

Aufgaben- und Rollenprofil, sowie  
Zielsetzungen 2026

**Community (Health) Nurses /  
Gesundheitspfleger:innen im  
gemeindenahen & öffentlichen  
Setting**



## Inhalt

1. Community (Health) Nursing in der Steiermark .....	3
2. Ziele und Zielgruppen .....	4
2.1. Übergeordnete Ziele und Maßnahmen zur dauerhaften Integration von Community (Health) Nursing in das steirische Gesundheitssystem nach 2025 .....	4
2.1.1. Zukunftsaussichten und Nachhaltigkeit von Community (Health) Nursing in der Steiermark .....	4
2.1.2. Schärfung des Leistungsspektrums und Evaluierung der Handlungsfelder .....	4
2.1.3. Weiterentwicklung des Rollen- und Berufsprofils der Community (Health) Nurse....	5
2.2. Projektziele in Verbindung mit den Gesundheitszielen der Steiermark.....	5
2.3. Zielgruppen.....	5
2.3.1. Primäre Zielgruppen.....	5
2.3.2. Sekundäre Zielgruppen .....	6
2.3.3. Flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Gemeinden.....	6
3. Aufgabenprofil Community (Health) Nursing im Detail.....	7
3.1. Hintergrund.....	7
3.1.1. Public Health Intervention Wheel .....	8
3.1.2. Handlungsansätze: Gesundheitsförderung und Prävention .....	9
3.1.3. Berufsbild und Kompetenzbereich .....	10
3.2. Handlungsfelder, Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche im Detail.....	11
3.2.1. Handlungsfeld: Regionale Gesundheitslotsen (System- und gemeinschaftsebene) 12	
3.2.2. Handlungsfeld: Präventive Hausbesuche & Gesundheitsservices (Individualebene) 14	
3.3. Weiterentwicklung, Rollenverständnis und Rahmenbedingungen .....	16

# 1. Community (Health) Nursing in der Steiermark

Community (Health) Nursing "Gesundheitspflege im gemeindenahen und öffentlichen Setting" ist ein Spezialbereich von Gesundheits- und Krankenpflege sowie Public Health, welcher auf die Gesundheit der Bevölkerung fokussiert, indem Prävention und Gesundheitsförderung, sowie die Ausrichtung der Gesundheitsdeterminanten betont werden. Des Weiteren soll sich diese neue Leistung an der Erfüllung der steirischen Gesundheitsziele orientieren. Community (Health) Nurses legen ihren Fokus auf die pflegerische Primärversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen und fungieren somit als Bindeglied zwischen der pflegerischer Akut- und Langzeitversorgung. Durch ihre kontinuierliche Präsenz in Gemeinden/Regionen (Gemeindezusammenschlüssen) bieten sie eine wohnortnahe, niederschwellige und bedarfsorientierte Versorgung an.

Community (Health) Nurses bieten auf individueller, gemeinschaftlicher und systemischer Ebene innerhalb der Gemeinden/Regionen Leistungen an, die von allen Bürger:innen, Gemeinschaften und dem kommunalen Gesundheitssystem kostenlos in Anspruch genommen werden können.

- **Individualebene:** Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Bürger:innen (Einzelpersonen/Familien) durch gezielte Präventionsangebote und persönliche Begleitung. Maßnahmen auf dieser Ebene stärken die Lebensqualität, das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen und ermöglichen ihnen einen längeren Verbleib in ihrem häuslichen Umfeld.
- **Gemeinschaftsebene:** Unterstützung und Ausbau der Gesundheitskompetenz und des sozialen Zusammenhalts durch gemeinschaftliche Aktionen, Bildungsangebote und die Förderung einer gesundheitsbewussten Gemeinkultur. Community (Health) Nurses fungieren als Multiplikatoren für gesundheitliche Themen und tragen dazu bei, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen.
- **Systemebene:** Entwicklung und Umsetzung nachhaltiger Gesundheitsstrategien auf kommunaler und regionaler Ebene, um systemische Herausforderungen und Gesundheitsdeterminanten zu adressieren. Durch Netzwerkpflege und enge Kooperation mit kommunalen gesundheits- und sozial Akteur:innen, so- wie politischen Stakeholdern wird der Zugang zu bedarfsgerechten Gesundheits- und Sozialleistungen optimiert und die Gesundheitsversorgung langfristig gestärkt.

Das Aufgaben- und Rollenprofil der Community (Health) Nurses ist in Handlungsfelder sowie Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche gegliedert, die auf dem Public Health Intervention Wheel basieren – einem Rahmenwerk für die Planung und Umsetzung von Public-Health-Interventionen. Community (Health) Nurses agieren **ausgewogen** in den verschiedenen Handlungsfeldern und setzen die Aufgaben und Interventionen auf den unterschiedlichen Ebenen **bedarfsorientiert, temporär** und **zyklisch** um, wodurch eine gezielte und flexible Gesundheitsförderung und Prävention gewährleistet werden, die sich an den spezifischen Bedürfnissen der Gemeinden/Regionen orientiert.

## 2. Ziele und Zielgruppen

In diesem Kapitel werden die übergeordneten Ziele und Maßnahmen, sowie Projektziele im Hinblick auf die steirischen Gesundheitsziele und die Zielgruppen beschrieben.

### 2.1. Übergeordnete Ziele und Maßnahmen zur dauerhaften Integration von Community (Health) Nursing in das steirische Gesundheitssystem nach 2025

Die übergeordneten Ziele sowie deren Maßnahmen werden in den nächsten Abschnitten beschrieben und erläutert.

#### 2.1.1. Zukunftsaussichten und Nachhaltigkeit von Community (Health) Nursing in der Steiermark

**Ziel:**

Fortsetzung des Gesamtprojektes für ein weiteres Jahr mit der Möglichkeit für alle Gemeinden in der Steiermark neue Projekte einzubringen bzw. bestehende Projekte fortzusetzen. Zusammen mit allen Projektbeteiligten sollen laufende Projekte analysiert und tragfähige und nachhaltige Perspektiven für eine Weiterentwicklung und eine mögliche Fortführung von Community (Health) Nursing nach 2026 erarbeitet werden, um die zukünftige Gesundheitsversorgung in der Steiermark bedarfsgerecht zu stärken.

**Maßnahme:**

Die Gemeinde(n) und Community (Health) Nurse(s) wirken aktiv an überregionalen Vernetzungstreffen und Arbeitsgruppen mit relevanten Stakeholdern aus Gesundheitsversorgung und Politik des Landes Steiermark mit, um gemeinsam eine nachhaltige Perspektive für die Integration der Community (Health) Nursing-Leistung in die steirische Versorgungslandschaft zu entwickeln.

#### 2.1.2. Schärfung des Leistungsspektrums und Evaluierung der Handlungsfelder

**Ziel:**

Weiterentwicklung eines klar definierten, bedarfsorientierten Leistungsspektrums und regelmäßige Evaluierung der Handlungsfelder, um die Qualität und Wirksamkeit der Community (Health) Nursing-Angebote sicherzustellen.

**Maßnahme:**

Die Community (Health) Nurse(s) engagieren sich aktiv und überregional in Fach- und Arbeitsgruppen zur Schärfung und Überprüfung von Leistungsstandards, Evaluierungskriterien und Qualitätsleitlinien, um ihre Angebote zielgerichtet und kontinuierlich an die aktuellen Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen.

### 2.1.3. Weiterentwicklung des Rollen- und Berufsprofils der Community (Health) Nurse

**Ziel:**

Die Weiterentwicklung des Rollen- und Berufsprofils der Community (Health) Nurse soll vorangetrieben werden, um eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung in den Regionen zu fördern und das Berufsbild in der Gesundheits- und Krankenpflege attraktiver zu gestalten.

**Maßnahmen:**

Community (Health) Nurse(s) nehmen regelmäßig an Fortbildungs- und Vernetzungsangeboten teil, um ihre Kompetenzen gezielt zu vertiefen und das Rollenprofil weiterzuentwickeln.

## 2.2. Projektziele in Verbindung mit den Gesundheitszielen der Steiermark

Die kommunalen Projektziele innerhalb des Community (Health) Nursing sollen darauf abzielen, die Gesundheitsförderung und Prävention auf Gemeinde- und Regionalebene zu stärken und eine bedarfsorientierte, nachhaltige Versorgung aufzubauen, die sich an den spezifischen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Des Weiteren soll sich diese neue Leistung an der Erfüllung der steirischen Gesundheitsziele orientieren.

Die Handlungsfelder und Aufgabenbereiche im Community (Health) Nursing ermöglichen es, die zentralen Gesundheitsziele in der Steiermark auf allen Ebenen zu beeinflussen.

- Gemeinsam die Lebensqualität und das Wohlbefinden stärken
- Lebenswelten gesundheitsförderlich und nachhaltig gestalten
- Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Die Vielfalt der Zielgruppen berücksichtigen
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in der Steiermark sicherstellen
- Die psychische Gesundheit der Steirer:innen stärken
- Mit Ernährung die Gesundheit der Steirer:innen fördern
- Mit Bewegung und Sport die Gesundheit der Steirer:innen fördern
- Kompetenzen im Umgang mit Sucht fördern und schädliche Auswirkungen verringern
- Die Steiermark gesundheitskompetent gestalten
- Das Gesundheits- und Pflegewesen zukunftsfähig und gesundheitsförderlich gestalten
- Gesunde und zukunftsfähige Arbeitsbedingungen schaffen
- Gesundheit durch Klima- und Umweltschutz fördern

## 2.3. Zielgruppen

Die Zielgruppen im Community (Health) Nursing-Projekt sind klar in primäre- und sekundäre Zielgruppen unterteilt, wobei sich die primären Zielgruppen nach dem spezifischen Bedarf der jeweiligen Gemeinde richten.

### 2.3.1. Primäre Zielgruppen

Die primären Zielgruppen sind Einzelpersonen und Familien, deren Bedarfe in der Gemeinde besonders im Fokus stehen. Diese Gruppen profitieren direkt von den präventiven, gesundheitsfördernden und bedarfsorientierten Maßnahmen der Community (Health) Nurses. In vielen bisherigen Community Nursing-Projekten (2022-2024) lag der Schwerpunkt auf ältere und hochbetagte Menschen ab dem 75. Lebensjahr und deren pflegende/betreuende An- und Zugehörige im familiären Kontext, die durch gezielte Maßnahmen

unterstützt wurden, ihre Selbstständigkeit zu erhalten und Pflegeabhängigkeit zu vermeiden. Man hat jedoch durch die Projektevaluierungen gesehen, dass der Bedarf in jeder Gemeinde variiert und wird daher in diesem Projektzeitraum individuell bestimmt, um gezielt auf die Gesundheitsprioritäten und Herausforderungen der jeweiligen Region einzugehen.

### **Beispiele für primäre Zielgruppen:**

- Ältere Menschen, welche noch keine Angebote der pflegerischen Langzeitversorgung in Anspruch nehmen
- Chronisch Erkrankte mit erhöhtem Präventionsbedarf
- Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen, insbesondere pflegende Angehörige, die Unterstützung in ihrer Rolle benötigen
- Kinder und Jugendliche, wenn der Bedarf an schulischer oder öffentlicher Gesundheitsförderung besteht
- Menschen aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen, welche sozial oder gesundheitlich benachteiligt sind

### **2.3.2. Sekundäre Zielgruppen**

Die sekundären Zielgruppen umfassen Akteure, die indirekt zur Förderung und Sicherung der Gesundheit in der Gemeinde beitragen. Dazu zählen beispielsweise kommunale Entscheidungsträger, andere Gesundheits- und Sozialdienstleister sowie Bildungseinrichtungen und Vereine. Durch Zusammenarbeit und Netzwerkpflege mit diesen Akteuren werden Strukturen geschaffen, die langfristig allen Bevölkerungsgruppen zugutekommen.

### **Beispiele für sekundäre Zielgruppen:**

- Gesundheits- und Sozialdienste sowie lokale Behörden, die an der Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsstrategien beteiligt sind
- Bildungseinrichtungen, wie Schulen und Kindergärten, die für gemeinschaftliche Gesundheitsbildungsmaßnahmen berücksichtigt werden
- Ehrenamtliche Organisationen und Vereine, die zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts beitragen

### **2.3.3. Flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Gemeinden**

Im Rahmen des Community (Health) Nursing wird kontinuierlich der aktuelle Bedarf erfasst, um sicherzustellen, dass die primären Zielgruppen in jeder Gemeinde bedarfsgerecht ausgewählt und versorgt werden. Diese flexible Anpassung ist ein zentrales Merkmal des Projekts und ermöglicht eine gezielte Gesundheitsförderung, die direkt an die Bedürfnisse und Herausforderungen der Bevölkerung vor Ort anknüpft. So trägt das Community (Health) Nursing nicht nur zur individuellen Gesundheit bei, sondern auch zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitssysteme in den Gemeinden.

## 3. Aufgabenprofil Community (Health) Nursing im Detail

Im folgenden Kapitel wird das Aufgabenprofil des Community (Health) Nursing beschrieben.

### 3.1. Hintergrund

Die Entwicklung dieses Aufgaben- und Rollenprofils für Community (Health) Nurses in der Steiermark baut auf den Erkenntnissen der in den letzten drei Jahren durch die EU geförderten Community Nursing-Projekte auf, sowie aus den Projekterfahrungen des letzten Jahres 2025 Community (Health) Nursing Steiermark mit erprobten neuen Handlungsfeldern. Als methodische Grundlage diente das bewährte Public Health Intervention Wheel, das eine strukturierte Planung und Umsetzung von Public-Health-Interventionen ermöglicht. Ergänzt wurde dieser Rahmen durch einen partizipativen Workshop mit allen Community (Health) Nurses der Steiermark sowie durch regelmäßige Arbeitsgruppentreffen unter der Leitung des Landes Steiermark im Jahr 2024.

Im Zeitraum von Februar 2024 bis Oktober 2024 wurde das Profil intensiv weiterentwickelt und gezielt an den Handlungsfeldern des Public Health Intervention Wheels ausgerichtet. Dabei erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit den Community (Health) Nurses aus den steirischen Projektgemeinden, unterstützt durch die Expertise der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), der Bundesarbeitsgemeinschaft Community (Health) Nursing des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und der Abteilung A8 des Landes Steiermark. Diese Kooperation führte zu einem präziseren, zukunftsweisenden Profil, das die Rolle der Community (Health) Nurses nachhaltig stärkt.

Dieses Profil wurde im Jahr 2025 durch die fortgeführten Projekte im Rahmen von 6 Handlungsfeldern (Gesundheitsservice & Präventive Hausbesuche, Gesundheitspflegebegleitung, Netzwerkpflege, Öffentliches Gesundheitsmanagement, Regionale/kommunale Gesundheitseinschätzung) gelebt. Nach einem Jahr intensiver Erprobung und entsprechender Evaluierung und laufender Rückmeldung durch die Projekte, werden diese Handlungsfelder für das kommende Projektjahr 2026 nochmals komprimiert und in Ihrer Breite reduziert.

Community (Health) Nurses fungieren international als Brücke zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen. In den letzten Jahren lag der Schwerpunkt der Community Nursing-Projekte jedoch überwiegend auf sozialer Unterstützung und Langzeitpflege, welches sich im Laufe des letzten Jahres deutlich gebessert hat. Es soll weiterhin auf eine verstärkte Verbindung zum Gesundheitswesen geachtet werden, um eine umfassende Betreuungsversorgung sicherzustellen.

Ein Beispiel hierfür ist, dass pflegebedürftige Personen, die bereits Leistungen aus der Langzeit- pflege in Anspruch nehmen, in Zukunft primär nicht von Community (Health) Nurses betreut werden, es sei denn, es ist eine multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erforderlich. Für die Zukunft soll sich das Aufgaben- und Rollenprofil der Community (Health) Nurses weiterhin stärker an internationalen Standards orientieren und ein erweitertes Leistungsprofil im Bereich der gemeindenahen Primärversorgung und des öffentlichen Gesundheitswesens entwickeln.

### 3.1.1. Public Health Intervention Wheel

Das Interventionsrad (Public Health Intervention Wheel) in seiner Originalfassung beschreibt die praktische Umsetzung der öffentlichen Gesundheitspflege und besteht aus drei wichtigen Komponenten:

- **Bevölkerungsbezogene Grundlage**

Alle Maßnahmen basieren auf einer bevölkerungsorientierten Perspektive und richten sich an die Gesundheit der gesamten Bevölkerung.

- **Drei Ebenen der öffentlichen Gesundheitspraxis**

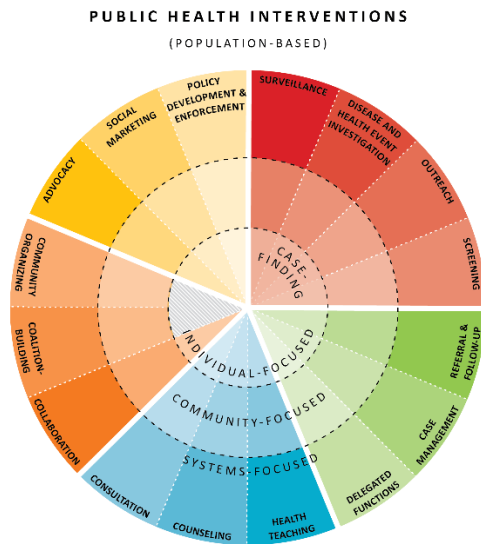
- **Einzelperson/Familie:** Direkte Unterstützung und Interventionen auf individueller Ebene.
- **Gemeinschaft:** Förderung der Gesundheit auf gemeinschaftlicher Ebene.
- **Systeme:** Systemische Ansätze zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsstrukturen und -prozesse.

- **Siebzehn Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit**

Diese Interventionen sind zentrale Maßnahmen des Public Health Intervention Wheels und werden je nach Bedarf auf allen drei Ebenen eingesetzt:

- **Überwachung** – Systematische Erfassung und Analyse gesundheitlicher Daten zur Identifikation von Trends.
- **Untersuchung von Krankheiten und Gesundheitseignissen** – Identifizierung und Untersuchung gesundheitlicher Vorfälle.
- **Aufsuchen** – Aktive Ansprache und Einbindung von gefährdeten Bevölkerungsgruppen.
- **Screening** – Systematische Früherkennung von Gesundheitsrisiken.
- **Fallermittlung** – Ermittlung spezifischer Gesundheitsbedarfe bei Einstufung oder Gruppen.
- **Verweisung und Follow-up** – Weiterleitung und Nachverfolgung zur Sicherstellung der Versorgung.
- **Fallmanagement (Case Management)**– Koordination individueller Pflege und Gesundheitsdienste.
- **Delegierte Funktionen** – Durchführung delegierter medizinischer Aufgaben im Rahmen der öffentlichen Gesundheit z.B. Impfen
- **Gesundheitsunterricht** – Schulung und Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen.
- **Beratung** – Unterstützung und Beratung zur Förderung gesunder Verhaltensweisen.
- **Konsultation** – Fachliche Beratung und Unterstützung anderer Akteure im Gesundheitsbereich.
- **Zusammenarbeit** – Kooperation mit anderen Akteuren zur Stärkung der Versorgung.
- **Bildung von Koalitionen** – Aufbau und Pflege von Partnerschaften zur Förderung gemeinsamer Gesundheitsziele.
- **Organisation der Gemeinschaft** – Mobilisierung und Einbindung der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung.

- **Befürwortung** – Einsatz für gesundheitspolitische Veränderungen und die Bedürfnisse der Bevölkerung.
- **Soziales Marketing** – Förderung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen durch gezielte Kampagnen.
- **Entwicklung und Durchsetzung der Politik** – Unterstützung bei der Gestaltung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Gesetze und Vorschriften.



Public Health Intervention Wheel 2019, Minnesota Department of Health

### 3.1.2. Handlungsansätze: Gesundheitsförderung und Prävention

Im Rahmen ihres Berufsbildes und Kompetenzbereiches setzen Community (Health) Nurses gezielt Handlungsansätze der Gesundheitsförderung und Prävention um, die auf dem Public Health Intervention Wheel basieren. Diese Ansätze ermöglichen es ihnen, präventive Maßnahmen und gesundheitsfördernde Strategien effektiv in die Gemeindefarbeit zu integrieren und die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu stärken.

#### 3.1.2.1. Gesundheitsförderung: Strategie und Struktur

Die Gesundheitsförderung als wesentlicher Ansatz der Community (Health) Nurses verfolgt das Ziel, Menschen zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu befähigen und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Dieser Prozess vereint die Förderung individueller und sozialer Gesundheitskompetenzen mit der Schaffung struktureller Rahmenbedingungen, die gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern. Die Community (Health) Nurses arbeiten direkt in den Lebenswelten der Menschen, in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, in Schulen und schaffen Bedingungen, die eine gesunde Lebensweise fördern. In Zusammenarbeit mit regionalen und politischen Akteuren setzen sie die steirische Gesundheitsförderungsstrategie um und tragen dazu bei, gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

### 3.1.2.2. Prävention: Die drei Präventionsebenen

Community (Health) Nurses führen Präventionsmaßnahmen auf drei Ebenen durch, um gesundheitliche Risiken zu adressieren und Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen:

- **Primärprävention**

Diese Ebene der Prävention richtet sich an gesunde Menschen, um die Entstehung von Krankheiten durch die Beseitigung von Risikofaktoren zu verhindern. Community (Health) Nurses bieten z. B. Schulungen zu gesunder Ernährung, Bewegung und Suchtprävention an, um die Bevölkerung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren. Sie fördern den Abbau von Risikofaktoren wie Tabakkonsum und fördern gesundheitsförderliche Alternativen.

- **Sekundärprävention**

Die sekundäre Prävention darauf ab, Krankheiten in frühen Stadien zu erkennen, bevor Symptome spürbar werden. Community (Health) Nurses organisieren und begleiten Früherkennungsuntersuchungen, z. B. durch Blutabnahmen, Blutdruck- und Blutzuckermessungen, um Erkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes frühzeitig zu diagnostizieren und die Betroffenen präventiv zu unterstützen.

- **Tertiärprävention**

In der tertiären Prävention arbeiten Community (Health) Nurses mit bereits erkrankten Personen, um den Krankheitsverlauf zu stabilisieren und eine Krankheit zu verhindern. Sie unterstützen bei der Behandlung und Rehabilitation und begleiten chronisch kranke Menschen durch Schulungen und Beratung im Selbstmanagement ihrer Erkrankungen. Durch diese Betreuung tragen sie zur Stabilisierung des Gesundheitszustands und zur Lebensqualitätssteigerung bei.

### 3.1.3. Berufsbild und Kompetenzbereich

Mit der Implementierung von Community (Health) Nurses wurde ein international bewährtes Berufsfeld für die Gesundheits- und Krankenpflege auch in Österreich etabliert, um die Kompetenzen und das Fachwissen von Pflegefachkräften gezielt für die Gesundheitsförderung und Prävention der Bevölkerung nutzbar zu machen. Die gesetzliche Grundlage bildet das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), insbesondere in den §§ 12 bis 16, die sich an den Bedürfnissen von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften orientieren.

Im § 12 GuKG wird die gemeinde- und bevölkerungsnah Pflege ausdrücklich hervorgehoben und bildet den Rahmen für die Tätigkeit der Community (Health) Nurses in Österreich. Diese spezielle Pflegeform erweitert das bestehende Leistungsangebot der Gesundheits- und Krankenpflege und legt einen besonderen Schwerpunkt auf präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, um nachhaltig zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beizutragen.

Die Handlungsansätze der Gesundheitsförderung und Prävention sollen mit den Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege in Verbindung gebracht werden, um die Rolle der Community (Health) Nurses optimal zu definieren. Diese Ansätze und gesetzlichen Kompetenzen zeigen, wie die Community Nurses ihre präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen gezielt einsetzen können. Die jeweiligen Kompetenzen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) bieten dafür den Rahmen:

#### **Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14)**

Community (Health) Nurses verfügen über die Kernkompetenz, eigenständig pflegerische Maßnahmen zu planen und durchzuführen, um die Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung zu stärken. Ein Beispiel hierfür ist die Durchführung von Gesundheitsberatungen und Schulungen, etwa zur Diabetes-Prävention oder gesunden Lebensstils, welche die Menschen dabei unterstützt, gesundheitsbewusste Entscheidungen zu treffen. Präventive Hausbesuche helfen außerdem, Frühwarnzeichen gesundheitlicher Probleme zu erkennen, insbesondere bei älteren Menschen oder Personen mit Risikofaktoren.

### **Kompetenzen bei Notfällen (§ 14a)**

In Notfallsituationen sind Community (Health) Nurses geschult, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten und Notfallpläne umzusetzen. Sie bieten darüber hinaus Schulungen zur Unfallprävention und Erste-Hilfe-Kurse für Laien an, um Angehörigen und der Gemeinde Wissen zu vermitteln, das im Ernstfall Leben retten kann. Dies stärkt die Sicherheitskompetenz in der Bevölkerung und reduziert das Risiko schwerwiegender gesundheitlicher Folgen.

### **Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15)**

Community (Health) Nurses übernehmen unterstützende Aufgaben im Rahmen der medizinischen Diagnostik und therapeutischen Maßnahmen. Sie führen Gesundheitschecks durch, messen Vitalwerte wie Blutdruck und Blutzucker und erkennen so zukünftige gesundheitliche Risiken. Sie begleiten den Patienten im Selbstmanagement chronischer Erkrankungen und organisieren Screening-Programme zur Erkennung von Risiken, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in der Gemeinde.

### **Verordnung von Medizinprodukten (§ 15a)**

Im Rahmen ihrer Kompetenzen dürfen Community (Health) Nurses bestimmte Medizinprodukte verordnen und deren Anwendung überwachen. Die Verordnung von Mobilitätshilfen wie Rollatoren oder orthopädischen Hilfsmitteln trägt zur Prävention von Stürzen bei, insbesondere bei älteren Menschen. Auch die Bereitstellung von weiteren Hilfsmitteln wie z.B. Blutzuckermessgeräten ermöglicht es dem Patienten ihre Gesundheit aktiv zu unterstützen und so Schwierigkeiten zu vermeiden.

### **Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16)**

Community (Health) Nurses arbeiten eng mit anderen Fachdisziplinen zusammen und übernehmen koordinierende Rollen im multiprofessionellen Versorgungsteam. Sie entwickeln gemeinschaftliche Präventionsprogramme, organisieren Impfkampagnen oder Suchtpräventionsprogramme und koordinieren den Einsatz von Fachkräften aus anderen Bereichen, wie Physiotherapie oder Diätologie. Durch interdisziplinäre Schulungen und Teamarbeit werden umfassende Präventionsstrategien umgesetzt. Durch diese Kompetenzen sind Community (Health) Nurses optimal darauf vorbereitet, in einem dynamischen Gesundheitssystem zu agieren und die Gesundheitsförderung und Prävention in Gemeinden nachhaltig zu stärken.

## **3.2. Handlungsfelder, Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche im Detail**

Im folgenden Kapitel sehen Sie die detaillierte Ausarbeitung der Handlungsfelder des Community (Health) Nursing Steiermark mit den jeweiligen Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen sowie den dazugehörigen beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten, die auf den Interventionen des Public Health Intervention Wheels basieren.

Die Sektoren des Public Health Intervention Wheels wurden für das einfachere Verständnis zusammengefasst:

Roter Bereich: Monitoring & Erhebung	Grüner Bereich: Koordination, Management
Blauer Bereich: Bildung & Beratung	Orangener Bereich: Gemeinschaftliche Zusammenarbeit
Gelber Bereich: Interessensvertretung & Einflussnahme	

### 3.2.1. Handlungsfeld: Regionale Gesundheitslotsen (System- und gemeinschaftsebene)

Dieses Handlungsfeld beschreibt die Rolle der Community (Health) Nurses als regionale Gesundheitslotsen. Sie unterstützen kommunale Strukturen dabei, geeignete Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zu identifizieren, zu implementieren und zu koordinieren.

Community (Health) Nurses führen selbstständig Community Health Assessments durch. Dieses bildet die Grundlage zur Ableitung kommunaler/regionaler Gesundheitsziele und ermöglicht es, bedarfsgerechte Interventionen auf individueller, gemeinschaftlicher und systemischer Ebene zu planen und umzusetzen. Durch die Erhebung und Analyse vorhandener Gesundheitsdaten und -bedürfnisse werden gezielt Strategien und Maßnahmen entwickelt, um die Gesundheit der Gemeindebevölkerung zu verbessern und auf die identifizierten Prioritäten einzugehen. Zudem wird eine Übersicht über bestehende Gesundheitsdienste und -angebote erstellt, um Kooperationen zu fördern und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Des Weiteren führen Community (Health) Nurses gruppenbasierte Assessments durch, um Bedürfnisse in der Bevölkerung zu identifizieren und das Niveau der Gesundheitskompetenzen zu erfassen. Darüber hinaus setzen sie selbst standardisierte, evidenzbasierte Programme der Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Prävention in öffentlich finanzierten bestehenden Gruppen wie z.B. Kindergärten, Schulen und Senioreneinrichtungen um. Neue Programme werden projektübergreifend, innerhalb der Fachgruppen entwickelt, um ein einheitliches, qualitätsgesichertes und standardisiertes Vorgehen in allen Projekten zu gewährleisten.

	Aufgaben	Tätigkeiten
1	Monitoring & Erhebung	Systematische Sammlung und Analyse von quantitativen Daten (bestehenden Quellen) und qualitativer Daten (Interviews, Befragungen der Gemeinschaft) zu gesundheitlichen, sozialen und umweltbedingten Faktoren, um den umfassenden Gesundheitsbedarf einer Kommune zu erheben und zu überwachen inkl. Netzwerk- und Angebotsanalyse, um Ressourcen und Einflussmöglichkeiten zu identifizieren.
		Ableitung der Ergebnisse des Community Health Assessments (CHA), um lokale und regionale Gesundheits- und Pflegebedarfe zu identifizieren. Diese Daten dienen als Grundlage für die Festlegung von Zielen und die Planung spezifischer Maßnahmen sowie die Entwicklung gezielter Gesundheitsprogramme innerhalb der kommunalen Settings.
		Ableitung der Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aus den Ergebnissen des Assessments. Kontinuierliche Erfassung von Feedback und Daten während und nach der Umsetzung der Programme, um deren Wirksamkeit zu bewerten und ggf. Anpassungen vorzunehmen.
2	Koordination & Management	Strukturierte Vorbereitung, Organisation, Koordination und Planung der verschiedenen Schritte des CHA, von der Datenerhebung, Erstellung des Gesundheitsplans bis hin zur Rückmeldung der Ergebnisse an die Gemeinschaft.
		Mitwirkung an der strategischen Planung und kommunalen Implementierung von Gesundheitsprogrammen sowie Koordination bestehender, von externen Partnern angebotener Programme mit Fokus auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit.
		Koordination und Planung der Durchführung selbst erbrachter Gesundheitsprogramme in bestehenden Gruppen, einschließlich Abstimmung mit Gruppenleitungen, Terminorganisation, Ressourcenplanung.
3	Bildung & Beratung	Fachliche Beratung und Begleitung von Gemeinden, deren Fachabteilungen, Vereinen und ehrenamtlichen Initiativen bei der Auswahl, Anpassung und Umsetzung von Gesundheits- und Präventionsprogrammen. Dabei stehen Zielgruppenorientierung, Finanzierbarkeit, Nachhaltigkeit sowie die Vermeidung von

		Doppelstrukturen im Vordergrund, ergänzt durch die Abstimmung mit relevanten Bereichen wie Kultur, Soziales und Bildung.
		Eigenständige Durchführung evidenzbasierter, standardisierter Gesundheitsprogramme in bestehenden Gruppen (z. B. Schulen, Kindergärten, Senioreneinrichtungen) mit zielgruppenorientierten Bildungsmaßnahmen, Workshops und Informationsveranstaltungen sowie fachlicher Beratung der Gruppenleitungen zur nachhaltigen Integration in den Alltag.
4	Gemeinschaftliche Zusammenarbeit	Initiierung von Fokusgruppen und Stakeholder-Workshops um tiefere Einblicke in die Bedürfnisse der Gemeinschaft zu gewinnen und die Erfüllung der Bedürfnisse der Gemeinschaft zu überprüfen
		Netzwerkpflege mit Vertretern von Zielgruppen, lokalen Organisationen und externen Partnern, um maßgeschneiderte Programme zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, planen und installieren.
5	Interessensvertretung & Einflussnahme	Aktive Einbeziehung der Einwohner durch partizipative Methoden wie Bürgerforen, Online-Umfragen, sowie Absprachen mit den politischen Entscheidungsträgern und Ämtern.
		Förderung der politischen Unterstützung und Sicherstellung der Umsetzung der erarbeiteten Gesundheitsprogramme durch aktive Beteiligung an politischen Diskussionen wie z.B. Teilnahme an Ausschüssen des Gemeinderats und Absprachen mit lokalen/regionalen Entscheidungsträgern sowie Fachgremien

### 3.2.2 Handlungsfeld: Präventive Hausbesuche & Gesundheitsservices (Individualebene)

Dieses Handlungsfeld beschreibt vorsorgende Maßnahmen im Rahmen von präventiven Hausbesuchen und niederschweligen Gesundheitsservices, die dazu beitragen, Menschen solange wie möglich ein gesundes und selbstständiges Leben v.a. zu Hause zu ermöglichen. Beide Angebotsformen ergänzen einander und bilden gemeinsam ein zentrales Instrument zur frühen Erkennung, Prävention und Förderung von Gesundheit in der Bevölkerung.

Präventive Hausbesuche werden durch Community (Health) Nurses nach den Phasen des Pflegeprozesses durchgeführt. Sie beinhalten eine strukturierte Erstanamnese, Pflegediagnose, Zielvereinbarung, Interventionsplanung und Evaluation. Die Begleitung erfolgt zyklisch und zeitlich begrenzt, in der Regel mit maximal sechs Kontakten pro Fall und Jahr. Ziel ist die präventive Stabilisierung der häuslichen Situation, die Förderung von Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz sowie die Sicherstellung notwendiger pflegerischer, medizinischer und sozialer Anschlussversorgung durch gezielte Koordination und Weiterleitung.

Niederschwellige Gesundheitsservices richten sich an die breite Bevölkerung und schaffen einen direkten, leicht zugänglichen Erstkontakt zur professionellen Gesundheitsberatung. Sie werden an öffentlich frequentierten Orten wie Hausarztordinationen, Bürgerservicestellen, Gesundheitsämtern oder bei regionalen Veranstaltungen angeboten. Dort führen Community (Health) Nurses kurzfristige Beratungen, pflegerische Gesundheitschecks und Informationsgespräche durch, um Prävention und Früherkennung niedrigschwellig verfügbar zu machen und Menschen gezielt auf regionale Gesundheitsangebote aufmerksam zu machen.

Diese Maßnahmen richten sich in erster Linie an Einzelpersonen und Familien, insbesondere an Erwachsene mit keiner oder nur geringer Pflegeabhängigkeit, die keine geförderten Langzeitpflegeleistungen (z. B. mobile Dienste) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus werden pflegende An- und Zugehörige unterstützt, begleitet und geschult, auch wenn die betreute Person einen hohen Pflegebedarf oder eine Behinderung aufweist, um die Handlungssicherheit und Belastbarkeit der An- und Zugehörigen zu stärken und die Qualität der häuslichen Versorgung nachhaltig zu sichern.

	<b>Aufgaben</b>	<b>Tätigkeiten</b>
1	<b>Monitoring &amp; Erhebung</b>	<p>Durchführung von Erstanamnesen und spezifischen Assessments, einschließlich der Prüfung der Pflegeabhängigkeit sowie der Beobachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei persönlichen Erst- und Folgekontakten. Ergänzt wird dies durch die Einschätzung äußerer Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die Beurteilung der Wohnsituation und der Stabilität des sozialen bzw. familiären Netzwerks, um medizinische, pflegerische und soziale Bedarfe frühzeitig zu erkennen. Ableitung und Formulierung von Pflegediagnosen als Grundlage weiterer Maßnahmen sowie Evaluation der erreichten Ergebnisse im Verlauf der Begleitung.</p> <p>Durchführung einfacher pflegerischer Gesundheitschecks im Rahmen niederschwelliger Beratungsangebote an öffentlich zugänglichen Orten, um gesundheitliche Risiken und Präventionsbedarfe frühzeitig zu erkennen. Dazu zählen die Erhebung von Vitalwerten, kurze Lebensstilscreenings, Einschätzung der Gesundheitskompetenz und des Beratungsbedarfs sowie die Dokumentation und ggf. Evaluation der Ergebnisse bei einem Folgekontakte.</p>
2	<b>Koordination &amp; Management</b>	<p>Planung und Durchführung der Besuche einschließlich Sicherstellung von Behandlungskontinuität und Koordination geeigneter Gesundheits- und Sozialdienste. Erstellung einer Pflegeplanung bei komplexen Gesundheitsbegleitungen und Setzen von Erstinterventionen bei Bedarf wie z.B. medizinisch-diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Verordnung von Medizinprodukten oder Delegation und Subdelegation pflegerisch-medizinischer Maßnahmen an An- und Zugehörige.</p>

		Koordination bei auffälligen Befunden oder kurzfristigem Handlungsbedarf aus Gesundheitschecks; gezielte Weiterleitung an entsprechende Einrichtungen oder Dienste, bzw. Aufnahme in eine aktive Begleitung. Nutzung von Social-Prescribing-Ansätzen zur Aktivierung und Einbindung sozialer Ressourcen.
3	Bildung & Beratung	Anleitung, Beratung und Schulung von Individuen und Familien zu gesundheitsbezogenen Themen, Unterstützung bei der Förderung des Selbstmanagements sowie Angehörigenschulung zur Stärkung pflegerischer Kompetenz im häuslichen Umfeld.
		Durchführung kurzer, niederschwelliger Informations- und Beratungsgespräche im öffentlichen Raum, um v.a. über regionale Gesundheits-, Präventions- und Unterstützungsangebote zu informieren und den Zugang zu erleichtern.
4	Gemeinschaftliche Zusammenarbeit	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten zur Sicherstellung einer abgestimmten Versorgung. Teilnahme an Fallbesprechungen, strukturierte Fallübermittlung und Abstimmung in komplexen Fällen. Unterstützung der Vernetzung zwischen verschiedenen Dienstleistern zur optimalen Versorgung der Klient:innen.
5	Interessensvertretung & Einflussnahme	Eintreten für die gesundheitlichen und sozialen Belange von Einzelpersonen und Familien, insbesondere bei eingeschränkten Zugängen oder fehlender Versorgung. Vertretung dieser Anliegen gegenüber relevanten Akteur:innen und Einbringen der Erfahrungen in fachliche Netzwerke und kommunale Abstimmungsprozesse zur Verbesserung von Zugängen und Strukturen.

### 3.3. Weiterentwicklung, Rollenverständnis und Rahmenbedingungen

Die bisherigen Projektergebnisse haben gezeigt, dass die Aufgaben der Community (Health) Nurses innerhalb klarer fachlicher Grenzen und Zuständigkeiten wirksam umgesetzt werden können, wenn die Rollenprofile eindeutig definiert und die strukturellen Voraussetzungen gesichert sind. Für die weitere Entwicklung ist es wesentlich, die fachliche Positionierung und das Selbstverständnis dieser Berufsgruppe konsequent zu schärfen.

Community (Health) Nurses übernehmen eine klar abgegrenzte Rolle an der Schnittstelle von Pflege- und Sozialem, Public Health und Gemeinwesenarbeit. Ihr Handeln orientiert sich am Pflegeprozess und erfolgt prozessorientiert, evidenzbasiert und bedarfsgeleitet auf individueller, gemeinschaftlicher und systemischer Ebene. Grundlage ihrer Arbeit bilden gesundheits- und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse sowie aktuelle Forschungsergebnisse.

Sie entwickeln, begleiten und evaluieren gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen auf Basis fachlicher Analysen und nicht auf Grundlage persönlicher Einschätzungen oder Einzelinitiativen. Die Planung und Umsetzung erfolgt strukturiert, qualitätsgesichert und zielgruppenorientiert.

Community (Health) Nurses verstehen sich als Fachberater:innen und Gesundheitsexpert:innen innerhalb der kommunalen Strukturen. Ihr Auftrag liegt in der fachlichen Unterstützung, nicht in der organisatorischen oder administrativen Durchführung von Veranstaltungen oder Sozialprojekten. Community (Health) Nurses sind daher nicht operativ in der Veranstaltungsorganisation, der Leitung von Sozialinitiativen oder der Betreuung dauerhafter Gemeinschaftsangebote tätig.

Community (Health) Nurses ersetzen keine bestehenden Angebote der Langzeitpflege. Sie führen keine grundpflegerischen Tätigkeiten durch und übernehmen keine dauerhafte Pflege- oder Betreuungsbegleitung im Sinne der Hauskrankenpflege. Ihr Case Management ist präventiv ausgerichtet und erfolgt in Kooperation mit bestehenden Gesundheits- und Sozialdiensten, wenn komplexe Versorgungssituationen bestehen.

Sie arbeiten neutral, unabhängig und überparteilich. Community (Health) Nurses vertreten keine politischen oder institutionellen Einzelinteressen, sondern orientieren sich ausschließlich an den gesundheitlichen Bedarfen der Bevölkerung. Sie kooperieren eng mit kommunalen Einrichtungen wie Bürgerservice, Sozial- oder Kulturabteilungen, ohne deren Aufgaben zu ersetzen.

Ihre zentrale Funktion liegt in der fachlichen Analyse, Beratung und Vernetzung. Community (Health) Nurses erkennen Gesundheits- und Versorgungsbedarfe, bereiten diese systematisch auf und leiten sie an relevante Entscheidungsträger:innen weiter. Sie sind Botschafter:innen für Gesundheit innerhalb der Gemeinde und tragen dazu bei, Erkenntnisse aus der Praxis in die kommunale Gesundheitsplanung zu integrieren.

Für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Rolle sowie zur Qualitätssicherung in der Umsetzung des Aufgaben- und Rollenprofils sind geeignete strukturelle und materielle Rahmenbedingungen erforderlich. Dazu zählen regelmäßige individuelle Fort- und Weiterbildungen, um die fachlichen, kommunikativen und analytischen Kompetenzen gezielt zu stärken und an neue Erkenntnisse in Pflegewissenschaft und Public Health anzupassen.

Ebenso ist eine ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln notwendig, um die Aufgaben professionell und sicher erfüllen zu können. Dazu gehören insbesondere medizinisches Basis- und Verbrauchsmaterial für Gesundheitsbeobachtung, Screening und Erstinterventionen im Rahmen von Hausbesuchen, technische Geräte für Dokumentation und Kommunikation, Fahrzeuge bzw. eine Vergütung der Fahrtkosten für aufsuchende Tätigkeiten sowie Büromaterial und Lehrmittel für edukative Maßnahmen.

Die Umsetzung des Rollen- und Aufgabenprofils orientiert sich weiterhin an den Ergebnissen des vorangegangenen Projektjahres. Die ermittelte Aufgabenverteilung dient als Richtwert für die künftige Steuerung und Ressourcenplanung:

<b>Bereich</b>	<b>Anteil an der Gesamtarbeitszeit</b>
<b>Projektsteuerung und Serviceaufgaben</b> (Fort- und Weiterbildung, Jour fixe, Projektübergreifende Mitarbeit an Strategie- und Konzeptentwicklung inkl. Fachgruppenarbeit, Verwaltung ohne Patientenkontakt bzw. -zuordnung)	25 %
<b>Handlungsfeld: Regionale Gesundheitslotsen</b>	35 %
<b>Handlungsfeld: Präventive Hausbesuche &amp; Gesundheitsservices</b>	40 %

**Fazit:**

Community (Health) Nurses agieren als pflegerische Expert:innen für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie verbinden fachliche Analyse, Beratung und Bildung mit einer vernetzenden und advokatorischen Funktion auf drei Ebenen (Individuum, Gemeinschaft- und System). Ihr Handeln ist evidenzbasiert, qualitätsgesichert und bedarfsorientiert mit dem Ziel, Gesundheit zu erhalten, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und den Zugang zu Versorgung und Unterstützung für alle Bevölkerungsgruppen zu verbessern.