



# Reisebericht

Studienreise  
Community Health Nursing  
nach Finnland

# Inhalt

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>Digital Health Village</b>	<b>5</b>
<b>Besuch der Samaria Health Station in Espoo</b>	<b>6</b>
Exkurs: Primärversorgung in Finnland	6
Exkurs: Pflegeausbildung in Finnland	7
<b>Itäkatu Family Center</b>	<b>9</b>
Ziele der Family Centers	9
Ablauf der Betreuung	9
Weitere Leistungen der Family Centers	10
Finanzierung und Nutzung	10
<b>International Council of Nurses (ICN) – Kongress 2025 in Helsinki</b>	<b>11</b>
<b>Reflexion der Studienreise</b>	<b>16</b>
Zielerreichung und Reflexion der Studienreise	16
5-Finger-Feedback und Gesamtbewertung der Studienreise	17
Literatur	21
Impressum	23



# Abbildungen

<b>Abbildung 1:</b> Enhancing Palliative Care - Integrating Intersectoral and Interdisciplinary Collaboration in Long-Term Care; Dr. Nadine Treff	10
<b>Abbildung 2:</b> Community (Health) Nursing - New Approaches in Community-Based Healthcare in Austria and Germany; Marie-Christin Petrasch, Linda Eberle, Robert Bitterlich, Elena Zarges, Elisabeth Potzmann, Elisabeth Rappold	11
<b>Abbildung 3:</b> The Power of Community Health Nursing; Robert Bitterlich, Melina Hendlmeier, Elena Zarges, Florian Wolf, Katja Krumm, Nina Brandenburger, Marie-Christin Petrasch	11
<b>Abbildung 4:</b> Preventative Home Visits as a Key to Health Promotion: Criteria and Characteristics for a Community Health Nursing Assessment; Dr. Nadine Treff, Rebekka Kauthe	12
<b>Abbildung 5:</b> Requirements of People with Parkinson's to the Service Provided by Nurses - German and International Comparison; Robert Bitterlich	12
<b>Abbildung 6:</b> Welche Ziele konntet ihr während der Reise verwirklichen?	13
<b>Abbildung 7:</b> Ankerzitate aus dem 5-Finger-Feedback zur Studienreise CHN	15
<b>Abbildung 8:</b> Rückmeldungen der Teilnehmenden der Studienreise aus dem 5-Finger-Feedback, geclusterte Antworten	16



# Einleitung



In dem vom Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt „Community Health Nurse – Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln (Phase IV)“ fand vom 10. bis 13. Juni 2025 eine Studienreise nach Helsinki statt. Das Projekt wird von der Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) umgesetzt und es ermöglichte mit dieser Studienreise Einblicke in innovative Ansätze der Gesundheitsversorgung.

Ziele der Reise waren vor allem:

- **Förderung der Vernetzung** von Alumni und Studierenden der Studiengänge Community Health Nursing (CHN) mit weiteren Akteur:innen, insbesondere Mitarbeitenden der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT), die zugleich die Hauptzielgruppen der Reise darstellten,
- **Austausch mit Kolleg:innen** des finnischen Gesundheitssystems,
- **Wissenserweiterung** zur Umsetzung des CHN-Konzepts in Finnland und Ableitung relevanter Implikationen für die Weiterentwicklung des Konzepts in Deutschland sowie
- **Internationale Vernetzung** im Rahmen des Kongresses des International Council of Nurses (ICN) sowie die aktive Teilnahme durch wissenschaftliche Beiträge und die Erfahrung, einen internationalen Kongress zu besuchen.

Die Studienreise wurde von der Agnes-Karll-Gesellschaft organisiert. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte über ein Bewerbungsverfahren. Sie erhielten Stipendien, die unter anderem Zuschüsse für das Eintrittsticket zum ICN-Kongress sowie die vollständige Übernahme der Übernachtungskosten umfassten.

Insgesamt nahmen an der Reise sechs CHN-Alumni, drei CHN-Studierende, zwei Advanced Practice Nurses sowie vier Mitarbeitende aus PORT-Zentren teil.







# Digital Health Village

Der erste Besuch der Delegation führte in das Digital Health Village. Dabei handelt es sich nicht um ein physisches Dorf, sondern um ein zukunftsweisendes Konzept, das digitale Technologien und innovative Lösungen im Gesundheitswesen miteinander verknüpft. Als interaktive Plattform bringt es Gesundheitsfachkräfte, Patient:innen und Entwickler:innen zusammen, um moderne Ansätze für Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege zu gestalten. Innerhalb dieses „digitalen Dorfes“ kommen unter anderem telemedizinische und -pflegerische Dienste, künstliche Intelligenz zur Analyse von Gesundheitsdaten sowie smarte Gesundheitslösungen zur Förderung des individuellen Wohlbefindens zum Einsatz.[1]

Das Digital Health Village ist Teil des Helsinki University Hospitals (HUS), dem größten Gesundheitsdienstleister Finnlands, der mehrere Krankenhäuser betreibt und bestimmte Behandlungen landesweit übernimmt. Im Gegensatz zu Deutschland bietet HUS auch in seinen Einrichtungen routinemäßig ambulante Be-

handlungen an – inklusive digitaler Sprechstunden.[2] Das übergeordnete Ziel von HUS ist es, eine effiziente und nahtlos verzahnte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung bereitzustellen. Konkret bedeutet dies:

- Standardisierung von Versorgungsprozessen,
- Implementierung von Wissensplattformen für Patient:innen und Fachpersonal,
- Etablierung vorausschauender Versorgungsansätze und
- Angebote für Online-Coaching zur Förderung des Selbstmanagements und zur Sicherung fachlicher Qualität für professionelle Versorger:innen .[1]

Das Digital Health Village ist ein zentraler Bestandteil dieser Strategie. Es handelt sich um einen öffentlichen, internetbasierten Service, der von HUS angeboten und gemeinsam mit Expert:innen sowie Nutzer:innen entwickelt wurde. Die Plattform umfasst drei Hauptangebote:

- Der **Health Village Hub** ist eine frei zugängliche Website für alle Bürger:innen mit Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern. Ein Beispiel ist der Mentalhub, der unter anderem Selbsthilfeprogramme bei Schlafstörungen oder Angstzuständen bereitstellt. [3]
- **MyPath**: Nach ärztlicher Überweisung erhalten Patient:innen Zugang zu einem individuellen Versorgungsplan mit professioneller Begleitung – etwa über einen sicheren Kommunikationskanal oder digitale Termine mit Gesundheitsfachpersonal. Darüber hinaus bietet MyPath: Beratung und Anleitung in allen Phasen einer Erkrankung, interaktive Therapie- und Rehabilitationsprogramme oder Symptomüberwachung mittels Tagebüchern und Fragebögen. Ziel ist die Stärkung von Selbstmanagement und Selbstmonitoring. Aktuell stehen über 300 Programme zur Verfügung, unter anderem zu mentaler Gesundheit, Morbus Parkinson und Heimdialyse. [1,4]
- **HealthvillagePRO**: Ein digitales Portal für professionelle Akteur:innen im Gesundheitswesen. Es beinhaltet: Wissensmanagement und Diagnose-tools, Arbeitswerkzeuge für Forschung und Praxis, Angebote für Veranstaltungen und Fortbildungen. [5]

Laut Angaben des Digital Health Village zählen zu den am häufigsten genutzten Behandlungspfaden in MyPath:

- Baby Journey (für Neugeborene),
- Skin Path (für Hautgesundheit),
- Online Therapy for Generalized Anxiety Disorder und
- Online Therapy for Depression. [1]

## Besuch der Samaria Health Station in Espoo

Am zweiten Tag der Studienreise führte der erste Programmpunkt die Delegation in die zweitgrößte Stadt Finnlands – Espoo, etwa 25 Kilometer westlich von Helsinki gelegen. Ziel war der Besuch der Samaria Health Station.

### Exkurs: Primärversorgung in Finnland

Die Samaria Health Station ist eines von rund 234 Gesundheitszentren in Finnland, die als erste Anlaufstelle bei Erkrankungen sowie für präventive Maßnahmen dienen. Anders als in Deutschland existieren in Finnland kaum Einzelpraxen von Allgemeinmediziner:innen. [6]

Die Gesundheits- und Sozialversorgung ist in Finnland in drei Typen von Einrichtungen gegliedert:

- **Family Centers**: Grundversorgung für Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren, inklusive früher Hilfs- und spezieller Unterstützungsangebote. Die

Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen erfolgt jedoch in den Gesundheitszentren.

- **Health and Well-being Centers**: Versorgung bei akuten, nicht lebensbedrohlichen sowie chronischen Erkrankungen.
- **Senior Centers**: Angebote für ältere und mehrfach chronisch erkrankte Menschen. Diese niedrigschwelligen Begegnungsorte sind auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet und bieten tagesstrukturierende Aktivitäten. [7]

Die Gesundheitszentren sollen eine wohnortnahe Primärversorgung sicherstellen. Neben den größeren Zentren (Terveyskeskus) existieren kleinere, lokal verankerte Zweigstellen (Terveyasema). Einige der größeren Einrichtungen verfügen auch über stationäre Betten. In der Regel ist jedes Zentrum für einen bestimmten geografischen Einzugsbereich zuständig, sodass die Bürger:innen Finnlands ihrem Wohnort entsprechend einem Zentrum zugewiesen sind. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, sich in einem anderen Zentrum einzuschreiben.

Das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren variiert je nach Größe und umfasst beispielsweise:

- Behandlung akuter, nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen,
- Überwachung und Therapie chronischer Erkrankungen,
- Gesundheitschecks, z. B. Hautkrebsvorsorge,
- Schulungen zum Selbstmanagement von Krankheiten,
- Beratung zu Gesundheitsthemen wie Ernährung oder Verhütung,
- Physiotherapie,
- Ausstellung von Attesten und Bescheinigungen,
- Impfungen,
- Versorgung von Menschen aller Altersgruppen oder
- Präventionsberatung.[6,8]

Seit rund 20 Jahren gibt es in Finnland eine digitale Patientenakte, die zentral verwaltet wird. Die Datenflüsse sind mit allen gängigen Praxisverwaltungssystemen kompatibel.

Die Gesundheitsversorgung in Finnland ist steuerfinanziert. Zusätzlich sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, Gesundheitsleistungen entweder selbst oder über private Anbieter bereitzustellen. Abgesehen von privaten Unternehmen wie Mehiläinen, die medizinische Leistungen anbieten, wird die Versorgung dezentral über Gesundheits- und Sozialregionen organisiert.[9]

Finnland gilt als eines der effizientesten Gesundheitssysteme weltweit. Im Jahr 2022 betrugen die Gesundheitsausgaben 9,7 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Im Vergleich dazu lagen die Ausgaben in Deutschland bei 12,6 % des BIP, womit Deutschland das teuerste Gesundheitssystem Europas hat.[10]

Im Rahmen des Besuchs konnten wir uns ein umfassendes Bild von der Struktur und Organisation des Gesundheitszentrums machen. In der Samaria Health Station arbeiten insgesamt 25 Pflegefachpersonen (Practical Nurses, Public Health Nurses und Registered Nurses) sowie 22 Ärzt:innen. Die Einrichtung ist von Montag bis Freitag jeweils von 8 bis 16 Uhr geöffnet und versorgt rund 48.000 Einwohner:innen. Täglich werden sowohl Routine- als auch Notfalltermine angeboten.



Eine integrierte Notfallambulanz mit vier Behandlungsbetten ermöglicht auch die Versorgung von Patient:innen, die durch den Rettungsdienst eingeliefert werden.[11] Ein bemerkenswerter Unterschied zu Deutschland besteht darin, dass der Beruf des Rettungssanitäters in Finnland zur Pflegeprofession zählt. Dort wird er als Fachkrankenpfleger:in für Notfallmedizin bezeichnet und ist ein Studiengang an Fachhochschulen mit Bachelorabschluss. Gleiches gilt für den Beruf der Hebamme.[12]

## Exkurs: Pflegeausbildung in Finnland

Die Pflegeausbildung in Finnland unterscheidet sich deutlich vom deutschen Ausbildungssystem. Im Folgenden wird ein Überblick über die finnische Bildungsarchitektur im Bereich Pflege gegeben:

### 1. Practical Nurse

Practical Nurses werden an Berufsfachschulen ausgebildet. Die Ausbildung dauert zwei bis drei Jahre und schließt mit einem berufsqualifizierenden Abschluss ab.[13]



## 2. Weiterqualifizierung zur Registered Nurse oder Public Health Nurse

Nach abgeschlossener Ausbildung zur Practical Nurse besteht die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung an einer Fachhochschule (Verkürzung des Studiums).

Die Ausbildung zur Registered Nurse dauert dreieinhalb Jahre und führt zum Bachelorabschluss.

Das Studium zur Public Health Nurse dauert vier Jahre und wird ebenfalls mit einem Bachelor abgeschlossen.

Beide Studiengänge können auch ohne vorherige Ausbildung als Direkteinstieg begonnen werden.[12]

## 3. Zusatzqualifikation zur Arzneimittelverordnung

Registered Nurses und Public Health Nurses können eine berufsbegleitende Weiterbildung über zwei Semester absolvieren, die zur Verschreibung von Arzneimitteln berechtigt.[11]

## 4. Masterstudium zur Advanced Practice Nurse

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines weiterführenden Masterstudiums, beispielsweise zur Advanced Practice Nurse. Dieses wird ebenfalls an Fachhochschulen angeboten.[14]

Wenn Patient:innen nicht durch ein Rettungsmittel ins Gesundheitszentrum gebracht werden, beginnt die Versorgung bereits zu Hause. Vor einer nicht-akuten Behandlung erfolgt eine Symptomeinschätzung, die telefonisch, über eine App (z. B. Lunna) oder direkt am

Empfangstresen des Gesundheitszentrums durchgeführt werden kann. Auf Basis dieser Einschätzung wird die Dringlichkeit beurteilt, ein Termin vergeben oder das Anliegen bereits digital oder telefonisch geklärt. Diese Erstbewertung wird überwiegend von Public Health Nurses durchgeführt, die teilweise sogar aus dem Homeoffice arbeiten. Eine gesetzliche Änderung sieht vor, dass die Ersteinschätzung ausschließlich durch Public Health Nurses erfolgen darf. [11]

Auch im Gesundheitszentrum selbst erfolgt der Erstkontakt in der Regel mit einer Pflegefachperson – insbesondere bei Routineterminen. Diese übernehmen eigenverantwortlich Behandlungen wie die Betreuung chronisch kranker Menschen (z. B. bei Diabetes oder Hypertonie), Wundmanagement oder allgemeine Check-ups. Ärztliche Expertise wird nur bei Auffälligkeiten oder Verschlechterungen hinzugezogen. Auch Bagatellerkrankungen wie Erkältungen oder leichte Infekte werden meist eigenständig durch Public Health Nurses behandelt. Durch dieses Vorgehen sehen von 50 Patient:innen lediglich 20 eine Ärztin oder einen Arzt – was wiederum dazu führt, dass medizinisches Fachpersonal mehr Zeit für komplexe Fälle hat, in denen ärztliche Expertise tatsächlich erforderlich ist. [6] Die effiziente Organisation zeigte sich auch bei unserem Besuch: Das Wartezimmer war nahezu leer, und Wartezeiten scheinen in der finnischen Primärversorgung kein relevantes Problem darzustellen. Für eine ärztliche Behandlung fällt eine Zuzahlung von etwa 21 € an, Termine bei Pflegefachpersonen sind hingegen kostenfrei. Insgesamt sind die Zuzahlungen im finnischen Gesundheitssystem deutlich höher als in Deutschland. [6,9]



# Itäkatu Family Center

Die dritte Station der Studienreise führte uns ins Itäkatu Family Center, im Osten Helsinkis, direkt neben einem Einkaufszentrum. Es ist eines von vier Family Centers in der Stadt, in denen rund 250 Public Health Nurses sowie zahlreiche weitere Berufsgruppen wie Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Physiotherapeut:innen tätig sind. Ärzt:innen sind nur vereinzelt vertreten.[7,15]

Das Versorgungskonzept, nach dem diese Einrichtungen arbeiten, nennt sich Neuvola – übersetzt etwa Mutter-Kind-Beratungsstelle. Die erste Einrichtung dieser Art wurde bereits 1922 gegründet, um der damals hohen Kindersterblichkeit entgegenzuwirken. Der Ansatz zeigte schnell Wirkung: Heute liegt die Kindersterblichkeit in Finnland laut Statistischem Bundesamt (2025) bei 2 pro 1.000 Geburten, in Deutschland bei 3 pro 1.000. [7,15,16]

## Ziele der Family Centers

Die Family Centers verfolgen unter anderem folgende Ziele:

- Erhaltung der Gesundheit von (werdenden) Müttern und ihren Kindern ab Feststellung der Schwangerschaft,
- Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten oder
- Früherkennung von Unterstützungsbedarf und gezielte Hilfeleistungen.[15]

Das Angebot umfasst sämtliche Fragen rund um Familienplanung, Schwangerschaftsvorsorge, kindliche Entwicklung, mentale Gesundheit und Beziehungsdynamiken. Beide Elternteile sollen aktiv in den Prozess eingebunden werden, um frühzeitig Belastungen zu erkennen und zu adressieren, wenn nicht zu vermeiden. [7,15,17]

## Ablauf der Betreuung

Die Betreuung beginnt in der Regel mit der Feststellung der Schwangerschaft und der Vereinbarung eines ersten Termins im Familienzentrum. Dabei führt die Public Health Nurse eine Anamnese und Bedarfserhebung durch, unterstützt bei der Beantragung von Elterngeld und plant die weitere Betreuung. [10,17]

Im Verlauf der Schwangerschaft finden alle ein bis zwei Monate Folgetermine statt, inklusive Gesundheitschecks. Zusätzlich erfolgen zwei Arztbesuche sowie Ultraschalluntersuchungen. Die Betreuung durch eine Hebamme ist in Finnland ausschließlich zur Geburt in einer Klinik vorgesehen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus übernimmt wieder die Public Health Nurse auch die Nachsorge.

Im ersten Lebensjahr des Kindes sind zehn Check-ups, darunter ein Hausbesuch, vorgesehen. Danach werden die Intervalle größer, können aber bei Bedarf jederzeit verkürzt werden. Die Public Health Nurse bleibt bis zum sechsten Lebensjahr des Kindes zuständig und ist dies – auch bei weiteren Schwangerschaften, was eine hohe Versorgungskontinuität gewährleistet.

Zur Kommunikation zwischen den Terminen steht eine







App zur Verfügung, über die Termine gebucht und per Chat Kontakt zur Public Health Nurse aufgenommen werden kann. [7,15,17]

## Weitere Leistungen der Family Centers

Die Family Centers bieten eine Vielzahl zusätzlicher Leistungen, darunter:

- Häusliche Unterstützungsangebote,
- Sozialberatung,
- Psychologische Betreuung,
- Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie,
- Erziehungs- und Familienberatung,
- Sozialarbeit,
- Präventionsleistungen wie Schutzimpfungen,
- Digitale Angebote über Website und App – sowohl für Familien als auch für Fachkräfte,
- Versorgungskoordination bei hohem Unterstützungsbedarf oder
- Spezielle Gruppenangebote, z. B. für Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes.[7]

## Finanzierung und Nutzung

Alle Leistungen der Family Centers sind steuerfinanziert und für Nutzer:innen kostenfrei. Die Inanspruchnahme liegt bei beeindruckenden 98–99 Prozent, unabhängig von Herkunft oder sozioökonomischem Status – ein Zeichen für die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Versorgungskonzept.[7,15,17]





# International Council of Nurses (ICN) – Kongress 2025 in Helsinki

Der International Council of Nurses (ICN) wurde im Jahr 1899 gegründet. Agnes Karll, die 1903 die Vorläuferorganisation des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) gegründet hatte, wurde im Jahr 1909 Präsidentin des ICN. Heute ist der ICN der weltweit größte Zusammenschluss nationaler Pflegeverbände. Der erste ICN-Kongress auf deutschem Boden fand bereits 1904 in Berlin statt. [18,19]

Der ICN-Kongress 2025 in Helsinki markierte ein besonderes Jubiläum: Genau 100 Jahre nach dem ersten Kongress in Finnland wurde er erneut dort ausgerichtet – unter dem Motto: „Nursing Power to Change the World“. [20]

Von den 138 Mitgliedsverbänden waren nahezu alle mit Delegationen vertreten und präsentierten sich

bei der feierlichen Eröffnungsveranstaltung. Der ICN veröffentlichte zum Kongress die neuen Definitionen von „Nurses“ und „Nursing“ – ein bedeutender Schritt für die internationale Pflegeprofession. [21,22]

Im Anschluss folgten bis zum 13. Juni 2025 zahlreiche Fachvorträge, Workshops, Symposien und Plenary Sessions.

Die Themenvielfalt reichte von globalen Herausforderungen in der Pflege über innovative Versorgungskonzepte bis hin zu länderspezifischen Einblicken in die Pflegepraxis. Auch eine Poster-Ausstellung war Teil des Kongresses, bei der sich mehrere Teilnehmende der Studienreise mit eigenen Beiträgen beteiligten (Abbildung 1 bis Abbildung 5).



## Enhancing Palliative Care: Integrating Intersectoral and Interdisciplinary Collaboration in Long-Term Care

9-13 June 2025

**Dr. P.H. Nadine Treff,**  
Samariterstiftung, Nürtingen, Germany

### Abstract

**Background:** General palliative care (GPC) is crucial for elderly, care-dependent individuals with chronic illnesses [1]. **Methods:** Using Grounded Theory a) Review of elderly people's needs in palliative care, b) Interviews with caregivers on palliative care characteristics, c) Survey on intersectoral and interdisciplinary GPC were made. **Results:** Collaboration is key. Elderly people's needs align with caregivers' demands. Teamwork and collaboration with other professionals are essential but face communication challenges. Current conditions limit GPC. **Discussion:** Suggests improving communication structures to enhance collaboration [2, 3]. **Conclusion:** A holistic, collaborative approach tailored to individual needs is essential for effective GPC in long-term care [4, 5, 6]. Various actions for integrated palliative care were identified.

### Materials

**Data Collection**

<b>Literature Review:</b> Literature sources and studies that examine the wishes and needs of elderly people in the last phase of life regarding palliative care.	<b>Questionnaires and Interviews:</b> Used to survey professional caregivers to capture the characteristics of palliative nursing care from their perspective.	<b>Questionnaires and Survey Instruments:</b> Used to explore the premises for intersectoral and interdisciplinary general palliative care (GPC).
---	--	---

### Results

- Alignment of needs and demands:** Wishes and needs of elderly individuals for continuous, coordinated physical and psychosocial care are largely in line with professional caregivers' approach [14].
- Central feature of palliative nursing care:** "Being there" is emphasized by professional caregivers.
- Teamwork and collaboration:** Effective palliative care relies on cooperation with other healthcare professionals.

**Key premises**

**Requirements for effective communication and collaboration**

- Effective Communication:** Regular, respectful, open and clearly structured communication, including handovers and clear agreements, interdisciplinary cooperation, one also suggested as beneficial.
- Key Attitudes:** Mutual trust, respect, and alignment with professional standards.
- Structural Requirements:** Clear roles, responsibilities, and accessibility of participants. Practical steps include complete, clear, and structured documentation and the prompt implementation of agreed measures.
- Collaborative Training:** Interdisciplinary training sessions are identified as a structural aspect that enhances successful cooperation.

**Challenges and barriers**

- Communication Issues:** Irregular and non-transparent communication, unclear roles and responsibilities, and lack of involvement of relatives.
- Coordination Challenges:** Changing contact persons, difficult accessibility, diverging goals, and planned interventions.
- Structural Challenges:** High workload due to staff shortages, time pressure, limited resources, and difficult situations.
- Meeting Needs:** Limited resources hinder personalized support, while time constraints prevent comprehensive care and follow-up.

**Effective collaboration:** Seen as a key feature of successful General Palliative Care (GPC) by survey respondents.

**Key premises for intersectoral and interdisciplinary GPC** to maintain and improve the quality of life of elderly, care-dependent individuals

### Conclusion

- Intersectoral and interdisciplinary collaboration:** Fundamental for successful palliative care [15, 16, 17, 18]. Continuous, coordinated GPC requires close collaboration between professions [23].
- Improvement of cooperation:** Essential for advancing palliative care in outpatient and inpatient long-term care settings [19, 3, 16, 20].
- The results provide **indications for questioning and possibly modifying existing** communication structures, decisions, rules, and risks [3, 21].
- Public health efforts must aim to improve health, restructure systems, integrate services, redefine professional roles, and create new living models for aging [24, 25].

### Recommendations

- Continuity and coordination:** Proactive planning and case-focused methods are essential [22].
- Professional attitude:** Compassion, respect, motivation, and expertise are key.
- Collaboration measures:** Effective communication, case discussions, and positive interactions.
- Training:** Cross-disciplinary programs to build skills and attitudes.
- Roles and responsibilities:** Clear structures for defined tasks and accountability.

**Introduction**

The collaboration and cooperation of diverse professional groups is highly significant in palliative care [7, 8, 9]. Each group has theoretical distinct areas of responsibility and specific tasks to perform [10, 11]. What we know:


- Professional care and informal care by family members in outpatient palliative care is significant [10].
- Collaboration and cooperation influence the quality of palliative care, also in the field of long-term care [12, 13].
- There are challenges that hinder collaboration and cooperation in palliative care (e.g., bureaucratic hurdles, time investment, lack of financing) [8, 9].
- Outside of pilot projects, there are no specific insights regarding collaboration and cooperation in the field of outpatient and inpatient long-term care in Germany.

**Methodology**

**Multimethod Design:** based on Grounded Theory

- Integrative Review:** A total of 1828 articles were identified. Of these, 1256 were screened based on title and abstract. In total, 164 full texts were reviewed, with 10 articles ultimately included in the analysis and synthesis.
- Problem-centered interviews:** To capture the perspectives and experiences of professional caregivers on the characteristics of palliative nursing care, in-depth interviews focusing on specific problems and topics were conducted with 12 nurses within 8 interviews.
- Qualitative Written Survey:** The written survey involves open-ended questions that allow for detailed answers and insights from 30 respondents.

**Literature**



**Helsinki 2025**  
**ICN Congress**

Abbildung 1: Enhancing Palliative Care - Integrating Intersectoral and Interdisciplinary Collaboration in Long-Term Care; Dr. Nadine Treff

## Community (Health) Nursing – New Approaches in Community-Based Healthcare in Austria and Germany

9-13 June 2025

Marie-Christin Petrasch<sup>1</sup>, Linda Eberle<sup>2</sup>, Robert Bitterlich<sup>1</sup>, Elena Zarges<sup>1</sup>, Elisabeth Potzmann<sup>2</sup> and Elisabeth Rappold<sup>3</sup>


1) CHN specialist group of the German Nurses Association (DBfK), 2) Austrian Nursing Association (OEGKV), 3) Austrian National Public Health Institute (GOEG)

### Abstract

This poster will take a practical look at the introduction and further development of community (health) nursing in Austria and Germany. Both countries are facing growing challenges in their healthcare systems, including ageing populations and an increasing lack of resources in care [1,2]. To counter these developments, both countries are increasingly focussing on community-based nursing concepts that enable preventive and low-threshold care [3,4].

### CHN Fields of activity

**Community Care** **Primary Care** **Public Health**



based on [1]

### Results

**Austria:** During the pilot phase, nearly 500,000 contacts were documented, with 51.8% involving clients and 48.2% for networking. The evaluation confirms that Community Nursing is essential in closing care gaps, with 97.1% of clients and 96.9% of CHNs recognizing them as key health contacts while also strengthening collaboration and health literacy [11]. With the pilot phase ending, the continuation of Community Nursing from 2025 will be under the responsibility of Austria's federal states, with a legal framework established to secure funding [12,13]. While some states will continue the program, the long-term role remains uncertain, particularly regarding role clarification and structural integration, as highlighted by project implementation support and confirmed by the evaluation.

**Germany:** The first degree programmes and pilot projects have already been successfully launched. However, there are still challenges in establishing this role, particularly due to the political framework and existing restrictions on competences. A planned APN law could support the future development and integration of CHNs [5,8].

### Conclusion

CHNs combines the principles of target group orientation, setting-relatedness and participation of those affected. Through a comprehensive assessment within a specific community, factors that promote and impede the health of a population group are recorded. In a participatory approach, CHNs develop interventions adapted to the circumstances of the respective setting [3]. It is crucial that policymakers establish structures that enable CHNs to work independently. This can save costs and at the same time improve access to healthcare and activate the preventive and health-promoting potential in the affected communities [6,7].

**Introduction**


**Community health nurses (CHN)** play a central role in community healthcare. They carry out medical and nursing tasks, act as case and care managers. They facilitate communication in interprofessional teams and strengthen cooperation with other healthcare stakeholders. They represent the needs of those affected, improve access to healthcare and support the psychosocial needs of relatives [5]. Community health nursing describes a specific focus that combines the nursing perspective with public health care to promote the health of an entire community or population [5,6].

**Methodology**

**Austria:** From 2022 to 2024, 117 pilot projects have been implemented across Austria, focusing on prevention, early intervention, and comprehensive support for older adults. The pilot phase, which was evaluated, has shown positive results but also highlighted the need for a clear role definition. The Austrian National Public Health Institute (GOEG) has accompanied the pilot phase, focusing on supporting the development of the Community Nursing role [10]. The role of Community (Health) Nurses is still evolving, with a strong emphasis on refining their responsibilities and ensuring the systematic integration of Community Nursing into the healthcare system in the coming years.

**Germany:** In Germany, the profession of community health nurse is still in development. Since 2017, the Robert Bosch Stiftung, the German Professional Association for Nursing Professions and various universities have been working on integrating community health nursing into primary care [6].

**References**



**Helsinki 2025**  
**ICN Congress**

Abbildung 2: Community (Health) Nursing - New Approaches in Community-Based Healthcare in Austria and Germany; Marie-Christin Petrasch, Linda Eberle, Robert Bitterlich, Elena Zarges, Elisabeth Potzmann, Elisabeth Rappold



# THE POWER OF COMMUNITY HEALTH NURSING

9–13 June 2025

Robert Bitterlich, Melina Hendlmeier, Elena Zarges, Florian Wolf, Katja Krumm, Nina Brandenburger, Marie-Christin Petrasch



**Community health nurses (CHN)** play a central role in community healthcare. They carry out medical and nursing tasks, act as case managers and networkers. They facilitate communication in interprofessional teams and strengthen cooperation with other healthcare stakeholders. They represent the needs of those affected, improve access to healthcare and support the psychosocial needs of relatives [6].

**Community health nursing** describes a specific focus that combines the nursing perspective with public health care to promote the health of an entire community or population [3,13].

## Background

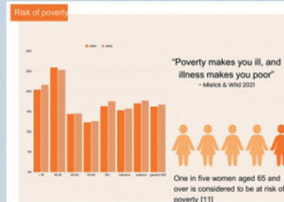
Although healthcare expenditure in Germany is increasing, health inequality between rich and poor continues to grow [11]. People with a low socio-economic status are at increased risk of chronic diseases, complaints and functional limitations [5]. This population group often lives in areas affected by noise and air pollution and has more physically demanding jobs. Equal health opportunities depend not only on individual factors such as education and income, but also strongly on regional conditions [9].

Health equity in Germany is determined not only by individual factors, but also by regional factors. Studies using the "German Index of Socioeconomic Deprivation" show that socioeconomic disadvantages are directly linked to higher health risks and lower life expectancy [4]. Low-threshold healthcare services are needed to reduce this inequality and save healthcare costs. **Community health nurses** are specially qualified for this task.



## Potential of CHN

**Community Health Nursing** combines the principles of target group orientation, setting-relatedness and participation of those affected. Through a comprehensive assessment within a specific community, factors that promote and impede the health of a population group are recorded. In a participatory approach, CHNs develop interventions adapted to the circumstances of the respective setting [3]. These approaches not only improve health equity, but also contribute to a better socio-economic situation [9].



When **community health nurses** take responsibility for their own medical and nursing activities, costs can be saved [8,1] and at the same time health literacy can be strengthened, thus reducing the burden on the healthcare system [7].



## Conclusion

**Community health nurses** can target their measures at socially disadvantaged population groups in order to effectively address health inequalities without creating redundant structures. In view of rising healthcare expenditure in Germany, which reached over 400 billion euros even before the Covid-19 pandemic [11], it is crucial that policymakers establish structures that enable **community health nurses** to work independently. This can save costs and at the same time improve access to healthcare and activate the preventive and health-promoting potential in the affected communities.

[1] Altmann, G. G., Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[2] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[3] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[4] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[5] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[6] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[7] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[8] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[9] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[10] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

[11] Bitterlich, R., Zarges, E., Hendlmeier, M., Wolf, F., Krumm, K., Brandenburger, N., Petrasch, M.-C. (2024). The Power of Community Health Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 1-10.

Find out more in the "Community Health Nursing" specialist group of the DBfK! [chn-fachgruppe@dbfk.de](mailto:chn-fachgruppe@dbfk.de)



**Helsinki**  
ICN Congress

Abbildung 3: The Power of Community Health Nursing; Robert Bitterlich, Melina Hendlmeier, Elena Zarges, Florian Wolf, Katja Krumm, Nina Brandenburger, Marie-Christin Petrasch

## Preventative Home Visits as a Key to Health Promotion: Criteria and Characteristics for a Community Health Nursing Assessment

9–13 June 2025

Dr. P.H. Nadine Treff,  
Rebekka Kauthe, BScN

### Abstract

**Background:** Demographic changes, increasing chronic illnesses, and a shortage of skilled workers necessitate alternative care forms and preventive health strategies. Community Health Nursing interventions, such as preventative home visits (PHV), can improve care for chronically ill and elderly individuals [1,2].

**Method:** A scoping review identifies five criteria and many characteristics for PHV assessments.

**Results:** New insights into systematic counselling needs for PHV are provided, alongside an overview of existing tools.

**Discussion:** PHV can fill healthcare gaps, delay care needs, and enhance life quality [9,30]. Evidence-based assessments are crucial for broader implementation. PHV programs need structured assessments, patient involvement, and standardized frameworks for effective implementation and funding.

### Introduction

**Challenges in healthcare and need for CHN interventions:**

- Increasing incidence in need of care and chronic diseases [1,2]
- Ongoing shortage of skilled workers [1,2]
- Development and implementation of preventive or integrative prevention and health promotion [1,4]
- CHN interventions improve the care of chronically ill people and people in need of care [1,6,7]

**Preventative home visits (PHV) as CHN intervention:**

- PHV prevention and promotion of chronic diseases and the need for care as well as the promotion of self-determination and empowerment
- Working with care providers to ensure ongoing nursing care at home [8,9]
- Studies show that preventative home visits influence staying in one's own home, reduce hospital admissions, and improve mortality rates [10,11]

**Requirements for PHV-Assessment:**

- An assessment tool for health status to identify needs, problems and resources of older people [12,13] has to be [14,15]
- Multidimensional (encompassing different aspects)
- Assured validity (individual instrument/assessment as a whole)
- Suitable for planning / derivation of nursing measures

### Materials

**Aim:**

- Systematic creation of criteria and characteristics that serve to record the need for advice during preventative home visits.

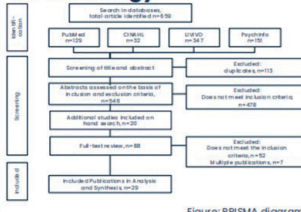
**Questions:**

- What are the central criteria and characteristics for a systematic assessment of counselling needs within a PHV?

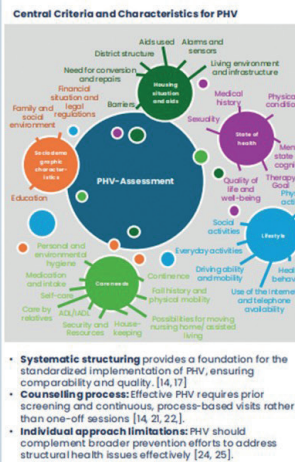
**Procedure:**

- Scoping Review
- Overview of the use of PHV-assessments
- Analysis of criteria and characteristics

### Methodology



### Results and Discussion



### Conclusion

**Significance of PHV:** PHVs are used to identify gaps in care, to promote quality of life and to prevent the need for care [14,23]. They are an integral part of CHN interventions in community health care [4,9,16].

**PHV assessment as a basis for the planning and implementation of preventive interventions:** derivation of concrete measures and interventions after the assessment [7,8].

**Further development of PHV:** Key criteria and characteristics contribute to the identification of target groups, the selection and development of assessments and counselling concepts. Patients should actively participate in designing home visiting programs [18].

**Standardized content and structures** are crucial for establishing and funding PHV in routine care through a systematic approach based on key criteria and characteristics [2,3,14].

### Recommendations

**Integration of established instruments into the assessment at the PHV (selection):**

- Mobility incl. Fall:** Mobility-Tiredness-Scale [19], Fear of Falling Questionnaire: Set-up and Go [30], Falls Efficacy Scale [30,33], Berg Balance Scale [26,32]
- Nutrition:** Mini Nutritional Assessment [16,17,26,27,32]
- Functionality in everyday life (instrumental):** Activities of Daily Living [16,17,18,27,28,31]
- Cognition:** Mini Mental Status [16,27,28], Clock Drawing Test [27], Mini Cog [26,30]
- Mental health:** Geriatric Depression Scale [17,27,28,30]
- Situation of relatives:** Experienced burden informal care [35], Caregiver Strain Index (CSI) [33,35]
- Several aspects:** STEP - Standardized assessment of elderly people in primary care [14], Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI-HC) [16,20,34]

**PHV programs require** structured assessments to shape preventive interventions and strategies, active patient involvement, and standardized frameworks to ensure routine implementation and sustainable funding.



**Helsinki**  
ICN Congress

Abbildung 4: Preventative Home Visits as a Key to Health Promotion: Criteria and Characteristics for a Community Health Nursing Assessment; Dr. Nadine Treff, Rebekka Kauthe



# REQUIREMENTS OF PEOPLE WITH PARKINSON'S TO THE SERVICE PROVIDED BY NURSES – GERMAN AND INTERNATIONAL COMPARISON

9-13 June 2025

**Robert Bitterlich**

**Faculty of Medicine Carl Gustav Carus Dresden / Evangelische Hochschule Dresden (ehs) – Germany**

9-13 June 2025

## Abstract

It is estimated that approximately 6 million people worldwide are living with Parkinson's disease (PD). [1] Information on the development of prevalence is heterogeneous, with Bach et al. (2011) stating that 83% more people with PD are expected in Europe by 2050 compared to 2010. [2] The experience of PD by these affected has been well researched, from which requirements for care can be derived. [3-5] The general care preferences of people with PD affected are also known, but few relate to the services provided by nurses and how to a German patient cohort. [6-8] The aim was therefore to investigate the requirements to the services provided by nurses of German patients and whether these were consistent with the international findings.

A narrative, systematic literature review of the last 10 years was conducted to gain an overview of the requirements to the services provided by nurses. Based on this, guided interviews were conducted with German PD patients in order to determine the requirements to the services provided by nurses.

The main findings are that the people would like Parkinson's nurse to be available from the time of diagnosis as a point of contact for all questions about the disease, to provide advice, training and guidance on managing PD and to help monitor symptoms and side effects of treatment. Furthermore, they should always be able to provide the necessary information and guidance on how to obtain it themselves. Advice on social benefits and coordination of care is also desirable. Family caregivers should be involved in all processes.

The results show similar findings to the international studies, e.g. that Parkinson's nurses provide disease-specific information, support the monitoring of symptoms and therapy and give instructions on how to deal with symptoms. The involvement of family caregivers is also found in the international literature. Less well documented is the need for training in nutrition and exercise. The same is true for the desire for advice on social law, which, however, is due to the large number of benefits in the German social security system combined with its lack of transparency.

## Purpose, Methodology & Materials

The aim of the study was to explore care-related needs from the perspective of people with PD with regard to support and counselling services provided by specialist PD nurses and to investigate whether these were consistent with the limited international evidence.

A narrative, systematic literature review of the last 10 years was conducted to gain an overview of the core needs of patients to PD nurses. Based on this, guideline interviews were conducted with German Parkinson's patients (only idiopathic Parkinson's disease) in order to identify the care requirements for PD nursing services, and these were then analysed using a content-structuring qualitative content analysis according to Kuckertz and Radtke (2022). [12] A sample of 12 people (6 female and 6 male, disease stages according to Hoehn and Yahr 1-5) was selected for the guideline interviews. This paper is therefore an explorative, descriptive, empirical study.

## Results

Seven articles were included in the literature review, with only one article describing specific care requirements to PD nurses, [8] and the remaining six articles containing general care requirements that are not directly related to PD nurses but can be inferred from them. [4,5,7,13-15]

The following services were identified as requirements to PD nurses:

- Counselling on social law issues, such as home care services [4,5]
- Support, for example as a contact person for questions about PD, psychological and social support and the involvement of caregivers [4,5,7,8]
- Training and information on topics such as exercise, coping with PD in everyday life, medical aids, lifestyle or self-management [5,7,8,13-15]

## Discussion

The results of the interviews with German Parkinson's patients show largely similar results to international studies, but there are minor differences requirements for the services of PD nurses and their weighting.

The role of the PD nurse as a central contact person for all questions related to PD and support at all stages of the disease is confirmed both in Germany and internationally. [7,8]

Half of the German cohort expressed dissatisfaction with the education and information about PD. This is also consistent with international studies. There is a need to systematically assess and provide for information at the time of diagnosis and accordingly. [4,8,13] The German cohort emphasises that these tasks cannot be done alone.

Coordinated PD care is considered important both nationally and internationally [4,5,7] although referral to self-help groups is rated more highly internationally [1,8,14]. Five out of eight respondents in Germany did not find this helpful.

In the area of education and counselling, the topics of exercise, relaxation techniques and nutrition in PD were particularly relevant in the German cohort, which are not addressed in this detail in international studies. [8,13,15] Monitoring of PD symptoms is more commonly discussed internationally. [5,14]

All respondents in this study expressed a desire for social legal counselling, which is less described in internationally. [5,14] This could be related to the large number of benefits in the German social security system, which are often perceived as confusing. Family involvement in all PD nursing services is well documented both nationally and internationally. [5,7,8]

Finally, all German respondents indicated that they would like to receive accompanying care in the form of home visits. This aspect is not given the same priority in the international literature. [8]

## Introduction

It is estimated that around 6 million people worldwide live with Parkinson's (PD). [1] Information on the development of prevalence is heterogeneous, with Bach et al. (2011) stating that 83% more people with PD can be expected in Europe by 2050 compared to 2010. [2] The illness experience of those affected has been well researched, from which requirements for care can be derived. [3-5] General care preferences of those affected are also known, but few relate to care services and none to a German patient cohort. [6-8] The role of nursing in PD care in Germany is also not yet as well developed as in other countries, such as the UK. [9-11]

## References




Abbildung 5: Requirements of People with Parkinson's to the Service Provided by Nurses - German and International Comparison; Robert Bitterlich

Mit dem Kongresstag am 12.06.2025 sowie der Closing Ceremony am 13.06.2025, bei der die Präsidentschaft von Dr. Pamela Cipriano offiziell an Dr. José Luis

Cobos Serrano übergeben wurde, endete auch die Studienreise.











# Reflexion der Studienreise

Aus organisatorischen Gründen konnte eine gemeinsame Reflexion vor Ort mit allen Teilnehmenden nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurde auf eine freiwillige digitale Variante in Form eines Online-Formulars zurückgegriffen.

Ziel der Befragung war es herauszufinden, ob die Teilnehmenden ihre persönlichen Erwartungen und Ziele an die Reise erfüllen konnten und wie sie die Umsetzung der Studienreise insgesamt bewerteten.

Von den 14 Community Health Nurses (CHNs), die an der Reise nach Helsinki teilnahmen, haben 13 Personen an der Umfrage mitgewirkt. Die Antwortmöglichkeiten wurden als Freitextfelder gestaltet, wodurch die Teilnehmenden mehrere Aspekte benennen konnten. Nach Abschluss der Umfrage wurden die Antworten thematisch geclustert und ausgewertet.

## Zielerreichung und Reflexion der Studienreise

Im Rahmen der Bewerbung zur Studienreise waren die Teilnehmenden aufgefordert, ihre individuellen Ziele in Form eines Motivationsschreibens zu formulieren. In der anschließenden Reflexion wurde erhoben, ob diese Ziele erreicht werden konnten und welche gegebenenfalls nicht verwirklicht wurden.

Alle Rückmeldungen enthielten entsprechende Aussagen zur Zielerreichung. Eine Übersicht über die erreichten Ziele ist in Abbildung 6 dargestellt.



## Welche Ziele konntet ihr während der Reise verwirklichen?

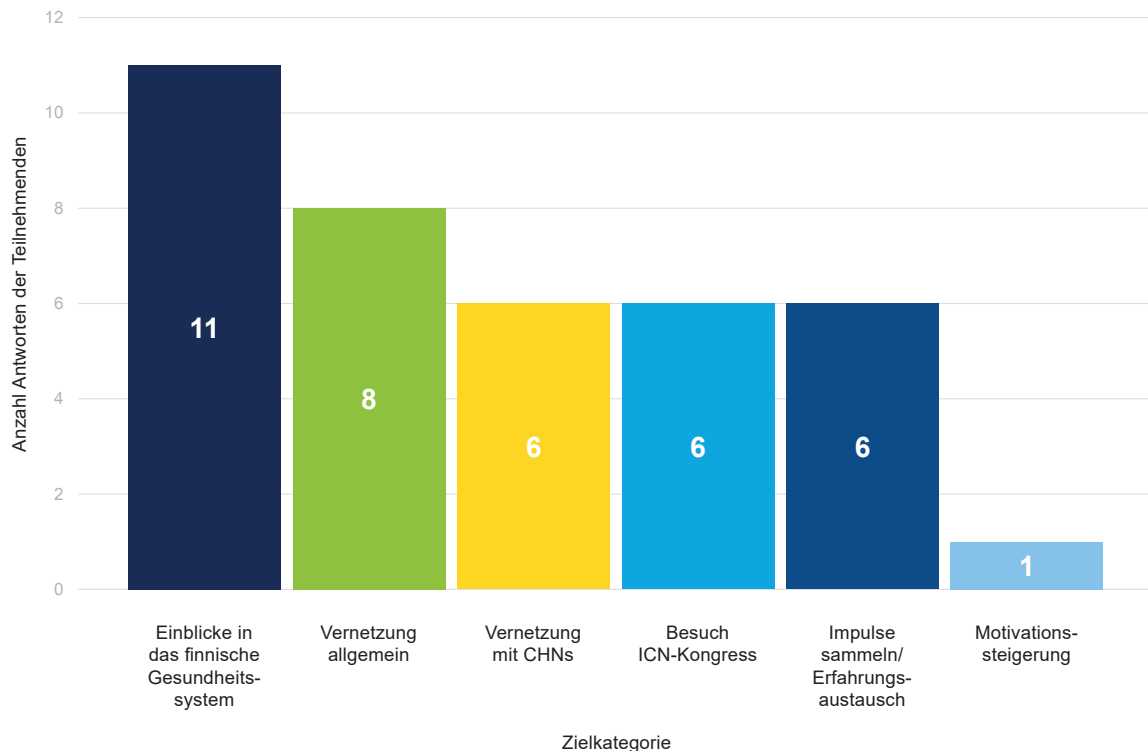


Abbildung 6: Welche Ziele konntet ihr während der Reise verwirklichen?

Ein zentrales Ziel der Reise – Einblicke in das finnische Gesundheitssystem – wurde von den meisten Teilnehmenden erreicht. Dies entsprach auch einer der konzeptionellen Zielsetzungen der Studienreise. Eine mitreisende Person äußerte zum Besuch eines Primärversorgungszentrums:

*„Erleben, wie Primärversorgung auch funktionieren kann.“*

Eine weitere Rückmeldung lautete:

*„Die Studienreise hat meine Erwartungen übertroffen [...] Ich werde die gewonnenen Impulse gezielt nutzen, um in meiner Tätigkeit [...] zukunftsweisende Projekte anzustoßen und meine Forschung [...] praxisnah weiterzuentwickeln.“*

Die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, dass alle persönlichen Ziele erfüllt wurden. Dennoch wurden vereinzelt Verbesserungsvorschläge geäußert, darunter:

- Ein längerer Zeitraum für die Studienreise wäre wünschenswert gewesen,
- Mehr Zeit für den Besuch des ICN-Kongresses sowie

- Alternativ: Mehr Besuche in Gesundheitseinrichtungen.

Die Rückmeldungen zeigen, dass die Studienreise insgesamt als sehr positiv bewertet wurde, gleichzeitig aber auch wertvolle Hinweise für die zukünftige Gestaltung ähnlicher Formate liefert.

## 5-Finger-Feedback und Gesamtbewertung der Studienreise

Im weiteren Verlauf der Umfrage zur Reflexion der Studienreise wurde das 5-Finger-Feedback eingesetzt – eine Methode, die häufig in Unterrichtseinheiten oder bei Veranstaltungen verwendet wird, um eine strukturierte und differenzierte Rückmeldung zu ermöglichen. Jeder Finger steht dabei symbolisch für eine bestimmte Kategorie.[23]

Das Feedback der Teilnehmenden ist in Abbildung 8 dargestellt. Die fettgedruckten Angaben markieren die am häufigsten genannten Aspekte. Jede:r Teilne-

hmende konnte pro Kategorie mehrere Antworten als Freitext eintragen. Ergänzend zeigt Abbildung 7 ausgewählte Ankerzitate aus den Rückmeldungen zum

5-Finger-Feedback, die zentrale Aussagen und Stimmungen exemplarisch wiedergeben.

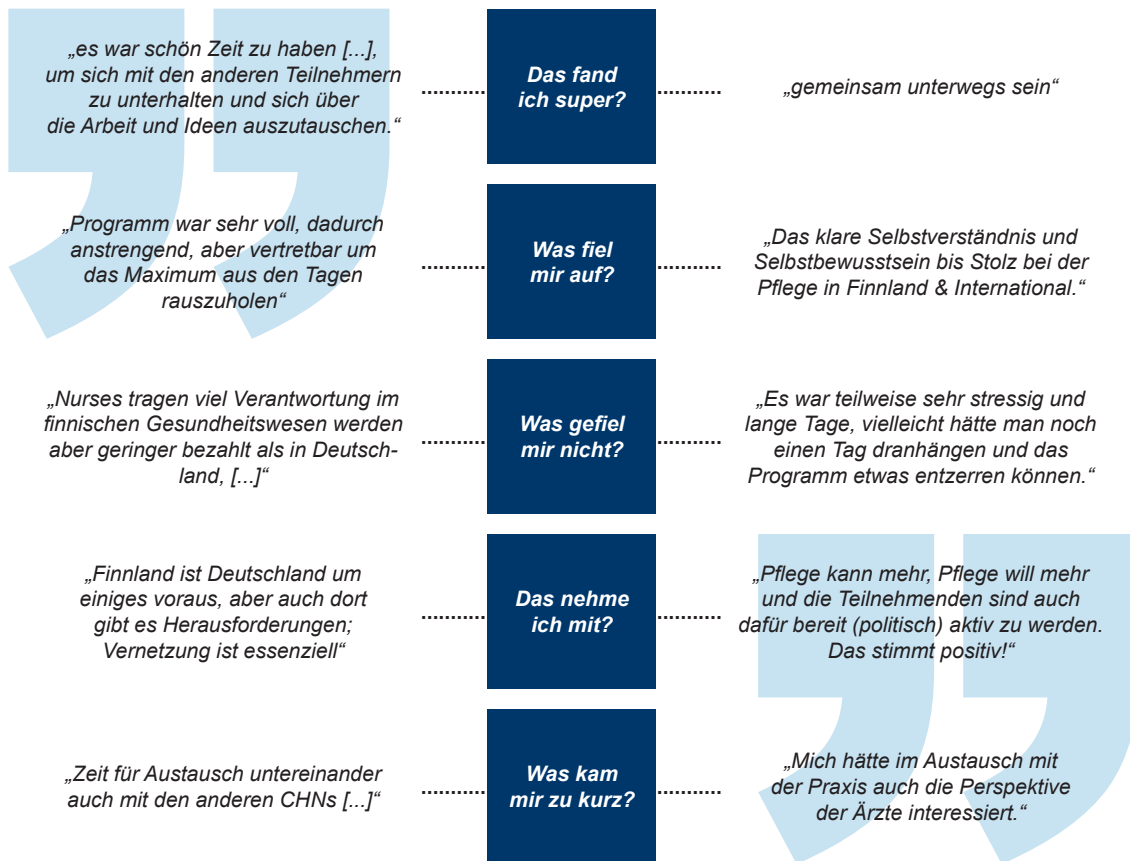


Abbildung 7: Ankerzitate aus dem 5-Finger-Feedback zur Studienreise CHN

Abschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, die Studienreise global zu bewerten. Dabei konnten bis zu sechs Sterne vergeben werden – ein Stern entsprach der niedrigsten, sechs Sterne der höchsten

Bewertungsstufe. Der durchschnittliche Wert lag bei 5,77 Sternen, was eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Studienreise widerspiegelt.





Abbildung 8: Rückmeldungen der Teilnehmenden der Studienreise aus dem 5-Finger-Feedback, geclusterte Antworten







# Literatur

1. Digital Health Village.  
Health Village - Health an well-being every day.  
2025.  
(unpublished presentation)
2. HUS. Tietoa meistä | HUS. 2025.  
<https://www.hus.fi/tietoa-meista>  
(accessed 29 August 2025)
3. HUS. Selbsthilfeprogramme | Mentalhub.fi. 2025.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/en/self-help-programs>  
(accessed 29 August 2025)
4. Healthvillage.fi. My Path. Health Village. 2025.  
<https://www.terveyskyla.fi/en/mypath>  
(accessed 29 August 2025)
5. Healthvillage.fi. About HealthVillagePRO.  
Health Village. 2025.  
<https://www.terveyskyla.fi/en/healthvillagepro/about-healthvillagepro>  
(accessed 29 August 2025)
6. Schmitt-Sausen N. Finnisches  
Gesundheitssystem: Durchorganisiert, effizient,  
gut?  
DÄBl. 09/2010,399-400.
7. Otronen K. Neuvola: Family Centres in Helsinki.  
2025.
8. Stadt Helsinki. Terveysasemat. Hels. Kaup. 2025.  
<https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/terveysasemat>  
(accessed 29 August 2025)
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).  
Gesundheit anderswo Finnland: eHealth und  
Gesundheitszentren. KBV Klartext. 2022.  
<https://www.kbv-klartext.de/gesundheit-anderswo/finnland-ehealth-und-gesundheitszentren.html>  
(accessed 29 August 2025)
10. Statistisches Bundesamt. Laufende  
Gesundheitsausgaben in der EU-27 -  
Statistisches Bundesamt. 2025. [https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/\\_Grafik/\\_Interaktiv/gesundheitsausgaben.html](https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitsausgaben.html)  
(accessed 29 August 2025)
11. Samaria Health Station. Samaria Health Station.  
2025. (unpublished presentation)
12. Finnish Nurses Association. Opiskele  
sairaanhoitajaksi. Finn. Nurses Assoc. 2025.  
<https://sairaanhoitajat.fi/en/profession-and-skills/study-to-become-a-nurse/>  
(accessed 29 August 2025)
13. Ominia. Practical nurse | Vocational qualification in  
Social and Health Care | Ominia. 2025.  
<https://www.omnia.fi/en/educations/practical-nurse>  
(accessed 29 August 2025)
14. Metropolia. Advanced Practice Nursing, Master's  
Degree | Metropolia UAS. 2025.  
<https://www.metropolia.fi/en/academics/masters-degrees/advanced-practice-nursing>  
(accessed 29 August 2025)
15. De Carvalho E. Schon 100 Jahre lang verhelfen  
Finnlands „Neuvola“-Zentren Familien  
zu einem gesunden Start. thisisFINLAND. 2022.  
<https://finland.fi/de/leben-amp-gesellschaft/schon-100-jahre-lang-verhelfen-finnlands-neuvola-zentren-familien-zu-einem-gesunden-start/>  
(accessed 2 September 2025)
16. Statistisches Bundesamt. Basistabelle  
Säuglingssterblichkeit. Stat. Bundesamt. 2025.  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle\\_Saeuglingssterblichkeit.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Saeuglingssterblichkeit.html)  
(accessed 2 September 2025)
17. Grabbe H. Kinderversorgung in Finnland:  
Wo die Chance auf ein gesundes Leben keine  
Frage der Herkunft ist. Zeit. 2025.

18. International Council of Nurses (ICN).  
ICN launches new history of the organisation from 1899 to the present day. ICN - Int. Counc. Nurses. 2023.  
<https://www.icn.ch/news/icn-launches-new-history-organisation-1899-present-day>  
(accessed 6 September 2025)
19. Lücke S. Internationaler Pflegeverband - Was ist der International Council of Nurses?  
Online-Portal Für Prof. Pfleg. 2017.  
<https://www.bibliomed-pflege.de/news/32307-was-ist-der-international-council-of-nurses>  
(accessed 6 September 2025)
20. International Council of Nurses. ICN CONGRESS 2025. 2025.  
<https://icncongress.org/event/220>  
(accessed 6 September 2025)
21. International Council of Nurses. The global voice of nursing. ICN - Int. Counc. Nurses. 2025.  
<https://www.icn.ch/homepage>  
(accessed 6 September 2025)
22. International Council of Nurses. ICN Congress 2025. 2025.  
<https://www.icn.ch/homepage>  
(accessed 6 September 2025)
23. Hochschule Zittau/Görlitz. Methodenübersicht. Zent. Für ELearning. 2025.  
<https://zfe.hszg.de/e-learning-tutorial/hochschuldidaktik-1-1/methodenuebersicht>  
(accessed 15 September 2025)



## 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: [chn@dbfk.de](mailto:chn@dbfk.de)

Internet: [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

Redaktionelle Betreuung: Ivonne Köhler-Roth

Bildnachweis: Hans Selge, Ivonne Köhler-Roth, Robert Bitterlich

© 2025. 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: [chn@dbfk.de](mailto:chn@dbfk.de)

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