



COMMUNITY
HEALTH
NURSING



COMMUNITY HEALTH NURSING IN DEUTSCHLAND

Konzeptionelle Ansatzpunkte
für Berufsbild und Curriculum

Das Projekt wird gefördert durch die
Otto und Edith Mühlischlegel Stiftung in der


Robert Bosch
Stiftung

DBfK  Agnes-Karll-
Gesellschaft

Impressum

Herausgeber:

Agnes-Karll-Gesellschaft für
Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH,
vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe
- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570
Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de
Internet: www.dbfk.de

Dieses Konzept wurde im Rahmen des von der Otto und Edith Mühlshlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes „Community Health Nursing“ erarbeitet. Besonderer Dank gilt den Experten, die durch ihre Mitwirkung an zwei Fachgesprächen wertvolle Impulse gegeben haben. Autoren für die Agnes-Karll-Gesellschaft: Andrea Weskamm (Projektleiterin), Insa Gesine Keßler, in Zusammenarbeit mit Frank Marks.

© Berlin 2018.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.

Inhalt



01	Abstract "Community Health Nursing in Deutschland"	SEITE 2
02	Vorwort	SEITE 4
03	Einleitung	SEITE 5
Teil A		
04	Internationale Entwicklungen in der Pflege	SEITE 6
05	Merkmale von Community Health Nursing	SEITE 10
06	Gestaltungsrahmen für Community Health Nurses	SEITE 13
	6.1 Aufgaben einer Community Health Nurse	SEITE 13
	6.2 Kompetenzen – Einordnung und Begriffe	SEITE 16
	6.3 Kompetenzen einer Community Health Nurse	SEITE 18
	6.4 Kompetenzmodell der Advanced Practice Nurse nach dem ICN	SEITE 21
	6.5 Berufliche Rollen im Community Health Nursing	SEITE 24
07	Zielgruppen von Community Health Nursing	SEITE 27
	7.1 Die Community Health Nurse in unterschiedlichen Settings	SEITE 28
08	Sicherung der Versorgung durch lokale Gesundheitszentren	SEITE 30
Teil B		
09	Pflege in Deutschland – aktuelle Herausforderungen	SEITE 34
	9.1 Projekte mit Innovationspotenzial	SEITE 37
	9.2 Das Team rund um den Hausarzt – Beispiel Österreich	SEITE 42
10	Erweiterte Rollen in der Primärversorgung in Deutschland	SEITE 44
	10.1 Die Community Health Nurse in Deutschland	SEITE 45
11	Voraussetzungen schaffen	SEITE 48
	11.1 Berufs- und pflegepolitische Überlegungen	SEITE 51
	11.2 Finanzierungsoptionen für Community Health Nursing	SEITE 54
12	Ausblick	SEITE 58
13	Literaturverzeichnis und Online-Quellen	SEITE 60
14	Anhang	SEITE 68

01

Abstract "Community Health Nursing in Deutschland"

Angesichts der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen in Deutschland, verbunden mit den versorgungsstrukturellen und ökonomischen Veränderungen, ergeben sich neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. Es gilt neue, passgenaue Versorgungsangebote zu entwickeln. Angesichts der bestehenden Unter- und Fehlversorgung (SVR 2014) gibt es in Deutschland seit längerem Debatten zur Stärkung der Primärversorgung. Sie stellt im ambulanten Geschehen die zentrale Eintrittspforte ins Gesundheitswesen dar.

Laut Sachverständigenrat (SVR 2014) ist ein niedrighschwelliger Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens entscheidend für die Inanspruchnahme und Bedarfsgerechtigkeit eines Systems. Das ist besonders für vulnerable Gruppen (dazu gehören auch ältere Menschen) und für Bevölkerungsgruppen in strukturschwachen (ländlichen) Regionen bedeutsam. Die Primärversorgung muss auf dem Lande, aber auch in städtisch geprägten benachteiligten Gebieten effizient und bedarfsgerecht gesichert werden. Gute Erreichbarkeit, integrierte Versorgungsangebote, ein breites Versorgungsspektrum bei hoher Qualität sind zentrale Ziele. Dadurch wird ein Verbleib in der Häuslichkeit auch bei beginnendem Pflege- und Unterstützungsbedarf ermöglicht.

Die international bewährten, lokalen, multiprofessionell besetzten Primärversorgungszentren bieten pflegerische, präventive, medizinische, psychosoziale und rehabilitative Leistungen unter einem Dach, gebündelt und koordiniert in einer integrierten Versorgung. Speziell qualifizierte Pflegefachpersonen¹, Community Health Nurses, sind autonom in den Zentren in einem definierten Handlungsfeld tätig und übernehmen oft zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktion (Schaeffer 2017). Ihre Aufgaben hängen stark davon ab, in welchem Setting sie eingesetzt sind: welche medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen in der Population vorherrschen, welche Klientengruppen die Versorgungseinrichtung besuchen, welche Interventionsstrategien vorrangig angewendet werden und welche Gesundheitsprobleme anzutreffen sind:

- krankheitsabhängig, z. B. Herzinsuffizienz, Diabetes, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen, chronische Krankheit,
- bevölkerungsabhängig; Ausrichtung der Community Health Nurse auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (z. B. alte Menschen, Kinder, Randgruppen, Flüchtlinge, Alleinlebende, Wohnungslose etc.) in einer Region,
- je nach Aufgabenfeld, in dem die Community Health Nurse eine breit angelegte Primärversorgung der Bevölkerung versieht und bei Bedarf einen Arzt hinzuzieht oder mit einem Arzt zusammenarbeitet.

Im internationalen Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungen (vgl. Abschnitt 4ff und 14) zeigt sich, dass in der Regel die Community Health Nurse die erforderlichen Kompetenzen in einem Master-Studium erwirbt. Eine Ausbildung in einem Pflegeberuf ist zuvor Voraussetzung, ebenso Berufserfahrung. Die umfassende Qualifikation als Pflegefachperson und der ganzheitliche Blick auf den Menschen sind unabdingbar.

Community Health Nurses verfügen unter anderem über die **Kompetenzen** zur:

- Bearbeitung neuer komplexer Aufgaben und Problemstellungen,

¹ Im folgenden Text wird aufgrund der leichteren Lesbarkeit meist auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht sowie weitere trans- bzw. multi*gender Formen.

- eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld,
- verantwortlichen Leitung von Gruppen oder Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen,
- Vertretung ihrer Arbeitsergebnisse im interdisziplinären Team und zur Führung einer fachlichen, bereichsspezifischen und übergreifenden Diskussion,
- Erschließung von eigenständigem Wissen zur Bewältigung neuer anwendungs- und/oder forschungsorientierter Aufgaben.

Zur Ausgestaltung der Rolle ist die Orientierung an den skandinavischen Ländern, Kanada, aber auch Österreich hilfreich. Die Etablierung der Community Health Nurse erweitert das Leistungsspektrum in der Primärversorgung. Partiiell kommt es zu einer Aufgabenneuverteilung bzw. Verlagerung ärztlicher Aufgaben. Das führt u.a. zu einer Entlastung der Hausärzte.

Das Konzept sieht vor, dass **Community Health Nurses in Deutschland** vor allem häufig vorkommende Routinetätigkeiten übernehmen. Dazu gehören die Überprüfung des Gesundheitszustandes und der Medikamenteneinnahme, die Erhebung von Befunden und deren Dokumentation, Überprüfung auf Abweichungen, Kontrolluntersuchungen bei chronisch Erkrankten, Anleitung zum Selbstmanagement, Durchführung gängiger Assessments – auch auf psychische Verfassung und Kognition, Blutentnahmen, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Ihre spezifischen pflegerischen Kompetenzen zum Selbstmanagement bei chronischem Krankheitsgeschehen und edukative Interventionsansätze (Patientenschulung, Beratung) ergänzen das Leistungsgeschehen. Community Health Nurses steuern Versorgungsprozesse, führen Casemanagement durch und koordinieren die Leistungserbringung der Akteure. Sie erheben Gesundheitsbedarfe in der Kommune und sind Bindeglied zwischen Kommune – z. B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – und Primärversorgungszentrum. Im Sinne von Leadership übernehmen sie Personalverantwortung.

Eine mögliche, immer wieder propagierte Struktur sind multiprofessionell besetzte, integrierte Gesundheits-/Versorgungszentren. In solchen Zentren – aber nicht nur da – können Pflegefachpersonen (Community Health Nurses) in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofessionen wirken. Weitere Einsatzmöglichkeiten können über den ÖGD, in Medizinischen Versorgungszentren oder über das Quartiersmanagement geschaffen werden.

Die **Finanzierung** der Community Health Nurse kann in Deutschland unterschiedlich geregelt werden, je nach Ansiedlung der Arbeitsstelle. Denkbar ist eine Mischfinanzierung aus Leistungen der Krankenkassen sowie öffentlicher, steuerfinanzierter kommunaler Mittel. Die Kommunen haben eine Schlüsselrolle bei Initiierung, Organisation und Aufbau der Pflegeinfrastruktur zur Unterstützung im Wohnumfeld. Die Notwendigkeit ist erkannt, in den Auf- und Ausbau einer vernetzten Primärversorgung zu investieren. Eine gut zugängliche Primärversorgung unterstützt das Abrufen kassenfinanzierter Leistungen. Dies kann gesundheitsförderlich/präventiv wirken und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest hinauszögern.

Im Zuge der Bewilligung von Phase II seit Februar 2018 durch die Robert Bosch Stiftung sollen Hochschulen bei der Entwicklung von Master-Curricula zu Community Health Nursing gefördert werden

Die Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) Bundesverband führte 2017 mit Förderung der Otto und Edith Mühlischlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung ein Projekt zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland durch. Vor dem Hintergrund der Versorgungsproblematik vor allem im ländlichen Raum wächst perspektivisch der Druck, neue Versorgungsangebote zu entwickeln. Angesichts der bestehenden Unter- und Überversorgung (SVR 2014) in der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es in Deutschland seit längerer Zeit Debatten zur Stärkung der Primärversorgung. Besonders diskutiert wird die Einführung von multiprofessionell besetzten integrierten Gesundheits-/Versorgungszentren und die Rolle von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen darin.

Ziel des Projektes Community Health Nursing (CHN) Phase I war es, basierend auf einer Literaturanalyse sowie der systematischen Diskussion und Bewertung spezifischer Ergebnisse im Kontext von Fachgesprächen und Fokusgruppen zu Teilaspekten im Rahmen von Tagungen und Einzelgesprächen durch ausgewiesene, wissenschaftliche, (inter)nationale Experten, ein Konzept für das Aufgaben- und Leistungsprofil von Community Health Nurses in Deutschland zu entwickeln². Daraus abgeleitet sollen in Phase II des Projektes Qualifikationsanforderungen festgelegt werden und die Entwicklung eines Studienangebotes zu Community Health Nursing in Deutschland auf Master-Niveau an Hochschulen initiiert werden. In diesem Sinne ist der DBfK bereits seit vielen Jahren an der Entwicklung von Advanced Nursing Practice (erweiterter Pflegepraxis) nach internationalem Vorbild beteiligt. Neue Rollen für Pflegefachpersonen in der Primärprävention, in der Gesundheitsförderung und Prävention, in ausgewiesenen Bereichen in Krankenhäusern und in speziellen Settings, wie z. B. in der Schule, Betrieben und der Häuslichkeit / Familie, sind aus Sicht des DBfK unabdingbar, um die Gesundheitsversorgung zukunftssicher zu gestalten. Durch den Einsatz von Community Health Nurses kommt es zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums in der Primärversorgung und zu einer Aufgabenumverteilung, die u.a. auch eine Entlastung der Ärzte zur Folge haben kann. Dadurch kann die Versorgung der Patienten verbessert werden.

Um effektiv in der Primärversorgung mitwirken zu können und Patienten und Angehörige gut und qualitätsgesichert zu betreuen, ist eine umfassende Qualifizierung der Pflegefachpersonen nötig. Diese sollte auf Masterniveau angesiedelt sein. Seit langem hat auch in Deutschland die Akademisierung der Pflege Fahrt aufgenommen: Es gibt ein breites pflegewissenschaftliches Studienangebot mit ca. 37 grundständigen pflegeausbildenden und etwa 110 bis 120 pflegebezogenen Studiengängen³. Durch das Projekt CHN Phase II, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, soll die spezifische Ausrichtung von Studiengängen auf Masterebene zu Community Health Nursing nun weiter gefördert werden.

² Entsprechende Ergebnisse wurden veröffentlicht in: Agnes Karll Gesellschaft (Hg.) (2018): Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung: Dokumentation der Fachtagung vom 29. & 30. November 2017 in Berlin. Agnes-Karll-Gesellschaft: Frankfurt am Main, Berlin. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Podiumsdiskussion wurden in zentralen Kernbotschaften formuliert. Die Dokumentation steht ergänzend zu diesem Konzept als Download unter: www.dbfk.de/chn zur Verfügung.

³ Diese Schätzung wurde von Experten aus dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) in 07/2017 vorgenommen.

Die Folgen der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen und inhärenten Trends stellen international eine große Herausforderung für bestehende Gesundheitssysteme dar (vgl. Kap. 7.1). In den nächsten Jahren werden sich auch in vielen deutschen Regionen durch den strukturell-bedingten Ärztemangel Engpässe in der medizinisch-pflegerischen Versorgung entwickeln. Die Gesundheitsversorgung gerade vulnerabler Gruppen in sozialen Brennpunkten – sowohl im ländlichen Raum, als auch in den Städten bzw. Stadtteilen mit hoher Krankheitslast – wird zunehmend lückenhaft. Dies erfordert neue Versorgungskonzepte. In anderen Ländern (z. B. USA, Kanada, Schweden, Finnland, Slowenien) mit einer ähnlichen Problematik, wirken bereits speziell qualifizierte Pflegefachpersonen in der primären Gesundheitsversorgung mit: Community Health Nurses (CHN). Diese sind oft z. B. in kommunalen Gesundheitszentren angesiedelt und übernehmen dort vor allem häufig vorkommende Routineaufgaben.

Im **Teil A** werden daher internationale Erfahrungen und Ausprägungen von Community Health Nursing beschrieben. Merkmale, Gestaltungsrahmen, Aufgaben und Kompetenzen werden skizziert. Die spezifischen Rollen, Spezialisierungen und Tätigkeitsschwerpunkte in der erweiterten und fortgeschrittenen Pflege, die Advanced Practice Nurses bzw. Nurse Practitioner⁴ ausfüllen und wahrnehmen, werden dargestellt. Einrichtungen der Primärversorgung werden vorgestellt. Die Beschreibung von Zielgruppen und Settings sowie erste allgemeine Schlussfolgerungen für die Anwendung in Deutschland werden vorgenommen.

Im **Teil B** werden die spezifischen Bedingungen in Deutschland in den Fokus genommen und Ansatzpunkte einer stärkeren pflegerischen Beteiligung in der Primärversorgung mit Innovationspotenzial beschrieben. Der Blick wird in unterschiedliche Länder⁵ gelenkt und beispielhaft das Aufgabenfeld von Community Health Nursing herausgearbeitet. Relevante Rahmenbedingungen untermauern die Notwendigkeit der Etablierung von Community Health Nursing auch in Deutschland. Voraussetzungen für die Etablierung von Community Health Nursing (inklusive der Finanzierungsoptionen) werden skizziert. Ein mögliches, zukünftiges Tätigkeitsprofil in Deutschland wird dargestellt.

Die Tabelle in der **Anlage** bietet eine Übersicht über den Einsatz von Nurse Practitioner in nordamerikanischen und westeuropäischen Ländern. Es gibt dort „Community Health Nursing“, aber die eingesetzten Pflegefachpersonen sind „Nurse Practitioner“ (NP) mit einem erweiterten Aufgabenprofil in Richtung Community Health Nursing.

⁴ Nurse Practitioner (NP) decken in den USA, UK und anderen Ländern eine große Bandbreite von Gesundheitsleistungen in der Primärversorgung ab. Es sind auf Masterniveau akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit generalistischer Ausrichtung. Sie stellen den ersten professionellen Kontakt zum Gesundheitswesen dar und sind in Einrichtungen der Primärversorgung, z. B. Community Health Centres tätig.

⁵ Der vorliegende Text basiert auf dem Vergleich der Systeme für Community Health Nursing von: *Australien, Finnland, Irland, Israel, Kanada, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Slowenien, USA, Groß Britannien*. Bemerkenswerte Aspekte fließen an passender Stelle ein und werden u.a. im Anhang entsprechend für diese Länder tabellarisch dargelegt.

Teil A

Der Einsatz von Community Health Nurses ist seit langem üblich und bewährt. In Skandinavien, dem Vereinigten Königreich, den USA oder Kanada werden sie in der gesundheitlichen Primärversorgung eingesetzt. Es handelt sich um hochspezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung erste Ansprechpartner für gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen sind. Hinsichtlich der Qualifizierung gibt es Unterschiede über die Länder hinweg, aber es sind oft Advanced Practice Nurses (APN) oder Nurse Practitioner (NP), die in der Rolle einer Community Health Nurse im Community Health Nursing⁶ eingesetzt werden. Daher wird in der vorliegenden Schrift insbesondere auf die APN und NP-Rollen Bezug genommen.⁷

Verortet und institutionell angebunden sind die Community Health Nurses in kommunalen Zentren für primäre Gesundheitsversorgung. Das Besondere an der Leistungserbringung: ein multiprofessionell zusammengesetztes Team bietet aufeinander bezogene, integrierte Versorgungsangebote. Das geht weit über den in Deutschland üblichen Arztbesuch hinaus. Im kommunalen Gesundheitszentrum gibt es Angebote für Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige, demenziell Erkrankte, chronisch- oder mehrfach Erkrankte, akut Erkrankte, pflegende Angehörige, (werdende) Eltern, Familien, Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Mobilitätseingeschränkte sowie Hinweise zu Selbsthilfegruppen u.a.. Die Gesundheitsberufe arbeiten im Team unter einem Dach: Pflegefachpersonen, Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und andere Professionen. Die Community Health Nurses übernehmen in den Gesundheitszentren oft auch eine zentrale Rolle in der Organisation: Sie sind es, die den Versorgungsprozess steuern und koordinieren. Darüber hinaus sind sie oft auch für die organisatorische Leitung des Zentrums verantwortlich. In Kanada haben sich Community Health Nurses erfolgreich in den letzten zehn Jahren auf verschiedenen Feldern etabliert, z. B. in Community Health Centern mit multi-professionellen Teams in der Primärversorgung, mobilen Versorgungseinheiten, Nurse-Led Clinics⁸, Rehabilitationseinrichtungen oder in der Langzeitversorgung. Community Health Nurses werden in der öffentlichen Wahrnehmung stärker beachtet und als Anbieter von Primärversorgung akzeptiert. Sie übernehmen Führungspositionen (Nurse-Led) und erhalten inzwischen auch die Zustimmung der Ärzte. Besonders anerkannt sind die Beratungs- und Schulungsangebote in den Primärversorgungszentren. Sie beraten und behandeln, führen Assessments durch und leiten Therapien ein. Dabei konzentrieren sie sich auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken. Wichtige Aufgaben von Community Health Nursing sind Gesundheitsförderung und Prävention in der „Community“. Die Menschen in der Bewältigung des Alltags zu unterstützen – in jeder

⁶ Es gibt Schwerpunktsetzungen im Community Health Nursing auf z. B. Public Health, Community Development, Mental Health Nursing, Occupational Health, General Practice Nursing, Caring for the Adult in the Home Setting, Community Children's Nursing (Sines et al. 2013).

⁷ Community Health Nursing ist international betrachtet ein sehr weit gefasster Begriff und je nach Länderkontext sind es Nurse Practitioners oder auch andere Spezialisierungen (z.B. Pflegefachperson mit Spezialisierung Community Health). Es werden also nicht nur ANP oder NP im Kontext von Community Health Nursing bzw. Community Health eingesetzt.

⁸ Der Begriff **Nurse (Practitioner)-Led Clinic** steht für eine ambulante Einrichtung, die vergleichbar mit einer Arztpraxis oder einer Krankenhausambulanz ist. Betrieben und geleitet wird die NPLC von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ohne ärztliche Aufsicht (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015)

Lebenslage und Altersspanne – ist Kernaufgabe von Community Health Nurses. Der Grad ihrer Autonomie ist dabei ebenso wie ihr Verantwortungsgebiet vollkommen unterschiedlich und wird durch nationale Bestimmungen festgelegt. An vielen Orten übernehmen sie Aufgaben, die hierzulande dem ärztlichen Kompetenzbereich oder anderen Professionen, z. B. der Sozialarbeit zugeschrieben werden.

Qualifikation „Community Health Nurse“ Die Qualifizierung für Community Health Nursing wird international unterschiedlich gehandhabt. Es lässt sich jedoch anhand der internationalen fachlichen Diskussion⁹ festhalten, dass eine Community Health Nurse in der Regel eine spezialisierte „Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner)“ mit **akademischer Qualifikation auf Masterniveau** ist.

Laut ICN (2008) verfügt eine Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen¹⁰ Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Diese ist in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom tätig. Schober und Affara (2008) benennen als Merkmale eines Pflegeexperten (APN): „Spezialwissen und Expertise, klinisches Urteilvermögen, hoch qualifizierte, selbst initiierte Pflege und Forschungsinteresse“. Der DBfK orientiert sich an Vorgaben und Definitionen des ICN (International Council of Nurses). Für den deutschsprachigen Raum wurde der Begriff „Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN“ (Advanced Practice Nurse) definiert (DBfK/ÖGKV/SBK 2013)¹¹. Die Charakteristika der Kompetenzen werden vom Kontext und/oder den Bedingungen der jeweiligen Lebenswelt geprägt, in der dieser die Tätigkeit ausübt.

Vor diesem Hintergrund wird für die vorliegende Schrift und für die Umsetzung in Deutschland festgelegt, dass Community Health Nurses gemäß Advanced Nursing Practice akademisch auf **Masterniveau** zu qualifizieren sind. Das gilt auch für die breit und generalistisch ausgebildeten Nurse Practitioner, die in der Primärversorgung eingesetzt werden. Nurse Practitioner werden im Community Health Nursing z. B. in kommunalen Gesundheitszentren eingesetzt. Community Health Nurses sind Advanced Practice Nurses bzw. Nurse Practitioner mit Schwerpunkt auf Primärversorgung bzw. auf Community Health Nursing. Überschneidungen zu Public Health Nursing sind möglich.

Der aktuelle Stand der internationalen Entwicklung in Bezug auf Advanced Practice Nursing und den Einsatz von Nurse Practitioner (NP) in der Primärversorgung wurde untersucht (Maier 2017; Maier/Aiken 2016). Die Abfrage in 39 Ländern zeigt, dass in der Mehrzahl der Länder ärztliche

⁹ International üblich ist ein Bachelor-Niveau in der Pflegeausbildung. Akademische Spezialisierungen (APN) finden auf Masterlevel (gemäß EQR: EU Parlament/Rat der EU 2008) statt (ICN 2008; Schober/Affara 2008; ÖGKV 2011; DBfK/ÖGKV/SBK 2013; siehe auch tabellarische Übersicht der CHN-Qualifizierungen der Länder im Anhang). Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (Ammende et al. 2010) folgt der Zuordnung.

¹⁰ Komplexität bezeichnet die Eigenschaft einer Anforderungsstruktur, in der eine Vielzahl in Wechselwirkung stehender Faktoren zu berücksichtigen ist und die Lösung von Problemen den Abgleich unterschiedlicher Teilaspekte und des Gesamtzusammenhangs in einem iterativen (= sich wiederholenden) Prozess verlangt (AK-DQR 2011).

¹¹ siehe Kap. 6.4

Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen übertragen werden. Abgefragt wurden sieben typische Tätigkeiten von NP: Verschreiben von Medikamenten, Anordnen von klinischen Tests, Diagnosestellung/erweiterte (körperliche) Untersuchung, Behandlung, Überweisung (an Krankenhäuser, andere Gesundheitsprofessionen), Verantwortung für eine Gruppe von Patienten, erster professioneller Kontakt im Gesundheitswesen. Teilweise gibt es sehr weitreichende Übertragungen, wie z. B. in Australien, USA, Finnland, Niederlande. Deutschland steht jedoch noch ganz am Anfang, vor allem in Hinblick auf den Einsatz von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen in der Primärversorgung. Es gibt derzeit in Deutschland kaum APN-Studiengänge auf Master-Niveau, die eine Spezialisierung für die Primärversorgung bzw. den ambulanten Sektor anbieten. Mit Ausnahme der Zuständigkeit für eine vorab definierte Patientengruppe (z. B. bei chronischen Wunden, Diabetes) gibt es keine offizielle Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen. Ausgehend von den Erfahrungen der OECD-Länder, in denen weitreichende Reformen stattfanden, (Maier/Aiken 2016) wird jedoch angeregt, Masterstudiengänge APN für die ambulante Versorgung in Deutschland aufzubauen und curricular auszugestalten. Diese sollten in Bezug auf die zu vermittelnden Kompetenzen international anschlussfähig sein. Der Schwerpunkt sollte z. B. auf die Anamnese, erweiterte körperliche Untersuchungen und Diagnostik, Therapieentscheidungen und Pharmakologie gelegt werden (Maier 2017). Denn gerade auch klinische erweiterte Kompetenzen sind für die Betreuung chronisch erkrankter Patienten und die Übernahme von Patientengruppen von Bedeutung.

Zum Begriff: „Community Health Nursing“: Eine direkte Übersetzung von Community Health Nursing ins Deutsche existiert nicht. Die Community¹² ist in den USA in Theorie und Praxis von Public Health und Public Health Nursing von zentraler Bedeutung und bildet vielfach den Ausgangspunkt für Konzepte einer umfassenden Gesundheitsförderung (Caesar et al. 2000)¹³. Die in Deutschland häufig verwendeten Begriffe „Gemeinde“ und „soziale Gemeinschaft“ kommen dem Begriff von Community relativ nahe. Darüber hinaus werden u.a. die Begriffe Stadtviertel oder -teil, Region oder Quartier verwendet. Für den Aspekt der „Gesundheit“ im Community Health Nursing gibt es eine Entsprechung im Deutschen, denn 2004 wurde die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger für die deutschen Pflegefachpersonen eingeführt. Von daher ließe sich – trotz bestehender begrifflicher Unklarheit und unter Vorbehalt – darüber nachdenken, ob in Deutschland z. B. ein Gemeindegesundheitspfleger oder ein Stadtteilgesundheitspfleger (Arbeitstitel) eingeführt werden könnte. Im vorliegenden Konzept wird der Begriff Community Health Nurse verwendet.

¹² Die WHO hat 1974 den Begriff wie folgt beschrieben: „A community is a social group determined by geographic boundaries and/or community values and interests. Its members know and interact with one another. It functions within a particular social structure and exhibits and creates norms, values and social institutions“. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41121>; Download am 24.08.2017)

¹³ Nach Caesar et al. (2000) wird eine „Community“ durch folgende drei Punkte beschreibbar:

- *„Geopolitische oder phänomenologische Grenzen, d. h. Grenzen, die sich durch die Festlegung auf einen bestimmten Raum und eine bestimmte Zeit ergeben, z. B. die Beschreibung der ‚Community‘ mit Hilfe ihrer geographischen, administrativen oder politischen Grenzen oder Informationen über Bedürfnisse, Anliegen oder Lebenslagen, die die Mitglieder einer ‚Community‘ von anderen abgrenzen.*
- *Dazugehörige Menschen, z. B. Daten zu Bevölkerungsanzahl und -dichte; demographische Angaben, wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, sozio-ökonomischer Status; Informationen über die Einbindung der Menschen informelle Systeme wie Schulen, Kirchen, Parteien, Gesundheitswesen; Aussagen zur Zugehörigkeit zu informellen Systemen wie Nachbarschaften, Vereinen oder Freundeskreisen.*
- *Beziehungen der Menschen untereinander, d.h. die sozialen Systeme und Normen, die ein Miteinanderleben ermöglichen, z. B. Informationen über die Sozialisation und die soziale Kontrolle der Mitglieder; Daten zur Produktion, zur Verteilung und zum Konsum von Waren und Dienstleistungen; Aussagen zu Kommunikationsprozessen und zur Gestaltung von Veränderungen.“*(Caesar et al. 2000)

Community Health Nursing ist geprägt durch den Einsatz von Community Health Nurses. Es ist kein neuer Gesundheitsberuf, sondern bedeutet die Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes durch klinische Aufgaben in der Primärversorgung und in Richtung Public Health Nursing. Zentrale Elemente sind z. B. Koordination/Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen/Multimorbidität, evidenzbasiertes Handeln/Forschen, Aufgaben in der Gesundheitsförderung. Das beinhaltet auch die Koordination, Steuerung und Leitung von Versorgungsprozessen. Charakteristisch ist auch, dass z. B. in Kanada die Community Health Nurses eigenverantwortlich und ohne Kontrolle eines Arztes Einrichtungen (NPLC) der Primärversorgung leiten. Insofern können noch Leadership und Personalverantwortung ergänzt werden. Schaeffer (2017; SVR 2014) verweist darauf, dass besonders Aufgaben im Mittelpunkt stehen, die durch den Bedarf nach wohnort- und quartiersnaher Versorgung entstehen bzw. bei dem die kommunale Ebene bzw. der Sozialraum im Mittelpunkt der Versorgung stehen (SVR 2014; Schaeffer 2017).

Partizipation

Ein wichtiges Merkmal von Community Health Nursing ist der partizipatorisch-gesundheitsförderlich geprägte Ansatz. Partizipation (lat.: Teilhabe) der Menschen an den Prozessen ist ein wichtiges Ziel der Bundesregierung, auch im Sozial- und Gesundheitswesen. Das zeigt sich u.a. in dem seit 2001 geltenden Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX), in dem die Orientierung auf Teilhabe gegenüber dem bislang geltenden Für- und Versorgungsgedanken Vorrang erhält. Damit wird ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Weitere Aktivitäten und Gesetze weisen in dieselbe Richtung: Z. B. die Einführung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in der Rehabilitationsmedizin 2001, die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention 2006, das Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes 2016 sowie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Gerade in letztgenanntem wird die Orientierung auf die selbstständigkeitsfördernden Aspekte durch die Aufnahme der Prüfkriterien „Mobilität“, „Selbstversorgung“ und „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ in das Begutachtungsinstrument offensichtlich.

Bei der Erbringung von Gesundheits- und Sozialleistungen spielt die Beteiligung der Personen am Prozess eine wichtige Rolle: es ist mehr als nur passives Dabei-Sein. Partizipation umfasst die aktive Teilhabe mit der Möglichkeit, Entscheidungen und deren Umsetzung zu beeinflussen. Denn Betroffene/Personen werden als Experten für ihre Lebenslage verstanden; ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Kompetenzen werden aktiv in die Problemlösungsansätze eingebunden (Wehowsky 2013).

Dieses spiegelt sich im Community Health Nursing wider. Die Community Health Nurse setzt in der Bewältigung von chronischen Erkrankungen verstärkt auf die Konzepte von „Adherence“¹⁴ und „Concordance“¹⁵. Das Paradigma einer strikten Befolgung ärztlich-medizinischer Anweisungen (Compliance) wurde abgelöst. Es

¹⁴ Adherence/Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat. Der Begriff Adherence trägt dem veränderten Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient Rechnung, indem er eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie voraussetzt und den Patienten eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zubilligt. Der Begriff ersetzt zunehmend den älteren Begriff Compliance, dem eine asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde liegt (G+G Glossar 2009).

bedeutet, dass der Patient selbstverantwortlich aus eigener Überzeugung heraus für sich und seine Gesundheit sorgt, indem er eigene Ressourcen nutzt. Voraussetzung hierfür ist eine partnerschaftliche Beziehung zwischen dem Patienten und dessen Gesundheitsversorger (Otto 2010). In Ländern wie Kanada, Finnland oder Australien besitzen diese „Schlüsselemente“ (De Geest et al. 2008) bereits einen hohen Stellenwert in der Versorgung durch Konzepte von Community Health Nursing.

Public Health: ein Aufgabenbereich einer Community Health Nurse

Einige Merkmale von Community Health Nursing, wie Gesundheitsförderung und Prävention, stammen aus dem Bereich Public Health.

Der Begriff Public Health wird zunehmend auch in Deutschland verwendet, wenngleich die wörtliche Übersetzung („öffentliche Gesundheit“ oder „Öffentlicher Gesundheitsdienst“¹⁵) nicht das trifft, was im angelsächsischen Sprachraum gemeint ist. In Forschung und Lehre findet man eher den Begriff Gesundheitswissenschaften, der sich mit der wissenschaftlichen Dimension der Gesundheitssicherung befasst (Brieskorn-Zinke 2007). Gemäß der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH 2012) ist „Public Health – in Anlehnung an international verbreitete Definitionen (...) – die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen.“ Public Health-Maßnahmen zielen primär auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen durch organisiertes gesellschaftliches Handeln (DGPH 2012). Das hat in Europa eine lange Tradition und wird durch die Rahmenprogramme der UN und der WHO (Gesundheit 21¹⁷; MDGs; SDGs¹⁸) kontinuierlich weitergeführt.

Drei wesentliche Charakteristika von Public Health, die auch für das Handlungsfeld Public Health Nursing relevant sind:

- Anwendungsbezug: Public Health ist Theorie und Praxis. Wissenschaftliche Erkenntnisse und ihre Anwendung sind immer miteinander verbunden. Damit spielen auch Fragen der Angemessenheit von Maßnahmen sowie ihrer Folgen für die Gesellschaft eine wichtige Rolle.
- Bevölkerungsbezug: Im Gegensatz zur Individualmedizin bezieht sich Public Health auf die Gesundheit der Bevölkerung. Damit einher geht auch ein System-, Politik- bzw. Organisationsbezug. Public Health ist eine Gemeinschaftsaufgabe und liegt in der Verantwortung der Gesellschaft.
- Multi- bzw. Interdisziplinarität: Der umfassende Ansatz von Public Health führt dazu, dass eine Vielzahl von Einzeldisziplinen beteiligt ist und eine Vielfalt von Methoden genutzt wird (Robert Koch Institut 2016).

¹⁵ Der Begriff bezeichnet eine Übereinkunft zwischen Arzt und Patient darüber, ob und in welcher Weise eine Therapie durchgeführt wird. Ein wesentliches Element der Concordance ist die ausdrückliche Zustimmung des Patienten zu den ärztlichen Empfehlungen (G+G Glossar 2009).

¹⁶ Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland ist zuständig für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Sinne von Prävention und Vorbeugung, aber auch z. B. bei Seuchenbekämpfung etc.

¹⁷ Vgl. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (WHO 1998)

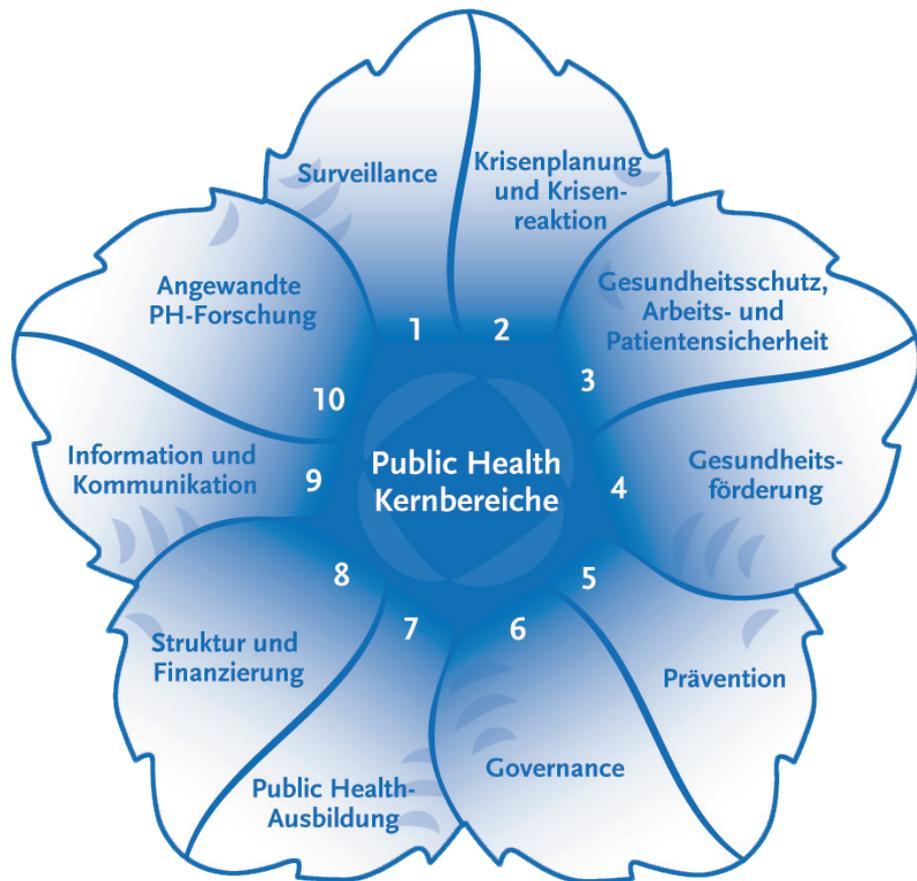


Abb.1: „Kernbereiche Public Health“, mit freundlicher Genehmigung des Robert Koch Instituts

Public Health Nursing bezeichnet ganz allgemein den Beitrag, den die Pflegeberufe zur Bewältigung public-health-bezogener Aufgaben leisten. Das Aufgabengebiet ist nicht einheitlich definiert und Handlungsfelder und Aufgabenzuschnitt sind in den Ländern unterschiedlich ausgestaltet (Brieskorn-Zinke 2007). Einen Rahmen für die Ausgestaltung von Public Health Nursing setzt die allgemeine Definition von Pflege des ICN (International Council of Nurses). Es wird deutlich, welch breit gefächertes Aufgabenspektrum Pflege, auch im Hinblick auf Public Health, abdecken kann. Die Tätigkeit der Community Health Nurse weist Schnittmengen zum Public Health Nursing auf.

Exkurs: Definition Pflege des ICN (2002): „Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

Im Nachfolgenden werden Handlungsfelder, Aufgabenprofil und Kompetenzen (Fähigkeiten und Fertigkeiten) sowie die Beschreibung der beruflichen Rolle vorgenommen. Da die Settings (Einsatzgebiete) sich stark unterscheiden können, stellt sich die Herausforderung, Aufgaben, Kompetenzen und Rollen für das jeweilige Setting anzupassen bzw. zu entwickeln.

6.1 Aufgaben einer Community Health Nurse

Die Aufgaben einer Community Health Nurse sind immer auch davon abhängig, in welchem Setting sie tätig ist. Sie hängen davon ab, welche medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen in der Population vorherrschend sind, welche Klientengruppen in die Versorgungseinrichtung kommen, welche Interventionsstrategien vorrangig angewendet werden und welche Gesundheitsprobleme anzutreffen sind. Im Nurse Journal (2017) wurden die populärsten Einsatzfelder von Community Health Nurses in den USA beschrieben. Dazu zählen das öffentliche Gesundheitswesen, das Militär, Schwangeren- und Mütterberatungszentren, Aufgaben in der Infektionsprophylaxe und Umgang mit Infektionskrankheiten, Tuberkulosebekämpfung, Einsätze beim Roten Kreuz und „Ärzte ohne Grenzen“, der Schulgesundheitspflege, der Gesundheitserziehung und Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen.

Folgende **Kernaufgaben** werden laut Schaeffer/Hämel und Ewers (2015) für Community Health Nursing geschildert. Sie können durch weitere, spezifische Aufgaben ergänzt werden:

- **Primärversorgung** und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- erweiterte **Gesundheitsförderung** sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z. B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung)
- **Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen** sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups
- **Eigenverantwortliche Behandlung** von z. B. Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management **chronischer Krankheiten** sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z. B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma etc.)
- **Selbstmanagement** der Patienten durch Information, Beratung und Anleitung
- **Versorgungskoordination** und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.

Wichtige Aspekte der typischen **Tätigkeiten** im Community Health Nursing sind:

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung: Es findet eine umfassende symptomfokussierte Anamnese statt. Dazu gehören die Auskultation, Inspektion, Palpation und Perkussion. Herz-Kreislauf-System, Thorax und Lunge, Nervensystem/Neurologie, HNO, Bewegungsapparat, Haut und Abdomen – jeweils Norm und Abweichungen von der Norm – werden registriert und dokumentiert. Die Community Health Nurse beurteilt die Dringlichkeit der Situation und leitet entsprechende Maßnahmen ein. Die erhobenen Daten werden mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Ärzten kommuniziert.

Ersteinschätzung und Beratung: Aufgabe der Community Health Nurse ist es, Patienten zu ihren spezifischen Gesundheits- oder Krankheitsfragen zu beraten¹⁹. Diese Beratung sollte im Sinne der Empfehlung von Rogers (1942/1972/1985/2010) nach den Merkmalen des guten und richtigen Rates (ZQP 2016) erfolgen und diverse Beratungsansätze nutzen sowie durch sachliche Richtigkeit, reflexive Haltung der Berater, Anwendung sachlichen Wissens, persönliches Wissen des Beraters und die Bereitschaft, das allgemeine Wissen auf einen konkreten Fall anzuwenden, gekennzeichnet sein. Aufgabe der Community Health Nurse wäre demnach, die Lebenswelt der Ratsuchenden zu respektieren und sie als gegeben zu betrachten. Ein wichtiger Aspekt des Gespräches sind die Prinzipien der „Sprechenden Medizin“²⁰.

Auf Grundlage von Assessments und Gesprächen trifft die Community Health Nurse die Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf²¹. Dazu gehört auch, dass sie Medikamente verabreicht und anordnet, je nach Spezialisierung, Qualifikation und Zuständigkeitsbereich²². Sie unterstützt darüber hinaus besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen bei der Bewältigung von deren teilweise komplexen Medikamentenregimen.

Gesundheitserhaltung und -förderung: Die Community Health Nurse unterstützt die Patienten in der Gesundheitserhaltung und -förderung. Sie stärkt die Gesundheitskompetenz des Einzelnen und der Familien/Gruppen. Unter Gesundheitskompetenz (Health Literacy) wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit zu erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung im Gesundheitssystem zu sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung zu beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können (Sørensen et al. 2012). Eine umfassende Patienteninformation, Patientenberatung und -schulung sowie die Optimierung der Eigenverantwortung fördern die Gesundheitskompetenz und sind laut De Geest et al. (2008) „Schlüsselkonzepte“ für die erfolgreiche Versorgung chronisch Erkrankter.

Befähigung von Patienten: Aufgabe der Community Health Nurse ist es, Patienten zu Selbstmanagement zu befähigen, z. B. sie darin zu unterstützen, alltägliche (Gesundheits-)Probleme selber zu bewältigen und die Therapieabsprachen einzuhalten. Die Community Health Nurse soll in der Selbstregulation unterstützen und den Patienten im individuellen und subjektiven, körperlichen und seelischen Umgang mit ihrer Gesundheit und Krankheit zur Seite stehen (Hagen/Schwarz

¹⁹ Beratung ist eine als Kurzzeitintervention konzipierte Unterstützung, die das Ziel verfolgt, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. Sie ist auf einen bestimmten Zeitraum bezogen und nicht dauerhaft angelegt (ZQP 2016).

²⁰ Die Befürworter der „Sprechenden Medizin“ gehen in Anlehnung an Viktor von Weizsäcker „anthropologische Medizin“ sowie die „integrierte Medizin“ (Thure von Üexküll) davon aus, dass ein Mensch eine Einheit von Physis und Psyche bildet. Die Vertreter der „Sprechenden Medizin“ sind überzeugt, dass eine gelingende Kommunikation und der Umgang „auf Augenhöhe“ miteinander entscheidend zu einem Therapieerfolg beitragen. Gerade im Hinblick auf chronische Erkrankungen gewinnt gute Kommunikation an Bedeutung.

²¹ Während international die Community Health Nurses die Verantwortung für durch sie eingeleitete Behandlung tragen, liegt diese in Deutschland bei den Ärzten/innen.

²² Z. B. können in Finnland speziell qualifizierte Pflegefachpersonen (Nurse Prescribers) Folgemedikamente verschreiben (z. B. bei Asthma, Hypertonie, Typ 2 Diabetes) und einige wenige Medikamente neu verschreiben.

2010). Sie unterstützt das Selbst-Monitoring der Patienten indem, sie die Betroffenen dazu anleitet, ihre körperliche und geistige Verfasstheit zu überwachen (z. B. mittels Tagebuch). Das ist besonders wichtig bei psychischen und chronischen Erkrankungen und Gebrechlichkeit. Chronisch Erkrankte sind mit wiederkehrenden Schwierigkeiten konfrontiert. Anfänglich fehlen ihnen die Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit, aber auch zu der Erkrankung selber und der Therapie. Das kann Irritationen und Ängste hervorrufen. Eine anfänglich hohe Therapiemotivation kann sinken, u. a. weil es schwer fällt, Routinen im Umgang mit Arzneimitteln zu entwickeln. Sie stoßen bei professionellen Akteuren auf wenig Resonanz mit ihren Fragen zu Alltagsschwierigkeiten und zum Umgang mit Medikamenten – ihre Hoffnung auf Normalisierung wird enttäuscht. Daher suchen sie selbst nach Lösungsstrategien – ein Schritt, der zu weiterer Expertise im Umgang mit Arzneimitteln führen, aber auch überfordernd und belastend sein kann. Aufgabe von Pflegefachpersonen ist es, den Patienten bei der Bewältigung beispielsweise der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten motivierend-unterstützend zur Seite zu stehen. Sie sollen die Patienten unterstützen, ein adäquates Selbstmanagement²³ zu entwickeln (Müller-Mundt et al. 2009; Haslbeck 2007; Ders. 2015). Wesentliche Voraussetzung dafür ist eine unterstützende Beziehung zu dem Gesundheitsversorger, z. B. durch eine pflegebezogene Form des Coaching (Hagen/Schwarz 2010). Langfristiges Ziel ist es, dass Patienten dazu befähigt werden, mit den komplexen Auswirkungen der Krankheiten selbständig umzugehen.

Koordination, Kooperation, Leadership: Die Community Health Nurse ist für die Sicherstellung einer umfassenden, koordinierten Versorgung, die Bündelung der Leistungserbringung und eine Basisversorgung in strukturschwachen Regionen zuständig. Neben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z. B. Wundversorgung), der Steuerung von Prozessen, Leadership-Aufgaben sowie in besonderen Fällen Forschungs- und Erhebungsaufgaben, „hält sie die Fäden in der Hand“ und steuert die Primärversorgung. Das gilt auch für die Überleitung, z. B. in Form eines Case- und Care Managements, in deren Rahmen ihr auch die Sicherstellung der nachfolgenden Gesundheitsversorgung obliegt. Beispiele aus Kanada zeigen, dass auch bei einem Krankenhausaufenthalt der Hausarzt bzw. das Team (Family Health Team) involviert und verantwortlich für die Versorgungskoordination und -integration bleibt. Große Hoffnung gilt der Einführung der elektronischen Patientenakte. Der Koordinationsaufwand soll sich zukünftig dadurch noch minimieren (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015).

Bedarfserhebung: Bei einem Public Health-geprägten Handlungsfeld kann z. B. die

²³ „Selbstmanagement bedeutet, mit Gesundheit und Krankheit für sich passend und kompetent umzugehen. Das kann etwa heißen:

- gezielt und frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen,
 - eigene Möglichkeiten auszuloten, um wieder gesund zu werden,
 - trotz krankheitsbedingter Einschränkungen wieder möglichst gut leben zu lernen.
- Gelungenes Selbstmanagement bedeutet auch,
- sich als ‚Experte/in‘ für den eigenen Körper fühlen, die eigenen Bedürfnisse und Gefühle ernst zu nehmen und entsprechend zu handeln,
 - allgemein gehaltene Empfehlungen bezüglich Gesundheit für sich persönlich passend umzusetzen und dafür – wenn nötig – auch eigene kreative Lösungen zu entwickeln“ (Netzwerk Psychosomatik Österreich).

Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen in einer Region hinzukommen. Dabei kann es sich z. B. um Unfallschwerpunkte, Fehl-, Über- oder Unterversorgung in speziellen Gruppen oder auch um Atemwegserkrankungen aufgrund von Umweltverschmutzung etc. handeln. Aufgabe der Community Health Nurse wäre es dann, die Probleme zu benennen, zu quantifizieren und den Kontakt zu den verantwortlichen Gremien in der öffentlichen Verwaltung herzustellen, um die Probleme zu bearbeiten.

6.2 Kompetenzen – Einordnung und Begriffe

Gemäß den oben beschriebenen Aufgaben wird im Folgenden aufgezeigt, welche Kompetenzen die Community Health Nurse benötigt, um die gestellten Aufgaben zu erfüllen. Dabei werden erst allgemeine **(Kern)Kompetenzen** zur Ausübung einer erweiterten Pflegepraxis beschrieben und, darauf aufbauend, die **spezifischen Kompetenzen** für Community Health Nursing.

Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden (AK-DQR 2011).

Die pflegeberufliche (Erst-)Ausbildung ist in allen Teilen auf den Erwerb von **Handlungskompetenz** ausgerichtet. Sie ist umfassend zu verstehen – zur Analyse spezifischer Lebenslagen und gesundheitlicher Zustände, zur Deutung sozialer Realität, zum Handeln in Organisationen, zur Handhabung von Methoden und nicht zuletzt zum Verständnis der eigenen Person einschließlich ihrer ethischen und spirituellen Anteile. Sie ist sowohl an Situationen als auch an Subjekte gebunden und bezeichnet die potenzielle Fähigkeit einer Person, in einer konkreten Situation angemessen zu handeln (Ammende, et al. 2010).

Handlungskompetenz: Im beruflichen Kontext kann Handlungskompetenz als eine Zusammensetzung aus den vier Säulen von Fachkompetenz, der Methodenkompetenz, der Sozial- und der Personalkompetenz verstanden werden (Erpenbeck/Heyse 1999/2007; KMK 1996/2000/2007; Fietz/Junge/Reglin 2008). Wissen und Fertigkeiten gehören zur Fachkompetenz. Daneben gibt es die Personale Kompetenz, zu der auch die Selbstständigkeit gezählt wird (AK-DQR 2011).

Handlungskompetenz				
Fachkompetenz		Methodenkompetenz	Sozialkompetenz	Personale Kompetenz
Wissen	Fertigkeiten			Selbstständigkeit

Abb.2: Kompetenzen im Überblick

Fachkompetenz beschreibt die erworbenen Kompetenzen mit Blick auf den fachspezifischen Wissenserwerb und entsprechende Fertigkeiten. Es ist die Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgaben und Problemstellungen eigenständig, fachlich angemessen, methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen (AK-DQR 2011).

- **Wissen** bezeichnet die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Lern- oder Arbeitsbereich als Ergebnis von Lernen und Verstehen. Der Begriff Wissen wird synonym zu „Kenntnisse“ verwendet (AK-DQR 2011).
- Systemische **Fertigkeiten** sind auf die Generierung von Neuem gerichtet. Sie setzen instrumentale Fertigkeiten voraus und erfordern die Einschätzung von und den adäquaten Umgang mit komplexen Zusammenhängen (AK-DQR 2011). Instrumentale Fertigkeiten sind Fertigkeiten der Anwendung, sei es von Ideen, Theorien, Methoden oder Hilfsmitteln, Technologien und Geräten (AK-DQR 2011).

Die **Methodenkompetenz** gilt als die Fähigkeit, auf allen Ebenen Wissen anzuwenden und an Regeln orientiert zu handeln. Dazu gehört auch die reflektierte Auswahl und Entwicklung von Methoden (AK-DQR 2011).

Sozialkompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, zielorientiert mit anderen zusammenzuarbeiten, ihre Interessen und sozialen Situationen zu erfassen, sich mit ihnen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen sowie die Arbeits- und Lebenswelt mitzugestalten (AK-DQR 2011).

Personale Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, sich weiterzuentwickeln und das eigene Leben eigenständig und verantwortlich im jeweiligen sozialen, kulturellen bzw. beruflichen Kontext zu gestalten (AK-DQR 2011). Ein wichtiges Merkmal der Personalen Kompetenz ist die **Selbständigkeit**. Sie bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln, eigenes und das Handeln anderer zu reflektieren sowie die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln (AK-DQR 2011).

In Deutschland wird die Diskussion, welche Kompetenzen eine Pflegeexpertin benötigt und auf welcher Ebene sie qualifiziert sein sollte, lebhaft geführt. Die Pflegeberufsverbände der deutschsprachigen Länder (D, A, CH) haben ein gemeinsames Positionspapier (DBfK/ÖGKV/SBK 2013) verabschiedet und sich der Position des ICN angeschlossen. U.a. wurde festgelegt, dass Pflegeexperten APN²⁴ einen Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) haben sollten. Advanced Nursing Practice (ANP) ist ein Überbegriff über alle Interventionen einer erweiterten Pflegepraxis. Wichtiger Baustein ist die Etablierung von Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurse), z. B. von Nurse Practitioner²⁵. Eine Ausprägung von Advanced Nursing Practice ist Community Health Nursing, charakterisiert durch den Einsatz von Nurse Practitioner mit der Schwerpunktsetzung auf klinische Aufgaben in der Primärversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, Koordination, Steuerung und Leitung.

²⁴ Advanced Practice Nurse ist eine auf Masterniveau ausgebildete Pflegeexpertin.

²⁵ Nurse Practitioner: Eine auf Masterebene qualifizierte Generalistin mit Spezialisierung für die Primärversorgung.

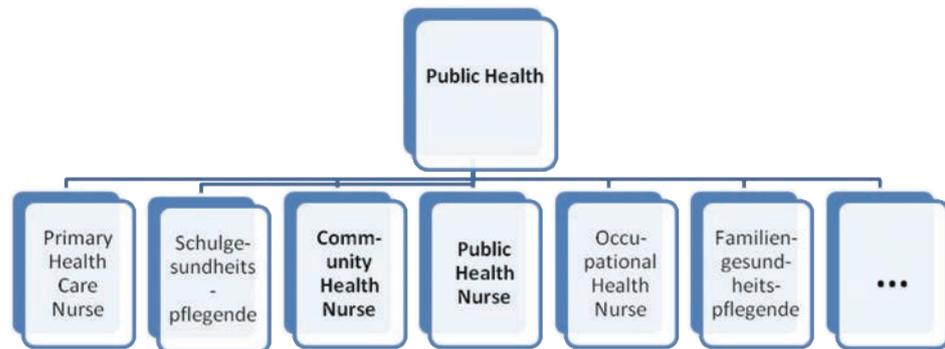


Abb.3: Pflegerische Rollen in der Gesundheitsförderung

Zu den in der Abbildung aufgeführten Ausprägungen der pflegerischen Rollen in Public Health können noch weitere berufliche Rollenbilder und/oder Spezialisierungen (horizontal und vertikal) kommen. In den USA, UK, Australien, Skandinavien und anderen Ländern sind sehr unterschiedliche Ausprägungen und Spezialisierungen von Pflegeexperten zu beobachten. Sowohl der ICN (2005) als auch andere Autoren (Gardner et al. 2004; Schober/Affara 2008; Hamric et al. 2014) haben Kompetenzen identifiziert, die eine vertiefte und erweiterte Pflege charakterisieren. Übereinstimmend wird formuliert, dass dazu insbesondere klinische Kenntnisse in einem spezifischen pflegerischen Bereich gehören, wie z. B. das Einschätzen von Situationen und Treffen von klinischen Entscheidungen, das Durchführen einer gründlichen, umfassenden körperlichen Diagnostik, das Stellen einer Diagnose und Aufstellen eines Behandlungsplans sowie die Fähigkeiten, andere zu befähigen und zu führen (Leadership) (Gardner et al. 2004). Die Canadian Nurses Organisation (CNA 2008) benennt als Kernkompetenzen von Pflegeexperten klinische Pflegeerfahrung, Forschung, Führungsaufgaben/Leadership, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Schober/Affara 2008).

6.3 Kompetenzen einer Community Health Nurse

Die Community Health Nurse erwirbt ihre Kompetenzen in einem Studium auf Masterniveau. Die Absolventen des Studienganges Community Health Nursing erwerben folgende **(Kern-)Kompetenzen**:

- Bearbeitung neuer komplexer Aufgaben und Problemstellungen,
- eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld,
- verantwortliche Leitung von Gruppen oder Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen,
- Vertretung ihrer Arbeitsergebnisse im interdisziplinären Team und Führung einer fachlichen, bereichsspezifischen und übergreifenden Diskussion,
- Erschließung von eigenständigem Wissen zur Bewältigung neuer anwendungs- und/oder forschungsorientierter Aufgaben als Merkmale eines Masterstudienganges (AK-DQR 2011).

Weitere Kompetenzen beziehen sich auf das Erkennen von Grenzen und Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Handlungsfeldes, der eigenen Rolle sowie der eigenen Kompetenzen (Zuständigkeiten). Auf der Grundlage von Menschenrechten achtet sie individuelle und gesellschaftliche Eigenheiten, Werte, Überzeugungen und

Verhaltensweisen. Eine Community Health Nurse ist fähig, Entscheidungen auf der Grundlage ihres umfassenden, detaillierten und spezialisierten Wissens, das dem aktuellen Stand der Wissenschaft und/oder der fachspezifischen Best-Practice entspricht, ihrer Beobachtung, Analyse und ihrer Erfahrungen zu fällen.

Für ihre Entscheidungen und Handlungen übernimmt sie die Verantwortung. Sie ist fähig zur kritischen Reflexion, einer realistischen Einschätzung ihrer Leistung oder Haltung und einer ggf. erforderlichen Modifikation.

In Abgleich der unterschiedlichen Studiengänge (vgl. Anhang) erwirbt die Community Health Nurse auch die folgenden **spezifischen Kompetenzen**:

- *Behandlung/Medikamentenmanagement*: Eine Community Health Nurse ist in der Lage, bei akuten und chronischen Krankheitsbildern ein Medikamentenregime zu führen (z. B. stabile chronische Erkrankungen: Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, Herz- und Schilddrüsenerkrankungen, Schmerzen oder akute Erkrankungen wie Erkältungskrankheiten). Darüber hinaus versorgt sie unkomplizierte Infektionen sowie kleinere Verletzungen. International ist es üblich, dass eine Community Health Nurse die Kompetenz hat, verantwortlich Impfungen durchzuführen.
- *Triagieren*: Aufgrund von evidenzbasierten Leitlinien, Handlungsempfehlungen, Checklisten etc. wird eine Behandlung veranlasst, ein Arzt hingezogen bzw. die Überweisung in ein Krankenhaus/zum Facharzt veranlasst.
- *Körperliche Untersuchungen*: Eine Community Health Nurse ist in der Lage, einfache körperliche Basis-Untersuchungen durchzuführen. Sie ist in der Lage, aufgrund von Assessmentinstrumenten, durch Messen und Beurteilung von labordiagnostischen Werten (z. B. Blutzucker, Urindiagnostik, spezifische Blutwerte), von physischen Daten (z. B. Blutdruck, Temperatur, EKG) sowie der Inspektion von körperlichen Merkmalen Aussagen über den Gesundheitszustand zu treffen. Sie ist in der Lage, Pflegediagnosen zu stellen und bei der Diagnostik mitzuwirken.
- *Assessment und Epidemiologie*: Sie ist in der Lage, an maßgebliche epidemiologische Daten zu gelangen und diese zu verstehen. Darüber hinaus sind ihr passende Assessmentinstrumente bekannt, auf deren Grundlage und mit deren Hilfe sie Bedarfslagen von Individuen und Gemeinden feststellen und bestimmen kann. Sie kennt unterschiedliche Assessmentinstrumente zur spezifischen Datenerhebung, um z. B. Bedarfslagen oder Gesundheitszustände von Communities/Gruppen und/oder Personen festzustellen, zu bewerten und auf deren Grundlage die entsprechenden bedarfs- und bedürfnisorientierten Planungen und Behandlungen einzuleiten. Zu solchen Instrumenten gehören verschiedene „Community Health Assessment“ Modelle ebenso wie Assessmentinstrumente zur Einschätzung von Demenz, Alter (z. B. in Bezug auf Selbständigkeit, kognitive Fähigkeiten oder Sturzgefahr), Gebrechlichkeit, Ernährungszustand, Bewusstlosigkeit, Gleichgewicht, Gangbild, Apoplexie, Parkinson, Depression, Dekubitus und funktionellen Fähigkeiten (z. B. Übelkeit, Verstopfung oder Inkontinenz). Aber auch Daten zu Befindlichkeiten wie „Fatigue“ (Müdigkeit) nach einer Krebsbehandlung, Ängstlichkeit oder einer vorübergehenden Verwirrung nach Operationen oder Schmerzen können mittels Assessmentinstrumenten erhoben werden.
- *Systemische Betrachtung*: Sie begreift ihre Handlungsfelder als komplexe Strukturen, die in verschiedenen und wechselseitigen Abhängigkeiten bestehen,

und betrachtet diese aus einer systemischen Perspektive. Sie ist in der Lage, eigene Strukturen im Vergleich zu Strukturen anderer zu reflektieren und in Relation zu setzen, um handlungsorientiert zu verhandeln und Community Health Nursing-Konzepte umzusetzen.

- *Strategisches Vorgehen:* Ihr ist bewusst, dass Menschen prozesshaft, auf der Basis subjektiver Deutungen, handeln. Sie ist in der Lage, ihre Strategien und Vorgehensweise gemeinsam mit dem Adressaten zu verändern sowie entsprechend zu planen und anzupassen. Sie kann Methoden und Techniken situationsgebunden, selbstständig und eigenverantwortlich anwenden.
- *Ressourcen und Risiken:* Sie erkennt individuelle sowie gesellschaftlich verursachte Gesundheitsrisiken und leitet entsprechende Maßnahmen ein. Sie erkennt auch individuelle und gesellschaftliche Ressourcen, um Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen. Sie ist fähig, auf diese Ressourcen zuzugreifen, sie zu entwickeln, zu modifizieren und zu erweitern. Sie ist in der Lage zu entscheiden, wann Dritte hinzugezogen werden müssen.
- *Technologien:* Sie ist vertraut mit der Anwendung neuer Technologien im Gesundheitsbereich und setzt diese angemessen, effektiv und zielorientiert ein. Durch den Einsatz von digitalen Technologien (E-Health/M-Health, z.B. Erinnerungsfunktionen zu Medikamentenadhärenz durch Smartphones, Tablets) ist sie in der Lage, mit Patienten, Kollegen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen zeitnah zu kommunizieren, Befunde und Untersuchungsergebnisse zu kommunizieren und sich wissenschaftlich basierte Fachinformationen zu beschaffen. Auf dieser Grundlage kann sie passgenaue Interventionen planen, Maßnahmenpläne erstellen, durchführen und evaluieren. Die Anwendung von E-Health, insbesondere von Telemedizin, Telenursing, Telecare und Ambient Assisted Living und M-Health-Technologien eignet sich auch für den Einsatz in strukturschwachen Gebieten zur Übermittlung von Informationen und Koordinierung der Versorgungsprozesse.
- *Qualitätsmanagement:* Sie verfügt über die Kompetenz, Case-Management und weitere Steuerungsprozesse zu initiieren, und kann diese autonom und transparent sowie in Kooperation und Koordination angemessen und sicher einsetzen. Sie ist fähig, die Bedarfslagen unter Einbeziehung wirtschaftlicher Aspekte angemessen zu versorgen und auf strukturelle Erfordernisse angemessen zu reagieren.
- *Kommunikation/Beratung:* Eine Community Health Nurse ist in ihrer Kommunikation in der Lage, sowohl auf emotionaler als auch auf sachlicher Ebene zu analysieren und zu reflektieren. Sie führt eine verbale wie nonverbale Kommunikation, die unter Einbeziehung der Beteiligten offen, partnerschaftlich, wertschätzend, unterstützend begleitend und zielorientiert verläuft. Sie ist fähig, Konflikte zu erkennen, sie auszuhalten und Lösungsstrategien zu entwickeln. Gerade im Hinblick auf die komplexe Versorgung alter Menschen und chronisch Erkrankter ist sie in der Lage, Information, Empowerment²⁶, Prävention sowie Gesundheitsförderung und Selbstmanagementkompetenz zu vermitteln.

²⁶ Unter Empowerment werden Maßnahmen und Strategien verstanden, die den Menschen (mehr) Autonomie, Selbstbestimmung und somit auch Teilhabe ermöglichen. Ziel von Empowerment ist es, Menschen zu befähigen, ihr Leben (weiterhin) selbständig, selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu gestalten. Ein wichtiger Leitgedanke ist dabei die Abwendung von einer defizitorientierten Perspektive hin zu einem ressourcen- bzw. stärkenorientierten Ansatz (Kemeter 2011).

- ⇒ Sie kann mittels verschiedener Kommunikationstechniken den Kommunikationspartner empathisch und in kontinuierlicher Selbstreflexion spiegeln und sich verständlich machen. Ihre Ausrichtung zielt auf die Bedarfslagen ihrer Kommunikationspartner. Sie kann im gemeinsamen Kommunikationsprozess die jeweilige Beziehung und deren Rahmenbedingungen aktiv und konstruktiv gestalten. Darüber hinaus entwickelt und unterhält sie konstruktive und kooperative Kommunikations- und Arbeitsbeziehungen zu allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams sowie den beteiligten Stakeholdern.
 - ⇒ Ihr ist bewusst, dass Gesundheitsberatung und -förderung ein umfassendes, detailliertes und spezialisiertes Wissen nach aktuellem Stand erfordern. Sie hat die Kompetenz, Kommunikationsmodelle und -techniken anzuwenden sowie Beratungsprozesse selbständig zu planen und zu steuern.
 - ⇒ Eine Community Health Nurse achtet und anerkennt besonders die Autonomie und Selbständigkeit der Patienten und setzt sich für deren Erhalt und Ausbau ein.
 - ⇒ Eine Community Health Nurse ist in der Lage, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu vermitteln und Dritten zugänglich zu machen sowie diese anzuleiten, sich Wissen und Erfahrungen selbständig anzueignen.
 - ⇒ Sie respektiert die Lebenswelt des Ratsuchenden und betrachtet sie als gegeben, ohne sie umzudeuten oder umzudefinieren. Sie kann ihn mit einer lösungsorientierten Beratung unter Beachtung von Minimalinterventionen unterstützen, seine Handlungsfähigkeit im Hinblick auf eine persönliche Entwicklung und Veränderung zu erhalten oder wiederzuerlangen (ZQP 2016).
- *Anwendung Community-Health geprägter Konzepte:* Eine Community Health Nurse ist mit Konzepten des Community Health Nursing (CHN) vertraut. Sie wendet sie an und modifiziert sie bei Bedarf.
 - *Mitgestaltung kommunaler Gesundheitspolitik:* Ihr sind die gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen in der kommunalen Versorgung bekannt. Sie wirkt bei der Entwicklung kommunaler Gesundheitspolitik mit.
 - *Erkennen von Grenzen und Handlungsspielräumen:* In der Zusammenarbeit mit anderen Professionen und der Gemeinde sowie mit anderen Institutionen und Gesundheitsversorgern kennt die Community Health Nurse ihre Grenzen, aber auch Handlungsspielräume. Deren Zusammenhänge, Strukturen, Finanzierungsarten, rechtliche Grundlagen und Ausrichtung sind ihr bekannt.

Die formulierten Kompetenzen verlangen eine Qualifikation auf Masterniveau (AK-DQR 2011).

6.4 Kompetenzmodell der Advanced Practice Nurse nach dem ICN

Der **ICN (International Council of Nurses)** setzt sich schon lange für Rollenklärung und Weiterentwicklung der pflegerischen Berufsprofile ein. 2002 wurden Merkmale und Kennzeichen einer APN benannt (ICN 2002). Im Jahr 2008 wurde auf den weltweit steigenden Pflegebedarf sowie auf die Heterogenität der Pflegeberufe reagiert und die „ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies 2008“ erarbeitet (ICN 2008). Ziel der Schrift ist es, die Kompetenzen der Pflegenden nach Abschluss der jeweiligen Ausbildung zu beschreiben. Der ICN hat die zu erwartenden Fähigkeiten und Fertigkeiten in den unterschiedlichen Pflegequalifizierungen (vom niedrigsten bis hin zum höchsten Level) differenziert beschrieben. Es handelt sich um folgende Berufsbezeichnungen:

- a) Support Workers und Enrolled Nurse (in Deutschland Pflegehelfer²⁷ oder Pflegeassistenz).
- b) Registered Nurse (entspricht der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung),
- c) Specialist Nurse und
- d) Advanced Practice Nurse.

Bezuggenommen wurde auf **Kernelemente**, die für die Leistungserbringung relevant sind:

- 1) Grundhaltungen der professionellen Pflege (Professional, Ethical, Legal Practice)
- 2) Bereitstellen von Pflege und Prozessgestaltung (Care Provision and Management)
- 3) Entwicklung von Qualität in Bezug auf Pflegeforschung, Entwicklung der Berufe und kontinuierliche Fort- und Weiterbildung (Professional, Personal and Quality Development) (nach ICN 2008, übersetzt vom ÖGKV 2011).

Intention des ICN-Framework ist es, für die Länder eine Basis zur weiteren pflegerischen Rollenentwicklung (und für die entsprechende Qualifizierung) zu schaffen. Die Länder sind aufgefordert, die ICN Framework of Competencies entlang der jeweilig geltenden nationalen Besonderheiten, Berufsgruppen und gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln.

Für Deutschland wäre zu prüfen, inwiefern sich Maßgaben für die curriculare Ausgestaltung eines Masterstudienganges Community Health Nursing aus der „Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ ableiten lassen.

Der **Blick nach Österreich** kann dabei lehrreich sein. In Vorbereitung auf die seinerzeit anstehende Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Ausbildungsreform) hat der ÖGKV²⁸-Landesverband Steiermark das Rahmenmodell des ICN (s.o.) als Grundlage für die Erarbeitung eines Kompetenzmodells für Pflegeberufe (ÖGKV 2011) in Österreich verwendet. In einer Übersicht wurden u.a.

²⁷ Die Ausbildung zum Pflegehelfer/Pflegeassistenz ist in Deutschland nicht einheitlich geregelt. Anzustreben ist eine bundesweite, zweijährige Assistenzqualifikation, wie sie z. B. in Niedersachsen existiert.

²⁸ Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

- die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Pflegefachpersonen schematisch dargestellt,
- Kompetenzen der Pflege differenziert auf die verschiedenen Berufsgruppen beschrieben,
- eine Grundlage für politische Entscheidungen geschaffen,
- eine Vorlage zur Entwicklung der Curricula von Pflegeberufen erarbeitet,
- dem Pflegemanagement zur Praxisentwicklung und Personalplanung ein Rahmen gegeben (ÖGKV 2011).

Da die Strukturen im Gesundheitswesen und in der Qualifizierung des Pflegepersonals in Deutschland und Österreich ähnlich sind, ist zu prüfen, inwiefern sich Anregungen vom Kompetenzmodell des ÖGKV für Deutschland aufgreifen und Schlussfolgerungen ziehen lassen.

Das Kompetenzmodell des ÖGKV umfasst unterschiedliche Stufen von pflegerischen Qualifikationen (analog des ICN-Framework of Competencies):

- Die unterste Stufe ist die Unterstützungskraft, gefolgt von der Pflegeassistentin,
- dann folgen die Generalistin für Gesundheits- und Krankenpflege (in Deutschland entspricht dies der dreijährig examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin),
- die Spezialistin (eine Pflegefachperson mit Zusatzqualifikation)
- sowie die APN/ANP (Advanced Practice Nurse/Advanced Nurse Practitioner²⁹).

Für die Advanced Nurse Practitioner, auf deren Niveau auch Community Health Nurses in Deutschland qualifiziert werden sollen, wurde folgendes Berufsbild beschrieben: eine Pflegefachperson, die über die Ausbildung als Generalistin für Gesundheits- und Krankenpflege und über eine vertiefte Ausbildung verfügt, die sie zur Übernahme erweiterter und vertiefter Aufgaben befähigt. Sie sorgt für die Erweiterung des Handlungsfeldes sowie den Fortschritt des Faches Pflege.

Ein ANP/APN ist

- kompetent in einem spezifischen Feld der Pflege und übernimmt u. a. körperliche Untersuchungen und kann Labortests anordnen,
- übernimmt fachliche Führung im Sinne von Clinical Leadership,
- gestaltet die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit,
- wendet wissenschaftliche Methoden an und setzt Forschungsergebnisse um,
- führt Konsultationen in komplexen Pflegesituationen durch und leitet ethische Entscheidungsfindung (ÖGKV 2011).

Im Rahmen der Erarbeitung des österreichischen „Kompetenzmodells Pflege“ wurden die Inhalte des ICN-Modells nicht nur übersetzt, sondern auch diskutiert und erweitert. Es wurde der Versuch unternommen, einzelne Aspekte den derzeit wahrgenommenen Aufgaben zuzuordnen (ÖGKV 2011). Exemplarisch sind hier einzelne Aspekte herausgegriffen:

- *Schulungen/Patientenedukation:* Die ANP plant und erstellt Schulungsprogramme für Betroffene und deren Angehörige zu den verschiedenen Pflegephänomenen und Pflegekonzepten. Sie entwickelt geeignete Schulungsunterlagen (...) und beforscht den Beitrag der Pflege im Rahmen des gesundheits-

²⁹ Die Begriffe werden synonym verwendet. Es ist immer eine auf Masterlevel qualifizierte Pflegefachperson. Der Advanced Nurse Practitioner ist im Schwerpunkt für die Primärversorgung ausgebildet.

bezogenen Selbstmanagements und sorgt dafür, dass die Forschungsergebnisse in der klinischen Praxis Anwendung finden.

- *Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln/Medikamenten/Arzneimitteln:* Die ANP verfügt über fortgeschrittene und spezielle Fertigkeiten, um den Einsatz von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln zu überprüfen und zu optimieren – so dass die ANP auch Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel und Medikamente – immer entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen – verschreiben könnte (ÖGKV 2011).
- *Entlassungsmanagement:* Die ANP prüft Einschätzungsinstrumente zum Unterstützungsbedarf und implementiert diese, falls sie eine sinnvolle Ergänzung zum verwendeten Pflegeassessment/Grundassessment sind. Sie diskutiert und erarbeitet im interprofessionell besetzten Team Soll-Prozesse für das Entlassungsmanagement und implementiert diese in der Organisationseinheit.
- *Systematisch entwickelte Vorgaben (Leitlinien, Standards...):* Die ANP erbringt Pflege in Übereinstimmung mit den Vorgaben (Leitlinien, Standards,...) für die Praxis der ANP und passt diese an die individuelle Situation an (ÖGKV 2011).

6.5 Berufliche Rollen im Community Health Nursing

Eine Rolle stellt nach dem Anthropologen Ralph Linton die Gesamtheit von Verhaltenserwartungen an eine Person mit entsprechend zugeschriebenen Werten und Handlungsfeldern dar. Sie existiert unabhängig von ihrem Träger. Diese Verhaltenserwartungen werden dem entsprechenden Rollenträger zugeschrieben und müssen von ihm erfüllt werden. Der Anspruch an den Rollenträger ist es, ein erwartetes Rollenverhalten mit entsprechenden Rollenattributen zu entwickeln und aufzuweisen. Dazu gehört die Übernahme von Verantwortung, die in einem spezifischen Rahmen an die jeweilige Rolle gebunden ist. Rollen können individuell ausgestaltet und Gestaltungsspielräume in Interaktionen durch Aushandlung verändert werden. Rollenbilder grenzen sich voneinander ab. In Zusammenarbeit mit anderen Rollen erfolgt idealerweise ihre gelingende (wirkungsorientierte) Ausfüllung (Performance).

Die professionelle Rolle einer Community Health Nurse kann unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen. Das ist abhängig von Handlungsfeld und Setting, in dem sie tätig ist.

In der Primärversorgung ist sie Untersucherin und Behandlerin. Hinzu kommt, wie im Case Management, die Rolle des Brokers³⁰. Er wird auch als Gesundheitskümmerer, Berater zu Krankheit und Gesundheit, Vermittler, Lotse, Fürsprecher, Untersucher, Vernetzer, Motivator etc. beschrieben. Eine gute medizinisch-pflegerische Betreuung ohne die „Sorge“ des zu betreuenden (behandelnden, pflegenden) Menschen ist nicht denkbar (Kruse 2017). Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV 2011) führt unter Bezugnahme auf de Jong weitere professionelle Rollen an wie Pflegeanbieter, Regisseur, Designer, Coach. Weiterhin wurden als Rollen Experte und Forscher genannt.

³⁰ Im Sinne des Case Managements als Vermittler zwischen Leistungserbringer und Nutzern von Leistungen.

Wie in Kapitel 4 erwähnt, gehören auch Aufgaben aus dem Bereich des eher prospektiv ausgerichteten Public Health Nursing zu der Rolle einer Community Health Nurse. Das beinhaltet aus pflegerischer Perspektive, gesundheitsbezogene Daten zu sammeln, Gesundheitsförderungskonzepte zu entwickeln oder an entsprechenden Programmen mitzuwirken und diese in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen umzusetzen. Während im Community Health Nursing in der Primärversorgung meist ein Fallbezug besteht (Betroffene, Angehörige, Einzelpersonen), ist das Public Health Nursing eher als übergeordnete Ebene zu bezeichnen (Schaeffer 1994 zit.n. Brieskorn-Zinke 2008). Die Arbeit der Public Health Nurse ist also nicht primär auf die direkte Pflege von einzelnen Personen in der Gemeinde gerichtet. Vielmehr unterstützt sie die pflegerische Versorgung durch ihre Einschätzung und Evaluation der Bedürfnisse von Menschen im Kontext der definierten Bevölkerungsgruppe (Hasseler 2006). Gleichwohl sind die Aufgabenprofile von Community Health Nursing und Public Health Nursing ähnlich und weisen erhebliche Schnittmengen auf.

In Ergänzung zur klinischen Praxis am Patienten gehören zur Rolle einer Community Health Nurse auch die weitergehende Verantwortung, die pflegerische Praxis sowie die Verbesserung der Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Gemeinde. Dazu sind die erforderlichen Kompetenzen in Bezug auf Zusammenarbeit, Ausbildung, Forschung, Steuerung, Veränderungen im Management und die professionelle Weiterentwicklung zu erwerben. Letzten Endes wird es die Verbindung dieser Kompetenzen sein, die eine CHN-Rolle als „fortgeschritten“ auszeichnet (Donald et al. 2010; DiCenso/Bryant-Lukosius 2010).

Die internationale Praxis zeigt, dass die Beschreibungen von Rollen, Titeln und Handlungsfeldern für Advanced Nursing Practice (ANP) und die Advanced Practice Nurses (APN) genannten Pflegeexperten uneindeutig und nicht in jeder Hinsicht klar voneinander abgegrenzt sind (DBfK 2013).

Anzustreben für Deutschland ist, dass sich ein erweitertes Rollenprofil der Community Health Nurse in der Primärversorgung entwickelt. Zusätzlich zu den o.a. Beispielen für APN ist sie je nach Handlungsfeld und Aufgabengebiet universal in der Primärversorgung einsetzbar. Primärversorger sind die erste Anlaufstelle und zugleich Lotsen im Gesundheitssystem. Sie leisten eine effektive und kontinuierliche gesundheitliche Grundversorgung, Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung und Beratung. Ebenso entscheiden sie über weitere Behandlungsschritte einer medizinisch-pflegerischen Behandlung, die sie eigenständig durchführen oder delegieren. Maßstab der Leistungserbringung ist die Übernahme von Verantwortung („Accountability“³¹), die Patientensicherheit, Qualitätsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht und Transparenz als Kriterien der Primärversorgung einschließt (SVR 2009).

Um eine gesundheitsfördernde Kontinuität in der Behandlung anbieten und aufrechterhalten zu können, entwickelte sich in Kanada u. a. das Prinzip der „Personal Nurse“ analog zu dem persönlich zuständigen Arzt. In dem Maße wie APN die Primärversorgung übernehmen, werden sie zur Bezugsperson. Weil eine APN im

³¹ Sie übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und begegnen den Menschen in ihrer Lebenswelt auf Augenhöhe. Sie nehmen deren Bedürfnisse oder Beschwerden ernst und reagieren angemessen und effektiv darauf.

Community Health Centre vor Ort tätig ist, kennt sie die Gemeinde und deren Bürger gut. Sie kennt nicht nur deren gesundheitliche Bedarfslagen, sondern häufig auch das soziale und familiäre Umfeld. Dadurch entsteht ein pflegerisches Kontinuum, das Vertrauen herstellt und ein Gefühl der Sicherheit schafft. Aus der Nutzerperspektive ist personelle Kontinuität gerade für die Versorgung bei chronischen Erkrankungen und komplexen Versorgungsproblemen ein wichtiges Qualitätskriterium und für eine angemessene Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung (Hämel/Schaeffer 2014; Schaeffer/Hämel/Ewers 2015), weil aufgrund der Kenntnisse der Community Health Nurse individuell und angemessen versorgt werden kann. Zu einem Versorgungskontinuum einer „Personal Nurse“ gehört die Versorgung der Menschen aller Altersklassen vom Säugling bis hin zum alten Menschen über deren gesamte Lebensspanne hinweg (SVR 2014).

Deutschland setzt bisher stark auf Konzepte wie Case Management oder Care Management zur Überwindung von bestehenden Strukturdefiziten und dadurch bedingter Versorgungsbrüche. Positive Erfahrungen aus Finnland zeigen jedoch, dass es hilfreicher sein könnte, Kontinuität durch die Organisation der Versorgungsstrukturen zu sichern, um dadurch Versorgungsbrüche zu verhindern (Hämel/Schaeffer 2014).

Laut den Ausführungen des Sachverständigenrates (SVR 2014) ist ein niedrigschwelliger Zugang³² zu den Leistungen des Gesundheitswesens entscheidend für die Zugänglichkeit und Bedarfsgerechtigkeit eines Systems. Die Community Health Nurse ist die erste Ansprechpartnerin für alle gesundheits- und krankheitsbezogenen Fragen und Probleme der Menschen in einer Region/Kommune. Durch ihre Verortung in Institutionen der Primärversorgung übernimmt sie eine zentrale Rolle an der Eintrittspforte in das nationale Gesundheitswesen.

Je nach Region oder Setting, in dem die Community Health Nurse tätig ist, kann die Zielgruppe der Community Health Nurse stark variieren. Es können spezielle Gruppen wie z. B. Wohnungslose, Geflüchtete, Sexarbeiter, Drogenkonsumenten oder Menschen mit Migrationshintergrund oder in besonderen sozialen Schwierigkeiten sein. Neben dem „normalen“ Spektrum einer Einrichtung für gesundheitliche Primärversorgung sollen insbesondere die Menschen erreicht werden, die im weitesten Sinne als „vulnerabel“ gelten³³. Potenzielle Zielgruppen im Community Health Nursing wären z. B.:

- alte Menschen, Alleinstehende,
- Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf,
- Kinder und Jugendliche, mit chronischen Erkrankungen und/oder den „neuen“ Kinderkrankheiten,³⁴
- Migranten, geflüchtete Personen, Asylbewerber,
- marginalisierte Personen,
- Menschen mit chronischer Erkrankung, Suchterkrankung, psychischer Erkrankung oder Behinderung,
- Menschen oder Gruppen mit einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem,
- werdende Eltern und Schwangere, auch in besonderen sozialen oder wirtschaftlichen Problemlagen,
- Menschen mit Über-, Unter- oder Fehlernährung,
- Menschen mit akuten Erkrankungen und Verletzungen.

Hinzu können Menschen und ihre Angehörigen kommen, die Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung haben, z. B. nach überstandener Krebserkrankung, mit chronischen Schmerzen, Ernährungsstörungen oder Einschränkungen in der Beweglichkeit und Mobilität. Wichtiger Bestandteil ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, den Angehörigen der Therapieberufe, der Sozialarbeit, Hebammen und anderen Akteuren im System.

³² Zu einem niederschweligen Zugang gehören ganz praktische Dinge wie die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, weit gefasste Öffnungszeiten, offene Sprechstunden auch zu Randzeiten, telefonische Erreichbarkeit, Erreichbarkeit per E-Mail oder über andere Kommunikationskanäle.

³³ Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) handelt es sich bei vulnerablen Personen (gruppen) um Personen, die aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (z. B. Behinderung, psychische Störung, Schwangerschaft, hohes Alter) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (z. B. wohnungslose Frauen) als besonders verletzlich (vulnerable) gelten. Vgl. hierzu: *Glossar Themenheft 42 - Gesundheitliche Folgen von Gewalt* http://www.gbe-bund.de/glossar/Vulnerable_Personengruppen.html (Download 20.07.2017)

³⁴ Unter den „neuen Kinderkrankheiten“ werden im Gegensatz zu den „klassischen“ Kinderkrankheiten Krankheitsbilder wie Übergewicht, Allergien, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen, Neurodermitis, psychische Störungen etc. subsummiert.

7.1 Die Community Health Nurse in unterschiedlichen Settings

In strukturschwachen ländlichen Gebieten gibt es andere Bedarfslagen für Community Health Nursing als im urbanen, sozial benachteiligten Raum. Deshalb prägen sich auch die Handlungsschwerpunkte einer Community Health Nurse je nach Setting unterschiedlich aus. Die oben benannten Zielgruppen weisen unterschiedliche soziale, wirtschaftliche, kulturelle oder gesundheitliche Problemlagen auf.

Generell sind strukturschwache Regionen gekennzeichnet durch mangelhafte oder fehlende Infrastruktur, eine gering ausgeprägte Wirtschaftskraft sowie eine stagnierende oder rückläufige Bevölkerungsdichte. Kriterien für Strukturschwäche sind der mangelhafte Zugang zu einem leistungsfähigen Datennetz und schnellen Internetverbindungen, schlechte Verkehrsanbindungen und -ausstattung, eine niedrige Erwerbstätigkeits- bzw. hohe Arbeitslosenquote sowie ein niedriger Grad der Wertschöpfung in der Region. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist durch den Mangel an niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Einrichtungen der Kurz- oder Langzeitpflege und ambulanten Palliativversorgung gekennzeichnet.

Wichtig in der Diskussion ist es zu wissen, dass nicht alle ländlichen Gebiete Merkmale von Strukturschwächen aufweisen, sondern sich regional große Unterschiede an wirtschaftlichen und sozialen Struktur- und Entwicklungsindikatoren zeigen.

Auch urbane Ungleichheiten liegen in Strukturschwächen begründet. Sie sind nur anders ausgeprägt als im ländlichen Raum. In urbanen Gebieten wirkt sich die Zunahme von Armut seit den 1990er Jahren, ein verstärkter Zuzug in städtische Gebiete mit der Folge von Wohnraumverknappung und -verteuerung sowie einer Polarisierung und Konzentration von Reichtum und Armut in entsprechenden Wohngebieten besonders aus. Benachteiligte Wohngebiete einer vornehmlich ärmeren Bevölkerung erleben zusätzlich durch Gentrifizierung eine gravierende Bevölkerungsverschiebung mit der Bildung einer anwachsenden sozialen und sozial-räumlichen Ungleichheit mit allen Folgen für ein gesundes Aufwachsen, ein gesundes Erwachsenenleben und gesundes Altern. Zunehmend prekäre und befristete Arbeitsverhältnisse erfordern hohe Leistung, Mobilität und Flexibilität der Arbeitnehmer. Die Auswirkungen des demographischen Wandels sind trotz des Zuzugs v.a. jüngerer Menschen in die Städte spürbar. In der Summe zeichnet sich eine steigende gesellschaftliche Individualisierung und Pluralisierung mit einer einhergehenden Vereinzelung ab.

Aus den oben beschriebenen Strukturen ergeben sich die Handlungsschwerpunkte der Community Health Nurse:

- 1) **Krankheitsabhängig**, bei dem sich die Tätigkeit der Community Health Nurse nach einem spezifischen Krankheitsbild des Patienten richtet (z. B. Herzinsuffizienz, Diabetes, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen, Ulcera, entzündliche Darmerkrankungen etc.).
- 2) **Bevölkerungsabhängig**, wo die Tätigkeitsausrichtung der Community Health Nurse auf einer bestimmten Bevölkerungsgruppe (z. B. Alte, Schwangere, Kinder, Schüler, marginalisierte Gruppen, Geflüchtete, Alleinlebende, Wohnungslose etc.) oder in einem bestimmten geographischen Gebiet liegt.
- 3) Je nach **Aufgabenfeld**, in dem die Community Health Nurse eine breit angelegte Primärversorgung der Bevölkerung vornimmt und bei Bedarf einen Arzt hinzuzieht oder mit einem Arzt zusammenarbeitet (Donald et al. 2010).

In jedem dieser Settings agiert die Community Health Nurse autonom und arbeitet zugleich eng mit einem Hausarzt konsultativ zusammen (Donald et al. 2010).



Abb.4: Handlungsfelder von Community Health Nursing

International sind Community Health Nurses in lokalen Gesundheitszentren für Primärversorgung institutionell verankert. Sie sind auf eine umfassende, integrierte und enge Kooperation und Koordination ausgelegt (*shared and structured care*). Lokale multiprofessionell besetzte Primärversorgungszentren (PVZ) bieten pflegerische, präventive, medizinische, psychosoziale und rehabilitative Leistungen unter einem Dach gebündelt und koordiniert in einer integrierten Versorgung an. Laut Sottas (2016) sowie Ewers (2017) versprechen teambasierte Modelle mit der Nutzung des vollständigen Handlungs- und Verantwortungsspielraums aller Akteure langfristig den größten Erfolg. Dabei kommt der Pflege ein wichtiger Part zu. Sie nimmt eine ganze Reihe an neuen anspruchsvollen Aufgaben wahr und ist zudem oft zentrale Koordinations- und Steuerungsinstanz (Schaeffer 2017).

Betrachtet man die in Deutschland anstehenden Herausforderungen an die Versorgung (siehe dazu exemplarisch SVR 2009; SVR 2014), könnte die Etablierung kommunaler Gesundheitszentren auch in Deutschland eine nachhaltige Verbesserung der Primärversorgung bewirken. Vor allem folgende Erfahrungen könnten für Deutschland bedeutsam sein:

- Die flächendeckende Verbreitung und die Wohnortnähe der Zentren eröffnen den Patienten und Nutzern einen einfachen, niedrighschwelligem Zugang zur Gesundheitsversorgung.
- Die Ausrichtung an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung *und* den sozialen Bedingungen ermöglicht eine hohe Bevölkerungs- und Gemeindeorientierung.
- Das Abfedern von regionalen wie auch sozialen Ungleichheiten wird durch die populations-orientierte Arbeitsweise in dem Gesundheitszentren stärker ins Blickfeld gerückt.

Eine stärker populationsorientierte Versorgungsgestaltung ist angesichts des regional unterschiedlich verlaufenden demografischen Wandels und der Zunahme sozialräumlicher und gesundheitlicher Ungleichheit auch in Deutschland erforderlich (SVR 2009), wird hierzulande aber bisher kaum realisiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Gesundheitszentren *unterschiedliche Angebote und Professionen* unter einem Dach *gebündelt werden*. *Es wird eine integrierte³⁵ und wohnortnahe Primärversorgung geboten, die auch bei komplexen Problemlagen tragfähig, leicht zugänglich und gut erreichbar ist.* Durch den sektorenübergreifenden Charakter ist eine Versorgungskontinuität gewährleistet; Versorgungsbrüche können – auch durch gemischte Pflegearrangements³⁶ – vermieden werden. Die Versorgung wird umfassend und flexibel gestaltet. Laut Hämel und Schaeffer bleiben viele der bisher in Deutschland entwickelten integrierten Versorgungsmodelle weit hinter diesem Ansatz zurück (Hämel/Schaeffer 2014).

Für die Entwicklung in Deutschland empfiehlt der Sachverständigenrat (SVR 2014) die Etablierung von Zentren, die eine gemeindenahe umfassende Primär- und/oder Langzeitversorgung ermöglichen und das ganze dazu nötige Leistungsspektrum (oft unter Einbeziehung von Case und Care Management) unter einem Dach vorhalten (SVR 2014).

³⁵ Der Begriff "Integrierte Versorgung" (IV) steht für eine Vernetzung zwischen den einzelnen Sektoren der Leistungserbringer sowie einer fach- und/oder berufsgruppenübergreifenden Versorgung von Patienten.

³⁶ Bei einem gemischten Pflegearrangement greifen familiäre, nachbarschaftliche, freiwillige und professionelle Hilfen ineinander (Kruse 2017).

Die Zentren sollen:

- a) eine umfassende Versorgung, populationsorientiert und multiprofessionell ausgerichtet, anbieten,
- b) sich patientenorientiert (*patientcentered care*) ausrichten, d.h. der Patient ist grundsätzlich partizipativ in die Versorgungsgestaltung und Entscheidungsfindung einbezogen,
- c) eine integrierte Versorgung durch teambasierte Kooperation leisten,
- d) interne Leistungen ebenso wie Leistungen mit weiteren Gesundheitsanbietern (z. B. Fachärzten) patientenorientiert koordinieren und
- e) regelmäßige Arbeits- und Fallbesprechungen auch mit Gesundheitsprofessionen anderer Versorgungszweige durchführen (Schaeffer/Hämel 2017).

Exemplarisch werden 4 Primärversorgungsmodelle beschrieben, die Orientierung für Deutschland bieten können:

- a) **Community Health Centers (CHC):** Charakteristisch für CH-Centers ist die Vorstellung, dass das Versorgungssystem nicht erst im Krankheitsfall tätig werden soll. Deswegen wird hier zusammen mit einer niederschweligen integrierten Primärversorgung auch Gesundheitsförderung und Prävention kombiniert. Besondere Beachtung finden, ähnlich wie bei den Family Health Care Centers (FHC), vulnerable Bevölkerungsgruppen. Zu ihnen gehören alte Menschen, aber auch sozial und gesundheitlich Benachteiligte. Das Angebot richtet sich speziell nach den Bedarfslagen der Gemeinde – sowohl des Einzelnen als auch von Familien oder Gruppen. Darüber hinaus kooperieren sie auch mit Initiativen der Gemeinde, die sich um soziale, ökonomische und umweltbezogene Probleme kümmern. Sie sind multiprofessionell ausgerichtet. Zu den Professionen gehören Pflegende unterschiedlicher Qualifizierungsstufen, Ärzte, Sozialarbeiter, Diätologen, Logopäden und Podologen. Zahnärzte gehören nicht zum Team, können aber hinzugezogen werden.
- b) **Family Health Care Centers (FHC):** Diese Einrichtungen orientieren sich an dem Modell einer patientenzentrierten Hausarztpraxis. Die Versorgung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Hausärzten, Pflegenden unterschiedlicher Qualifizierungsstufen, Sozialarbeitern und anderen Professionen. Ihr Angebot richtet sich speziell nach den Bedarfslagen der Gemeinde und der Patienten. Die Patienten suchen sich einen Allgemeinarzt aus, der fortan als ihr persönlicher Arzt fungiert. Er sichert die personelle Kontinuität und ist für die gesamte medizinische Betreuung zuständig. Die Betreuung erfolgt i.d.R. in Kooperation oder auch im Tandem vermehrt mit Community Health Nurses.
- c) **Nurse-Led Clinics (NLCs):** Anders als in den FHC-Centers sind es hier keine Ärzte, sondern Community Health Nurses, die eigenständig eine bestimmte Zahl an Fällen (Case Load) betreuen. Die Patienten schreiben sich regulär in einer NLC ein. Über ein Terminvergabesystem werden sie für Behandlungen oder Untersuchungen in die Klinik einbestellt. Je nach Bedarf werden sie für eine weitere Diagnostik oder Therapie an andere Gesundheitsprofessionen überwiesen. Die Community Health Nurses sind berechtigt, einfache Tests und Untersuchungen durchzuführen oder anzuordnen, Diagnosen zu stellen, Rezepte für Medikamente auszufertigen und anderweitige Verordnungen zu treffen sowie selbst eine große Spannbreite an Behandlungen vorzunehmen. Dieses Modell ist konstruiert worden, um dem Einzelnen oder Familien den

Zugang zu einer Gesundheitsversorgung zu verbessern, wenn sie keinen gegenwärtigen Primärversorger haben. Vielfach sind hier tätige Community Health Nurses auf bestimmte chronische Krankheiten spezialisiert.

So gehören beispielsweise in Finnland aufgrund des dortigen Ärztemangels Allgemeinärzte nicht zur Stammbesetzung. Sie sind vielmehr nur zu bestimmten Sprechzeiten vor Ort.

- d) **Mobile Versorgungseinheiten:** Sie bieten eine aufsuchende Gesundheitsversorgung, von der besonders die ältere Bevölkerung in ländlichen Regionen profitieren könnte. Mobile Versorgungseinrichtungen sind räumlich flexibel einsetzbar und stationieren temporär an verschiedenen Orten einer Region, um der Bevölkerung Zugang zu Versorgungsleistungen zu bieten. Sie können als fahrbare Behandlungszimmer in umgebauten Bussen, Wohnmobilen usw., oder auch in flexibel ein- und umsetzbaren Containern eingerichtet sein. Mobile Versorgungseinrichtungen bieten eine Versorgung in einer ausgestatteten „mobilen Praxis bzw. Klinik“ an. Sie können unterschiedliche Versorgungsleistungen umfassen. Beispiele sind Beratungsmobile, Impfmobile, Demenzmobile oder mobile Praxen. Sie zielen auf die Vermeidung regionaler Unterversorgung und adressieren besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen, die bestehende ortsgebundene Einrichtungen nur schwer erreichen können. Es gibt mobile Einrichtungen, die auf bestimmte Krankheitsbilder fokussieren, ebenso solche, die eine umfassende, teils multiprofessionelle wohnortnahe Primärversorgung leisten. Oft steht die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten im Zentrum (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015).

Die Implementierung mobiler Einrichtungen ist anspruchsvoll; zentrale Anforderungen sind:

- die Ausrichtung am Bedarf der regionalen Bevölkerung,
- ein nutzerorientierter Zugang und die Förderung der Bekanntheit und Akzeptanz des Angebots sowie
- die Vernetzung mit bestehenden Versorgungsstrukturen zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine gemeindeorientierte Arbeitsweise bei der Programmentwicklung und -implementierung wichtig. Mobile Einheiten besuchen als niederschwellige Angebote temporär unterschiedliche Orte, die für die lokale Bevölkerung gut zugänglich sein sollten (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015; Hämel/Kutzner/Vorderwülbecke 2015).

Obwohl im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2012 ausdrücklich auch die Förderung mobiler Versorgungskonzepte genannt wird, hat dieses Modell hierzulande bisher kaum Umsetzung erfahren. Die Erfahrungen anderer Länder ermutigen, auch in Deutschland mobile Versorgungseinrichtungen (weiter) zu erproben und dabei die internationalen Erfahrungen zu berücksichtigen. Vorbildhaft ist, dass mobile Einrichtungen gezielt auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ausgerichtet werden und der Stärkung der Gesundheitskompetenz ihrer Nutzer durch Information, Aufklärung, Edukation und Beratung einen hohen Stellenwert beimessen (Hämel/Kutzner/Vorderwülbecke 2015).

Exkurs: Welche Form der Primärversorgungseinrichtung ist für Deutschland geeignet?

Um diese Frage beantworten zu können, müssen die regionalen Erfordernisse und die Bedarfslagen der Bevölkerung abgeklärt werden. Kriterien dafür sind die Bevölkerungsdichte, die soziale, kulturelle oder altersbedingte Zusammensetzung der Bevölkerung, die Prävalenz von Krankheiten, die Biographie der Menschen in der Region etc. Eine Ergänzung der Primärversorgungszentren könnten mobile Einheiten sein. Pilotprojekte mit mobilen Arzteinsätzen auf dem Land gab es bereits, z. B. die ‚Rollende Arztpraxis‘ (Niedersachsen 2014) im Landkreis Wolfenbüttel. Aufgrund mangelnder Auslastung wurde sie nicht weiter geführt. Hier müsste eine Ursachenforschung – z. B. Gründe für die mangelnde Akzeptanz – stattfinden. Bei den mobilen Versorgungseinheiten sind unterschiedliche Einsatz-Schwerpunkte denkbar, z. B. „Beratungsmobile“, „Impfmobile“, „Demenzmobile“ oder „mobile Praxen“. Evtl. bietet sich eine Schwerpunktversorgung zu speziellen Themen (z. B. stabile chronische Erkrankungen oder offene Wunden) an. Es gibt aber auch den anderen Weg, nämlich die Mobilität der Einwohner in strukturschwachen Regionen zu erhöhen. Eine Vielfalt von alternativen Mobilitätsprojekten, z. B. die kommunal geförderten „Mitfahrerbänke“ in der Eifel (Mitfahrerbank), dem Hunsrück (Rhein-Hunsrück-Kreis 2018) oder einzelnen Kommunen in Nordrhein-Westfalen stellen eine Ergänzung zu dem teils ausgedünnten öffentlichen Nahverkehr dar.

In den urbanen Gebieten könnte eine Anbindung an bestehende Einrichtungen im Quartiersmanagement Vorteile bieten. Denn dort werden Verwaltung, Bewohner, lokale Akteure und Institutionen einbezogen und koordiniert. Auf diese Weise könnte die bereits bestehende und vernetzte Infrastruktur für eine Gesundheitsversorgung genutzt und ausgebaut werden. Denkbar sind hier multiprofessionelle Community Health Zentren, in denen eine allgemeine Versorgung der Bevölkerung bei niedrigschwelligem Zugang erfolgen kann. Ob die in manchen Regionen etablierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Etablierung von Community Health Nurses zu Einrichtungen der Primärversorgung weiter entwickelt werden könnten, wäre zu prüfen. In Stadtteilen mit einer „normalen und durchschnittlichen“ Bevölkerungszusammensetzung könnte eine institutionelle Anbindung an existierende Sozialstationen und/oder Pflegestützpunkte sinnvoll sein. Die Form des Primärversorgungszentrums müsste sich nach der Bedarfslage der Bevölkerung des Stadtteils richten. Denkbar wäre auch, in urbanen Gebieten Community Health Nursing bei bereits bestehenden kommunalen und nicht-kommunalen Einrichtungen (Schulen, Kitas, Volkshochschulen, Bürgerämtern, Jugend- oder Alteneinrichtungen oder Supermärkten und Einkaufszentren etc.) anzubinden und damit den Zugang zu erleichtern.

In Berlin fährt ein „Impfmobil“ (Der Tagesspiegel 2017) die Flüchtlingsunterkünfte an. Nachdem in 2016 ein „Impfshuttle“ eingerichtet wurde, um Geflüchtete zu dem zentralen Impfangebot zu bringen, wurde dieses Konzept geändert: seit November 2016 fährt ein „Impfmobil“ unmittelbar zu den Wohnunterkünften. Ein ähnliches Projekt ist das Anfahren von Universitäten mit einem zum „Impfmobil“ umgebauten Linienbus, um auf Wunsch Masernimpfungen durchzuführen (Berliner Zeitung 2017). Hintergrund ist, dass viele Menschen, die in den 80er und 90er Jahren geboren wurden, heute keinen Impfschutz mehr haben und es sich bei der Zielgruppe zumeist um grundsätzlich gesunde Menschen ohne regelmäßigen Arztkontakt handelt.

Resonanz aus der Charité zu dem derzeitigen Projekt ist, dass sich dieses Konzept auch für andere Bevölkerungsgruppen eignet, die ansonsten nur schwer zu erreichen sind. Es kann konstatiert werden, dass dieses Versorgungskonzept in Teilen als innovativ zu bewerten ist, weil es Potenzial für die Entwicklung der Rolle eines Pflegeexperten (APN/ CHN) bietet.

Teil B

Folgende aktuelle Entwicklungen stellen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in Deutschland, die zu bewältigen sind:

Demographie

In Deutschland werden im Jahr 2030 inklusive der zu erwartenden, hohen Zuwanderung etwa 79,2 Millionen Menschen leben. Im Jahr 2015 waren es noch 82,2 (Destatis 2015). Im Jahr 2030 wird die Hälfte der Bundesbürger älter als 48,1 Jahre sein, während das Medianalter 2012 noch ca. 45,3 Jahre betrug. In Berlin und Hamburg liegt es 2030 mit etwa 43 Jahren am niedrigsten. Am höchsten ist das Medianalter mit jeweils rund 53 Jahren in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern (Bertelsmann Stiftung 2015). Knapp 30 % der Bevölkerung wird dann 65 Jahre und älter sein, wobei der Zuwachs der hochbetagten Menschen überdurchschnittlich hoch ausfallen wird (Gaber 2011). Die Zahl der Hochbetagten über 80 Jahre steigt zukünftig auf über 6,3 Millionen im Jahr 2030 (Bertelsmann Stiftung 2015). Allein von 1991/93 bis 2006/08 ist die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen um rund 2,6 Jahre gestiegen. Die 65-Jährigen werden nach konservativen Schätzungen im Jahr 2060 im Durchschnitt noch einmal rund 4,5 Jahre für Männer und 4,3 Jahre für Frauen länger leben als 2010/2012 und noch 22,0 Jahre bzw. 25,0 weitere Lebensjahre erwarten. (Gaber 2011; Destatis 2015). Der Zuwachs an Hochbetagten wird regional sehr unterschiedlich ausfallen (Bertelsmann Stiftung 2015). Im Zuge des voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen sowie eine Veränderung des Morbiditätsspektrums zu erwarten (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015).

Ungleiche Bevölkerungsverteilung

Neben dem Bevölkerungsrückgang findet eine stärkere Konzentration auf die städtischen Regionen statt. Viele ländliche Regionen schrumpfen überdimensional stark und die städtischen Regionen wachsen weiter. In den ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, die Infrastruktur bereit zu stellen, die die Bedarfslagen einer alternden Bevölkerung deckt. Verstärkt wird die Entwicklung durch das Wegbrechen traditioneller Familienkonstellationen und sozialer Netzwerke. Die jüngeren Erwachsenen ziehen arbeitsmarktbedingt weg. Die Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz wird durch die Ausdünnung der Population geringer; eine flächendeckende Versorgung mit einem leistungsfähigen Internet konnte bisher nicht gewährleistet werden (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). In den Städten findet eine Re-Urbanisierung durch einen erhöhten Zuzug von Menschen statt (BMI 2011; SVR 2014). Die Integration von Flüchtlingen und Migranten und die Zunahme von alleinstehenden und hochbetagten Menschen und deren Bedarfslagen erfordern neue und innovative Konzepte und den Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur.

Ungleiche Gesundheitschancen

Seit vielen Jahren wird diskutiert, wie die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen zu gestalten ist. Viele der vorliegenden Studien zum Thema „Rural Health Care“ verweisen auf den engen Zusammenhang zwischen Wohnort und der Gesundheits- und Versorgungssituation. Es zeigt sich, dass in abgelegenen ländlichen Regionen in

den USA, Kanada oder Australien die ländliche Bevölkerung im Durchschnitt einen schlechteren Gesundheitsstatus als die Bevölkerung in städtischen Regionen hat (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). Auch der Zusammenhang zwischen sozialem und gesundheitlichem Status ist evident: So lässt sich nachweisen, dass in Gebieten mit höherer sozioökonomischer Deprivation³⁷ tendenziell eine schlechtere gesundheitliche Lage und ein schlechteres Gesundheitsverhalten zu finden ist. Es konnte zudem der Zusammenhang von regionalen Deprivationsmerkmalen und der Sterblichkeitsrate aufgezeigt werden: Demnach ist die Mortalitätsrate in deprivierten Regionen überdurchschnittlich hoch. Für die individuellen Gesundheitsoutcomes konnte gezeigt werden, dass mit steigender Deprivation die Verbreitung von Adipositas, Rauchen und sportlicher Inaktivität in Deutschland steigt (Kroll et al. 2017).

Volkskrankheiten

Auf dem Vormarsch sind die Zivilisationskrankheiten oder auch sogenannten „Volkskrankheiten“. Ihre Ausbreitung lässt sich u.a. auf den hochtechnisierten Lebensstil in westlichen Ländern, mangelnde Bewegung, einseitige Ernährung sowie das höhere Lebensalter zurückführen (Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007). Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2017) zufolge gehören Bluthochdruck, Rückenschmerzen, Diabetes, Störungen der Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen und Depressionen zu den häufigsten Krankheitsbildern. Aber auch das Krankheitsspektrum von Kindern verschiebt sich. Zu den typischen akuten infektiösen Kinderkrankheiten kommen vermehrt chronische Krankheiten wie Allergien, Migräne, psychische Auffälligkeiten und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (RKI 2014) hinzu. Ein weiteres schwerwiegendes Problem ist die Zunahme von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter sowie des damit verbundenen Risikos einer Diabeteserkrankung Typ 2 (Danne/Ziegler 2017).

Fachkräftemangel

Der zunehmende Fachkräftemangel in der Pflege – laut Agentur für Arbeit fehlten 2017 35.546 Pflegefachpersonen in der Pflege – kann, zumindest teilweise, bekämpft werden durch attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege, da wegen der Belastungen und Arbeitsbedingungen viele Pflegefachpersonen den Beruf vorzeitig verlassen.

Laut BKK Gesundheitsatlas 2017 (Kliner/Rennert/Richter 2017) sind vor allem die Pflegeberufe in starkem Maße von psychischen und somatischen Erkrankungen betroffen, die mit hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten, vermehrten Krankenhausaufenthalten und erhöhten Arzneimittelverordnungen bis hin zu Frühverrentung einhergehen. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen könnte dazu führen, dass die hohe Teilzeitquote in der Pflege verringert wird. Laut IAT Studie (Schröder 2016) arbeitet mehr als die Hälfte der Pflegenden in Teilzeit. Hinzukommen sollten spezielle Programme für Pflegefachpersonen, um z. B. nach der Elternzeit wieder in den Beruf einzusteigen, eine spezifische Ansprache von Schulabgängern sowie weitere Attraktivitätssteigerungen durch Entwicklungschancen im Beruf.

³⁷ Deprivation (lat. deprivare = berauben) ist u.a. die soziale Ausgrenzung, Ausschaltung von Außenreizen oder das Vorenthalten bzw. der Entzug von psychischer Zuwendung, Anerkennung oder der Anwesenheit anderer Menschen.

Für den strukturell bedingten Hausärztemangel, der sich häufig zuerst in ländlichen Regionen bemerkbar macht (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015), bestehen bereits bekannte Lösungsansätze. Sie sehen eine neue Aufgabenverteilung und Übernahme von Tätigkeiten durch qualifizierte Pflegefachpersonen vor. Abgesehen von der Verbesserung der Versorgungslage steigt durch die neuen Berufsbilder nicht zuletzt auch die Attraktivität des Pflegeberufes.

Versorgungsdefizite

Die deutsche Gesundheitsversorgung fokussiert stark auf die Versorgung akuter Krankheiten. Sie wird zudem durch die Monopolstellung der Ärzte sowie eine starke Fragmentierung zwischen den Sektoren bestimmt (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Bereits im Gutachten des Sachverständigenrates 2009 wird angemahnt, dass neben der Akutversorgung die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung besteht (SVR 2009). Die Fokussierung auf die Akuterkrankungen wird aufgrund der einhergehenden (fachärztlichen) Spezialisierungen und einem sequenziellen Versorgungsverständnis, bei dem Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander und isoliert erfolgen, zu einem Problem in Bezug auf eine Kooperation der Berufsgruppen und der Koordination der Leistungserbringung. Diese Ausdifferenzierung und Spezialisierung ermöglichen zwar die Bearbeitung von Teilproblemen, führen aber zu einer Fragmentierung von Prozessen mit der Gefahr der Desintegration und Nicht-Zuständigkeiten.

So haben bereits Schaeffer und Hämel 2017 auf Folgendes hingewiesen: Weitere Ursachen der Desintegrationserscheinungen sind die sektorale Trennung zwischen gesundheitlicher und sozialer, pflegerischer und rehabilitativer Versorgung, die zahlreichen Schnittstellenprobleme, mangelnde Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, besonders zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, der ausgeprägte Organisations- und Professionsseparatismus und das daraus erwachsene „Silodenken“, die Fragmentierung und Lückenhaftigkeit der Versorgung besonders im ambulanten Sektor, die Intransparenz und Unübersichtlichkeit des Versorgungswesens, die vor allem für die Nutzer zahlreiche Probleme aufwirft, und nicht zuletzt die defizitäre Kooperation und Koordination. (In Anlehnung an Schaeffer/Hämel 2017)

Aber auch angesichts der komplexeren werdenden Bedarfslagen besteht dringender Handlungsbedarf nach Vernetzung (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). Die Experten regen an, den bisher rein defizitär auf ein Krankheitsgeschehen ausgerichteten Blick auf ein Konzept zu lenken, das stattdessen einbindend, präventionsorientiert, patientenbezogen, familienorientiert und ganzheitlich wirkt und durch organisatorische Integration ein abgestimmtes kooperatives Versorgungshandeln ermöglicht (SVR 2009; Klapper 2017). Vor diesem Hintergrund wurden bereits erste Ansätze erprobt.

Versorgungsassistenz AGnES, VERAH und Co

Projekte wie AGnES³⁸, VERAH u.ä. wurden initiiert, um die **hausärztliche** Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Das Tätigkeitsprofil/Aufgabenprofil der

³⁸ AGnES steht für „Arztentlastende, Gemeindenahe, IT gestützte, Systematische Intervention“ durch medizinische Fachangestellte oder Pflegefachpersonen. VERAH steht für „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“. Meist sind Medizinische Fachangestellte als „AGnES“ bzw. VERAHs“ tätig.

Versorgungsassistenten wird als „verlängerter Arm des Hausarztes“ bezeichnet. Neben Pflegefachpersonen sind u.a. medizinische Fachangestellte (MFA) als Versorgungsassistenten tätig. Ihre Qualifizierung besteht aus einem 200-stündigen Kompakt-Kurs. Das reicht jedoch nicht aus, denn der Ausbildungsplan für Medizinische Fachangestellte bereitet auf diese Aufgabe nicht ausreichend vor. Die bereits bestehenden und zunehmend komplexer werdenden Bedarfslagen erfordern einen qualifizierten Kompetenzzuschnitt. Zur Sicherung von Effizienz und Effektivität in häuslichen Behandlungsprozessen ist neben dem Fachwissen professionelles, kuratives, rehabilitatives, palliatives und präventives Pflegehandeln erforderlich. Nur durch eine situativ und individuell angepasste Vorgehensweise kann die Hilfeleistung, die im Modellprojekt AGnES als „vorbeugend, beratend, betreuend und therapieüberwachend“ beschrieben wird, erbracht werden. Gerade in der ambulanten Versorgung erfordert die Komplexität der Situation ein systematisches und ganzheitliches Vorgehen. Das Modell AGnES sieht vor, dass in Delegation des Hausarztes Hilfeleistungen an nicht-ärztliches Personal übertragen werden, das „ausreichend qualifiziert“ und vom Arzt in „ausreichender Form“ überwacht werden soll. Eine Eingrenzung der Personengruppe findet nicht statt. De facto bedeutet das, dass in Delegation des Hausarztes nicht näher definierte Hilfeleistungen von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgeführt werden³⁹.

Aus pflegeberufspolitischer Sicht können diese Modellenicht als Innovation und Ansatz zur Verbesserung der Patientenversorgung gewertet werden. Sie gehen zu Lasten der Patientensicherheit und setzen an den Strukturen an, die bereits insuffizient sind oder drohen, es zu werden. Eine pflegefachliche und/oder pflegewissenschaftliche Expertise fehlt bei allen Modellen der Versorgungsassistenten und die Kompetenzen der professionellen Pflege fließen nicht ein. Daher ist es sinnvoller, umfassendere Lösungen – z. B. im Sinne der Family Health Nurse (Familiengesundheitspflege)⁴⁰ oder von Community Health Nursing – zu implementieren.

9.1 Projekte mit Innovationspotenzial

In Deutschland bestehen bereits Ansätze für die Entwicklung einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung. Allerdings sind eine echte Erweiterung der Handlungsautonomie, die verstärkte Übernahme von Verantwortung und das selbstständige Ausfüllen von Handlungsfeldern nach dem Beispiel von Advanced Nursing Practice aus dem Ausland kaum erkennbar. Die nachfolgenden Projekte folgen sehr unterschiedlichen Ansätzen und Schwerpunkten und weisen zum Teil Potenzial für die Etablierung von Community Health Nursing auf. Auch wenn Pflege in vielen Projekten kaum sichtbar wird, so leistet sie doch einen bedeutsamen Anteil an der gesundheitlichen Versorgung der Menschen.

³⁹ Vgl. Pflege Positionen, Der Newsletter des DPR 05/2008

⁴⁰ Die WHO beschreibt in Gesundheit21 das Ziel einer familienbezogenen Versorgung durch die Zusammenarbeit von Hausarzt/innen und Familiengesundheitspfleger/innen als Kern einer integrierten Gesundheitsversorgung. Für letztere sind die definierenden Konzepte die Familienorientierung und Gesundheitsförderung/Prävention (WHO. (Hg.) (1998): Gesundheit 21 Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle". Kopenhagen [vgl. auch URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf]. Stand: 01.04.2018).

Folgende Projekte sind in diesem Zusammenhang bemerkenswert:

Gemeindeschwester Plus

„Gemeindeschwester Plus“ (MSAGD: Modellprojekt 2015) ist ein Projekt ausgewählter kommunaler Gebietskörperschaften (Gemeinden, Landkreise und Bezirke) in Rheinland-Pfalz, das hochbetagten Menschen Unterstützung und Beratung in ihrem aktuellen Lebensabschnitt bietet. Der Schwerpunkt liegt auf dem „Kümmern“. Durch dieses Angebot soll eine Lücke der Unterstützung und Beratung geschlossen werden. Die Leistungserbringung der ambulanten Pflegedienste ist davon unbenommen. Durch aufsuchende, im Vorfeld abgesprochene und vereinbarte Hausbesuche sollen präventive Vorkehrungen getroffen werden, um Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu vermeiden. Ziel ist, die Selbstständigkeit hochbetagter Menschen lange zu erhalten. Regionale Netzwerke und soziale Unterstützungssysteme – zum Beispiel von Kirchen- und Ortsgemeinden, aber auch die Nachbarschaften – sollen gestärkt und engmaschiger geknüpft werden. Durch Hinweise an die Kommune können Informationen über Stärken und Schwächen sozialer Netze, über den Bedarf an sozialen Treffpunkten und weiteren Unterstützungsangeboten gewonnen werden. Festgestellt werden soll außerdem, wo vorhandenes zivilgesellschaftliches Engagement Unterstützung und Begleitung braucht, aber auch, wo bürgerschaftliches Engagement stark und selbstverantwortlich handelt. Durch das vernetzte Wirken soll dazu beigetragen werden, fehlende Angebote zu initiieren, um soziale Räume zu gestalten und weiterzuentwickeln.

LGS-Licher Gemeindeschwestern

Im Rahmen des Projektes „Innovative Gesundheitsmodelle“ vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt (IfA Frankfurt⁴¹) entstand eine Vielzahl von Projekten, unter anderem auch die „LGS-Licher Gemeindeschwestern“ in der Gemeinde Muschenheim (Erler/Gerlach 2018). Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie eine Medizinische Fachangestellte bieten dreimal wöchentlich eine Sprechstunde, bei Bedarf und Wunsch ergänzt durch Hausbesuche, an. Das Angebot richtet sich vor allem an die Senioren der Gemeinde. In Kooperation mit den weiter entfernt praktizierenden Hausärzten überwachen die Gemeindeschwestern⁴² den Gesundheitszustand und die Medikamenteneinnahme. Befunde werden dokumentiert und Abweichungen mit dem Hausarzt kommuniziert und ggf. ein Arztbesuch vereinbart. Außerdem organisieren die Gemeindeschwestern Fortbildungsveranstaltungen und Präventionsangebote. Anlass für dieses Versorgungsangebot war der Hausarztmangel in Muschenheim. Durch eine enge Kooperation mit den regionalen Hausärzten können die Pflegefachpersonen eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung anbieten, die insbesondere für ältere, immobile Patienten im ländlichen Raum sehr wichtig ist. Darüber hinaus arbeiten die Gemeindeschwestern eigenständig in der Organisation von lokalen Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention. Die Finanzierung ist durch einen Investor und den gemeinnützigen Gemeindeförderverein Muschenheim e.V. sichergestellt. Die wissenschaftliche Evaluation der Universität Marburg erbrachte positive Ergebnisse, so dass seit 2014 in den Orten Eberstadt, Bettenhausen, Birklar und Kloster Arnsburg ebenfalls Gemeindeschwestern eingeführt wurden.

⁴¹ Gefördert von der Robert Bosch Stiftung vom 01.01.2013 bis 31.12.2014

⁴² Gemeindeschwester ist keine geschützte Berufsbezeichnung, die Qualifizierung ist unklar.

Projekte der Robert Bosch Stiftung: PORT und PriKon

Durch das Projekt PORT⁴³ (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) unterstützt die Robert Bosch Stiftung fünf Initiativen, die in den kommenden Jahren lokale Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung etablieren. Die Zentren sollen die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region gewährleisten und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand ermöglichen. Merkmale der künftigen PORT-Zentren sind u.a. eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung, die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe sowie die gute kommunale Einbindung.

Ziel des Projektes PriKon⁴⁴ (Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis) war es, Konzepte, Aufgaben und Arbeitsweisen von Primärversorgungszentren in vier Ländern (Schweden, Slowenien, Spanien und Brasilien) zu erschließen und Varianzen sowie unterschiedliche Schwerpunktsetzungen sichtbar zu machen. Auf dieser Basis werden Anregungen für die Entwicklung und modellhafte Erprobung multiprofessioneller Gesundheitszentren in Deutschland gegeben. Der Fokus liegt auf einer verbesserten Versorgungssituation in ländlichen Regionen.

Bunter Kreis

Der Bundesverband Bunter Kreis e.V.⁴⁵ organisiert, informiert, fördert und vernetzt bundesweit mehr als 80 Nachsorge-Einrichtungen. Sie alle unterstützen schwer und chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche und deren Familien nach der Entlassung aus der Klinik bei der Eingliederung in den Alltag zu Hause. Das oberste Ziel des Bundesverbands ist es, qualitätsvolle Nachsorge-Arbeit flächendeckend in Deutschland verfügbar zu machen. Ziel der sozialmedizinischen Nachsorge ist es, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden, die anschließende ambulante Behandlung sicherzustellen und kranke Kinder und Jugendliche in ihr alltägliches Umfeld zu integrieren. Neben der medizinischen Versorgung des erkrankten Kindes stehen in der Nachsorge die Familie, das Beziehungssystem und die Lebensumwelt im Mittelpunkt. Grundlage der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis ist ein umfassendes Case Management. Case Manager sind meist erfahrene Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Sozialpädagogen, die sich als Case Manager in der pädiatrischen Nachsorge qualifiziert haben. Sie agieren auf drei Ebenen: Der institutionellen Netzwerkebene (Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen), der Organisationsebene (Weiter-/Entwicklung patientenorientierter Versorgungsabläufe und deren Evaluation/Qualitätsmanagement) sowie der Einzelfallebene (Patienten mit ihren Bezugspersonen). Es wird immer in einem multiprofessionellen Team gearbeitet. Finanziert wird die sozialmedizinische Nachsorge-Maßnahme nach § 43 Abs. 2 SGB V von den Krankenkassen sowie in Bayern nach der ersten Stufe der Behindertenarbeit/offene Behindertenarbeit (§ 53 ff. SGB VII).

⁴³ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/59803.asp> (Download am 21.08.2017)

⁴⁴ <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/prikon.html> (Download am 19.09.2017)

⁴⁵ <https://www.bunter-kreis-deutschland.de/krank-kinder-brauchen-unsere-hilfe-ueberall-in-deutschland.html> (Download am 21.08.2017)

Tandempraxis Medizin Pflege

Im Rahmen eines Vorhabens (Laufzeit 2005 – 2007) des BMBF⁴⁶ wurde die ärztliche Behandlung von Patienten mit Ulcus cruris durch speziell qualifizierte Pflegeexperten ergänzt⁴⁷ (Tandempraxis). Die Pflegeexperten übernahmen zusätzlich zur ärztlichen Behandlung eine intensive pflegerische Beratung. Ihr Ziel war die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz der Patienten. In der Evaluation des Projektes zeigte sich, dass die Patienten die Beratung neben der Vermittlung von alltagspraktischen Tipps und insbesondere auch die psychosoziale Zuwendung als hilfreich empfanden (Herber/Rieger/Schnepp 2008). Das Projekt setzte die Empfehlung des Sachverständigenrates 2007 (SVR 2007) zur Zusammenarbeit zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Gesundheitsberufen um. Diese Kooperationen sollen nicht ausschließlich über die Delegation von Tätigkeiten bei Hausbesuchen, sondern vor allem auch innerhalb der Praxen bzw. stationären Einrichtungen erfolgen. Multiprofessionelle Teams sollen den Behandlungsprozess und die Versorgung der Bevölkerung verbessern und idealerweise zur Kostenersparnis beitragen.

Gesundheitsregion Landkreis Leer

Seit 2015 ist der Landkreis Leer⁴⁸ auf dem Weg zu einer Gesundheitsregion. Der Landkreis übernimmt dabei eine koordinierende Funktion, um soziale und gesundheitliche Belange der Menschen direkt vor Ort bedürfnisgerecht zu gestalten. Regionale Gegebenheiten beeinflussen sowohl das Auftreten von Erkrankungen wie auch den Versorgungsprozess – dies unterstreicht den Bedarf nach einer regional koordinierten und gesteuerten Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege) im Blick hat. Insbesondere sollen Ärzte, Krankenhäuser und weitere Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfslagen der Patienten zusammenarbeiten, damit...

- ...Hausärzte entlastet werden. Die Schwerpunkte liegen in diesem Zusammenhang im Bereich der Delegation (auch in Verbindung mit der Pflege), der Teamarbeit und der Vernetzung,
- ...unter Einbeziehung von mobilitätseingeschränkten Patienten geeignete Mobilitätskonzepte entwickelt und umgesetzt werden,
- ...Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt werden.

„Gesundes Kinzigtal“ und „Gesundheit für Billstedt/Horn“

Das 2005 von dem Medizinischen Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. und der OptiMedis AG gegründete „Gesundes Kinzigtal“⁴⁹ ist heute ein starkes Netzwerk verschiedener Haus-, Fach- und Klinikärzte, Psychotherapeuten, Pflegeeinrichtungen und Physiotherapeuten. Im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung wird die Behandlung der Versicherten der AOK und SVLFG⁵⁰ geplant und koordiniert.

⁴⁶ Bundesministerium für Bildung und Forschung

⁴⁷ http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/Datenblatt_Tandempraxis.pdf (Download am 21.08.2017)

⁴⁸ <http://www.landkreis-leer.de/Leben-Lernen/Gesundheit-Verbraucher/Gesundheitsregion> (Download am 17.08.2017)

⁴⁹ <https://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Download am 21.08.2017)

⁵⁰ Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (ehemals LKK) Baden-Württemberg

Grundlage der gemeinsamen Arbeit sind der regelmäßige Austausch über die Fach-, Berufs- und Sektorengrenzen hinweg, eine gemeinsame elektronische Patientenakte und mehr Aufmerksamkeit für die Patienten. Ein Leitgedanke im „Gesunden Kinzigtal“ lautet, dass Gesundheit eine gemeinschaftliche Aufgabe ist. Die wichtigste Säule im „Gesunden Kinzigtal“ sind die Leistungspartner: Therapeuten und Ärzte sowie Krankenhäuser, Kliniken und Pflegeheime. Die wissenschaftliche Begleitung zeigt, dass die Menschen gesünder sind und länger leben als ihre Nachbarn im Kinzigtal – und im übrigen Deutschland. Seit dem Start von „Gesundes Kinzigtal“ 2005 haben die teilnehmenden Krankenkassen mehrere Millionen Euro gespart. Aktivierung, Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Vordergrund.

In den sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn⁵¹ ist nach dem gleichen Vorbild, aber in anderer Ausführung ebenfalls ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes privates Gesundheitsnetzwerk entstanden. Ziel ist, die medizinische Versorgung und den Gesundheitsstatus der Stadtteil-Bevölkerung zu verbessern, die aufgrund ihres sozialen Status schlechtere Lebens- und Gesundheitschancen hat als die Menschen in anderen Bezirken Hamburgs. Die Schwerpunkte in den kommenden Jahren sind: Stärkung und Vernetzung der wohnortnahen Versorgung und Entlastung der Ärzte, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Aufbau eines sektorenübergreifenden, innovativen Versorgungsmanagements. Der medizinische und der soziale Sektor werden vernetzt und niedrigschwellige Beratungsangebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen aufgebaut – unter anderem ein „Gesundheitskiosk“⁵², in dem ein mehrsprachiges Team (bestehend aus weitergebildeten Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen) die Patienten zu allen Gesundheitsfragen berät, Arztbesuche vor und nachbereitet, zu mehr Eigenverantwortung aktiviert und Hilfe im Stadtteil vermittelt.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

In den Medizinischen Versorgungszentren sind für die ambulante medizinische Versorgung unter einem Dach Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Hausärzte oder Psychotherapeuten fachübergreifend tätig. Sie werden direkt vom MVZ angestellt. Damit wurde ein neues, fach- und berufsgruppenübergreifendes Element in die ambulante Leistungserbringung eingefügt, das wegen seiner variablen gestalterischen Umsetzungs- und Beteiligungsmöglichkeiten Beachtung verdient. Inwiefern sich die Struktur der Medizinischen Versorgungszentren weiter entwickeln kann zu einem Primärversorgungszentrum nach internationalem Vorbild, wäre zu prüfen.

Angesichts der teilweise recht innovativen Ansätze in den beschriebenen Projekten ist zu erwarten, dass eine Stärkung der öffentlichen Diskussion in Richtung Entwicklung neuer Rollen der Pflege möglich ist. International wird die primäre Gesundheitsversorgung durch den Einsatz von qualifizierten Community Health Nurses maßgeblich verbessert. Erste Ansätze einer Entwicklung von Public Health-geprägten Rollen in Deutschland gibt es bereits (Schulgesundheitspfleger, Familiengesundheitspfleger). Die Forschungslage in Deutschland zu der Thematik,

⁵¹ <http://optimedis.de/netzwerke/gesundheits-fuer-billstedt-horn> (Download am 19.08.2017)

⁵² https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/Arm-und-krank-Das-unfaire-Gesundheitssystem,sendung709658.html (Download am 19.02.2018)

inwieweit besonders qualifizierte Pflegefachpersonen in der Primärversorgung akzeptiert würden, ist bisher wenig substantiell. Eine Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung ergab, dass fast 50 % der in einer Studie befragten Personen qualifizierte Pflegefachpersonen bei Unterversorgung im ländlichen Raum akzeptieren würden. Weitere 40 % waren unentschieden oder „wussten es nicht“. Lediglich ca. 14 % der Befragten lehnten eine Behandlung durch qualifizierte Pflegefachpersonen ab (Schang/Schüttig/Sundmacher 2016). Daher ist davon auszugehen, dass bei einem entsprechenden Angebot, dieses in Anspruch genommen wird.

9.2 Das Team rund um den Hausarzt – Beispiel Österreich

Auch in Österreich sind die Anforderungen angesichts der demographischen, epidemiologischen, versorgungsstrukturellen und ökonomischen Entwicklungen an die gesundheitliche Versorgung gewachsen.

Seit 2014 werden verstärkte Initiativen zur Stärkung der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen unternommen. „Das Team rund um den Hausarzt“ wurde als Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen⁵³. Zukünftig sollen Hausärzte mit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester und einer Ordinationsassistenz⁵⁴ das Kernteam der Primärversorgung bilden. Die österreichische Initiative hat nicht primär zum Ziel, Community Health Nursing zu etablieren, jedoch sind Überlappungen der Handlungsfelder vorhanden.

Exkurs: Eine Studie, die im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherer⁵⁵ (Abuzahra et al. 2017) zur Etablierung des neuen Konzeptes „Das Team um den Hausarzt“⁵⁶ durchgeführt wurde, gibt Antworten auf folgende Fragen:

1. Welche Tätigkeiten werden **international** von Pflegefachpersonen in Allgemeinmedizinpraxen durchgeführt?
2. Bei welchen ärztlichen Tätigkeiten ist die **Qualität** gemessen an klinischen, patienten- und versorgungsrelevanten Parametern mindestens genauso gut, wenn diese von einer Pflegefachkraft durchgeführt werden, verglichen mit der Durchführung durch einen Arzt?
3. Welche **Basisleistungen** aus dem Primärversorgungsauftrag könnten Pflegefachpersonen übernehmen?

Wie erwartet zeigte sich, dass der Umfang der durch Pflegefachpersonen (Primary Health Care Nurses und Advanced Nurse Practitioner) übernommenen Tätigkeiten in der Primärversorgung groß ist. Das Leistungsspektrum umfasst einfache

⁵³ Organ der österreichischen Bundesgesundheitsagentur zur Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene

⁵⁴ Die Ordinationsassistenz entspricht in Deutschland der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

⁵⁵ Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) & Institut für Pflegewissenschaft der Universität Graz

⁵⁶ Projektbericht Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage, Medizinische Universität Graz

Leistungen bis hin zu umfassendem Management inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen und Beratungen. Es kristallisieren sich Tätigkeiten heraus, die häufig durchgeführt wurden. Pflegefachpersonen führen standardisierte diagnostische Maßnahmen, wie beispielsweise das Schreiben eines EKGs sowie standardisierte therapeutische und krankheitspräventive Interventionen, wie Impfungen, durch.

Es zeigte sich auch, dass insbesondere das Management von chronischen Erkrankungen zu ihren Aufgaben in der Primärversorgung gehört. In einigen Ländern fällt in den Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen auch das Verschreiben von Medikamenten, insbesondere dann, wenn es sich um eine Weiterverschreibung handelt. In vielen Fällen war eine Aufsicht durch den Arzt oder eine Rücksprache mit diesem vorgesehen oder möglich. Häufig waren auch Checklisten, Leitlinien oder spezielle Protokolle als Grundlage der Betreuung vorgegeben. Deutlich wurde, dass spezifische Ausbildungsprogramme nötig sind, um einen Kompetenzlevel für die Pflegefachpersonen zu ermöglichen, der den internationalen Standards bzw. den in den Studien vorliegenden Kompetenzen entspricht.

Bei der überwiegenden Zahl der untersuchten Tätigkeiten ergab sich aus den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten kein Vor- oder Nachteil bei Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen. Bei manchen Tätigkeitsfeldern sind die Ergebnisse unklar. Insgesamt zeigte sich, dass die Patientenzufriedenheit bei Pflegegeleitetem Krankheitsmanagement tendenziell höher war.

Da in Österreich mit der geplanten kooperativen Versorgung die Pflegefachperson nicht Arzt-ersetzend tätig wird, bietet der Einsatz von Pflegefachpersonen vor allem die Möglichkeit, das Leistungsspektrum in Arztpraxen zu erweitern. Das kann insbesondere dann gelingen, wenn Pflegefachpersonen nicht nur Arzt-unterstützend (im Sinne von medizinisch-diagnostisch, medizinisch-therapeutisch) tätig werden, sondern ihre Expertise in pflegerischen Kernkompetenzen (z. B. Förderung des Selbstmanagements) einbringen können. Deutlich wurde, dass eine Präzisierung mancher im Primärversorgungsauftrag genannten Leistungen (z. B. psychiatrische Testung, Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden, nicht-ärztliches Gespräch) wünschenswert wäre. Darüber hinaus werden einige Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht (z. B. geriatrisches Assessment, Assessment von Risikofaktoren, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, Koordination von Untersuchungen, diverse Beratungsangebote, Gesundheitsförderung), die über die im Primärversorgungsauftrag genannten hinausgehen.

⇒ Aus den ersten Erfahrungen beim Einsatz von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung in Österreich können sich auch für Deutschland Impulse zur Einführung von Community Health Nurses ergeben. So wurden durch die Einführung des neuen Primärversorgungskonzeptes in Österreich (Team rund um den Hausarzt) die vom ICN (2008) empfohlenen Kompetenzstufen konkret eingebunden.

Es ist aber zu beachten, dass Community Health Nursing über das Modell „Das Team um den Hausarzt“ hinausgeht. Es gibt weitere Handlungsfelder im Community Health Nursing, die es hinsichtlich einer erweiterten Handlungsautonomie (DBfK 2013) und dem Aufbau von kooperativen, multiprofessionellen Teams (Robert Bosch Stiftung 2018/2) zu entwickeln gilt.

Erweiterte Rollen in der Primärversorgung in Deutschland

Nach internationalem Vorbild⁵⁷ (Schaeffer 2017) lassen sich für Community Health Nurses folgende Aufgaben und Kernkompetenzen in der Primärversorgung in Deutschland skizzieren:

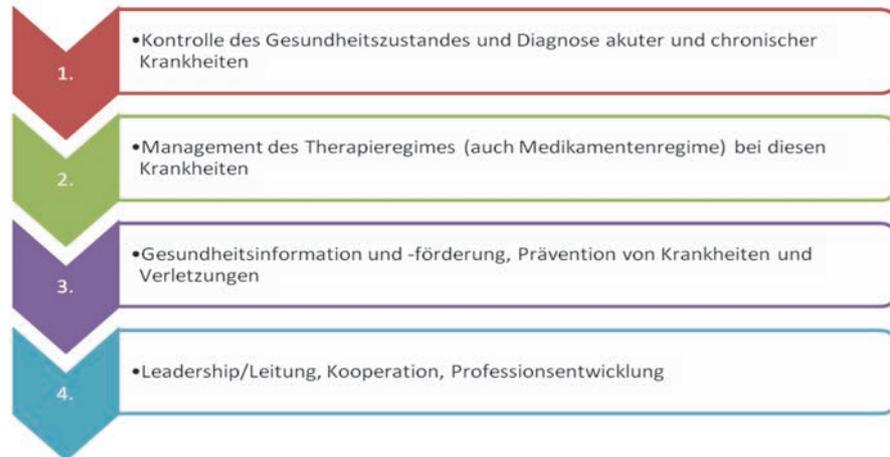


Abb.5: nach Schaeffer 2017

1. Die Nurse Practitioner mit der Schwerpunktsetzung Primary Health Care/Community Health Nursing sind für große Teile der medizinischen Grundversorgung zuständig. Als Personal Nurse sind sie häufig die zentrale Bezugsperson und Anlaufstelle (Schaeffer 2017). Nach Maier (2017) sind APN und Nurse Practitioners im internationalen Vergleich dadurch charakterisiert, dass sie erweiterte klinische Tätigkeiten durchführen: Verschreiben von Medikamenten, Anordnen von klinischen Tests, (Mit)Wirkung bei der Diagnosestellung/erweiterte (körperliche) Untersuchung, Behandlung, Überweisung (an Krankenhäuser, andere Gesundheitsprofessionen), Verantwortung für eine Gruppe von Patienten, erster professioneller Kontakt im Gesundheitswesen. Schaeffer (2017) betont die umfassend integrierte Primärversorgung und die Konzentration auf soziale Determinanten von Gesundheit. Der Fokus liegt auf vulnerablen Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken. Dazu zählen ältere und chronisch kranke Menschen, aber auch sozial marginalisierte Gruppen, die einen komplexen Bedarf an Gesundheitsleistungen und -beratung haben. Diese Personen/Gruppen lassen sich in Deutschland in vielen Quartieren und Regionen identifizieren. In Hamburg wurde mit dem Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn versucht, eine mögliche Antwort auf komplexe soziale und gesundheitliche Bedarfslagen in einem Stadtteil mit hohem Anteil vulnerabler Gruppen zu geben (siehe Kap. 8.1).

2. Das Therapieregime inklusive der Medikamenteneinnahme und den nicht-pharmazeutischen Therapien stellt einen umfangreichen Aufgabenkomplex dar. Neben der Verordnung ist die Beratung z. B. zu Nebenwirkungen und richtiger Einnahme der Medikamente und zu Health Literacy und Selbstmanagementfähigkeiten enorm wichtig. Bedeutend ist die Koordination in der Versorgung; hier ist die Pflegefachperson in einer zentralen Rolle (Schaeffer 2017). Gerade die Gesundheitsversorgung in Deutschland mit der strikten Trennung der Sektoren erfordert den Blick auf die Schnittstellen. Daher ist es eine wichtige Aufgabe im Community Health Nursing, Versorgungslücken zu schließen, auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Überleitung in einen anderen Sektor.

⁵⁷ In Kanada ist die am schnellsten wachsende Gruppe unter den Nurse Practitioner die der *Primary Health Care Nurse Practitioner*. Sie sind überwiegend in städtischen Regionen tätig, aber auch in ländlichen Gebieten. Sie sind in Family Health Teams, Community Health Centres und Nurse Practitioner-Led Clinics tätig, aber auch in der Gesundheitsförderung von Kommunen, der Verwaltung sowie in Langzeitpflegeeinrichtungen.

3. Gesundheitsinformation und -förderung sind elementare Bestandteile in der Primärversorgung. Diese können von Nurse Practitioners mit dem Schwerpunkt Community Health Nursing wahrgenommen werden. Gerade bei Menschen mit chronischen Krankheiten ist es sehr wichtig zur Förderung der Prophylaxe und der Prävention. Unterschiedliche Strategien kommen zum Tragen:

- ⇒ **individualorientierte** Maßnahmen der Gesundheitsinformation wie z. B. zielgruppen-spezifische Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (z. B. Kochgruppen),
- ⇒ **verhältnisorientierte** Strategien wie der Einsatz für eine verbesserte Luftreinheit an verkehrsreichen Straßen (Schaeffer 2017).

4. Zu Leadership gehört die Übernahme von Leitungsfunktion und -position, aber auch, die Versorgung bzw. die Institution bedarfsgerecht und patientenzentriert weiter zu entwickeln. Die Zusammenarbeit mit sämtlichen Gesundheitsprofessionen und -instanzen auf unterschiedlichen Ebenen muss ständig und systematisch weiter entwickelt werden. Die Kooperation mit den Patienten ist dafür essentiell. Hinzu kommen noch (Schaeffer 2017) die professionelle Weiterentwicklung der Pflege und der Aufbau einer evidenzbasierten Pflegepraxis.

10.1 Die Community Health Nurse in Deutschland

Im Folgenden wird das Handlungsfeld für den Einsatz von Community Health Nurses in Deutschland beschrieben. Die Abbildung zeigt Community Health Nursing im Kontext mit anderen Akteuren bzw. Strukturen. Den Rahmen bildet das Primärversorgungszentrum.



Abb.6: Handlungsfeld von Community Health Nursing im Primärversorgungszentrum im Kontext von weiteren Akteuren.

Das Aufgabenprofil der Community Health Nurse in Deutschland kann in Anlehnung an internationale Erfahrungen grob so skizziert werden:

- Übernahme von häufig vorkommenden Routinetätigkeiten:
 - Überprüfung des Gesundheitszustandes,
 - Überwachung der Medikamenteneinnahme,
 - Durchführung gängiger Assessments (z. B. geriatrisches Assessment, Assessment von Risikofaktoren, auch zur psychischen Verfasstheit, Kognition, psychosomatischen Beschwerden),
 - häufige Untersuchungen wie Blutentnahmen, Blutdruckmessung, EKG etc.,
 - Erhebung von Befunden, Dokumentieren von Abweichungen,
 - Behandlung von Bagatellerkrankungen, leichten Infektionen, einfachen Verletzungen.
- Übernahme des Patientenerstkontakts und weiterführende Betreuung sowie Erstkontakt bei Personen mit dringlichem Konsultationswunsch.
- Patientenmanagement bei (stabilen) chronischen Erkrankungen als Schwerpunkt von Community Health Nursing. Es werden pflegerische Kernkompetenzen abgefragt zu Selbstmanagement inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen, Beratungen. Nach Abuzahra et al. (2017) sind das Patienten mit Diabetes Mellitus, rheumatoider Arthritis, Parkinson-Syndrom, kardiovaskulären Erkrankungen, HIV-AIDS; Management von Patienten mit Hauterkrankungen, gastrointestinalen Beschwerden, malignen Erkrankungen, nach Strahlentherapie, Inkontinenzmanagement, zur Alkoholberatung.
- Beratung und Schulungen, gesundheitsbezogene und Lebensstilberatungen, im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention.
- Stärkung und Beratung zur psychischen Gesundheit, insbesondere Monitoring und Surveillance.
- Casemanagement (Steuerung der Versorgungsprozesse, auch in Absprache mit anderen Berufsgruppen und Leistungserbringern, Kümmerer, der die Fäden in der Hand hält). Dazu gehören die Weiterleitung/Überweisung zum Facharzt, ins Krankenhaus, Überleitung, bzw. Entlassmanagement an stationäre oder ambulante Pflegedienste sowie die Koordinierung der Leistungserbringung durch die Akteure im System (Koordination von Untersuchungen und Therapien).
- Gesundheitsförderung und Prävention: Erheben der Gesundheitsbedarfe der Patienten und Angehörigen im Primärversorgungszentrum, aber auch in der Region, insbesondere in Bezug auf vulnerable Gruppen (dazu gehören auch ältere Menschen), also bevölkerungsabhängig, krankheitsabhängig oder abhängig vom Setting/Aufgabenfeld. Die Maßnahmen werden bevölkerungsspezifisch oder krankheitsspezifisch geplant, durchgeführt und evaluiert.
- Bindeglied zwischen der Kommune (z. B. ÖGD, Gesundheitsamt, Quartiersmanagement, Nachbarschaftsverein) und dem Primärversorgungszentrum.
- Leadership im Sinne von Leitungsaufgaben im Primärversorgungszentrum.

(in Anlehnung an Abuzahra et al. 2017; vgl. auch Schaeffer 2017)

Die Praxis in anderen Ländern zeigt, dass in vielen Fällen eine enge Abstimmung mit dem Arzt besteht. Als Standards sind Checklisten, Leitlinien oder spezielle Protokolle als Grundlage der Betreuung vorgegeben (Abuzahra et al. 2017). Jedoch:

„Künftige Versorgungsstrukturen werden von den Pflegefachberufen vermehrt Handlungsautonomie abverlangen und neue Handlungsfelder entstehen lassen. Daher sind bestehende Qualifikationen und vorhandenes Erfahrungswissen mit den zukunftsorientierten Anforderungen zu reflektieren.“ (ÖGKV 2011; vgl. hierzu auch DBfK 2013)

Die Community Health Nurse verbessert die Versorgung chronisch Kranker und entlastet die Hausarztpraxen durch deren Routineversorgung. Sie erweitert das Spektrum der erbrachten Leistungen, gerade für chronisch Kranke. Laut Siebtem Altenbericht und Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) umfasst die gesundheitliche Versorgung mehr als die Behandlung von Krankheiten. Neben der medizinischen Versorgung spielen auch Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege eine große Rolle – immer unter Berücksichtigung einer stärkeren Patientenorientierung (BMFSFJ 2016; Kruse 2017). Community Health Nursing ermöglicht eine umfassende medizinisch-pflegerische Versorgung von chronischen Erkrankungen, sowohl somatischer als auch psychischer Genese.

Einige internationale Studien zeigen (unter Vorbehalt der Übertragbarkeit), dass Patienten mit Pflegegeleitetem Krankheitsmanagement zufriedener sind und es insgesamt zu einer höheren Anzahl von Konsultationen kommt (Abuzahra et al. 2017). Einzelne Aussagen gehen dahin, dass Hausärzte eine höhere Arbeitszufriedenheit haben und sich entlastet fühlen (Studie in Neuseeland, zit. in. Abuzahra et al. 2017). Dieser Nebeneffekt ist durchaus positiv. Allerdings steht die Entlastung der Hausärzte nicht im Vordergrund. Vielmehr ist es Ziel, die Primärversorgung auch in abgelegenen oder sozial belasteten Regionen zu sichern, qualitativ zu verbessern und das Leistungsspektrum hinsichtlich der pflegerisch-medizinischen Versorgung zu erweitern. Grundsätzlich ist zu bemerken, dass das Tätigkeitspektrum der Community Health Nurses aufgrund der umfassenderen Ausbildung wesentlich umfangreicher ist als das der medizinischen Fachangestellten.

Als mittelfristige Perspektive ist die Verankerung einer Community Health Nurse auch in der Langzeitversorgung anzudenken. In dem Versorgungsbereich bedarf es häufig einer speziellen, auf die typische Klientel zugeschnittenen medizinisch-pflegerischen Versorgung. Es wird eine Herausforderung sein, die Leistungserbringung im Sinne der Betroffenen gut zu koordinieren und zu vernetzen.

Wie die Strukturen im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen weiter entwickelt werden müssen, um eine nachhaltige und zukunftsfähige medizinisch-pflegerische Versorgung zu gewährleisten, wird seit langem intensiv in Gesellschaft und Politik diskutiert. Folgende Aspekte sind besonders zu beachten:

Daseinsvorsorge stärken

Kommunale (oder öffentliche) Daseinsvorsorge meint, dass die Gemeinde wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen für alle Bürger bereitstellt. Dazu ist die Gemeinde nach dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I Grundgesetz) verpflichtet. Die gesundheitliche Versorgung als sozialstaatliche Aufgabe ist genuiner Bestandteil der Daseinsvorsorge (Böl 2018). Jedoch wird seit den 1990er Jahren das Verständnis einer umfassenden öffentlichen Daseinsvorsorge hinterfragt, teilweise sogar ausgehöhlt. Die Gründe dafür sind Liberalisierungs- und Deregulierungsbestrebungen, das grenzüberschreitende Wettbewerbsverständnis der EU, sowie die klammen Kassen der Kommunen. Hinzu kommen die Auswirkungen des demografischen Wandels, die in vielen Kommunen Alterung, Bevölkerungsrückgang und temporäre An- bzw. Abwesenheiten von Teilen der Bevölkerung bedeuten. Er verschärft die Diskussion um die Frage, welche und in welchem Umfang öffentliche Dienstleistungen von kommunaler Hand angeboten werden sollten und welche Leistungen beispielsweise von Privatunternehmen übernommen werden können (Urbanistik 2012). Insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung 1995 (SGB XI) hat den (Pflege-) Markt für private und damit renditeorientierte Anbieter geöffnet. Ziel war die Schaffung eines Pflegemarktes nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage. Gleichzeitig reduzierten sich die kommunalen Einwirkungs- und Steuerungsmöglichkeiten rapide. Kommunale Planungsaufgaben wurden in den neuen Bundesländern z. B. fast vollständig beschränkt auf die Umsetzung des Investitionsprogramms im stationären Pflege-Bereich (Art. 52 Pflege VG). In der Folge ist ein sehr heterogenes Bild in den Bundesländern entstanden. Teilweise zogen sich die Kommunen komplett aus der landeseigenen Pflegeplanung zurück (z. B. Sachsen). Inzwischen hat ein Umdenken stattgefunden. Der Deutsche Städtetag fordert, die Rolle der Kommunen bei der Steuerung und Planung der regionalen Pflegestruktur zu stärken. Das ist dringend nötig, denn die Kommunen haben eine Schlüsselrolle in der Initiierung, der Organisation und der Förderung der kommunikativen und steuernden Prozesse bei der Organisation der Pflege und der Unterstützung im Wohnumfeld (Deutsches Institut für Pflegeforschung/PTHV Vallendar/Universität Köln 2009). Um die pflegerische Infrastruktur sinnvoll und nachhaltig weiterentwickeln zu können, müssen daher die Möglichkeiten der Einflussnahme der Kommunen auf die Versorgungsstrukturen gestärkt werden, z. B. in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen, aber auch in den Beschlussgremien auf Bundesebene, z. B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (Präsidium des Deutschen Landkreistages 2013; Deutscher Städtetag 2015).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass den Kommunen eine zentrale Rolle zukommt bzgl. der Schaffung von nachhaltigen und zukunftsträchtigen Gesundheitsstrukturen. Dazu gehören eine gute Pflegeinfrastruktur und gute Erreichbarkeit umfassender Primärversorgungseinrichtungen sowie die Verzahnung der Leistungen und Akteure untereinander.

Exkurs: Die Frage, in welchem Verhältnis die kommunale Daseinsvorsorge zur Subsidiarität steht, wurde im Siebten Altenbericht ausführlich diskutiert (Kruse 2017). Drei grundlegende Überlegungen sind leitend:

1. Subsidiarität⁵⁸ ist ohne Daseinsvorsorge nicht denkbar. Das Individuum und seine natürlichen Netzwerke sind auf Vorleistungen der Kommune (und des Staates) angewiesen, um selbstständig, selbstverantwortlich und mitverantwortlich entscheiden und handeln zu können. Aus diesem Grunde stehen Daseinsvorsorge und Subsidiarität nicht in einem Konkurrenz-, sondern vielmehr in einem komplementären Verhältnis.

2. Zentrale Vorleistungen der Kommune dürfen nicht unter Hinweis auf Subsidiarität (und zwar im Sinne der Übertragung von Verantwortung auf die „natürlichen Netzwerke“) abgebaut werden: Damit würde das Konzept der Subsidiarität (...) ausgehöhlt. Dies heißt zum Beispiel: Bürgerschaftliches Engagement darf nicht in der Weise verstanden werden, dass dieses kommunale und staatliche Pflichtaufgaben „ersetzen“ würde.

3. Es muss ein moderner Subsidiaritätsbegriff entfaltet werden, der auf dem Prinzip der geteilten Verantwortung gründet. Damit ist gemeint, dass sich das Individuum, dessen Familie, dessen nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftlich Engagierte, Wohlfahrtsverbände, private Dienstleister und Kommunen Aufgaben teilen, das heißt – aufeinander abgestimmt – Verantwortung übernehmen. Dies lässt sich am Beispiel von pflegerischer Unterstützung im Alter besonders gut veranschaulichen, und dieses Konzept der geteilten Verantwortung wurde entsprechend von der Kommission vor allem im thematischen Kontext von Pflege entfaltet (Kruse 2017).

Primärversorgung ausbauen

Gerade bei alten Menschen, die häufig verschiedene Komponenten gesundheitlicher Versorgung – verschiedene Therapien, evtl. rehabilitative Elemente und pflegerische Elemente – gleichzeitig benötigen und in Anspruch nehmen, kommt der Primärversorgung eine große Bedeutung in der Koordination und Steuerung der Leistungserbringung zu. Eine gut zugängliche Primärversorgung stellt sicher, dass Patienten notwendige und sinnvolle Diagnostik und Behandlung tatsächlich nachfragen und erhalten; sie kann vermeiden, dass sowohl unnötige Kosten als auch Schädigungen entstehen.

Die Altenberichts-Kommission verweist auf die große Bedeutung der Primärversorgung und regt eine sinnvolle Erweiterung der Primärversorgung durch Sozial- und Gesundheitsberufe an. Denn ohne diese ist vermutlich eine nachhaltige und flächendeckende Verbesserung der Koordination nicht zu erreichen. Daher ergeht die Forderung an die Bundesregierung, die im Sachverständigenrat (SVR 2014) empfohlenen Primärversorgungszentren einzurichten. Weiter heißt es: *„In diesem Zusammenhang müssen auch die Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren, deutlich erweitert werden“* (BMFSFJ 2016). Laut Altenberichts-

⁵⁸ (lat. Subsidium – Hilfe, Reserve) „Subsidiarität“ bedeutet sinngemäß „zurücktreten“ oder „nachrangig sein“. Der Staat tritt nach dem Prinzip der Subsidiarität dann zurück von einer Aufgabe, wenn diese Aufgabe auch von einer „untergeordneten“ Organisation erfüllt werden kann. Es stellt ein Prinzip dar, das auf die Entfaltung der individuellen Fähigkeiten, der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung abstellt. Dabei ist der Hilfe zur Selbsthilfe der Vorrang vor einer unmittelbaren Aufgabenübernahme durch den Staat zu geben (Bundeszentrale für politische Bildung bpb 2018)

Kommission sollen durch eine gute gesundheitliche Versorgung Teilhabechancen eröffnet und eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung bis ins hohe Alter hinein ermöglicht werden. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung, eine Vernetzung von Angeboten sowie eine verbesserte Zusammenarbeit der Ärzte mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen sind hierbei von besonderer Bedeutung. Die Empfehlung geht dahin, den Aufbau von Hausarztzentren oder lokalen Gesundheitszentren mit integrierten Versorgungskonzepten zu fördern. Auch hier wird wieder auf die Möglichkeit der Delegation, der Substitution sowie die Potenziale der Telemedizin verwiesen (BMFSFJ 2016).

Die Bundesregierung hat dazu Stellung genommen: Es heißt, der Bedarf ist erkannt und passgenaue Dienstleistungsangebote, eine seniorenrechtliche Infrastruktur sowie stabile Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit und zur Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedarf sind zu schaffen.

Der Deutsche Landkreistag regt im Positionspapier zur Rolle der Landkreise in der gesundheitlichen Versorgung an, *dass der Bundesgesetzgeber die berufsgruppenübergreifend ausgerichtete Primärversorgung in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung rücken muss. In diesem Zusammenhang müssen die Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren, deutlich erweitert werden* (Präsidium des Deutschen Landkreistages 2013). Die Vernetzung und Koordinierung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, die immer auch die pflegerische Versorgung mit bedenken muss, ist eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben kommunaler Selbstverwaltung auf der Landkreisebene. Die für die Gesundheitsversorgung von morgen erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen können nur im Rahmen eines dezentralisierten Gesundheitswesens erbracht werden (Präsidium des Deutschen Landkreistages 2013). Ausführlich diskutiert die Kommission des Siebten Altenberichtes auch die Differenzierung zwischen „cure“ und „care“-Leistungen. Ersteres beschreibt die professionell erbrachten pflegerisch-rehabilitativen Leistungen, letzteres hingegen die sozioemotionalen Qualitäten, die im Kontext der medizinisch-pflegerischen Versorgung unerlässlich sind. Es wird konstatiert, dass Cure immer auch Care einschließt: Eine gute medizinisch- pflegerische Betreuung ist ohne die „Sorge“ des betreuenden (behandelnden, pflegenden) Menschen gar nicht denkbar (Kruse 2017).

Exkurs Modellprojekte: Bereits heute unterstützen die Landkreise zahlreiche Modellprojekte zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Menschen. So wurden mit Hilfe der Kommunen z. B. Pendel- bzw. Bürgerbusse und Ärztehäuser/ Gesundheitszentren eingerichtet (Präsidium des Deutschen Landkreistages 2013). Der Siebte Altenbericht nimmt zu diesen Modellprojekten kritisch Stellung. Er stellt fest, dass die Identifikation von Handlungsbedarfslagen auf kommunaler Ebene eine gezielte Beobachtung, Analyse und Prognose der sozialen und demografischen Entwicklung auf regionaler Ebene und die Einbindung in regionale Planungsprozesse, Strategien und Netzwerke voraussetzt. Staatliche Modellprogramme, aber auch die Förderung von Stiftungen, die in der Vergangenheit häufig kompetitiv und wettbewerblich gestaltet wurden, haben oftmals den Kommunen Aufmerksamkeit und Unterstützung vermittelt, die über eine vergleichsweise gute Performance verfügten und nicht selten, von einem Modellprojekt zum nächsten, Mittel für Innovationen akquirieren konnten. Diese kompetitive Ausrichtung von Programmförderungen widerspricht potenziell dem örtlichen Handlungsbedarf, gerade in strukturschwachen Regionen (BMFSFJ 2016).

11.1 Berufs- und pflegepolitische Überlegungen

„Das deutsche Gesundheitssystem steht international für Spitzenmedizin. Es ist höchste Zeit, dass Deutschland seinen Bürgerinnen und Bürgern in allen Sektoren eine Spitzenpflege ermöglicht und zu internationalen Standards aufschließt! Dies wird nur durch mehr akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gelingen“. Mit diesem Auszug aus dem Manifest „Mit Eliten pflegen“ der (Robert Bosch Stiftung 2018) wird deutlich, welcher Wert der Pflege in der Erbringung von Gesundheitsleistungen zukommt. Aus Sicht der Pflegeberufe, der größten im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppe, sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

- Die professionell Pflegenden sind im Vergleich zu anderen Heilberufen politisch und in den Entscheidungsgremien (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) oder Qualitätsausschuss SGB XI) unterrepräsentiert. Das liegt u.a. daran, dass der Pflegeberuf im Gegensatz zu anderen Heilberufen nicht in Berufskammern organisiert ist und deshalb wenig auf belastbare Strukturen zurückgreifen kann. Der Pflegeberuf ist aber auch im Leistungsrecht an vielen Stellen fremdbestimmt, z. B. durch Arbeitgeberverbände oder Kostenträger. Der Pflegeberuf benötigt deshalb auf Landesebene Pflegekammern und auf Bundesebene eine Bundespflegeberufskammer. Darüber hinaus muss der Beruf in den relevanten Gremien des Sozialrechts (z. B. G-BA und Qualitätsausschuss) Mitbestimmungsrechte erhalten. Als Voraussetzung, um neue Versorgungsmodelle in Deutschland zu realisieren, sind laut Schaeffer (2017) vor allem die Veränderungen der in Deutschland ausgeprägten Hierarchie der Gesundheitsprofessionen, die Etablierung gleichrangiger multiprofessioneller Zusammenarbeit in Teams und die Verankerung von Orientierung an den subjektiven und individuellen Bedarfslagen der Menschen als Leitmaxime der Versorgungsgestaltung zu nennen (Schaeffer 2017).
- Damit die Menschen den Nutzen von Community Health Nursing in der primären Gesundheitsversorgung voll ausschöpfen können, müssen die bestehenden Gesetze zur Anwendung kommen. Darüber hinaus muss auch der politische Wille, Community Health Nursing einzuführen, erkennbar werden, vor allem durch die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen, die den Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen erweitern und langfristig absichern (CNPI 2006; SVR 2014).
- Wichtig sind klar definierte Strukturen für die Zusammenarbeit im Team mit gemeinsamen Definitionen von Aufgaben und/oder entsprechenden Verantwortlichkeiten. Darüber hinaus ist eine gegenseitige Anerkennung und Verstehen der Handlungsfelder der jeweiligen Profession ein Schlüsselfaktor bei der Förderung cross-professioneller Zusammenarbeit (Hämel/Vössing 2017). Aus Sicht der Pflege ist die Kooperation mit den Ärzten ein zentraler Gelingensfaktor für die Etablierung von Community Health Nursing.
- Pflegefachpersonen benötigen eine hohe Kompetenz, um den steigenden Anforderungen in allen Versorgungsbereichen gerecht zu werden. In der Langzeitpflege, aber auch der Akutversorgung und -pflege sowie in der Primärversorgung wird häufig unterschätzt, welche intellektuellen Anforderungen an die Berufsausübung bestehen. Daher sollte das System der Ausbildung in der Pflege modernisiert werden. Laut Schaeffer ist eine Überwindung des Bildungsgefälles und eine Anerkennung der Gesundheitsberufe als gleichrangig

zu anderen Professionen dringend erforderlich. Ein entsprechender Zugang zu Hochschulbildung und akademischer Qualifizierung, aber auch ein weiterer Ausbau grundständiger Studiengänge auf Bachelorniveau wie auch weiterführender Masterstudiengänge für Spezialaufgaben in der Pflege müssen dazu eingerichtet werden (Schaeffer 2017).

- Um eine Community Health Nurse effektiv und durchgängig in der primären Gesundheitsversorgung einsetzen zu können, ist nicht nur ein Masterstudiengang erforderlich, sondern es ist nach internationalen Erfahrungen sinnvoll, die Ausbildung möglichst einheitlich zu gestalten. Für die Berufsausübung ist es hilfreich, wenn künftige Community Health Nurses vor dem Masterstudium bereits Berufserfahrung gesammelt haben (CNPI 2006; Donald et al. 2010). Dem folgen auch die Überlegungen für die Etablierung in Deutschland: Grundlage für Community Health Nursing ist die pflegerische Berufszulassung (zum Heilberuf). Die pflegerisch-klinische Fachkompetenz wird in der Berufsausbildung vermittelt und durch Berufserfahrung und etwaige Zusatzqualifikationen erweitert und vertieft. Voraussetzung zur Aufnahme des Masterstudiums ist ein Bachelor-Abschluss. Medizinisch-pflegerische und pharmakologische Grund-Kenntnisse müssen vor Beginn des Masterstudiums vorhanden sein, damit diagnostische Verfahren gelehrt und angewendet und/oder daran mitgewirkt werden kann. Die Kompetenzen aus der pflegerischen Erstausbildung werden mit einbezogen, bzw. bilden die Grundlage.
- Gute Erfahrungen in Bezug auf eine konstruktive und effektive Zusammenarbeit wurden gemacht, wenn von Beginn einer Implementierung von Community Health Nursing an alle beteiligten Akteure (Vertreter der Bundes- und Landesberufsvertretungen, Arbeitgeber, Vertreter der Kommunen u.a.m.) sich gemeinsam über gewünschte Outcomes, gemeinsame Werte, das Feststellen von Bedarfslagen sowie Positionsbeschreibungen und Aufgabenverständnis abstimmen konnten (DiCenso/Matthews 2003; rev. 2005; CNPI 2006; CNA 2016).
- Die besondere Eignung der Berufsgruppe der Pflege für Community Health Nursing ergibt sich aus deren umfassender Qualifizierung. International sind Community Health Nurses auf Masterniveau spezialisierte Pflegefachpersonen. Es handelt sich um ein komplexes und anspruchsvolles Handlungsfeld. Nur umfassend ausgebildete Pflegefachpersonen können wirkungsvoll darin agieren. Um den derzeitigen Deprofessionalisierungstendenzen in der Pflege entgegen zu wirken, ist dafür zu plädieren, dass Deutschland sich an den üblichen Qualifizierungswegen orientiert: Eine pflegerische (Grund-)ausbildung bildet die Grundlage; ein Bachelor-Abschluss ist die Voraussetzung, um in ein Masterprogramm zu gehen. Die Spezialisierung auf „Community Health Nursing“ erfolgt durch die Schwerpunktsetzung.
- Originärer Bestandteil der Pflege ist der Pflegeprozess, bestehend aus einem (vier- oder sechshephasigen) Regelkreis. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass Pflege als strukturierter durchdachter Prozess gesehen und ergebnisorientiert gestaltet wird. Der Pflegebedarf wird erhoben und die Pflegemaßnahmen werden systematisch geplant, durchgeführt und auf ihre Wirksamkeit/Effekte überprüft (Georg Thieme Verlag 2015). Der Pflegeprozess ist eine Arbeitsmethode in der professionellen Pflege zur Erfassung, Planung, Durchführung und Evaluierung pflegerischer Maßnahmen. Ausgebildet wird (sowohl nach KrPflG als auch nach

PfIBG) für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen. Pflege umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation (...). Daraus ergibt sich die besondere Eignung der Pflegeberufe für Community Health Nursing, auch gegenüber anderen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen. Es ist geplant, dass ab 2020 das Krankenpflege- und Altenpflegegesetz durch das Pflegeberufegesetz (PfIBG) abgelöst wird. Ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und das berufliche Selbstverständnis werden entwickelt und gestärkt (§ 4 Abs. 3 PfIBG). Bereits heute übernehmen Pflegefachpersonen häufig die Steuerung, Planung und Koordinierung des Versorgungsprozesses. Nach PfIBG werden diese Aufgaben dann erstmalig gesetzlich als vorbehaltenen Tätigkeiten definiert. Dazu gehören insbesondere:

- ⇒ Erhebung, Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
- ⇒ Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- ⇒ Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Auch das unterstützt die spezielle Befähigung der Pflegefachpersonen, im Handlungsfeld Community Health Nursing tätig zu werden.

- Die ambulante Pflege muss qualitativ und quantitativ weiter entwickelt werden. Laut Sachverständigenutachten (SVR 2014) kommt „der ambulanten Pflege künftig prioritäre Bedeutung zu, zumal eine häusliche Versorgung auch aus Nutzersicht präferiert wird. Auch angesichts der zu erwartenden Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger ist ein quantitativer und qualitativer Ausbau der ambulanten Pflege zu fördern. Zugleich ist es erforderlich, Anreize zu setzen, um eine populationsorientierte Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege zu stimulieren, sodass es ambulanten Pflegediensten künftig möglich ist, der gesamten Breite und Vielfalt des regionalen Bedarfs zu entsprechen. Besonders sind dabei die wachsenden Zahlen an Menschen mit komplexem Bedarf und an alleinlebenden Pflegebedürftigen zu beachten. Darüber hinaus sind Anreize erforderlich, um die Etablierung neuer Formen der Arbeitsorganisation anzuregen, die zur Verbesserung der personellen Kontinuität und der Versorgungsqualität beitragen.“

In Einrichtungen für ambulante Pflege könnte eine Community Health Nurse z. B. die Rolle eines Supervisors einnehmen, indem sie die Pflegenden beispielsweise als Expertin für offene Wunden, Diabetes oder die Bewältigung von Medikamentenregimen begleitet und unterweist (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015).

Gesundheit und Krankheit werden zu Hause bewältigt. Die Häuslichkeit ist ein wichtiger Gesundheitsstandort. Die medizinisch-pflegerische Versorgung sollte gemeinde- oder wohnortnah ausgerichtet werden. Dabei sind Flexibilität und Kreativität gefragt (Agnes-Karll-Gesellschaft 2018)

11.2 Finanzierungsoptionen für Community Health Nursing

Der Blick ins Ausland zeigt, dass es kein einheitliches Finanzierungskonzept für Community Health Nursing gibt. In Kanada beispielsweise sind die Primärversorgungszentren mit den darin tätigen Family Health Teams teilweise privat-gemeinnützig, teilweise gewinnorientiert organisiert (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). Die Family Health Teams (FHT) werden durch „Vorstände“ (Boards) geleitet, die über das Management, das Feststellen und die Abdeckung des Versorgungsbedarfes der Bevölkerung in der Region, das Aufgaben- und Angebotsprofil sowie über die Qualität der Versorgung entscheiden. In die Finanzierung der Family Health Teams sind die ärztlichen Leistungen nicht eingeschlossen. Sie werden gesondert vergütet – meist auf leistungsorientierter Basis (Fee for Service). Die Ärzte (z. B. Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte) sind nicht ausschließlich in den Family Health Teams tätig, sondern haben mehrere Einnahmequellen. Sie bieten ihre Dienste tageweise in Sprechstunden in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen an. Es gibt jedoch auch andere Konzepte. So werden z. B. die Nurse-Led Clinics (NLCs) direkt aus dem Budget des kanadischen Ministeriums für Gesundheit und Langzeitversorgung finanziert. Sie sind Bestandteil der staatlichen Gesundheitsversorgung. Auch in Finnland sind die Kommunen hauptverantwortlich für die Gesundheitsversorgung, und das überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitswesen bietet universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015).

Auch in Deutschland muss die Diskussion um die Finanzierung von Community Health Nursing geführt werden. Eine Verankerung im Leistungsrecht ist zu prüfen. Es ist wichtig, Formen der Mischfinanzierung unter Beteiligung von Kostenträgern wie Kranken- und Pflegekassen, aber auch der Kommunen zu entwickeln. Arztpraxen, die nicht mehr durch die KVen (Kassenärztliche Vereinigungen) besetzt werden können, sollten nicht mehr in den KV-Pool zurückgegeben und an anderem Ort eröffnet werden dürfen, sondern diese Mittel sollten den Kommunen zur Sicherung der medizinischen Versorgung überlassen werden. Sie könnten z. B. Versorgungszentren (mit)finanzieren.

Die Kommunen haben ein besonderes Interesse am Aufbau einer pflegerischen Infrastruktur sowie einer leistungsfähigen Primärversorgung. Nur bei gutem, niedrigschwelligem Zugang zum Gesundheitssystem, also der Primärversorgung, gelingt es den Betroffenen, die kassenfinanzierten Leistungen nachzufragen, die sie benötigen und auf die sie einen gesetzlichen Anspruch haben. Das wiederum kann die Kommunen finanziell entlasten, wenn z. B. durch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention der Bedarf an Unterstützung reduziert wird. Ziel dieser Schrift ist es, Finanzierungsoptionen zu benennen⁵⁹. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben.

- **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD):** Der ÖGD wird aus Landesmitteln finanziert. Die Bundesländer haben eigene Gesetze über Aufgaben und Ziele des öffentlichen Gesundheitsdienstes verabschiedet. Übergeordnetes Ziel ist der

⁵⁹ Im weiteren Projektverlauf ist geplant, ein Rechtsgutachten zur sozialrechtlichen Finanzierbarkeit der Leistungen von CHN zu beauftragen. In dem Gutachten soll insbesondere die Finanzierbarkeit durch das Präventionsgesetz, Asylbewerberleistungsgesetz, Pflegestärkungsgesetz und sowie andere Möglichkeiten der Finanzierbarkeit geprüft werden.

Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Die vielfältigen Aufgaben werden von den Gesundheitsämtern wahrgenommen. Es ist zu prüfen, ob die Leistungen des ÖGD auch im Rahmen von primärer Gesundheitsversorgung durch Community Health Nurses erbracht werden könnten. Hier wäre insbesondere an Impfkampagnen, Einschulungsuntersuchungen, Gesundheitschecks etc. zu denken.

- **Präventionsgesetz (PrävG):** Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist im Juli 2015 in Kraft getreten. Ein wesentlicher Fortschritt besteht darin, dass Prävention in Einrichtungen wie Kitas, Schulen, Betrieben, Pflegeversorgern und Stadtteilen gestärkt wird. Dafür stellt die gesetzliche Krankenversicherung pro Versichertem 7,- € zur Verfügung (zuvor waren es 3,- €). Es wäre zu prüfen, inwieweit Mittel der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil/Gemeinde/Region ausgegeben werden könnten. In diesem Zusammenhang wäre abzuklären, welche Rolle die Community Health Nurse bei der Erhebung von Gesundheitsbedarfslagen übernehmen kann. Ausführungen finden sich im „Leitfaden Prävention“ nach § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.
- **Elftes Sozialgesetzbuch SGB XI:** Um Menschen in die Lage zu versetzen, ihre häusliche Situation zu bewältigen, sind in den letzten Jahren in der Pflegeversicherung verschiedene, gesetzlich definierte Beratungsansprüche geschaffen worden:
 - ⇒ Aufbau lokaler Infrastrukturen zur Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte (vormals nach § 92c SGB XI, durch das zweite Pflegestärkungsgesetz nunmehr § 7c SGB),
 - ⇒ Rechtsanspruch auf Information und Aufklärung nach § 7 SGB XI, Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB,
 - ⇒ Anspruch auf Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI.

Weiterhin gibt es verpflichtende Beratungsbesuche für Geldleistungsempfänger nach § 37 Abs. 3 SGB. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sowie Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 freiwillig abzurufen.

Ein Anspruch auf Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI besteht ebenfalls für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die nach § 45a Absatz 4 SGB XI regelmäßig bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages für die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag umwidmen (Umwidmungsbetrag).

- **Pflegestärkungsgesetze:** Insbesondere das PSG III dient der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Eine Ausweitung des Beratungsangebotes sowie den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu vereinfachen, ist Herausforderung und Aufgabe der Kommunen. Es ist anzuregen, dass Pflegeberatung z. B. in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung stattfinden kann. Es ist zu prüfen, ob die Etablierung von Community Health Nursing durch die Kommunen gefördert werden kann.
- **Jugendhilfe:** Kinder- und Jugendhilfe nach dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) umfasst Leistungen und Aufgaben, die durch öffentliche und freie Träger zugunsten junger Menschen und ihrer Familien erbracht werden. Sie arbeiten mit

dem Jugendamt (eine Organisationseinheit innerhalb der Kommunalverwaltung) zusammen. In Einrichtungen der gesundheitlichen Primärprävention ist das Personal – wie auch in Arztpraxen – zwangsläufig mit kritischen Situationen zum Kindeswohl (auch Kinder- und Jugendschutz) konfrontiert. Inwiefern hier Community Health Nursing gezielt Aufgaben (Hausbesuche, Einbeziehung der Familie/Eltern) übernehmen kann, ist abzuklären. Wie bei den Familiengesundheitspflegenden und den Familienhebammen zeigt sich im Kontakt mit den Familien immer wieder, dass diese Berufsgruppen einen Vertrauensvorschuss genießen. Die möglicherweise als stigmatisierend empfundenen Hausbesuche von Sozialarbeitern entfallen auf diese Weise. Es ist zu untersuchen, welche Leistungen im Community Health Nursing finanziert werden können.

- **Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V:** Integrierte Versorgung beinhaltet eine „sektorenübergreifende“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der Schnittstellen der unterschiedlichen Leistungserbringer im Gesundheitssystem (z. B. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen, Kliniken, niedergelassene Ärzte, Physiotherapeuten, Psychologen etc.). Ziel ist eine verbesserte Qualität der Patientenversorgung mit einer gleichzeitigen Senkung der Gesundheitskosten. Bisher ist die Berufsgruppe der Pflege kaum als Vertragspartner in Erscheinung getreten, wenngleich sie an der Leistungserbringung hohen Anteil hat wie z. B. im Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. (Engels 2017). Es ist empfehlenswert, dass professionelle Pflege in die Kooperation mit einbezogen wird und eigenständig Versorgungsverträge mit den Kassen abschließen kann.
Neben der „integrierten Versorgung“ existieren noch weitere Ansätze zur Verbesserung der Versorgung wie z. B. strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke nach §§ 137f–g SGB V. Sie umfassen ein spezielles, auf die jeweilige Krankheit zugeschnittenes Behandlungsprogramm, das die Patienten stärker einbindet. Es ist zu prüfen, ob und wie Pflegefachpersonen (Community Health Nurses) stärker und verantwortlich in die Leistungserbringung einbezogen werden können.
- **BTHG (Bundesteilhabegesetz):** Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen soll eine zeitgemäße Gestaltung mit besserer Nutzerorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der deutschen Eingliederungshilfe erreicht werden (UN-Behindertenrechtskonvention 2008). Das Gesetz wird von Betroffenenverbänden kritisch beurteilt, da der leistungsberechtigte Personenkreis begrenzt und einer Bevormundung durch die Behörden Vorschub geleistet wird. Darüber hinaus wurde der Passus „ambulant vor stationär“ gestrichen, weswegen die Verbände vermehrte Heimeinweisungen fürchten. Inwiefern Leistungen des BTHG fördernd für die Etablierung von Community Health Nursing in Primärversorgungseinrichtungen wirken, muss abgeklärt werden.
- **Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“:** Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB 2018) unterstützt das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“. Es dient zur Stabilisierung und Aufwertung von Wohn- und Lebensbedingungen von wirtschaftlich und sozial gefährdeten Ortsteilen. Eine Maßnahme, diese Abwärtsspirale zu durchbrechen, ist die Etablierung von Quartiersmanagement. Es ist zu prüfen, inwiefern

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -prävention durch Fördermittel der „Sozialen Stadt“ in lokalen Gesundheitszentren durch Community Health Nurses erbracht bzw. finanziert werden könnten.

- **Spenden und Stiftungen:** Es gibt eine Vielzahl von Projekten, die über Spenden, Stiftungen (z. B. Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann-Stiftung) und Fördervereine einzelne Aspekte der Gesundheitsversorgung und -förderung aufgreifen. Teilweise richten sich diese Projekte an spezielle Betroffenenengruppen und ihre Angehörigen (z. B. Demenz, chronische Wunde, Depression). Förderung durch/bzw. Kooperationen mit der Industrie sind teilweise akzeptiert oder sogar erwünscht. Firmen können dadurch ihrer Corporate Social Responsibility⁶⁰ nachkommen. Spezifische Leistungsangebote für diese Bevölkerungsgruppen und die Verortung von Selbsthilfegruppen zu oben genannten Gesundheitsproblemen in einem Primärversorgungszentrum in Deutschland würden einen hohen Nutzen für die Betroffenen generieren. Welche Finanzierungsoptionen sich daraus ergeben, ist zu prüfen.

⁶⁰ Unter "Corporate Social Responsibility" (CSR, unternehmerische Verantwortung) ist die gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen als Teil des nachhaltigen Wirtschaftens zu verstehen.

Die Politik wird sich verstärkt daran messen lassen müssen, ob es gelingt, die Gesundheitsversorgung an die gewandelten gesundheitlichen Bedarfslagen anzupassen und die Gesundheitschancen für alle Menschen in allen Lebensphasen und Regionen zu sichern bzw. zu verbessern. Entscheidend ist – unabhängig von ihrem Wohnort – der ungehinderte Zugang zu den Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems. Denn aktuelle Studien zeigen, dass vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen das Versorgungsangebot ausdünnert, während in städtischen Regionen oftmals Ungleichverteilungen von Ärzten bestehen (GKV-Spitzenverband 2014; Schaeffer/Hämel/Ewers 2015; IGES Institut 2017).

Laut Statistik liegt das Durchschnittsalter der Hausärzte derzeit bei über 55 Jahren, laut KBV sind in Brandenburg fast 30 % der Hausärzte 60 Jahre oder älter (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg). Die Bereitschaft junger Ärzte, sich in ländlichen Regionen als Hausarzt niederzulassen, ist beschränkt. Allerdings ist auch in den anderen Gesundheitsfachberufen, allen voran der Pflege, ein Fachkräftemangel zu beobachten. Der DBfK weist seit langem darauf hin, dass dies – unter anderem auch – dadurch bedingt ist, dass viele Pflegefachpersonen nicht bereit sind, unter den derzeit herrschenden Arbeitsbedingungen zu arbeiten. Daher müssen die Anstrengungen dahin gehen, zusätzlich Personal zu gewinnen, neue Versorgungsmodelle zu entwickeln und über attraktive Arbeitsbedingungen qualifizierte Pflegefachpersonen wieder in den Beruf zu holen.

Das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege ist durch konkurrierende Interessen und kontroverse Diskussion um Delegation versus Substitution gekennzeichnet (Schaeffer 2017). Diese Debatte ignoriert die Frage nach den Bedarfen. Die gewandelten Bedarfslagen der Bevölkerung sollen bei der Weiterentwicklung der Versorgung besonders in den Fokus gerückt werden. Daher sollte ein Umdenken stattfinden und neue Formen der Kooperation ausgehandelt werden.

Schon auf der Konferenz in Alma-Ata (WHO: Erklärung von Alma-Ata 1978) wurde der Bedarf nach einer populations- und gemeindeorientierten, multiprofessionellen Primärversorgung diskutiert. Die WHO hat mit dem Konzept Family Health Nursing im Rahmenprogramm „Gesundheit für alle“ die Initiative ergriffen. Viele Länder haben das Konzept – in landesspezifischen Ausprägungen – eingeführt. In anderen Rahmenprogrammen (Millennium Development Goals – MDGs 2000 vgl. Fußnote 17; Sustainable Development Goals – SDGs, seit 2015) fordern die Mitgliedstaaten der WHO sowie die Vereinten Nationen eine Stärkung der primären Gesundheitsversorgung. Damit wurde der hohe Stellenwert, den die WHO einer qualifizierten pflegerischen Versorgung beimisst, überaus deutlich. Die Empfehlungen des Sachverständigenrates weisen in die gleiche Richtung.

Die Einführung von lokalen Primärversorgungszentren zusammen mit Community Health Nursing in Deutschland bietet eine große Chance, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Einerseits können die Haus- und Kinderärzte von Routineaufgaben entlastet werden, andererseits bringen Community Health Nurses die Kompetenzen mit, komplexe Bedarfslagen der Patienten abzudecken. Das Leistungsspektrum in der Primärversorgung wird also erweitert. Insbesondere bei chronisch kranken Patienten können pflegerische Kernkompetenzen z. B. zur Stärkung des Selbstmanagements durch Beratung, Information, Anleitung und Patientenschulung sinnvoll eingesetzt werden. International gibt es eine große Vielfalt an pflegerischen Rollen (ANP-Rollen) in der erweiterten Pflegepraxis. In den Krankenhäusern haben diese in Deutschland schon Einzug gehalten, z. B. auf den Intensivstationen, als Wundexperten, Breast Care

Nurses etc. Aber auch im ambulanten Bereich und in der stationären Langzeitpflege ist es wichtig, erweiterte pflegerische Rollen zu entwickeln. Die Rolle der Community Health Nurse in diesen Settings gilt es in Deutschland noch zu entwickeln. Einige Ansätze, die Potenzial für die Einführung von Community Health Nursing in Deutschland bieten, wurden dargestellt. Internationale Studien belegen die Effektivität der Versorgung durch Community Health Nurses. Sie bestätigen die Patientensicherheit in der Behandlung durch Community Health Nurses (El-Jardali/Lavis 2011). In der Versorgung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes Typ 1 und 2, bei Herzerkrankungen oder Nierenerkrankungen erzielten sie bessere Outcomes im Vergleich zu einer Versorgung durch Hausärzte (Richardson et al. 2014; Bonner et al. 2015; Kutzleb et al. 2015). Die international ausgerichtete, vergleichende Studie von Abuzahra et al. (2017) verweist u.a. auf eine hohe Patientenzufriedenheit bei durch Pflegefachpersonen geleitetem Krankheitsmanagement. Es werden eine Reihe von ärztlichen Aufgaben genannt, die von Pflegefachpersonen übernommen werden.

Die Etablierung von Community Health Nursing ist ein Prozess, der nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen ist. Organisations- und Versorgungsstrukturen müssen verändert werden, es erfordert politischen Willen und eine adäquate Aufgabenverteilung unter den Berufsgruppen. Was derzeit noch „in Stein gemeißelt“ erscheint, muss so nicht bleiben. Die Kommunen fordern Mitwirkung bei einer teilhabeorientierten Ausgestaltung eines berufsgruppenübergreifenden Sozial- und Gesundheitswesens und sehen ihre Verantwortung dabei. So könnte die Kommune in der Rolle des „Kümmerers“ dafür sorgen, dass die Menschen die Kassenleistungen abfragen, auf die sie Anspruch haben. Schon das könnte zu einer Entlastung der Kommunen führen, denn darüber würde sich der Versorgungsgrad der Betroffenen verbessern – Pflegebedürftigkeit wird vorgebeugt oder verzögert.

Neben den skandinavischen Ländern und Kanada, die häufig vorbildhaft in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung dargestellt werden, gibt es auch bei den deutschsprachigen Ländern (hier Österreich) umfangreiche Reformbemühungen. Diese betreffen auch die Gestaltung der Primärversorgung. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Einsatz von Pflegefachpersonen eine riesige Ressource bietet, insbesondere, wenn sie umfassend, also akademisch qualifiziert sind. Das ist die Voraussetzung dafür, dass komplexe Handlungsfelder verantwortungsvoll durch Pflege ausgefüllt werden können.

Auch in Deutschland werden die Voraussetzungen durch die fortschreitende Akademisierung der Pflegeberufe geschaffen – die Entwicklung von Bachelor- und Master-Studiengängen nimmt zu. Erste Qualifizierungsmöglichkeiten in Richtung Public Health Nursing und Community Health Nursing sind vorhanden, weitere in Planung. Das neue Pflegeberufegesetz befördert die generalistische Ausbildung und hochschulische Spezialisierungen. Zukünftig können sich Pflegefachpersonen für speziell definierte Aufgaben in der Primärversorgung in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen qualifizieren – für eine Tätigkeit in lokalen Gesundheitszentren, im Quartiersmanagement oder Medizinischen Versorgungszentren. Damit wird in Deutschland die Ausrichtung des Sozial- und Gesundheitswesens teilhabeorientiert weiter entwickelt – zum Nutzen der Patienten. Dem Fachkräftemangel wird durch attraktive Karrieremöglichkeiten, vor allem in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention, wirkungsvoll begegnet. Das Ansehen des Berufsbildes Pflege steigt und gewinnt an Attraktivität. Diese Entwicklungen weiter zu unterstützen ist Aufgabe und Ziel dieses Projektes.

Großer Dank gilt der Robert Bosch Stiftung, die diese Arbeit ermöglicht und so eine nachhaltige Entwicklung der Versorgungsstrukturen im Sozial- und Gesundheitswesen befördert.

- Abuzahra, M.; Siebenhofer-Kroitzsch, A.; Horvath, K.; Klaus Jeitler, N. P.; Schüttengruber, G.; Semlitsch, T. (2017): Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage, Kooperationsprojekt zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Med. Universität Graz [URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.631038>].//vgl. auch URL: <http://pflgewissenschaft.medunigraz.at/forschung/pflegefachkraefte-in-der-hausarztpraxis>].// Stand: 01.04.2018].
- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wiesbaden: Destatis.
- Agnes Karll Gesellschaft (Hg.) (2018): Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung: Dokumentation der Fachtagung vom 29. & 30. November 2017 in Berlin. Agnes-Karll-Gesellschaft: Frankfurt am Main, Berlin [vgl. auch URL: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/Veranstaltungen/CHN-Tagung/tagungsband_community-health-nursing_web.pdf].// Stand:01.04.2018].
- AK-DQR. (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR). Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder.
- Ammende, R.; Igl, G.; Keogh, J.; Müller, K.; Reinhart, M.; Stöcker, G. (2010): Pflegebildung offensiv. Berlin: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) [vgl. auch URL: http://bildungsrat-pflege.de/wontent/uploads/2014/10/dbr_broschuere_perspektiven_web.pdf].// Stand: 01.04.2018].
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (Hg.) (2007): Neue Volkskrankheiten - Einführung. Berlin: Institut für Bevölkerung und Entwicklung [URL: <https://www.berlin-institut.org/?id=92%252520>].// Stand:01.04.2018].
- Berliner Zeitung. (Hg.) (01.05.2017): Berliner Zeitung (online). Berlin [URL: <https://www.berliner-zeitung.de/berlin/impfbus-vor-berliner-hochschulen-vor-der-uni-noch-schnell-zum-impfen-26823666>].// Stand: 01.04.2018].
- Bertelsmann Stiftung. (Hg.) (2015): Demographischer Wandel verstärkt Unterschied zwischen Stadt und Land. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. [vgl. auch URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/Bevoelkerungsprognose_Bundesweit.pdf].// Stand: 01.04.2018].
- BMUB: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2018): Soziale Stadt. Berlin [URL: <http://www.bmu.de/themen/stadt-wohnen/staedtebau-foerderung/soziale-stadt-biwaq/soziale-stadt/>].// Stand: 01.04.2018].
- BMFSFJ. (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) [vgl. auch URL: <https://eprints.qut.edu.au/89021/1/FINAL%20REPORT%20Evaluation%20of%20Integrated%20Chronic%20Disease%20Nurse%20Practitioner%20Service.pdf>].// Stand: 01.04.2018].
- BMI. (Hg.) (2011): Demographiebericht der Bundesregierung - Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Berlin: Bundesministerium des Innern (BMI). [vgl. auch URL: <https://www.pkv.de/w/files/politik/studien/demografiebericht-26-10-11.pdf>].// Stand: 01.04.2018].
- Bonner, A.; Douglas, C.; Abel, J.; Barnes, M.; Stone, C.; Heatherington, J.; Bashi, N. (2015): Integrated Chronic Disease Nurse Practitioner Service - Evaluation Final Report. Brisbane: University of Technology [vgl. auch URL: <https://eprints.qut.edu.au/89021/1/FINAL%20REPORT%20Evaluation%20of%20Integrated%20Chronic%20Disease%20Nurse%20Practitioner%20Service.pdf>].// Stand: 01.04.2018].

- Brieskorn-Zinke, M. (2007): Public Health Nursing: Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brieskorn-Zinke, M. (2008): Die europäische Fortbildung Public Health: Anspruch und Wirklichkeit der Gesundheitsförderung in der Pflege. Pflegezeitschrift, Heft 9, S. 486-489.
- Bundeszentrale für politische Bildung bpb. (Hg.) (2018): Subsidiarität. [URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/das-junge-politik-lexikon/161670/subsidiaritaet>.// Stand:01.04.2018].
- Caesar, S.; Rameil, A.; Schmedders, M.; Hafner, V.; Hofmann, M. (2000): Community Health Assessment für Bielefeld. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- CNA. (Hg.) (2008): Advanced Nursing Practice - A National Framework. Ottawa: Canadian Nurses Association (CNA) [vgl. auch URL: https://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf.// Stand: 01.04.2018].
- CNA. (Hg.) (2016): The Canadian Nurse Practitioner Initiative - A 10-Year Retrospective. Ottawa: Canadian Nurses Association (CNA) [vgl. auch URL: <https://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/canadian-nurse-practitioner-initiative-a-10-year-retrospective.pdf?la=en>.// Stand: 01.04.2018].
- CNPI. (Hg.) (2006): Nurse Practitioners - The Time Is Now Technical Report. Ottawa: Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI) [vgl. auch URL: https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/01_integrated_report.pdf?la=fr.// Stand: 01.04.2018].
- Danne T.; Ziegler, R. (2017): Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG.); Deutsche Diabetes Hilfe (Hg.), Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2017 - Die Bestandsaufnahme (S. 121-132). Berlin: Kirchheim+Co. GmbH.
- DBfK. (Hg.) (2013): Advanced Nursing Practice - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK); 3. Auflage. [vgl. auch URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Nursing-Practice-Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf>.// Stand: 01.04.2018].
- DBfK; ÖGKV; SBK. (Hg.) (2013): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz [URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf.// Stand: 01.04.2018].
- De Geest, S.; Moons, P.; Callens, B.; Gut, C.; Lindpaintner, L.; Spirig, R. (2008): Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. Swiss Med Weekly, S. 43-44 [vgl. auch URL: <https://smw.ch/en/resource/jf/journal/file/view/article/smw/smw.2008.12293/smw.2008.12293.pdf>.// Stand: 01.04.2018].
- Der Tagesspiegel: Djangard, S. (2016): "Medibus" hilft beim Impfen von Flüchtlingen. Berlin: Der Tagesspiegel-online [URL: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/gesundheitsversorgung-von-gefuechteten-medibus-hilft-beim-impfen-von-fluechtlingen/14791340.html>.// Stand: 01.04.2018].
- Destatis. (Hg.) (2015): 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung - Bevölkerung Deutschlands bis 2060 [URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html;jsessionid=E7698C3B1C8C825C5CF3856E7F2396AE.cae1>.// Stand: 01.04.2018].
- Deutscher Städtetag. (Hg.) (2015): Positionspapier: Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Berlin und Köln: Deutscher Städtetag. [vgl. auch URL: http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/siteuebergreifend/2015/positionspapier_pflege_staerkung_kommunen_juni_2015.pdf.// Stand: 01.04.2018].

- DGPH. (Hg.) (2012): Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland - Forschung und Lehre. Bochum: Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) [URL: http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf. // Stand: 01.04.2018].
- DiCenso, A.; Bryant-Lukosius, D. (2010): Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. [vgl. auch URL: http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Dicenso_EN_Final.pdf?sfvrsn=0. // Stand: 01.04.2018].
- DiCenso, A.; Matthews, S. (2003/rev. 2005): Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care [URL: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac03/exec_summ.pdf. // Stand: 01.04.2018].
- Deutsches Institut für Pflegeforschung; PTHV Vallendar Pflegewissenschaftliche Fakultät; Universität zu Köln. (Hg.) (2009): Berichte aus der Pflege Heft 13: Expertise Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Köln, Vallendar, Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz; Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit [vgl. auch URL: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_13.pdf. // Stand: 01.04.2018].
- Donald, F.; Martin-Misener, R.; Bryant-Lukosius, D.; Kilpatrick, K.; Kaasalainen, S.; Carter, N.; DiCenso, A. (2010): The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada. *Nursing Leadership*, 23, S. 88-113.
- El-Jardali, F.; Lavis, J. N. (2011): Addressing the Integration of Nurse Practitioners in Primary Healthcare Settings in Canada. Hamilton: McMasterUniversity Health Forum.
- Engels, G. (o.J.): Netzwerk Diabetischer Fuß - Köln und Umgebung e.V.. Köln [URL: <http://www.fussnetz-koeln.de/>. // Stand: 01.04.2018].
- Erler, A.; Gerlach, F. (2018): Innovative Gesundheitsmodelle. Frankfurt am Main: Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt [URL: <http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle/>. // Stand: 05.03.2018].
- Erpenbeck, J.; Heyse, V. (1999/2007): Die Kompetenzbiographie: Wege der Kompetenzentwicklung. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann Verlag.
- EU Parlament / Rat der EU: Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg: 2008 [URL: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:32008H0506\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:32008H0506(01)). // Stand: 01.04.2018].
- Ewers, M. (2017): Pflegende in der Primärversorgung - Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Graz: Symposium vom 07. - 08. April 2017 zu der Thematik: Interprofessionalität in der Primärversorgung.
- Fietz, G.; Junge, A.; Reglin, T. (2008): Kompetenzfeststellung in betrieblichen Praktika. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- G + G Glossar. (Hg.) (2009): Gesagt ist nicht getan - Adherence: Arzt und Patient in gemeinsamer Verantwortung. Berlin: Gesundheit und Gesellschaft (GG) AOK; Spezial 5/2009, 12. Jahrgang.
- Gaber, E. (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Berlin: Robert Koch Institut.
- Gardner, G. E.; Carryer, J.; Dunn, S.; Gardner, A. (2004): Nurse Practitioner Standards Project - Report to Australian Nursing Council. Canberra: Australian Nursing Council.
- Georg Thieme Verlag (Hg.) (2015): 10.3 Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier. In *I care - Pflege* (S. 212-219). Stuttgart: Georg Thieme [URL: <https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/>

- de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/10.3_Der_Pflegeprozess_nach_Fiechter_und_Meier.pdf// Stand: 01.014.2018*].
- GKV-Spitzenverband. (Hg.) (2014): Bedarfsplanung und Versorgung: Faktenblatt. Berlin: Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband, Pressestelle.
- Hagen, C. v.; Schwarz, H. P. (2010): Vorwort. In C. v. (Hg.), Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (S. 14). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hämel, K.; Schaeffer/D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland - Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 50, S. 11-29.
- Hämel, K.; Vössing, C. (2017): The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. Primary Health Care Research Development 18(5), S. 492-506.
- Hämel, K.; Kutzner, J.; Vorderwülbecke, J. (2015): Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum?: Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen. (Das Gesundheitswesen). Stuttgart: Thieme-Verlag
- Hamric, A. B.; Hanson, C. M.; Tracy, M. F.; O'Grady, E. T. (2014): Advanced Practice Nursing, 5th Edition - An Integrative Approach. Milton: Elsevier.
- Haslbeck, J. (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Haslbeck, J. (2015): Selbstmanagement von Patienten. Die Gesundheitswelt der Zukunft denken. Düsseldorf: Deutscher Krankenhaustag.
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In M. Hasseler, M. Meyer, Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege (S. 35-56). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH Co. KG.
- Heinrich-Böll-Stiftung. (Hg.) (2018): Daseinsvorsorge. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung [URL: <http://kommunalwiki.boell.de/index.php/Daseinsvorsorge> // Stand: 01.04.2018].
- Herber, O. R.; Rieger, M. A.; Schnepf, W. (2008): Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege. Pflege Gesellschaft (PG), Heft 3, S. 234-245.
- ICN. (Hg.) (2002): Definition der Pflege – International Council of Nurses (ICN): Berlin: DBfK.
- ICN. (Hg.) (2002): ICN Nurse Practitioner/Advanced Nursing Practice Network. (I. C. Nurses, Herausgeber) Abgerufen am 12. 03 2018 von Definition and Characteristics of the role: [URL: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- ICN. (Hg.) (2005): ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Genf: International Council of Nurses (ICN). [URL: <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> // Stand: 04.01.2018].
- ICN. (Hg.) (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN Regulation Series. Genf: International Council of Nurses (ICN). [URL: https://siga-fsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Compencies.pdf // Stand: 01.04.2018].
- IGES Institut. (Hg.) (2017): Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln. Berlin: Bezirksämter Lichtenberg und Neukölln.
- KVBB: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. (o.J.): Potsdam: KVBB [URL: <https://www.kvbb.de/presse/daten-und-fakten/> // Stand: 12.03.2018]

- KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (2017): Volkskrankheiten führen zu hohem Behandlungsbedarf. Berlin: KBV [URL: http://www.kbv.de/html/2017_29407.php // Stand: 01.04.2018].
- Kemeter, B. (2011): Empowerment, Teilhabe und Selbstbestimmung - Altern als Chance. In F. F. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt und Ministerium für Soziales, Alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben - Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen (S. 144-146). Hannover: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt.
- Klapper, B. (2017): Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. G+G Wissenschaft (GGW) im WiDO der AOK, S. 16-22.
- Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M. (2017): BKK Gesundheitsatlas 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- KMK. (Hg.) (1996/2000/2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn: Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK).
- Kroll, L. E.; Schumann, M.; Hoebel, J.; Lampert, T. (2017): Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. Journal of Health Monitoring; 2(2), S. 103-119.
- Kruse, A. (2017): Grusswort. In K. (Hg.), Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n) - Kommunale Handlungsfelder des Siebten Altenberichts (S. 6-8). Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Kutzleb, J.; Rigolosi, R.; Fruhschien, A.; Reilly, M.; Shaftic, A. M.; Duran, D.; Flynn, D. (2015): Nurse Practitioner Care Model: Meeting the Health Care Challenges With a Collaborative Team. Nursing Economics/Vol. 33/No. 6, S. 297-304.
- Maier, C. B. (2017): Advanced Nursing Practice (APN) in der Primärversorgung. Die Schwester Der Pfleger 11/2017, S.60 ff.
- Maier, C. B.; Aiken, L. (02. August 2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. European Journal of Public Health.
- Mitfahrerbank. (Hg.) (kein Datum): Die Mitfahrerbank - Das Original. Speicher: Herausgegeben von Benjamin Kreis und Ursula Berrens [URL: <http://mitfahrerbank.com/so-gehts/die-idee/> // Stand: 01.04.2018].
- Mittelfranken, IHK (o.J.; 2000-2015): Lexikon der Nachhaltigkeit. Nürnberg: IHK-Nürnberg für Mittelfranken [URL: https://www.nachhaltigkeit.info/artikel/corporate_social_responsibility_unternehmerische_1499.htm // Stand: 01.04.2018].
- MSAGD (Hg.) (2015): Gemeindegewer Plus Modellprojekt. Mainz: Rheinlandpfalz, MSAGD: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie [URL: <https://msagd.rlp.de/ar/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerplus/> // Stand: 01.04.2018].
- Müller-Mundt, G.; Geuter, G.; Haslbeck, J.; Schaeffer/D. (2009): Unterstützung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit – Potenziale der ambulanten Pflege. In: Behrens, J.: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8(30). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: German Center for Evidence-based Nursing [URL: https://www.medicin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/Gesundheits_Pflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-Pflege-08-01.pdf // Stand: 01.04.2018].
- Netzwerk Psychosomatik Österreich. (Hg.) (o.J.): Selbstmanagement. Graz: Medizinische Universität. Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie [URL: <http://www.netzwerk-psychosomatik.at/content/psychosomatik/selbstmanagement.php> // Stand: 01.04.2018].

- Niedersachsen, KVN. (21. 08 2014): Die rollende Arztpraxis. Hannover: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen - KVN [URL: <http://www.rollende-arztpraxis.de/Startseite/> // Stand: 01.04.2018].
- Nurse Journal. (Hg.) (2017): Top 10 Community Health Nursing Careers. California, Cardiff: nursejournal.org [URL: <https://nursejournal.org/public-health-nursing/top-10-community-health-nursing-careers-jobs/>]. Abgerufen am 25. 02 2018 von.
- ÖGKV. (Hg.) (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Graz: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband Steiermark [URL: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf // Stand: 05.03. 2018].
- Otto, A. (2010): Begriffsbestimmung. In: Hagen, C.v.; Schwarz, H.P. (Hg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (S. 19). Stuttgart: Kohlhammer. [vgl. auch URL: https://beckassets.blob.core.windows.net/product/readingsample/8083303/9783170208407_excerpt_001.pdf // Stand: 01.04.2018].
- Präsidium des Deutschen Landkreistages. (Hg.) (2013): Rolle der Landkreise in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: DLT [vgl. auch URL: http://www.kreise.de/_cms1/images/stories/themen/MedVersorgung/Gesundheitspolitische_Forderungen_Juni_2013.pdf // Stand: 01.04.2018].
- Rhein-Hunsrück-Kreis. (2018): Mitfahrzentrale des Rhein-Hunsrück-Kreises. Simmern: Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises [URL: <http://www.mitfahren-rhk.de/> // Stand: 01.04.2018].
- Richardson, G. C.; Derouin, A. L.; Vorderstrasse, A. A.; Hipkens, J.; Thompson, J. A. (2014): Nurse Practitioner Management of Type 2 Diabetes. The Permanente Journal 18 (2), S. e134-e140.
- Robert Bosch Stiftung. (Hg.) (2014): Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der ersten Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1). Berlin: RKI [vgl. auch URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Kiggs_w1/KiGGS1_Ergebnisse_Zusammenfassung.pdf?__blob=publicationFile // Stand: 01.04.2018].
- Robert Bosch Stiftung. (Hg.) (2018): Mit Eliten Pflegen Manifest. Berlin [vgl. auch URL: http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/RBS_Broschuere_360Grad_Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf // Stand: 01.04.2018].
- Robert Bosch Stiftung. (Hg.) (2018/2): 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart (URL: http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-02/485_17-2018-02-07_RBS_Broschuere_360%C2%B0_Pflege_A4_WEB_ES.pdf // Stand 1.4.2018).
- Robert Koch Institut. (Hg.) (2016): 125 Jahre Robert Koch Institut. The Public Health Institute. Berlin: RKI [vgl. auch URL: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/Jubilaumsbuch_2016.pdf?__blob=publicationFile // Stand: 01.04.2018].
- Robert Koch-Institut. (Hg.) (o.J.): Public Health. Berlin: RKI [URL: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/PH_node.html // Stand: 01.04.2018].
- Rogers, C. (1942/1972/1985/2010): Die nicht-direktive Beratung (Counseling and Psychotherapy). Frankfurt am Main: Fischer.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik - Eine systematische Einführung. 3. vollst. überarb. Auflage. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. (2017): Advanced Nursing Practice - Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärvorsorgung in Ontario/Kanada. Pflege Gesellschaft - Zeitschrift für Pflegewissenschaft; 22 Jg, H. 1, S. 18-35.
- Schaeffer, D.; Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In M. J.-G. (Eds.), Handbuch Gesundheitssoziologie (S. 1-18). Wiesbaden: Springer VS.

- Schaeffer, D.; Hämel, K.; Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen – Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schang, L.; Schüttig, W.; Sundmacher, L. (2016): Unterversorgung im ländlichen Raum: Wie beurteilt die Bevölkerung innovative Versorgungsmodelle zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung?. (B. S. GEK, Hg.) [vgl. auch URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_GeMo_NL_2016-3.pdf.// Stand: 01.04.2018].
- Schober, M.; Affara, F. (2008): Advanced Nursing Practice. Bern: Huber.
- Schröer, L. (2016): Erwerbsminderung in der Krankenpflege. Von Institut Arbeit und Technik: [URL: <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-01.pdf>.// Stand:01.04.2018].
- Sines, D.; Aldridge-Bent, S.; Fanning, A.; Farrelly, P.; Potter, K.; Wright, J. (2013): Community and Public Health Nursing (5th edition Ausg.). Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Sørensen, K.; Broucke, S. V.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012): Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions. BMC Public Health 12, 80, S. e-paper. [URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.// Stand:01.04.2018].
- Sottas, B. (2016): Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: S. Müller-Mielitz, B. Sottas, A. S., Schachtrupp, A. (Hg.): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Melsungen: Bibliomed Verlag.(S.44-56)). [vgl. auch URL: <http://www.formative-works.ch/content/files/Sottas%20-%20Evidenzlage%20Kosteneffizienz%20bei%20Interprofessionalit%C3%A4t%202016.docx.pdf>.// Stand: 01.04.2018].
- SVR. (Hg.) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).
- SVR. (Hg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).
- SVR. (Hg.) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).
- SVR. (Hg.) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).
- Szezan, N.-M. (2016): Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung durch das PSG I/II. Berlin: AOK-Bundesverband. [URL: http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2016/dokumente/Praesentationen_JUR/Szezan-Nadine-Michele---Flexibilisierung-Leistungsrecht.pdf.// Stand: 01.04.2018].
- UN-Behindertenrechtskonvention. (Hg.) (2008): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. (BMAS) Abgerufen am von [URL: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf>.// Stand: 01.04.2018].
- Urbanistik, Dt. Inst. (Hg.) (2012): DiFu-Berichte 01/2012 – Was ist eigentlich Öffentliche Daseinsvorsorge?. (Deutsches Institut für Urbanistik) [URL: <https://difu.de/publikationen/difu-berichte-12012/was-ist-eigentlich-oeffentliche-daseinsvorsorge.html>.// Stand: 12. 03 2018].
- Wehowsky, S. (4/2013): Stadtpunkte Informationen zur Gesundheitsförderung. (H. A. e.V.; Hg.) [URL: <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/817.pdf>.// Stand: 12.03 2018].

WHO. (Hg.) (1978): Erklärung von Alma-Ata. Von Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa:
[URL: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata/> // Stand:
01.04.2018].

WHO. (Hg.) (1998): Gesundheit 21 Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle". Kopenhagen
[vgl. auch URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf/ //
Stand: 01.04.2018].

ZQP. (Hg.) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege
(ZQP). [URL:https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf/ //
Stand: 01.04.2018].

Die folgende Übersicht über den Einsatz von Nurse Practitioners wurde in der ersten Projektphase des CHN-Projektes (bis 31.01.2018) erstellt. Sie diene als Vorlage für ein Expertengespräch im Projektverlauf. In den nordamerikanischen und westeuropäischen Ländern gibt es „Community Health Nursing“, aber keine „Community Nurse“. Deswegen wurde für die Übersicht nach „Nurse Practitioner“ (NP) mit einem erweiterten Aufgabenprofil recherchiert. Die Auswahl und die Recherche erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Einsatzschwerpunkte für Deutschland werden vor allem in zwei Settings diskutiert:

- in strukturschwachen Gebieten in der Fläche (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) z. B. in Gesundheitszentren, Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren,
- im urbanen, sozial benachteiligten Raum (Billstedt/Horn) z. B. angeschlossen an ein Quartiersmanagement; Gesundheitszentren u.ä.

Modell für eine „Community Health Nurse“:

- Tätigkeiten, Verortung etc. in Anlehnung an eine NP (Nurse Practitioner):
 - o weil die international beschriebenen Settings die vielfältigsten, flexibelsten und ausbaufähigsten Einsatzmöglichkeiten beschreiben: vom Quartier / Kiez / Gemeinde bis hin zur autonomen Gesundheitsversorgung ganzer Landstriche
 - o weil sie in den international beschriebenen Settings in der Versorgung in strukturschwachen und sozial benachteiligten Regionen je nach Anforderung autonom einsetzbar ist

Qualifikation und Rolle:

- Berufszulassung als Pflegefachperson, ggfs. fachspezifische Fort- und Weiterbildung für die Schwerpunktsetzung in einem klinischen Bereich oder auf eine bestimmte Patientengruppe, akademische Qualifizierung auf Masterniveau,
- eine generalistische Ausbildung; alle Lebensspannen des Menschen umfassend,
- klinische Aufgaben in der Primärversorgung nach Vorbild der Nurse Practitioner,
- Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention, mit Schwerpunkt auf vulnerable Gruppen (auch ältere Menschen und/oder chronisch Kranke),
- Steuerung, Koordinierung der Leistungserbringung,
- Leadership/Führungsaufgaben in der Institution (MVZ, Gesundheitszentrum),
- Weiterentwicklung der Institution in Hinblick auf Anforderungen aus der Community.

Zu klären ist:

- Abgrenzung / Schnittstellen zur MFA (medizinischen Fachangestellten) zu den Ärzten, Sozialarbeit, anderen Gesundheitsberufen: Wer macht was? Wer ist für was verantwortlich/zuständig? Wer hat wofür die Kompetenz im Sinne von Fertigkeiten/Fähigkeiten?
- Bei der Qualifizierung der Community Health Nurses: das Verhältnis von Spezialisierung und generalistischen Inhalten des Studienganges.
- Die Finanzierung; eine Mischung aus steuerfinanzierten und kassenfinanzierten Mitteln ist am wahrscheinlichsten.

Länderübersicht

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Australien	Master's Degree	NP (Einführung 1990's) „A nurse practitioner is a registered nurse educated and authorized to function autonomously and collaboratively in an advanced and extended clinical role.“	<ul style="list-style-type: none"> verschiedene Spezialisierungen möglich Infos unter: The Department of Health → Nurse Practitioner⁶¹ „The term ‚nurse practitioner‘ should not be confused with the term ‚practice nurse‘. A practice nurse is an enrolled nurse or a registered nurse (including nurse practitioners) who is employed by, or whose services are otherwise retained by, a general practice.“ 	<ul style="list-style-type: none"> Altenversorgung chronische Krankheiten Schwangerschaft / Entbindung psychisch Kranke (medizinische) Grundversorgung chirurgische Versorgung Akutversorgung und Nachsorge u.a. v.a. in akuten Settings je nach Bundesstaat unterschiedlich NP Einsätze sollen in den nächsten Jahren ausgebaut werden

⁶¹ <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/work-nurse-prac> (Download am 9.3.2018)

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Finnland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Master's Degree ▪ Uni (nur hier Promotion) ▪ FH (Polytechnikum) 	<p>hier: APN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unterschieden werden 2 Kategorien von APNs: die in Kliniken (CNS) ▪ die in der ambulanten Versorgung (NP) 	<p>Gesundheitszentren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ erweiterte Untersuchungen, Sprechstunden, Diagnosen, Interpretation von Tests und versorgen verschiedener chronischer Erkrankungen (follow-up, Überwachung und Edukation für nicht-akute Fälle) ▪ Bestimmung von vorrangig zu behandelnden Patienten 	<p>übernehmen gerade in ländlichen Gebieten ärztliche Aufgaben, weil diese ärztlich unterversorgt sind; dort führen sie auch Allgemein-Untersuchungen an Patienten durch sie konsultieren dann auf elektronischem Wege einen Arzt für komplizierte Fälle; sie versorgen dann bis zu 70% aller Patienten</p>
Irland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ College – Uni ▪ Master's Degree (minimum) 	<p>RAMP (Registered Advanced Nurse Practitioner), ANP: s. Anforderungen Australien!</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ v.a. Spezialisten, keine Generalisten ▪ Infos unter: International Advanced Nursing Practice ⇔ Advanced Practice Nursing in Ireland⁶² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ auf 4 Gebieten: ▪ Erwachsene, Kinder, Psychiatrie, Behinderungen)

⁶² <https://internationalapn.org/2014/06/29/ireland/> (Download am 09.03.2018)

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Israel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung über ein Jahr ▪ Uni ▪ vorherige Spezialisierung erforderlich ▪ seit 2013 ▪ staatlich anerkannt ist nur die geriatrische NP (Träger der Ausbildung) ▪ keine Rettungssanitäter erwünscht ▪ keine langjährigen Patientenkontakte 	2 Arten von NPs: palliative & geriatrische	<ul style="list-style-type: none"> ▪ können chronische und akute Ereignisse diagnostizieren und eine angemessene Behandlung durchführen (einschließlich körperlicher Untersuchungen) ▪ sie stehen aber unter „Aufsicht“ von Ärzten, arbeiten nicht autonom ▪ dürfen keine Medikamente verschreiben ▪ werden als Teil eines medizinischen Teams versorgt (Krhhs., ambulante Versorgung und in Gesundheitszentren) ▪ „ganzheitlicher“ Ansatz (Fokus nicht nur auf die Krankheit, sondern auch auf das Individuum & Familien) ▪ Prävention und Gesundheitsförderung, Patientenedukation ▪ Forschung ▪ Kontrolle von Polypharmazie 	stationäre Geriatrieeinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ geriatrische Spez. ▪ palliative Spez. ▪ Diabetes Spez.

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Kanada/ Ontario	<ul style="list-style-type: none"> Universität Master's Degree (minimum) 	NP: verschiedene Spezialisierungen möglich	<ul style="list-style-type: none"> autonomes Diagnostizieren Durchführen und Interpretation von Tests/Untersuchungen Verschreiben von Medikamenten „ärztliche“ / körperliche Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> Infos unter: Nurse Practitioners Association of Ontario⁶³ Canadian Nurses Association⁶⁴ ⇒ Nurse Practitioner⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Gemeindeversorgung
Niederlande	Master's Degree	<p>NPs heißen hier <i>Nursing Specialist (Verpleegkundig Specialist (VS))</i></p> <ul style="list-style-type: none"> geschützter Titel muss Spezialist für ein Fachgebiet sein 	<ul style="list-style-type: none"> seit 2012 agieren sie mit relativer Autonomie (Umfang unklar) Medikamentenverschreibungsmodus unklar Infos unter: International Advanced Nursing Practice ⇒ Advanced Practice Nursing in the Netherlands^{65, 66} 	<ul style="list-style-type: none"> auf 4 Gebieten: Erwachsene, Kinder, Psychiatrie, Behinderungen)

⁶³ <https://npao.org/> (Download am 09.03.2018)

⁶⁴ <https://cna-aaic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners> (Download am 09.03.2018)

⁶⁵ <https://internationalapn.org/2013/09/27/netherlands/> (Download am 09.03.2018)

⁶⁶ <http://venvnv.nl/wp-content/uploads/sites/164/2015/08/2015-10-30-Factsheet-Nurse-Practitioner-Netherlands-2015.pdf> (Download am 09.03.2018)

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Schweden	<p>Master's Degree verschiedene Spezialisierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Universitätskrankenhäuser, relevante Einrichtungen des Gesundheitssystems <p>Infos unter: University of Gothenburg ⇨ Sahlgrenska Akademie⁶⁷</p>	<p>ARNP (advanced practice registered nurse): weniger generalistisch als vielfältige Spezialisierungen (entspricht eher einer „clinical nurse“)</p> <p>district nurses (=Spezialisierung) are usually the first point of contact for patients. District nurses employed by municipalities also participate in home care and regularly make home visits, especially to the elderly; they have limited prescribing authority; They have limited rights to prescribe pharmaceuticals. However, they do not have sole medical responsibility, but act under the supervision of physicians</p> <p>Infos unter: Sweden Healthcare⁶⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> Patientenuntersuchungen Diagnosestellungen aufgrund der Patientenhistorie körperliche und weitere Untersuchungen Aufnehmen, Organisieren und Entlassen in und aus Gesundheitseinrichtungen Anordnen, Sammeln, Durchführen und Interpretieren von Tests organisieren der Gesundheitsversorgung durch das Erstellen, Entwickeln, Durchführen und Auswerten eines Pflege- und Behandlungsplans für Patienten Verschreiben von Therapien und medizinischen Hilfsmitteln Verschreiben von Medikamenten, wenn notwendig Überweisen an weitere Gesundheitsversorger, -anbieter oder -einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> arbeiten v.a. im klinischen Setting mit verschiedenen Spezialisierungen district nurses organisieren die Versorgung im ambulanten Bereich: Durchführung z. B. von der „elderly care“ nurse

⁶⁷ <http://sahlgrenska.gu.se/english/education/degree/specialistnursing/?r=ss> (Download am 09.03.2018)

⁶⁸ <https://sweden.se/tag/healthcare/> (Download am 09.03.2018)

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> nur eine Uni in Basel zusätzlich 3 Fachhochschulen / Hochschule für Angewandte Wissenschaften 	<p>Master's degree an allen vier Hochschulen;</p> <ul style="list-style-type: none"> APN an der Uni Basel mit spezifischer Pflegevertiefung an jeweils einer der Fachhochschulen, die miteinander kooperieren 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomiegrad eingeschränkt v.a. in Klinik als APN interprofessionell tätig: hauptverantwortlich sind Ärzte 	<p>Gerontopsychiatrie Pädiatrie palliative Versorgung Pflegeheime ambulante Versorgung Flüchtlingsversorgung akute Geriatriestation</p>
UK	<p>bisher nur Empfehlungen, weil die Ausbildungsbedingungen und Berufsbezeichnungen anders waren. Heute wird ein Master's Degree empfohlen. Die alten Bezeichnungen & Titel bleiben.</p>	<p>ANP oder Nurse Consultant = NP (veraltet); Schottland: Nurse Consultant Wales: nurse partner oder ANP</p>	<ul style="list-style-type: none"> können sich beruflich auch selbständig machen („independent“) Autonomie wird oft als Beschreibung einer NP u.ä. verwendet, um ihre Fähigkeit zu beschreiben, ihre Entscheidungen eigenständig (ohne Arzt) zu treffen. Infos unter: Nurse Practitioner UK⁶⁹ Royal College of Nursing⁷⁰ 	<p>die ANP ist v.a. komplementär tätig zu Ärzten und anderen Spezialisten des Gesundheitssystems und erweitert die Pflege eines Teams, ebenso ist sie auch als „primary care“ (hier ist sie dann Generalist/in) zum Gesundheitssystem agieren kann. Aber in „secondary care“, hier ist sie Spezialist/in. Sie soll aber künftig auch bisher ärztliche Aufgaben übernehmen.</p>

⁶⁹ <https://npao.org/> (Download am 09.03.2018)

⁷⁰ <https://cna-aaic.ca/en/professional-development/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners> (Download am 09.03.2018)

Land	Qualifikationsgrade	Berufsbezeichnungen	Tätigkeiten/Aufgaben/ Handlungsfeld	Versorgungs-Zielgruppe
USA	<ul style="list-style-type: none"> Uni / College Master's degree / PhD (langjährige) Berufserfahrung zusätzliche didaktische und klinische Lehrgänge für bereits spezialisierte und klinisch erfahrene Pflegerinnen als Vorbereitung, in der Erstversorgung, im Akutbereich und im Langzeitpflegebereich zur Aufrechterhaltung von Qualität gibt es u.a. Reviews, Verpflichtung zur Weiterbildung und Evaluation der outcomes 	<ul style="list-style-type: none"> NP: eher Fachkrankenschwestern? seit 2013 gibt es die American Association of Nurse Practitioners (AANP) (Zusammen-schluss aus American Academy of Nurse Practitioners und den American College of Nurse Practitioners) 	<ul style="list-style-type: none"> verschiedene Spezialisierungen möglich Infos unter: American Association of Nurse Practitioners⁷¹ einige NPs streben danach, arztunabhängig zu arbeiten; in einigen Bundesstaaten ist es aber vorgeschrieben, mit Ärzten zusammenzuarbeiten sie führen diagnostische Untersuchungen durch, befunden diese ebenso wie Röntgenaufnahmen, verschreiben Medikamente (bis hin zu Betäubungsmitteln), behandeln und diagnostizieren Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Infektionen und Verletzungen, beraten und führen Gesundheitserziehung durch 	<ul style="list-style-type: none"> primary health care in 22 Staaten „full practice authority“ auf allen Ebenen in USA eher ein ökonomischer Ansatz, als ein Ärztemangel

⁷¹ <https://www.aanp.org/> (Download am 09.03.2018)

