



COMMUNITY HEALTH NURSING IN DEUTSCHLAND

Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen



Robert Bosch
Stiftung

DBfK Agnes-Karll-Gesellschaft

Impressum

Herausgeber:

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

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

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

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

Die vorliegende Druckschrift basiert auf dem Konzept „Community Health Nursing – konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“ und wurde im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes „Community Health Nursing“ erarbeitet. Dieses Konzept steht unter  www.dbfk.de/chn zum Download bereit. Autoren für die Agnes-Karll-Gesellschaft: Andrea Weskamm (Projektleiterin), Frank Marks und Peter Mücke

© 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.

2. Auflage, Juni 2019.

Inhalt



01	Community Health Nursing (CHN) – Warum?	SEITE 4
02	CHN – Eine Lösung für die Gesundheitsversorgung in der Krise?	SEITE 5
	2.1 Demographischer Wandel	SEITE 5
	2.2 Regionaler Ärztemangel und Versorgungsdefizite	SEITE 5
	2.3 Zivilisationskrankheiten	SEITE 6
	2.4 Fachkräftemangel	SEITE 7
	2.5 Fehlende Kooperation	SEITE 7
03	CHN – Was ist das?	SEITE 8
04	CHN – Ein internationales Erfolgsmodell	SEITE 14
05	CHN – Ein Fall fürs Masterstudium	SEITE 16
06	CHN – Ein Konzept für Deutschland	SEITE 17
07	CHN – Ein Fall für die Kommunen	SEITE 22
08	CHN – Zeit für Veränderungen	SEITE 24
09	CHN – Wer kann es bezahlen?	SEITE 26
10	CHN – Ein Zukunftsmodell in Deutschland	SEITE 28

01

Community Health Nursing – Warum?

Internationale
Erfahrungen

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen – und es braucht neue Konzepte, um sie zu bewältigen. Eine Antwort auf die drängenden Zukunftsfragen könnte die Einführung eines neuen pflegerischen Berufsbilds in der Primärversorgung sein. In Deutschland ist diese erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bisher allein die Hausärztin oder der Hausarzt. Dort wird die Grundversorgung übernommen und im besten Fall die weiteren Behandlungsschritte koordiniert. In anderen Ländern übernehmen diese Aufgaben qualifizierte Teams von Pflegefachpersonen und Vertreterinnen und Vertretern sozialer Berufe in besonderen kommunalen Gesundheitszentren. Eine entscheidende Rolle hat dabei die Community Health Nurse, ein Berufsbild, das es in Deutschland so noch nicht gibt.

Bereits seit vielen Jahren beteiligt sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) an der Entwicklung von neuen Rollen der Pflegefachpersonen nach internationalem Vorbild, um die Gesundheitsversorgung in Deutschland auch in Zukunft zu sichern. So können Community Health Nurses die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern und Ärztinnen und Ärzte bei Routineaufgaben entlasten. Voraussetzung dafür ist eine umfassende Qualifizierung der Pflegefachpersonen, und zwar auf akademischem Niveau. Aus diesem Grund hat die Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK mit Förderung der Robert Bosch Stiftung das Projekt „Community Health Nursing in Deutschland“ ins Leben gerufen. In der ersten Phase wurde ein Aufgaben- und Leistungsprofil für das neue Berufsbild systematisch entwickelt. Auf dieser Grundlage geht es in der zweiten Phase nun darum, Master-Studiengänge für die Qualifizierung von Community Health Nurses an deutschen Hochschulen zu entwickeln.

Die derzeitigen Prognosen verdeutlichen die potentiellen Schwierigkeiten der Gesundheitsversorgung in Deutschland:

2.1 Demographischer Wandel

Die Bevölkerungszahl in Deutschland wird von aktuell 82,7 Millionen (Statistisches Bundesamt) voraussichtlich auf unter 80 Millionen Menschen im Jahr 2030 zurückgehen. Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung von zuletzt 44,3 Jahren auf prognostizierte 48 Jahre im Jahr 2030. Am höchsten ist der Wert dabei in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern – Länder, die schon heute von Landflucht betroffen sind. Hier wird auch die Zahl der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, besonders hoch ausfallen. Aber auch bundesweit werden 2030 voraussichtlich 30 Prozent der Bevölkerung zu dieser Altersgruppe gehören. Die Zahl der hochbetagten Menschen über 80 Jahre steigt in diesem Zeitraum nach Prognosen auf über sechs Millionen, wobei die regionale Verteilung sehr unterschiedlich ausfallen wird. Die Folgen dieses demographischen Wandels sind absehbar: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird ebenso steigen wie die Morbidität, also die Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung. Auch die Zuwanderung von Geflüchteten oder die Beschäftigung ausländische Arbeitskräfte werden diesen Trend nicht stoppen können.

Trend:
Wir werden älter

2.2 Regionaler Ärztemangel und Versorgungsdefizite

Während die attraktiven städtischen Regionen in aller Regel mit Haus- und Fachärztinnen und Ärzten gut versorgt sind, gibt es vielerorts auf dem Lande einen steigenden Mangel an Medizinerinnen und Medizinern. Aber nicht nur dort: Auch in einkommensschwachen städtischen Gebieten oder sozialen Brennpunkten lassen sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte nieder. Die Folge: Die Wege für Patientinnen und Patienten werden weiter – die Wartezeiten auf Termine immer länger. Diese Entwicklung hängt unter anderem damit zusammen, dass in vielen ländlichen Regionen die Bevölkerungszahl in den vergangenen Jahren massiv zurückgegangen ist. Junge Erwachsene ziehen weg, zurück bleiben häufig ältere Menschen, die ihr Berufsleben schon hinter sich haben. Dieser Trend setzt sich ebenso fort, wie der des vermehrten Zuzugs in städtische Ballungsräume. Eine Folge: Die ohnehin

Trend:
Regional ist nur noch
reduzierte
Versorgung möglich

schwächere Infrastruktur auf dem Lande wird weiter ausgedünnt, was auch den öffentlichen Nahverkehr betrifft. Ältere Menschen auf dem Lande sind jedoch auf Busse und Bahnen angewiesen, gerade für den Besuch einer Ärztin bzw. eines Arztes oder die Wahrnehmung andere medizinisch notwendige Termine. Traditionelle Familienkonstellationen oder soziale Netzwerke können diese Lücke nur zum Teil ausgleichen. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahren im ganzen Land verstärken.

2.3 Zivilisationskrankheiten

Wie in allen westlichen Ländern sind auch in Deutschland die Zivilisationskrankheiten auf dem Vormarsch. Untersuchungen zeigen, dass in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Milieus Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunde Lebensweisen und -bedingungen, wie z. B. Rauchen, starker Alkoholkonsum bzw. hohe Feinstaubbelastung und dergleichen besonders verbreitet sind. Internationale Studien stützen den Befund, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozialen und dem gesundheitlichen Status gibt. Es zeigt sich auch, dass in abgelegenen ländlichen Gebieten (z. B. in den USA, Kanada und Australien) der Gesundheitsstatus der Bevölkerung schlechter ist als in städtischen Regionen. Bluthochdruck, Rückenschmerzen, Diabetes Typ 2, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen und Depressionen werden wegen ihrer hohen Häufigkeit inzwischen als Volkskrankheiten bezeichnet. Dies gilt auch bereits für Kinder. Bei Kindern kommen zu den typischen akuten Infektionskrankheiten vermehrt eine Zunahme von Übergewicht, Allergien, Migräne, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADS/ADHS) und andere psychische Auffälligkeiten hinzu.

Trend:
mehr Zivilisations-
krankheiten

2.4 Fachkräftemangel

Ein viel diskutiertes Thema ist der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen: Bis 2025 fehlen voraussichtlich bis zu 112.000 Pflegefachpersonen. Diese Lücke hat u.a. damit zu tun, dass viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in diesem Bereich vorzeitig den Beruf verlassen oder in Teilzeit arbeiten. Beschäftigte in Pflegeberufen sind überdurchschnittlich oft von psychischen und körperlichen Erkrankungen betroffen. Krankheitsbedingte Fehlzeiten, vermehrte Klinikaufenthalte, erhöhte Arzneimittelverordnungen und Frühverrentungen sind die Folge. Attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege könnten dazu führen, den Fachkräftemangel etwas zu lindern. So könnte etwa die hohe Teilzeitquote – derzeit arbeitet mehr als die Hälfte der Pflegenden nicht Vollzeit – verringert werden. Spezielle Programme, etwa zum Wiedereinstieg nach der Elternzeit oder speziell für Schulabgängerinnen und Schulabgänger, könnten die angespannte Lage weiter verbessern.

Trend:
zu wenig pflegerische und
medizinische Fachkräfte

2.5 Fehlende Kooperation

Eines der Hauptprobleme des deutschen Gesundheitssystems ist die tradierte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen: Vor allem gilt dies für die Schnittstelle zwischen Krankenhausaufenthalt und der anschließenden weiteren Versorgung. Das kann ein stationärer Aufenthalt in einer Kur-Klinik, Reha-Einrichtung oder einem Pflegeheim sein. Aber auch die ambulante Weiterversorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt beziehungsweise einen Pflegedienst. Hinzu kommt, dass die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung hierzulande erst seit einigen Jahren stärker beachtet werden. Hier arbeiten die beteiligten Berufsgruppen bislang zu wenig zusammen. Viele, gerade ältere Menschen, sind mit diesem unübersichtlichen System überfordert. Das Problem wird dadurch verstärkt, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland – anders als in anderen Ländern – sehr stark auf den Beruf der Ärztin bzw. des Arztes ausgerichtet ist.

Trend:
Tradierte Berufsrollen
verstärken den Druck

Potentiale
besser nutzen

03

Community Health Nursing – Was ist das?

Pflege in der
Primärversorgung

Community Health Nursing (CHN) ist kein neuer Gesundheitsberuf, sondern eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes in der Primärversorgung, sodass ein neues Berufsbild entsteht. Im Mittelpunkt steht vor allem die wohnortnahe, evidenzbasierte Versorgung und Gesundheitsförderung der Patientinnen und Patienten. Zentrale Elemente dabei sind u.a. die koordinierte Behandlung von chronisch und multimorbid Kranken. Das kann mitunter die Koordinierung und Steuerung ganzer Versorgungsprozesse bedeuten. Je nach Einsatz von Community Health Nurses kann das auch eine Leitungsfunktionen und Personalverantwortung umfassen. Ein wichtiges Merkmal von Community Health Nursing ist die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess. Dieser **Paradigmenwechsel** spiegelt sich schon im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) aus dem Jahr 2001, in dem die Teilhabe des Menschen an Prozessen den Vorrang gegenüber dem bis dahin geltenden Fürsorge- und Versorgungsgedanken hat. Die Betroffenen werden als Expertinnen und Experten für ihre Lebenslage verstanden und können mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen die Entscheidungen und ihre Umsetzung aktiv beeinflussen.

CHN:
Aufgaben

Die **Aufgaben** von Community Health Nurses richten sich dabei nach dem Einsatzfeld (Setting), in dem diese tätig werden. Sie hängen davon ab, welche Gesundheitsprobleme in der Zielgruppe vorherrschend sind, welche Patienten und Patientinnen in die Versorgungseinrichtung kommen und welche Interventionsstrategien angewendet werden. In allen Settings gelten folgende Kernaufgaben:

- Sichern der Primärversorgung und Versorgungskontinuität
- Begleiten von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Sturzprophylaxe/Rauchentwöhnung)
- Durchführen von Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen
- Veranlassen von Screenings im Rahmen der Krebsvorsorge und andere Check-ups
- Behandeln von Bagatellerkrankungen (z. B. Erkältung)

- Steuern des Monitorings und des Managements chronischer Krankheiten (Disease Management)
- Unterstützen des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten durch Beratung und Anleitung
- Gewährleisten der Versorgungskoordination und integrierte (zwischen den Sektoren vernetzte) Versorgung

Je nach Settings können noch weitere, spezifische Aufgaben hinzukommen. Es fallen folgende typische **Tätigkeiten** im Community Health Nursing an:

CHN:
Tätigkeiten

- Beratung der Patientinnen und Patienten
- Klinisches Assessment (körperliche Untersung und Anamnese)
- Befähigung von Patientinnen und Patienten
- Gesundheitsförderung und -erhaltung
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
- Koordination und Kooperation (Steuerung der Versorgung)
- Bedarfserhebung (im Bereich Public Health)

Um den Auftrag professionell erfüllen zu können, werden Community Health Nurses im Rahmen eines **Master-Studiengangs** in Pflege (Nursing Science) qualifiziert. Die Pflegeberufsverbände der deutschsprachigen Länder haben sich in einem gemeinsamen Positionspapier der Haltung des International Council of Nurses (ICN) angeschlossen. Hochqualifizierte Pflegefachpersonen, sogenannte Advanced Practice Nurses (APN) mit einem Masterabschluss in der Pflege können im Community Health Nursing eingesetzt werden.

In diesem Studiengang auf Masterniveau sollten angehende Community Health Nurses folgende **Fähigkeiten** erwerben:

CHN:
Kompetenzen

- selbständige Bearbeitung komplexer Aufgaben und Problemstellungen
- eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen
- verantwortliche Leitung von Gruppen oder Organisationen

- Darstellung des Verantwortungsbereichs in einem interdisziplinären Team
- eigenständige Erschließung von Wissen zur Bewältigung neuer Aufgaben

Die international ausgerichtete, vergleichende Analyse der Ausbildungsmöglichkeiten und Tätigkeiten von Community Health Nurses verdeutlicht, dass sie spezifische **Kompetenzen** für folgende Tätigkeiten benötigen:

- Ausführung einfacher Untersuchungen
- Triage (Ersteinschätzung der Dringlichkeit einer Behandlung)
- Überwachung und Anleitung der Medikamenteneinnahme
- Anwendung neuer Technologien (z. B. E-Health)
- Professionelle Beratung und Kommunikation auf Augenhöhe

CHN: Rollen

Die **Rollen** der Community Health Nurses sind abhängig vom Einsatzfeld (Setting), in dem diese tätig werden. Drei Rollenmodelle sind denkbar:

1. In der Primärversorgung übernimmt die Community Health Nurse den Erstkontakt und agiert als Untersucher/in, Behandler/in und Lotsin bzw. Lotse. Sie berät Patientinnen und Patienten und vermittelt zwischen ihnen und den Leistungserbringer.
2. Die zweite Rolle der Community Health Nurses betrifft die Gesundheitsförderung. Dabei geht es um die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten, was vor allem für chronisch Kranke wichtig ist.
3. Dem übergeordnet ist die dritte Rolle von Community Health Nurses im Bereich des Public Health: Sie sammeln innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe (Gemeinde, Stadtteil, Kiez) spezifische Daten, um breit angelegte Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention anzubieten und diese zusammen mit anderen Berufsgruppen umzusetzen.

Je nach Region oder Einsatzfeld (Setting) können sich die **Zielgruppen** von Community Health Nursing stark unterscheiden. Generell ist es wichtig, dass der Zugang für alle Zielgruppen niedrigschwellig ist. Dazu gehören ganz praktische Faktoren, wie die Anbindung an Bus und Bahn, offene Sprechstunden, lange Öffnungszeiten und die gute Erreichbarkeit über unterschiedliche Kanäle (Telefon, E-Mail, SMS). Nur so können die sogenannten vulnerablen Gruppen erreicht werden, das heißt Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen und seelischen Konstitution oder ihrer sozialen Situation als besonders verletzlich (vulnerabel) gelten. Die Pflegefachperson als Community Health Nurse ist erste/r Ansprechpartner/in für alle Gesundheits- und Krankheitsfragen der Menschen in einer Region oder einem Setting und übernimmt eine zentrale Rolle im Versorgungs- oder Behandlungsprozess.

Potentielle Zielgruppen des Community Health Nursing sind:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf
- alte Menschen
- alleinstehende Menschen
- Menschen mit Behinderungen
- Menschen aus sozialen Randgruppen (marginalisierte Personen)
- Geflüchtete, Asylbewerber/innen
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Schwangere beziehungsweise werdende Eltern, insbesondere in sozialen Notlagen
- Menschen mit Über-, Unter- oder Fehlernährung
- Menschen mit Suchterkrankungen und/oder psychischen Erkrankungen
- Menschen mit herkömmlichen Schwierigkeiten nach einer schweren Erkrankung (z. B. bei Krebs)
- Kinder und Jugendliche mit neuen Kinderkrankheiten (z. B. Sprachentwicklungsstörungen, Neurodermitis, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS)

CHN:
Zielgruppen

Auch die Handlungsschwerpunkte von Community Health Nursing prägen sich je nach **Setting** unterschiedlich aus. In strukturschwachen ländlichen Gebieten gibt es andere Bedarfslagen als in städtischen, sozial benachteiligten Räumen. Beiden gemein sind die Probleme struktur-schwacher Regionen. Dazu gehören unter anderem eine schlechte Infrastruktur, eine geringe Wirtschaftskraft, hohe Arbeitslosigkeit und sinkende Einwohnerzahlen. Durch den Mangel an niedergelassenen Haus- und/oder Fachärzten und -ärztinnen, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeheimen und Einrichtungen zur Palliativversorgung ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Hier öffnen sich die wichtigsten Handlungsfelder für Community Health Nurses:

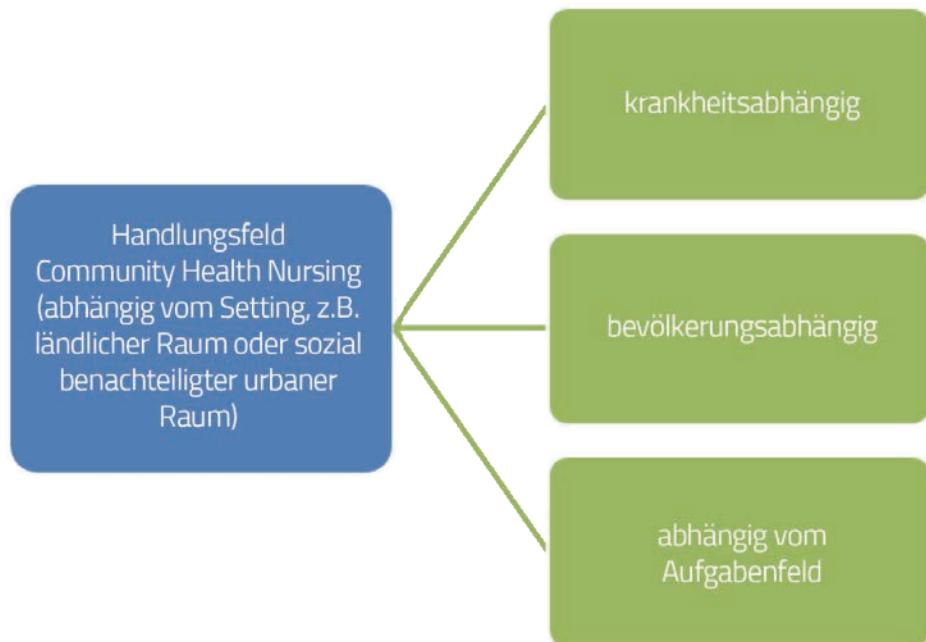


Abb.1: Handlungsfelder von Community Health Nursing

1. **Krankheitsabhängig:** Die Tätigkeit der Community Health Nurse richtet sich nach dem spezifischen Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten
2. **Bevölkerungsabhängig:** Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt auf einer bestimmten Bevölkerungsgruppe oder einem bestimmten geographischen Gebiet
3. **Abhängig vom Aufgabenfeld:** Community Health Nurses übernehmen eine breit angelegte Primärversorgung und arbeiten bei Bedarf mit Ärztinnen und Ärzten zusammen

04

Community Health Nursing – Ein internationales Erfolgsmodell

Übernahme
spezifischer
ärztlicher
Tätigkeiten

International werden Community Health Nurses bereits seit vielen Jahren in der Primärversorgung eingesetzt. Nicht nur in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern, sondern unter anderem auch in Israel, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz oder Slowenien. Häufig sind es sogenannte Advanced Practice Nurses (APN) oder Nurse Practitioner (NP), die im Community Health Nursing eingesetzt werden, also hochspezialisierte Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss.

Meistens werden die Community Health Nurses in kommunalen Zentren für die Primärversorgung beschäftigt. Das Besondere dabei: Ein **multi-professionell besetztes Team** aus den Bereichen Medizin, Pflege, Prävention, Rehabilitation und psychosoziale Betreuung bietet integrierte und aufeinander bezogene Versorgungsangebote unter einem Dach, was weit über den in Deutschland üblichen Besuch bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt hinausgeht. Dabei konzentriert sich die Arbeit häufig auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken. Wichtige Aufgaben sind auch die Gesundheitsförderung und Prävention in der „Community“. Community Health Nurses haben häufig eine zentrale Rolle in der Organisation solcher kommunaler Zentren, sie steuern und koordinieren den Versorgungsprozess. In manchen Ländern, beispielsweise Kanada, leiten sie sogar ambulante Einrichtungen ohne ärztliche Aufsicht (Nurse-Led-Clinics).

Wie autonom Community Health Nurses arbeiten können, richtet sich nach den jeweiligen nationalen Bestimmungen. In vielen Ländern übernehmen sie jedoch Aufgaben, die in Deutschland nur Ärztinnen und Ärzte ausführen dürfen oder in den Kompetenzbereich der Sozialarbeit gehören.

Besonders weitreichende Befugnisse hinsichtlich der Übernahme ärztlicher Aufgaben haben Community Health Nurses in Australien, Finnland, den Niederlanden und den USA. In Deutschland hingegen gibt es bislang praktisch keine Übertragungen ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen.

Einige Beispiele für Primärversorgungsmodelle im Ausland können als Vorbilder für Deutschland dienen:

- **Community Health Centers** (Kanada, UK, USA, China, Portugal):
Die Teams in den Community Health Centers (CHC) werden nicht erst im Krankheitsfall tätig, auch Prävention und Gesundheitsförderung werden angeboten. Das Angebot ist auf den Bedarf der Gemeinde oder des Stadtteils zugeschnitten.
- **Family Health Care Centers oder Family Care Health Centers** (USA, UK):
Diese Einrichtungen orientieren sich am Modell der patientenzentrierten hausärztlichen Praxis. Patientinnen und Patienten suchen sich einen Allgemeinmediziner/in aus, der dann als persönlicher Hausarzt bzw. als Hausärztin fungiert und für die gesamte medizinische Betreuung zuständig ist.
- **Nurse-Led-Clinics** (Kanada, Australien, UK, Finnland):
Wie der Name schon sagt, sind es hier keine Ärztinnen und Ärzte, sondern Pflegende – Community Health Nurses – die eigenständig die Fälle betreuen und die Einrichtung ohne ärztliche Kontrolle leiten.
- **Mobile Versorgung** (USA):
Von einem mobilen Versorgungsangebot können vor allem ältere Menschen in ländlichen Regionen profitieren. Busse oder Wohnmobile werden zu fahrenden Behandlungszimmern umgebaut oder es werden Container ausgerüstet, die flexibel und schnell eingesetzt werden können.
- **Team rund um die Hausärztin / den Hausarzt** (Österreich):
In Rahmen dieses Konzepts bilden Hausärztinnen und Hausärzte zusammen mit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. einem Gesundheits- und Krankenpfleger und einer Ordinationsassistenz (in Deutschland: medizinische Fachangestellte) das Kernteam der Primärversorgung. Allerdings geht das Konzept des Community Health Nursing über das österreichische Modell hinaus.

Internationale Vorbilder

05

Community Health Nursing – Ein Fall fürs Masterstudium (ICN)

Empfehlungen

Kompetenzstufen

Aufgrund des weltweit steigenden Pflegebedarfs setzt sich der International Council of Nurses (ICN), der Zusammenschluss von über 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege, seit einiger Zeit für eine Weiterentwicklung der pflegerischen Berufsprofile ein. Als Reaktion auf die veränderten Anforderungen und damit unterschiedlichen Rollen der Pflegenden in den Mitgliedsländern hat der Verband ein „ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies 2008“ erarbeitet. Es beschreibt u.a. die unterschiedlichen Pflegequalifizierungen, hier in der Reihenfolge vom niedrigsten zum höchsten Level:

- **Support Worker und Enrolled Nurse**
entspricht dem/der Pflegehelfer/in oder Pflegeassistent/in in Deutschland
- **Registered Nurse**
entspricht der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland
- **Specialist Nurse**
entspricht dem Bachelor-Level (etwa BScN)
- **Advanced Practice Nurse (APN/APN)**
entspricht dem Master-Level (etwa MScN)

Verbesserung der
Gesundheitsversorgung
auf hohem Niveau

Ziel des ICN-Frameworks ist es, eine qualifizierte Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau zu sichern. Auf dieser Grundlage sollen die einzelnen Länder jetzt entlang der jeweils geltenden nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Besonderheiten Berufsbilder entwickeln.

Vor diesem Hintergrund besteht im Rahmen des Projektes „Community Health Nursing“ nun der Auftrag, insbesondere Masterstudiengänge zur Ausbildung von Community Health Nurses in Deutschland zu erarbeiten, ein Berufsbild, das es hierzulande noch nicht gibt.

06

Community Health Nursing – Ein Konzept für Deutschland

Nach den internationalen Erfahrungen lassen sich für Deutschland folgende Aufgaben und Kernkompetenzen für Community Health Nurses in der Primärversorgung definieren:

- Diagnose und Kontrolle

Community Health Nurses sollen in die medizinische Grundversorgung mit einbezogen werden. Im Idealfall sind sie erste Anlaufstelle und Bezugsperson für Patientinnen und Patienten. Nach internationalem Vorbild können sie erweiterte klinische Aufgaben übernehmen. Dazu kann neben der Untersuchung, Diagnosestellung und Behandlung das Anordnen von Tests, die Überweisung und unter Umständen auch die Verordnung von Medikamenten gehören. Vor allem vulnerable Bevölkerungsgruppen mit vergleichsweise hohen Gesundheitsrisiken sollen eine erweiterte, pflegerische Unterstützung erfahren: ältere Menschen, chronisch Kranke und sozial Benachteiligte. Für diese Gruppen gilt es, in Deutschland niedrigschwellige Angebote im Gesundheitswesen zu ermöglichen, fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

- Koordinierung und Therapie-Management

Durch die strikte Trennung der unterschiedlichen Sektoren im deutschen Gesundheitssystem gibt es an den Schnittstellen immer wieder Versorgungsprobleme. Das gilt insbesondere für den Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung. Eine zentrale Aufgabe für Community Health Nurses in Deutschland ist es, diese Lücke zu schließen und die gesamte Versorgung zu koordinieren. Das gilt sowohl für die Medikation - als auch für andere Therapieformen. Gerade alte Menschen müssen täglich eine Vielzahl von Arzneimitteln nehmen und sind mit dieser komplexen Aufgabe mitunter überfordert. Wichtige Aufgaben für Community Health Nurses in Deutschland sind die Überwachung der Therapietreue (Compliance bzw. Adhärenz), die Beratung zu Wechsel- und Nebenwirkungen sowie gegebenenfalls auch die Verordnung von Medikamenten.

Erweiterte
Aufgaben der
Primärversorgung

Diagnose,
Überweisungen,
Verordnungen

Therapie,
Beratung,
Kontrolle

Gesundheits-
kompetenz
erhöhen

- **Gesundheitsförderung und Prävention**

Elementare Bestandteile der Primärversorgung sind die Gesundheitsförderung und die Weitergabe von Gesundheitsinformationen. In der traditionellen hausärztlichen Versorgung in Deutschland kommt das häufig zu kurz. Community Health Nurses können diese Aufgabe übernehmen, was besonders für Menschen mit chronischen Erkrankungen sehr wichtig ist. Auch in der Prävention und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz können Community Health Nurses eine wichtige Rolle übernehmen. Bisher werden gerade vulnerable Gruppen mit solchen Angeboten kaum erreicht.

- **Leitung und Entwicklung**

In Deutschland sollte es Ziel sein, dass Community Health Nurses Leitungsfunktionen in Versorgungszentren übernehmen. Dazu gehört es, die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsprofessionen auf unterschiedlichen Ebenen weiterzuentwickeln. Hinzu kommt der Aufbau einer evidenzbasierten Pflegepraxis.

- **Einsatz neuer Technologien:**

Die Community Health Nurse sollte mit neuen Technologien im Gesundheitswesen vertraut sein und diese im Sinne der Patientinnen und Patienten einsetzen können. Das gilt vor allem für die Bereiche **E-Health** und **M-Health**. Unter **E-Health** versteht man den Einsatz digitaler Technik im Kontext der Gesundheitsversorgung, wie z.B. den elektronischen Austausch von Diagnosen bzw. Untersuchungsergebnissen sowie die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen und anderen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens (Telemedizin, Telenursing). Der Begriff **M-Health** beschreibt eine Untergruppe von E-Health-Aktivitäten und ist durch die Verwendung **mobiler** Geräte, wie Tablets oder Handys, zur Unterstützung von Therapien gekennzeichnet. Vor allem in strukturschwachen Gebieten wird der Einsatz neuer Technologien entscheidend sein, um in Zukunft die Gesundheitsversorgung zu sichern.

Professionell
leiten und
kooperieren

E-Health

M-Health

Es ergeben sich unterschiedliche Handlungsfelder für Community Health Nursing in einer Einrichtung der Primärversorgung.

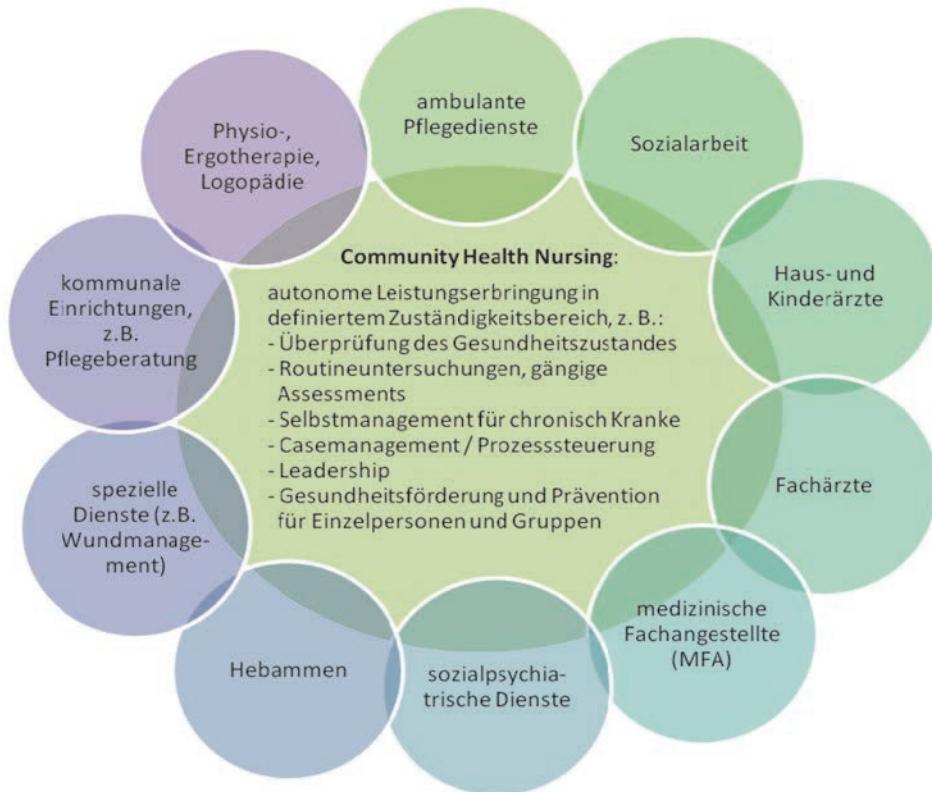


Abb.2: Handlungsfelder von CHN im Primärversorgungszentrum im Kontext von weiteren Akteuren

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

- **Erstkontakt** mit Patientinnen und Patienten und weiterführende Betreuung
- **Übernahme von häufig vorkommenden Routinetätigkeiten:** Systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten (unter anderem mit Hilfe von Assessments); Erhebung von Befunden; Dokumentation, Untersuchungen wie Blutentnahme, Blutdruckmessung, Urindiagnostik und EKG; Überwachung der Medikamenteneinnahme; Behandlungen von Bagatellerkrankungen, wie leichten Infektionen und einfachen Verletzungen
- **Patienten-/Patientinnen-Management bei chronischen Erkrankungen:** Koordination von Diagnostik, Therapie, Patientenschulung, Beratung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, wie z. B. Diabetes Mellitus, rheumatoider Arthritis, Parkinson-Syndrom, kardiovaskulären Erkrankungen, HIV-AIDS, Hauterkrankungen, gastrointestinalen Beschwerden, malignen Erkrankungen, Inkontinenz oder für Patienten nach einer Strahlentherapie und dergleichen
- **Versorgungsmanagement (Case-Management):** Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses: Überweisung zur Fachärztin oder zum Facharzt beziehungsweise ins Krankenhaus, Überleitung an stationäre oder ambulante Pflegedienste, Medikamentenmanagement an Schnittstellen, Koordinierung von Untersuchungen und Therapien
- **Gesundheitsförderung und Prävention:** Erhebung der Gesundheitsbedarfe in einem bestimmten Bereich, bevölkerungsabhängig, krankheitsabhängig oder abhängig vom Aufgabenfeld; Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen

- **Beratung und Schulung:** Gesundheitsbezogene Beratung im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention, ggf. unter Einbeziehung pflegender Angehöriger
- **Stärkung und Beratung zur psychischen Gesundheit**
- **Leitungsaufgaben** in Primärversorgungszentren
- **Bindeglied zwischen Primärversorgungszentrum und Kommunalen Einrichtungen**

Es geht um
ärztliche
Routinetätigkeiten

Durch die Übernahme von Routinebehandlungen entlasten Community Health Nurses die hausärztlichen Praxen. Vor allem aber verbessert sie die Versorgung chronisch Kranter durch ein erweitertes Spektrum von Leistungen: Dabei spielen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege eine große Rolle, wobei die Patientenorientierung im Mittelpunkt steht. Community Health Nursing ermöglicht so eine umfassende medizinisch-pflegerische Versorgung chronisch Kranter. Ziel ist es, die Primärversorgung in abgelegenen oder sozial schwachen Regionen zu sichern, qualitativ zu verbessern und das medizinisch-pflegerische Leistungsspektrum zu erweitern. Mittelfristig wäre so die Verankerung von Pflegefachperson als Community Health Nurses in der Langzeitversorgung anzustreben.

07

Community Health Nursing – Ein Fall für die Kommunen

Argumente
für CHN

Laut Grundgesetz sind die Gemeinden zur Daseinsvorsorge verpflichtet. Dazu gehört als Bestandteil sozialstaatlicher Aufgaben die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Seit den 1990er Jahren wird die öffentliche Daseinsvorsorge allerdings hinterfragt, teilweise sogar ausgehöhlt. Die klammen Kassen der Kommunen, der demografische Wandel und weitreichende Liberalisierungs- und Deregulierungsbestrebungen haben dazu geführt, dass immer mehr öffentliche Dienstleistungen von Privatunternehmen übernommen werden. In der Pflege hat die Einführung der Pflegeversicherung 1995 dazu geführt, dass sich ein Markt für private und damit gewinnorientierte Anbieter entwickelt hat. Gleichzeitig wurden die kommunalen Einwirkungs- und Steuerungsmöglichkeiten beschränkt. Teilweise haben sich die Kommunen komplett aus der landeseigenen Pflegeplanung zurückgezogen. Inzwischen hat jedoch ein Umdenken eingesetzt. So fordert der Deutsche Städtetag, die Rolle der Kommunen bei der Steuerung und Planung der regionalen Pflegestruktur wieder zu stärken.

Viele Gemeinden haben inzwischen erkannt, dass sie bei dem Aufbau bzw. der Sicherung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung eine wesentliche Rolle einnehmen. Dazu gehört eine gute Pflegeinfrastruktur ebenso wie gut erreichbare Primärversorgungseinrichtungen. Gerade für alte Menschen, die häufig viele Komponenten gesundheitlicher Versorgung benötigen, ist die Primärversorgung zur Koordinierung und Steuerung der Leistungen von großer Bedeutung. Nur eine gut zugängliche Primärversorgung kann sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten die notwendige und sinnvolle Diagnostik und Behandlung bekommen, was unnötige Kosten sparen kann. Der siebte Altenbericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe regt dabei an, die Primärversorgung durch Sozial- und Gesundheitsberufe zu erweitern. Dabei müssten Möglichkeiten geschaffen werden, in stärkerem Maße ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren. Die Empfehlung geht dahin, den Aufbau von hausärztlichen Zentren und lokalen Gesundheitszentren mit integrierten Versorgungskonzepten zu fördern. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die Vernetzung von Angeboten und die bessere Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen seien hierbei von besonderer Bedeutung.

Eine flächendeckende Etablierung kommunaler Gesundheitszentren nach internationalem Vorbild könnte die Primärversorgung nachhaltig verbessern: Patientinnen und Patienten würden in strukturschwachen Regionen einen wohnortnahen und niedrigschwälligen Zugang zur Gesundheitsversorgung bekommen, die sich an den spezifischen Bedarfen vor Ort ausrichtet. Durch die Vernetzung der unterschiedlichen Sektoren (integrierte Versorgung) können Behandlungsbrüche vermieden werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt die Etablierung von Zentren, die eine gemeindenähe und umfassende Primär- und/oder Langzeitversorgung unter einem Dach ermöglichen.

08

Community Health Nursing – Zeit für Veränderungen

Berufs- und
pflegepolitische
Aspekte

Um neue Versorgungsmodelle wie Community Health Nursing in Deutschland zu realisieren, wird sich vor allem etwas an der sehr ausgeprägten Hierarchie zwischen den Gesundheitsprofessionen ändern müssen. Nur dann ist die gleichrangige multiprofessionelle Zusammenarbeit in Teams und die Orientierung an den Bedarfslagen der Bevölkerung realistisch. Dazu gehört der politische Wille, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, um den Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen zu erweitern und abzusichern. Wichtig sind klar definierte Strukturen für die Zusammenarbeit im Team mit gemeinsam entwickelten Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Die enge Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten ist dabei ein zentraler Punkt, damit Community Health Nursing in Deutschland etabliert werden kann.

Im Vergleich zu anderen Heilberufen sind professionell Pflegende in den Entscheidungsgremien (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA oder Qualitätsausschuss SGB XI) unterrepräsentiert. Das liegt unter anderem daran, dass der Pflegeberuf im Gegensatz zu anderen Heilberufen bisher nicht flächendeckend in Berufskammern organisiert ist und deshalb auf wenig belastbare Strukturen zurückgreifen kann. Inzwischen haben einige Bundesländer Pflegekammern gegründet oder sind im Gründungsprozess, andere warten ab, wieder andere haben sich dagegen entschieden. Nichtsdestotrotz hat sich im September 2017 die Bundespflegeberufekammer als Dachverband konstituiert.

CHN: notwendige
Qualifikationen

Um die steigenden Anforderungen erfüllen zu können, muss das System der Pflegeausbildung in Deutschland modernisiert werden. Dabei sind eine Überwindung des Bildungsgefälles und eine gleichwertige Anerkennung der Gesundheitsberufe erforderlich. Dazu müssen der Zugang zu hochschulischer Bildung erleichtert, Bachelor-Studiengänge ausgebaut und weiterführende Master-Programme für Spezialaufgaben in der Pflege eingerichtet werden. Für die Berufsausübung ist es hilfreich, wenn die Community Health Nurses vor dem Masterstudium bereits Berufserfahrung gesammelt haben.

Die Zulassung zum Pflegeberuf, Berufserfahrung, sowie ein Bachelorabschluss sind Voraussetzungen zur Aufnahme eines Masterstudiums. Pflegerische-medizinisch- und pharmakologische Grundkenntnisse müssen vor Beginn des Masterstudiums in jedem Falle vorhanden sein. Die Spezialisierung auf das Community Health Nursing erfolgt durch die Schwerpunktsetzung im Studium.

Zur Implementierung von Community Health Nursing in Deutschland ist es wünschenswert, dass sich alle beteiligen Akteurinnen und Akteure zunächst über gemeinsame Werte, Bedarfslagen, Aufgaben, Positionen und Ziele verständigen.

09

Community Health Nursing – Wer kann es bezahlen?

Finanzierungsoptionen

Bei der Frage nach der Finanzierung von Community Health Nursing in Deutschland hilft ein Blick in Ausland nur bedingt. Deutschland muss eigene Wege finden, um Community Health Nursing zu finanzieren. Dabei wird es wichtig sein, eine Mischfinanzierung unter Beteiligung von Kostenträgern, wie Kranken- und Pflegekassen und den Kommunen zu entwickeln. Kommunen sollten aus finanziellen Gründen ein besonderes Interesse am Aufbau einer leistungsfähigen Primärversorgung haben: Nur bei einem guten, niedrigschwellingen Angebot können Patientinnen und Patienten überhaupt die krankenkassenfinanzierten Leistungen in Anspruch nehmen, die sie benötigen und auf die sie einen gesetzlichen Anspruch haben. Das wiederum kann die Kommune entlasten, wenn beispielsweise durch gute Prävention der sonst kommunal zu finanzierende Unterstützungsbedarf reduziert werden kann.

Eine Finanzierungsquelle kann der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sein, der mit Landesmitteln betrieben wird. Auch wenn alle Bundesländer eigene Gesetze über Aufgaben und Ziele des ÖGD haben, ist das übergeordnete Ziel der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Denkbar ist, dass Leistungen des ÖGD auch von Community Health Nurses im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung erbracht werden können, etwa Impfkampagnen, Einschulungsuntersuchungen und Gesundheitschecks.

Seit 2016 müssen die gesetzlichen Krankenkassen laut Gesetz mindestens sieben statt wie bisher drei Euro pro Versichertem pro Jahr für die Prävention ausgeben. Davon müssen mindestens zwei Euro in lebensweltbezogene Maßnahmen in Kitas, Schulen und Betrieben fließen. Denkbar ist, Mittel der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention in einem Gesundheitszentrum auszugeben, das für eine bestimmte Region oder Gemeinde zuständig ist.

In den vergangenen Jahren sind in der Pflegeversicherung nach dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) neue Beratungsangebote geschaffen worden. Dadurch sollen Menschen in die Lage versetzt werden, ihre häusliche Pflegesituation zu bewältigen. So sind die Kommunen

verpflichtet, Pflegestützpunkte zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einzurichten. Es besteht zudem ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, Information und Aufklärung sowie auf Pflegekurse und häusliche Schulungen. Gerade durch das dritte Pflegestärkungsgesetz ist die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt worden. Sie sollen sicherstellen, dass das Beratungsangebot ausgeweitet und der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung vereinfacht wird. Eine solche Pflegeberatung könnte in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung erfolgen. In diesem Fall könnte die Etablierung von Community Health Nursing auch von den Kommunen mitfinanziert werden.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe könnten Community Health Nurses aufsuchende Aufgaben wie Hausbesuche übernehmen, die dann von den zuständigen Kommunen finanziert werden müssten.

Mit der integrierten Versorgung nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) soll die Vernetzung von Schnittstellen im Gesundheitssystem gefördert werden. Die Berufsgruppe der Pflege ist bislang allerdings kaum als Vertragspartner in Erscheinung getreten. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen könnten Community Health Nurses verantwortlich in die Leistungserbringung einbezogen werden.

Weitere Anknüpfungspunkte zur Finanzierung von Community Health Nursing könnten das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ sowie Spenden und die Förderung durch Stiftungen sein.

10

Community Health Nursing – Ein Zukunftsmodell in Deutschland

Nachhaltig und
lösungsorientiert

Die Etablierung von Community Health Nursing wird nicht von heute auf morgen gelingen. Organisations- und Versorgungsstrukturen müssen verändert werden und es erfordert nicht zuletzt politischen Willen, das starre deutsche Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. Das heißt auch, die Gesundheitsversorgung an die veränderten Bedarfe anzupassen und die Gesundheitschancen für alle Menschen in allen Lebensphasen und Regionen zu sichern und sogar zu verbessern.

Schon heute ist zu beobachten, dass sich vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen das Versorgungsangebot ausdünnnt. Gleichzeitig ist die ärztliche Versorgungsdichte in den Städten je nach sozialem Niveau unterschiedlich. Die Situation droht sich durch die Überalterung der Hausärztinnen und Hausärzte noch zu verschlechtern, deren Durchschnittsalter heute schon bei 55 Jahren liegt. Die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte, sich in unversorgten Regionen auf dem Lande niederzulassen, ist trotz Förderprogrammen begrenzt.

Durch attraktive
Bedingungen und
Karrieremöglichkeiten
zurück in den Beruf

In Gesundheitsfachberufen, allen voran die der Pflege, ist seit Jahren ein Fachkräftemangel zu beobachten. Der DBfK weist seit langem darauf hin, dass dies u.a. mit den Arbeitsbedingungen in der Branche zu tun hat. Durch neue Versorgungsmodelle mit attraktiven Karrieremöglichkeiten und attraktiven Arbeitsbedingungen kann neues Personal gewonnen und bereits qualifizierte Fachkräfte zurück in den Beruf geholt werden.

Die sehr ausgeprägte Hierarchie im deutschen Gesundheitswesen erschwert die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Das zeigt sich vor allem an der kontroversen Diskussion über Substitution und Delegation. Während in Deutschland bereits ärztliche Leistungen an Nicht-Medizinerinnen und -Mediziner delegiert werden (Ärztin oder Arzt bleibt Leistungserbringer), findet eine Substitution bisher kaum statt. Diese Debatte verdeckt aber die Frage nach den veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung. Hier muss ein Umdenken stattfinden und neue Formen der kompetenzorientierten Kooperation ausgehandelt werden.

Eine große Chance, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und gleichzeitig Community Health Nursing in Deutschland zu etablieren, bieten lokale Primärversorgungszentren. Dadurch könnten unter anderem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte von Routineaufgaben entlastet und die Patientenversorgung verbessert werden. Community Health Nurses haben die Kompetenzen, um einfache wie auch komplexe Bedarfslagen insbesondere von chronisch kranken Patientinnen und Patienten abzudecken. Das Leistungsspektrum in der Primärversorgung wird also erweitert. Die Kommunen spielen eine wichtige Rolle bei der Einrichtung solcher lokaler Primärversorgungszentren.

In Deutschland gibt es bisher kaum erweiterte pflegerische Rollen im ambulanten Bereich und der stationären Langzeitpflege – anders als im Krankenhaus (vgl. Intensivpflege, Wundexperten, Breast Care Nurses usw.). Eine Aufgabe ist es, die Community Health Nurses in diesen Settings zu etablieren. Kanada und die skandinavischen Staaten gelten als Vorbild in der Ausgestaltung ihrer Gesundheitssysteme. In diesen Ländern werden Pflegefachpersonen in wesentlich höherem Maße in die Primärversorgung eingebunden als in Deutschland. Sie sind eine wichtige Ressource, insbesondere wenn sie akademisch qualifiziert sind.

In Deutschland werden inzwischen die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegefachpersonen eine größere Rolle in der Primärversorgung übernehmen. So werden an verschiedenen Hochschulen Masterstudiengänge – mit Förderung der Robert Bosch Stiftung – entwickelt. Damit sind wichtige Schritte getan, um die Herausforderungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung anzugehen und Community Health Nursing in Deutschland zu etablieren.

Neue Master-Studiengänge qualifizieren für diese Aufgaben

Im Rahmen des Projektes „Community Health Nursing – Implementierung von Masterstudiengängen“ werden drei Hochschulen durch die Agnes-Karll-Gesellschaft – mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung – gefördert. Unter der Voraussetzung der Akkreditierung sowie der hochschulinternen bzw. ministeriellen Genehmigungen wird es möglich sein, ab Wintersemester 2020 an folgenden Hochschulen ein entsprechendes Masterstudium aufzunehmen:

Universität Witten / Herdecke (UW/H)

Projektleitung: Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Kontakt: Claudia Kuhr

Tel.: 02302/926 360

E-Mail: claudia.kuhr@uni-wh.de

<https://www.uni-wh.de/projekt-chn>



Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Projektleitung: Prof. Dr. Frank Weidner

Kontakt: Dr. Maria Peters, Manuela Völkel

Tel.: 0261/6402-226

E-Mail: m.voelkel@pthv.de

<https://www.pthv.de/chn/>



Katholische Stiftungshochschule München (KSH)

Projektleitung: Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Kontakt: Miriam Primig

Tel.: 089/48092-8489

E-Mail: miriam.primig@ksh-m.de

<http://q.ksh-m.de/chn>



Weitere Informationen zum Studiengang erhalten Sie bei den Hochschulen.

Community Health Nursing studieren!



„Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.“

(Vereinte Nationen 2015, Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung,
Ziel Nr. 13 www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf)