

Das Berufsbild der CHN im Fokus

Univ.-Prof. Dr. habil. Oliver Herber



Herausforderungen des Gesundheitssystems



- demographische Entwicklung → wachsender Anteil der Bevölkerung in hohen Altersgruppen (Multimorbidität)
- Verschiebung des Morbiditätsspektrums → quantitative Zunahme an Gesundheitsleistungen
- Personalknappheit im Gesundheitswesen („Pflegenotstand“, „Hausärztemangel“ durch Fehlallokation)
- Abnahme der jungen Bevölkerung → Konkurrenz um Arbeitskräfte steigt
- neue Infektionskrankheiten (z.B. SARS-CoV-2)
- Klimawandel und/oder Flüchtlingsströme



Primärversorgung in Deutschland (1)



- deutsches Gesundheitssystem ist weit entfernt vom klassischen Primärversorgungssystem nach Alma-Ata Deklaration von 1978
- fragiles Gesundheitssystem („Schönwettersystem“) (SVR, 2023)
- Basisversorgung wird primär vom niedergelassenen Hausarzt erbracht
→ keine berufsgruppenübergreifende Primärversorgung!
- tradierte (arztzentrierte) Rollenbilder der Gesundheitsberufe erschweren interprofessionelle Zusammenarbeit
- sektorale Fragmentierung: Aufteilung in ambulant / stationär; Altenpflege ist weitgehend abgekoppelt



Primärversorgung in Deutschland (2)



- Überversorgung im kurativen Bereich
 - Unterversorgung in Prävention u. Rehabilitation von chronisch Kranken
 - hierarchisch geprägtes Rollenverständnis; nicht-ärztliche Heilberufe haben trotz Qualifikation nur wenig Befugnisse → Folge: ineffiziente Ressourcennutzung und Unzufriedenheit
- **SVR: Stärkung der Primärversorgung; akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen kommt wesentliche Rolle zu**





Community Health Nursing (CHN) für Deutschland



Kurzbeschreibung CHN



- CHN = eine Ausprägung von APN s („*Advanced Practice Nurses*“)
- Versorgung von Patient:innen im Bereich Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation
- Pflegeexpert:in auf Master-Niveau, die vor allem Patient:innen mit hochkomplexen Krankheitsbildern und Versorgungsanliegen betreut
- CHN steuern und koordinieren den Versorgungsprozess; ggf. Integration weiterer Leistungserbringer
- verfügen über umfangreiche fachliche Wissensbasis, Entscheidungsfähigkeit in hochkomplexen Situationen und hohe klinische Kompetenz (Qualifikationsweg >5 Jahre + i.d.R. 2 Jahre Berufserfahrung)



Kernaufgaben von CHN (1)



- **Gesundheitsförderung** = Maßnahmen, um Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern
- **Gesundheitsschutz** = Maßnahmen, um gesundheitsschädigenden Einflüssen entgegenzuwirken
- **Krankheitsprävention** = Verhütung von Krankheiten & Abmildern von Folgeschäden und Komplikationen
- **Disease Management** = strukturierte Behandlung und Begleitung von chronisch Kranken
- **Fokus auf spezifische Personengruppen** = Sorge um Gesundheit von (vulnerablen) Personengruppen (z.B. obdachlose Menschen)



Kernaufgaben von CHN (2)



- **Entwicklung von Versorgungsstrukturen** = Versorgungsstrukturen und Prozesse entwickeln, die effiziente Umsetzung von Maßnahmen ermöglichen
 - **Advocacy** = Interessenvertretung von Personengruppen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung von kommunal bis national
 - **Monitoring** = Erfassen von kommunalen bis regionalen Versorgungsbedarfen; Identifizieren von Bedarfen & Gesundheitsrisiken einzelner Personengruppen; Überprüfen der Angebote auf ihre Wirksamkeit
- erfordert Qualifikation auf Master-Niveau (DQR Niveau 7; d.h. Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- u. Problemstellungen & eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen)



Handlungsfeld 1: CHN im Primärversorgungszentrum (PORT)



PORT-Zentren (1)



- Erstkontakt zur Gesundheitsversorgung
- Orientierung an Gesundheitsproblemen und Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung (aktuell 13 PORT-Standorte)
- umfassende Versorgung „aus einer Hand“
- Koordinierung (hochkomplexer) Versorgungsprozesse im multiprofessionellen Team
- Entwicklung von Interventionen zur Deckung lokaler Gesundheitsbedarfe
- Initiierung multiprofessioneller Fallbesprechungen (Abrechenbarkeit?)
- Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (rechtliche Rahmenbedingungen!)



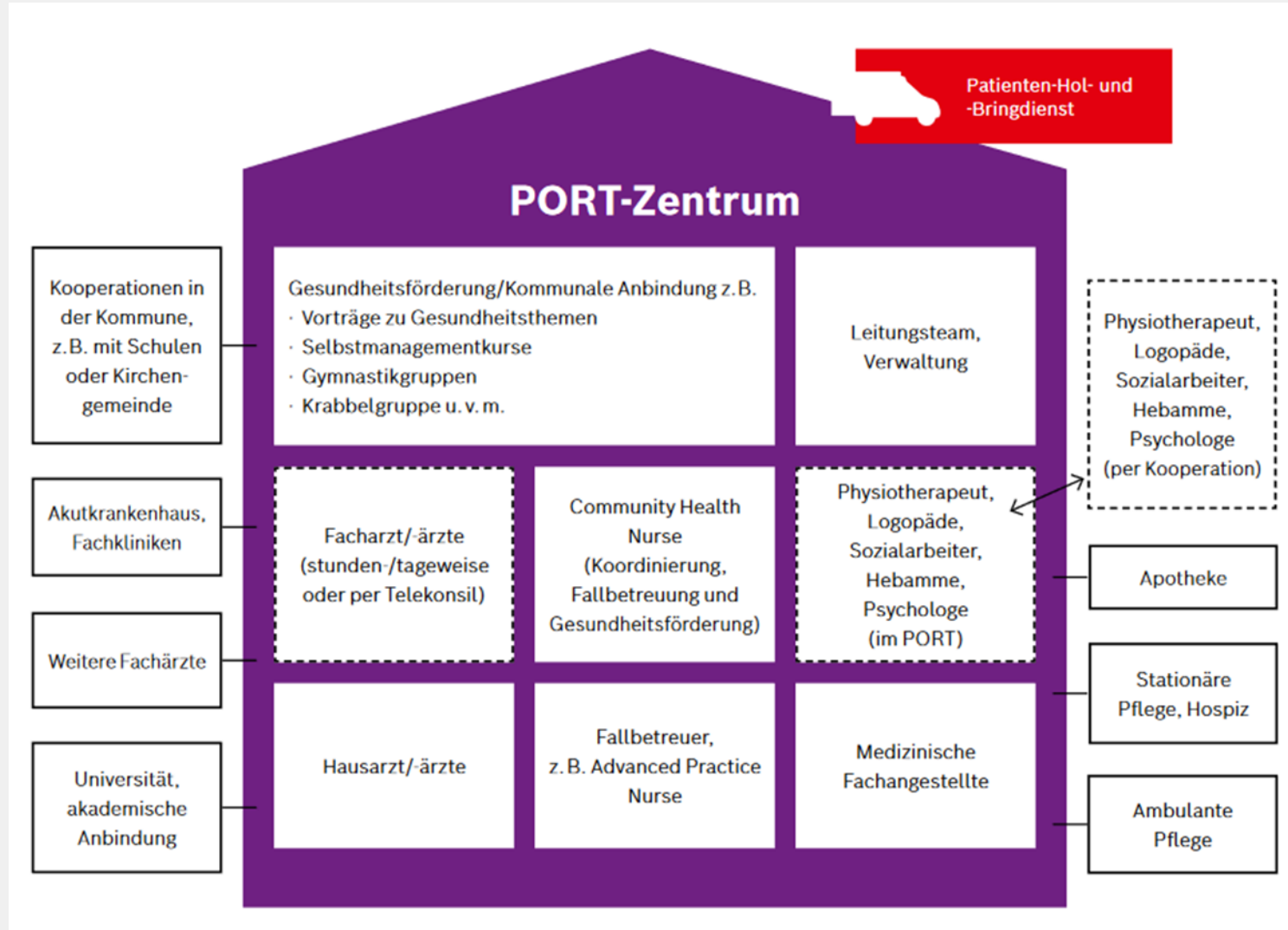
PORT-Zentren (2)



- präventive Hausbesuche (Sozial- u. Pflegeanamnese) und/oder umfassendes Case Management
 - Teilnahme an Gesundheitskonferenzen des Kreises
 - Aufbau von Netzwerken und enge Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren (z.B. Selbsthilfegruppen, Tafeln, Vereine & Verbände, etc.)
 - Vernetzung innerhalb der Gemeinden; Bedarfe und Interessen von Gesundheitsakteur:innen, Politik, Ehrenamt und Bürger:innen im Dialog eruieren
 - Etablierung nachhaltiger Sorgestrukturen
- Ziel: selbstbestimmte Community mit Chancengleichheit in der Gesundheit



PORT-Zentren (3)



Handlungsfeld 2: CHN im kommunalen Quartiersmanagement



kommunales Quartiersmanagement (1)



- Bedarfserhebung mittels Sozialraumanalyse zur Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung (Gesundheit, Pflege, Soziales)
- Versorgung von Menschen mit (hoch-)komplexen gesundheitlichen Problemen vor Ort durch Hausbesuche
- Routineversorgung und Förderung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen
- Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention mit individueller medizinisch-pflegerischer Versorgung
- gute Kooperation zu Haus- und Fachärzt:innen sowie Pflegediensten
- Entwicklung und Umsetzung von Public Health Konzepten



kommunales Quartiersmanagement (2)



- Netzwerkarbeit, Organisation und Koordination von Aktivitäten sowie Schnittstellenmanagement
 - CHN „rechnet sich“, da Kommune durch Zugewinn an Lebensqualität für Bürger:innen attraktiver wird (z.B. Zuwanderung von Fachkräften)
 - Pflicht, für gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land zu sorgen – gilt auch für Gesundheitsversorgung → „kommunale Daseinsvorsorge“, d.h. Bereitstellung von Dienstleistungen nach dem sog. Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I Grundgesetz)
 - erfolgreiches Beispiel: Gemeindegesundheitspflege (CHN) in Luckau (Brandenburg); ländliche Region mit ca. 16.000 Einwohnern
- Ziel: Schaffung einer gesünderen und altersgerechteren Kommune**



Handlungsfeld 3: CHN in der Hausarztpraxis



Hausarztpraxis (1)



- Übernahme der Versorgung von Menschen mit Multimorbidität → komplexe Bedarfe im multiprofessionellen Team begegnen
- Aspekte des Krankheits- und Therapiemanagements sowie Alltagsbewältigung stehen im Vordergrund
- Steuern komplexer Versorgungsprozesse mit ggf. unvorhersehbaren Verläufen → Erhebung der gesundheitlichen Lebens- u. Versorgungssituation mittels standardisierter Assessmentinstrumente
- Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. gesunde Ernährung, Rauchstopp, gesundheitsförderliches Verhalten, Bewegung, etc.)
- Durchführung abgestimmter medizinisch-therapeutischer Maßnahmen → z.B. Umsetzen des Medikamentenmanagements



Hausarztpraxis (2)



- interprofessionelles Arbeiten → Aufbau von Netzwerken, Vernetzung mit lokalen Gesundheitsdienstleistern
- Gestaltung ethischer Entscheidungsfindung → Organisation fallbezogener Besprechungen zur Erarbeitung von Therapiezielen
- Beratung und Fortbildung von Beteiligten im professionellen Feld → Mitarbeitende (MFAs) in HA-Praxen, ambulante Pflegedienste, etc.
- wiss. Arbeiten → Recherche zu klinischen Fragestellungen, Halten von Fachvorträgen auf Kongressen, etc.
- Berufsentwicklung → Entwicklung neuer Berufsperspektiven
- erfolgreiches Beispiel: Projekt FAMOUS (Katho. Mainz, RLP)



berufspolitische Überlegungen und Ausblick



berufspolitische Überlegungen



- Neu- oder Umverteilung von Aufgaben bzw. Verlagerung u.a. auch von ärztlichen Aufgaben (SVR, 2014)
- Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen zur Einführung von CHN notwendig => Leistungsrecht zur Refinanzierung von CHNs
- Ausbau weiterführender Masterstudiengänge für Spezialaufgaben in der Pflege (Rekrutierung!)
- Etablierung von Pflegekammern auf Landesebene und Bundespflegeberufskammer auf Bundesebene
- Mitbestimmungsrechte in Gremien des Sozialrechts => künftig sollen die Pflegeverbände festen Sitz mit Stimmrecht im G-BA haben (www.lazarus.at/2025/03/30/koalitionsvertrag)



- **Primärversorgung ausbauen:** Erweiterung der Primärversorgung durch Sozial- und Gesundheitsberufe; Möglichkeit der Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten wird angeregt (SVR, 2014)
- **Daseinsvorsorge stärken:** Kommune kommt zentrale Rolle bzgl. der Schaffung von Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur zu
- Einführung von lokalen Primärversorgungszentren (PORT-Zentren) mit CHN kann Gesundheitsversorgung verbessern
- CHN (DQR 7, Substitutionsprinzip) vs. Physician Assistants (DQR 6, Delegationsprinzip) in HA-Praxen => Akzeptanz
- CHN trägt zur Professionalisierung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs bei



weitere Informationen zu CHN



- Hybrid-Tagung „Advanced Practice Nurses – Neue Player in der Primärversorgung“ FAMOUS, COSTA, etc. **Mittwoch, 25.06.25 von 10.30-16.00 Uhr**, Katholische Hochschule Mainz & Online
- Gemeindeggesundheitspflege in Luckau (Brandenburg); Ansprechpartnerin: Tahnee Leyh (projekt.luckau@drk-fs.de)
- ARTE Dokumentation „Islands Rezept für gute Pflege“ (Mediathek) <https://www.arte.tv/de/videos/115488-012-A/re-islands-rezept-fuer-gute-pflege/>
- CHN Fachgruppentreffen des DBfK; Ansprechpartner: Robert Bitterlich (chn-fachgruppe@dbfk.de)
- DBfK-Webseite zu “Community Health Nursing” <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php>



Ich nehme nun gerne Ihre Fragen entgegen



Oliver Herber
Oliver.Herber@uni-wh.de

