

Die Fachtagung wird gefördert durch  
die Otto und Edith Mühlshlegel Stiftung in der

Robert Bosch **Stiftung**



DBfK Bundesverband e. V.  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: 030 – 21 91 570  
Email: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de)

*Agnes-Karll-Gesellschaft  
für Gesundheitsbildung und  
Pflegeforschung gGmbH*

# Community Health Nursing für Deutschland

Ergebnisse der  
Machbarkeitsstudie

Franz Wagner MSc

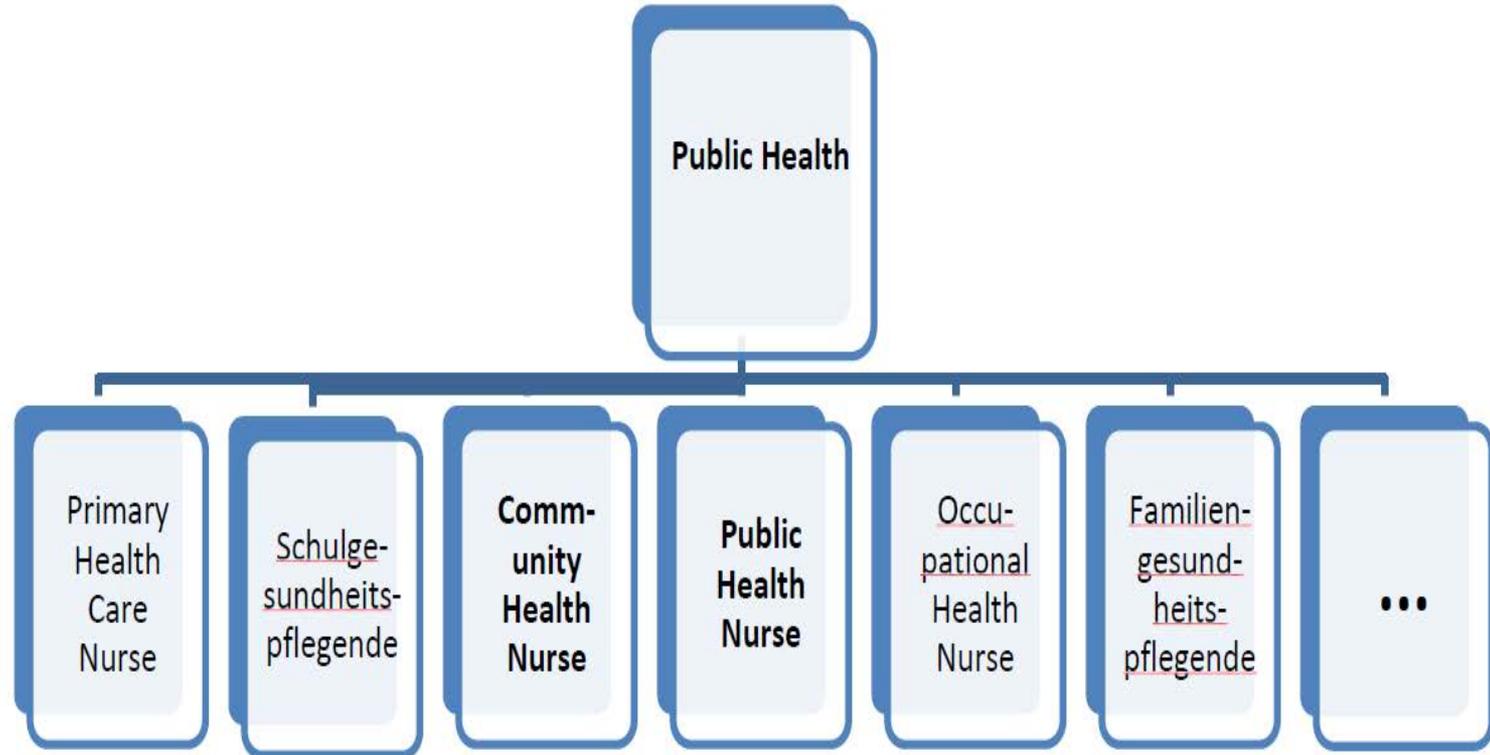
# Ausgangslage

- Demographische Trends
  - Steigende Lebenserwartung
  - Niedrige Geburtenzahl
  - Landflucht
  - Ärztemangel in strukturschwachen Gebieten
- Epidemiologische Trends
  - Chronische Krankheiten nehmen zu
  - Mehr Pflegebedürftige insbesondere mit Demenz
  - Armutsbedingte Gesundheitsprobleme steigen
  - Versorgungsbedarfe werden komplexer

# Was ist Community Health Nursing?

- CHN stellt eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes in der Primärversorgung dar.
- Das Ziel ist die Sicherung einer wohnortnahen Versorgung im Sozialraum in Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren im Bereich Gesundheit, Pflege und Soziales.
- Es reiht sich ein in Public health-geprägte Rollen der Pflege.
- Kennzeichnend ist der systemische Blick.

# Pflegerische Arbeitsfelder in Public health



# Kompetenzen der CHN

- Basis ist die pflegerische Berufsqualifikation mit den dort erworbenen Kompetenzen
- Darauf aufbauend spezifische Kompetenzen, die über ein Masterstudium erworben werden und als Advanced Nursing Practice charakterisiert sind

# Spezifische Aufgaben im Bereich

- Klinisches (Gesundheits-)Assessment und körperliche Untersuchung, Diagnostik
- Ersteinschätzung, Priorisierung/Triage
- Koordinierung der Versorgung, Leadership
- Gesundheitsförderung, -erhaltung, Prävention
- Befähigen zum Selbstmanagement
- Erkennung von Ressourcen und Risiken
- Kommunikation/Beratung/Edukation
- Neue Technologien (Tele-Nursing, eHealth)
- Epidemiologische Assessments/Bedarfsanalysen
- Kommunale Gesundheitspolitik

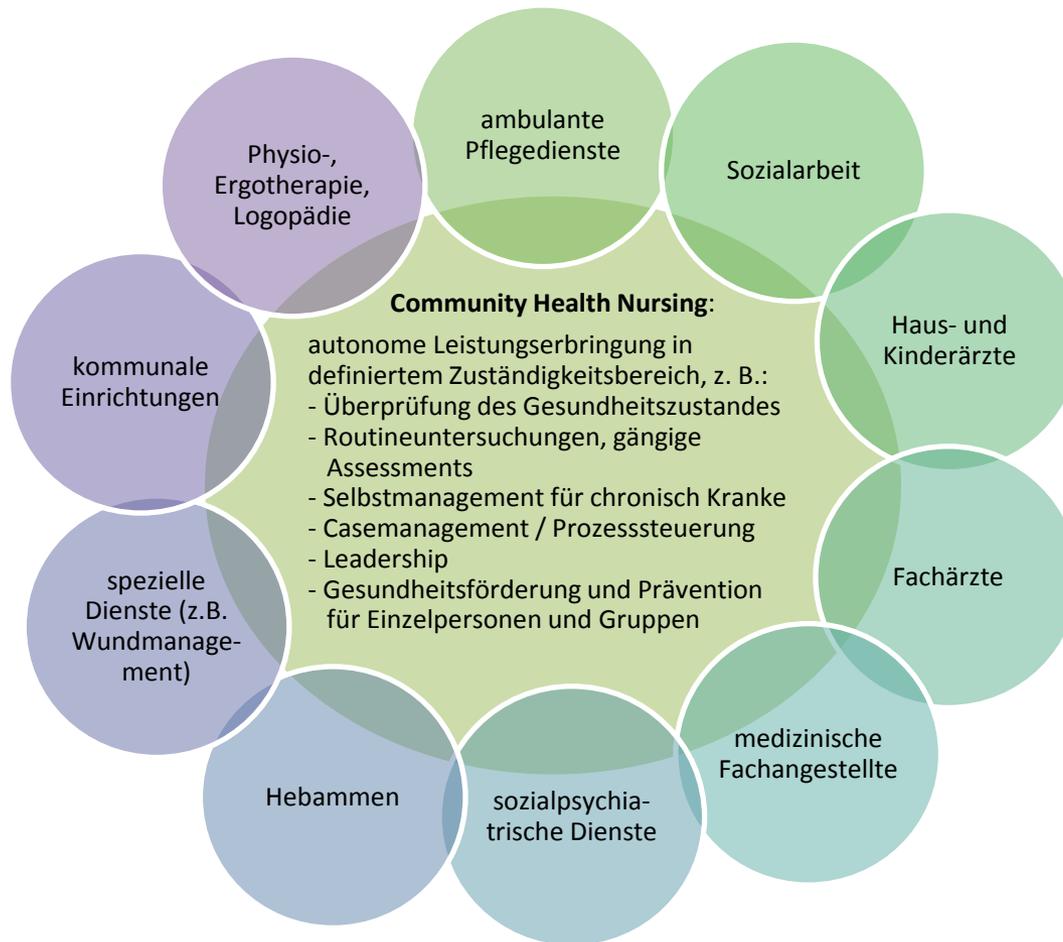
# Handlungsschwerpunkte

- Krankheitsabhängig
- Bevölkerungsabhängig
- Settingbezogen

# Wo arbeiten CHN?

- Lokale Gesundheitszentren (SVR, 2014)
- Quartiersmanagement
- ÖGD
- Gemeinschaftspraxen mit Ärzten

# Leistungsspektrum von CHN



# Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Haus- und Kinderärzten, (Fachärzten),  
Aber auch:
- med. Fachangestellte,
- Therapeuten (Physio, Ergo, Logo)
- Sozialarbeit, sozialpsychiatrischen oder sozialpädiatrischen Diensten
- Hebammen, Wundmanagern, ambulanten Pflegediensten,
- Kommunalen Gesundheitsdiensten, ÖGD etc.

# CHN in Österreich (1)

„Das Team rund um den Hausarzt“

- Überwachung des Gesundheitszustandes (Follow-up, insbesondere bei chronisch kranken Patienten)
  - Überwachung des Medikamentenregimes
  - Durchführung gängiger Assessments
  - Häufige Untersuchungen, Blutentnahmen, EKG,
  - Erhebung und Dokumentation der Befunde
- ⇒ in Abstimmung mit den Hausärzten und deren Mitarbeiter/innen

# CHN in Österreich (2)

- Übernahme des Erstkontakts bei dringlichem Konsultationswunsch, weiterführende Betreuung
  - Behandlung von Bagatellerkrankungen
  - Patientenmanagement bei stabilen chronischen Erkrankungen
  - Einsatz der pflegerischen Kernkompetenzen zu Selbstmanagement, inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen, Beratung
  - Stärkung und Beratung zur psychischen Gesundheit, insbesondere Monitoring und Surveillance
  - Steuerung der Versorgungsprozesse
  - Koordination der Leistungserbringung
- ⇒ dieses führt zur Erweiterung des Leistungsspektrums der Primärversorgung!

# Verbesserung aus Sicht der Betroffenen

- Zugang zu bzw. Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung für unterversorgte Individuen und Gruppen
- Stärkung der Selbstpflegefähigkeiten
- Bessere Koordinierung der interdisziplinären Versorgung
- Identifikation von Gesundheitsrisiken und -problemen die bisher übersehen wurden
- Verbleib in der Häuslichkeit, Steigerung der Lebensqualität
- Positiver Krankheitsverlauf

# Verbesserung aus Sicht des Systems

- Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung für unterversorgte Individuen und Gruppen
- Effizienzsteigerung der Versorgung
- Identifikation von Gesundheitsrisiken im Setting
- Eine gut zugängliche Primärversorgung unterstützt die Nutzung von Versicherungsleistungen.
- Im Falle der Prävention wirkt das gesundheitsförderlich/präventiv und kann die Entstehung von Krankheit, Krankheitsfolgen sowie den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest hinauszögern.
- Dadurch potentiell Kostenersparnis
- Attraktivitätssteigerung für die Pflegeberufe

# Qualifizierung von CHN

- Erstausbildung in einem Pflegeberuf
- Zusatzqualifikation über Masterstudium, die auch eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen möglich macht
- Berufserfahrung in der Pflege (idealerweise in verschiedenen Settings)

Ist abhängig vom Setting

Mögliche Finanzierungsquellen:

- Sozialversicherungen SGB V, XIII, XI, PräVG, ...
- Steuermittel der Kommune, des Landes
- Fördermittel des Bundes (z. Bsp. Förderprogramm ‚Soziale Stadt‘)

# Implementierung

- Phase II des Projektes wird die Bosch Stiftung die Entwicklung und Akkreditierung von Masterstudiengängen CHN fördern
- Parallel muss in Politik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene für das Konzept geworben werden
- rechtliche Grundlagen und Finanzierung gesichert werden
- Mit den anderen Akteuren im Feld sind Gespräche und Abstimmungen erforderlich

# Weitere Informationen

[www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php](http://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php)



Vielen Dank fürs Zuhören!