. Mojsović Z. und Mitarbeiter. „Krankenschwesternschaft in der Gemeinschaft“, Zagreb: Zdravstveno veleučilište; Zagreb 2006.
21. Kroatische Krankenversicherungsanstalt (Internet) Vereinbarte Inhalte des Krankenschutzes in der Republik Kroatien. 2019 (zitiert am 02.04.2021) URL : <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>
22. Kroatische Gesellschaft der praktischen Ärzte (Internet). Gemeindeschwesternschaft und praktischer Arzt. Mazzi B.2011 (zitiert am : 10.04.2021). URL: <https://www.hdod.net/>
23. Mendaš Lj., Ban I. Zusammenarbeit der Gemeindeschwestern und Krankenschwestern im Kindergarten. Gesundheitszentrum (Internet) Zagreb Zentrum – Tätigkeit der Gemeindeschwestern, (zitiert am: 16.04.21) URL: <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/142/130>

24. Auer Clemens Martin. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (Internet) 30. Juni 2014. (zitiert am 18.04.2021) URL: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/primaerversorgungskonzept.pdf>
25. Bundesministerium; Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Stewig F., Schuchter P., Domittner B., Breyer E. (Internet) Juli 2013. (zitiert am 19.04.2021) URL: <https://jasmin.goeg.at/214/1/Pflege-Ergebnisqualit%C3%A4t.pdf>
26. Dr. Thmas Czypionka. Gesundheitsreform – Der menschliche Faktor (Internet) Jänner 2015 (zitiert am 20.04.2021). URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844933&portal=svportal>
27. Bundesministerium; Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Institut für Höhere Studien: Finanzierung der Langzeitpflege unter Berücksichtigung europäischer Finanzierungsmodelle und die Rolle von Prävention. (Internet) November 2019 (zitiert am 19.04.2021) URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:efa6b38b-0ab6-468b-b954-2e8e1608b22a/191125_kurzfassung_ihs.pdf
28. Statistik Austria. Bundespflegegeld. (Internet) Februar 2020 (zitiert am 19.04.2021) URL :https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html
29. König, Peter. Pflegeprozess. In: Menche, Nicole (Hrsg.). Pflege heute. München: Elsevier GmbH, 266-279.2011
30. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Leistungsprofil. Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE). (Internet) 2021, (zitiert am 20.06.2021): URL : [Leistungsprofil_DGKP_in_PVE.pdf \(oegkv.at\)](https://www.oegkv.at/Leistungsprofil_DGKP_in_PVE.pdf)

31. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (Gesundheitsziele Österreich. Primärversorgung (Primary Health Care). (Internet) 2021, (zitiert am : 01.06.21.) URL: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/primaerversorgung-primaryhealth-care/>

32. Habimana, K., Bachner, F., Bobek, J., Ladurner, J. & Ostermann, H. (August 2015). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich (4. Aufl.) (Gesundheit Österreich GmbH, Hrsg.). Wien: Gesundheit Österreich GmbH; Bundesministerium für Gesundheit.

33. Kroatisches Bundesgesetzblatt. Verordnung zu den Änderungen und Ergänzungen des gesundheitsschutzgesetzes. Zagreb (2014) [Internet]. Zitiert am : http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_12_154_2908.html

34. WHO. A vision for primary health care in 21 st century : Towards universal health and Sustainable Development Goals (Internet). Dezember 2018 (zitiert am 15.04.2021). URL : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>