

Thesenpapier

Wege zu Community Health Nursing in Deutschland

Szenarien für die Etablierung eines gemeindebasierten und gesundheitsfördernden Angebots

Ort, Datum: Berlin, Mai 2023

Herausgeber: Deutsches Rotes Kreuz e. V., Generalsekretariat

Version: 2.0



Bild: Willing-Holtz / DRK

Thesen für die nationale Etablierung von Community Health Nursing

Das Thesenpapier des Deutschen Roten Kreuzes zeigt, wie vielschichtig und themenübergreifend sich die Wege zur Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland gestalten können. Um CHN wirksam umzusetzen und in das Gesundheits- und Gesellschaftssystem zu integrieren, muss die Etablierung a) politisch gewollt sein, und b) fachlich gut umgesetzt werden. Neben dem politischen Willen erfordert dies, tragfähige, strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, von denen wir insbesondere die folgenden als zentral erachten.

”

Community Health Nursing kann einen wirkungsvollen Beitrag zu einer gemeinde-basierten und gesundheits-fördernden medizinisch-pflegerischen Versorgung leisten, wenn ...

... es sich um ein flächendeckendes Angebot handelt, das wohnortnah und barrierefrei erreichbar ist.

Erläuterung: CHN muss flächendeckend ausgerollt werden können, damit die Angebote wohnortnahe und barrierearm erreichbar sind. Dies erfordert einen ausreichend großen Personalaufbau, wie auch die Schaffung entsprechender kommunaler Infrastrukturen. Erst dann können alle Menschen davon profitieren.

... das CHN-Rollenbild voll zur Entfaltung kommen kann, und mit den dazu notwendigen Kompetenzen, Befugnissen und Mandaten ausgestattet wird.

Erläuterung: CHNs benötigen zur Ausübung ihrer Aufgaben neue Kompetenzen, Befugnisse und Mandate, die über diejenigen, die den Pflegefachpersonen heute zugestanden

werden, hinausgehen. Dies betrifft insbesondere die eigenverantwortliche Durchführung von Heilkunde und die Navigation durch das Versorgungssystem (Lotsenfunktion).

... das Kompetenzniveau dynamisch mit der (Weiter-)Entwicklung der Pflegeprofession korreliert.

Erläuterung: In vielen angloamerikanischen Ländern agieren CHNs auf Masterniveau. Für die Etablierung in Deutschland ist daher zunächst ein Übergang notwendig, der gerade die bereits ausgebildeten und berufserfahrenen Pflegenden wertschätzend berücksichtigt. Gleichzeitig muss weiter an der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege gearbeitet werden, damit ein Masterabschluss für das CHN zukünftig auch hierzulande Standard werden kann.

... sich die Qualifizierung als durchlässig und an das bestehende Pflegebildungssystem anchlussfähig erweist.

Erläuterung: Die CHN-Qualifizierung muss an das Pflegeberufegesetz anknüpfen und berufsbegleitend möglich sein. Ein durchlässiges Bildungssystem steigert die Attraktivität der Pflegeberufe, schafft Karrieremöglichkeiten und bringt damit letztlich auch mehr Menschen in Ausbildung und Berufstätigkeit.

... die notwendige Neuverteilung von Aufgaben in der Gesundheitsversorgung von den bereits etablierten Akteuren kollegial und konstruktiv begleitet wird.

Erläuterung: Damit die knappen Personalressourcen im Gesundheitswesen effektiv eingesetzt werden können, braucht es eine Neuverteilung von Aufgaben. CHNs überneh-

men international Tätigkeiten, die hierzu-lande Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Diese sollten die CHN-Etablierung kollegial unterstützen. Zudem benötigen die jeweiligen Leistungserbringer Klarheit und Rechtssicherheit über den Handlungsrahmen, insbesondere hinsichtlich Fachaufsicht, Abrechnung und Haftung.

... die Etablierung vor Ort durch Mentoren, Beförderer und Türöffner unterstützt wird.

Erläuterung: CHNs müssen sich in neue Aufgaben und Strukturen einfinden und von den anderen Akteuren in der Gesundheitsversorgung angenommen werden. Dies erfordert die Unterstützung durch geeignete Mentoren, Beförderer und Türöffner vor Ort.

... sich das Angebot an den tatsächlichen Bedürfnissen und Bedarfen der lokalen Bevölkerung orientiert.

Erläuterung: Die CHN-Angebotsgestaltung orientiert sich an den tatsächlichen Gesundheitsbedürfnissen und -bedarfen der Menschen vor Ort. Dies erfordert eine systematische, gesundheitsbezogene Sozialraumanalyse in kommunaler Verantwortung.

... die Finanzierung systematisch, nachhaltig, und leistungsgerecht durch die sozialstaatlichen Partner erfolgt.

Erläuterung: Die Gesundheitserhaltung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die eine systematische, nachhaltige und leistungsgerechte Finanzierung durch die sozialstaatlichen Partner erfordert (Bund und Länder, sowie Sozialversicherungsträger und Kommunen).

... es sich um eine Supplementation (Ergänzung) der bestehenden Angebote handelt, und keine konkurrierenden Strukturen errichtet werden.

Erläuterung: Die Etablierung von CHN muss vor dem Hintergrund erfolgen, die bestehenden Angebote in der Gesundheitsversorgung zu ergänzen und nicht etwa zu ersetzen. Zielsetzung ist die Erhöhung der Zugänglichkeit und Bedarfsdeckung für alle Menschen.

... das CHN-Rollenbild mit realistischen Ansprüchen und Erwartungen angegangen wird.

Erläuterung: Der Diskurs um die Etablierung von CHN ist von vielen verschiedenen Perspektiven geprägt. Eine realistische Sichtweise ist notwendig, um Anspruch und Wirklichkeit in Einklang zu bringen.

Impressum

Version 2.0, Mai 2023

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e. V., Generalsekretariat

Redaktionsteam

Deutsches Rotes Kreuz e. V., Generalsekretariat unter Mitarbeit der DRK-Landesverbände

Bildnachweis

Soweit nicht anders kenntlich gemacht: Hener/ DRK e.V.

Kontakt

Christian Hener
Referent für Pflegeberufe und Öffentliche Gesundheit
c.hener@drk.de

Benjamin Fehrecke-Harpke
Koordination Hauptaufgabenfeld Altenhilfe/ Stellvertretende
Leitung Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege
B.Fehrecke@drk.de

Webauftritt

www.drk-wohlfahrt.de

Inhaltsverzeichnis

Thesen für die nationale Etablierung von Community Health Nursing	2
1. Hintergrund	5
1.1 Herausforderungen in der Gesundheitspolitik	5
1.2 Gesundheitspolitische Debatte	6
1.3 Gestaltung eines zukunftsfesten Gesundheitssystems	6
2. CHN als Versorgungsmodell	7
2.1 Gemeinde-basierte Versorgung	7
2.2 Gesundheitserhaltung der Bevölkerung	8
2.3 Aufgaben und Tätigkeitsfelder von CHNs	10
2.4 Kontextfaktoren für die Etablierung von CHN	11
3. Szenarioanalyse	12
3.1 Szenario 1: „Öffentliche Gesundheit in der Kommune“	13
3.2 Szenario 2: „Pflegedienst trifft MVZ“	14
4. Möglichkeiten und Grenzen der nationalen Etablierung von CHN	15
4.1 Zusammenfassung	15
4.2 Qualifizierung von CHNs	15
4.3 Standardisiertes CHN-Curriculum	16
4.4 Professionalisierung der Pflegeberufe	16
4.5 Verhältnis zu anderen Leistungserbringern	17
4.6 Effektive und effiziente Versorgung	17
4.7 Kompetenzen und Befugnisse von CHNs	17
4.8 Novellierung des Heilpraktikerrechts	18
Quellenverzeichnis	19

1. Hintergrund

Die Diskussion um die Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland¹ - bzw. der Erweiterung von pflegerischen Kompetenzen und Befugnissen allgemein², wird in Fachkreisen schon seit einiger Zeit geführt und wurde durch die Aufnahme in den Koalitionsvertrag (KoaV)³ der „Zukunftskoalition“ regelrecht beflügelt.

Während Community Health Nurses (CHNs), gemeinsam mit anderen, hochspezialisierten Pflegerollen (Stichwort: Advanced Practice Nurses), tragende Säulen der nationalen Gesundheitssysteme vieler Länder dieser Erde sind⁴, ist der Entwicklungsstand einer wissenschaftlich begründeten⁵, erweiterten Pflegepraxis in Deutschland, bis auf wenige Leuchtturmmodelle⁶, im Anfangsstadium. Zumindest dann, wenn internationale Maßstäbe (z.B. Ausbildung auf Masterniveau)⁷ angelegt werden.

Diese fehlende Tradition in der professionellen (Weiter-)Entwicklung der Pflegeberufe in Deutschland, wie auch die geringe Akademisierungsquote von maximal 1,75%⁸, erschwert die Implementierung von CHN erheblich, da somit nur auf wenige Erfahrungen und beinahe keine strukturellen Voraussetzungen zurückgegriffen werden kann. Um Community Health Nursing über den Status eines Prestigeprojekts hinaus zu entwickeln - und zum Wohle der Bevölkerung flächendeckend und in diesem Sinne egalitär zu etablieren, bedarf es daher gleichfalls der (Weiter-)Entwicklung des gesamten Rollenbildes und Handlungsrahmens der Pflegeberufe.

”

Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.

**Koalitionsvertrag 2021 - 2025.
Zwischen der Sozialdemokratischen
Partei Deutschlands (SPD), Bündnis
90 / Die Grünen und den Freien Demo-
kraten (FDP).**

1.1 Herausforderungen in der Gesundheitspolitik

Dabei werden gemeinde-basierte und gesundheitsfördernde Pflegerollen dringend benötigt, um im Rahmen einer Gesamtstrategie zur Stärkung der medizinisch-pflegerischen Versorgung - bzw. der öffentlichen Gesundheit insgesamt einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu leisten und das aus einer Vielzahl an Gründen.

An erster Stelle steht sicher der demografische Wandel, der beinahe alle anderen Treiber vorgibt, denn die Alterung der Gesellschaft beeinflusst wiederum das epidemiologische Geschehen, weshalb von einer Zunahme an chronischen Erkrankungen ausgegangen wird, die zudem durch die Kumulierung von Risikofaktoren über den Lebensverlauf mehrfach auftreten können (Multimorbidität)⁹. In einer aktuellen Studie berichten 58,3% der Frauen und 55,3% der Männer, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden¹⁰.

Dies wiederum führt zu Beeinträchtigungen in der funktionalen Gesundheit, wodurch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen steigen wird. Aktuelle Prognosen zur Folge sollen bis 2030 ca. 6 Mio. Menschen pflegebedürftig sein (ca. 1,5 Mio. mehr als heute) und diese Zahl wächst schneller als erwartet¹¹. Davon sind wiederum die Familien betroffen, deren Gesundheit durch die multiplen Belastungen der (familialen) Pflege messbar schlechter ist¹². Hinzu kommen die Folgen und Auswirkungen des Klimawandels, die nicht nur zu weiteren Gesundheitsrisiken (z.B. Hitzewellen) führen, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für Extremwetterereignisse und andere Gefahrenlagen erhöhen¹³.

Dem gegenüber steht ein Fachkräftengpass in allen Gesundheitsfachberufen, der sich aufgrund der beschriebenen Steigerungen auf der Nachfrageseite noch verschärfen wird. Eine kürzlich veröffentlichte Prognose geht von einem Mehrbedarf von 180.000 beruflich Pflegenden bis zum Jahr 2030 aus¹⁴ - allein für den Leistungsbereich der Pflegeversicherung. Dies wird auch die ehrgeizige Zielsetzung der Ausbildungsoffensive Pflege (10% Steigerung) nicht abfedern können¹⁵. Kulturelle und soziale Faktoren, wie die höhere berufliche Mobilität oder die Abnahme der Pflegebereitschaft in der Familie, tragen zusätzlich dazu bei, dass alles dafür getan werden muss, damit die Pflegeberufe attraktiver werden.

Hinzu kommen die systemimmanenten Schwächen des deutschen Gesundheitswesens, die unter COVID-19 und dem berühmten „Brennglas-Effekt“ noch deutlicher wurden. Dies betrifft insbesondere die Abwesenheit eines Public Health Dienstes, wie ihn viele andere Nationalstaaten haben, in denen der ÖGD als eigenständiger Leistungserbringer fungiert¹⁶. In Deutschland bewegt sich die öffentliche Gesundheit irgendwo zwischen hausärztlicher Versorgung und Gesundheitsverwaltung, während die Impfzentren in der COVID-19 Pandemie von der Bundeswehr und dem Bevölkerungsschutz betrieben wurden.

”

Gesundheit ist eine der wichtigsten sozialen Fragen des 21. Jahrhunderts. Auch unter wirtschaftlichem Druck muss es uns gelingen, in einer alternden Gesellschaft das Solidar-system zusammenzuhalten.

**Bundesgesundheitsminister
Prof. Dr. Karl Lauterbach**

Ebenso ist die Primärversorgung, die den Erstkontakt mit dem nationalen Gesundheitswesen herstellt und den Weg durch das Versorgungssystem eröffnet, in Deutschland nur schwach ausgeprägt¹⁷ und auf die vertragsärztliche Versorgung begrenzt¹⁸. Für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen muss immer ein Arzt aufgesucht werden, selbst wenn es sich um Pflege oder Heil- und Hilfsmittel handelt. Hierbei entsteht ein Nadelöhr-Effekt, welcher Navigation, Koordination und Fallsteuerung, genauso den schwindenden ambulant-ärztlichen Kapazitäten überlässt, wie Gesundheitsedukation und Beratung oder zielgerichtete Verhaltens- und Verhältnisprävention. Für die Antragstellung von Sozialversicherungsleistungen müssen dagegen entsprechende Sozial- oder Pflegeberatungsstellen aufgesucht werden.

Die OECD und die WHO bewerten die Effektivität des deutschen Gesundheitswesens daher auch als durchschnittlich¹⁹. Als Deutsches Rotes Kreuz haben wir hierzu bereits im Rahmen des Deutschen Resilienz- und Aufbauplans (DARP) umfangreich Stellung genommen²⁰. Über den NextGenerationEU Fonds, aus dem der DARP finanziert wird, werden in Österreich gerade Community Nurses etabliert²¹, in Deutschland wurde dieser Weg allerdings nicht eingeschlagen.

Weitere Handlungsbedarfe ergeben sich aus regionalen Unterschieden in der Zugänglichkeit²² sowie Phänomenen

der Über-, Unter-, und Fehlversorgung zwischen städtischen und ländlichen Räumen²³.

1.2 Gesundheitspolitische Debatte

Diese Herausforderungen werden mit der Etablierung von CHN selbstverständlich auch nicht von allein verschwinden, vielmehr werden CHNs zunächst Teil dieser Welt an Problemen sein. Gleichzeitig sind wir als DRK davon überzeugt, dass CHN ein Baustein auf dem Weg zur langfristigen Bewältigung durch Gesundheitsförderung, Prävention und Gemeindeorientierung sein kann.

Ähnlich, wie bei den gleichermaßen auf die öffentliche Gesundheit bezogenen Verabredungen des KoaV, wie den Gesundheitskiosken, ist der Diskurs um die Etablierung von CHN dementsprechend von verschiedenen Perspektiven geprägt^{24 25}. Die damit verbundene Akzentuierung und Bewertung der Veränderungsnotwendigkeit hin zu CHN-Strukturen, stellen eine Herausforderung in der Entwicklung eines gesamtgesellschaftlich verorteten Verständnisses dar.

Dazu kommen berufsständische Begehren; während die Pflegeberufe (berechtigterweise) für mehr Kompetenzen und weitreichendere Befugnisse streiten²⁶, beharren Teile der Ärzteschaft auf dem Heilkundevorbehalt²⁷ - obwohl die internationale Forschung vielversprechende Ergebnisse zur Substitution von ärztlichen Tätigkeiten zeigt²⁸.

1.3 Gestaltung eines zukunftsfesten Gesundheitssystems

In einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft ist dies Ausdruck und notwendiges Instrumentarium der öffentlichen Meinungs- bzw. der politischen Willensbildung, lenkt gleichzeitig aber auch von der zentralen Frage ab, um die es Angesichts der bestehenden Herausforderungen eigentlich gehen sollte:

”

Wie kann eine wohnortnahe und bedarfsgerechte, aber auch barrierefrei zugängliche und zukunftssichere Gesundheitserhaltung und medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung gestaltet werden?

Leitfrage zur Etablierung von CHN

Als Deutsches Rotes Kreuz sind wir davon überzeugt, dass CHN im Rahmen eines Maßnahmenmixes einen wertvollen Beitrag dazu leisten kann, sofern der Versorgungsansatz wirkungsvoll etabliert wird.

Dieses Anliegen möchten wir mit dem vorliegenden Papier unterstützen, indem wir anhand einer Szenarioanalyse die Möglichkeiten und Grenzen für eine realistische und dennoch visionäre Etablierung von CHN in Deutschland aufzeigen - und die für eine wirksame Umsetzung benötigten Maßnahmen zugespitzt herausstellen.

2. CHN als Versorgungsmodell

CHNs sind feste Bestandteile der nationalen Gesundheitssysteme vieler Länder und bieten eine leistungsstarke Versorgung an, die sich in Teilen relativ weit ausdifferenziert.

Dies liegt zum einen daran, dass sich das Aufgabenportfolio von CHNs in den einzelnen Ländern aus unterschiedlichen professionellen Strömungen und Traditionen heraus entwickelt hat. Zum anderen ist dies Ausdruck der unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Bevölkerung in den lokalen Sozialräumen, die sich nicht nur inter- sondern auch intranational voneinander unterscheiden können. Eines wird daher sofort deutlich: CHN ist ein dynamisches Aufgabenfeld, das sich zwar durch wiederkehrende Merkmale auszeichnet, aber letztlich keine hundertprozentige Deckungsgleichheit aufweist.

Das ist gewollt, denn nur so ist eine Adaption, an das, was im lokalen Sozialraum an gesundheitsbezogenen Maßnahmen benötigt wird, überhaupt erst möglich. Gleichzeitig ist dies mitunter einer der Gründe, warum das Thema für die Fachöffentlichkeit so schwer zu fassen ist. Denn den einen CHN-Prototyp kann es somit eigentlich gar nicht geben. Als Deutsches Rotes Kreuz möchten wir daher einen Beitrag dazu leisten, die Bandbreite von CHN-Aufgaben und -tätigkeitsfeldern verständlich aufzuzeigen.

2.1 Gemeinde-basierte Versorgung

CHN ist tief in der anglo-amerikanischen Public Health Tradition verwurzelt. Ein wesentliches Merkmal dieser Public Health Dienste ist die Sozialraumorientierung, die im Englischen zumeist als community-based care - oder kurz community care bezeichnet wird. Um die Bezüge zu diesen internationalen Modellen herzustellen, verwenden wir in dem vorliegenden Papier die Begrifflichkeit „gemeinde-basierte Versorgung“.

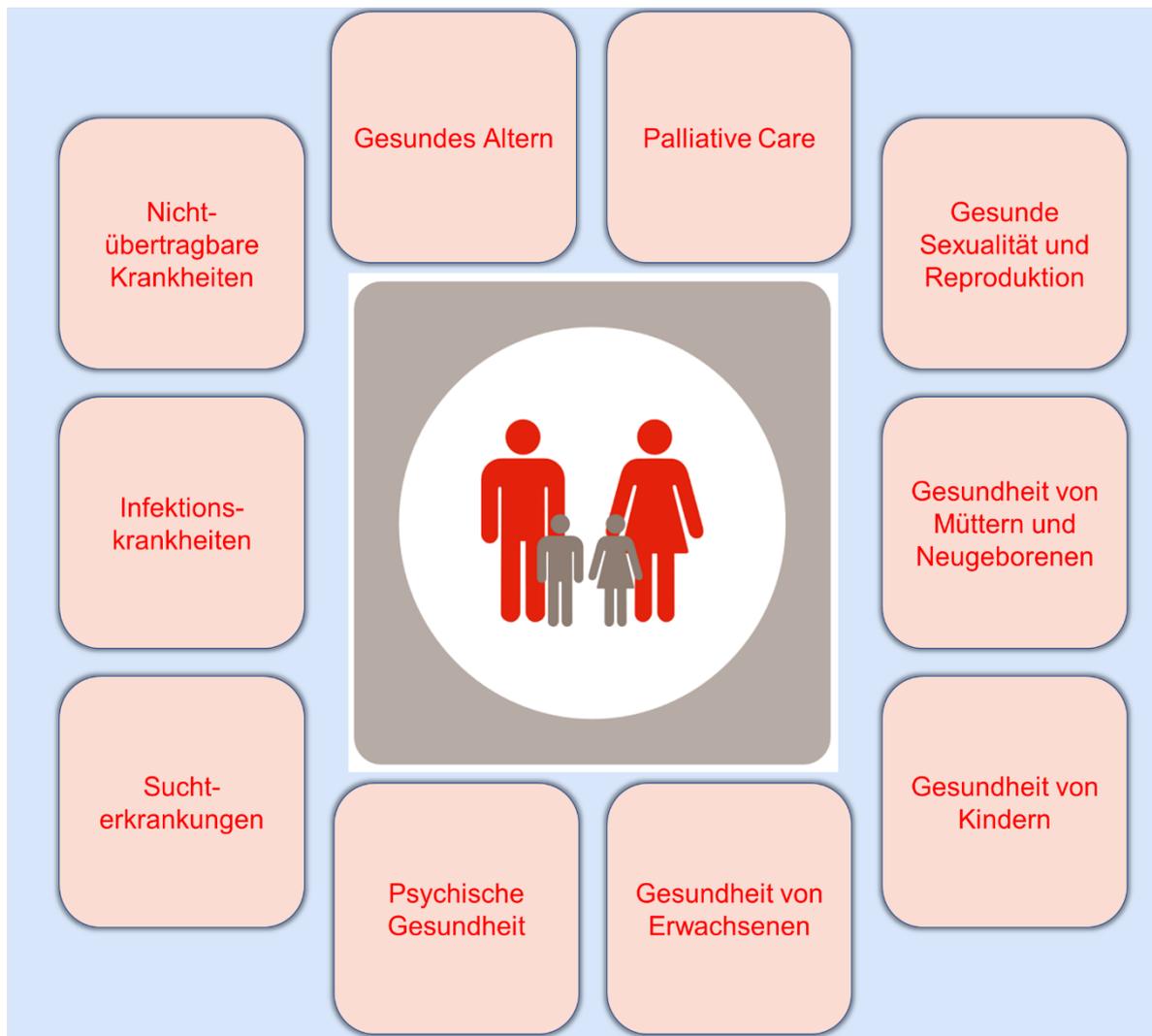
Als Deutsches Rotes Kreuz sind wir Teil der internationalen Gemeinschaft der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, deren Föderation (IFRC) ein Strategiepapier unter dem Titel „Care in Communities“ veröffentlicht hat, an dem wir uns als nationale Rotkreuzgesellschaft für die Etablierung von CHN in Deutschland orientieren²⁹.

Demnach zeichnet sich die gemeinde-basierte Versorgung durch gesundheitsbezogene, evidenzbasierte Aktionen aus, die durch ortsansässiges Gesundheitspersonal durchgeführt werden und sich auf die Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention beziehen³⁰.

Unter Primärprävention werden Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten in verschiedenen Settings verstanden. Typische Beispiele sind etwa Gesundheitsbildung und Lebensstilinterventionen, aber auch Hygienemaßnahmen und Immunisierung. Mit Sekundärprävention sind dagegen Maßnahmen zur Stabilisierung einer vorhandenen Krankheit gemeint, um Komplikationen zu vermeiden. Dies beinhaltet beispielsweise ein integriertes Fallmanagement, aber auch das Monitoring von chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Bluthochdruck sowie einfache Screenings, Tests und Laboranalytik. Während sich die Maßnahmen der Tertiärprävention wiederum auf das Reduzieren bzw. Limitieren von gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen und Leiden beziehen. Hierunter fällt beispielsweise die Stabilisierung des ursprünglichen Gesundheitsproblems durch Ressourcenförderung und Rehabilitation, aber auch Schmerzmanagement und professionelle Pflege³¹.

Ein weiteres Merkmal der gemeinde-basierten Versorgung ist der Lebensverlaufsansatz, indem davon ausgegangen wird, dass jede Lebensphase den Gesundheitsstatus der darauffolgenden Lebensphase beeinflusst (von der Kindheit bis ins Alter). Insofern haben die sozialen, ökonomischen und physikalischen Umstände, wo ein Mensch im Laufe seines Lebens arbeitet, wo er lebt, wo er spielt, einen hohen Einfluss auf seine Gesundheit - und damit auch auf die Menschen in seinem Umfeld³².

Der Lebensverlaufsansatz ist damit ein umfassender Ansatz, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen über das Leben hinweg zu verbessern und mit einer sozioökonomischen und nachhaltigen Entwicklung im lokalen Sozialraum zu verbinden³³. Immerhin weisen ca. 70% aller nicht-übertragbaren Krankheiten³⁴ und psychischen Störungen³⁵ eine Korrelation zu exponierten Risiken oder Unregelmäßigkeiten aus den Kindheitsjahren auf.



Weiterhin ist die Gemeindeorientierung durch eine Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen gekennzeichnet, die der Sachverständigenrat-Gesundheit schon seit längerer Zeit für das deutsche Gesundheitssystem empfiehlt³⁶, was wir als DRK unterstützen und aktiv in den öffentlichen Diskurs eingebracht haben³⁷. Neben der Aufgabenübertragung, bei der es vor allem um die Entlastung derjenigen Berufsgruppe geht, von der die Aufgaben übertragen werden, hat insbesondere das Teilen von Aufgaben eine hohe Bedeutung für die sozialräumliche Angebotsgestaltung³⁸.

Bei der Aufgabenteilung kann die gleiche Aufgabe nicht nur von einer, sondern mehreren Berufsgruppen (parallel) durchgeführt werden. Im Bereich der Heilkunde würde dies bedeuten, dass eine bestimmte Leistung, beispielsweise Wundversorgung, nicht nur von Ärzten, sondern auch von Pflegenden (in gleichem Umfang) angeboten wird. Die Kumulierung der Leistungserbringer führt im Ergebnis zu einer höheren Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Angeboten und hilft gleichzeitig dabei Kosten zu sparen, da die Versorgung effektiver erfolgt und in der Primärvorsorgung verbleibt³⁹. Um welche Aufgaben es sich dabei handelt, sollte anhand der Bedürfnisse und Bedarfe im

Module der gemeinde-basierten Versorgung⁴⁰

Sozialraum sowie der jeweils vorhandenen Personalressourcen (und deren Kompetenzen) vor Ort entschieden werden.

2.2 Gesundheitserhaltung der Bevölkerung

Neben der Gemeindeorientierung ist CHN durch eine große Nähe zu gesundheitsfördernden Ansätzen gekennzeichnet, weshalb in manchen Ländern auch von Public Health statt Community Health Nursing gesprochen wird. Als Deutsches Rotes Kreuz sehen wir die Gemeinde-basierung, wie auch die Gesundheitserhaltung als gleichberechtigte Komponenten von CHN an. Was sich unserer Ansicht nach konsequenterweise in der Namensgebung wiederfinden sollte, auch wenn diese Konzepte in Wahrheit wechselseitig aufeinander verweisen.

Bezeichnungen wie „Gemeindeschwester“ oder „Community Nurse“, wie CHNs nun in Österreich genannt wurden, halten wir für unzutreffend, da hiermit missverständliche Assoziationen geweckt und falsche Bezüge hergestellt

werden. Insofern empfehlen wir an dem bereits etablierten Begriff „Community Health Nurse“ festzuhalten, um die Historie an gescheiterten Übersetzungen von Versorgungsmodellen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, die die fachlichen Konzepte häufig verwässert haben (Stichwort: Bezugspflege)⁴¹, hiermit abzuschließen.

Die Gesundheitserhaltung der Bevölkerung verstehen wir ganz im Geiste der Erklärung von Alma-Ata⁴² als grundlegendes Menschenrecht, weshalb wir deren Sicherstellung, als eine originäre Aufgabe der Daseinsvorsorge ansehen. Insofern ist die Gesundheitserhaltung in all ihren Ausprägungen und Erscheinungsformen Kern der sozialstaatlich organisierten Wohlfahrtsarbeit. Als Partner des Sozialstaates sieht sich das Deutsche Rote Kreuz daher in der Pflicht einen Beitrag zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung zu leisten und CHNs zu etablieren⁴³.

Wenn wir in diesem Papier von Gesundheitserhaltung sprechen, gehen wir von einem zielgerichteten und umfassenden Prozess aus, der alle darauf einzahlenden Dimensionen berücksichtigt - und sich demzufolge nicht einseitig auf Gesundheitsförderung und Prävention begrenzt, sondern ebenfalls Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliation und Sozialarbeit miteinschließt. So, wie es bereits in der Erklärung von Alma-Ata⁴⁴ von 1978 anklingt.

”

Die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Menschen sind eine wesentliche Voraussetzung für eine anhaltende wirtschaftliche und soziale Entwicklung und ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und zum Frieden in der Welt.

Erklärung von Alma-Ata von 1978

Ein wesentlicher Handlungsansatz zur Realisierung des Menschenrechts auf Gesundheit ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, wie sie die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung⁴⁵ vorsieht. Das bereits 1986 verabschiedete Papier stellte schon damals den Bezug zwischen Gesundheitsförderung und der Beteiligung der Menschen her, „um sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Schlagworte, die auch heute noch virulent sind und beispielsweise in die Diskussion um Gesundheitskompetenzen oder Health Literacy⁴⁶ münden.

Das Konzept der gesundheitsförderlichen Lebenswelten geht aber gerade über diese individualspezifischen Maßnahmen hinaus und stellt die Verhältnisse, „wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert“, in den Mittelpunkt des Handelns. Freinach dem Motto, dass der Mensch und seine Umwelt einander bedingen. Nach diesem sozialökologischen Ansatz muss jede Strategie zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit nicht nur „den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu Ihrem Thema machen“. Sondern auch „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ schaffen⁴⁷. Eine große Herausforderung, die nur ressortübergreifend gelingen kann.

”

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986

Dass wir hierzulande immer noch diskutieren, aber nur wenig für die konkrete Gestaltung von Leistungen und Angeboten tun, ist leider auch Zeugnis davon, dass wir in der Gesundheitsförderung, über Lippenbekenntnisse hinaus, noch nicht weit gekommen sind.

Eines der Hauptprobleme ist die Tatsache, dass es bis auf die Unterstützungs- bzw. Leistungsaufträge der Sozialversicherungsträger⁴⁸, keine flächendeckende und systematische Finanzierung für eine gemeinde-basierte Gesundheitsförderung gibt. Die nach den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz förderfähigen Maßnahmen haben nämlich eher Projektcharakter, als dass es sich um eine regelhafte Leistung der Gesundheitsversorgung handelt. Zudem mangelt es an geeignetem Personal, um dieses mitunter aufwendige Projektmanagement in den Kommunen durchzuführen.

Diesem Konglomerat an mangelnder Zuständig- und Verbindlichkeit könnte Abhilfe geschaffen werden, indem CHNs gemeinsam mit weiteren Anbietern der öffentlichen Gesundheit für die Wahrnehmung dieser Aufgaben mandatiert - und regelhaft über die sozialstaatlichen Strukturen finanziert werden. In der Ottawa-Charta⁴⁹ heißt es hierzu:

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam daraufhinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.“

2.3 Aufgaben und Tätigkeitsfelder von CHNs

Wie schon erwähnt kann es das eine Rollenbild von CHNs nicht geben, da sich ihre Aufgaben und Tätigkeitsfelder von den regionalen Bedürfnissen und Bedarfen der Bevölkerung ableiten. Insofern kann es auch die typische Tätigkeitsbeschreibung nicht geben, weshalb die nachfolgende Auflistung vielmehr eine kumulierte Zusammenfassung vieler einzelner Handlungsfelder im Rahmen des CHN-Rollenbildes darstellt.

Die jeweiligen Aufgaben und Tätigkeitsfelder spiegeln somit nicht unbedingt eine typische Stellenbeschreibung für CHNs wider, sondern zeigen vielmehr die Bandbreite auf, die das CHN-Tätigkeitsfeld mitbringt⁵⁰. Der Versuch einer Konkretisierung kann den anschließend formulierten Szenarien entnommen werden.

Eine gängige Definition von erweiterten Pflegerollen liefert das Integrative Advanced Practice Nursing (APN) Modell⁵¹, das verschiedene Kriterien und Kompetenzen von APNs beschreibt, an denen wir uns für die Etablierung von CHN in Deutschland orientiert haben.

Erweiterte Pflegerollen zeichnen sich durch hochschulisch ausgebildete Pflegende aus, die eine Zulassung (Lizensierung) für das Ausüben einer erweiterten Pflegepraxis haben, welche sich auf ein spezialisiertes Teilgebiet der Gesundheitsversorgung bezieht. Die zentrale Kompetenz von Pflegenden mit einer erweiterten Handlungspraxis ist die direkte Versorgung von Individuen oder Populationen. Weitere Kernkompetenzen betreffen Domänen wie Coaching und Beratung, aber auch interprofessionelle Zusammenarbeit, Konsultation (Konsildienste) und Lea-

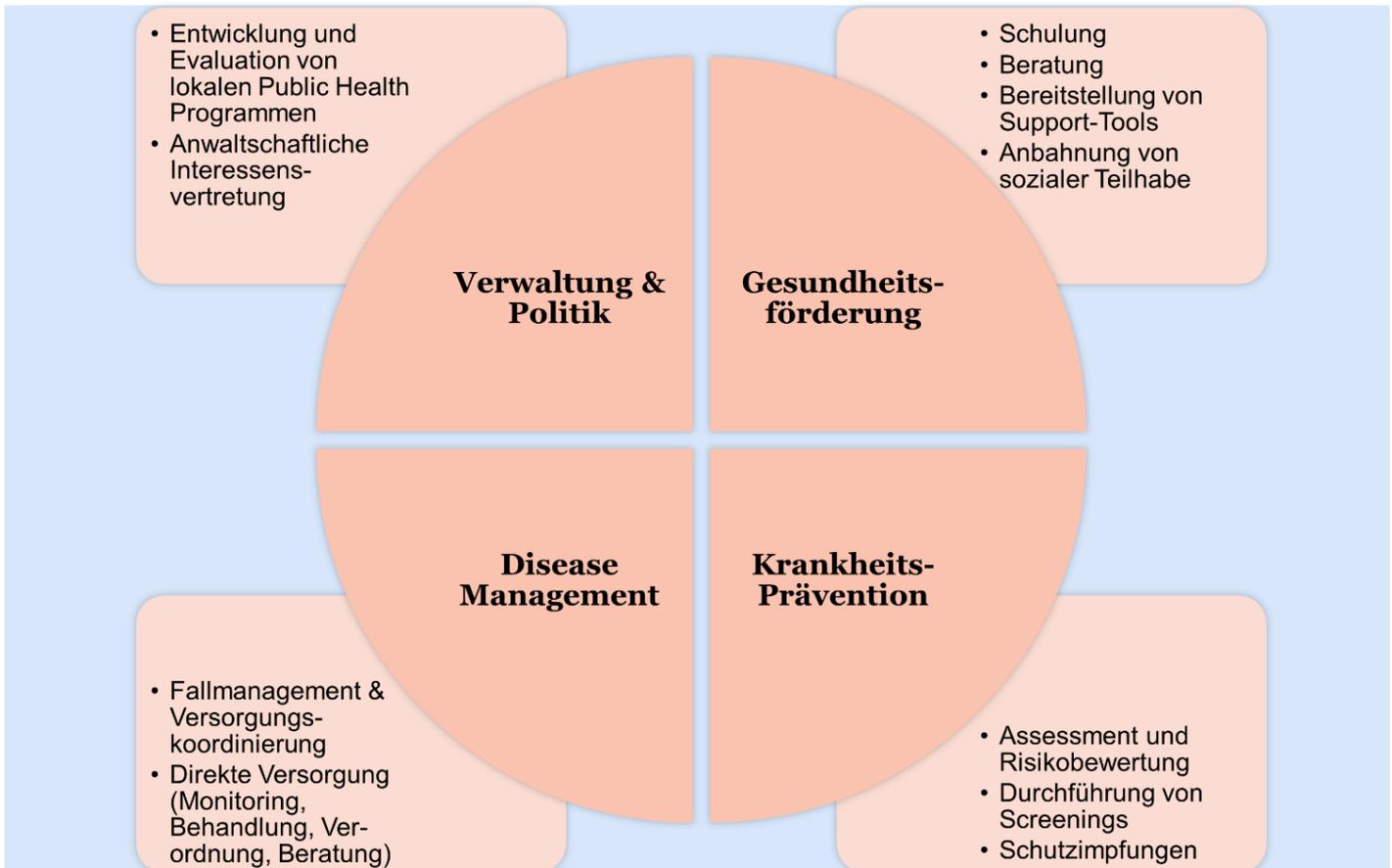
dership sowie evidenzbasierte Praxis und ethische Entscheidungsfindung⁵². Die erweiterte Pflegepraxis ist in Deutschland gerade erst am Entstehen. Aus diesem Grund sind wir der Ansicht, dass bei der Etablierung von CHN einerseits die gegenwärtigen Realitäten adressiert und gleichzeitig auch Übergangslösungen für eine visionäre Zukunft gestaltet werden müssen. Gerade auch, was die hochschulische Ausbildung betrifft, denn die Leistungsfähigkeit des primärqualifizierenden Pflegestudiums kann aufgrund der aktuellen Daten⁵³ zumindest in Frage gestellt werden.

Als Deutsches Rotes Kreuz richten wir uns nach dem Grundsatz der Menschlichkeit, getreu dem Leitsatz „Hilfe nach dem Maß der Not“⁶⁴. Die Etablierung von CHN als Versorgungsmodell ist für uns daher kein Selbstzweck, sondern bietet eine Chance auf eine lebenspraktische Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert CHN als spezielles Feld der Pflege, das die Kompetenzen aus Pflege bzw. Public Health mit Anteilen der Sozialarbeit verbindet, um als ein Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems, Gesundheit zu fördern, sozioökologische Bedingungen zu verbessern, und Krankheiten sowie Gesundheitsbeeinträchtigungen zu rehabilitieren⁵⁵.

Die Aufgaben- und Tätigkeitsgebiete von CHNs beziehen sich grundsätzlich auf die Domänen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, aber auch das Disease Management und die öffentliche Verwaltung bzw. kommunale Gesundheitspolitik sind enthalten⁵⁶.

Beliebte Einsatzfelder von CHNs im internationalen Kontext sind die Öffentlichen Gesundheitsdienste, aber auch das Militär oder die humanitäre Hilfe. Weitere Einsatzgebiete können der Infektionsschutz oder die Gesundheits-erziehung sein, wie auch die Schul- oder Familiengesundheit. Hinzu kommen Hilfen für wohnungslose und/oder geflüchtete Menschen, die häufig gar keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben⁵⁷. Aber auch die Arbeitsgesundheit, die sich mit der Gesundheit von Beschäftigten eines Unternehmens auseinandersetzt⁵⁸. Zudem sind CHNs gemeinsam mit anderen gemeinde-basierten Pflegerollen (z.B. Nurse Practitioners) in pflegegeführten Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung tätig, die sie häufig auch leiten⁵⁹.



Für den deutschen Kontext werden insbesondere Einsatzmöglichkeiten in Primärversorgungszentren, in der kommunalen Daseinsvorsorge, in dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie als Teil der ambulanten Pflege gesehen⁶⁰. Aber auch Gesundheitskioske oder andere niedrigschwellig und sozialräumlich orientierte Angebote kommen dafür in Frage⁶¹.

Aufgrund der geringen Ausdifferenzierung von erweiterten Pflegerollen in Deutschland bezieht sich das Rollenbild von CHNs in der deutschen Erzählung meist auf eine Mischung vieler verschiedener gemeinde-basierter Pflegerollen, die im anglo-amerikanischen Sprachraum viel stärker ausdifferenziert sind und beispielsweise als Public Health Nurses⁶² oder Nurse Practitioners⁶³ fest etabliert sind. Dieses Spannungsfeld zwischen Öffentlicher Gesundheit (Public Health Nurse) und Primärversorgung (Nurse Practitioner) ist es dann auch, welches wir als Deutsches Rotes Kreuz für die nachfolgenden Szenarien aufgegriffen haben.

Aufgrund der Kompetenzerfordernisse sind CHNs international häufig auf Masterniveau ausgebildet⁶⁴, wobei Ausnahmen auch hier die Regel bestätigen und dies nicht in allen Ländern der Fall ist, in denen CHNs etabliert sind. Beispielsweise konnten wir in unserer Recherche auch Artikel zu Bachelor qualifizierten CHNs finden - auch in Ländern mit einer langen CHN-Tradition, wie den USA⁶⁵ oder

Aufgaben und Tätigkeitsfelder von CHNs⁶⁶

Australien⁶⁷. Aber auch hiesige Beispiele zeigen, dass eine fachlich fundierte Qualifikation für eine gemeinde-basierte und gesundheitsfördernde Pflegerolle nicht zwingend einen Hochschulabschluss erfordert (Familiengesundheitspflege)⁶⁸.

2.4 Kontextfaktoren für die Etablierung von CHN

Ein wichtiger Bezugspunkt bei der Etablierung von erweiterten Pflegerollen ist das PEPPA-Framework, welches für unsere Überlegungen zur Etablierung von CHN als Orientierung diene.

PEPPA steht für "participatory, evidence-based, patient-centered process for APN role development, implementation, and evaluation" und beinhaltet neun Schritte der Umsetzung und Evaluierung. Für das vorliegende Papier waren insbesondere die Schritte fünf (Definiere das neue Versorgungsmodell) und sechs (Plane Strategien zur Implementierung) von Interesse⁶⁹.

Für die Definition von möglichen Etablierungsszenarien gilt es demnach zuerst die potenziellen Rollenbilder von CHNs bezüglich ihrer klinischen Praxis sowie der dafür notwendigen beruflichen Entwicklungs- und Qualifizie-

rungsmaßnahmen zu beschreiben. Dazu gehört das Nutzen von professionellen Standards als Richtlinien für die Festlegung von Kompetenzniveaus und Qualifikationen. Der Hauptfokus liegt hierbei auf der Förderung eines kontinuierlichen, koordinierten Prozesses zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit⁷⁰.

Als Deutsches Rotes Kreuz vertreten wir die Position, dass die Etablierung eines neuen Leistungserbringers in die Gesundheitsversorgung nur durch einen Mehrwert für die Bevölkerung zu rechtfertigen ist. Insofern passt der Gedanke nach PEPPA, dass die Stärken und Schwächen der bereits etablierten Anbieter sorgfältig gegen die neuen CHN-Angebote abzuwägen sind und es mögliche Auswirkungen hinsichtlich der Beziehungen zu - sowie zwischen anderen Leistungserbringern zu antizipieren gilt⁷¹.

Ebenso wichtig ist die Klärung von Fragen der Handlungsautonomie, wie auch der Kooperation und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, aber auch was die Rechenschafts- und Berichtspflichten gegenüber Dritten angeht und natürlich die Definition von leistungsgerechten Vergütungsmodellen und -mechanismen⁷².

Die Strategien zur Implementierung von erweiterten Pflegerollen beziehen sich dagegen auf die Regelung der Ausbildung und Zulassung sowie eine Schärfung des Rollenbildes in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Von hoher Bedeutung ist PEPPA zufolge zudem die Bereitstellung von geeigneten Mentoren, Beförderern und Türöffnern, um den Prozess der Rollenergreifung und -findung in der alltäglichen Praxis zu sichern. Wozu, ganz im Sinne einer Sicherheitskultur, ebenso der Aufbau von tragfähigen Strukturen zur Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung, wie Supervision oder kollegiale Beratung gehören. Aber auch der Einbezug erfahrener praktisch tätiger CHNs in die Aus- Fort- und Weiterbildung⁷³.

Des Weiteren müssen CHNs mit ausreichenden Kompetenzen, Befugnissen und Mandaten ausgestattet werden, um tatsächlich wirksam sein zu können⁷⁴. Dies betrifft sowohl die Meso- (Einrichtungen), als auch die Makroebene (Gesetzgebung) des Gesundheitswesens und stellt wahrscheinlich den erfolgskritischsten Prädiktor für die CHN-Etablierung dar.

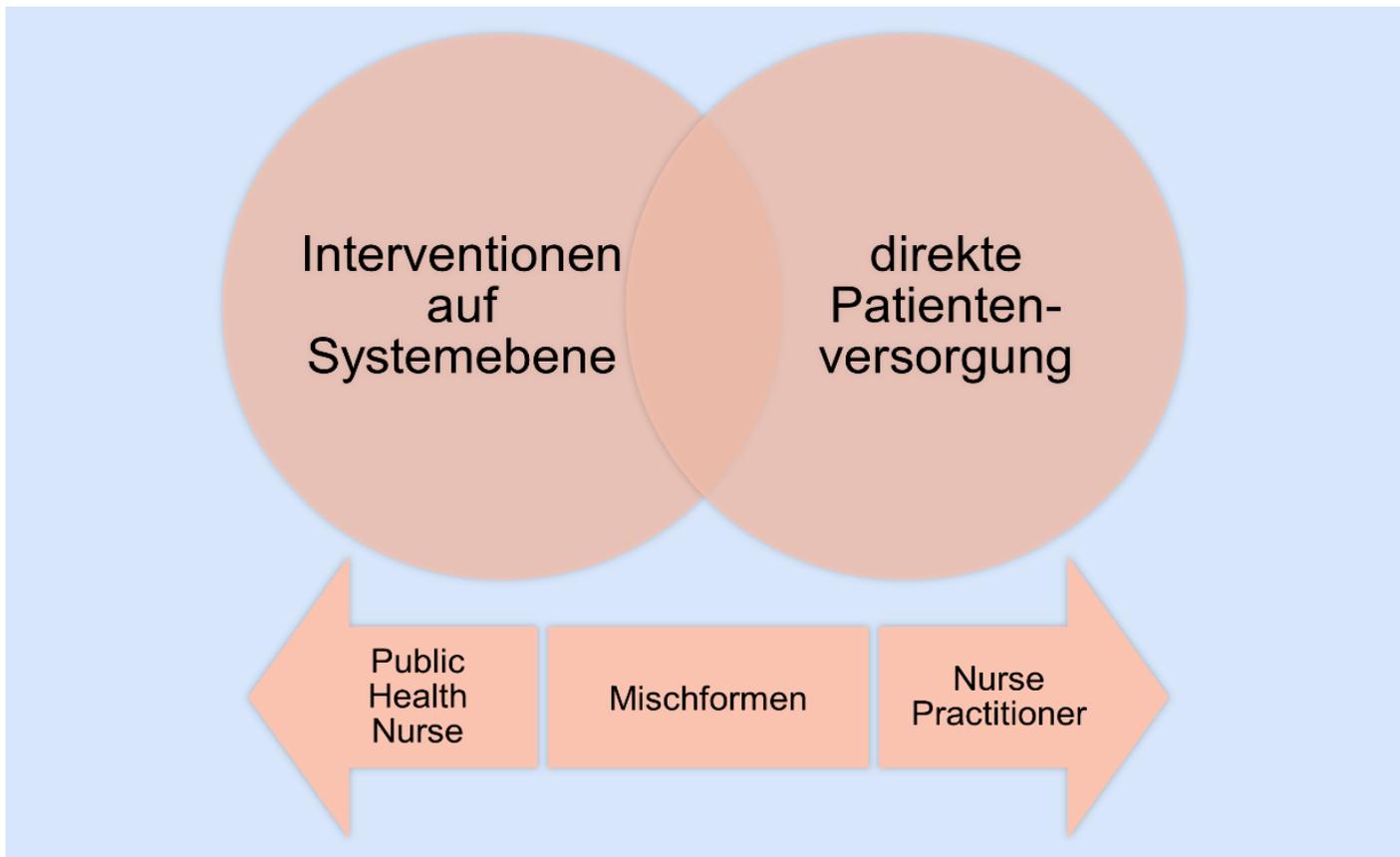
3. Szenarioanalyse

Die Entwicklung und Analyse der beiden Etablierungsszenarien erfolgten auf der Grundlage eines Methodenpapiers des Instituts für Zukunftsstudien und Technologiebewertung⁷⁵. Demnach ist ein Szenario die Darstellung einer zukünftigen Situation und die Beschreibung der Wege dorthin. Die Betrachtung bestimmter Schlüsselfaktoren, die wir für die Etablierung von CHN bereits im vorherigen Kapitel aufführten, soll Orientierung für zukünftige Entwicklungen geben.

Gleichzeitig stellt ein Szenario kein umfassendes Bild der Zukunft dar, sondern beleuchtet definierte Ausschnitte einer fiktiven Wirklichkeit. Sodass die folgenden Szenarien keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können. Denn letztlich sind Szenarien hypothetische Konstruktionen, denen bestimmte Annahmen und Trends unterliegen, sodass lediglich eine mögliche Zukunft entworfen werden kann⁷⁶. Nichtsdestotrotz ist die Szenarioanalyse eine bewährte Methode, um Orientierungswissen zu möglichen Zukünften zu generieren und die Gegenwart danach auszurichten⁷⁷, weshalb sie unter anderem auch im Bevölkerungsschutz zur Anwendung kommt⁷⁸.

Wie bereits ausgeführt, stellen die beiden nachfolgend beschriebenen Szenarien eine Zuspitzung der hiesigen Diskussion um die Etablierung von CHN in Form der beiden Polaritäten Public Health und Primärversorgung dar. Als Deutsches Rotes Kreuz betrachten wir diese beiden Ausprägungen als gleichberechtigte Einsatzfelder von CHNs in Deutschland, die einander ergänzen und explizit nicht ausschließen sollen. Gleichzeitig können auch CHNs, die bei einem Angebot der Primärversorgung tätig sind, Public Health Aufgaben wahrnehmen und umgekehrt. Gerade auch, weil Public Health und Primärversorgung im internationalen Raum viel stärker ineinandergreifen, als das hierzulande der Fall ist. Diese Konstrukte erschienen uns für die Szenarioanalyse allerdings zu komplex, sodass wir hier von einer idealtypischen Beschreibung ausgehen, um die Anschaulichkeit der Szenarien zu erhöhen.

In beiden Szenarien werden die CHNs in einen umfassenden Arbeitsprozess integriert, der weniger auf direkte pflegerische Handlungen in den klassischen Pflegedomänen, wie Selbstversorgung oder Mobilität abzielt (hier eher indirekt im Kontext von Schulung und Beratung der Betroffenen und ihren Angehörigen) und vielmehr die Kommunikation oder die Gestaltung des Alltagslebens in den Vordergrund des Aufgabenportfolios rückt. Wobei der größte Schwerpunkt sicher auf der Bewältigung von krankheits- oder therapiebezogenen Anforderungen liegt (bzw. der Befähigung hierzu).



3.1 Szenario 1: „Öffentliche Gesundheit in der Kommune“

Das Szenario „Öffentliche Gesundheit in der Kommune“ ist geprägt von Public Health orientierten Aufgaben und Tätigkeiten der CHNs. Die Zielgruppe sind Menschen aller Altersgruppen eines fest definierten Sozialraumes, der sich beispielsweise an den kommunalen Gebietsgliederungen orientieren kann - aber nicht muss.

Ausgangspunkt für das Tätigwerden der CHNs ist ein systematisches Assessment zur Erfassung des grundlegenden Gesundheitsstatus und weiteren mit der Bevölkerungsgesundheit assoziierten Parametern (z.B. Vulnerabilitäten des lokalen Versorgungssystems im Krisen- oder Katastrophenfall) für einen definierten Sozialraum, auf dessen Grundlage geeignete Gegenmaßnahmen abgeleitet und ergriffen werden.

Dies beinhaltet gezielte und evidenzbasierte Maßnahmen auf der Systemebene, wie das Konzipieren, Durchführen und Auswerten von Präventions- und Gesundheitsprogrammen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) zu epidemiologisch relevanten Gesundheitsproblemen im lokalen Sozialraum. Mit der Zielsetzung die kollektive gesundheitliche Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu erhöhen.

Ausprägungen von gemeinde-basierten Pflegerollen

Hierzu gehören insbesondere Informations- und Aufklärungskampagnen für die Bevölkerung, wie auch das Bereitstellen von Schulungs- und Beratungsangeboten zu den großen Fragen der Öffentlichen Gesundheit unserer Zeit (chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, Resilienz), die in der Lebenswelt der Menschen vor Ort durchgeführt werden: d.h. in der Kita, in der Schule, am Arbeitsplatz, aber auch in Volkshochschulen und anderen öffentlichen Räumen (z.B. Dorf- bzw. Stadtteilfeste). Hinzu kommen weitere Maßnahmen der Primärprävention wie Impfungen/Immunsierungen.

Im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention erhöhen CHNs die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung und unterstützen bei der Navigation durch das Versorgungssystem, insbesondere für besonders vulnerable oder sozial benachteiligte Personen; beispielsweise Menschen ohne festen Wohnsitz oder in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Was durch das Zu- bzw. Überweisen der entsprechenden Versorgungsangebote (Heilmittel, häusliche Pflege, Vertragsarzt, Notfallambulanz) sowie die Verordnung bzw. Beantragung der entsprechenden (gesundheitsbezogenen) Sozialversicherungsleistungen erfolgt (Hilfsmittel, Pflegegrad, medizinische Rehabilitation, Frühe Hilfen).

Hierzu führen CHNs individuelle Assessments und Check-ups durch, auf deren Grundlage die jeweilige Zuweisung bzw. Beantragung erfolgt, und zunächst eine grundlegende Orientierung für die Weiterbehandlung darstellt.

Für Menschen mit multiplen und komplexen Versorgungsanforderungen, wie Menschen mit Behinderung, chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Pflegebedarf - sowie deren An- und Zugehörigen, werden bedarfsgerechte und dezentrale Angebote sowie barrierefreie Infra- und Versorgungsstrukturen aufgebaut. Die im Anschluss mit den bereits etablierten Angeboten aus Haupt- und Ehrenamt vernetzt werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass CHN-Angebote besonders niedrigschwellig ansetzen und sich durch eine hohe Zugänglichkeit auszeichnen müssen. CHNs im Szenario „Öffentliche Gesundheit in der Kommune“ sind daher sowohl aufsuchend im Sozialraum tätig, können aber auch zu festen Sprechstunden besucht werden.

Die CHNs werden auf der Grundlage einer nationalen Lizenzierung durch die nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) benannten Stellen tätig. Wer die Kriterien erfüllt, ist zur Berufstätigkeit im pflegerischen Spezialgebiet CHN zugelassen. Die Kommunen können CHNs entweder selbst anstellen oder die Bestellung von CHNs durch (Gebiets-)Ausschreibung einem Träger übertragen. Eine weitere Möglichkeit der Angliederung wären multidisziplinäre Public Health Teams, wie es teilweise in anglo-amerikanischen Ländern praktiziert wird. Ebenso könnten CHNs an die sogenannten Gesundheitsregionen angedockt werden.

Um die Etablierung der CHNs zu fördern und zu sichern, werden systematische Strukturen des Mentorings und Empowerments in den Einsatzstellen etabliert sowie die Vernetzung mit CHNs in benachbarten und entfernten Sozialräumen ermöglicht. Die Finanzierung erfolgt durch eine Mischfinanzierung, an der sich die Kommune, das Land, der Bund und die Sozialversicherungsträger zu unterschiedlichen Anteilen beteiligen, wobei den Kommunen das Initiationsrecht obliegt. Der Finanzierungsbedarf wird aus der Anzahl der zu versorgenden Personen in der jeweiligen Region ermittelt (z.B. Pauschalvergütung pro Einwohner).

3.2 Szenario 2: „Pflegedienst trifft MVZ“

Das Szenario „Pflegedienst trifft MVZ“ beinhaltet dagegen Aufgaben und Tätigkeiten der CHNs, die in der Primärversorgung anfallen. Die Zielgruppe sind Menschen aller Altersstufen mit speziellen Versorgungsbedürfnissen und -bedarfen. CHNs bieten in multiprofessionellen Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung grundlegende

und universelle medizinisch-pflegerische Dienstleistungen für Gesundheitsprobleme mit hoher Relevanz für die Öffentliche Gesundheit an.

Diese können sich beispielsweise auf die sogenannten Volkskrankheiten (Karzinom, KHK, Diabetes, COPD, Asthma, Arthrose, Depression, Demenz) beziehen, oder sich mehr an der Lebensphase (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere und hochaltrige Menschen) oder der Lebenswelt (sozioökonomischer Status, kultureller Hintergrund, Milieu) für allgemeine Gesundheitsfragen orientieren. Die konkrete Angebotsgestaltung erfolgt dementsprechend vor dem Hintergrund der Bedürfnisse und Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen, insbesondere mit dem Fokus der Erreichbarkeit dieser Populationen.

In dem Szenario „Pflegedienst trifft MVZ“ führen CHNs hauptsächlich patientennahe Interventionen auf der Basis von evidenzbasierten Behandlungspfaden durch, die sich neben der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auch auf die direkte und eigenverantwortliche Behandlung von einfachen akuten Erkrankungen und stabilen chronischen Erkrankungen beziehen.

Dies beinhaltet das Durchführen von sozialmedizinischen und pflegerischen Assessments sowie einfachen Screenings und laborchemischen Analysen zur Bewertung bestimmter gesundheitlicher Parameter. Auf dieser Grundlage treffen die CHNs dann eine evidenzbasierte Entscheidung hinsichtlich der Weiterbehandlung, die sie entweder im Rahmen einer sektoralen Heilkundeausübung (Therapieanpassung, Wundbehandlung) selbst durchführen oder an den nach dem Behandlungspfad zuständigen Akteur weiterleiten (Mediziner, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelabgeber). Darüber hinaus unterstützen die CHNs bei der Beantragung von Sozialversicherungsleistungen, die unmittelbar zu einer Verbesserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitsstatus beitragen (Hilfsmittel, Pflegegrad, medizinische Rehabilitation, Frühe Hilfen). Und führen im Kontext der Primärprävention Check-ups oder Impfungen/Immunisierungen durch.

Neben der sektoralen Heilkundekompetenz verfügen die CHNs über die zur Fallsteuerung notwendigen Befugnisse, um die betroffenen Personen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Präferenzen und Ziele, den sozialmedizinischen und laboranalytischen Befunden, sowie den evidenzbasierten Behandlungsprotokollen durch das Versorgungssystem zu begleiten.

Darüber hinaus führen CHNs im Szenario „Pflegedienst trifft MVZ“ zielgerichtete Maßnahmen der Schulung und Beratung auf der Grundlage des Behandlungspfades durch, die sich einerseits auf die Krankheitsbewältigung und Gesundheitsedukation, aber auch die Pflegeberatung

beziehen können. Neben den Betroffenen selbst sind auch ihre An- und Zugehörigen eine Fokuszielgruppe, die über Leistungsansprüche der Sozialversicherung, wie Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Unterstützungsangebote oder Entlastungsmöglichkeiten informiert sowie zu konkreten pflegefachlichen Handlungen und Themenfeldern beraten werden. Ferner können CHNs im Bereich der Betroffenenvertretung aktiv sein und Selbsthilfegruppen moderieren.

Je nach Ausrichtung der Primärversorgungseinrichtung können diese Angebote intra- oder extrainstitutionell erfolgen. Die Einrichtung in dem vorliegenden Szenario zeichnet sich allerdings durch einen besonders gemeindenahen und lebensweltlichen Bezug aus, weshalb CHNs sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser tätig werden. Die Betroffenen und ihre Angehörigen können die Angebote daher direkt aufsuchen oder aber auch in ihrer Umgebung besucht werden (öffentliche Räumlichkeiten, Hausbesuch), was sich insbesondere für ländliche bzw. strukturschwache Räume anbietet (mobile Sprechstunde in Gemeindehalle).

Auch hier wird die Berufstätigkeit der CHNs über eine nationale Lizenzierung erlaubt, die durch die zuständigen Stellen nach dem PflBG erfolgt. Wie bereits beschrieben werden diejenigen zur beruflichen Tätigkeit im pflegerischen Spezialgebiet CHN zugelassen, die die dazu benötigten Kriterien erfüllen.

Die CHNs sind bei Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung angestellt, die ganz unterschiedlich gestaltet sein könnten. In diesem Szenario haben wir uns auf eine Mischung aus MVZ und Pflegedienst bezogen, um einerseits die Brücke zu bereits bestehenden Strukturen zu schlagen und andererseits die Verschmelzung von medizinischen und pflegerischen Leistungen zu verdeutlichen. Ebenso denkbar wären aber auch die sogenannten PORT-Modelle sowie die im KoA-V enthaltenen regionalen Gesundheitszentren oder Gesundheitskioske, wobei gerade bei letzteren bereits CHNs tätig sind. Ein besonderes Merkmal von Primärversorgungseinrichtungen ist der sektorenübergreifende, interdisziplinäre Ansatz, in dessen Geiste sich auch das hier beschriebene Szenario bewegt, weshalb wir von einem interprofessionell organisierten Behandlungsprozess ausgehen, der durch die CHNs gesteuert wird.

Und auch hier wird die Etablierung von CHN durch die Entwicklung einer professionellen Sicherheitskultur sowie die Bereitstellung eines entsprechenden Mentorings unterstützt und gefördert. Wie auch regelmäßige Vernetzungstreffen mit den lokal ansässigen Akteuren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Die Finanzierung erfolgt ebenso durch eine Mischfinanzierung, wobei wir für das

Szenario „MVZ trifft Pflegedienst“ primär die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung und die Rentenversicherung in der Pflicht sehen. Das Initiationsrecht obliegt den Einrichtungsträgern, die durch die Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Leistungserbringung zugelassen werden (z.B. Kassenärztliche Vereinigungen). Die Vergütung erfolgt durch ein pauschales Entgeltsystem (z.B. Capitation-Modell).

4. Möglichkeiten und Grenzen der nationalen Etablierung von CHN

4.1 Zusammenfassung

Die beiden vorgestellten Szenarien bilden anhand der hier dargelegten Schlüsselfaktoren zwei mögliche Ausrichtungen für die Etablierung von CHN in Deutschland ab. In der Gesamtschau zeigt sich, dass die verschiedenen Szenarien trotz der methodisch begründeten Zuspitzung viele Gemeinsamkeiten aufweisen, die charakteristisch für CHN-Rollenbilder sind. Insofern kann von einer Anschlussfähigkeit der hier vorgestellten Szenarien hinsichtlich des nationalen und internationalen Diskurses ausgegangen werden.

Gleichzeitig handelt es sich bei diesem Thesenpapier nicht um einen Beitrag zur wissenschaftlichen Forschung. Vielmehr spiegeln die hier präsentierten Szenarien die fachliche Auseinandersetzung des Deutschen Roten Kreuzes als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit der nationalen Etablierung von CHN wider, zu dessen Gelingen wir als Partner des Sozialstaates gerne beitragen möchten.

Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es das international erprobte CHN-Konzept auf die Füße zu stellen und an die nationalen Gegebenheiten und Realitäten anzupassen. Aber gleichzeitig auch visionär in die Zukunft zu blicken, um die gegenwärtigen und noch bevorstehenden Herausforderungen bei der Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit durch eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung bewältigen zu können.

4.2 Qualifizierung von CHNs

Eine der dringlichsten Fragen, die sich in diesem Kontext förmlich aufdrängt, ist die Frage nach der Qualifizierung der CHNs. Während die Pflegefachberufe in Deutschland weitgehend beruflich ausgebildet werden, sind sie im anglo-amerikanischen Raum, aber auch hier in Europa überwiegend akademisiert. Zwar wurde mit dem PflBG⁷⁹

die Möglichkeit eines primärqualifizierenden Pflegestudiums eröffnet, allerdings kann dessen Leistungsfähigkeit für eine flächendeckende Etablierung von CHN aufgrund der geringen Akademisierungsquote von maximal 1,75%⁸⁰ durchaus in Frage gestellt werden. Gleiches gilt für die wenigen pflegewissenschaftlichen Masterstudiengänge allgemein⁸¹ und für CHN im Speziellen⁸². Insofern stellt sich die Frage, ob der international übliche Masterabschluss bzw. eine hochschulische Pflegeausbildung generell als alleinige Säule für die Etablierung von CHN in Deutschland dienen kann.

Das Aufgabenspektrum von CHNs im angloamerikanischen Sprachraum ist durch die Bearbeitung von komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie die eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen geprägt. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet, welche nach dem EQR allesamt das Masterniveau beschreiben⁸³.

Insofern legen die Aufgaben von CHNs einerseits das Masterniveau nahe. Andererseits sehen wir aber auch die Notwendigkeit einer zügigen Etablierung von CHN-Angeboten, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Wir empfehlen daher eine befristete Übergangslösung, die die berufserfahrenen Pflegefachpersonen wertschätzend berücksichtigt. Und gleichzeitig die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflegeberufe vorantreibt.

Bis zur generellen Anforderung des Masterabschlusses könnten daher, in einem noch zu definierenden Übergangszeitraum Anerkennungsverfahren zur Anwendung kommen, in deren Rahmen erworbene Berufserfahrungen, Fachkenntnisse und Qualifikationen von bereits ausgebildeten Pflegefachpersonen berücksichtigt werden.

4.3 Standardisiertes CHN-Curriculum

Unserer Ansicht nach ließe sich das durch die Schaffung eines modular aufgebauten, standardisierten Curriculums zu CHN-Kompetenzen realisieren, welches bereits bestehende Elemente, wie die standardisierten Heilkundemodule nach § 14 Abs. 4 PflBG integrieren könnte.

Die jeweils absolvierten Module berechtigen dabei zur Durchführung der hiermit in Verbindung stehenden CHN-Aufgaben. Über die in den Szenarien beschriebene Lizenzierung erfolgt dann die Erlaubnis zur Berufsausübung in den nachgewiesenen Kompetenzfeldern. Dies gilt es insbesondere auch berufsbegleitend zu ermöglichen. Bestimmte Kompetenzfelder können hierbei für die hochschulisch ausgebildeten Pflegenden (Bachelor und Master) vorbehalten sein.

Unterscheidungsmerkmal, ob es sich um Aufgaben für beruflich oder hochschulisch qualifizierte CHNs handelt, könnten aus den jeweiligen Ausbildungszielen nach §§ 5 und 37 PflBG abgeleitet werden, die sich primär in komplexen und hochkomplexen Pflegeprozessen voneinander unterscheiden⁸⁴. Ebenso wäre die Orientierung an einem Klassifikationssystem für berufliche Kompetenzen, wie dem EQR, oder dem DQR denkbar. Für den Pflegebereich liegt zudem mit dem Abschlussbericht des PeBeM Projekts⁸⁵ bereits eine erste Annäherung für die Beschreibung von pflegerischen Qualifikationsniveaus (QN) vor.

Positiver Nebeneffekt: Das Fachniveau der CHN-Aufgaben ist an die Weiterentwicklung der Pflegeprofession gekoppelt. Es kommt zu einem behutsamen - aber doch stetigen Verantwortungszuwachs, der sich an der individuellen Berufsbiografie der Pflegefachpersonen orientiert. Eine Übertragung dieses Vorschlags auf weitere pflegerische Fachbereiche wäre zu prüfen.

4.4 Professionalisierung der Pflegeberufe

Wir betrachten CHN als pflegerisches Spezialgebiet, das sich auf dem Weg zu einem neuen Versorgungsangebot befindet. In diesem Sinne halten wir die Eingliederung von CHN in die bestehenden Strukturen des hiesigen Pflegebildungssystems für unumgänglich.

Für das Deutsche Rote Kreuz darf CHN kein Prestigeprojekt bleiben, sondern muss schnellstmöglich, flächendeckend etabliert werden. Vor diesem Hintergrund halten wir die Durchlässig- und Anschlussfähigkeit an die Abschlüsse nach dem PflBG für unabdingbar. Als positiven Nebeneffekt versprechen wir uns von der CHN-Etablierung und den damit verbundenen Karrieremöglichkeiten, eine Sogwirkung für die Pflegefachberufe insgesamt. Wodurch, so die Hoffnung, langfristig mehr Menschen für die professionelle Pflege gewonnen - und darin gehalten werden können.

Gleichzeitig gilt es jedoch die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflegeberufe stärker voranzubringen, um die Kompetenzen und Handlungsfähigkeit der Pflegeprofession weiter zu stärken. Hierzu gehört insbesondere der Ausbau von Studienplätzen für das primärqualifizierende Pflegestudium nach dem PflBG sowie die Schaffung der hierzu benötigten Lehrstühle, aber auch von konsekutiv angelegten CHN-Masterstudiengängen mit Praxisbezug.

4.5 Verhältnis zu anderen Leistungserbringern

Eine weitere wichtige Frage vor dem Hintergrund der nationalen Etablierung von CHN ist die nach einer möglichen Aufgabenüberschneidung mit anderen Leistungserbringern. Ein wesentliches Merkmal von gemeinde-basierten Angeboten der Primärversorgung ist ja aber gerade, dass es um eine Angebotskumulation geht, mit dem Ziel eine möglichst wohnortnahe und barrierefrei zugängliche Angebotsstruktur zu erreichen⁸⁶.

Dazu kommt, dass sich der öffentliche Diskurs zumeist auf die Substitution von ärztlichen Aufgaben durch Pflegende beschränkt. In Wahrheit geht es aber bei der CHN-Etablierung um die Supplementation der bestehenden Angebote, also das Schließen von Versorgungslücken bzw. das Ergänzen von bisher fehlenden Angeboten⁸⁷. Denn die Stabilisierung von fragilen Pflegesettings oder die Steuerung von kommunalen Gesundheitsprogrammen, um nur zwei Beispiele zu nennen, ist keine systematisch hinterlegte Aufgabe der hausärztlichen Versorgung. Und hinsichtlich der Navigation durch das Versorgungssystem scheinen die Erfahrungen der Betroffenen⁸⁸ nicht unbedingt mit dem sicher gut gemeinten Selbstverständnis aus Teilen der Ärzteschaft übereinzustimmen⁸⁹, wonach dies bereits gegeben sei.

4.6 Effektive und effiziente Versorgung

Gleiches gilt auch für die Befürchtungen, dass die Versorgungsqualität darunter leiden könnte, wenn originär ärztliche Aufgaben durch Pflegende übernommen werden. Denn Studien belegen den positiven Effekt der Substitution ärztlicher Leistungen in der Primärversorgung. So weisen Patienten, die durch Pflegende versorgt werden, stets vergleichbare Ergebnisse auf, wie solche die von Hausärzten behandelt werden. In manchen Endpunkten scheint die pflegerische Behandlung sogar der ärztlichen überlegen zu sein, z.B. bei der Mortalität, der Dienstleistungs-Zufriedenheit oder aber auch der Lebensqualität⁹⁰.

Gleichzeitig gilt es selbstverständlich Phänomene von Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Für das Deutsche Rote Kreuz ist dies allerdings weniger eine Frage der leistungs- oder berufsrechtlichen Steuerung, sondern vielmehr der gesundheitlichen Sozialraumplanung vor Ort. Denn gerade in einer Gesellschaft, die so schnell altert und ein so großes Fachkräfteproblem im Gesundheitsbereich hat, wie die unsere, gilt es zukünftig weniger zu fragen, wer was darf (Berufsstand) – sondern wer was kann (Fachkompetenzen) und wer vor Ort ist (Verfügbarkeit). CHN werden den Zugang zu Leistungen bedarfs-

gerechter, weil auf Grundlage systematischer Assessments beruhend, ausrichten und unmittelbar auf das individuelle Versorgungssetting abstimmen, was Über-, Unter- oder Fehlversorgung vermeiden hilft und Ressourcen effizienter einsetzt. Dies erfordert eine systematische, gesundheitsbezogene Sozialraumanalyse, deren Umsetzungsverantwortung wir bei den Kommunen bzw. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sehen.

Auf der anderen Seite sehen wir in der aktuellen Diskussion um die nationale Etablierung von CHNs aber auch ganz klar die Gefahr einer Überfrachtung dieser Rollenbilder mit viel zu hohen Ansprüchen und Erwartungen. CHNs allein können die strukturellen und systemimmanenten Probleme des deutschen Gesundheitswesens nicht lösen. Vielmehr werden sie zunächst mit den gleichen Herausforderungen zu kämpfen haben wie alle Akteure in der Gesundheitsversorgung, weshalb wir es für bedeutsam halten, dass sich CHNs zunächst auf ihre Kernaufgaben konzentrieren.

4.7 Kompetenzen und Befugnisse von CHNs

Hieran schließt direkt die Frage nach den Kompetenzen und Befugnissen der CHNs an, die für die Wirksamkeit des Rollenbildes entscheidend sein wird. Fakt ist, dass viele der hier beschriebenen CHN-Aufgaben aus dem internationalen Kontext in Deutschland unter den ärztlichen Vorbehalt zur Heilkundeausübung⁹¹ fallen.

Davon ausgenommen sind die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach dem PfIBG (Pflegeprozesssteuerung) sowie die Pflegeberatung, aber auch allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Sobald es aber um etwas spezifischere Interventionen der Gesundheitsförderung oder Prävention geht, beispielsweise in Form von gezielter Schulung und Beratung zu spezifischen Krankheitsbildern, handelt es sich bereits wieder um Teilprozesse einer originär ärztlichen Behandlung. Das gleiche gilt für das Zuweisen und Verordnen, selbst wenn es um pflegenaher Produkte oder Dienstleistungen, wie Inkontinenzmaterial oder häusliche Krankenpflege geht. Selbstverständlich sind darin sämtliche medizinisch-pflegerische Diagnostik- und Behandlungsprozesse inkludiert. Einzig die sozialräumlichen Analysen und sozialwissenschaftlichen Assessments bilden hier die Ausnahmen⁹².

”

Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)

4.8 Novellierung des Heilpraktikerrechts

Eine CHN-Rolle, die ausschließlich auf Verhältnisprävention und Sozialraumanalysen setzt, wäre zwar denkbar. Allerdings würde damit viel Potential verschenkt werden, denn ein derart reduziertes CHN-Rollenbild würde weit hinter den Möglichkeiten bleiben. Dies ist dann auch der Grund, warum aktuell in erster Linie ärztlich geführte Primärversorgungseinrichtungen, wie MVZs, regionale Gesundheitszentren oder Polikliniken als realistische Ansiedlungsorte von CHNs gesehen werden. Da sie dort die heilkundlichen Tätigkeiten bereits unter den heutigen Gegebenheiten - im Delegationsmodell durchführen könnten⁹³. Eine völlig neue Dimension würde sich dagegen mit den

sogenannten Gesundheitskiosken eröffnen, denn laut dem Eckpunktepapier der Bundesregierung sollen diese Primärversorgungsangebote durch Pflegende geleitet werden, die zudem perspektivisch über heilkundliche Kompetenzen verfügen könnten⁹⁴.

Am Beispiel CHN zeigt sich symptomatisch für alle Gesundheitsfachberufe in diesem Land eines der größten Versäumnisse in der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Die fehlende, systematische Regelung der heilkundlichen Kompetenzen, Befugnisse und Mandate der sogenannten Heilberufe⁹⁵. Für das Deutsche Rote Kreuz ist die Schaffung eines Heilkundengesetzes, in dem eben dies vollzogen wird, eine der zentralen Forderungen der letzten Jahre⁹⁶. Auch andere Organisationen, wie der Deutsche Pflegerat fordern dies - hier unter dem Namen eines Heilberufegesetzes⁹⁷.

Wir halten die Schaffung eines solchen Gesetzes für fundamental, um die CHN-Rolle mit den entsprechend benötigten Kompetenzen, Befugnissen und Mandaten ausstatten zu können. Denn die bisherigen Mechanismen zur Heilkundeübertragung (§§ 63 Abs. 3c und 64d SGB V) sind unserer Ansicht nach nicht dazu geeignet, um CHN wirkungsvoll zu etablieren^{98 99}. Ein weiterer vielversprechender Ansatz könnte in einer sektoralen Heilkundeerlaubnis liegen, wie es sich langsam im Bereich der Physiotherapie etabliert¹⁰⁰.

Quellenverzeichnis

- ¹ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017). Fachtagung Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung. Online im Internet: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> [23.01.2023].
- ² Robert Bosch Stiftung (2018). Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Online im Internet: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/RBS_Broschuere_360Grad_Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf [23.01.2023].
- ³ Koalitionsvertrag 2021—2025. Zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Online im Internet: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [23.01.2023].
- ⁴ Delamaire, M., Lafortune, G. (2010). "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. Online im Internet: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>. [23.01.2023].
- ⁵ BT-Drucksache 19/32662: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Kai Gehring, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Zustand der Pflegewissenschaft in Deutschland vom 08.10.2021.
- ⁶ bspw. Studiengang Evidenzbasierte Pflege an der Universitätsmedizin Halle, Pflegeexperten/APN am Florence-Nightingale-Krankenhaus Kaiserwerth und in den Universitätskliniken Bonn, Köln und Freiburg, sowie das Projekt 360° Qualifikationsmix in der Pflege der Robert Bosch Stiftung.
- ⁷ International Council of Nurses (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Online im Internet: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf [23.01.2023].
- ⁸ Meng, M., Peters, M. Dorin, L. (2022). Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Online im Internet: <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-780291> [23.01.2023].
- ⁹ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015). Gesundheit in Deutschland. Kapitel 8. Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Online im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html [23.01.2023].
- ¹⁰ GÜthlin, C.; Köhler, S; Dieckelmann, M. (2020). Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Online im Internet: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045> [23.01.2023].
- ¹¹ Rothgang, H. Müller, R. (2021). Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Online im Internet: <https://www.barmer.de/re-source/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9ae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf> [23.01.2023].
- ¹² Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.
- ¹³ Deutsches Rotes Kreuz (2022). Klimawandel: Folgen und Maßnahmen. Online im Internet: <https://www.drk.de/hilfe-weltweit/was-wir-tun/klimawandel-folgen/> [23.01.2023].
- ¹⁴ Rothgang, H. Müller, R. (2021). Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Online im Internet: <https://www.barmer.de/re-source/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9ae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf> [23.01.2023].
- ¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023). Vereinbarungstext. Ergebnis der Konzentrierten Aktion Pflege /AG 1. Berlin. Online im Internet: <https://www.bmfsfj.de/re-source/blob/135564/63509cfe1ba9a83a10e1cc456320c001/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-data.pdf> [23.01.2023].
- ¹⁶ Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F., Meyer, G. (2020). Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. DOI: 10.30433/ePGSF.2020.001. [23.01.2023].
- ¹⁷ World Health Organization (2015). Building primary care in a changing Europe. Regional Office for Europe. Copenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf [23.01.2023].
- ¹⁸ Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M. (2015). Skillmix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies* 52 (3), S. 727–743.
- ¹⁹ Greß, S., Maas, S., & Wasem, J., (2008). Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem (No. 154), Arbeitspapier.
- ²⁰ Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes e.V. zu dem Entwurf des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) vom 22.02.2021. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK_Stellungnahme_DARP.pdf [23.01.2023].

²¹ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing. Online im Internet: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:960c6e21-eed4-4de6-8088-f0ce453215f1/Sonderrichtlinie_Community_Nursing.pdf [23.01.2023].

²² Bertelsmann Stiftung (2015). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Online im Internet: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf [23.01.2023].

²³ Friedrich Ebert Stiftung (2011). Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Wiesbaden. Online im Internet: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf> [23.01.2023].

²⁴ Pressemitteilung des Deutschen Pflegerates vom 13. Juli 2022. Community Health Nursing sichert die Gesundheitsversorgung. Online im Internet: <https://deutscher-pflegerat.de/2022/07/13/community-health-nursing-sichert-die-gesundheitsversorgung/> [23.01.2023].

²⁵ Pressemitteilung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland vom 14. Juli 2022 zum Positionspapier „Community Health Nurse“ des Deutschen Pflegerats. Online im Internet: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/14-juli-2022> [23.01.2023].

²⁶ Ayerle, G., Langer, G., Meyer, G. (2020). Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (eds) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg. Online im Internet: https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_14 [23.01.2023].

²⁷ Meldung in der Onlineausgabe der Ärztezeitung vom 24.02.2021. "Delegation muss Sache des Arztes sein". Online im Internet: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Delegation-muss-Sache-des-Arzt-sein-275658.html> [23.01.2023].

²⁸ Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews (7).

²⁹ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). Care in Communities: Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies. A community health systems approach. Online im Internet: https://www.ifrc.org/sites/default/files/IFRC_CIC_Guidelines_EN_20200212_Web.pdf [23.01.2023].

³⁰ ebenda

³¹ ebenda

³² ebenda

³³ ebenda

³⁴ Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. The Lancet, 379(9826), 1630-1640.

³⁵ Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62(6), 593-602.

³⁶ SVR-Gesundheit (2008). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Band II: Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Baden-Baden.

³⁷ Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes e.V. zu dem Entwurf des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) vom 22.02.2021. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK_Stellungnahme_DARP.pdf [23.01.2023].

³⁸ Schaefer, L. (2015). Task sharing implant insertion by community health workers: not just can it work, but how might it work practically and with impact in the real world. Global Health: Science and Practice, 3(3), 327-329.

³⁹ ebenda

⁴⁰ ebenda

⁴¹ Das, was wir in Deutschland unter Bezugspflege verstehen, bezieht sich eigentlich auf das „Primary Nursing“ Modell der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Marie Manthey. Mit der Übersetzung ins Deutsche und einer damit verbundenen Simplifizierung gingen leider wesentliche Inhalte dieses Versorgungsmodells (wie die Fallverantwortung der Primary Nurse) verloren. Bis heute ist das aus den 1960er Jahren stammende Modell nur geringfügig umgesetzt.

⁴² World Health Organization (1978). Erklärung von Alma-Ata. Regional Office for Europe. Kopenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [23.01.2023].

⁴³ Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 04. Juni 2021. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK-Stellungnahme_AEA_Pflegereform_2021_final_01.pdf [23.01.2023].

⁴⁴ World Health Organization (1978). Erklärung von Alma-Ata. Regional Office for Europe. Kopenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [23.01.2023].

⁴⁵ World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Regional Office for Europe. Kopenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [23.01.2023].

⁴⁶ Abel, T., Bruhin, E., Sommerhalder, K., Jordan, S. (2018). BZgA Leitbegriffe. Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Online im Internet: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/> [23.01.2023].

⁴⁷ World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Regional Office for Europe. Kopenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [23.01.2023].

⁴⁸ Die Nationale Präventionskonferenz (2022). Gesetzliche Unterstützungs- bzw. Leistungsbeiträge der Sozialversicherungsträger. Online im Internet: <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen/gesetzliche-unterstuetzungs-bzw-leistungsauftraege-der-sozialversicherungstraeger> [23.01.2023].

⁴⁹ World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Regional Office for Europe. Kopenhagen. Online im Internet: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [23.01.2023].

⁵⁰ Kulbok, P. A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P. S. (2012). Evolving public health nursing roles: focus on community participatory health promotion and prevention. Online J Issues Nurs, 17(2), 1. <https://ojin.nursing-world.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/AN-APeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html> [23.01.2023].

⁵¹ Hamric, A. (2014). A Definition of Advanced Practice Nursing. In: A. Hamric, C. Hanson, M. Tracy und E. O'Grady (Hg.): Advanced Practice Nursing. An integrative Approach. 5. Aufl. St. Louis: Elsevier, S. 67–85.

⁵² ebenda

⁵³ Meng, M., Peters, M. Dorin, L. (2022). Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Online im Internet: <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-780291> [23.01.2023].

⁵⁴ Deutsches Rotes Kreuz (2022). Leitsatz und Leitbild des Deutschen Roten Kreuzes. Online im Internet: <https://www.drk.de/das-drk/auftrag-ziele-aufgaben-und-selbstverstaendnis-des-drk/leitlinien/> [23.01.2023].

⁵⁵ World Health Organization. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. Online im Internet: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255047> [23.01.2023].

⁵⁶ ebenda

⁵⁷ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019). Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptuelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Online im Internet: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> [23.01.2023].

⁵⁸ Indeed Editorial Team (2021). Three Community Health Nursing Jobs. Online im Internet: <https://www.indeed.com/career-advice/finding-a-job/community-health-nursing-jobs> [23.01.2023].

⁵⁹ Schaeffer, D.; Hämel, K.; Ewers, M. (2015). Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung).

⁶⁰ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2022). Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile. Online im Internet: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf [23.01.2023].

⁶¹ Hener, C. (2022). Gesundheitskiosk. Baustein einer niedrigschwelligen und gemeinde-basierten Primärversorgung. Faktenpapier der DRK-Wohlfahrt. Deutsches Rotes Kreuz. Berlin. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Faktenpapier_der_DRK-Wohlfahrt_-_Gesundheitskiosk.pdf [23.01.2023].

⁶² Kulbok, P. A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P. S. (2012). Evolving public health nursing roles: focus on community participatory health promotion and prevention. Online J Issues Nurs, 17(2), 1. <https://ojin.nursing-world.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/AN-APeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html> [23.01.2023].

⁶³ Delamaire, M., Lafortune, G. (2010). "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. Online im Internet: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> [23.01.2023].

⁶⁴ ebenda

⁶⁵ Steffy M. L. (2019). Community health learning experiences that influence RN to BSN students interests in community/public health nursing. Public health nursing, 36(6), 863–871.

⁶⁶ ebenda

⁶⁷ Cooper, S., Cant, R., Browning, M., Robinson, E. (2014). Preparing nursing students for the future: Development and implementation of an Australian Bachelor of Nursing programme with a community health focus. Contemporary nurse, 49, 68–74.

⁶⁸ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009). Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen. Online im Internet: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familien-gesundheitspflege/Broschuere-familiengesundheitspflege-lang-final.pdf> [23.01.2023].

⁶⁹ Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of advanced nursing, 48(5), 530–540.

⁷⁰ ebenda

⁷¹ ebenda

⁷² ebenda

⁷³ ebenda

⁷⁴ ebenda

⁷⁵ Kosow, H., Gaßner, R. (2008). Methoden der Zukunfts- und Szenarioanalyse: Überblick, Bewertung und Auswahlkriterien. IZT. Online im Internet: https://www.izt.de/fileadmin/downloads/pdf/IZT_WB103.pdf [23.01.2023].

⁷⁶ ebenda

⁷⁷ ebenda

⁷⁸ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019). Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz. Ein Stresstest für die Allgemeine Gefahrenabwehr und den Katastrophenschutz. Bonn. Online im Internet: <https://www.bbkk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-16-risikoanalyse-bevoelkerungsschutz.pdf> [23.01.2023].

⁷⁹ Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist.

- ⁸⁰ Meng, M., Peters, M. Dorin, L. (2022). Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Online im Internet: <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-780291> [23.01.2023].
- ⁸¹ BT-Drucksache 19/32662: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Kai Gehring, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Zustand der Pflegewissenschaft in Deutschland vom 08.10.2021.
- ⁸² Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (ohne Jahr). Masterstudium Community Health Nursing. Broschüre. Online im Internet: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/20220303_Flyer_CHN-alle-Hochschulen.pdf [23.01.2023].
- ⁸³ Europäische Union (ohne Jahr). Europass. Beschreibung der acht EQR-Niveaus. Online im Internet: <https://europa.eu/europass/de/description-eight-efq-levels> [23.01.2023].
- ⁸⁴ Hackel, M. (2020). Gemeinsamkeiten und Unterschiede beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung. Input-Vortrag aus dem Fachworkshop „Hochschulische Praxisanleitung“ vom 07. Dezember 2020. Online im Internet: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Gemeinsamkeiten_Unterschiede_beruflicher_und_hochschulischer_Pflegeausbildung.pdf [23.01.2023].
- ⁸⁵ Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Becke, G. (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Online im Internet: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497> [23.01.2023].
- ⁸⁶ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). Care in Communities: Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies. A community health systems approach. Online im Internet: https://www.ifrc.org/sites/default/files/IFRC_CIC_Guidelines_EN_20200212_Web.pdf [23.01.2023].
- ⁸⁷ Delamaire, M., Lafortune, G. (2010). "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. Online im Internet: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> [23.01.2023].
- ⁸⁸ Gütthlin, C.; Köhler, S; Dieckelmann, M. (2020). Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Online im Internet: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045> [23.01.2023].
- ⁸⁹ Pressemitteilung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland vom 14.Juli.2022 zum Positionspapier „Community Health Nurse“ des Deutschen Pflegerats. Online im Internet: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/14-juli-2022> [23.01.2023].
- ⁹⁰ Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews (7).
- ⁹¹ Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.
- ⁹² Burgi, M., Igl, G. (2021). Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- ⁹³ ebenda
- ⁹⁴ Hener, C. (2022). Gesundheitskiosk. Baustein einer niedrigschwelligen und gemeinde-basierten Primärversorgung. Faktenpapier der DRK-Wohlfahrt. Deutsches Rotes Kreuz. Berlin. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Faktenpapier_der_DRK-Wohlfahrt_-_Gesundheitskiosk.pdf [23.01.2023].
- ⁹⁵ Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz.
- ⁹⁶ Stellungnahme des Deutschen Rotes Kreuzes e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 04. Juni 2021. Online im Internet: https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK-Stellungnahme_AEA_Pflegereform_2021_final_01.pdf [23.01.2023].
- ⁹⁷ Bibliomed Pflege (2022). News. Deutscher Pfleretag. Vogler: „Wir brauchen ein allgemeines Heilberufegesetz – jetzt“. Online im Internet: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/46582-vogler-wir-brauchen-ein-allgemeines-heilberufegesetz-jetzt> [23.01.2023].
- ⁹⁸ Hener, C. (2016). Advanced Practice Nursing. Narrative Rollenentwicklung. Pflege Zeitschrift 69(12):749-53.
- ⁹⁹ Hener, C. (2022). Mit der Umsetzung beginnen. Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. Die Schwester Der Pfleger. 61(10):30-32.
- ¹⁰⁰ Stock, C. (2021). Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Online im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Rechtsgutachten_Heilpraktikerrecht_April_2021.pdf [23.01.2023].