



Community Health Nursing

Aufgaben und Praxisprofile

Vorwort des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe



Endlich wird auch in Deutschland gesehen, dass wir eine Community Health Nurse (CHN) brauchen. Der Koalitionsvertrag 2021–2025 spricht davon, ein Berufsbild der „Community Health Nurse“ zu schaffen, Gesundheitszentren einzurichten und Gesundheitskioske zu etablieren. Es geht aber nicht nur um ein neues Berufsbild. Es geht vor allem darum, mit der Community Health Nurse beruflich dafür qualifizierte Personen zu haben, die zu einer Ergänzung und Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation auf kommunaler und regionaler Ebene beitragen können.

Die politischen Akteur:innen auf der kommunalen und regionalen Ebene sehen sehr deutlich, wo die Probleme der Gesundheitsversorgung in ihrem Verantwortungsbereich liegen. Viele dieser Akteur:innen bemühen sich schon jetzt, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Sie sehen auch, dass Community Health Nurses – nicht zu verwechseln mit der traditionellen Gemeindegeschwester – dafür einen wichtigen Beitrag leisten könnten.

Auf kommunaler und regionaler Ebene gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Konzepten, Initiativen, Modellversuchen und Realisierungen, die mit der Idee

einer bürger:innennahen und schwellenlos erreichbaren Gesundheitsversorgung zu tun haben und mit denen versucht wird, Bürger:innen im komplizierten Geflecht der Gesundheitsversorgung Zugang und Orientierung zu ihrer Gesundheitsversorgung zu verschaffen.

Diesem schon seit einigen Jahren stattfindenden Bemühen der kommunal und regional Verantwortlichen fehlte bislang eine gemeinsame Orientierung. Die vorliegende Broschüre soll eine erste Hilfestellung dafür sein. Denn einer solchen gemeinsamen Orientierung bedarf es, um die anstehenden Probleme der Gesundheitsversorgung lösen zu können.

Die Broschüre erläutert die Hintergründe von Community Health Nursing (CHN), die sich vor allem aus Erfahrungen in anderen Ländern speisen. Die Lösungen, die mit CHN in diesen Ländern gefunden worden sind, sind nicht eins-zu-eins nach Deutschland zu übertragen. Aber wenn andere Länder annähernd vergleichbare Probleme der Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen haben, lohnt sich der Blick auf diese Lösungen.

Die vorliegende Broschüre erschöpft sich nicht in einer Analyse. Vielmehr will sie sehr konkrete Hinweise für die Rahmungen von CHN in bestimmten Feldern geben und gibt Antworten auf wichtige Fragen für die Etablierung in der Versorgungspraxis:

- Was wird unter Community Health Nursing verstanden und in welcher Hinsicht liegen darin Antworten für die aktuellen und künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung?
- Wie stellt sich das Profil konkret dar und wie ist das Aufgaben- und Leistungsspektrum definiert?
- In welchen Praxisfeldern kommen CHN zum Einsatz und wie sehen ihre Aufgaben, Tätigkeiten und Beiträge dort jeweils aus?



In dem Abschnitt „Rechtliche Hinweise zur Etablierung des Berufsbildes von CHN“ werden zudem die wichtigsten rechtlichen Fragestellungen für eine künftige Gestaltung von CHN dargelegt und Hilfestellung zu Fragen der Qualifizierung und Ausübung der Tätigkeit gegeben. Weiter wird auf bereits bestehende Möglichkeiten einer Etablierung von CHN in Teilbereichen eingegangen.

Die Broschüre ist gedacht als Handreichung für alle, die sich intensiver mit dem Profil der CHN auseinandersetzen wollen und die Hinweise darauf erwarten, wie man Community Health Nursing in der Praxis umsetzen kann. Deswegen wenden wir uns zuvorderst an die verantwortlichen Akteur:innen vor allem auf der kommunalen und der Landesebene. Es sollen aber auch die anderen verantwortlichen Akteur:innen und Interessierte auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung angesprochen werden.

Als Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V. setzen wir uns seit einigen Jahren intensiv für die Einführung der Community Health Nurse in Deutschland ein. Wir sehen darin eine wesentliche Lösung für drängende Probleme unserer Gesundheitsversorgung. Wir verbinden damit außerdem die Chance, ein professionelles Aufgabenfeld für Pflegefachpersonen

zu eröffnen, in dem ein selbständiges Handeln möglich ist und in dem sich die Potenziale der Profession entfalten können.

Wir danken der Robert Bosch Stiftung für ihr herausragendes Engagement bei der Einführung der Community Health Nurse in Deutschland und für die jahrelange, vertrauensvolle Förderpartnerschaft. Wir bedanken uns ebenfalls sehr bei den Expert:innen, die sich in verschiedener Weise an der Entstehung dieser Broschüre beteiligt haben: Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Michael Ewers, Prof. Dr. Oliver Herber, Prof. Dr. Gerhard Igl, Ruth Mengel, Dr. Gottfried Roller, Prof. Dr. Doris Schaeffer, Nadine-Michèle Szepan, Dr. Franz Wagner und Prof. Dr. Frank Weidner. Und schließlich gilt unser Dank Stephanie Rieder-Hintze für die redaktionelle Betreuung sowie dem Berliner Gesundheitskollektiv GeKo e. V. für die Möglichkeit, Bildmaterial zu erstellen.

Dr. Bernadette Klapper
Bundesgeschäftsführerin
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V.

Geleitwort der Robert Bosch Stiftung

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, vor welchen das deutsche Gesundheitssystem steht, ist eine umfassende und koordinierte Primärversorgung in Deutschland unerlässlich. Um diesen Paradigmenwechsel zu stärken, fördert die Robert Bosch Stiftung seit dem Jahr 2016 Primär- und Langzeitversorgungscentren (PORT-Gesundheitszentren). Eine Schlüsselrolle innerhalb dieser wohnortnahen, bedarfsorientierten und multiprofessionellen PORT-Gesundheitszentren kommt der Community Health Nurse zu.

Daher kooperieren die Robert Bosch Stiftung GmbH, die Agnes-Karll-Gesellschaft und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bereits seit 2017 mit dem Ziel, das Berufsbild Community Health Nurse (CHN) in Deutschland zu etablieren. Inspiriert von internationalen Beispielen haben die drei Partner gemeinsam mit Hochschulen ein Curriculum für einen neuen Masterstudiengang entwickelt. Seit dem Wintersemester 2020/2021 ist das Studium an drei Hochschulen möglich. Hochqualifizierte Pflegenden werden mit einem reichen Schatz an Wissen und Handlungskompetenz ausgestattet.

Es geht bei CHN um nichts weniger, als auf die alternde und zunehmend multimorbide Gesellschaft eine Antwort zu geben und einen wirkungsvollen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung zu leisten. Pflegenden eröffnen sich durch

CHN attraktive Weiterbildungen und neue Karrierewege. Diese Perspektive auf ein interessantes Aufgabenfeld mit erweiterten Handlungskompetenzen wird sie der direkten Gesundheitsversorgung erhalten helfen.

Die ersten Studierenden stehen kurz vor ihrem Abschluss und damit wird die Frage ihres Einsatzortes akut. Bereits heute gibt es Einsatzfelder in der Primärversorgung, der sozialen Kommunalraumentwicklung, teilweise dem öffentlichen Gesundheitsdienst und in der ambulanten Pflege. Aber die genaue Tätigkeitsbeschreibung innerhalb dieser Felder, das jeweilige Praxisprofil, muss möglichst klar und umfassend definiert sein, sodass Entscheider:innen vor Ort zügig handeln und CHN-Stellen einrichten können.

Eine Arbeitsgruppe des DBfK, bestehend aus versierten Expert:innen des Gesundheits- und Pflegesystems, hat sich mit dieser Aufgabe beschäftigt. Die vorliegende Broschüre führt die Ergebnisse zusammen, liefert fachlich fundierte Expertise und zeigt praxisnah auf, was alles möglich sein kann, wenn der Wille vorhanden ist. Denn es wird höchste Zeit für den Einsatz von CHN in unserem Gesundheitssystem.

Amelie Montigel
Robert Bosch Stiftung GmbH

Inhalt

1. Hintergrund	6
2. Aufgaben- und Leistungsspektrum einer CHN	12
3. Die Community Health Nurse in den Praxisfeldern	17
3.1 Community Health Nursing im Primärversorgungszentrum	17
3.2 Community Health Nursing in der kommunalen Daseinsvorsorge	20
3.3 Community Health Nursing im Öffentlichen Gesundheitsdienst	22
3.4 Community Health Nursing als Teil ambulanter Pflege	24
4. „Getting started“ – So gelingt der Start	27
5. Rechtliche Hinweise zur Etablierung des Berufsbildes von CHN (Gerhard Igl, Nadine-Michèle Szepan)	29
Literatur zur Vertiefung & Abkürzungen	35
Impressum	39



1. Hintergrund

Die Corona-Pandemie hat deutlich vor Augen geführt, welchen Wert Gesundheit und eine funktionierende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung haben. Gesundheitskrisen wie diese können eine ganze Gesellschaft in Mitleidenschaft ziehen und gleichzeitig erhebliche Verwerfungen in vielen Bereichen entstehen lassen. Dies sollte uns zu denken geben, wenn wir auf die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung blicken, die sich bereits vor der Pandemie gezeigt haben und die jetzt zum Teil in verschärfter Dringlichkeit wieder in den Fokus rücken:

- **Demografischer Wandel:** Die Bevölkerung Deutschlands verändert sich und altert immer mehr. Auch wenn die Menschen insgesamt gesünder in höheren Lebensjahren ankommen, so steigt doch auch die Zahl derjenigen, die mit chronischen Erkrankungen und alltäglichem Unterstützungsbedarf leben müssen. Laut Robert Koch-Institut sind in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen jeweils etwa acht von zehn Frauen (76%) und sieben von zehn Männern (68%) von zwei oder mehr Erkrankungen betroffen¹. 2020 waren in Deutschland bereits 4,3 Millionen Menschen pflegebedürftig². Prognosen gehen davon aus, dass sich deren Zahl bis 2030 auf rund 6 Millionen erhöhen könnte³.
- **Digitalisierung:** Deutschland hinkt bekanntlich in der Digitalisierung weit hinter anderen Ländern her, wodurch viele Chancen für die Beantwortung gesundheitlicher Herausforderungen verpasst werden. Im Gesundheitsbereich belegt Deutschland im internationalen Vergleich den vorletzten Platz. Unter den 17 betrachteten Ländern waren 13 EU-Länder sowie Australien, Kanada und Israel⁴.
- **Strukturprobleme:** Immer noch verhindern Versorgungsbrüche eine kontinuierliche und integrierte Gesundheitsversorgung – trotz bekannter Problemlage und andauernder Debatten. Besonders belastend für die Patient:innen sind dabei die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Bereichen bzw. die Brüche, die durch die unterschiedlichen Logiken in der Sozialgesetzgebung, insbesondere der SGB V (Krankenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung), entstehen. Eine „sektoren-übergreifende Versorgung“ findet nach wie vor kaum statt. Ein weiteres Strukturproblem betrifft die Krankenhäuser. Dabei steht die notwendige Anzahl der Krankenhausbetten in Frage, ebenso die Qualität der Versorgung insbesondere bei mangelnder Spezialisierung. In der Kritik stehen zudem der Investitionsstau in der Akutversorgung und die Notwendigkeit des Defizitausgleichs im kommunalen Bereich. Eine Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich wird unter dem Stichwort „Ambulantisierung“ diskutiert, was jedoch in diesem Bereich strukturelle Veränderungen und Angebote erfordert.
- **Pflegepersonalmangel:** Aktuell sind rund 36.000 Stellen in der Pflege als nicht besetzt gemeldet⁵. Der eigentliche derzeitige Bedarf wird noch höher geschätzt, nämlich auf etwa 200.000 Stellen, je etwa 100.000 in den Krankenhäusern⁶ und in der Altenpflege⁷. Für das Jahr 2030 wird angenommen, dass rund 500.000 Pflegepersonen fehlen könnten. Auch wenn die Zahl an Auszubildenden in den Pflegeberufen seit 2020 mit dem neuen Pflegeberufegesetz leicht gestiegen ist, reichen die Qualifikationsanstrengungen bei Weitem nicht aus, den Bedarf der kommenden Jahre zu decken. Ein wesentlicher Grund für das Attraktivitätsproblem der Pflegeberufe liegt vor allem im langwierigen Personalmangel, der mit Arbeitsverdichtungen

¹ Robert Koch-Institut (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut.

² Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.) (2022): Pflege-Report 2022. Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Heidelberg: Springer.

³ BARMER (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32.

⁴ Bertelsmann Stiftung (2018): #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

⁵ (Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2022): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2022.

⁶ Simon, M. (2021): Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik.

⁷ Rothgang, H. (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). Abschlussbericht.



und erhöhten Belastungen einhergeht, den Druck erhöht und die Möglichkeiten guter Pflege immer mehr einschränkt. Hinzu kommen geringe Wertschätzung, wenig Karriereoptionen und die mangelnde Selbstbestimmung in der beruflichen Ausübung.

Weitere kritische Themen sind Fragen der Finanzierung in allen Bereichen und der zunehmende Mangel an Hausärzt:innen in manchen Regionen Deutschlands. Das führt zu Problemen, die Daseinsvorsorge im ländlichen Raum und damit auch die

Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Im städtischen Bereich ergeben sich besondere Herausforderungen in den sogenannten sozialen Brennpunkten. Um den regionalen Unterschieden zu begegnen, hat sich die Politik in ihrem Koalitionsvertrag die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse auch mit einer überall erreichbaren Gesundheitsversorgung zum Ziel gesetzt. Dazu sollen u.a. die Gesundheitskioske beitragen. Aber nicht nur der Gesundheitspolitik liegt die Gesundheitsversorgung vor Ort am Herzen, auch Bürger:innen, Landrät:innen und Bürgermeister:innen sorgen sich um die Attraktivität ihrer Standorte angesichts wegbrechender Infrastrukturen.

CHN als Gewinn für die künftige Gesundheitsversorgung

Ein wichtiger Baustein zur Lösung dieser brennenden Probleme ist im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung benannt, nämlich das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“ einzuführen und zugleich die professionelle Pflege durch erweiterte heilkundliche Aufgaben aufzuwerten. „Mehr Fortschritt wagen“ lautet die Überschrift des Koalitionsvertrags, was für dieses Vorhaben eine zutreffende Beschreibung ist und nun die politische Anstrengung orientieren sollte. Einige Landesregierungen sind diesem Impuls gefolgt und haben die Einführung der „Community Health Nurse“ ebenfalls als politisches Ziel in ihren Koalitionsverträgen formuliert.

Tatsächlich könnte die CHN substanzielle Beiträge leisten, um den zuvor angesprochenen und zahlreichen anderen gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen zu begegnen. Sie ist wichtig, um in der Bevölkerung für frühzeitige und präventive Gesundheitsangebote zu sorgen, um langwierige Krankheitsverläufe zu begleiten und zu stabilisieren und um ein gutes Leben mit Krankheit zu ermöglichen, um häusliche Pflegearrangements zu unterstützen, um die Digitalisierung im Gesundheitsbereich voranzubringen und selbst davon zu profitieren, um Menschen über die verschiedenen Sektoren hinweg zu begleiten und eine Primärversorgung mitzugestalten, die ein starkes Pendant zur stationären Krankenhausversorgung sein kann. Die CHN steht für gemeindebasierte Gesundheitsversorgung, für bevölkerungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention und für eine bedarfsgerechte, sichere und integrierte Gesundheitsversorgung. Als anspruchsvolle und in der professionellen Pflege verankerte Rolle bietet sie Pflegefachpersonen wohnortnah verantwortungsvolle und gestaltbare Aufgabenfelder in Kommunen und vielen Gesundheitseinrichtungen und damit neue und attraktive Karriereoptionen.

Berufsprofil CHN

Die englische Bezeichnung „Community Health Nurse“ kommt nicht von ungefähr, da sie international bereits eine lange Tradition hat, die auch von der Weltgesundheitsorganisation beschrieben wird⁸. Trotz

aller Unterschiede im Detail wird das Profil der CHN in den verschiedenen Ländern in ähnlicher Weise beschrieben. Die Wissensgrundlagen speisen sich aus Pflegewissenschaft und -praxis, Sozialwissenschaft und Gesundheitswissenschaften („Public Health“), die in der Praxis mit Gesundheitsförderung, Prävention und der Primärversorgung verbunden werden. Adressaten sind einzelne Personen und ihre (Wahl-)Familien, ausgewählte Bevölkerungsgruppen und soziale Gemeinschaften wie auch Kommunen und Regionen. Im Mittelpunkt der Tätigkeit stehen

1. die Gesundheitsförderung, die Prävention und der Gesundheitsschutz einschließlich der Arbeit an einer gesundheitsunterstützenden Umwelt bzw. Umfeldern („Settings“),
2. die Begleitung und Unterstützung von Einzelnen und Familien im Krankheitsfall und in Pflegesituationen,
3. die Erfassung des spezifischen Bedarfs der in einer Kommune oder Region lebenden Bevölkerung sowie konsequente Ausrichtung der Versorgung darauf. Dabei erfahren Personengruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken und -bedarfen wie zum Beispiel ältere und hochaltrige Menschen, Menschen mit (mehreren) chronischen Erkrankungen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und/oder solche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geflüchtete, ethnische Gruppen u. a. besondere Beachtung.

Die CHN arbeitet in verschiedenen Settings wie dem häuslichen Umfeld, Gemeinschaftsunterkünften, (kommunalen) Gesundheitszentren, „auf der Straße“ gemeinsam mit Sozialarbeiter:innen als „Streetworker“ (wenn es zum Beispiel um wohnungslose Menschen geht) und in weiteren Kontexten.

Eine Abbildung⁹ aus einer Publikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt einen guten Überblick über die anspruchsvollen Aufgabenfelder der CHN.

⁸ Der im Deutschen naheliegende Begriff der „Gemeindegeschwester“ trifft diesen international etablierten Aufgabenbereich nicht. Auch identifizieren sich die beruflich Pflegenden kaum noch mit der traditionellen Bezeichnung „Schwester“, nachdem die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ bereits vor rund zwei Jahrzehnten entsprechend dem beruflichen Selbstverständnis aufgegeben wurde.

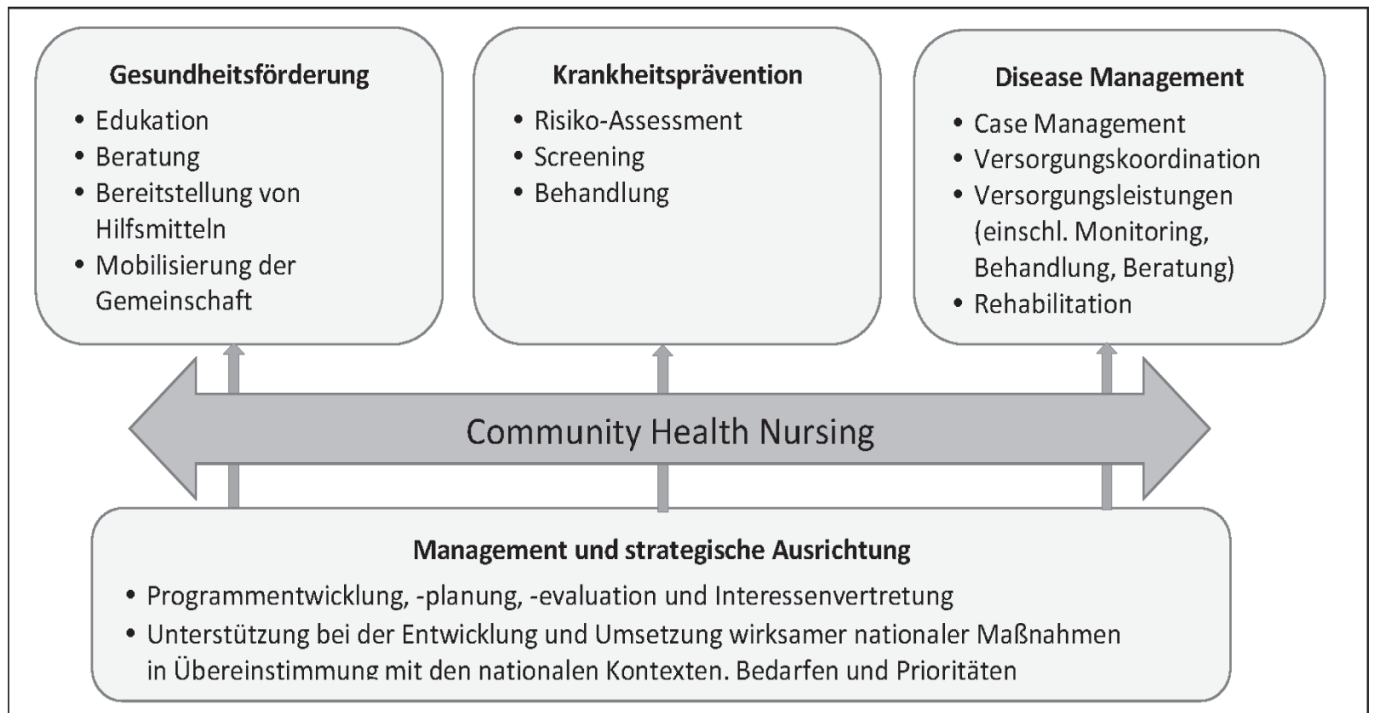


Abbildung 1: Community Health Nursing⁹

Wie die Abbildung zeigt, umfasst Community Health Nursing Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Edukation/Gesundheitsbildung, der Prävention, des Disease Managements/Krankheitsmanagements sowie der Koordination der Versorgung und der strategischen Planung und bedarfsgerechten (Weiter-)Entwicklung der Versorgung. Pflegefachpersonen mit einem solchen Aufgabenprofil und entsprechend ausgerichtetem Verantwortungsrahmen sind als CHN oder „Public Health Nurse“ inzwischen in vielen Ländern zu finden. Dabei haben sich unterschiedliche Erscheinungsformen herausgebildet, die je nach der Ausrichtung des Gesundheitssystems, den berufsrechtlichen Rahmenbedingungen, den Bildungsangeboten und Karrierepfaden der professionellen Pflege variieren.

Internationalen Beispielen folgen

Der Ursprung von Community Health Nursing geht zurück bis ins Ende des 19. Jahrhunderts und ist eng verknüpft mit der damals zunehmenden Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege und speziell dem Verständnis der Einflüsse von umweltbedingten und sozialen Faktoren auf die Gesundheit. In der Pflege führte das zur Entstehung von sogenannten „Visiting

Nurses“ und „Settlement Houses“, von denen aus Pflegende bedürftige Personen und Familien in der Gemeinde bzw. der Kommune aufsuchten und sich um die Erhaltung ihrer Gesundheit bemühten. Dabei ging es um konkrete Gesundheitsversorgung (für Menschen ohne Zugang zum Gesundheitssystem) und pflegerische Unterstützung, zugleich aber auch um Prävention und Kontrolle insbesondere von (Infektions-)Krankheiten wie zum Beispiel Typhus. Zudem sollte auch auf die oft schlechten sanitären und hygienischen Lebens- und Wohnbedingungen von Teilen der Bevölkerung reagiert werden, sei es durch Information, Beratung und Anleitung („Education“) oder durch Eingaben bei den relevanten Entscheidungsträger:innen (im Sinne des Advocacy-Gedankens).

Um diesen anspruchsvollen Aufgaben gewachsen sein zu können, bedarf es einer entsprechenden Qualifizierung. In den USA wurde bereits 1910 ein erstes Studienprogramm „Public Health Nursing“ an der Columbia University in New York eingerichtet und später wurden auch an anderen Orten CHN-Studiengänge gegründet.

Viele andere Länder folgten dieser Entwicklung, die 1978 mit der Deklaration der WHO von Alma Ata neuen Aufschwung erhielt. Gesundheit wurde darin als grundlegendes Menschenrecht deklariert und die Sicherung einer bedarfsgerechten und für alle erreichbaren Gesundheitsversorgung als Schlüssel

⁹ Summary of community health nursing interventions in PHC systems (S. 6) from World Health Organization. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255047>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

zur Verwirklichung dieses Rechts angesehen. In Folge dessen wurde empfohlen, gemeindenahе Gesundheitszentren einzurichten, in denen CHN eng mit anderen Berufsgruppen, darunter auch Ärzt:innen, zusammenarbeiten. Bis heute stellen solche Gesundheitszentren ein wichtiges Arbeitsfeld von CHN dar. Aus Sicht der WHO ebnen sie den Weg in eine wohnortnahe, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen.

In Deutschland wurde diese Entwicklung lange Zeit ignoriert. Mit den Auswirkungen des demografischen und epidemiologischen Wandels, den Strukturdefiziten im Gesundheitssystem und daraus erwachsenden Versorgungsproblemen und dem sich verschärfenden Pflegepersonalmangel, gewinnt Community Health Nursing rasant an Bedeutung, zumal sich den bestehenden Herausforderungen längst neue hinzugesellt haben. Anzuführen ist allem anderen voran die COVID-19-Pandemie, aber auch insgesamt das Wiederaufflammen von alten Infektionskrankheiten wie etwa die Masern und das Aufkommen von neuen Infektionen wie zum Beispiel SARS und Ebola. All diesen durch die Globalisierung brisanter werdenden Gesundheitsrisiken wurde lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Fragen der Hygiene und des bevölkerungsweiten Gesundheitsschutzes, der gezielten Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen und insgesamt der öffentlichen Gesundheit wurden spürbar vernachlässigt.

Aber auch andere Entwicklungen wie der Klimawandel mit seinen vielfältigen Auswirkungen, zunehmende soziale und ökonomische Ungleichheit, weltweite Migrationsbewegungen, Flucht und Vertreibung, sind zu erwähnen. Soll niemand zurückgelassen werden und sollen Teilhabechancen verbessert und gleichwertige Lebensverhältnisse in Deutschland ermöglicht werden, muss das Gesundheitssystem weiterentwickelt und Public-Health-Gesichtspunkten mehr Raum als zuvor eröffnet werden. Zusammen mit neuen technologischen Möglichkeiten durch die Digitalisierung, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung, Informationsflüsse über Gesundheit, Krankheit und Bedrohungen sowie die Orientierung, Navigation und Koordination im Gesundheitssystem erleichtern können, ergeben sich große Chancen, den Herausforderungen gerecht zu werden. Dem Community Health Nursing kommt dabei ein hoher Stellenwert zu.

Qualifizierung zur CHN

CHN verfügen über eine langjährige und spezielle Qualifikation, die auf einer profunden beruflichen oder

akademischen Ausbildung und Berufserfahrungen aufsetzt und in Form eines Masterstudiums erfolgt. Mit der Zusatzqualifikation sollen auch zusätzliche Befugnisse, eine erweiterte Heilkundeausübung sowie eine höhere professionelle Eigenständigkeit einhergehen. Mit Förderung der Robert Bosch Stiftung und begleitet durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V. ermöglichen derzeit drei Hochschulen in Deutschland ein Masterstudium zum Thema Community Health Nursing. Um dem Bedarf an diesen Pflegeexpert:innen zu entsprechen, wird erforderlich sein, die hochschulische Primärqualifizierung in der Pflege auszubauen und zügig weitere Masterstudiengänge einzurichten.

In diesem erweiterten Qualifikationsprofil, den entsprechenden Befugnissen zur eigenständigen Ausübung der Heilkunde, der größeren Verantwortung und Vielseitigkeit der Aufgaben der CHN liegen große Chancen, die Professionalisierung und Profilierung der Pflege zu fördern. Die Pflege erhält damit eine eigenständige, gestaltende Rolle in der Gesundheitsversorgung, die in ihrer ganzheitlichen, gesundheitsbezogenen Wahrnehmung von Personen und Situationen und den erforderlichen Unterstützungsbedarfen verankert ist (PflBG §5 Abs. 2). In Verbindung mit der akademischen Qualifikation auf Masterniveau zur CHN erfolgt zugleich ein Schritt in Richtung einer erweiterten Pflegepraxis („Advanced Practice Nursing“). Er dürfte zur Steigerung der Attraktivität und Reputation beitragen und eröffnet eine Zukunftsperspektive.

Vier Handlungsfelder

In Deutschland lassen sich aktuell vier große Handlungsfelder für den Einsatz von CHN identifizieren:

- bestehende und neu entstehende Primärversorgungszentren,
- weiterzuentwickelnde ambulante Pflege,
- der im Sinne von Public Health weiterzuentwickelnde Öffentliche Gesundheitsdienst,
- die kommunale Daseinsvorsorge mit ihrer spezifischen Sozialraumentwicklung und dem Quartiersmanagement.

Im Folgenden wird zunächst die Rolle der CHN praxisnah dargestellt und daran anschließend gezeigt, wie die Einpassung in die vier Handlungsfelder erfolgen könnte. Die Broschüre schließt mit rechtlichen Ausführungen dazu, welche Hürden zu überwinden sind und wie die Etablierung des CHN-Berufsbildes aus rechtlicher Perspektive erfolgen kann.



offen

ptziele

Maßnahmen

Wieder-
Vorstell.



2. Aufgaben- und Leistungsspektrum einer Community Health Nurse

Das Berufsbild der Community Health Nurse steht für ein breites Leistungsspektrum, das sich aus den umfangreichen Aufgabenfeldern ableiten lässt. Im Mittelpunkt der Tätigkeit stehen:

1. die Gesundheitsförderung, die Prävention und der Gesundheitsschutz einschließlich der Arbeit an einer gesundheitsunterstützenden Umwelt bzw. Umfeldern („Settings“),
2. die Begleitung und Unterstützung von Einzelnen und Familien im Krankheitsfall und in Pflegesituationen,
3. die Erfassung des spezifischen Bedarfs der in einer Kommune oder Region lebenden Bevölkerung sowie konsequente Ausrichtung der Versorgung darauf. Die jeweiligen Bedarfe und Ansprachemöglichkeiten von Personengruppen wie zum Beispiel von Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern oder von ethnischen Gruppen spielen eine Rolle. Personengruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken und -bedarfen wie zum Beispiel ältere und hochaltrige Menschen, Menschen mit (mehreren) chronischen Erkrankungen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und/oder solche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geflüchtete, ethnische Gruppen u. a. erfahren besondere Beachtung.

Damit werden einige besondere Merkmale der CHN-Rolle deutlich. Einerseits richten sich ihre Tätigkeiten auf einzelne Personen, andererseits – und das ist für die Gesundheitsversorgung in Deutschland besonders bedeutsam – auf Personengruppen („Communities“). Als weiteres Merkmal sticht heraus, dass die jeweiligen gesundheitsbezogenen Bedarfe und Leistungen von der CHN vernetzt, in ihren Kontexten wahrgenommen und auch umgesetzt werden. Die CHN folgt damit einem Gesundheitsverständnis, das die Gebundenheit eines gesunden Lebens an das räumliche und soziale Umfeld in konkrete Praxis umsetzt mit dem Ziel, Menschen gesund zu erhalten, sie in Krankheit und Genesung zu unterstützen und ihnen mit Einschränkung

ein gutes Leben zu ermöglichen, auch wenn Heilung ausgeschlossen ist. Dies schließt die Arbeit an gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und „Settings“ mit ein¹⁰. Die CHN muss sich zudem an der Überprüfung der Wirksamkeit getroffener Maßnahmen beteiligen.

Für die Ausübung der Rolle braucht die CHN Wissen aus der Pflegewissenschaft und -praxis, Sozialwissenschaft und der Wissenschaft der öffentlichen Gesundheitspflege („Public Health“), welches sie in der Praxis mit der Primärversorgung verbindet. Der Anspruch an Fach- und Methodenwissen, Kompetenzen und Skills erfordert eine Qualifikation auf Master-Niveau aufbauend auf einer pflegerischen (Grund-)Qualifikation.

Um das Profil der CHN leicht greifbar zu machen, werden im Folgenden Aufgaben und Tätigkeiten anhand von geeigneten Oberbegriffen gelistet. Die Zusammenstellung ist jedoch nicht als erschöpfend zu verstehen und kann nicht alle erdenklichen Sonder- und Anwendungsfälle abdecken. Auch stehen viele Aufgaben im Zusammenhang und bilden in der Praxis ineinandergreifende Prozesse – das gilt insbesondere für die Gesundheitsförderung, Prävention und den Gesundheitsschutz, die auch konzeptionell verbunden sind. Je nach dem, wo die CHN arbeitet – im Primärversorgungszentrum, im kommunalen Quartiersmanagement und der Sozialraumentwicklung, im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder als Teil

¹⁰ Das mit Community Health Nursing verbundene Gesundheitsverständnis befindet sich damit im Einklang mit der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (zitiert nach Franzkowiak P, Hurrelmann K (2022): Gesundheit. <https://leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/gesundheit/>), ebenso mit dem dritten Ziel für eine nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen von 2015, das Gesundheit und Wohlergehen für alle Menschen benennt.

ambulanter Pflege –, werden unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte im Vordergrund stehen. Dies wird in den anschließenden Kapiteln dargestellt.

Gesundheitsförderung

betrifft den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit in der Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Maßnahmen haben Bezug zu den Lebenswelten der Menschen („Settings“) und berücksichtigen die jeweilige Situation, die Bedarfe und Ressourcen der Menschen bzw. Personengruppen vor Ort.

- Bestandsaufnahme des Gesundheitsverhaltens (der gesundheitlichen Lebensstile) Einzelner und/oder von Gruppen, ebenso der Ressourcen, kulturellen Präferenzen und lebensweltlichen Besonderheiten.
- Bestandsaufnahme der Umfeld, zum Beispiel der Wohn- und Hygieneverhältnisse und der Wohnumgebung oder von Bewegungsmöglichkeiten.
- Entwicklung und Umsetzung von dazu passenden Angeboten und Programmen wie Laufgruppen, Wohnberatung, präventive Hausbesuche, gemeinsamer Mittagstisch, Ernährungsberatung und Lebensmittelschulung oder Vermittlung in bestehende Angebote von zum Beispiel Sportvereinen, Kirchengemeinden und Nachbarschaftszentren.
- Aufklärung, Information, Anleitung und Befähigung zum Selbstmanagement, Stärkung der Gesundheitskompetenz durch (individuelle) Information und Beratung, Veranstaltungen, Bildungsangebote und Handreichungen.
- Bürgerschaftliches Engagement im Kontext Gesundheit fördern und koordinieren.
- Netzwerkaufbau und -pflege mit allen relevanten Akteur:innen und Einrichtungen im Umfeld, um Ressourcen zu mobilisieren, Synergien zu nutzen, gemeinsam Probleme zu lösen und Verbesserungen umzusetzen.
- Grundsätzlich: Partizipation und soziale Teilhabe fördern.

Prävention

richtet sich auf die Verhütung der Eintrittswahrscheinlichkeiten von Krankheit und nach deren Eintreten auf die Verhinderung und Abmilderung von

Folgeschäden und Komplikationen. Sie kann sich auf die Arbeit im Einzelfall (Verhaltensprävention) wie auch auf das Einwirken auf Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) beziehen.

- Identifizieren bekannter und spezifischer Gesundheitsrisiken, die in Erkrankung oder Einschränkung der Selbstständigkeit münden können.
- Durchführen bzw. Veranlassen von Risiko-Assessments und Screenings und deren Wiederholung nach festgelegtem Turnus.
- Aufklärung, Information, Anleitung und Befähigung zum Selbstmanagement, Steigerung der Gesundheitskompetenz durch (individuelle) Beratung, Veranstaltungen, Bildungsangebote und Handreichungen.
- (Weiter-)Entwicklung von geeigneten Präventionsmaßnahmen und/oder Vermittlung in entsprechende Angebote wie Herzsportgruppen, Ernährungsberatung, Tabakentwöhnung, Selbsthilfegruppen.
- Netzwerkaufbau und -pflege mit Initiativen und Vereinen sowie bürgerschaftlichem Engagement zur Sicherung sozialer Teilhabe.
- Selbständigkeit und Selbstbestimmung von Erkrankten, Pflegebedürftigen und Menschen mit Einschränkungen fördern und erhalten.
- Steuerung von Reihenuntersuchungen und Impfkampagnen.

Gesundheitsschutz

betrifft Maßnahmen, die sich vor allem auf die Abwehr von Gefahren für die Gesundheit und das Leben richten und somit gesundheitsschädigenden Einflüssen entgegenwirken.

- Identifizieren spezifischer Gesundheitsrisiken wie Lärm, Sonneneinstrahlungen, Einwirkungen chemischer Substanzen, Infektionsrisiken, gesundheitsschädliche Lebens- und Wohnbedingungen, Umweltrisiken usw.
- Aufklärung und Information zu möglichen Schutz- und Verhaltensmaßnahmen; im Arbeitsumfeld auch Mitentwicklung von geeigneten Maßnahmen und Schulungen.
- Zusammenarbeit mit relevanten Akteur:innen und Einrichtungen zur Behebung der Ursachen bzw. zu abmildernden, kompensierenden oder rehabilitativen Ansätzen

- Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung von Bereitschaftsplänen in Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen wie zum Beispiel im Fall von Hitzewellen und anderen Unwetterereignissen oder auch Gefahrenlagen, Ereignissen mit Evakuierungs- oder sonstigem Schutzbedarf wie bei Flutkatastrophen oder Waldbränden.
- Identifizieren besonders gefährdeter Personen (-gruppen) und Ergreifen von Maßnahmen zur Schadensbegrenzung, zur Vorbereitung, zur Reaktion im Ereignisfall sowie zur Nachsorge einschließlich Zusammenarbeit mit weiteren Einsatzkräften.

Disease Management / Krankheits- und Pflegemanagement

beinhalten die strukturierte, evidenzbasierte Steuerung der Behandlung und Begleitung von akut und chronisch erkrankten Menschen bzw. von Personen mit lang andauernden, gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen/Behinderungen. Interprofessionelle Kooperation, bei der flexibel Hand in Hand gearbeitet wird, ist eine Grundvoraussetzung.

- Klinisches und soziales Assessment, Bewerten von Dringlichkeit und Einleiten von Maßnahmen.
- Monitoring und Routineversorgung von Betroffenen ausgewählter chronischer Krankheiten wie Menschen mit Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzschwäche oder Demenz.
- (vorausschauende und sektorenübergreifende) Koordinierung der Versorgung entlang des Krankheitsverlaufs einschließlich wiederkehrender Kontrolluntersuchungen.
- Therapieprozessverantwortung bei der chronischen Wundversorgung und bei der Schmerzbehandlung.
- Medikamentenmanagement: zum Beispiel Ausstellung von Folgeverordnungen und eigenständige Auswahl von Heilmitteln und Hilfsmitteln in bestimmten Anwendungsbereichen (Wundversorgung, Körperpflege etc.).
- Regelmäßige Prüfung des Unterstützungsbedarfs in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens und ggf. die notwendige Unterstützung organisieren, zum Beispiel von Haushaltshilfe oder häuslicher Pflege.
- Verringerung belastender Erfahrungen in der „Patient Journey“ (subjektives Erleben aus Patient:innenperspektive) durch Unterstützung der Navi-

gation im Gesundheitssystem und gemeinsames Aushandeln wichtiger Schritte.

- Aufbau von (individuell passenden) Unterstützungssettings und Sorge für deren Stabilisierung.
- Stabilisierung häuslicher Pflege durch An- oder Zugehörige mit kontinuierlicher Begleitung der zu leistenden Pflege, außerdem Information, Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen im Umgang mit belastenden Pflegesituationen.
- Aufklärung, Information, Anleitung und Befähigung zum Selbstmanagement, Stärkung der Gesundheitskompetenz durch (individuelle) Beratung, Veranstaltungen, Bildungsangebote und Handreichungen.
- Netzwerkpflge und Schnittstellenmanagement mit im Krankheitsverlauf beteiligten Akteur:innen und Einrichtungen wie (Fach-)Ärzt:innen, ambulante Pflege, Krankenhäuser, Fachkliniken, Reha-Kliniken, Sozialarbeit, Hospiz u. a. für reibungslose Übergänge.

CHN für spezifische Personengruppen (exemplarisch)

Ein wesentlicher Kern des CHN-Profiles ist die Sorge um die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und sozialen Gemeinschaften. Das können Gruppen sein, die einen Lebensabschnitt und damit bestimmte Gesundheitsbedarfe teilen wie zum Beispiel Schulkinder, Jugendliche, Männer und Frauen. Es kann sich aber auch um Gruppen handeln, die gemeinsame ethnische Herkunft, kulturelle oder lebensweltliche Merkmale teilen oder die von derselben Erkrankung betroffen sind. Als Gruppe kann auch die (Wahl-)Familie gesehen werden oder Menschen, die derselben Arbeit nachgehen. Exemplarisch für die Gruppe „Menschen mit Demenz“ können folgende Tätigkeiten gelistet werden:

- Bestandsaufnahme des betroffenen Anteils der Bevölkerung und Vorausberechnung der weiteren Entwicklung.
- Analyse der Schweregrade und der Lebenssituation: alleinstehend, familiäre (Betreuungs-)Situation, Wohnverhältnisse, Zugang zu bestehenden Angeboten und zur Gesundheitsversorgung.
- Identifizieren der Unterstützungsbedarfe der betreuenden An- und Zugehörigen und Bereitstellung, kontinuierliche Begleitung und Vermittlung geeigneter Entlastungsmaßnahmen.

- Entwickeln und Umsetzen von daran ansetzenden Angeboten und Programmen wie zum Beispiel aktivitätsfördernde Angebote (Bewegung, Gedächtnistraining u. a.) und Möglichkeiten zur Fortsetzung der sozialen Teilhabe einschließlich niedrigschwelliger Aktivitäten im Bereich des ehrenamtlichen Engagements (gemeinsame Wanderungen, Musizieren u. a.).
- Initiieren von Tagespflege und/oder anderen Gemeinschaftsangeboten (wenn noch nicht vorhanden).
- Vernetzung mit behandelnden Ärzt:innen und der örtlichen bzw. regionalen Alzheimer Gesellschaft.
- Vor- und Nachbereitung und -betreuung von Krankenhausaufenthalten.
- Aufklärung, Information, Anleitung und Befähigung zum Selbstmanagement, Steigerung der Gesundheitskompetenz durch (individuelle) Beratung, Veranstaltungen, Bildungsangebote und Handreichungen – insbesondere auch für betreuende An- und Zugehörige.
- Sensibilisierung der kommunalen und regionalen Bevölkerung für die Belange von Menschen mit Demenz, zum Beispiel zum Umgang mit Desorientierung in lokalen Geschäften oder an anderer Stelle.
- Netzwerkaufbau und Netzwerkpflge im kommunalen Raum und zu Akteur:innen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Monitoring, Qualitätssicherung

Die Bestandsaufnahmen, das Erfassen von kommunalen bis regionalen Versorgungsbedarfen, das Identifizieren von Bedarfen und Gesundheitsrisiken einzelner Personengruppen müssen datengestützt erfolgen. Die Angebote müssen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft und insgesamt muss evaluiert werden, wie sich der Gesundheitsstatus der betreuten Personengruppe bzw. der Bevölkerung entwickelt.

- Erheben, Monitoren und Analyse von Daten zu Gesundheitsstatus und Gesundheitsbedarfen im betreuten regionalen Umfeld und zu den Personengruppen.
- Erheben, Monitoren und Analyse von Strukturdaten.
- Regelmäßige Zusammenarbeit mit verantwortlichen Einrichtungen und Behörden wie dem Gesundheitsamt sowie mit professionellen und informellen Akteur:innen und Netzwerken des örtlichen und überörtlichen Gesundheits- und Sozialwesens.
- Mitwirkung an wissenschaftlichen Studien.

Leadership, (Weiter-)Entwicklung der Versorgungsstrukturen und Advocacy

Für die zuvor genannten Aufgaben werden Versorgungsstrukturen und Prozesse gebraucht, die die wirksame und effiziente Umsetzung ermöglichen. In der Arbeit für gesundheitliche Umfeldbedingungen wird es mithin auch erforderlich, die Interessen der jeweiligen Personengruppen einzubeziehen, auch mitunter zu vertreten, wenn diese selbst dazu (zeitweise) nicht in der Lage sind. Dabei kann die Arbeit der CHN auf unterschiedlichen Ebenen der Versorgung angesiedelt sein – von direkter Praxis im kommunalen Bereich bis zur nationalen Gestaltung von Gesundheitsversorgung.

- Gesundheitsbezogene Gemeinde- und Stadtentwicklungsprozesse aktiv begleiten.
- (digitale) Gesundheitsstrukturen mitgestalten und die Verknüpfung von Versorgungsangeboten und -strukturen in der Kommune und ggf. darüber hinaus fördern.
- Mitwirkung an kommunalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen, Pflegekonferenzen und vergleichbaren Gremien.

Viele der Aufgaben der CHN beinhalten, Innovationen in Prozessen oder Strukturen voranzutreiben. Die Digitalisierung kann die Tätigkeit der CHN sehr unterstützen, zum Beispiel beim gesamten Umgang mit Daten, in der interprofessionellen Vernetzung rund um und mit den Patient:innen, im Schnittstellenmanagement der Institutionen und Sektoren, in erleichterten Prozessen und Zugang zu Informationen und in der Kooperation zu niedrigschwelligen Angeboten wie etwa den Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements. Digitale Anwendungen können an vielen Stellen des Versorgungsprozesses hilfreich sein. Eine weitere Aufgabe der CHN wird es daher auch sein, die begleiteten und betreuten Menschen bei der Anwendung digitaler Angebote zu ermutigen, zu unterstützen und die Entwicklung geeigneter digitaler Anwendungen anzustoßen.



**Stress
im Alltag**
Übungen und Massage

Gesundheit
für alle



Veranstaltung
Mi 29.06.2022
16:00 - 18:00



3. Die Community Health Nurse in den Praxisfeldern

Das in Kapitel 2 vorgestellte Aufgaben- und Leistungsspektrum der CHN zeigt die Bandbreite der Tätigkeit. Im Folgenden wird illustrierend an einigen Beispielen gezeigt, wie sich die Tätigkeit der CHN in bestimmten Einsatzfeldern ausnehmen kann.

3.1 Community Health Nursing im Primärversorgungszentrum

Unter Primärversorgung wird der erste Zugang zur Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung verstanden, in der die Angebote für die Basisversorgung angesiedelt sind. Aus Sicht der WHO orientiert sich die Primärversorgung an den Gesundheitsproblemen und Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung und verbindet die individuelle medizinisch-pflegerische Betreuung mit anderen gesundheitsrelevanten Anstrengungen wie der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Umfeldgestaltung u. ä. Primärversorgungszentren setzen einen solchen Ansatz der Gesundheitsversorgung um. Es gibt gute Beispiele in etlichen Ländern wie in Kanada, den USA, Spanien, Schweden, Finnland u. a. Auch in Deutschland gibt es die ersten Primärversorgungszentren. Sie werden seit einigen Jahren von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Eine 2021 erschienene Studie zeigt ihre Perspektive für die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf.

Die Community Health Nurse hat im Gesundheitszentrum eine wichtige Rolle im multiprofessionellen Team. Das Team besteht neben den Pflegefachpersonen meist aus Hausärzt:innen/Allgemeinmediziner:innen sowie Vertreter:innen aus Sozialarbeit, Physiotherapie oder Ergotherapie und kooperiert eng mit Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder auch ambulanten Pflegediensten.

Das multiprofessionelle Team in den Gesundheitszentren bietet der Einzugsbevölkerung zusammen eine umfassende, vorausschauende Gesundheitsversorgung aus einer Hand. Die CHN ist verantwortlich für die Koordinierung der (komplexen) Versorgungsprozesse und für Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen bzw. regionalen

Umfeld. Sie hat außerdem die Gesundheitsbedarfe von ausgewählten Personengruppen im Einzugsgebiet im Blick, entwickelt entsprechende Programme und sorgt für die Etablierung der notwendigen Prozesse und den Aufbau von Netzwerken sowie für die Implementation und die Weiterentwicklung von digitalen Lösungen. Information, Beratung und Anleitung zum Selbstmanagement sind weitere wichtige Bestandteile ihrer Rolle. Perspektivisch kann sie – internationalen Beispielen folgend – auch für heilkundliche Aufgaben zuständig werden, die in Deutschland derzeit noch ausschließlich im ärztlichen Verantwortungsbereich angesiedelt sind, wie zum Beispiel die Routineversorgung und Therapiebetreuung chronisch Kranker mit Steuerung des Medikamentenregimes.

In einem gut entwickelten Primärversorgungszentrum kann das gesamte in Kapitel 2 beschriebene Aufgaben- und Leistungsspektrum zur Anwendung kommen.

Pionierarbeit in Deutschland

Einblicke in ihre Pionierarbeit zum Aufbau von Community Health Nursing in einem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Gesundheitszentrum gewährt Ruth Mengel. Ruth Mengel ist eine Pflegefachperson, die nach ihrer dreijährigen Ausbildung und diversen Weiterbildungen, insbesondere im kommunikativen und sozialen Bereich, fünf Jahre berufsbegleitend ein Studium des Pflegemanagements absolviert hat. Sie ist als Praxis- und Case Managerin im Ärztezentrum Büsum an der Nordseeküste Schleswig-Holsteins tätig. Diese Region im Landkreis Dithmarschen ist ein typisches Beispiel für den „ländlichen Raum“, dem bei stetigem Älterwerden der Bevölkerung und einer Zunahme chronischer Erkrankungen gleichzeitig immer mehr „klassische“ Hausarztpraxen verloren gehen. „Wir stehen vor der riesigen Aufgabe, teilweise schon verloren gegangene Strukturen neu aufzubauen und zu festigen, um die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern und weiter zu verbessern“, macht Ruth Mengel deutlich.

Sie arbeitete 28 Jahre im Krankenhaus. In den letzten Jahren als Pflegedienstleiterin war sie zudem als Projektleiterin eingesetzt. Sie übernahm verantwortlich die Bearbeitung der klinischen Prozesse im Zuge der

Umwandlung eines Krankenhauses in ein integriertes Versorgungszentrum. Im Oktober 2017 kam sie nach Büsum. Denn hier entstand eines der von der Robert Bosch Stiftung geförderten „Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (PORT). Sie „sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt, setzen eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung um, unterstützen den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung, arbeiten als multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe, nutzen neue Potenziale wie eHealth, schließen Prävention und Gesundheitsförderung mit ein und sind kommunal gut eingebunden“, beschreibt die Robert Bosch Stiftung die Ausgestaltung der PORT-Zentren.

Drei Schwerpunkte für CHN

Ruth Mengel identifiziert sich stark mit diesen Zielen und sie deckt als PORT-Mitarbeiterin einige Aufgaben einer als CHN qualifizierten Person ab. „Ich sehe drei große Schwerpunkte für deren Einsatz“, erklärt sie. „Erstens das pflegerische Therapieschehen direkt am Patienten inklusive einer engmaschigen Betreuung chronisch Kranker sowie Gesundheitsförderung und Prävention, zweitens die Koordinierungsfunktion, was in patienten- und prozessbezogene Aufgaben unterschieden werden kann, sowie drittens alles, was mit Netzbildung und -pflege zu tun hat, vom Aufnahme- und Entlassungsmanagement über Austausch mit der Kommune und allen anderen relevanten Akteuren bis hin zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen generell.“

Sie selbst ist stark in den Themen Leitung und Vernetzung sowie in der Koordinierung aktiv. „Kein Tag ist gleich, und pragmatische Flexibilität und gute Kommunikationsfähigkeit bei allem enorm wichtig.“ Gleichwohl betont sie die Bedeutung der verbindlichen Strukturen, die sie aufgebaut hat und für die sie teilweise Verantwortung trägt. Dazu gehört neben der Änderung der Leitungsstruktur auch die Umwandlung des Ärzte-zentrums in ein PORT-Zentrum. Ein Element sind regelmäßige Abstimmungsrunden mit dem ärztlichen Leiter, dem Geschäftsführer und den unterschiedlichen Berufsgruppen sowie alle drei Monate ein Teamtag für das gesamte Ärztezentrum. Hinzu kommt die Pflege der Kontakte zu den weiteren Mieter:innen im Haus: „Wir haben Gesundheitsberufe aus Physiotherapie, Psychotherapie, Zahnheilkunde, eine Heilpraktikerin mit Schwerpunkt Osteopathie sowie ein Sanitätshaus und eine Apotheke. Wir arbeiten gut zusammen und entwickeln uns stetig weiter“, so Ruth Mengel.

Zusammenarbeit im Netzwerk

„Eine meiner wichtigsten Aufgaben ist es, alle im Sinne der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, aber auch die allgemeine Bevölkerung zu vernetzen“, sagt sie. Dies gelte innerhalb und außerhalb, also für die örtliche Kurklinik, die Landfrauen und viele weitere Vereine und Gruppierungen, die wissen, „was die Menschen bewegt; eben alle Akteure aus dem medizinischen und sozialen Bereich.“ Es gehe immer darum, „wer ist wichtig und kann was am besten und das bei den bekannt knappen Ressourcen.“ Dabei sucht und geht sie bewusst neue Wege: „Wir haben zu Beginn erstmalig alle ambulanten Pflegedienste zu uns eingeladen. Sie waren überrascht und verblüfft, denn sie stehen ja im Wettbewerb untereinander.“ Mittlerweile finden routinemäßig gemeinsame Runden mit den verschiedenen Anbieter:innen statt. Auch der gute Kontakt zur Kommune und dem Bürgermeister sei enorm wichtig, betont sie. Das entstandene Vertrauensverhältnis trage viel zum Erfolg der Arbeit und der Unterstützung der Bevölkerung bei. Es ist eine wichtige Voraussetzung, um Gesundheitsförderung und Prävention sowie Partizipation und soziale Teilhabe aufbauen zu können.

Ihr größtes Einzelprojekt zielt in die Breite und umfasst zahlreiche Personen: „Ich habe einen Verein für Nachbarschaftshilfe mit angestoßen“, berichtet Ruth Mengel, „der heute mit 520 engagierten Mitgliedern in 18 Gemeinden der Region aktiv ist.“ Sie selbst ist Vorstandsmitglied, um eine enge Verzahnung von Kommune, Seniorenbeirat und dem PORT-Zentrum sicherzustellen. Dank Spenden konnten zwei Fahrzeuge angeschafft werden, die nun die Mobilität der Bevölkerung unterstützen. „Angesichts der älteren Bevölkerung ein ganz wichtiger Beitrag, um Einsamkeit vorzubeugen“, erklärt sie. Gleichzeitig beschreibt sie ihr umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung an diesem Beispiel: „Wir müssen herausfinden, was braucht ein Mensch, um sich wohlfühlen und gesund zu bleiben.“ Deswegen sei es immer wieder wichtig, einzelne Projekte zu etablieren und die Weiterentwicklung des Zentrums und der Region zu forcieren.

Bildungsangebote, Selbstmanagement und Multi-professionalität

Diese Erkenntnisse, ihre Erfahrungen und systematische Auswertungen des regionalen gesundheitlichen Bedarfs finden vielfältigen Niederschlag in ihrer Arbeit. Einerseits in internen Projekten, zum Beispiel beim Auf- und Ausbau des Qualitätsmanagements

inklusive interner und externer Fallbesprechungen, aber ebenso in zahlreichen Angeboten und Veranstaltungen, die Ruth Mengel initiiert, organisiert und zum Teil selbst durchführt. Ob Selbstmanagement, Resilienztraining, Empowerment, Ernährungsberatung oder Trauerbegleitung – in Fortbildungen, Schulungen, durch einen Gesundheitstag für die Region oder als Teilnehmerin der geplanten Gesundheitskonferenz des Kreises bringt Ruth Mengel ihre Kompetenzen ein. Angesichts all dieser Tätigkeiten bleiben ihr keine Kapazitäten mehr für die direkte Patient:innenversorgung; das sei so zu akzeptieren, denn „sonst verliere ich mich“. Stattdessen stärkt sie Kompetenzen und Fähigkeiten der pflegerischen Mitarbeiter:innen und anderer Gesundheitsberufe durch Weiterqualifizierungen.

Ihr spezifisches Praxisprofil im PORT-Zentrum in Büsum stand anfangs keineswegs fest, erinnert sich Ruth Mengel; das Rollenverständnis „und die Akzeptanz im multiprofessionellen Team habe ich mir erarbeiten müssen“. Aber sie sagt ganz klar: „Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist essenziell für unsere erfolgreiche Arbeit, und sie muss gelernt, praktiziert und kontinuierlich begleitet werden. Rückschläge gehören dabei zum Alltag.“ Eine CHN bringe die notwendigen Kompetenzen mit, kann zum Beispiel multiprofessionelle Fallkonferenzen initiieren und leiten und leiste so einen wesentlichen Beitrag, um die Versorgung deutlich zu verbessern und das „Arbeiten auf Augenhöhe“ im Team zu verankern. Ihr Rat: Direkt zu Beginn der Tätigkeit einer CHN verbindlich zu klären, in welche Strukturen sie eingebunden werden kann und soll. Eine klare Verteilung der Zuständigkeiten sowie der Weisungsbefugnisse erleichtern die Arbeit für alle. Für sie ist es gut denkbar, die CHN in der Leitung eines Primärversorgungszentrums einzusetzen: „Pflege- und Leitungskompetenz liegen so in einer Hand und ermöglichen eine ganzheitliche, sektorenübergreifende und evidenzbasierte Versorgung mit enger kommunaler Anbindung.“

Lebendige Kommune für mehr Gesundheit

Ergänzend der Blick in die Praxis, wie sie CHN-Masterstudentin Elena Zarges im PORT Willingen-Diemelsee e. V. kennenlernte: „Der Bedarf für Community Health Nursing ist da, ganz kleinteilig im direkten Kontakt mit Menschen braucht es den präventiven pflegerischen Blick und oft auch ein gutes Fallmanagement. Das zeigte mir die Arbeit der Case Managerin vor Ort, die sowohl präventive Hausbesuche macht, als auch ein umfassendes Case Management, je nach individuellem Bedarf. Aber auch die Vernetzung innerhalb der Gemeinden ist von zentraler Bedeutung. Bedarfe und Interessen von Gesundheitsakteur:innen, Politik, Ehrenamt und den Bürger:innen sollten den Dialog finden, um nachhaltige Sorgestrukturen zu etablieren. Das Ziel muss eine selbstbestimmte Community mit Chancengleichheit in der Gesundheit sein. Dies braucht eine gelungene Koordination, die den Blick über den Tellerrand wagt.“



3.2 Community Health Nursing in der kommunalen Daseinsvorsorge

Viele Kommunen stehen vor enormen Aufgaben in der kommunalen Daseinsvorsorge, egal ob sie im ländlichen oder städtischen Raum liegen und ob sie dabei eine gebietsbezogene Gesamtbetrachtung oder auch nur einzelne Quartiere und Viertel in den Blick nehmen. Erschöpfte sich lange Jahre die Frage der gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge in der Ansiedlung von Pflegeheimen, so hat sich dieser Weg als zu eindimensional herausgestellt. Viele Menschen wollen auch bei Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben oder können sich eine stationäre Versorgung nicht leisten. Ihre Zahl nimmt angesichts des demografischen Wandels zu. Es gilt, neue Lösungen zu finden, wie diese Personengruppen Zugang zur Gesundheitsversorgung bekommen bzw. behalten, weiterhin am sozialen Leben teilhaben und wie ihr Unterstützungs- und Pflegebedarf organisiert werden kann. Darauf tragfähige Antworten zu finden, ist eine wichtige Aufgabe der aktuellen

Politik. Dabei rücken die möglichen Beiträge der CHN zusehends in den Blick. Sie kann ihre Aufgaben aus einem Primärversorgungszentrum oder aus der ambulanten Pflege heraus angehen (siehe Kapitel 3.1 und 3.4), denkbar ist aber auch, dass eine Kommune direkte Auftraggeberin oder Anstellungsträgerin wird, weil das aufgrund der lokalen Gegebenheiten naheliegender erscheint.

Daseinsvorsorge als Standortsicherung

Bedarfsgerechte, regionale Sorgestrukturen müssen vielerorts weiterentwickelt und ausgebaut werden. „Die kommunale Sozialraumentwicklung kann dabei vom Einsatz einer CHN maßgeblich profitieren“, erklärt Professor Frank Weidner. „Denn Kommunen müssen aktiv werden und Belange und Bedarfe ihrer Bürgerschaft bzw. einzelner Zielgruppen gezielt aufgreifen und dann möglichst passend beantworten.“ Der Pflegewissenschaftler verfolgt die Diskussion um den Einsatz von CHN in Deutschland seit vielen Jahren und gestaltet sie wissenschaftlich und beratend in zahlreichen Praxisprojekten und einem Studiengang mit.

„Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind heute echte Standortfaktoren“, ist sich Frank Weidner sicher. „Die Anstellung einer CHN wird zu einem Standortvorteil für eine Kommune, weil die Bürgerinnen und Bürger profitieren.“ Was macht die besondere Qualität einer CHN in der kommunalen Sozialraumentwicklung aus? „Es handelt sich um berufserfahrene und akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, die aufgrund ihrer Qualifikationen und Kompetenzen die Fähigkeiten mitbringen, eine systematische, datengestützte und bedarfsorientierte Sozialraumentwicklung mit einer praktisch-klinischen Perspektive zu verbinden.“

CHN mit professioneller Pflegeperspektive

Diesen besonderen „klinischen Blick“ sieht er als „entscheidenden Baustein einer gesundheitsförderlichen kommunalen Versorgung“ und hebt die professionelle Pflegeperspektive einer CHN hervor: „Erfahrungen über Anzeichen, Auswirkungen und Folgen von Pflegebedürftigkeit und Krankheit sind für sie handlungsleitend“, so Frank Weidner. Dies bedeute, dass sie im Hinblick auf die Entwicklung und Implementierung präventiver Angebote genauso wie hinsichtlich der individuellen Bedarfe von Menschen in besonderen Lebenssituationen und auf akute Problemlagen und Krisen im Sozialraum agieren könne.

Aufgrund des Sozialleistungsrechts und der Rechtsgrundlagen der kommunalen Daseinsvorsorge konstatiert Frank Weidner eine gesellschaftliche Verpflichtung der Kommunen zur Mitwirkung bei der Sicherstellung der gesundheits- und pflegebezogenen Versorgung der Bevölkerung. Die Kommunen hätten dabei ausdrücklich die Möglichkeit, gezielt Angebote zum Zweck dieses Sicherstellungsbeitrags zu entwickeln und zu finanzieren. „Dazu gehört zukünftig der Einsatz einer CHN“, so Frank Weidner.

Wie dieser aussehen könnte, beschreibt Lea Maevis. Sie ist Absolventin eines der CHN-Masterstudiengänge und berichtet aus ihrem Praktikum in der Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle der Stadt Herrenberg: „Das Praktikum bei der Stadt Herrenberg hat mir gezeigt, wie wichtig die Integration der pflegerischen Expertise in der kommunalen Sozialraumentwicklung ist. Die Kommunen stehen angesichts des demografischen Wandels und dem vorherrschenden Fachkräftemangel vor großen Herausforderungen. Zielgruppenspezifische Angebote mit dem Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung müssen entwickelt und umgesetzt werden. Die CHN kann hierbei

eine wichtige Rolle einnehmen und die Kommunen dabei unterstützen, pflege- und gesundheitsrelevante Themen in allen Verwaltungsbereichen mitzudenken und die Kommunen so zukunftsfähig aufzustellen.“

CHN mit Verantwortung und Führungsrolle

Neben der Gesundheitsförderung und Prävention nennt Frank Weidner weitere Bereiche: Beratung und Befähigung von bestimmten Personengruppen, Case Management und Einzelfallarbeit durch Angebote für einzelne Personen, Familien oder andere Sorgearrangements, Care Management und kommunale Pflegeinfrastrukturentwicklung (kleinräumig, z. B. auf Quartiere bezogen), Datenmonitoring und Bedarfserhebung, Netzwerkarbeit und Koordination z. B. durch Kontaktabbau und -pflege, Organisation von Treffen und Aktivitäten und schließlich Schnittstellenmanagement und Kooperation. Bei allem kann die CHN maßgeblich Verantwortung und eine Leitungsrolle einnehmen.

Kommunal-planerisches Denken als Voraussetzung

Wenn eine Kommune ihre soziale und gesundheitliche Daseinsvorsorge so verstärken will, sind einige Aspekte zu entscheiden. Frank Weidner rät zu einem planvollen Vorgehen und gibt Hinweise: Die Kommune sollte zunächst ihre Bedarfe und die ihrer Bürger:innen kennen bzw. ermitteln lassen, um auf einer gesicherten Basis starten zu können. Die neue Stelle für die CHN sollte in der Kommune selbst oder bei einer kommunal getragenen Einrichtung angesiedelt sein. Dabei wirbt er auch für eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den kommunalen Akteur:innen und dem ÖGD (Kap. 3.3). Eine grundsätzliche Voraussetzung sei kommunal-planerisches Denken, das die Vernetzung und perspektivische Weiterentwicklung im Sozialraum einschließt. „Es bringt nichts, mit einem kleinteiligen, vielleicht gerade akuten Quartiersbezug einfach loszulegen, ohne die größeren Zusammenhänge vorher zu kennen.“ Eine CHN sollte möglichst früh im Prozess dabei sein, um die Bedarfe zu identifizieren und die Planungen mitzugestalten.

Er wirbt zudem für Öffentlichkeitsarbeit und Offenheit: „Jedes neue Angebot wirft Fragen auf; manchmal auch Ängste, wer was damit bezweckt und was sich ggf. ändern soll und wird. Oder wer dadurch vielleicht bisher Gewohntes verlieren könnte. Das heißt, dass es bei Innovationen immer auch um Transparenz und vertrauensbildende Maßnahmen geht“, erklärt Frank Weidner. Als wichtiges Argument nennt er außerdem, dass sich eine CHN nach allem, was bereits

wissenschaftlich begleitet wurde, „rechnen“ dürfte. Denn sie kann die gesundheitliche Versorgung und Teilhabechancen deutlich verbessern und bringe ganz unterschiedliche Mehrwerte wie einen Zugewinn an Lebensqualität. Damit erhöht sich der Standortvorteil auch anderer Akteur:innen, zum Beispiel der lokalen Wirtschaft und deren Möglichkeit, geeignetes Personal zu finden und zu binden. Es geht also nicht in erster Linie ums Einsparen, sondern darum, was die Kommune und die Menschen durch den Einsatz einer CHN zurückerhalten und gewinnen.

Selbstbestimmter Einstieg der Kommunen

„Kommunen haben es in der Hand, einen selbstbestimmten Einstieg in ein CHN-Projekt vorzunehmen, etwa durch die konzeptionelle Einbindung und Anstellung einer CHN direkt bei der Kommune, im kommunalen Krankenhaus oder in einem kommunal (mit)getragenen Gesundheitszentrum“, so Frank Weidner. Auch die Verwirklichung sozial-räumlicher Konzepte innerhalb eines benachteiligten Quartiers oder die Erfüllung von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes können dazugehören. Zusammenfassend stellt er fest: „Die CHN als dringend benötigte Fachkräfte leisten nicht nur konkrete gesundheitsbezogene Beiträge für die Menschen gerade in sogenannten strukturschwachen Regionen, sondern sie können ihre Expertise auch in die Planung und Gestaltung von kommunalen und sozialräumlichen Sorgestrukturen einbringen.“

Die Community Health Nurse in kommunalen Handlungsfeldern kann – je nach realisiertem Umfang –, einen Großteil der in Kapitel 2 beschriebenen Aufgaben und Leistungen erbringen. Die sozialleistungsrechtlich im SGB V und SGB XI definierten Leistungen im Bereich Disease Management, die klinischen Bestandteile vor allem der Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen fallen jedoch nicht darunter. Dennoch ist auch aus kommunaler Perspektive eine gute Kooperation zu den ansässigen Haus-, Allgemein- und Fachärzt:innen sowie zu den Pflegeeinrichtungen in Kommune und Quartieren wichtig für das erfolgreiche Sozialraum- und Quartiersmanagement, um gemeinsam an gesundheitsrelevanten Fragen zu arbeiten und im Arbeitsalltag für konkrete Einzelfallprobleme Lösungen zu finden.

3.3 Community Health Nursing im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Corona-Pandemie hat deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, dass die Einrichtungen und Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf allen Ebenen (Gesundheitsfachverwaltung auf kommunaler Ebene, auf Ebene der Regierungsbezirke und Regierungspräsidien, auf Ebene der Landesgesundheitsämter und Landesministerien und auf Ebene des Bundes mit Ministerien und nachgeordneten Behörden) gut funktionieren und auf die Daseinsvorsorge ausgerichtet arbeiten. In Krisen- und Katastrophensituationen müssen sie den Gesundheitsschutz der Bevölkerung sichern mit vorausschauender Planung, gut organisierten Schutzmaßnahmen einschließlich Impfkampagnen. Gut aufbereitete Daten zur Gesundheit der Bevölkerung und zur Gesundheitsinfrastruktur, wirksame Information und Aufklärung sowie ineinandergreifendes Arbeiten mit der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung gehören dazu.

Die Bundesregierung hat daher Ende 2020 den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beschlossen und mit Finanzmitteln in Höhe von vier Milliarden Euro unterlegt. Damit unterstreichen Bund und Länder die herausragende Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung. Insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsplanung sollen ausgebaut werden. Damit ist das Leistungsspektrum der Community Health Nurse, das in Kapitel 2 von internationalen Vorbildern und von Empfehlungen internationaler Einrichtungen wie der WHO und den Vereinten Nationen abgeleitet wurde, direkt angesprochen. Der zukünftige Einsatz von Community Health Nurses im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist eine logische Konsequenz und eine wichtige Maßnahme, ihn im Sinne von „Public Health“ weiterzuentwickeln. Das bedeutet vor allem eine zunehmende Verknüpfung der administrativen Arbeit mit der Praxis einer Gesundheitsversorgung, die für tragfähige, übergreifende Strukturen sorgt. Die CHN könnte diese Entwicklung als „Motor“ befördern.

Eine neue Kultur der Gesundheitsversorgung

„Wir brauchen eine neue Kultur der Gesundheitsversorgung“, sagt Dr. Gottfried Roller, Leiter des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, voller Überzeugung. Der Mediziner wird konkret: „Benötigt werden Koordination, Integration und Vernetzung sowie eine Stärkung der Primär- und Langzeitversorgung.“

Mit Blick auf die kommunale Daseinsvorsorge bedeute dies eine Neuorientierung durch eine Gesundheitsversorgung aus einem Guss: vom Menschen her gedacht, sektorenübergreifend, multiprofessionell auf Augenhöhe, digital, vernetzt und regionalisiert. Zwar gebe es unterschiedliche Strukturen und Zuständigkeiten in den einzelnen Bundesländern, was sich darauf auswirke, wie eine Kommune, ein Stadt- oder Landkreis aktiv werden könne. „Aber alle haben die Pflicht, für gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land zu sorgen, was ausdrücklich auch für die Gesundheitsversorgung gilt“, macht Gottfried Roller deutlich.

Multiprofessioneller ÖGD

Seinen eigenen Verantwortungsbereich nimmt Gottfried Roller nicht aus bei der geforderten Neuorientierung, im Gegenteil. Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes der Primärversorgung und der Einbindung der kommunalen Ebene müsse sich der ÖGD weiterentwickeln: „Der ÖGD befindet sich in einem Reformprozess und bekommt eine veränderte Rolle: künftig noch stärker steuernd und koordinierend. Wir müssen Entwicklungen im Gesundheitsbereich frühzeitig erkennen und pro-aktiv auf allen Ebenen aufgreifen“, erklärt Gottfried Roller. Daraus folgt für ihn: „Ein multiprofessionell und gut aufgestellter ÖGD ist notwendig.“ Dies bedeute eine Öffnung für andere Professionen, was zu veränderten Stellenprofilen und auch zu veränderten Leitungsstrukturen führen wird.

An dieser Stelle kommen die CHN ins Spiel. In Verwaltungen, zum Beispiel Gesundheitsämtern der Stadt- und Landkreise, Geschäftsstellen der kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen der Stadt- und Landkreise sowie in Gemeindeverwaltungen, sieht Gottfried Roller zahlreiche und vielversprechende Aufgaben, die seiner Ansicht nach eine CHN wahrnehmen könne. Er nennt konkret:

- Zusammenstellung, Auswertung und Analyse qualitativer und quantitativer sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der medizinischen und pflegerischen sowie rehabilitativen Versorgung des Stadt- und Landkreises.
- Ermittlung regionaler Bedarfe auf der methodischen Basis des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle), insbesondere in den Bereichen der Versorgung chronischer Erkrankungen, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsversorgung und Pflege.
- integrierte regionale Gesundheits- und Versorgungsplanung einschließlich Pflegeplanung.
- Erarbeitung bedarfsgerechter und sozialraumorientierter Handlungsempfehlungen in Zusammenarbeit mit den Akteur:innen der Region.
- Etablierung von Partizipationsformen auf Ebene der Stadt- und Landkreise u. a. durch neue Formate der Bürger:innenbeteiligung.
- Begleitung von qualitätsbezogenen Gemeinde- und Stadtentwicklungsprozessen in den Themenfeldern Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und medizinischer sowie pflegerischer Versorgung.
- Etablierung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen und Stärkung der Primärversorgung, u. a. mit dem Aufbau von Primärversorgungszentren und von Primärversorgungsverbänden.
- Mitwirkung bei der Etablierung quartiersnaher, leistungsfähiger, ausreichender und wirtschaftlicher Pflege- und Unterstützungsstrukturen.
- Sozialräumliche Koordinierung und Gestaltung der Pflege- und Unterstützungsstrukturen.
- Beratung vor Ort zu Fragen der regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen, der Schaffung von altersgerechten Quartiersstrukturen, der kommunalen Beratungsstrukturen und der Koordinierung von Leistungsangeboten.
- Steuerung der Quartiersentwicklung und Unterstützung von Städten, Gemeinden, Landkreisen und zivilgesellschaftlichen Akteur:innen bei der alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung mit dem Ziel, lebendige Quartiere zu etablieren.
- Verantwortung für die Wirkungsmessung und Projektevaluation.
- Organisation der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Koordination und Dokumentation ihrer Netzwerke und Arbeitskreise und ihrer öffentlichen Veranstaltungen.

Ergänzend stehen beim Einsatz in Gemeindeverwaltungen noch folgende Aspekte im Vordergrund:

- ämterübergreifende Koordination von Gesundheitsthemen innerhalb der Kommunalverwaltung
- nachhaltiger Ausbau zielgruppengerechter Angebotsstrukturen
- Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz, Abbau von Zugangsbarrieren
- Vernetzung der Akteur:innen.

Neben diesen Tätigkeiten in den Kommunalverwaltungen sieht Gottfried Roller eine wichtige und denkbare Einsatzmöglichkeit der CHN beim Aufbau und der Gestaltung von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsverbänden. Beispielhaft erwähnt er aus seiner früheren Tätigkeit als Leiter des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen mehrere Primärversorgungszentren im Landkreis Reutlingen und als Modellprojekt die Etablierung eines Primärversorgungsverbundes. Für die innovative Weiterentwicklung des PORT-Gesundheitszentrums in Hohenstein im Landkreis Reutlingen wurde im August 2022 die Stelle einer CHN ausgeschrieben.

Keine Gemeinde oder Stadt müsse aber alleine tätig werden, sondern kann sich in sinnvollen Kooperationen mit anderen zusammenschließen, was insgesamt nur Vorteile bringe und für eine nachhaltige Wirkung Sorge. „Stadt- und Landkreise, die Gesundheitsversorgung und -förderung aktiv bespielen und Gesundheit als Standortfaktor erkennen, haben Zukunftspotenzial“, ist Gottfried Roller überzeugt. „Eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung steigert die Lebensqualität, eröffnet neue Entwicklungsperspektiven und macht die Region attraktiv für Bürgerinnen und Bürger“, so Gottfried Rollers Fazit.

In einem in dieser Richtung weitergedachten ÖGD wird deutlich, wie sehr er mit dem Ansatz der Primärversorgung und der Primärversorgungszentren, aber auch mit dem kommunalen Quartiersmanagement kompatibel ist. Entsprechend kann auch hier die Community Health Nurse mit dem in Kapitel 2 beschriebenen Leistungsspektrum ihren Platz finden. Sie wird auch hier eher nicht im individuellen Disease Management oder in der Routineversorgung chronisch Kranker tätig werden, im Vergleich zum kommunalen Quartiersmanagement würden sich ihre gesundheitsplanerischen Aufgaben ergänzend in der nächsthöheren Planungsebene ansiedeln. Ebenfalls könnte sie ihre Kompetenzen verstärkt in die Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung einbringen, die bei Ereignissen wie Pandemie und anderen Krisen und Katastrophen erforderlich werden.

3.4 Community Health Nursing als Teil ambulanter Pflege

Die Bezeichnung einer Berufsrolle als „Community Health Nurse“ weist unmittelbar auf ihre Zugehörigkeit zu den Pflegeberufen und besonders zur ambulanten Pflege als Einsatzfeld hin. Im Vergleich zu den anderen Einsatzfeldern stellt sich sogar die Frage, warum dieses Berufsbild nicht längstens in Deutschland an dieser Stelle etabliert wurde. Denn die Einführung der CHN als Teil ambulanter Pflege könnte die Aufwertung und Professionalisierung der Pflegeberufe deutlich vorantreiben und auch eine „Renaissance“ von in Deutschland verloren gegangenen Potenzialen der Pflege in Gang setzen.

Traditionsreicher Aufgabenbereich

Die häusliche Versorgung und Pflege gehören zu den angestammten und traditionsreichen Aufgabenbereichen von Community Health Nurses. Ihre Vorläufer sind die bereits im späten 19. Jahrhundert in den USA und Großbritannien entstandenen „District Nurses“ bzw. „Community Matrons“ oder auch die „Visiting Nurses“, die in ihrer Gemeinde gesundheitlich beeinträchtigte, gefährdete oder bedürftige Menschen und Familien aufsuchten und sich um die Verbesserung ihrer Gesundheit bemühten – sei dies durch Pflege, Sicherstellung der medizinischen Behandlung oder durch verhältnisorientierte Maßnahmen wie die Veränderung von Lebens- und Wohnbedingungen. Bis heute stellen die Visiting Nurses die größten ambulanten Pflegedienste in den USA – der Visiting Nurse Service „VNS Health“ in New York hat 10.000 Beschäftigte – und sehen sich nach wie vor dieser Tradition verpflichtet. Auch in Großbritannien und später in den skandinavischen Ländern wurde Community Health Nursing eingesetzt und weiterentwickelt.

Fehlentwicklung in Deutschland

In Deutschland sind Berufsbild und Qualifikationsprofil nicht in vergleichbarer Weise entstanden. Auch wurden ambulante Pflegedienste in der heutigen Prägung erst relativ spät etabliert. In den späten 1970er Jahren setzte die Deklaration der WHO von Alma Ata mit ihren Leitsätzen zur Stärkung der Primärversorgung auch in Deutschland gesundheitspolitische Impulse. Um auch hierzulande eine gemeindenahe Versorgung zu ermöglichen, wurden in vielen Bundesländern Sozialstationen eingerichtet, die ähnlichen Konzeptideen folgten, wie sie heute mit dem Community Health Nursing verbunden werden. Als problematisch zeichneten sich jedoch bereits damals die ungünstigen

ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab: die Sozialstationen hatten Aufgaben zu bewältigen, die entweder dem Sozial- oder dem Gesundheitswesen zuzuordnen waren – manchmal auch beiden –, obwohl sie selbst keinem der beiden Systeme eindeutig zugeordnet waren oder wirklich in der Lage gewesen wären, sektorenübergreifend tätig zu werden.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland erfolgte 1995 eine weitere Weichenstellung, die zu einem erheblichen Anstieg ambulanter Pflegedienste und deren bundesweiter flächendeckender Etablierung führte. Diese bemerkenswerte Verbesserung der Pflegeinfrastruktur hatte allerdings den unerwünschten Nebeneffekt, dass die Idee der Gemeindenähe und der lokalen Verankerung von „Public Health“ in Vergessenheit geriet. Denn ihre „fee-for-service“-Konstruktion begünstigt keinen gemeinwohlorientierten Ansatz. Damit einhergehend erfolgte eine Verengung der ambulanten Pflege. Vorhandene Kompetenzen in der Pflege zur Einordnung individueller Bedarfslagen in lokale Gegebenheiten oder zur Verbesserung der Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen, waren nicht mehr gefragt und wurden in der Folge auch kaum noch ausgebildet oder weiterentwickelt. In der Konsequenz ist die ambulante Pflege seither zunehmend unter Problemdruck geraten, weil weder die konzeptionelle und qualifikatorische Ausrichtung, noch das Aufgabenspektrum und die personelle Ausstattung in der ambulanten Pflege den wachsenden und sich verändernden Bedarfen gerecht werden.

Potenzial der gemeindebasierten Pflege

Gerade in der ambulanten Pflege beziehen sich viele der zu bearbeitenden Probleme und Aufgaben nicht nur auf individuelle Situationen, sondern auch auf die Gegebenheiten im Quartier, Stadtteil oder Dorf. Sie betreffen gleichsam die Gesundheit von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Demenz, mit Migrationshintergrund oder anderen gemeinsamen krankheitsbezogenen oder sozialen Merkmalen. Daher stellt eine Qualifikation als Community Health Nurse insbesondere für Leitungs- und Steuerungsaufgaben in der ambulanten Pflege eine wichtige Grundlage dar, um den anfallenden Aufgaben gerecht zu werden.

Grundsätzlich können Community Health Nurses in der ambulanten Pflege ein wichtiges Signal setzen, um die ambulante Pflege deutlich umfassender und bedarfsgerechter zu begreifen und ihr einen wichtigeren Part in der gesundheitlichen Versorgung einzuräumen.

Denn angesichts des aktuell sehr kleinteiligen Leistungsspektrums der ambulanten Pflege besteht in Deutschland ein erheblicher Weiterentwicklungs- und Modernisierungsbedarf, um zu einer bedarfsgerechten Versorgung und Pflege zu gelangen. Dazu ist außerdem erforderlich, dass ambulante Pflegedienste zum klaren und selbstverständlichen Bestandteil lokaler Versorgungs- und Kooperationsstrukturen werden.

Aufgabenspektrum in der ambulanten Pflege

Hinweise auf das erforderliche und wünschenswerte Aufgabenspektrum der CHN in der ambulanten Pflege liegen seit langem vor:

- Entwicklung und Umsetzung von Konzepten einer gemeindenahen häuslichen Versorgung mit individuell zugeschnittener Pflege und Betreuung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs
- Berücksichtigung und Anpassung an Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedarfslagen (z. B. Menschen mit komplexem Pflege- und Unterstützungsbedarf, Menschen mit Demenz, ältere Menschen mit Behinderung, Migrant:innen, alleinlebende Menschen) einschließlich dem Aufbau dafür erforderlicher Voraussetzungen
- Intensivere Unterstützung in Form von Information und Kommunikation, Förderung der Gesundheits- und Pflegekompetenz sowie Anleitung zum Selbstmanagement
- Vermehrte Betreuung von Menschen mit komplexen Problemlagen oder technikintensiver Pflege (z. B. Heimbeatmung)
- Anwendung von Case- und Care Management als Steuerungsinstrumente
- Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen mit dem Ziel ihrer Anleitung und der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements einschließlich des Umgangs mit Be- und Entlastungen

Die Arbeit mit Personengruppen und Angehörigen setzt Konzepte und Qualifikationen voraus, die die ambulante Pflege, die derzeit weitgehend auf die Pflege von Einzelpersonen abhebt, in einer populationsorientierten Perspektive weiterentwickeln. Auswirkungen sozialer Ungleichheit und Nachwirkungen der Corona-Pandemie könnten diese Anforderung verstärken.



Erforderliche Reformen

Eine so verstandene ambulante Pflege ist mit der derzeitigen Realität ambulanter Pflegedienste nur schwer in Einklang zu bringen. Dazu fehlen sowohl die leistungsrechtlichen wie auch die qualifikatorischen Grundlagen. Bezogen auf die Kooperation mit den Hausarztpraxen sind weitere Veränderungen erforderlich. Dabei sollte es um geeignete Formen der Kooperation gehen, anstatt verkürzt um Delegation und Substitution. Erforderlich ist außerdem, mit den Kommunen verstärkt regionale Zuständigkeiten ambulanter Pflegedienste abzustimmen, um die zunehmenden Personalprobleme in der ambulanten Pflege zu mildern.

Die skizzierten Aufgaben und wachsenden Herausforderungen in der ambulanten Pflege erfordern darüber hinaus zunehmend wissenschaftsbasierte Qualifizierungen, die die Pflegefachpersonen in die Lage versetzen, Fragen der Gesundheit und pflegerischer Versorgung auch populationsorientiert zu betrachten und tragfähige Ansätze für eine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege zu entwickeln und umzusetzen. Community Health Nurses können dazu einen wichtigen Beitrag leisten und für den dringend erforderlichen Qualifizierungsschub sorgen.

Arbeit

erbedigt

llung

Überweisung



4. „Getting started“ – So gelingt der Start

Community Health Nurses betreten in weiten Teilen Neuland in der Gesundheitsversorgung. Dazu brauchen sie umfassende Unterstützung. Die Politik ist gefragt, nicht nur die notwendigen gesetzlichen Wege zu bahnen, sondern sie muss sich auch mit Überzeugung hinter diese Rolle und das Gesundheitsverständnis, das mit der Einführung von CHN einhergeht, stellen. Das beinhaltet, die Bevölkerung über das neue Berufsbild zu informieren, Vertrauen in die Reform aufzubauen und den Mehrwert zu vermitteln. Gleichwohl werden anfangs Schwierigkeiten auftauchen; sie sollten aber nicht Anlass sein, den Bedarf an CHN in Frage zu stellen.

Dieselbe Haltung und vertrauensbildende Kommunikation sollten auch Vertreter:innen aus der Gesundheitsverwaltung und -versorgung, der Landkreise, Städte und Gemeinden in die Bevölkerung tragen, die für den konkreten Einsatz der CHN verantwortlich sind. Besonders günstig für den erfolgreichen Start einer CHN dürfte sich auswirken, wenn die kommunale oder regionale Gesundheitskonferenz den Versorgungsbedarf erkannt und bereits eine Vorstellung entwickelt hat, welche Gesundheitsprobleme bzw. Gesundheitsziele die CHN prioritär angehen sollte. An den Diskussionen der Gesundheitskonferenz sollten auch Bürger:innen teilnehmen. Ebenso sollte dazu in den lokalen Medien berichtet werden. Es ist wichtig, dass möglichst viele Menschen im zukünftigen Wirkungskreis der CHN so früh wie möglich wenigstens ein Grundverständnis von dem Berufsbild und dem Beitrag zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung entwickeln können. Für den erfolgreichen Einsatz der CHN muss neben der Frage, wer die Vergütung in welcher Höhe übernimmt, außerdem ein Budget für die Umsetzung von Maßnahmen bereitgestellt werden.

Eine der ersten Aufgaben der in der Praxis startenden CHN wird es sein, die kommunalen bzw. regionalen Gesundheitsbedarfe zu präzisieren und die Personengruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken zu identifizieren. Die CHN wird dann anhand der Ergebnisse mit den relevanten Akteur:innen vor Ort Ziele absprechen, Erfolgskriterien definieren und Maßnahmen entwickeln. Dabei ist es wichtig, dass die CHN nicht isoliert arbeitet, sondern gut in die kommunalen bzw. regionalen Strukturen eingebunden wird.

Für den Einführungsprozess sind folgende Fragen richtungsweisend:

- Wie ist die spezifische Gesundheitssituation der Menschen im kommunalen bzw. regionalen Umfeld beschaffen, und wie stellt sich der Versorgungs- und Pflegebedarf der Bevölkerung und speziellen Bevölkerungsgruppen in der jeweiligen Region dar?
- Bestehen besondere Gesundheitsrisiken und Bedarfslagen?
- Wie ist die Gesundheitsversorgung vor Ort aufgestellt? Deckt sie die regional gegebenen Bedarfslagen? Welche Defizite zeigen sich? Wie verlaufen die Prozesse? Welche Schnittstellen gibt es und wie ist die Zusammenarbeit organisiert? Welche Angebote sind vorhanden? Was fehlt im Hinblick auf die festgestellten Gesundheitsbedarfe?
- Wer ist vor Ort aktiv? Wie funktionieren der Austausch und das örtliche Netzwerk?
- Bestehen Möglichkeiten, an bürgerschaftliches Engagement anzuknüpfen oder dieses (weiter) aufzubauen? Gibt es Nachbarschaftshilfen, Vereine und andere Gruppen?
- Welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind notwendig?
- Welche „externen“ Partner:innen können gewonnen werden, wie zum Beispiel Hochschulen und Unternehmen?
- Gibt es weitere „Starter“-Kommunen/-Regionen/-Primärversorgungszentren? Wie können Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Lernen im CHN befördert werden?

Im weiteren Prozess wird es wichtig sein, transparent über den Fortgang zu berichten, Probleme zu benennen und gemeinsam für Lösungen zu sorgen. Idealer Ort für die kontinuierliche Begleitung ist die kommunale bzw. regionale Gesundheitskonferenz, die die CHN wirksam einbindet, zum Beispiel als Bestandteil der Geschäftsstelle.

offen

Hauptziele

Maßnahmen

Wieder
Vorst



5. Rechtliche Hinweise zur Etablierung des Berufsbildes von CHN

(Gerhard Igl, Nadine-Michèle Szepan)

5.1 Vorbemerkung

Die folgenden rechtlichen Hinweise beziehen sich primär auf die Schilderung möglicher Wege der regulatorischen Implementierung des Auftrages in dem Koalitionsvertrag 2021–2025 (s. Abschnitt 5.3 und 5.4).

Insbesondere von kommunalen Akteur:innen wird nachgefragt, welche Realisierungsmöglichkeiten für CHN, auch in Teilbereichen, bereits jetzt bestehen. Dazu werden in einem kurzen Überblick Hinweise gegeben (s. Abschnitt 5.5).

5.2 Betroffene Rechtsbereiche bei einer vollständigen Etablierung von Community Health Nursing

Für eine vollständige Etablierung von Community Health Nursing sind insbesondere die folgenden Gebiete von Relevanz:

- Recht der Gesundheitsberufe – Heilberuferecht
- Leistungs- und Leistungserbringungsrecht insbesondere auf dem Gebiet des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), kommunale Altenhilfe und Hilfe zur Pflege (SGB XII) (jeweils in Abhängigkeit der Einsatzfelder der Community Health Nurses)
- Recht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Kommunalrecht
- Landespflegeerecht

5.3 Gestaltungsmöglichkeiten einer Ausbildung zur CHN-Person

Koalitionsvertrag 2021–2025 der Bundesregierung

Im Folgenden wird nur auf den die CHN betreffenden Auftrag im Koalitionsvertrag 2021–2025 der Bundesregierung eingegangen. Koalitionsverträge der Länder, die ebenfalls Hinweise auf CHN enthalten (so z. B. die Koalitionsverträge für Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein für die Legislaturperiode ab 2022), werden hier nicht zugrunde gelegt.

Im Koalitionsvertrag 2021–2025 wird von der Etablierung eines neuen Berufsbildes der Community Health Nurse gesprochen. Hierzu heißt es:

„Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. [...] Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das Berufsbild der ‚Community Health Nurse‘.“

Andere Berufsbilder wie die Schulgesundheitspflege oder die Family Health Nurse werden nicht thematisiert.

Mit der Verwendung des Begriffes „Berufsbild“ wird klargestellt, dass kein neuer Heilberuf aufgrund eines besonderen Heilberufsgesetzes geschaffen werden soll. Vielmehr ist die Community Health Nurse als weiterführende Spezialisierung des im Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) geregelten Pflegefachberufes zu verstehen.

Voraussetzungen und Möglichkeiten einer künftigen Regelung des Berufsbildes CHN

Masterqualifikation

International ist anerkannt, dass die Kompetenzen einer CHN-Person auf akademischem Niveau auf der Basis einer Qualifikation zur Pflegefachperson zu erwerben

sind. Da in Deutschland – anders als in zahlreichen anderen Ländern – die Primärqualifikation als Pflegefachperson nicht zwingend, sondern nur optional hochschulisch stattfindet, bedarf es in Deutschland einer Regelung, die den Erwerb der CHN-Qualifikation an den vorausgehenden Erwerb einer hochschulischen Qualifikation anknüpft. Das bedeutet, dass nur Personen, die eine hochschulische Qualifikation mit einer Berufszulassung als Pflegefachfrau/-fachmann und einem Bachelorabschluss erworben haben, für eine konsekutiv daran anschließende Qualifikation auf Masterebene mit einem Masterabschluss in Frage kommen. Das schließt nicht aus, dass zunächst berufsfachschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die sich für den Erwerb einer hochschulischen Qualifikation entschieden haben, und die das Bachelorstudium unter Anerkennung von Berufspraxis und Ausbildung gemäß den Ländervorschriften absolvieren, einen Masterabschluss zu CHN erwerben können.

Ein Masterstudiengang kann als konsekutiver oder als weiterbildender Studiengang eingerichtet werden. Nach der Definition der Kultusministerkonferenz¹¹ sind konsekutive Masterstudiengänge als vertiefende, verbreiternde, fachübergreifende oder fachlich andere Studiengänge auszugestalten. Bei konsekutiven Studiengängen beträgt die Gesamtregelstudienzeit im Vollzeitstudium fünf Jahre (zehn Semester)¹². Weiterbildende Masterstudiengänge setzen nach der Definition der Kultusministerkonferenz¹³ qualifizierte berufspraktische Erfahrung von in der Regel nicht unter einem Jahr voraus. Die Inhalte des weiterbildenden Masterstudiengangs sollen die beruflichen Erfahrungen berücksichtigen und an diese anknüpfen.

Gemäß diesen Definitionen werden für den Erwerb der Masterqualifikation für eine CHN-Person nur konsekutive Masterstudiengänge in Frage kommen.

Gesetzgebungskompetenzen zur Regelung von Masterstudiengängen

Die Regelung der Weiterbildung bei den Heilberufen steht bisher in der Kompetenz der Länder. Für die Ärzt:innen hat dies das Bundesverfassungsgericht im Facharztbeschluss klargestellt. Die Qualifikation

zur:zum Fachärzt:in wird ausdrücklich als Weiter-, nicht als Ausbildung verstanden. Entsprechende Judikate für die anderen als ärztlichen Heilberufe sind nicht ergangen. Dem Bund ist es jedoch nicht versagt, für eine heilberufliche Ausbildung das Bachelor- wie das Masterstudium im Sinne eines konsekutiven Studiums zu regeln, wie zuletzt für die Psychotherapeut:innen im Psychotherapeutengesetz geschehen (§ 9 Abs. 3 PsychThG).

Ohne eine Verankerung im Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) kann eine bundeseinheitliche Regelung der CHN-Ausbildung nur im Wege eines entsprechenden Beschlusses der Kultusministerkonferenz erreicht werden. Ob für die Ausbildung zur CHN-Person von den Möglichkeiten nach § 14 Abs. 4 PflBG (standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben) Gebrauch gemacht werden soll, soll hier nicht zur Debatte stehen.¹⁴

Rechtliche Anforderungen bei einer Tätigkeit auf dem Gebiet der primärmedizinischen Versorgung

Die Tätigkeit einer CHN-Person auf dem Gebiet der primärmedizinischen Versorgung stellt eine der zentralen Ausprägungen von CHN dar. Diese Tätigkeit ist bisher den Ärzt:innen vorbehalten. Die primärmedizinische Versorgung unterliegt dem Vorbehalt der selbstständigen Heilkundeausübung durch Ärzt:innen und Heilpraktiker:innen (§ 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz). Diese bundesgesetzliche Regelung kann wiederum nur durch ein Bundesgesetz ergänzt bzw. erweitert werden auf eine (auch auf bestimmte Gebiete begrenzte) selbstständige Ausübung von Heilkunde durch eine CHN-Person.

Wird das Masterstudium im Pflegeberufegesetz verankert, wäre damit eine bundesgesetzliche Regelung gegeben, die den Heilkundevorbehalt auch auf CHN-Personen entsprechend erweitert. Bei einer Einführung der CHN-Masterstudiengänge nur auf Länder(hochschul)ebene bedarf es einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung zur entsprechenden Erweiterung des Heilkundevorbehalts. Eine solche Regelung könnte im PflBG stattfinden. In einer solchen Regelung müssten auch die Teilbereiche aufgeführt werden, für die die selbstständige Heilkundeausübung durch CHN-Personen vorgesehen ist.

¹¹ Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor und Masterstudiengängen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 in der Fassung vom 04.02.2010), unter Abschnitt A. 4.

¹² Ländergemeinsame Strukturvorgaben, unter Abschnitt A. 1.3.

¹³ Ländergemeinsame Strukturvorgaben, unter Abschnitt A. 4.

¹⁴ Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben, Bonn 2022, herausgegeben vom Bundesinstitut für Berufsbildung.

Notwendige Präzisierungen des Berufsbildes

Ein gefestigtes Berufsbild der CHN existiert bisher in Deutschland zwar nicht. Jedoch haben die Agnes Karll Gesellschaft und die Robert Bosch Stiftung hierzu grundlegende Texte vorgelegt¹⁵. Soweit in anderen Ländern ein solches Berufsbild existiert, können Vergleiche nur zur Orientierung für die Findung eines Berufsbildes herangezogen werden. Sie sind aber nur begrenzt übertragbar, da jedes entwickelte Gesundheitswesen eigenen Gesetzlichkeiten und Regulierungen unterliegt.

Empfehlenswert wäre eine allgemeine Orientierung des Berufsbildes, die noch nicht funktionsspezifisch ausgerichtet ist. Das heißt, eine CHN-Person soll grundsätzlich auf allen Gebieten von CHN tätig werden können. Zentral ist dabei der Erwerb von erweiterten klinischen Kompetenzen und von Kompetenzen auf dem Gebiet von Public Health.

Sollte sich für einzelne Bereiche die Notwendigkeit ergeben, weiter besondere Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, so könnte dies im Wege von Weiterbildungsmaßnahmen erreicht werden.

5.4 Rahmen für die Konfiguration einer CHN-Ausbildung

Unter Beachtung der Maßgabe, dass die CHN-Ausbildung im Rahmen eines Masterstudiums stattfinden soll, das auf einer pflegefachlichen hochschulischen Ausbildung (Bachelor) aufbaut, scheiden Konzepte aus, nach denen die CHN-Ausbildung insgesamt, also auch schon im Bachelorstudium, von spezifischen CHN-Inhalten geprägt ist. Solchen Konzepten liegt die Schaffung eines neuen Heilberufes zugrunde, was aber ausweislich des Koalitionsvertrages 2021–2025 nicht angestrebt wird.

Aus fachlichen Gründen wie auch aus Gründen der Orientierung an ausländischen und internationalen Vorstellungen zu CHN scheidet eine Lösung aus, wonach die Qualifikation zur CHN auf Basis einer pflegefachschulischen Ausbildung und einer darauf aufsetzenden Weiterbildung (sei es ohne oder mit Masterabschluss) stattfindet.

Damit bleibt als Möglichkeit einer CHN-Ausbildung nur die Weiterqualifikation im Rahmen eines Masterstudiums, das an ein pflegefachliches hochschulisches Bachelorstudium konsekutiv anknüpft. Da nur das absolvierte pflegefachliche Hochschulstudium entscheidend ist, kommt es nicht darauf an, ob der Zugang zu diesem Bachelorstudium auch durch Anrechnung von Zeiten der berufsfachlichen Ausbildung und/oder der berufspraktischen Tätigkeit ermöglicht worden ist.

Eine Regelung des Masterstudiums für CHN könnte idealerweise im PflBG in Erweiterung des Teiles 3 zur hochschulischen Ausbildung stattfinden. Dazu würde auch die entsprechende Studien- und Prüfungsordnung gehören. Damit wäre eine bundeseinheitliche Ausbildung zur CHN-Person gewährleistet. Weiter würde damit der Vorbehalt der selbstständigen Ausübung von Heilkunde in den von der entsprechenden Kompetenzvermittlung erfassten Tätigkeiten auf CHN-Personen erweitert.

Eine bundeseinheitliche Ausbildung ist bei Masterstudiengängen in der Regelungskompetenz des Hochschulrechts der Länder nicht gegeben. Eine Bundeseinheitlichkeit könnte nur durch einen entsprechenden Beschluss der Kultusministerkonferenz erreicht werden. Unabhängig davon bedürfte es eines Bundesgesetzes, aufgrund dessen den CHN-Personen die selbstständige Ausübung von Heilkunde in definierten Bereichen, so insbesondere bei der primärmedizinischen Versorgung, gestattet wird.

Der Erwerb eines Masterabschlusses auf dem Gebiet CHN unterfällt nicht dem Berufsbezeichnungsschutz, wie er für die Pflegefachberufe in § 1 Abs. 1, § 58 Abs. 1 und 2 PflBG gegeben ist. Wenn die Notwendigkeit eines entsprechenden Berufsbezeichnungsschutzes gesehen wird, bedürfte es hierzu einer besonderen gesetzlichen Regelung.

5.5 Kurzüberblick zu den bereits bestehenden Möglichkeiten einer Etablierung von CHN in Teilbereichen

Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen

Community Health Nursing kann bereits jetzt in Teilbereichen realisiert werden. Bei einer Etablierung von CHN in diesem Sinne sind jedoch rechtliche Grenzen,

¹⁵ „Community Health Nursing in Deutschland - Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“, Agnes-Karll-Gesellschaft, Robert-Bosch-Stiftung (2018).

insbesondere der Arzt- und Heilkundevorbehalt, zu beachten. Weiter ist darauf zu achten, dass die zu einer bestimmten CHN-Tätigkeit herangezogenen Personen über eine entsprechende Qualifikation verfügen. So können insbesondere Personen, die bereits über einen entsprechenden Masterabschluss in CHN verfügen, als hierfür qualifiziert erachtet werden. Aber auch für diese Personen gilt der Arzt- und Heilkundevorbehalt.¹⁶

Mögliche Teilbereiche einer CHN-Tätigkeit

Jenseits des Qualifikationserfordernisses erweisen sich als rechtlich unproblematisch CHN-Tätigkeiten auf den Gebieten, für die der Vorbehalt der selbstständigen Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, des krankensicherungsrechtlichen Arztvorbehaltes und des Vorbehalts des Kernbereichs der ärztlichen Tätigkeiten nicht gilt¹⁷.

Für andere Tätigkeiten einer CHN, etwa auf dem Gebiet von Public Health, ist eine entsprechende Qualifikation erforderlich, die in der Regel aber nicht an bundesrechtliche Maßgaben gebunden ist.

Weiter ist auf folgende befristete Möglichkeit der Etablierung von CHN-Tätigkeiten hinzuweisen (§ 8 Abs. 3a SGB XI): Im Rahmen zeitlich befristeter Modellvorhaben können innovative Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen entwickelt oder erprobt werden. Hierfür stehen Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung.

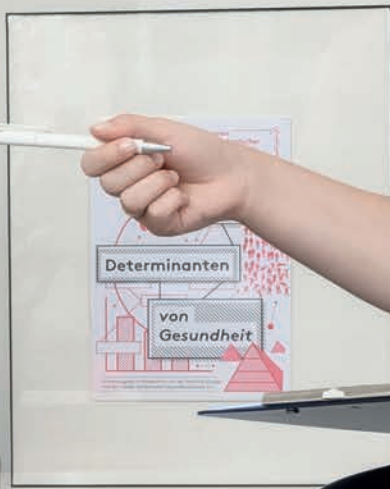
Das Beispiel des Einsatzfeldes der medizinischen Primärversorgung

Bei einer CHN-Tätigkeit auf dem Gebiet der medizinischen Primärversorgung ist Folgendes zu beachten:

- Schulisch oder hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die entsprechend den standardisierten Modulen zum Erwerb von Kompetenzen zur begrenzten Übertragung von Heilkunde (§ 14 Abs. 4 PflBG) ausgebildet worden sind, können auf diesen Gebieten tätig werden.
- Gleiches gilt für Personen, die nach den Maßgaben der Modellvorhaben nach §§ 63 Abs. 3c, 64d SGB V ausgebildet worden sind (§ 14 Abs. 1 PflBG).
- Pflegefachpersonen können im Rahmen der Maßgaben der ärztlichen Delegation tätig werden.

¹⁶ siehe dazu ausführlicher Burgi Martin, Igl, G: Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland, 2021, S. 15 ff., 23 ff. Download unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/community-health-nursing>

¹⁷ siehe dazu Burgi M, Igl, G: Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden: Nomos 2021, S. 49 ff.



Literatur zur Vertiefung

- Agnes-Karll-Gesellschaft (2019): Community Health Nursing in Deutschland - konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin: DBfK.
<https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>
- Agnes-Karll-Gesellschaft (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Berlin: DBfK.
https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrochuere_2019-07.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2022): Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html> (31.07.2022).
- Burgi, M., Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Heidelberg: Nomos.
- Burgi, M., Igl, G. (2021): Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland, www.bosch-stiftung.de/CHN_Wegweiser
- Clark, M. J. (2008): Community Health Nursing: Advocacy für Population Health, 5th edition, Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.
- Community Health Nursing of Canada AHNC (2009): Public Health Nursing Discipline Specific Competencies Version 1.0,
<https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Community-Health-Nurses-Public-Health-Core-Competencies.pdf> (06.07.2022)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2021) Positionspapier zur Weiterentwicklung der Primärversorgung. Berlin: DBfK.
<https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf> (06.07.2022)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2019): Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin: DBfK. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (06.07.2022)
- International Council of Nurses (2020): Guidelines on Advanced Nursing Practice, https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (06.07.2022)
- Klapper B, Cichon I (Hrsg.) (2021): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft MWV.
- Maier CB, Aiken LH (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Eur J Public Health, 26, 927-934
- Nies MA, McEwen M (2015): Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Robert Koch-Institut (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Bosch Stiftung (2020): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/vom-port-gesundheitszentrum-zur-regionalen-primarversorgung>
- Robert Bosch Stiftung GmbH (2020): Perspektiven für die Vergütung von PORT-Zentren.
<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/perspektiven-fuer-die-verguetung-von-port-gesundheitszentren> (06.07.2022)
- Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. www.bosch-stiftung.de/gesundheitszentren_fuer_Deutschland (06.07.2022)
- Schaeffer, D.; Hämel, K.; Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: BeltzJuventa.
- Swanson JM, Albrecht M, Nies MA (1993): Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates, Philadelphia: WB Saunders Compagny.

Abkürzungen

- CHN:** Community Health Nurse/Community Health Nursing
- WHO:** World Health Organization
- ÖGD:** Öffentlicher Gesundheitsdienst
- PfIBG:** Gesetz über die Pflegeberufe
- SGB:** Sozialgesetzbuch



FRÜH

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

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Redaktionelle Betreuung: Stephanie Rieder-Hintze

Bildnachweis: Alle Fotos: Regina Sablotny

Die Fotos entstanden im Berliner Stadtteilgesundheits-Zentrum Neukölln, einem von der Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Zentrum (Patientenorientiertes Zentrum für Primär- und Langzeitversorgung).

Die Broschüre steht im Download unter www.dbfk.de/chn zur Verfügung.

© 2022. 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.



**Agnes-Karll-Gesellschaft für
Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH**
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570
E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de
www.facebook.com/dbfk.de
[@DBfK_Pflege](https://www.instagram.com/DBfK_Pflege)