

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Pflege dual

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science B. Sc.

**Community Nursing in Kanada und Deutschland –
ein Scoping Review**

Lena Engelhardt

Gutachterin: Gabriele Fley, Dipl.-Pflegepädagogin

Abgabetermin: 27.02.2021

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel Gesellschaftsbezogene Probleme wie der demografische Wandel und der Ärztemangel fordern Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem. Neben gesetzlichen Grundlagen wurden in der Praxis bereits verschiedene Modellprojekte initiiert sowie die Entwicklung des neuen Berufsbildes Community Health Nurse (CHN), mit dem entsprechenden Masterstudiengang nach internationalen Vorbildern, vorangetrieben. Aus dem deutsch-kanadischen Vergleich der rollentypischen Merkmale von CHNs sollten Empfehlungen für die weitere vielversprechende Einführung des Berufsbildes in Deutschland hervorgehen.

Methodik Entsprechend des Forschungsvorhabens wurde das methodische Vorgehen des Scoping Reviews in Anlehnung an das Joanna Briggs Institute mit einer breitgefassten Literaturrecherche gewählt. Dafür wurden die Datenbanken CINAHL und PubMed verwendet. Es wurden Studien und Fachbeiträge der letzten zehn Jahre eingeschlossen. Diese mussten sowohl inhaltlichen als auch qualitativen Anforderungen entsprechen.

Ergebnisse Aus ursprünglich 461 ermittelten Publikationen konnten 17 bezogen auf Kanada und 10 bezogen auf Deutschland eingeschlossen werden. Die Erkenntnisse konnten nach neun Kategorien gegliedert und somit das Berufsbild CHN für die beiden Länder umfangreich beschrieben werden.

Diskussion Der Vergleich der rollentypischen Merkmale verdeutlichte den Vorsprung Kanadas in der Entwicklung. Die Erkenntnisse sind für den deutschen Entwicklungsstand vielseitig nutzbar. Durch die Erfahrungen Kanadas konnte das geplante und teils umgesetzte Vorgehen Deutschlands teilweise bestärkt werden. Jedoch zeigten sich in manchen Bereichen auch verstärkter Handlungsbedarf sowie zu beachtende Risiken für die Etablierung des neuen Tätigkeitsprofils.

Fazit Für die weitere Entwicklung und Etablierung von CHNs in Deutschland konnten zahlreiche und umfassende Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen werden, u. a. in den Bereichen berufspolitische Vertretung oder interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflegekräften und Ärzten. Die angestrebte Einführung des akademischen Berufsbildes kann als positiver Fortschritt des Pflegesektors in Richtung einer eigenen Profession gewertet werden.

Abstract

Background and Objective Societal problems such as demographic change and the shortage of physicians require changes in the German healthcare system. Besides, enacted legal reforms in this field, various projects have been initiated in practice. Further, the development of a German Community Health Nurse (CHN) role model with the corresponding master's degree curriculum has been advanced in accordance with international standards. The German-Canadian comparison in terms of a CHN role model was meant to identify recommendations for an efficient introduction of this profession in Germany.

Methods As method adopted for this thesis a scoping-review, according to the Joanna Briggs Institute, with a broad literature research was chosen. For this purpose the databases CINAHL and PubMed were used. Included were studies and relevant articles published during the last ten years which in terms of quality and content had to comply with the pre-set criteria.

Results Out of 461 publications, which were initially identified, only 27 could be included. From those 17 are related to Canada and the remaining papers are related to Germany. Next, these findings were broken down into nine categories to describe the CHN role model in detail.

Discussion The comparison between the Canadian and German role model clearly showed Canada's edge in this field. Therefore, the findings can be used in various aspects for the present German role development. Since, Canada's experience has even influenced and furthered Germany's planned and partly implemented approach. However, the findings not only indicate a need for more action to better implement CHNs, but also a need to consider possible risks for the establishment of the new job profile.

Conclusion For the further development and establishment of CHNs in Germany, numerous and comprehensive recommendations for practice have been set forth. This applies especially for the field of political representation and for the area of interprofessional collaboration between nurses and physicians. The intended introduction of the academic CHN profile may be regarded as an important milestone towards providing the nursing sector with a distinctive profession status.

Inhalt

1. Einleitung.....	6
2. Hintergrund.....	7
3. Methodik.....	11
4. Ergebnisse.....	13
4.1. Blick auf Kanada	15
4.2. Blick auf Deutschland.....	21
5. Diskussion	25
5.1. Gegenüberstellung Kanada und Deutschland	25
5.2. Methodendiskussion mit Limitationen	32
6. Empfehlungen für die Praxis.....	33
7. Fazit.....	34
Literaturverzeichnis.....	i
Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel	vii
Anhang 2: Charting table Kanada	xiv
Anhang 3: Charting table Deutschland.....	xxvii

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Suchbegriffkombinationen.....	11
Abbildung 2 Prisma-Flow-Diagramm angelehnt an Moher et al. (2009)	13
Abbildung 3 Verteilung der Studientypen bzw. Textarten	14

Abkürzungsverzeichnis

ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
CHN	Community Health Nurse
CHNC	Community Health Nurses of Canada
CNA	Canadian Nurses Association
CNF	Canadian Nurses Foundation
CPHA	Canadian Public Health Association
DbfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
LPN	Licensed Practical Nurse
NP	Nurse Practitioner
PHN	Public Health Nurse
RN	Registered Nurse

1. Einleitung

Steigende Lebenserwartung, demographischer Wandel, Multimorbidität sowie Ärztemangel werden vor allem in ländlichen Regionen zunehmend als virulente Probleme und Herausforderungen benannt, denen sich Politik und Gesellschaft in verstärktem Maße stellen müssen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2005; Grobecker, Krack-Rober, Pötzsch & Sommer, 2018). In der Vergangenheit wurde auf diese Thematik bereits auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation in Form verschiedener Gesetze, Deklarationen sowie Absichtserklärungen (z. B. Erklärung von Alma-Ata, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung) reagiert (Weltgesundheitsorganisation, 1978, 1986). Auch Deutschland hat sich auf nationaler Ebene politisch mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandergesetzt. So trat im Jahr 2015 beispielsweise das Präventionsgesetz in Kraft. Darin werden vor allem auch Länder und Kommunen als Akteure benannt, die sich vermehrt vernetzen und um die Gesundheitsvorsorge ihrer Bürger¹ kümmern sollen (Bundesgesundheitsministerium, Stand 2015).

Kommunen sowie auch andere Träger realisierten daraufhin zahlreiche Projekte, um den gesetzlichen Anforderungen nachzukommen. Was die gemeindenahe Versorgung vor allem in Hinblick auf ältere Menschen betrifft, bestehen inzwischen viele Angebote. Beispielsweise führen Medizinische Fachangestellte oder Pflegefachkräfte Hausbesuche zur Entlastung der Hausärzte im Rahmen der Projekte „AGnES“, „VERAH“ oder „MoNi“ zum Teil bundesweit durch (Armstrong, 2013). In Rheinland-Pfalz stellen Pflegefachkräfte zudem im Rahmen des Projektes „GemeindeschwesterPlus“ ein präventives und gesundheitsförderndes Beratungs- und Vernetzungsangebot bereit (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, 2020). Ähnlich diesem Konzept verfolgt auch das Projekt „Flexible Altenhilfe – Gemeindeschwestern Teuschnitz“ das Ziel, die pflegerisch-gesundheitliche Versorgung mit einem aufsuchenden Beratungsangebot zu stärken – die Besonderheit ist hier die Zusammenarbeit einer Pflegefachkraft und einer Sozialpädagogin (Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V., 2020). Auffallend ist bei allen Projekten, dass es sich meist um befristete, nicht regelfinanzierte, lokale und sehr unterschiedliche Angebote handelt.

Die zunehmende Orientierung auf gemeindenahe Pflegeleistungen zeigt sich auch in der fortschreitenden nationalen Entwicklung des Masterstudiengangs „Community² Health Nursing“ durch den Deutschen Verband für Pflegeberufe, die Agnes-Karll-Gesellschaft und die Robert-Bosch-Stiftung (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019).

¹ Im folgenden Text wird aufgrund der leichteren Lesbarkeit meist auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

² Der Begriff Community kann ins Deutsche etwa mit „Gemeinde“ oder „soziale Gemeinschaft“ übersetzt werden. Auch die Begriffe Stadtviertel oder -teil, Region oder Quartier kommen der Bedeutung von Community laut Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (2018) relativ nahe.

Seit dem Wintersemester 2020 werden die ersten „Community Health Nurses“ an drei deutschen Hochschulen akademisch ausgebildet (ebd.). Dieser innovative Ansatz wird im Folgenden näher untersucht. Vorreiter für dieses Projekt sind international zahlreiche Länder, die bereits Berufsbilder im „Community Nursing“ fest etabliert haben (Hemingway, Aarts, Koskinen, Campbell & Chassé, 2013). Ausgehend von der aktuellen Situation in Deutschland, wird im Folgenden das ebenfalls ländlich geprägte, von einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung gekennzeichnete und vom Ärztemangel betroffene Land Kanada vergleichend betrachtet (Cairns, 2013; Jackson, 2011; Statista GmbH, 2021). Aufgezeigt werden soll, welche Ansätze Deutschland und Kanada für die Versorgung ihrer Gesamtbevölkerung sowie vor allem ihrer älteren Bürger verfolgen. Im Fokus steht folgende Frage: Welche Kompetenzen, Aufgabengebiete und weitere rollentypische Merkmale haben Community Health Nurses bzw. Public Health Nurses in Kanada und welche haben sie in Deutschland? Durch die gewonnenen Erkenntnisse können die unterschiedlichen Erfahrungen und Entwicklungsstände gegenübergestellt werden. Durch die vergleichende Betrachtung soll ein Nutzen für die Rollenentwicklung und -etablierung in Deutschland diskutiert werden. Das Ziel dabei ist es, Empfehlungen für die Praxis in Deutschland auszusprechen.

2. Hintergrund

Im Folgenden werden die verwendeten Bezeichnungen „Public Health Nurse“ und „Community Health Nurse“ definiert sowie die nationalen Gegebenheiten Deutschlands und Kanadas in Bezug auf die Gesundheitssysteme und Qualifikationsniveaus im Pflegesektor erläutert.

Die unterschiedlichen länderspezifischen Entwicklungen und Ausprägungen des Berufsbildes einer Public Health Nurse lassen eine konkrete länderübergreifende Definition kaum zu. Eine von Marianne Brieskorn-Zinke (2007, S. 18) vorgeschlagene Definition lautet, dass es sich bei Public Health Nursing um eine „präventiv orientierte pflegerische Arbeit im Bereich der Bevölkerungsgesundheit“ handelt. Diese Formulierung stimmt auch mit der Definition der American Public Health Association aus dem Jahr 2013 überein: „Public health nursing is the practice of promoting and protecting the health of populations using knowledge from nursing, social, and public health sciences“ (Swider, Krothe, Reyes & Cravetz, 2013). Demzufolge handelt es sich bei „Public Health Nurse“ um eine weitgefassete Bezeichnung. Sie bezieht verschiedene Rollenausprägungen der gesundheitlichen Versorgung unterschiedlicher Gruppen der Gesamtbevölkerung ein.

Das Tätigkeitsprofil einer Community Health Nurse wird beschrieben als “a special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health program for the promotion of health, the

improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability“ (Weltgesundheitsorganisation, 2017, S. 5). Teile dieser Definition finden sich auch bei Köhler und Friedemann, die von einer spezialisierten Pflege mit Ausrichtung auf öffentliche Gesundheit sprechen. Außerdem stellen Community Health Nurses eine Verbindung zwischen Gesellschaft und Individuum im Bereich der Gesundheitsfürsorge her (Köhler & Friedemann, 2016).

Wie aus den Definitionen ersichtlich, lassen sich beide Begriffe nahezu identisch verwenden, deshalb wird in Publikationen oft von Synonymen gesprochen (Swider et al., 2013; Weltgesundheitsorganisation, 2017, S. 5). Dies gilt auch für das hier betrachtete Land Kanada. In zahlreichen Publikationen wird gleichermaßen von Public und Community Health Nurses gesprochen (Athwal et al., 2014; Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011). Die kanadische Vereinigung Community Health Nurses of Canada sieht Public Health Nursing als eine mögliche Ausprägung von Community Health Nursing an (Granger et al., 2018). Infolgedessen können beide Begriffe synonym verwendet werden. Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit ausschließlich von Community Health Nurse (CHN) gesprochen.

Da in der vorliegenden Arbeit die Länder Deutschland und Kanada betrachtet werden, soll nachfolgend zunächst das kanadische Gesundheitssystem vorgestellt und erläutert werden, woran sich eine vergleichende Erläuterung des deutschen Gesundheitssystems anschließt.

Das kanadische Gesundheitssystem „Medicare“ ist öffentlich finanziert und verfolgt die grundlegenden Werte von Fairness und Gerechtigkeit durch Gesundheitsleistungen unabhängig von der Zahlungsfähigkeit der Patienten. Geregelt durch die kanadische Verfassung und das Gesundheitsgesetz „Canadian Health Act“, werden die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem auf drei Ebenen verteilt: Bundes-, Provinz- bzw. Territorial- und Kommunalebene. Die beiden unteren Ebenen verantworten die Bereitstellung von Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen. Die Provinzen und Territorien erbringen durch die 13 provinziellen und territorialen Krankenversicherungspläne den größten Teil der Leistungen des kanadischen Gesundheitswesens. Sie werden neben eigenen Mitteln auf Bundesebene finanziell vor allem durch Steuereinnahmen unterstützt. Die Territorien und Provinzen übernehmen die Kosten für alle im Krankenhaus erbrachten medizinisch notwendigen Leistungen, einschließlich derer im zahnmedizinischen Bereich, die ebenfalls im Krankenhaus erbracht werden müssen sowie die von Ärzten außerhalb des Krankenhauses erbrachten medizinisch notwendigen Leistungen. Was medizinisch notwendig ist, wird in den provinziellen und territorialen Krankenversicherungsplänen entschieden. Zusätzliche Leistungen, wie Zahnbehandlungen oder Krankentransportkosten werden in wenigen Ausnahmen, z. B. bei Senioren, von der Krankenversicherung abgedeckt. Der Großteil dieser zusätzlichen Leistungen ist jedoch privat finanziert. Primäre Anlaufstellen im kanadischen Gesundheitssystem sind die „Primary Health Care Services“ als Erstkontaktstellen und Koordinatoren für Patienten. Dieser Ebene wird ein

zunehmend umfassenderes Aufgabenspektrum mit Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung von gewöhnlichen Krankheiten und Verletzungen, Basis-Notfalldienst, Palliativversorgung und weiteren Bereichen zugewiesen. Den Primary Health Care Services nachgeordnet folgen die „Secondary Services“, wenn Patienten einer speziellen Versorgung im Krankenhaus, in Langzeit-Pflegeeinrichtungen oder in der Gemeinde bedürfen. Diese Leistungen werden nicht durch den Canada Health Act abgedeckt und finanziert. Patienten benötigen dafür auch keine Überweisung (Health Canada, 2016). Die Wartezeiten für Behandlungen sind mit drei bis neun Wochen nicht gering (Beske, Drabinski & Golbach, 2005). Aktuell findet eine Verschiebung weg vom Krankenhaus und Arzt hin zu Alternativen wie Primary Health Care Centers oder Community Health Centers und Home Care statt. Die Bereiche Public Health, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und das Management von chronischen Krankheiten stehen hier vermehrt im Vordergrund. Die Bezahlung von Pflegepersonal sowie anderen medizinischen Fachkräften erfolgt gemäß eines zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften ausgehandelten Tarifes (Health Canada, 2016).

Im Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem sind einige Parallelen, aber auch Unterschiede zu finden. In beiden Ländern werden auf Bundesebene die Rahmenbedingungen gesetzt und in den Ländern bzw. Territorien und Provinzen die regionalen Details festgelegt und umgesetzt. In Deutschland werden verwaltungstechnische Aufgaben von den Krankenkassen übernommen, wohingegen in Kanada die Provinzen und Territorien selbst die Krankenversicherungspläne aufstellen (Health Canada, 2016; Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic & Wharton, 2020). Auch bei der Finanzierung gibt es Unterschiede. Während im kanadischen staatlichen Gesundheitssystem Steuermittel von Bundesebene bei Vorliegen festgelegter Voraussetzungen an die Provinzen und Territorien gezahlt werden, erhalten die Krankenkassen in Deutschland durch das Sozialversicherungssystem Lohnbeiträge, die paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020; Health Canada, 2016). Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland deckt stationäre, ambulante und hausärztliche Leistungen sowie verschreibungspflichtige Medikamente ab. Dies übersteigt den Leistungsumfang des kanadischen Health Care Acts. Jedoch gibt es auch in Deutschland Zuzahlungen für stationäre Leistungen und Medikamente. Abweichend von Kanada besteht in Deutschland außerdem die Möglichkeit für Bezieher höherer Einkommen eine private Krankenversicherung abzuschließen (Tikkanen et al., 2020). Im Krankheitsfall gibt es vergleichbar zum kanadischen Primary Health Care Service in Deutschland die Hausärzte als erste Ansprechpartner, die bei Bedarf beispielsweise Überweisungen an Krankenhäuser ausstellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Auch bei den aktuellen Entwicklungen zeigen sich Parallelen: In beiden Ländern erfahren die Felder Prävention und Gesundheitsförderung verstärkte Unterstützung, unter anderem, um demografisch bedingten zunehmenden Krankheitsfällen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (Gerlinger, 2018).

Neben den Unterschieden im Gesundheitssystem bestehen Differenzen bei der Ausbildung von Pflegepersonal, wie beispielsweise CHNs und den relevanten Qualifikationsniveaus.

Eine CHN befindet sich in Deutschland durch die momentan angestrebte Entwicklung auf dem Qualifikationsniveau einer Advanced Practice Nurse (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2018). „Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. [...] Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung“ (DBfK, ÖGKV, SBK, 2013, S. 2). Das Arbeitsfeld Advanced Nursing Practice (ANP) wird im Deutschen „erweiterte und vertiefte Pflegeexpertise“ genannt (ebd.). „Eine Ausprägung von ANP ist Community Health Nursing, charakterisiert durch den Einsatz von Nurse Practitioner mit der Schwerpunktsetzung auf klinische Aufgaben in der Primärversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, Koordination, Steuerung und Leitung“ (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2018, S. 17). Unter Nurse Practitioner (NP) wird eine Pflegefachperson mit akademischer Zusatzqualifikation verstanden, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeitet und deshalb über Expertenwissen sowie Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bezogen auf den jeweiligen Arbeitskontext verfügt (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019). Pflegekräfte schließen in Deutschland in der Regel eine dreijährige berufliche Ausbildung bzw. eine einjährige Ausbildung zum Pflegehelfer ab (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021).

In Kanada hingegen können CHNs unterschiedlicher Qualifikationsniveaus tätig sein: einjährige Ausbildung, Diplom, Bachelorabschluss, Masterabschluss, Dokortitel (All Star Directories, 2016; Baird & Miller, 2015). Dadurch, dass in Kanada die Pflegekräfte registriert sind, haben sich jedoch fast alle Provinzen darauf geeinigt eine Mindestqualifizierung für Registered Nurses (RNs) auf Bachelorniveau einzuführen. Durch zusätzliche Bildung und Erfahrung können sich RNs zum NP, zum Beispiel im Community Nursing weiterqualifizieren (Canadian Nurses Association). Die RNs sind hauptsächlich für die administrative Ebene sowie Behandlungen und Koordination der Pflege verantwortlich. Ihnen untergeordnet sind die ebenfalls durch ein Staatsexamen zertifizierten Licensed Practical Nurses (LPNs). Sie sind nur einjährig ausgebildet und für grundpflegerische Tätigkeiten zuständig (All Star Directories, 2016).

Die aufgeführten Informationen zeigen, dass die Länder Kanada und Deutschland Parallelen aufweisen, welche für eine mögliche Übertragbarkeit wichtig sind. Die Unterschiede weisen darauf hin, dass eine direkte Übertragbarkeit zwischen den Ländern, jedoch nicht bezogen auf alle Details, möglich ist.

3. Methodik

Um die geschilderte Thematik überblicksartig und differenziert analysieren zu können, orientiert sich die vorliegende Arbeit methodisch am Vorgehen eines Scoping Reviews. „In einem Scoping Review wird systematisch jede Art von Literatur, also auch unveröffentlichte, sogenannte „graue“ Literatur, wie zum Beispiel Dissertationen und Broschüren, eingearbeitet“ (Brandenburg, Panfil, Mayer & Schrems, 2018, S. 129). Die Methode des Scoping Reviews eignet sich somit auch für Fragestellungen, die nur eingeschränkt mit wissenschaftlicher Literatur beantwortet werden können (ebd.). Bei der Vorgehensweise wird in Anlehnung an das Joanna Briggs Institute eine Checkliste verwendet (Tricco et al., 2018).

Im Vorfeld wurde ein Exposé formuliert, welches den inhaltlichen Vorgaben eines Review-Protokolls entspricht, um die Ziele, Methoden sowie die Berichterstattung des Reviews zu definieren und um Transparenz zu gewährleisten (Peters et al.). Das Protokoll diente als Vorlage für die Umsetzung der Literaturrecherche.

CINAHL	Deutschland	(„public health nurs*“ OR „community health nurs*“) AND („german“ OR „germany“)
	Kanada	(„public health nurs*“ OR „community health nurs*“) AND („canadian“ OR „canada“)
PubMed	Deutschland	(„public health nurse“ OR „public health nursing“ OR „community health nursing“ OR „community health nurse“) AND („german“ OR „germany“)
	Kanada	(„public health nurse“ OR „public health nursing“ OR „community health nursing“ OR „community health nurse“) AND („canadian“ OR „canada“)

Abbildung 1 Suchbegriffkombinationen

Für die breit angelegte Recherche wurde in den Datenbanken CINAHL und PubMed nach passenden Beiträgen recherchiert. Die Suche wurde für die betrachteten Länder Deutschland und Kanada parallel durchgeführt, das heißt, es fanden zwei Recherchen gleichen Vorgehens statt. Es wurde jeweils mit einer durch Bool'sche Operatoren verknüpften Suchbegriffkombination in den genannten Datenbanken recherchiert (vgl. Abbildung 1).

Limitiert war die Suche auf deutsch- und englischsprachige Treffer sowie den Erscheinungszeitraum zwischen dem 01.01.2010 und dem abschließenden Tag der Recherche, den 25.11.2020.

Die erzielten Treffer wurden nach dem Entfernen von Duplikaten auf inhaltliche Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien überprüft. Dabei wurde zunächst der Titel, dann der Abstract und bei noch bestehender Relevanz auch der Volltext kontrolliert. Zu den Einschlusskriterien

zählte das jeweilige Bezugsland Deutschland oder Kanada. Außerdem musste ein Bezug zum Berufsbild Community Health Nurse bestehen. Der Tätigkeitsbereich sollte sich auf die Gesamtbevölkerung bzw. vorrangig auf die ältere Bevölkerung spezialisieren und einzelne andere Personengruppen wie Schulkinder, Kinder, werdende Mütter oder Mütter sowie spezifische Patientengruppen eines Krankheitsbildes wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, psychische Erkrankungen ausgrenzen. Das betrachtete Arbeitsfeld sollte außerhalb des Krankenhauses liegen. Bezogen auf die eingegrenzte Rollenausprägung sind Schwerpunkte wie Aufgabenfelder, Qualifikation und Bildung, Einsatzgebiete und angegliederte Stellen, multiprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssektor, Nutzen für das Gesundheitssystem oder die Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Funktion der CHN eingeschlossen worden. Bei der Recherche wurden alle Studientypen und graue Literatur berücksichtigt. Neben der Datenbanksuche fand eine manuelle Suche im Internet über Google und Google Scholar statt. Auch die dabei erhaltenen Suchergebnisse wurden nach dem gleichen System auf inhaltliche Relevanz überprüft.

Alle inhaltlich passenden Studien wurden angelehnt an die Kriterien zur Analyse und Bewertung von Studien nach Brandenburg, Panfil, Mayer und Schrems (2018, S. 265-272) auf ausreichende Qualität überprüft. Dafür wurden Tabellen (vgl. Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel) für die einzelnen Studientypen angelegt, in welchen zustimmende Eigenschaften mit „1“ und nicht zustimmende mit „0“ markiert wurden. Bei mindestens 50 % zutreffenden Merkmalen wurden die Studien als relevant angesehen. Des Weiteren wurden alle Artikel, auch die Fachbeiträge, in das entsprechende Level of Evidence eingeordnet. Das Joanna Briggs Institute sieht auch für Expertenmeinungen und -konsens Einstufungen vor (Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party, 2013). Abschließend wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Artikel auf weitere relevante Literatur von ausreichender Qualität gesichtet. Diese Treffer sind im Diagramm (vgl. Abbildung 2) unter „zusätzlich gefunden in anderen Quellen“ eingeschlossen und haben somit ebenfalls eine Prüfung durchlaufen. Bei der Suche nach Treffern für Deutschland wurden zum Projekt „Community Health Nursing“ mehrere gemeinsame Publikationen vom Deutschen Verband für Pflegeberufe, der Agnes-Karll-Gesellschaft und der Robert-Bosch-Stiftung gefunden. Allerdings wurde nur der aktuelle Artikel zum laufenden Projekt eingeschlossen. Daraus ergab sich die Gesamtzahl aller einbezogenen Artikel. Das Auswahlverfahren ist im nachstehenden Diagramm (vgl. Abbildung 2), angelehnt an das PRISMA-Flow-Diagramm (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altmann & The Prisma Group, 2009), überblicksartig dargestellt.

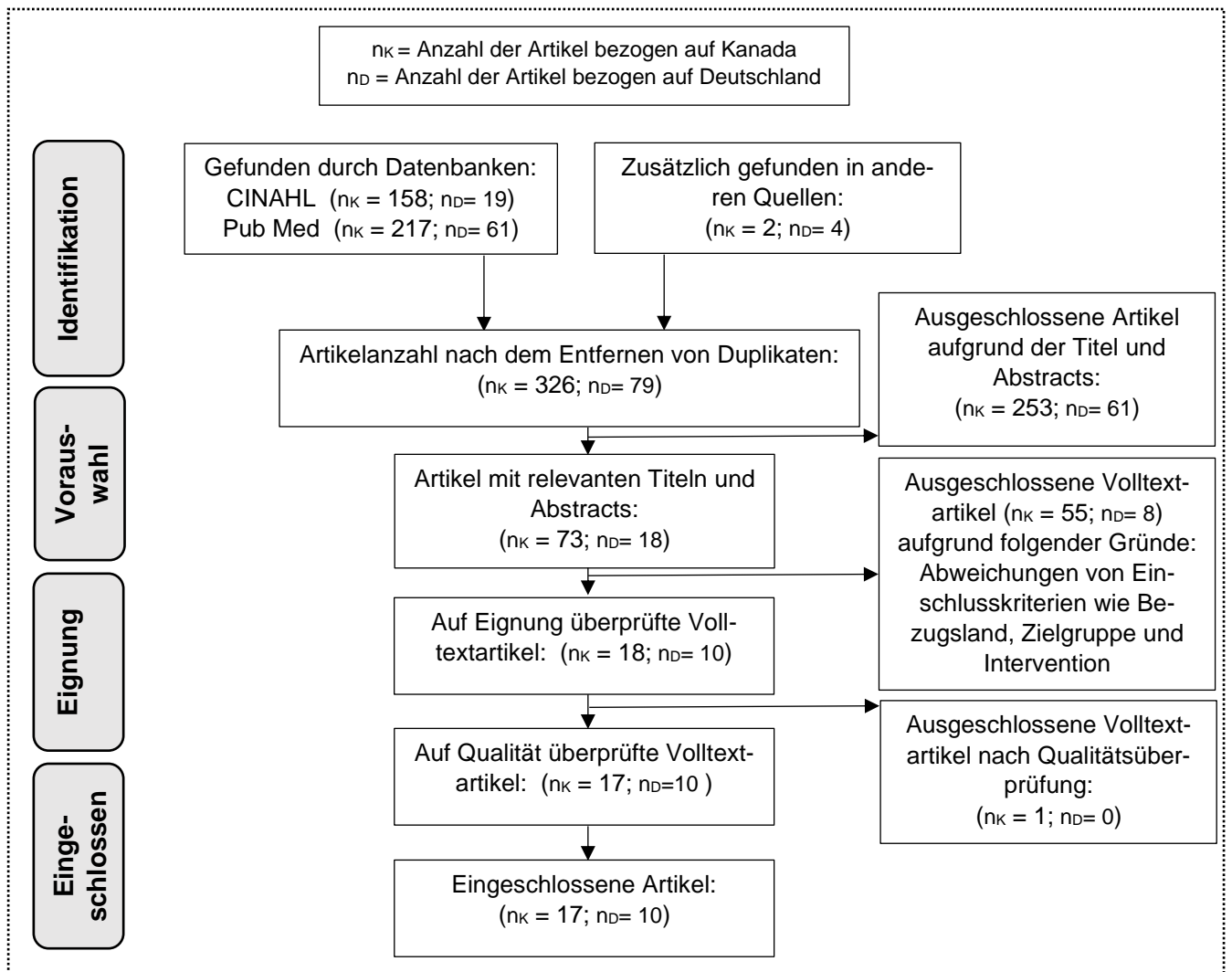


Abbildung 2 Prisma-Flow-Diagramm angelehnt an Moher et al. (2009)

4. Ergebnisse

Im Rahmen der Recherche ließen sich insgesamt 461 Titel identifizieren, davon wurden 27 Artikel eingeschlossen. Diese teilen sich auf die beiden Bezugsländer auf, 17 Artikel zur kanadischen und 10 über die deutsche Situation.

Da diverse Studientypen und Textarten eingeschlossen wurden, ergab sich eine Zusammensetzung aus mehreren qualitativen und quantitativen Studien, einer Studie mit einem Mixed-Method-Ansatz, einer Literaturrecherche und zahlreichen Fachbeiträgen wie Expertenmeinungen, Projektvorstellungen oder Veröffentlichungen von Verbänden. Der Vergleich von Deutschland zu Kanada zeigt, dass Kanada prozentual über mehr Studien zu der Rolle einer CHN als Deutschland verfügt. Wie aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsstände in den beiden Ländern zu erwarten war, ist auch innerhalb der eingeschlossenen Artikel bezogen auf Deutschland der Anteil an Fachbeiträgen (80% der eingeschlossenen Artikel) höher als der Anteil der Studien. Die Verteilung kann Abbildung 3 entnommen werden.

Die eingeschlossenen Artikel entstanden verteilt über den gesamten Suchzeitraum von 2010 bis 2020. Während in Deutschland die Veröffentlichungen vermehrt aus der zweiten Hälfte dieses Jahrzehnts stammen, zeigen sich die auf Kanada bezogenen Artikel eher gleichverteilt.

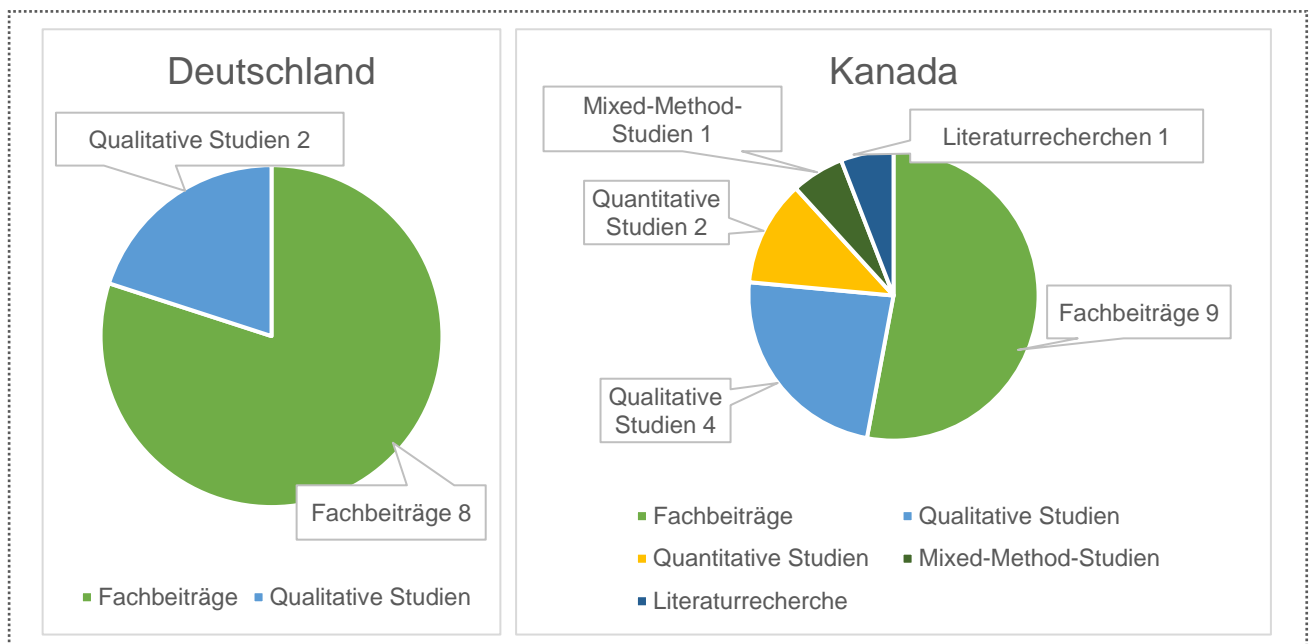


Abbildung 3 Verteilung der Studientypen bzw. Textarten

Die deutschen Veröffentlichungen betreffen i. d. R. alle Bundesländer gleichermaßen, wobei zwei Artikel speziell das Bundesland Bayern (Nöbauer, Reuschenbach, Maun & Maier, 2014; Reuschenbach, Maier, Nobauer & Maun, 2015) und einer Nordrhein-Westfalen (Röhnsch & Hämel, 2019) behandeln. Ein genau entgegengesetztes Verteilungsmuster ist bei den auf Kanada bezogenen Veröffentlichungen zu beobachten. Weniger als die Hälfte der Artikel sind auf Gesamtkanada bezogen. Drei Studien betrachten die Situation in jeweils mehreren kanadischen Provinzen (Hemingway et al., 2013; Meagher-Stewart et al., 2010; Sibbald, Jegatheeswaran, Pocock & Penney, 2020). Ein großer Teil nimmt je nur eine Provinz in den Fokus. Eine hohe Beteiligung zeigen die Provinzen Ontario und Alberta.

Ein Blick auf die beiden qualitativen Studien mit Deutschlandbezug zeigt, dass die Befragten der Experteninterviews sich sowohl aus akademisierten und nicht-akademisierten Pflegekräften sowie aus Vertretern der Managementebene zusammensetzten (Lücke, 2010; Röhnsch & Hämel, 2019). Bei den Studien mit Kanadabezug wurden bei den Befragungen neben Pflegestudierenden auch Community Health Nursing-Dozenten und Verantwortliche des Managements einbezogen. Bei einer Studie wurden nur CHNs mit Bachelor- und Masterabschluss berücksichtigt (Domm & Urban, 2020). In den anderen Studien sind auch CHNs mit Diplom oder einjähriger Ausbildung (LPNs) eingeschlossen worden. Durch die Anforderung an RNs mindestens einen Bachelorabschluss aufzuweisen, ist der Anteil an CHNs ohne hochschulische Qualifizierung inzwischen zurückgegangen (Schofield et al., 2011; Valaitis et al., 2014).

Auffallend bei den zahlreichen deutschen Fachbeiträgen ist, dass es sich um eine begrenzte Anzahl an Autoren handelt, welche einen Großteil der Artikel auf sich vereinigt. Ihr Engagement hat indes zu einer kontinuierlichen Entwicklung bezogen auf Community Health Nursing in Deutschland geführt: anfangs wurde diskutiert, ob sich der Einsatz akademischer Pflegekräfte im Gemeinde-Setting für die ältere Bevölkerung generell als sinnvoll abzeichnet (Nöbauer et al., 2014), inzwischen wurde der neue Studiengang „Community Health Nursing“ (Primig & Reuschenbach, 2020) vorgestellt. Von ihren eigenen Erfahrungen hingegen berichten in den drei kanadischen Beiträgen jeweils verschiedene Experten (Cairns, 2013; Geller, 2014; Jackson, 2011). Die Fachbeiträge erwähnen aber auch die kanadischen Vereinigungen von Pflegekräften, insbesondere von CHNs (Canadian Public Health Association, 2010; Deitch, 2013; Granger et al., 2018) sowie verschiedene Leitlinien (Athwal et al., 2014; CASN Sub-Committee on Public Health, 2010).

Eine Übersicht der eingeschlossenen Artikel in Bezug auf Autor(en), Jahr, Titel, Land, Studiendesign bzw. Textart, Ziel, Charakteristika der Teilnehmenden, Setting, Untersuchungsgegenstand bzw. Kontext, Erhebungs- und Analyseverfahren sowie die zentralen extrahierten Ergebnisse bieten die Charting tables (Peters et al.). Es wurde je eine Aufstellung für Deutschland (vgl. Anhang 3: Charting table Deutschland) und Kanada (vgl. Anhang 2: Charting table Kanada) erstellt.

Im Folgenden werden die zentralen und für die Arbeit relevanten Ergebnisse der eingeschlossenen Artikel erläutert. Diese sind gegliedert nach Themenfeldern, die sich aus den Einschlusskriterien (vgl. Kapitel 3 Methodik) der Recherche ergeben.

4.1. Blick auf Kanada

Das Berufsbild einer CHN in Kanada lässt sich anhand folgender Themenfelder beschreiben: Qualifikation und Bildung, Kompetenzen, Aufgabenfeld, Rollen und Einsatzgebiete, Zielgruppen der Versorgung, Nutzen für das Gesundheitssystem, interprofessionelle Zusammenarbeit, Politik und Zugehörigkeit zu Pflegevereinigungen. Mittels dieser Kategorien werden die Ergebnisse der Recherche zur kanadischen Situation anschließend präsentiert.

Qualifikation und Bildung

Das von der Canadian Public Health Association (CPHA) (2010) geforderte Qualifikationsniveau für CHNs ist ein Bachelorabschluss. Diesen Abschluss weisen auch die meisten CHNs auf (Hemingway et al., 2013). Sie müssen zudem eine RN, d. h. registriert, sein und können optional eine Zertifizierung in Community Health Nursing erlangt oder einen Master in für Public Health relevanten Studienbereichen absolviert haben. Die Zertifizierung ist über die Canadian Nurses Association (CNA) möglich (Canadian Public Health Association, 2010; Deitch,

2013). Die Canadian Nurses Foundation (CNF) zählt diesbezüglich als wichtige Trägerin für die erweiterte Pflegebildung beispielsweise durch die Bereitstellung von Stipendien (Cairns, 2013). Dies ist essenziell, da die Bachelorabsolventen als Generalisten ausgebildet werden (E. M. Pijl-Zieber, S. Barton, O. A. Awosoga & J. Konkin, 2015b).

Die Ausbildung zur CHN vermittelt Grundkenntnisse für den Einstieg in das Community Health Nursing (CASN Sub-Committee on Public Health, 2010). Neben einem fundamentalen Pflegewissen gehören auch Konzepte sowie Kompetenzen für Community Health Nursing wie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention oder das Verstehen und Einbinden sozialer Determinanten während der täglichen Arbeit zu den Ausbildungsinhalten (Deitch, 2013). Dies ist durch Leitlinien zur Umsetzung einer entsprechenden Ausbildung für die Schools of Nursing³ geregelt. Zu den Anforderungen an die Schools of Nursing zählen Dozenten mit Erfahrung im Bereich Community Health Nursing und die Möglichkeit für Studenten praktische Erfahrungen zu sammeln. Dafür sollen die Wünsche der Studenten bezüglich Praktika berücksichtigt werden. Während der Praktika sollen die Schools of Nursing in Kontakt zu ihren Studenten stehen. Grundsätzlich soll zwischen den Schools of Nursing und den kommunalen Organisationen Einvernehmen über die Tätigkeit sowie die gesetzten Erwartungen bestehen (CASN Sub-Committee on Public Health, 2010).

Dennoch wird eine mangelhafte Vorbereitung der Studenten für das Einsatzgebiet beklagt. Es liegt zudem ein Mangel an geeigneten Hochschulen und Praktikumsstellen vor (Schofield et al., 2011). Diskutiert werden auch traditionelle (z. B. in Home Care, Public Health) und nicht-traditionelle (z. B. in Schulen, Obdachlosenunterkünften, Justizvollzugsanstalten, Polizeistationen, Kirchen oder Synagogen) Praxiseinsätze während der Ausbildung. Der Mangel betrifft v. a. die traditionellen Einsatzgebiete, weshalb vermehrt Praktika in nicht-traditionellen Einrichtungen stattfinden. Ein Grund hierfür ist auch, dass mit dem Ansatz Community Health Nursing – anstatt Community-based Nursing – der Fokus auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Gesellschaftsebene liegt. Die nicht-traditionellen Einsätze ermöglichen das Arbeiten auf Gesellschaftsebene. Jedoch ist bei solchen nicht-traditionellen Einsatzorten meist keine andere CHN vor Ort. Die eigenständige Übertragung sowie Anwendung von Public Health-Konzepten bleibt abstrakt und verlangt den Studenten viel Transferleistung ab. Deshalb besteht die Gefahr, dass die Studenten solche Einsätze nicht wertschätzen und wenig von den realen Arbeitsanforderungen einer CHN erfahren (Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011). Einen zu großen Sprung zwischen Theorie und Praxis bestätigen Pijl-Zieber et. al. (2015b) durch die Ergebnisse ihrer Mixed-Method-Studie. Es sollten daher vermehrt Einsätze in den zwei größten Arbeitsfeldern Public Health und Home Care möglich gemacht werden (ebd.). Auch die

³Der Begriff School of Nursing kann im Deutschen etwa mit einer pflegerischen Fakultät einer Hochschule verglichen werden, d. h. die Schools of Nursing sind an Hochschulen angesiedelt und an ihnen kann eine akademische Pflegeausbildung absolviert werden (Canadian Association of Schools of Nursing [CASN], 2015; Canadian Nurses Association).

Lernmethode Service Learning⁴, die zunächst als Möglichkeit für nicht-traditionelle Einsatzorte angesehen wurde (Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011), stellte sich später als Verstärker der Theorie-Praxis-Lücke bei Studenten heraus. Es wird durch die Herangehensweise keine professionelle Rollenidentität aufgebaut und kein direkter Bezug zu künftigen Einsätzen bzw. Aufgaben hergestellt (E. M. Pijl-Zieber, S. Barton, O. Awosoga & J. Konkin, 2015a). Betont wird wiederum die Möglichkeit der Nutzung von Skills-Labs⁵ oder spezifischen Zusatzzertifikaten während des Studiums (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b).

CHNs benötigen übergreifendes Wissen über Public Health und die primäre Gesundheitsversorgung sowie Kenntnisse aus der Pflege- und der Sozialwissenschaft (Canadian Public Health Association, 2010). Bedarf an weiterer Kenntnisvermittlung zeigt sich bei den berufstätigen CHNs v. a. im Bereich Epidemiologie einschließlich der Überwachung von Infektionskrankheiten. Weiterer Wissensbedarf zeigt sich in folgenden Gebieten: kulturell relevante Kommunikation sowie Pflege, die Gemeindeentwicklung, soziale Gerechtigkeit, Notfallversorgung und Einsatz neuer Technologien in der Pflege (Valaitis et al., 2014).

Die Lernbedürfnisse erfordern gezielte und flexible Schulungen, z. B. auch Online-Schulungen. Eine bessere Koordination von Schulungen und Ausbildung sowie das Hinweisen auf vorhandene Angebote ist gefordert. Benötigt hierfür werden mehr Ressourcen, d. h. finanzielle Mittel, aber auch der Zugang zu den Bildungsangeboten durch die Gewährung ausreichender zeitlicher Ressourcen für die CHNs (Sibbald et al., 2020). Es finden regelmäßig Konferenzen zum Austausch über aktuelle Erkenntnisse aus Recherchen, über Best Practice, zu aktuellen Interessenslagen und Anliegen sowie zum Austausch konstruktiven Feedbacks statt (Granger et al., 2018).

Kompetenzen

Wichtig für den Alltag von CHNs ist es, unabhängig und engagiert arbeiten zu können. Dafür benötigen CHNs u. a. die Kompetenz zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung (Canadian Public Health Association, 2010). Zu den weiteren relevanten Kompetenzen zählt die lebenslange Lernbereitschaft. Das Studium soll die CHNs befähigen, jederzeit kompetent und professionell aufzutreten (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b). Dies zeichnet sich auch vor dem Hintergrund einer hohen professionellen Autonomie und Unabhängigkeit im Arbeitsalltag (Deitch, 2013) sowie eines breiten Einsatzgebiets in der Praxis (Cairns, 2013) als basale Kompetenz ab. CHNs arbeiten sehr eigenständig, oft ohne Rücksprachemöglichkeiten zu Kollegen (Deitch, 2013). Dennoch wird die kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe als

⁴ Unter Service Learning wird verstanden, dass Schüler in einem Projekt einen Dienst für das Gemeinwohl leisten und zeitgleich gelernte Unterrichtsinhalte anwenden. Dabei erlangen die Schüler verschiedenen Kompetenzen (Sliwka, 2004).

⁵ Der Begriff Skills-Lab setzt sich aus den Worten Skill für Können oder Geschick und Lab bzw. Laboratory für Untersuchungsraum zusammen. Damit ist ein Trainingsraum gemeint, in welchem realitätsnah praktische Tätigkeiten für den späteren klinischen Alltag vermittelt und geübt werden können (St. Pierre & Breuer, 2013).

positive Kompetenz angesehen (Domm & Urban, 2020). Grundlegende Kompetenzen für CHNs sind in den Core Competencies for Public Health in Kanada festgeschrieben. Damit ist die Mehrheit der CHNs in Kanada vertraut, auch weil diese mittlerweile Teil des Lehrplans für Pflegestudenten sind (Sibbald et al., 2020). Durch die Vereinigung Community Health Nurses of Canada (CHNC) wurde außerdem das CHN Leadership Institute zum Ausbau der Führungskapazitäten durch die Förderung der Führungskompetenzen entwickelt (Granger et al., 2018)

Aufgabenfeld

Im Jahr 2010 wurde von der CPHA ein Dokument veröffentlicht, welches die Funktion einer CHN grundlegend beschreibt. Darin werden u. a. folgende Aufgaben einer CHN genannt: Gesundheitsfürsorge und Krankheitsprävention, Durchführung von Gemeinde-Assessments zur Ermittlung des Gesundheitsstatus einer Bevölkerungsgruppe, Ermittlung des Handlungsbedarfs, Gesundheitserziehung sowie auch Notfallvorsorge. CHNs sind gesundheitliche Interessensvertreter der zu betreuenden Bevölkerung. Sie zeichnen sich außerdem durch ihre Mitwirkung an Forschungsprojekten und die Weitergabe ihres Wissens aus (Canadian Public Health Association, 2010). Auch die Ausprägung Home Care Nurse (Erläuterung des Begriffs vgl. nächster Absatz „Rollen und Einsatzgebiete“) wird mit einem sehr abwechslungsreichen, von den Bedürfnissen der Zielgruppen abhängigen Aufgabenspektrum beschrieben. Hierunter fallen Aufgaben wie Diabetes-Management, Überwachung von Heimsauerstoffversorgung, Wundmanagement, die Gestaltung von Programmen für ältere Menschen sowie Palliativversorgung (Geller, 2014). Die Gesundheitsförderung und -bildung gehen aus einer gesamtkanadischen Studie als die häufigsten Haupttätigkeiten von CHNs hervor (Sibbald et al., 2020). Auch Hemingway et. al. (2013) benennen die Aufbereitung und Veröffentlichung gesundheitsbezogener Literatur für die Bevölkerung als wichtige Aufgaben. Für sie gehört zum Aufgabenfeld außerdem die Einführung von Impfprogrammen. Die Konsequenz, dass sich die Arbeit der CHNs zunehmend auf Impfungen unter steigender Arbeitsbelastung, begrenzten Ressourcen und mangelnder Autonomie konzentriert, wird von der Berufsgruppe selbst als negativ beurteilt. Die Arbeit besteht vermehrt aus Aufgaben, die sofort sichtbar sind und wahrgenommen werden, wie beispielsweise Impfungen und Krankheitskontrollen. Die kurzfristig unsichtbaren Aufgaben der Gesundheitsprävention, welche das ursprüngliche Aufgabenfeld ausmachen, bewältigen die CHNs aus Eigeninitiative freiwillig und zusätzlich. Durch kontinuierliche Dokumentation und Präsenz in der Gemeinde soll auf diesen wichtigen Tätigkeitsbereich, dessen Nutzen nicht immer sofort erkennbar ist, aufmerksam gemacht werden (Domm & Urban, 2020). Als negative Entwicklung zeichnet sich weiterhin ab, dass zunehmend Krankenhausleistungen in die Gemeinde verlagert werden. Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem, was unter Community Health Nursing zu verstehen ist, da lediglich in der Gemeinde lokalisierte medizinische, aber nicht den Bedürfnissen der Gemeinde entsprechende Leistungen

angeboten werden. Auch Schofield et al. (2011) machen den Wunsch der CHNs deutlich, zurück zum traditionellen Verständnis von Community Health Nursing zu gelangen, um patientenorientiert Gesundheitsleistungen erbringen zu können. Ein weiterer Beitrag einer CHN verdeutlicht auch die angespannte Situation in den abgelegenen Teilen Kanadas, wo eine CHN oft als alleinige medizinische Ansprechpartnerin vor Ort für über 500 Einwohner zuständig ist. Diese Verantwortung geht einher mit langen Arbeitszeiten und ständiger Rufbereitschaft (Jackson, 2011). Der Einsatz moderner Informationstechnologie wurde bereits 2010 in der qualitativen Studie von Meagher-Stewart et al. (2010) gefordert.

Rollen und Einsatzgebiete

Sehr häufig sind CHNs bezogen auf Gesamtkanada in Public Health Units bzw. Departments oder in Home Health-Agenturen tätig. Weitere Einsatzgebiete im Primary Care Setting sind in Arztpraxen, Community oder Mental Health Centers (Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011; Valaitis et al., 2014) sowie auch in Schulen und Jugendzentren (Canadian Public Health Association, 2010). In Studien, die sich nur auf einzelne Provinzen bzw. Regionen beziehen, werden zusätzlich Straßenkliniken (Alberta, New Brunswick Prince Edward Island vgl. Hemingway et al. (2013)), Justizvollzugsanstalten, Angebote für Gesundheit am Arbeitsplatz (New Brunswick vgl. Deitch (2013)) oder auch verschiedene Abteilungen von Gesundheitsämtern (Ontario vgl. Athwal et al. (2014)) genannt. In abgelegenen ländlichen Gemeinden fungieren CHNs oft als einziger lizenzierter Vertreter des Gesundheitssektors (Cairns, 2013). Generell ist in Kanada eine Verlagerung im Gesundheitswesen vom Krankenhaus in das Gemeindeumfeld und von Krankenpflege hin zu Gesundheitsförderung sowie -prävention zu beobachten (Schofield et al., 2011). Die häufigsten Rollenausprägungen im Primary Care Setting sind Public Health Nurses und Home Health Nurses – beide können als Community Health Nurses bezeichnet werden (Valaitis et al., 2014).

Zielgruppen der Versorgung

Als grundsätzliche Zielgruppe von CHNs wird die Gesamtbevölkerung angesehen (Canadian Public Health Association, 2010; Geller, 2014; Hemingway et al., 2013). CHNs konzentrieren sich in ihrer Arbeit teilweise auf Individuen, Familien, Gemeinden oder bestimmte Bevölkerungsgruppen, die gesundheitsbezogene Bedürfnisse haben (Deitch, 2013; Granger et al., 2018). Bei Home Care Nurses liegt der Schwerpunkt meist auf der älteren Bevölkerung (Geller, 2014).

Nutzen für das Gesundheitssystem

Als übergeordnetes Ziel nennen die CHNs, durch stetiges Vorantreiben der Community Health Nursing-Praxis die Gesundheit aller Kanadier zu verbessern (Granger et al., 2018). Kurzfristig steht die Gesundheit der einzelnen Klienten im Vordergrund, langfristig soll die Gesundheit auf

Gemeindeebene verbessert werden (Deitch, 2013). Damit einhergehen soll auch ein verbessertes Gemeinschaftsleben und mehr soziale Gerechtigkeit (Canadian Public Health Association, 2010).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Was interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Zusammenarbeit im Allgemeinen angeht, zeigen sich Erkenntnisse bezogen auf das Miteinander innerhalb der Einrichtungen, in denen CHNs angestellt sind. Vermehrt wird der Einfluss der Managementebene benannt. Darunter werden Führungskräfte bis hin zum Geschäftsführer verstanden (Athwal et al., 2014; Domm & Urban, 2020; Schofield et al., 2011). Ihnen wird zugeschrieben eine evidenzbasierte effektive Planung durchzuführen, Fürsprecher bei Stakeholdern wie angesehenen Gemeinde- und Regierungsvertretern zu sein, Interdisziplinarität und Kooperationen zu fördern sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den CHNs zu praktizieren. Eine wertschätzende Führung, die es den CHNs ermöglicht ihre Kompetenzen optimal anzuwenden und die gleichzeitig die Bedürfnisse der Gemeinde im Blick hat, wird gefordert. Voraussetzung dafür ist, dass das Management über Erfahrung im Public Health-Sektor verfügt (Meagher-Stewart et al., 2010). Jedoch stellen Schofield et al. (2011) fest, dass der Großteil des Managements nicht aus dem Pflegesektor kommt. Die durch fachfremdes Management erlassenen Richtlinien führen zur zunehmenden Konzentration auf Impfungen, zu höherer Arbeitsbelastung und -verdichtung bei begrenzten Ressourcen der CHNs (Domm & Urban, 2020).

Außerdem wird für die vollständige Ausübung der Tätigkeit einer CHN auch der Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Partnern eine große Bedeutung zugeschrieben (Canadian Public Health Association, 2010). Die Hausärzte als Partner und Multiplikatoren stellen wichtige Unterstützer der CHNs dar (Meagher-Stewart et al., 2010). Der Bekanntmachung des Berufsbildes der CHN in der Bevölkerung muss die Kooperation der Hochschulen und Praxispartner vorangehen, um potentiellen Bewerbern den Berufseinstieg zu erleichtern (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b). Für das kontinuierliche Lernen im Beruf spielt die Zusammenarbeit mit anderen Beschäftigten im Public Health-Sektor eine wichtige Rolle (Athwal et al., 2014).

Politik und Pflegevereinigungen

Von Seiten der CHNs bestehen zahlreiche Forderungen an die Politik. Zum einen handelt es sich um finanzielle Forderungen, beispielsweise für mehr Forschung im Bereich Community Health Nursing (Schofield et al., 2011) oder für Schulungen, Bildung und nationale Datenbanken (Meagher-Stewart et al., 2010; Sibbald et al., 2020). Zum anderen verlangen die CHNs von den Entscheidungsträgern der Politik eine verstärkte Wahrnehmung ihrer Probleme und Bedürfnisse. Diese sollen die Entwicklung und Anpassung an die veränderten Gesundheitsbedürfnisse unterstützen (Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011; Schofield et al., 2011) und Fürsprecher der CHNs sein (Meagher-Stewart et al., 2010). Bemängelt wird, dass bei personellen

Wechseln auf Regierungsebene neu eingeführte Strukturen oft wieder zurückgenommen werden und Rückschritte eintreten (Schofield et al., 2011).

Außerdem erheben die CHNs Ansprüche gegenüber den Arbeitgebern. Sie sollen evidenzbasierte Ansätze, kontinuierliche Bildung, Verständnis für Weiterbildungsbedarf und ausreichend Zeit sowie Ressourcen befürworten und gewährleisten (Schofield et al., 2011). Zeitmangel, Kosten und umständliche Genehmigungsprozesse werden als Barrieren zur Weiterbildung gesehen (Sibbald et al., 2020).

Als große Ressource der CHNs zeichnen sich die verschiedenen Vereinigungen aus. Die Mitgliedschaft im Verband CHNC, welcher der CNA zugehört, ist auf freiwilliger Basis für alle CHNs Kanadas möglich. Durch die Vereinigung haben die CHNs eine gemeinsame Stimme, um beispielsweise in der Politik Veränderungen bewirken zu können. Außerdem werden dadurch die Entwicklung von Dokumenten und Leitfäden (z. B. Blueprint for Action for Community Health Nursing in Canada) zur Unterstützung des Praxisalltags sowie die Weiterbildung gefördert und vorangetrieben (Deitch, 2013; Granger et al., 2018). Durch die CHNC werden auch Umfragen unter den Mitgliedern durchgeführt, um die Entwicklungen zu evaluieren. So wurde auch festgestellt, dass erstellte Dokumente und Leitfäden zur Orientierung im Alltag, für die Professionalisierung und zur (Fort-)Bildung nützlich sind. Zwecks einheitlicher Tätigkeitsbeschreibungen und Definitionen arbeiten die verschiedenen Vereinigungen wie die CHNC und die CPHA auch zusammen (Granger et al., 2018).

Ein gravierendes Problem ist der Fachkräftemangel im Pflegebereich, der sich gleichermaßen auf die Berufsgruppe der CHNs auswirkt (Jackson, 2011; Schofield et al., 2011). Anzustreben ist daher, ein überzeugendes Profil mit wichtigen Stakeholdern für eine Social-Marketing-Strategie zu entwickeln. Auch die Professionalisierung soll durch Zertifizierungen vorangetrieben werden (Schofield et al., 2011).

4.2. Blick auf Deutschland

Beim Blick auf Deutschland werden hinsichtlich der Vergleichbarkeit dieselben Kategorien wie für Kanada angewendet. Die Kategorie „Einstellung der Bevölkerung“ wird aufgrund der Datenlage ergänzt. Gemäß dieser Kategorisierung werden die Rechercheergebnisse der deutschen Situation im Folgenden dargestellt.

Qualifikation und Bildung

In Deutschland besteht Konsens über den benötigten Masterabschluss einer CHN. Dies ist festgelegt in einem Positionspapier, welches für die deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich und Schweiz gilt. Durch das angestrebte Bildungsniveau erreichen CHNs in Deutschland den Status einer APN (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und

Pflegeforschung, 2019). Diese Entwicklung befürworteten bereits im Jahr 2010 befragte Experten zum Thema Entwicklungspotential des Pflegeberufes (Lücke, 2010). Das entsprechende Studium kann an fünf deutschen Hochschulen absolviert werden und beschäftigt sich mit Inhalten wie Ethik und Forschungsmethoden sowie Gesundheits- und Daseinsvorsorge (Primig & Reuschenbach, 2020). „Case und Care Management, Forschung und Innovation, Sozialraumorientierung und Vernetzung sowie Populationsorientierung und Partizipation“ zählen zu den Themenfeldern, die die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar beispielsweise als elementar ansieht (Völkel & Weidner, 2020, S. 327). Die Hochschule Vallendar gehört zu einer der drei Hochschulen, die im Rahmen der Implementierung des Masterstudiengangs „Community Health Nursing“ – entwickelt vom Deutschen Verband für Pflegeberufe, der Agnes-Karll-Gesellschaft und der Robert-Bosch-Stiftung – gefördert werden. Diese drei Hochschulen verfolgen das gleiche Verständnis von Community Health Nursing, welches im Rahmen des Projektes zur Entwicklung des neuen Masterstudiengangs in einer Machbarkeitsstudie erarbeitet wurde. Die beiden anderen Studiengänge ergänzen das Angebot im Bereich Community Health Nursing mit eigenen Konzepten (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Interprofessionelles Lernen wird als Teil dieses Masterstudiums angesehen (Daugardt, Söhngen, Budroni & Knecht, 2020). Die Ergebnisse einer nordrhein-westfälischen Studie betonen darüber hinaus generell mehr Berücksichtigung des Gemeindeumfeldes und des Arbeitsgebiets Community Health Nursing in der Pflegeausbildung (Röhnsch & Hämel, 2019).

Kompetenzen

Zu den Kompetenzen, die im neuen Studiengang „Community Health Nursing“ erlangt werden sollen, zählen die „selbständige Bearbeitung komplexer Aufgaben und Problemstellungen, eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen, verantwortliche Leitung von Gruppen oder Organisationen, Darstellung des Verantwortungsbereichs in einem interdisziplinären Team [und die] eigenständige Erschließung von Wissen zur Bewältigung neuer Aufgaben“ (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019, S. 9–10). Als weitere spezifische Kompetenzen werden wissenschaftsbasierte klinische und kommunale Kompetenzen zur Prävention, Diagnostik, Behandlung, Unterstützung und Begleitung von Menschen unterschiedlicher Zielgruppen v. a. im eigenen Zuhause bzw. in der Gemeinde genannt (ebd.; Völkel & Weidner, 2020). Forderungen an die Pflege im Bereich der Kompetenzen gehen auch aus der qualitativen Studie von Röhnsch und Hämel (2019) hervor: Kompetenzen im Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften im Gemeinwesen sowie für ein erweitertes Methodenrepertoire.

Aufgabenfeld

Grundsätzlich sind die verschiedenen Aufgaben abhängig vom Umfeld, in welchem die CHNs arbeiten. Sie werden auch als erweiterte Aufgaben – im Vergleich zu den generellen Aufgaben nicht speziell qualifizierter Pflegekräfte – bezeichnet. Hierzu zählen Diagnose und Kontrolle bezogen auf Routinetätigkeiten, Koordinierung und Therapie-Management, Versorgungsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, Leitung und Entwicklung, der Einsatz neuer Technologien, Beratung und Schulung sowie ein Bindeglied zwischen Primärversorgungszentren und kommunalen Einrichtungen zu sein. Als zentrale Ausrichtung aller Tätigkeiten wird die Patientenorientierung angesehen (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Die Forderung nach den nun mit dem Masterstudiengang neu angesiedelten Aufgaben der Pflege wurde bereits durch Veröffentlichungen ab 2010 deutlich. Beispielsweise sah es Lücke (2010) bereits als sinnvoll an, den Pflegekräften teilweise ärztliche Aufgaben zu übertragen, ihnen somit mehr Gesamtverantwortung zu geben und damit auch die Hausärzte zu entlasten. Dies bekräftigten 2014 auch Nöbauer et. al., indem sie die Sorge für ältere Menschen in der Gemeinde und die Koordination von ehrenamtlichen gemeindenahe und niederschweligen Angeboten für Ältere als Aufgabenfelder akademisch gebildeter Pflegekräfte ansehen. Sie beschreiben außerdem die Planung von seniorenrechten und gesundheitsförderlichen Angeboten als einen gesetzlichen Auftrag für die Pflege. Auch ein weiterer Fachbeitrag, der sich mit dem Community Health Wheel als Methode zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs in einer Kommune befasst, stellte schon 2015 ein zusätzliches Aufgabenfeld fest: die Entwicklung und Begleitung von Erhebungs- und Veränderungsprozessen für zukunftsweisende Versorgungsstrukturen (Reuschenbach et al., 2015). Für Primig und Reuschenbach (2020) zeigt auch die Corona-Pandemie viele Aufgabenfelder für CHNs auf. Aus der gemeindeorientierten und niedrighschweligen Ausrichtung kann ein hoher Nutzen für das Gesundheitssystem gezogen werden.

Rollen und Einsatzgebiete

Bei den möglichen Rollen und Einsatzgebieten handelt es sich momentan um spekulative Ansätze, da die CHNs in Deutschland noch nicht in der Praxis tätig sind. Denkbare Einsatzgebiete sind in der Primärversorgung erster Ansprechpartner für Diagnostik, Behandlung und Vermittlung, außerdem in der Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz v. a. chronisch kranker Menschen oder im Bereich Public Health zur Prävention und Gesundheitsförderung von Bevölkerungsgruppen. In der weiteren Zukunft ist angestrebt, CHNs auch in der Langzeitversorgung einzusetzen. Generell wird hierbei als wichtig angesehen, dass es sich um ein niedrighschwelliges Angebot handeln muss, d. h. beispielsweise mit guter Erreichbarkeit und nutzerfreundlichen Öffnungszeiten (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Einen möglichen Ansatzpunkt für die

Etablierung erster Einsatzfelder kann die moderne Hospizbewegung darstellen. Sie besteht bereits seit Jahrzehnten und ist gut verankert. Als zukünftiges Teilgebiet von Community Health Nursing werden Arbeitsplätze in der Palliativversorgung als wertvolle Einstiegsmöglichkeiten gesehen (Völkel & Weidner, 2020).

Zielgruppen der Versorgung

Als mögliche Zielgruppen werden entsprechend der Einsatzgebiete vulnerable Personen bzw. Personengruppen angesehen. Dazu zählen beispielsweise alte, alleinstehende oder geflüchtete Menschen. Grundsätzlich sind CHNs Ansprechpartner für alle Menschen einer Region (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019).

Nutzen für das Gesundheitssystem

Durch neue Konzepte in der Primärversorgung mit erweiterten Aufgaben sowie Tätigkeiten der Pflege wird ein grundsätzlicher Nutzen für das Gesundheitssystem gesehen (Hämel, Stein Backes, Giovanella & Büscher, 2017). Konkret sieht die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (2019) mit der Etablierung von CHNs die Entlastung von Hausärzten – vgl. auch Lücke (2010) – und die Verbesserung der Versorgung v. a. chronisch kranker Menschen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Sektorenübergreifend in multiprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten gehört zum Rollenverständnis einer CHN (Primig & Reuschenbach, 2020). Für die Harmonisierung von Pflege und Medizin wird gefordert, dass die noch bestehenden Hierarchien abgeflacht (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019), Rollen und Verantwortlichkeiten geklärt (Budroni, Daugardt & Ohms, 2020; Primig & Reuschenbach, 2020) und Begegnungen auf Augenhöhe erreicht werden müssen (Lücke, 2010). Zudem soll es nicht nur die Delegation ärztlicher Aufgaben, sondern vermehrt auch Substitution⁶ geben (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Es wird mehr Anerkennung innerhalb der gesamten Gesundheitsprofessionen gefordert (Budroni et al., 2020).

Einstellung der Bevölkerung

Patienten zeigen sich grundsätzlich gegenüber akademisierten Pflegekräften in der Versorgung, auch an Stelle von Ärzten, aufgeschlossen (Budroni et al., 2020). Dennoch wird eine fehlende Wahrnehmung der pflegerischen Berufsgruppe im gemeindenahen Sektor im Vergleich zu Anbietern wie Pflegeheimen oder Pflegediensten und Ärzten beklagt (Nöbauer et al.,

⁶ Der Begriff Substitution beschreibt eine Möglichkeit des „arbeitsteiligen Verhältnisses von ärztlicher zu nicht-ärztlicher, insbesondere pflegerischer Tätigkeit“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2010, S.2). Dabei wird mit der Tätigkeit auch die Verantwortung an die Pflegekräfte übergeben, anders als bei der Delegation, bei welcher der Arzt verantwortlich bleibt. Eine weitere Steigerung von Delegation und Substitution stellt die Allokation dar. Dabei handelt es sich um eine vollständige Verschiebung einer Tätigkeit in den Zuständigkeitsbereich einer anderen Berufsgruppe, d. h. um eine Neuansiedlung einer Tätigkeit (ebd.).

2014). Auch seitens der Bevölkerung bzw. der Patienten müssen erweiterte Aufgaben der Pflege bekannt und folglich anerkannt werden, sodass CHNs künftig ihrer Funktion gemäß adäquat agieren können (Budroni et al., 2020).

Einfluss von Politik und höheren Ebenen

Für die dauerhafte Etablierung von CHNs muss die Finanzierung geklärt werden. Verschiedene Optionen liegen vor, wie eine Finanzierung über Versicherungen (z. B. die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention über die Krankenversicherung sowie Beratung von pflegenden Angehörigen über die Pflegeversicherung) oder andere Budgets (z. B. Förderprogramme des Bundes und Projektfinanzierungen durch Stiftungen oder Fördervereine) (Budroni et al., 2020). Bezogen auf die Aufgabenzuteilung und Verantwortungsübernahme sind rechtliche Regelungen notwendig, die beispielsweise modellhafte Inhalte der Heilkundeübertragungsrichtlinie generell festlegen. Auch die Frage, ob der Pflegebereich bemächtigt wird, eigene Leistungen abrechnen zu können, muss diskutiert werden (Lücke, 2010). Um innerhalb des Gesundheitssektors sowie bei der Bevölkerung im Allgemeinen für Bekanntheit des neuen Berufsbildes zu sorgen, wird politischer Einsatz gefordert. Aber auch die Hochschule als Institution soll die neuen Absolventen als Vorreiter unterstützen. Noch während des Studiums sollen Arbeitsplätze entwickelt und eingerichtet werden. Durch ständige Begleitforschung soll die Entwicklung evaluiert werden (Primig & Reuschenbach, 2020).

5. Diskussion

Im vorangegangenen Teil wurden die recherchierten rollentypischen Merkmale des Community Health Nursing in Deutschland und Kanada dargestellt. Diese Ergebnisse können vielseitig diskutiert werden. Der Schwerpunkt der Diskussion dieser Arbeit richtet sich jedoch auf das zu Beginn formulierte Ziel der Arbeit. Deshalb sollen nun die Ergebnisse gegenübergestellt werden, um die unterschiedlichen Erfahrungen und Entwicklungsstände vergleichen zu können. Der Vergleich soll aufzeigen, welcher Nutzen aus den gesammelten Erfahrungen Kanadas für die Entwicklung in Deutschland gezogen werden kann.

5.1. Gegenüberstellung Kanada und Deutschland

Im Folgenden werden die in der vorliegenden Arbeit gewonnenen relevanten Erkenntnisse zur Rollenbeschreibung der CHNs in Deutschland und Kanada betrachtet.

Als Grundlage für den Vergleich dient das grundsätzlich gleiche Verständnis von Community Health Nursing in Kanada und Deutschland. Beide Länder sehen identische Hauptaufgaben der CHNs, wie beispielsweise Prävention und Gesundheitsfürsorge sowie Beratung und Schulung zur Gesundheitsbildung der Zielgruppen (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019; Canadian Public Health Association, 2010; Sibbald et al., 2020). In Kanada besteht für den Community Health Nursing-Alltag die Forderung moderne Informationstechnologien einzubinden (Meagher-Stewart et al., 2010). Diese Forderung findet sich im bereits vorgesehenen Aufgabenfeld „Einsatz neuer Technologien“ für zukünftige CHNs in Deutschland wieder (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019), was angesichts der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen (Lux et al., 2017) zeitgemäß und angemessen für den neuen Studiengang zu sein scheint. Durch das gemeinsame basale Aufgabenspektrum ergibt sich auch im geforderten Kompetenzbereich eine sehr große Schnittmenge. So sollen CHNs in beiden Ländern u. a. Selbstständigkeit, Teamfähigkeit, Lernbereitschaft und eine evidenzbasierte Handlungs- sowie Entscheidungsfähigkeit aufweisen (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019; Canadian Public Health Association, 2010; E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b).

Außerdem bestehen Parallelen bei den Zielgruppen der Versorgung. Grundsätzlich steht in den beiden Ländern die Gesamtbevölkerung im Mittelpunkt. Schwerpunktmäßig werden jedoch ausgewählte Bevölkerungsgruppen durch die CHNs versorgt (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019; Canadian Public Health Association, 2010). Durch die fokussierten Bevölkerungsgruppen ergeben sich mögliche Einsatzgebiete für die CHNs. Auch wenn es sich in Deutschland um vorerst geplante Einsatzgebiete handelt, sind zu den derzeit in Kanada praktizierten Tätigkeiten Überschneidungen denkbar. Denn in Deutschland werden Stellen in der Primärversorgung angestrebt (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019), welche sich mit denen im Primary Care-Setting in Kanada decken (Valaitis et al., 2014).

Ein erster Unterschied zeigt sich in den Rollenausprägungen und verschiedenen Pflegekraftbezeichnungen, die in Kanada bestehen. Wie bereits erläutert, existiert in Kanada nicht nur die Bezeichnung CHN, sondern auch die der Public Health Nurse (PHN). Darüber hinaus wird als spezielle Ausprägung einer CHN die Home Health Nurse genannt (ebd.). Es zeichnet sich ein uneinheitliches Bild ab, welches die Rollenbeschreibung verkompliziert, vor allem auch für Patienten wirkt das Angebot unübersichtlich. Die CHNs in Kanada selbst stellten bereits die Forderung nach einheitlicherer Gestaltung (Schofield et al., 2011).

Der Blick auf die derzeitigen Aufgaben, welche die CHNs in Kanada verstärkt übernehmen müssen, legt ein verändertes Aufgabenspektrum im Vergleich zu dem traditionellen Verständnis offen. Die kanadischen CHNs beklagen eine zunehmende Konzentration auf

Impfprogramme. Sie sehen sich in ihrer Autonomie eingeschränkt und können ihre ursprünglichen Aufgaben kaum mehr in ihre tägliche Arbeit integrieren (Domm & Urban, 2020). Im Vergleich zu Deutschland, wo die CHNs ihre Arbeit noch nicht aufgenommen haben, wird sowohl eine Chance als auch ein Risiko durch die aktuelle Situation deutlich. Für die Eingliederung der Berufsgruppe eröffnen sich durch die Corona-Pandemie viele Aufgabenfelder. Die Pandemie kann somit einerseits als Chance gesehen werden, da der Bedarf an einem gemeindeorientierten Ansatz mit Bezug zur Bevölkerung gesehen wird (Primig & Reuschenbach, 2020). Andererseits besteht die Gefahr einer mit Kanada vergleichbaren Entwicklung. Das geplante Aufgabenspektrum etabliert sich nicht und die Rolle muss anders als ursprünglich vorgesehen ausgeübt werden. Angesichts der gegenwärtigen pandemiebedingten Impfziele (Stufenplan) ergibt sich ein verstärkter Bedarf an medizinisch-pflegerischem Personal (Robert Koch Institut, 2021). Durch die erweiterten und delegierten Aufgaben kämen auch CHNs in Frage, diesem Bedarf entsprechend eingesetzt zu werden.

Vor dem Hintergrund des Hausärztemangels, vor allem in den ländlichen Regionen Deutschlands (Grobeck et al., 2018), ist eine weitere Entwicklung Kanadas zu betrachten. Denn dort sind CHNs auch als alleinige medizinische Ansprechpartner für ganze Orte mit ca. 500 Einwohnern zuständig (Jackson, 2011). Dies stellt keine Situation dar, an der sich Deutschland orientieren sollte. Zum einen unterscheidet sich das kanadische Verständnis einer ländlichen Region hinsichtlich der Abgeschlossenheit und infrastrukturellen Ausstattung stark von deutschen Verhältnissen (Cairns, 2013). Die deutschen ländlichen Regionen sind im Vergleich gut an medizinische und pflegerische Versorgung angebunden. Zum anderen sollen CHNs in Deutschland gemäß des Projektplans zu APNs ausgebildet werden. Eine APN ist im pflegerischen Sektor verankert. Sie soll erweiterte Aufgaben übernehmen, jedoch nur in einem routinisierten und standardisierten Rahmen, der es ihr ermöglicht, Diagnosen zu stellen und Kontrollen durchzuführen (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019).

Ein Nutzen für das Gesundheitssystem in Kanada soll durch das Vorantreiben der Praxis und die Verbesserung der Gesundheit der Kanadier erzielt werden. Dieses Ziel kann ein möglicher Grund für die Aufgabenverschiebung sein. Denn durch Impfungen wird ein direkt spürbarer Nutzen erreicht. Dieser Ansatz deckt sich mit dem kurzfristigen Ziel, die Gesundheit jedes Einzelnen zu verbessern und auch langfristig damit die Gesundheit der Gemeinden zu fördern (Deitch, 2013). Nicht außer Acht gelassen werden darf für diese Ziele jedoch auch das traditionelle Aufgabenspektrum der CHNs. Denn es ist anzunehmen, dass sich beispielsweise Krankheitsprävention und Gesundheitsfürsorge sowie Beratung und Schulung für Gesundheitsbildung zumindest langfristig positiv auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung auswirken. Der Blick auf Deutschland zeigt, dass womöglich bedingt durch die am Anfang stehende Entwicklung die deutschen Ziele einen verstärkt problemlösungsfokussierten Ansatz haben.

In Deutschland soll zunächst das Gesundheitssystem entlastet werden. Hausärzte sollen durch die erweiterten Aufgaben der CHNs unterstützt werden. Chronisch Erkrankte, welche das System stark belasten, sollen eine zusätzliche Anlaufstelle der Versorgung erhalten (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Durch die Gegenüberstellung wird klar, dass durch die kanadische Zielverfolgung die CHNs stärker befähigt werden, ihr volles Aufgaben- und Kompetenzspektrum auszuüben sowie ihre Zielgruppen anzusprechen.

Beim deutsch-kanadischen Vergleich bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit der CHNs werden Unterschiede deutlich. Die kanadischen CHNs bemängeln kein Problem in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitssektors, wie beispielsweise den Ärzten, sondern die Interaktion mit der Managementebene wird kritisch gesehen. Dies deutet auf grundsätzliche Akzeptanz der CHNs hin. Die Managementebene beeinflusst jedoch maßgeblich das Aufgabenfeld und die von den kanadischen CHNs kritisierte Aufgabenverschiebung (Domm & Urban, 2020). Trotz der Einschränkungen durch die Manager erfahren die CHNs in Kanada Anerkennung durch medizinisches Personal. Ihnen wird eine große Verantwortung, z. T. für die Versorgung gesamter Orte, zugeschrieben (Jackson, 2011). Anders gestaltet sich die Situation in Deutschland. Auseinandersetzungen mit der Managementebene, z. B. über administrative Details, spielen noch keine Rolle. Hier müssen sich die CHNs zunächst Anerkennung innerhalb der gesamten Gesundheitsprofessionen verschaffen (Budroni et al., 2020). Die Ärzte müssen von ihrer hierarchischen Position absehen und ein kollegiales Miteinander auf Augenhöhe akzeptieren (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019). Neben der persönlichen Ebene muss ebenso auf gesetzlicher Ebene die Gleichstellung z. B. bezogen auf die Aufgabenzuweisung geregelt werden. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie stellt diesbezüglich zunächst eine temporäre Lösung durch mögliche Modellversuche dar (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Der starke Einfluss der Managementebene in Kanada sollte bei der Entwicklung in Deutschland außerdem nicht unbeachtet bleiben. Die kanadischen Erfahrungen zeigen, dass bei der Rollenetablierung alle Ebenen einer Organisation mitgenommen werden müssen. Die Einstellung der Arbeitgeber ist essenziell für die Arbeitsbedingungen der CHNs.

Wiederum den Arbeitgebern übergeordnet und ausschlaggebend ist der Einfluss der Politik. Durch die kanadischen Erfahrungen stellt es sich für die CHNs als notwendig heraus, konstant mit politischen Vertretern, die sich für Community Health Nursing einsetzen, Kontakt zu halten. Denn in Kanada sind durch personellen Wechsel auf Regierungsebene scheinbar geklärte, aber noch nicht gesetzlich verankerte Entscheidungen bereits wieder in Vergessenheit geraten (Schofield et al., 2011). Die kanadischen CHNs verfügen über eine starke berufspolitische Vertretung. Die verschiedenen Vereinigungen zeichnen sich als große Ressource aus. Diese tragen nicht nur zu politischen Veränderungen, sondern auch zur Bildung und Gestaltung des

Praxisalltags der CHNs bei (Granger et al., 2018). Als Nachteil kann die große Anzahl an Zusammenschlüssen gesehen werden. So besteht zum einen ein Zusammenschluss der PHNs und zum anderen ein weiterer der CHNs. Gemeinsam sind sie bemüht, eine einheitliche Rol-
lendefinition festzulegen (ebd.). Es bleibt auf den ersten Blick trotzdem ein uneinheitliches Bild bestehen. Für einen Zusammenschluss spricht zudem das stärkere Auftreten als großer Verbund. In Deutschland hingegen sind die Pflegeberufe allgemein schwach in politischen Gremien vertreten. Beispielsweise sind im Gemeinsamen Bundesausschuss, der wichtige Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen fällt, keine pflegerischen Vertreter abgeordnet. Statt dieser sind die Ärzte und Kassenverbände gut aufgestellt. Vorteilhaft für eine gemeinsame Stimme ist in Kanada die verpflichtende Registrierung, um als Pflegekraft generell arbeiten zu können (Canadian Public Health Association, 2010). Für Umfragen beispielsweise ist die Erreichbarkeit der Berufsgruppe durch die Registrierung gesichert, sodass aus einem Stimmungsbild auch eine mehrheitliche Meinung abgeleitet werden kann. In Deutschland besteht die Möglichkeit für alle Pflegekräfte freiwillig dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DbfK) beizutreten (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V., 2021). In weniger als einem Drittel der Bundesländer bestehen bzw. werden Pflegekammern gegründet (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V., 2020). Hier wird deutlich, dass Deutschland noch am Anfang steht, aber Fortschritte in der Professionalisierung und Positionierung der Berufsgruppe macht. Durch eine stärkere politische Stimme und mehr Aufmerksamkeit können bestehende Forderungen, z. B. geklärte Aufgabenzuteilung, Verantwortungsübernahme und Abrechnungsberechtigung (Lücke, 2010) womöglich zum Vorteil der CHNs geregelt werden.

Als allgemeines Problem in Kanada wird der Fachkräftemangel angesehen. Als Lösungsansätze werden eine Social-Marketing-Strategie und die Zusammenarbeit mit Stakeholdern genannt (Schofield et al., 2011). Aufgrund der vergleichbaren Situation in Deutschland (Watzka, 2018) scheint die Übernahme dieser Ansätze sinnvoll. Das Berufsbild CHN könnte durch mögliche geregelte Arbeitszeiten ohne Schichtdienst (Jackson, 2011), abwechslungsreiche Tätigkeiten und die akademische Ausbildung (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019) Anreize für Schulabsolventen oder Pflegekräfte darstellen, in den Pflegektor einzusteigen bzw. sich darin weiter zu qualifizieren.

Der Aspekt Qualifikation zeigt unterschiedliche Anforderungen in den beiden Ländern auf. Während in Kanada ein Bachelorabschluss die Regel ist, wird in Deutschland das Master-Niveau gefordert (Canadian Public Health Association, 2010). In Kanada werden die Studenten deshalb mehr zum Generalisten ausgebildet (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b) und müssen sich durch Weiterbildung und Zertifizierung spezielles Wissen aneignen (Canadian Public Health Association, 2010). Für ein besseres Grundwissen zum Thema Community Health Nursing wurde bereits eine Leitlinie für die Schools of Nursing zur Umsetzung einer

entsprechenden Ausbildung eingeführt (CASN Sub-Committee on Public Health, 2010). Erschwerend kommt hinzu, dass geeignete Praktikumsstellen nur mangelhaft vorhanden sind. Ihnen wird jedoch für die Rollenidentifikation und ein besseres Vorstellungsvermögen von künftigen Aufgaben eine große Bedeutung im Pflegestudium zugeschrieben (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015a). Da in Deutschland durch das Masterstudium vertiefte Inhalte gelehrt werden (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019), ist anzunehmen, dass einige der in Kanada vorherrschenden Probleme in Deutschland nicht auftreten dürften. Dennoch liegen auch in Deutschland keine Praktikumsstellen vor, da es noch keine praktizierenden CHNs gibt. Daraus ergibt sich auch in Deutschland eine Schwelle für den Einstieg in das Berufsfeld. Die Bedeutung von Social-Marketing für Community Health Nursing wird erneut hervorgehoben. Sinnvoll erscheint deshalb der Ansatz, den Praxisort Gemeinde und Community Health Nursing bereits in die nicht-hochschulische Pflegeausbildung in Deutschland einzubinden (Röhnsch & Hämel, 2019). Dadurch kann grundlegendes Interesse geweckt werden und es können potenzielle Studenten für das Berufsbild CHN gewonnen werden. Die ersten Absolventen sind Vorreiter in ihrem Fach und benötigen eine gute Vorbereitung und nachhaltige Unterstützung. Der kanadische Vorschlag Skills-Labs (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b) in die Ausbildung einzubinden, kann eine mögliche realitätsnahe Übungsform darstellen und den künftigen CHNs dazu verhelfen, mehr Selbstbewusstsein für ihr Arbeitsleben zu gewinnen. Deutschland selbst strebt auch interprofessionelles Lernen für das Masterstudium an (Daugardt et al., 2020).

Neben den bereits diskutierten inhaltlichen Ergebnissen sollen nun die formalen Aspekte der eingeschlossenen Artikel gegenübergestellt werden.

Ein Blick auf die von den Artikeln behandelten Länder bzw. Provinzen oder Bundesländer zeigt Unterschiede zwischen Deutschland und Kanada. Während sich die kanadischen Veröffentlichungen meist nur auf einzelne Provinzen beziehen, sind die deutschen Artikel auf ganz Deutschland ausgerichtet. Manche kanadischen Provinzen weisen eine hohe Präsenz in den Publikationen auf. Auslöser dafür ist u. a., dass sie sich durch interne Regelungen von den restlichen Provinzen teilweise abgrenzen. Dazu zählt beispielsweise Ontario, welches in viele Veröffentlichungen einbezogen ist und das auch in Umfragen stark vertreten ist (Sibbald et al., 2020). Ontario ist durch eine eigene Pflegevereinigung getrennt von anderen Provinzen organisiert (Registered Nurses' Association of Ontario, 2021). In Kanada besteht bezogen auf einige Regelungen und Organisationen ein „Flickenteppich“. Das System ist deshalb zum Teil schwer zu überblicken und sehr uneinheitlich. Deutschland, welches bezüglich gesetzlicher Regelungen und berufspolitischer Organisationen der Pflege noch am Anfang der Entwicklung steht, kann diesem Bild entgegenwirken. Ansatzpunkte sind der DbfK mit seinen deutschlandweiten Forderungen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.,

2020) oder auch das Projekt zur Entwicklung des Masterstudiengangs für Deutschland (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019).

Die größte Gruppe der Befragten in den kanadischen Studien bilden die CHNs selbst. Neben ihnen werden außerdem Vertreter der Managementebene und Dozenten der Schools of Nursing einbezogen. Es werden dadurch Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven auf das Berufsbild einer CHN gewonnen. Beispielsweise wurden auch Dozenten zum Thema nicht-traditionelle Praxiseinsätze befragt und sind zu der Einschätzung gekommen, dass diese weniger effektiv für die Studierenden sind. Sie bekräftigten damit die Aussage der Studierenden auch aus einer anderen Perspektive (E. M. Pijl-Zieber et al., 2015b). Ähnliche Ansätze verfolgten auch die Wissenschaftler in ihren Studien zur deutschen Situation. Zu den Befragten zählten Berufsgruppen, die dem Tätigkeitsfeld nahestehen und später mit CHNs zusammenarbeiten werden. Dadurch, dass der Masterstudiengang „Community Health Nursing“ erst während der Erstellung dieser Arbeit gestartet wurde (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019), können noch keine CHNs selbst in Studien befragt werden. Für zukünftige Forschungsvorhaben scheint es sinnvoll, sofern bereits CHNs Praxiserfahrung gesammelt haben, diese selbst und auch andere relevante Berufsgruppen einzuschließen. Da die CHNs in Deutschland zunächst Bekanntheit und Anerkennung erlangen müssen, ist es vorteilhaft diese Berufsgruppen in Forschung und Evaluation einzuschließen.

Durch die kontinuierliche Veröffentlichung von kanadischen Studien sowie Artikeln zeigt sich, dass das Berufsbild der CHNs einen für die Forschung interessanten Gegenstand darstellt. Das Tätigkeitsprofil ist in Kanada bereits fest etabliert, und es findet eine dauerhafte Entwicklung statt. Diesbezüglich ist der Einfluss der kanadischen Pflegevereinigungen, wie z. B. der CHNC oder der CPHA, nicht außer Acht zu lassen. In Deutschland zeigen sich parallel zur Entwicklung des Masterstudiengangs (ebd.) ebenso vermehrt Veröffentlichungen zum Thema Community Health Nursing. Das heißt, auch in Deutschland gewinnt Community Health Nursing mehr Aufmerksamkeit. Für die fortlaufende Entwicklung, Etablierung und Konsolidierung sollte nach kanadischem Vorbild am Forschungsinteresse festgehalten werden. Dadurch kann die Professionalisierung der Pflege stetig vorangetrieben werden.

Auch die eingeschlossenen Textarten und deren Verteilung auf die beiden Länder lassen darauf schließen, dass Kanada und Deutschland an unterschiedlichen Punkten in der Rollenentwicklung stehen. Kanada zeigt eine Vielzahl an wissenschaftlichen Artikeln und Studien auf, die durch meist große Teilnehmerzahlen (vgl. Anhang 2: Charting table Kanada) in den Befragungen ernstzunehmende Ergebnisse liefern. Dies unterstreicht, dass der Beruf der CHN fest etabliert ist und sowohl bei der Bevölkerung als auch im professionellen Gesundheitssektor bekannt ist. Wie bereits vermutet, könnte hierbei die ausgeprägte berufspolitische Organisation innerhalb der gesamten Pflegeberufe in Kanada eine wichtige Rolle spielen. Vereinigungen wie die CNA, die PHNC oder die CHNC bieten den CHNs in Kanada mit eigener Lobby

großen Rückhalt. Einige Schritte in der Entwicklung zurück liegt Deutschland. Forscher stellen durch ihre qualitativen Ansätze Fragen, wie das Berufsbild einer CHN eingegliedert werden kann und versuchen die Forderungen oder Vorstellungen involvierter Berufsgruppen zu ergründen (Lücke, 2010; Röhnsch & Hämel, 2019). Auch die Einstellung der Bevölkerung gegenüber CHNs und die Wahrnehmung dieser wird in Fachbeiträgen angesprochen (Budroni et al., 2020; Nöbauer et al., 2014). In Deutschland muss zunächst erreicht werden, dass jeder die gleiche Vorstellung vom Berufsbild CHN hat. Dennoch zeigt sich durch die wenigen, aber engagierten Autoren ein einflussreicher Personenkreis, der als Fürsprecher der CHNs in Deutschland eine wichtige Stellung einnimmt. Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DbfK) als Mitinitiator des Projektes zur Entwicklung des Masterstudiengangs „Community Health Nursing“ (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung, 2019) zeigt sich als großer Befürworter der Entwicklung. Erste Grundsteine für den Aufbau einer berufspolitischen Interessensvertretung der CHNs in Deutschland scheinen gesetzt zu sein.

5.2. Methodendiskussion mit Limitationen

Als methodische Stärke dieses Scoping Reviews kann die konsequente Orientierung an den Vorgaben des Joanna Briggs Institute gesehen werden. Durch die Einhaltung dieser Rahmenbedingungen wurde ein grundlegender wissenschaftlicher Anspruch erfüllt. Es wurde sowohl ein Review-Protokoll als auch Charting tables begleitend zur Datenextraktion aus den eingeschlossenen Artikeln zur besseren Nachvollziehbarkeit angefertigt. Demgegenüber erfolgten Recherche und Ergebniszusammenfassung nur durch eine Autorin. Es ist anzunehmen, dass die wahrscheinliche Fehleranfälligkeit höher ist als bei der Durchführung durch mehrere Personen. Da diese Arbeit jedoch mit dem Ziel der Erlangung der Bachelor-Qualifikation verfasst wurde, konnte bei Unklarheiten Rücksprache mit weiteren qualifizierten Personen (Kommilitonen, Dozentin) gehalten werden. Der bereits genannte formale Rahmen der Arbeit begrenzte außerdem den zeitlichen Rahmen. Die Auswahl der durchsuchten Datenbanken musste folglich eingegrenzt werden. Es wurden mit CINAHL und PubMed jedoch fachlich relevante Datenbanken gewählt. Durch die breit angelegte Suche mit sehr umfassenden Suchbegriffen konnten zudem zahlreiche Treffer erzielt werden. Außerdem konnten mittels Schneeballsystems weitere Treffer in den Referenzlisten gefunden werden. Allerdings kann durch das Vorgehen nicht ausgeschlossen werden, dass weitere relevante Publikationen nicht eingeschlossen wurden. Bei den eingeschlossenen Artikeln handelte es sich in wenigen Fällen um Studien mit kleineren Teilnehmerzahlen. Da es sich bei dieser Arbeit jedoch um eine Übersichtsarbeit und nicht um eine streng wissenschaftliche Empfehlung zur Durchführung einer pflegerischen

Intervention handelt, scheint dies den Bedingungen angemessen zu sein. Zuletzt ist anzumerken, dass die Beschränkung auf deutsche und englische Veröffentlichungen weitere französischsprachige Treffer ausgeschlossen haben könnte, da in Kanada neben der englischen Sprache Französisch zweite Amtssprache ist.

6. Empfehlungen für die Praxis

Ziel dieser Arbeit ist es, aus der Gegenüberstellung der rollentypischen Merkmale einer CHN durch den Vorsprung Kanadas Empfehlungen für die weitere Entwicklung und Etablierung des Berufsbildes in Deutschland abzuleiten. Im Folgenden werden diese Empfehlungen dargestellt.

Die Forderung nach einer stärkeren Vertretung der Pflege im Allgemeinen wird deutlich. Die Pflege-Lobby sollte größer werden und im Diskurs die politische Einflussnahme stärken. Hierfür bieten die freiwilligen Berufsverbände eine Grundlage. Jedoch sollten diese verstärkt Mitglieder werben. Ebenso sollte die deutschlandweite Etablierung von Pflegekammern vorangetrieben werden. Neben gesamt-pflegerischen Zusammenschlüssen scheint zusätzlich die Gründung einer Untergruppierung speziell für die Stimme der CHNs sinnvoll. Dabei sollten Bemühungen für deutschlandweite Bestimmungen und Rahmenbedingungen angestrebt werden. Auch die Berufsbezeichnung sollte bundesweit einheitlich sein. Sowohl auf professioneller Ebene als auch für die Bevölkerung wird damit eine bessere Übersicht geschaffen und ein „Flickenteppich“ vermieden. Für die politische Entscheidungskraft ist es zudem wichtig, mit überzeugten Entscheidungsträgern zusammenzuarbeiten. Eine konstante Vertretung bei politischen Entscheidungen ist anzustreben. Gesundheitspolitische Ziele, die mit der Einführung von CHNs gesetzt werden, sollten es den CHNs ermöglichen, ihre Funktion im vollen Umfang ausüben zu können. Politische Vorgaben dürfen nicht zum Hindernis von CHNs werden.

Um dies zu ermöglichen, spielt auch das kollegiale Miteinander mit Ärzten und anderen Vertretern des Gesundheitssektors eine bedeutende Rolle. Das Ziel sollte Zusammenarbeit auf Augenhöhe sein, um Autonomie und Verantwortung zu erlangen. Deshalb soll vor allem die Managementebene stark in den Aufbau des Berufsbildes eingebunden werden. Dadurch können spätere Konflikte vermieden werden. Da sich die CHNs zunächst etablieren müssen, brauchen sie Durchsetzungsvermögen und müssen von der Notwendigkeit ihrer Funktion überzeugt sein. So können sie erreichen, als CHN zu agieren, wie es mit dem Projekt zum Masterstudiengang angestrebt wird. Auch wenn durch die aktuelle Pandemie womöglich Kompromisse in der anfänglichen Aufgabenzuteilung eingegangen werden müssen, sollen die CHNs ihre Forderungen stellen. Abgesehen von der Pandemie, sind CHNs als APNs dem Pflegebereich zugeordnet und deutlich abzugrenzen von Ärzten. Im Rahmen von ANP übernehmen sie

erweiterte Aufgaben und können dadurch Hausärzte entlasten. Sie sind und bleiben aber weiterhin Pflegekräfte. Der Ärztemangel kann dennoch als Chance für die Etablierung des Berufs genutzt werden.

Für die Verankerung der neuen Rolle im deutschen Gesundheitssystem ist zudem begleitendes Social-Marketing erforderlich. Das Berufsbild kann als Möglichkeit gesehen werden, mehr Arbeitskräfte für den Pflegesektor zu gewinnen und die Fluktuation in diesem Bereich gering zu halten. Der Pflegesektor sollte stets durch werbliche Maßnahmen unterstützt werden, beispielsweise bereits während der Ausbildung. Hinsichtlich der stetigen Professionalisierung der Pflege braucht die Rolle kontinuierliche Forschung und Evaluation. In die Forschung sollten möglichst alle betroffenen Berufsgruppen eingeschlossen werden. Somit können Probleme auf vielen Ebenen erkannt und Lösungen rechtzeitig gefunden werden. Für die Berufspraxis ist auch die Einbindung moderner Informationstechnologien sinnvoll. Außerdem sollen im Studium praxisnahe Lernmöglichkeiten wie Skills-Labs angeboten werden. Ebenso stellt interprofessionelles Lernen einen sinnvollen Ansatz für das Studium dar. Bald sollten Praktika in Einrichtungen mit CHNs ermöglicht werden.

7. Fazit

Aus dieser Übersichtsarbeit gehen zahlreiche Informationen zur Rolle einer CHN sowohl in Kanada als auch in Deutschland hervor. Durch den offenen Forschungsansatz konnte eine umfangreiche Datenbasis erzielt werden und die zu Beginn formulierte Frage, welche rollentypischen Merkmale CHNs in Kanada sowie in Deutschland haben, detailliert beantwortet werden. Es zeigte sich ein grundlegend übereinstimmendes Verständnis der Aufgabenfelder, Kompetenzen, Zielgruppen der Versorgung und der Einsatzgebiete der CHNs in Deutschland und Kanada. Aus der Gegenüberstellung der unterschiedlichen Erfahrungen über den angestrebten Nutzen für die Gesundheitssysteme, die aktuellen Aufgabenverschiebungen, den politischen Einfluss, die berufspolitischen Organisationen, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Qualifikationsanforderungen konnten für Deutschland Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Berufsbildes abgeleitet werden. Das in dieser Arbeit gesetzte Forschungsziel konnte somit erreicht werden.

Die gewonnenen Ergebnisse und Schlussfolgerungen bedeuten für die Forschung sich mit dem Thema CHN in Deutschland weiterhin zu beschäftigen. Hinsichtlich der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflegebereich wäre es beispielsweise interessant, Erhebungen mit Ärzten über deren Meinung und Forderungen an das Berufsbild CHN durchzuführen. Für die Akzeptanz des Berufs durch die Bevölkerung sollte erforscht werden, ob die englische Bezeichnung des Berufs einen Einfluss ausübt und inwieweit die Bezeichnung ggf. durch einen

deutschen Begriff ersetzt werden sollte. Auch ein Blick auf die Etablierung anderer Berufsbilder sollte ins Auge gefasst werden. Wenn keine deutschen Vorbilder vorliegen, könnten internationale Kooperationen für Praxiseinsätze im Studium zur besseren Rollenidentifikation beitragen.

Künftige Chancen, aber auch Herausforderungen werden sowohl für die Pflegepraxis als auch für das Pflegemanagement und die Pflegepädagogik deutlich, da sie alle für die Etablierung der CHNs relevante Bereiche sind. Diese Bereiche, also die Pflege selbst muss sich für CHNs aussprechen, damit die gesamte Berufsgruppe einen Schritt in die Richtung einer eigenen Profession machen kann.

Literaturverzeichnis

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung. (2018). *Community-Health-Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin.
- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen* (2. Aufl.). Berlin.
- All Star Directories. (2016). *Registered Nurse vs. Licensed Practical Nurse*. Zugriff am 03.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.allnursingschools.com/articles/registered-nurse-vs-licensed-practical-nurse/>
- Armstrong, U. (2013). *MoNi, VERAH und AGnES: Modellprojekte zur Entlastung von Hausärzten* | Medscape: WebMD LLC.
- Athwal, L., Marchuk, B., Laforêt-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L. & LaSalle, M. (2014). Adaptation of a best practice guideline to strengthen client-centered care in public health. *Public Health Nursing, 31*(2), 134–143. <https://doi.org/10.1111/phn.12059>
- Baird, L. M. G. & Miller, T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British Journal of Community Nursing, 20*(5), 233–242. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.5.233>
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (2021, 7. Februar). *Generalistische Pflegeausbildung - Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*. Zugriff am 07.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung/>
- Beske, F., Drabinski, T. & Golbach, U. (2005). *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern. Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen* (Schriftenreihe, Bd. 104). Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H. & Schrems, B. (Hrsg.). (2018). *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (Pflegewissenschaft, Bd. 2, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Brieskorn-Zinke, M. (2007). *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit* (Pflegepraxis). Stuttgart: W. Kohlhammer. Verfügbar unter: <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1774035>
- Budroni, H., Daugardt, K. & Ohms, R. (2020). Community Health Nursing – Pflege in der Primärversorgung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74*(3), 27–32. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-3-27>
- Bundesgesundheitsministerium. (Stand 2015, 24. Juli). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesetzblatt Teil I*. Zugriff am 07.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>

- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Das deutsche Gesundheitssystem: Leistungsstark. Sicher. Bewährt*. Berlin.
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2005). *Zahlen und Fakten: Die soziale Situation in Deutschland*, Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 14.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/>
- Cairns, E.-R. (2013). Paying it forward: why we need to support our profession and one another. *Canadian Nurse*, 109(8), 40.
- Canadian Association of Schools of Nursing. (2015, 21. August). *CASN/ACESI Mission*. Zugriff am 12.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.casn.ca/about-casn/casnacesi-mission/>
- Canadian Nurses Association.. *Nursing Programs in Canada*. Zugriff am 12.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/education/nursing-programs-in-canada>
- Canadian Nurses Association.. *The Practice of Nursing*. Zugriff am 13.01.2021. Verfügbar unter: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing>
- Canadian Public Health Association. (2010). *Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada. Roles and Activities*. Ontario.
- Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V. (2020). *Flexible Altenhilfe - Gemeindeschwestern Teuschnitz*, Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V. Zugriff am 18.10.2020. Verfügbar unter: <https://caritas-kronach.de/einrichtungen/beratung/flexible-altenhilfe---gemeindeschwestern-teuschnitz>
- CASN Sub-Committee on Public Health. (2010). *Guidelines for Quality Community Health Nursing Clinical Placements for baccalaureate nursing students*.
- Daugardt, K., Söhngen, J., Budroni, H. & Knecht, C. (2020). Masterstudiengang „Community Health Nursing“ Herausforderungen und Problemlage des deutschen Gesundheitssystems. *Österreichische Pflegezeitschrift: Organ des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband*, 73(1), 30–33. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=141408804&lang=de&site=ehost-live>
- DBfK, ÖGKV, SBK. (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKB und SBK*.
- Deitch, P. (2013). Community health nurses of Canada. *Info Nursing*, 44(1), 47. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107999628&lang=de&site=ehost-live>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V., Köhler-Roth, I. (Mitarbeiter). (2020). *Pflegekammer - DBfK*. Zugriff am 11.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V., Köhler-Roth, I. (Mitarbeiter). (2021, 11. Februar). *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK*. Zugriff am 11.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/>
- Domm, E. & Urban, A. M. (2020). Public health nurse perceptions of evolving work and how work is managed: A qualitative study. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(8), 2017–2024. <https://doi.org/10.1111/jonm.13058>
- Geller, L. (2014). NURSE TO KNOW. Speaking her language. Hopedale's Sophie Pamak has strong ties to her community and her culture. *Canadian Nurse*, 110(6), 33–35. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=102414236&lang=de&site=ehost-live>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2021, 13. Februar). *Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V - Gemeinsamer Bundesausschuss*. Zugriff am 13.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>
- Gerlinger, T. (2018, 8. Juni). Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik – Essay | APuZ. *Bundeszentrale für politische Bildung*. Zugriff am 13.01.2021. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/apuz/270312/baustelle-gesundheitssystem-aktuelle-herausforderungen-in-der-gesundheitspolitik-essay?p=all>
- Granger, M., Schofield, R., Fox, J., Dilworth, K. E., Whyte, N., Thompson, K. et al. (2018). Three Decades of Professional Nursing Leadership: The Impact of the Community Health Nurses of Canada. *Nursing Leadership*, 31(4), 63–73. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25754>
- Grobecker, C., Krack-Rober, E., Pötzsch, O. & Sommer, B. (2018). *Auszug aus dem Datenreport 2018. Kapitel 1 Bevölkerung und Demografie*.
- Hämel, K., Stein Backes, D., Giovanella, L. & Büscher, A. (2017). Familiengesundheitsstrategie in Brasilien -- Profilierung der Pflege in der Primärversorgung. *Pflege & Gesellschaft*, 22(1), 35–51. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=121071925&lang=de&site=ehost-live>
- Health Canada (Hrsg.). (2016). *Canada's health care system*. Zugriff am 08.01.2021. Verfügbar unter: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- Hemingway, A., Aarts, C., Koskinen, L., Campbell, B. & Chassé, F. (2013). A European union and Canadian review of public health nursing preparation and practice. *Public Health Nursing*, 30(1), 58–69. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01048.x>
- Jackson, E. (2011). Care in a cold climate. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987, 25(18), 64. <https://doi.org/10.7748/ns2011.01.25.18.64.p4410>
- Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. (2013). *New JBI Levels of evidence*.

- Köhlen, C. & Friedemann, M.-L. (2016). *Pflege von Familien. Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis* (EUROPA-Fachbuchreihe für Berufe im Gesundheitswesen, 1. Auflage). Haan-Gruiten: Verlag Europa-Lehrmittel.
- Lücke, S. (2010). Public health service in rural areas -- a chance for the increase of professionalism of nursing? *Pflegewissenschaft*, 12(5), 283–287. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105204975&lang=de&site=ehost-live>
- Lux, T., Breil, B., Dörries, M., Gensorowsky, D., Greiner, W., Pfeiffer, D. et al. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 687–703. <https://doi.org/10.1007/s10273-017-2200-8>
- Meagher-Stewart, D., Underwood, J., MacDonald, M., Schoenfeld, B., Blythe, J., Knibbs, K. et al. (2010). Organizational Attributes That Assure Optimal Utilization of Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 27(5), 433–441. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00876.x>
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Schneider, S. (Mitarbeiter). (2020, 18. Oktober). *Gemeindeschwesterplus*. Zugriff am 18.10.2020. Verfügbar unter: <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindeschwesterplus/>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & The Prisma Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS medicine*, 6(7).
- Nöbauer, B., Reuschenbach, B., Maun, H. & Maier, R. (2014). New nursing responsibility fields. What communities for the elderly can do [Neue Aufgabenfelder für die Pflege. Was Gemeinden für ältere Menschen tun können]. *Pflegezeitschrift*, 67(11), 678–681.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. Chapter 11: Scoping reviews. In *JBI Manual for Evidence*. Zugriff am 06.10.2020. Verfügbar unter: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- E. M. Pijl-Zieber, S. Barton, O. Awosoga & J. Konkin. (2015a). Disconnects in pedagogy and practice in community health nursing clinical experiences: Qualitative findings of a mixed method study. *Nurse Education Today*, 35(10), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.012>
- E. M. Pijl-Zieber, S. Barton, O. A. Awosoga & J. Konkin. (2015b). Nursing Students Achieving Community Health Competencies through Undergraduate Clinical Experiences: A Gap Analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2015-0022>
- Pijl-Zieber, E. M. & Kalischuk, R. G. (2011). Community Health Nursing Practice Education: Preparing the Next Generation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.2250>
- Primig, M. & Reuschenbach, B. (2020). Community Health Nursing in der Gemeinde: Mitten drin statt nur dabei. *Pflege Zeitschrift*, (11), 54-57.

- Registered Nurses' Association of Ontario (Hrsg.). (2021, 14. Februar). *About RNAO*. Zugriff am 14.02.2021. Verfügbar unter: <https://rnao.ca/about>
- Reuschenbach, B., Maier, R., Nobauer, B. & Maun, H. (2015). Needs of the elderly in communities. Uncovering nursing fields [Im Fokus: Bedürfnisse älterer Menschen in Gemeinden. Handlungsfelder aufdecken]. *Pflege Zeitschrift*, 68(1), 46–48.
- Robert Koch Institut. (2021). *Stufenplan der STIKO zur Priorisierung der COVID-19-Impfungen*.
- Röhnsch, G. & Hämel, K. (2019). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350–365. Verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=139433560&lang=de&site=ehost-live>
- Schofield, R., Ganann, R., Brooks, S., McGugan, J., Dalla Bona, K., Betker, C. et al. (2011). Community health nursing vision for 2020: shaping the future. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), 1047–1068. <https://doi.org/10.1177/0193945910375819>
- Sibbald, S., Jegatheeswaran, J., Pocock, H. & Penney, G. (2020). A National Survey of Educational and Training Preferences and Practices for Public Health Nurses in Canada. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(1), 25–31. <https://doi.org/10.3928/00220124-20191217-06>
- St. Pierre, M. & Breuer, G. (2013). *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-29436-5>
- Statista GmbH. (2021). *Kanada - Altersstruktur bis 2019 | Statista*, Statista GmbH. Zugriff am 31.12.2020. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77192/umfrage/altersstruktur-in-kanada/>
- Swider, S. M., Krothe, J., Reyes, D. & Cravetz, M. (2013). The Quad Council practice competencies for public health nursing. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 30(6), 519–536. <https://doi.org/10.1111/phn.12090>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. & Wharton, G. A. (Blümel, M. & Busse, R., Hrsg.). (2020). *International Health Care System Profiles - Germany*, The Commonwealth Fund. Zugriff am 24.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Valaitis, R. K., Schofield, R., Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Martin-Misener, R., Underwood, J. et al. (2014). Community health nurses' learning needs in relation to the Canadian community health nursing standards of practice: results from a Canadian survey. *BMC Nursing*, 13, 31. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-31>
- Völkel, M. & Weidner, F. (2020). Community Health Nursing. Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. Verfügbar

unter: https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/2018/Forschung_Projekte/Projekte_Pflegewiss/CHN/APuZ_AuszugCHN_V%C3%B6lkel_Weidner.pdf

Watzka, K. (2018). *Fachkräftemangel in der Pflege. Kritische Situationsbewertung und Skizzierung einer Handlungsalternative* (Jena contributions to economic research, Jahrgang 2018, Heft 2). Jena: Ernst-Abbe-Hochschule Fachbereich Betriebswirtschaft. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/181866>

Weltgesundheitsorganisation. (1978). *Erklärung von Alma-Ata*, Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 14.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.

Weltgesundheitsorganisation. (2017). *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage* (Genf): WHO Document Production Services.

Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

Qualitative Studien – angelehnt an Tabelle 13-2 (Brandenburg et al., 2018)			1
Level of Evidence for Meaningfulness – 3. Single qualitative Study			
1	Autoren	Domm, Elizabeth; Urban, Ann Marie	
2	Studientitel	Public health nurse perceptions of evolving work and how work is managed: A qualitative study	
3	Problematik	Ist die Problematik relevant?	1
4	Forschungsfrage	Wird die Frage klar formuliert?	1
5	Design	Ist dieses Design passend?	1
6		Hat der Autor die Wahl des Designs sinnvoll begründet?	1
7	Literaturanalyse	Wird der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft dargestellt, sind die Quellen nicht älter als 10 Jahre?	0
8	Stichprobe	Ist die zur Beantwortung der Frage geeignete Stichprobe gewählt worden? (Art und Größe, Vergleich zur Grundgesamtheit)	1
9		Wurde eine Poweranalyse zur Überprüfung der Stichprobengröße durchgeführt und war diese ausreichend?	0
10	Methoden zur Datenerhebung	Sind die Methoden angemessen beschrieben worden?	1
11		Sind die Methoden zur Datenerhebung adäquat gewählt worden?	1
12		Ist dies die beste Möglichkeit zur Datenerhebung gewesen?	0
13		Sind die verwendeten Messinstrumente von ausreichender Qualität?	1
14	Ethik	Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?	1
15	Analyse	Sind die Gütekriterien für qualitative Forschung eingehalten worden?	1
16	Ergebnisse	Scheinen die Ergebnisse vollständig?	1
17		Sind ausreichende Informationen zum Verständnis des Settings/ Kontextes vorhanden, um die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse zu klären?	0
18	Diskussion	Bezieht sich die Diskussion auf die Forschungsfrage und die Ergebnisse?	1
19		Scheinen die Ergebnisinterpretationen vollständig und sind keine Alternativen denkbar?	1
20		Beziehen sich die Limitationen auf die Forschungsmethodik und sind sie vollständig?	0
21		Sind die Limitationen in die Schlussfolgerung eingeflossen und können Sie diese nachvollziehen?	0
22	Übertragbarkeit	Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen?	1
23		Werden Bezüge zur Pflegepraxis, -pädagogik oder zum -management hergestellt?	1
24		Werden die Ergebnisse auf passende pflegerische Situationen und Zielgruppen übertragen?	1
25	Zu erreichende Punkte 22		davon erreicht: 16
26			in Prozent: 73

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

	2	3	4	5	6
1	Lücke, S.	Meagher-Stewart D; Underwood J; MacDonald M; Schoenfeld B; Blythe J; Knibbs K; Munroe V; Crea M; Lavoie-Tremblay M; Ehrlich A; Ganann R;	Pijl-Zieber, Em M.; Barton, Sylvia; Awosoga, Olu; Konkin, Jill	Röhnsch, Gundula; Hämel, Kerstin	Schofield, Ruth; Ganann, Rebecca; Brooks, Sandy; McGugan, Jennifer; Dalla Bona, Kim; Betker, Claire; Dilworth, Katie; Parton, Laurie; Reid-Haughian, Cheryl; Slepko, Marlene; Watson, Cori
2	Public Health service in rural areas - a chance for the increase of professionalism of nursing?	Organizational Attributes That Assure Optimal Utilization of Public Health Nurses	Disconnects in pedagogy and practice in community health nursing clinical experiences: Qualitative findings of a mixed method study	Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit	Community health nursing vision for 2020: shaping the future
3	1	1	1	1	1
4	1	0	0	1	0
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	0	0
7	1	0	1	0	1
8	0	0	1	0	0
9	0	0	0	0	0
10	1	1	0	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	0	1	1	1
13	0	1	1	0	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	1	1	1	0	1
17	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1
20	0	0	0	0	1
21	0	0	0	0	1
22	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1
25	17	15	17	14	18
26	77	68	77	64	82

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

deskriptive Querschnittsstudien und Korrelationsstudien - angelehnt an Tabelle 13-3 (Brandenburg et al., 2018)			1
Levels of Evidence for Prognosis – Level 3.b Cohort study			
1	Autoren	Babenko-Mould, Yolanda; Ferguson, Karen; Riddell, Thelma; Hancock, Michele; Atthill, Stephanie	
2	Studientitel	Influence of simulated and actual community vaccination clinics on student empowerment and self-efficacy for public health nursing competencies	
3	Problematik	Ist die Problematik relevant?	1
4	Forschungsfrage	Wird die Forschungsfrage klar formuliert?	0
5	Design	Ist dieses Design passend?	1
6		Hat der Autor die Wahl des Designs sinnvoll begründet?	0
7	Literaturanalyse	Wird der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft dargestellt, sind die Quellen nicht älter als 10 Jahre?	1
8	Stichprobe	Ist die zur Beantwortung der Frage geeignete Stichprobe gewählt worden? (Art & Größe, Vergleich z. Grundgesamtheit)	1
9		Wurde eine Poweranalyse zur Überprüfung der Stichprobengröße durchgeführt und war diese ausreichend?	1
10	Methoden z. Datenerh.	Sind die Methoden zur Datenerhebung adäquat gewählt worden?	1
11		Ist dies die beste Möglichkeit zur Datenerhebung gewesen?	0
12		Sind die Methoden angemessen beschrieben worden?	1
13		Sind die verwendeten Messinstrumente von ausreichender Qualität?	1
14	Ethik	Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?	1
15	Analyse	Sind die passenden Analysemethoden eingesetzt worden?	1
16	Ergebnisse	Ist die Stichprobe ausreichend beschrieben worden?	1
17		War die Stichprobe ausreichend groß, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen?	1
18		Sind die Merkmale der Personen, die an der Studie teilgenommen haben, beschrieben worden?	1
19		Wurde eine gültige Aussage auch nur für die entsprechende Personengruppe gemacht?	1
20		Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben worden?	1
21	Diskussion	Bezieht sich die Diskussion auf die Forschungsfrage und die Ergebnisse?	1
22		Scheinen die Ergebnisinterpretationen vollständig und sind keine Alternativen denkbar?	1
23		Liegen keine irrtümlich kausalen Zusammenhänge/ Unterschiede vor?	1
24		Beziehen sich die Limitationen auf die Forschungsmethodik und sind sie vollständig?	1
25		Sind die Limitationen in die Schlussfolgerung eingeflossen und können Sie diese nachvollziehen?	0
26	Verallgemeinerung	Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen?	1
27		Werden Bezüge zur Pflegepraxis, -pädagogik oder zum -management hergestellt?	0
28		Werden die Ergebnisse auf passende pflegerische Situationen und Zielgruppen übertragen?	1
29	Zu erreichende Punkte 26		davon erreicht: 21
30			in Prozent: 81

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

2		3	4
1	Baird, Lisa M. Garland; Miller, Tess	Sibbald, Shannon; Jegatheeswaran, Jathu- son; Pocock, Hayley; Penney, Greg	Valaitis, Ruta K.; Schofield, Ruth; Akhtar-Danesh, Noori; Baumann, Andrea; Martin-Misener, Ruth; Un- derwood, Jane; Isaacs, Sandra
2	Factors influencing evidence-based prac- tice for community nurses	A National Survey of Educational and Training Preferences and Practices for Public Health Nurses in Canada.	Community health nurses' learning needs in relation to the Canadian community health nursing standards of practice: results from a Canadian survey
3	1	1	1
4	1	0	1
5	1	1	1
6	1	0	0
7	0	1	1
8	1	1	0
9	0	0	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	0	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	0	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	0
25	1	0	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	24	20	23
30	92	77	88

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

Systematische Reviews - angelehnt an Tabelle 13-5 (Brandenburg et al., 2018)		
Levels of Evidence for Effectiveness – Level 1b Systematic review of RCTs and other designs		1
Autoren	Hemingway, Ann; Aarts, Clara; Koskinen, Liisa; Campbell, Barbara; Chassé, France	
Studientitel	A European union and Canadian review of public health nursing preparation and practice	
Problematik	Ist die Problematik relevant?	1
Forschungsfrage	Wird die Forschungsfrage klar formuliert?	0
Design	Ist dieses Design passend?	1
	Hat der Autor die Wahl des Designs sinnvoll begründet?	0
Stichprobe/Literaturrecherche	Wird die Literaturrecherche nachvollziehbar beschrieben?	1
	Ist die Auswahl der Studien nachvollziehbar und objektiv?	0
Methoden zur Datenerhebung	Sind die extrahierten Daten adäquat und objektiv gesammelt worden?	0
Analyse	Passt das Verfahren zum Design der eingeschlossenen Studien?	1
	Werden die Studien nachvollziehbar (z.B. tabellarisch) beschrieben?	1
Ergebnisse	Ist die Beurteilung der Studien nachvollziehbar?	0
	Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben?	1
Diskussion	Bezieht sich die Diskussion auf die Forschungsfrage und die Ergebnisse?	1
	Scheinen die Ergebnisinterpretationen vollständig und sind keine Alternativen denkbar?	1
	Beziehen sich die Limitationen auf die Forschungsmethodik und sind sie vollständig?	0
	Sind die Limitationen in die Schlussfolgerungen eingeflossen und können Sie diese nachvollziehen?	0
Verallgemeinerung	Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen?	1
	Werden Bezüge zur Pflegepraxis, -pädagogik oder zum -management hergestellt?	1
	Werden die Ergebnisse auf passende pflegerische Situationen und Zielgruppen übertragen?	1
Zu erreichende Punkte 18		davon erreicht: 11
		in Prozent: 61

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

Mixed-method-Studie – angelehnt an Tabelle 13-2 und 13-3 (Brandenburg et al., 2018)		
Levels of Evidence for Meaningfulness – 2. Qualitative of mixed-methods synthesis		1
Autoren	Pijl-Zieber, Em M.; Barton, Sylvia; Awosoga, Oluwagbohunmi A.; Konkin, Jill	
Studientitel	Nursing Students Achieving Community Health Competencies through Undergraduate Clinical Experiences: A Gap Analysis	
Problematik	Ist die Problematik relevant?	1
Forschungsfrage	Wird die Forschungsfrage klar formuliert?	0
Design	Ist dieses Design passend?	1
	Hat der Autor die Wahl des Designs sinnvoll begründet?	0
Literaturanalyse	Wird der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft dargestellt, sind die Quellen nicht älter als 10 Jahre?	1
Quantitativer Teil		
Stichprobe	Ist die zur Beantwortung der Frage geeignete Stichprobe gewählt worden? (Art und Größe, Vergleich zur Grundgesamtheit)	0
	Wurde eine Poweranalyse zur Überprüfung der Stichprobengröße durchgeführt und war diese ausreichend?	0
Methoden z. Datenerhebung	Sind die Methoden zur Datenerhebung adäquat gewählt worden?	1
	Ist dies die beste Möglichkeit zur Datenerhebung gewesen?	1
	Sind die Methoden angemessen beschrieben worden?	1
	Sind die verwendeten Messinstrumente von ausreichender Qualität?	1
Ethik	Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?	1
Analyse	Sind die passenden Analysemethoden eingesetzt worden?	1
Ergebnisse	Ist die Stichprobe ausreichend beschrieben worden?	1
	War die Stichprobe ausreichend groß, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen?	0
	Sind die Merkmale der Personen, die an der Studie teilgenommen haben, beschrieben worden?	1
	Wurde eine gültige Aussage nur für die entsprechende Personengruppe gemacht?	1
	Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben worden?	1
Qualitativer Teil		
Stichprobe	Ist die zur Beantwortung der Frage geeignete Stichprobe gewählt worden? (Art und Größe, Vergleich zur Grundgesamtheit)	0
	Wurde eine Poweranalyse zur Überprüfung der Stichprobengröße durchgeführt und war diese ausreichend?	0
Methoden z. Datenerhebung	Sind die Methoden angemessen beschrieben worden?	1
	Sind die Methoden zur Datenerhebung adäquat gewählt worden?	1
	Ist dies die beste Möglichkeit zur Datenerhebung gewesen?	0
	Sind die verwendeten Messinstrumente von ausreichender Qualität?	0
Ethik	Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?	1
Analyse	Sind die Gütekriterien für qualitative Forschung eingehalten worden?	1
Ergebnisse	Scheinen die Ergebnisse vollständig?	1
	Sind ausreichende Informationen zum Verständnis des Settings/ Kontextes vorhanden, um die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse zu klären?	1
	Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen?	1
Diskussion	Bezieht sich die Diskussion auf die Forschungsfrage und die Ergebnisse?	1
	Scheinen die Ergebnisinterpretationen vollständig, sind keine Alternativen denkbar?	1
	Beziehen sich die Limitationen auf die Forschungsmethodik, sind sie vollständig?	1
	Sind Limitationen in die Schlussfolgerung eingeflossen, sind sie nachvollziehbar?	0
Übertragbarkeit	Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen?	1
	Werden Bezüge zur Pflegepraxis, -pädagogik oder zum -management hergestellt?	1
	Werden die Ergebnisse auf passende pflegerische Situationen und Zielgruppen übertragen?	1
Zu erreichende Punkte 36		davon erreicht: 26
		in Prozent: 72

Fortsetzung Anhang 1: Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Artikel

Fachbeiträge und Expertenmeinungen									
Levels of Evidence for Effectiveness – Level 5 Expert Opinion and Bench Research									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Au-toren	Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung	Athwal, Lorraine; Marchuk, Brenda; Laforêt-Fliesser, Yvette; Castanza, Joyce; Davis, Lori; LaSalle, Marg	Budroni, Helmut; Daugardt, Katja; Ohms, Raphael	Cairns, Edith-Rose	Canadian Public Health Association	CASN Sub-Committee on Public Health	Daugardt, Katja; Söhngen, Julia; Budroni, Helmut; Knecht, Christiane	Deitch, Patty	Geller, Leah
Titel	Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen	Adaptation of a best practice guideline to strengthen client-centered care in public health	Community Health Nursing – Pflege in der Primärversorgung	Paying it forward: why we need to support our profession and one another	Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada. Roles and Activities	Guidelines for Quality Community Health Nursing Clinical Placements for baccalaureate nursing students	Masterstudien-gang „Community Health Nursing“ Herausforderungen und Problemlage des deutschen Gesundheitssystems	Community health nurses of Canada.	NURSE TO KNOW. Speaking her language

10	11	12	13	14	15	16	17
Granger, Morag; Schofield, Ruth; Fox, Joyce; Dilworth, Katie E.; Whyte, Nora; Thompson, Kate et al.	Hämel, Kerstin; Stein Backes, Dirce; Giovanna, Ligia; Büscher, Andreas	Jackson, Emma	Nöbauer, Brigitta; Reuschenbach, Bernd; Maun, Heike; Maier, Roland	Pijl-Zieber, Em M.; Kalischuk, Ruth Grant	Primig, Miriam; Reuschenbach, Bernd	Reuschenbach, Bernd; Maier, Roland; Nobauer, Brigitta; Maun, Heike	Völkel, Manuela; Weidner, Frank
Three Decades of Professional Nursing Leadership: The Impact of the Community Health Nurses of Canada.	Familiengesundheitsstrategie in Brasilien -- Profilierung der Pflege in der Primärversorgung	Care in a cold climate	New nursing responsibility fields. What communities for the elderly can do	Community Health Nursing Practice Education: Preparing the Next Generation	Community Health Nursing in der Gemeinde: Mitten-drin statt nur dabei	Needs of the elderly in communities. Uncovering nursing fields	Community Health Nursing. Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge

Anhang 2: Charting table Kanada

Autoren, Jahr, Titel, Land	Design/ Textart	Ziel	Charakteristika d. Teilnehmenden & Setting	Untersuchungsgegenstand/ Kontext	Erhebungs- & Analyseverfahren	zentrale extrahierte Ergebnisse
<p>Athwal, Lorraine; Marchuk, Brenda; Laforêt-Fliesser, Yvette; Castanza, Joyce; Davis, Lori; LaSalle, Marg (2014) Adaptation of a best practice guideline to strengthen client-centered care in public health</p> <p>Kanada, Ontario</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>Reflexion der Public Health Praxis mit Individuen, Familien, Gruppen und Bevölkerungsteilen in verschiedenen Einsatzgebieten</p>	<p>-</p>	<p>Einführung einer Best-Practice-Leitlinie zu Kunden-Zentrierter-Pflege angepasst an eine Public Health Einrichtung in Ontario</p>	<p>-</p>	<p>>Anforderungen an die Arbeit einer PHN: Pflegekraft-Klienten-Beziehung als wichtige Voraussetzung für ein maximales Maß an Selbstbestimmung und Teilhabe von Klienten; Handeln gemäß der besten verfügbaren Evidenz ->Umsetzung dessen durch Best-Practice Leitlinien, davon bestehen in Ontario seit 1999 schon knapp 50 >für das Einführen solcher Leitlinien und somit die Verbesserung der Arbeitsqualität von PHNs wird vor allem Unterstützung vom Pflegemanagement auf organisationaler Ebene benötigt >weiterführende Bildung nach der grundständigen Ausbildung z. B. über Leitlinien, im interprofessionellen Kontext mit anderen PH-Beschäftigten >mögliches Einsatzgebiet von PHNs: Health Agencies/Gesundheitsämter mit verschiedenen Abteilungen wie Familiengesundheit, Umgang mit und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten, Förderung der sexuellen Gesundheit, Prävention von chronischen Krankheiten und Verletzungen</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Cairns, Edith-Rose (2013) Paying it forward: why we need to support our profession and one another</p> <p>Kanada, Manitoba</p>	<p>Expertenmeinung</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Bedeutung von Zusammenarbeit, fortbestehender Bildung und Professionalisierung in der Pflege</p>	<p>-</p>	<p>>Einsatzgebiet: in abgelegenen ländlichen Gemeinden als einziger lizenzierter Vertreter des Gesundheitssektors >Beruf mit großer Autonomie und breitem Umfang des Praxisgebiets >Canadian Nurses Foundation als wichtiger Garant für erweiterte Pflegebildung durch Stipendien und Unterstützer für eine starke Pflegegemeinschaft</p>
<p>Canadian Public Health Association (2010) Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada. Roles and Activities</p> <p>Kanada</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Rollenbeschreibung von CHN in Kanada</p>	<p>-</p>	<p>>Qualifikation: Bachelor-Niveau, Mitgliedschaft in einer Pflegekammer, optional: Zertifizierung in Community Health Nursing durch die Canadian Nurses Association und Master-Abschluss Public Health relevanten Bereichen >Aufgaben: Wissen über Public Health; die primäre Gesundheitsversorgung sowie aus Pflegewissenschaft und Sozialwissenschaften vereinen; Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung und der Schutz deren Gesundheit, dafür auch Angebote für Individuen, Familien und Gruppen, evidenzbasierte Entscheidungsfindung; Forschungsbeteiligung; unabhängiges selbstmotiviertes Arbeiten; Wissensweitergabe; Gemeinde-Assessments durchführen zur Ermittlung des Gesundheitsstatus und resultierender Bedarfe; Gesundheitsfürsorge und Krankheitsprävention; Gesundheitserziehung; Notfallvorsorge; Fürsprecher und Unterstützer der Bevölkerung; politisch aktiv sein; Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern >verschiedenste Einsatzgebiete: Community Health Centren, Schulen, Jugendzentren >Nutzen für Gesundheitssystem: verbessertes Gemeinschaftsleben, mehr soziale Gerechtigkeit</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>CASN Sub-Committee on Public Health (2010) Guidelines for Quality Community Health Nursing Clinical Placements for baccalaureate nursing students</p> <p>Kanada</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Grundlagen für Community Health Nursing an Pflegeschulen auf Bachelor-Niveau</p>	<p>>alle Pflegestudenten (Bachelor) kanadischer Pflegeschulen werden ausgebildet, sodass sie Grundkenntnisse für den Einstieg in das Community Health Nursing besitzen >Leitlinien erleichtern den Pflegeschulen die Umsetzung einer entsprechenden Ausbildung mit Praktika im Community-Setting >Anforderungen an die Schulen: die Dozenten haben Erfahrung im Setting, die Studenten haben die Möglichkeit praktische Erfahrungen zu sammeln, während Praktika stehen die Schulen regelmäßig in Kontakt zu den Studenten, Praktikumswünsche der Studenten sollen Berücksichtigung finden, zwischen den Organisationen der Gemeinden und den Pflegeschulen besteht Konsens zu Rollendefinitionen und Erwartungen</p>
<p>Deitch, Patty (2013) Community health nurses of Canada</p> <p>Kanada, New Brunswick</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Die Rolle einer Community Health Nurse in New Brunswick und Vorstellung der Vereinigung Community Health Nurses of Canada</p>	<p>-</p> <p>>Community Health Nurses sind Registered Nurses >Zielgruppen: Individuen, Familien, Gemeinden, Bevölkerungsgruppen >Einsatzgebiete in New Brunswick: Public Health Einrichtungen, im Bereich Community Mental Health, in der ambulanten Pflege (Home Health Nursing), in Justizvollzugsanstalten, in Gemeindegesundheitszentren, im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz und vielem mehr >Ausbildung: fundamentale Pflegebildung und zusätzlich Konzepte und Kompetenzen für Community Health Nursing wie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, soziale Determinanten der Gesundheit verstehen und in die Arbeit einbeziehen >Ziele der Arbeit: kurzfristig die Gesundheit der einzelnen Klienten, langfristig allgemein gesündere Gemeinden >hohe professionelle Autonomie und Unabhängigkeit, eigenständiges Arbeiten ohne Rücksprachemöglichkeiten mit Kollegen</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

						<p>>große Ressource der Berufsgruppe ist der Zusammenschluss der CHN aller Provinzen und Territorien Community Health Nurses of Canada (CHNC), Teil der Canadian Nurses Association (CNA), macht die Berufsgruppe stark, entwickelt Dokumente zur Arbeitsunterstützung/ -erleichterung, fördert Bildung</p> <p>>extra Zertifizierung in Community Health Nursing durch die CNA</p>
<p>Domm, Elizabeth; Urban, Ann Marie (2020) Public health nurse perceptions of evolving work and how work is managed: A qualitative study</p> <p>Kanada Saskatchewan</p>	<p>qualitative Studie</p>	<p>Verstehen wie CHNs ihre sich entwickelnde Arbeit wahrnehmen und wie ihre Arbeit gemanagt wird</p>	<p>Public health nurses aus der Region auf Master und Bachelor Niveau (n=42)</p>	<p>aktueller Stand zum Aufgabenspektrum und Management im CHN-Bereich</p>	<p>Fokusgruppen mit zwei strukturierten Fragen, Datenanalyse durch strukturierte Inhaltsanalyse</p>	<p>>die Richtlinien des Managements beeinflussen die Arbeit der CHNs durch Leitung, Verwaltung und Zuweisung von Arbeit: zunehmende Konzentration auf Impfungen unter steigender Arbeitsbelastung, begrenzten Ressourcen und Autonomie</p> <p>>verändertes Arbeitsfeld führt zu einem Verlust der eigentlichen Aufgaben und verringert den Handlungsspielraum der CHNs</p> <p>>das Aufgabenfeld besteht aus sofort sichtbaren Aufgaben wie Impfungen oder Krankheitskontrollen und aus zunächst unsichtbaren Tätigkeiten wie Untersuchungen in der Gemeinde oder Gesundheitsprävention, auf welche durch Präsenz in der Gemeinde und kontinuierliches Dokumentieren aufmerksam gemacht werden muss</p> <p>>kollegiale Zusammenarbeit beeinflusst die Arbeit von CHNs positiv</p> <p>>Managementaufgabe ist die Kommunikation des Ziels der CHNs und sich für Ressourcen einzusetzen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Geller, Leah (2014) NURSE TO KNOW. Speaking her language</p> <p>Kanada, Labrador</p>	<p>Experteninterview</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Geschichte einer Home Care Nurse von ihren Beweggründen zur Ausbildung bis hin zum heutigen Berufsalltag</p>	<p>-</p> <p>>Bezeichnung: Home Care Nurse >ausreichendes Ausbildungslevel RN Diploma Programm, später noch Bachelor of Nursing degree angeschlossen >sehr abwechslungsreiches Aufgabenspektrum, abhängig von den Bedürfnissen der Menschen: Diabetes Management, Heimsauerstoffversorgung, Wundmanagement und Programme für ältere Menschen, Palliativversorgung >Zielgruppe Gesamtbevölkerung, aber meist ältere Menschen</p>
<p>Granger, Morag; Schofield, Ruth; Fox, Joyce; Dilworth, Katie E.; Whyte, Nora; Thompson, Kate; Betker, Claire; Clarotto, Anne; Butler, Evelyn C. (2018) Three Decades of Professional Nursing Leadership: The Impact of the Community Health Nurses of Canada</p> <p>Kanada</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Entwicklung der Vereinigung Community Health Nurses of Canada (CHNC) und die bisher erzielten Erfolge</p>	<p>-</p> <p>>Entwicklung, Festigung und Stärkung der CHNs in Kanada durch die Vereinigung Community Health Nurses of Canada als Teil der Canadian Nurses Association - freiwillig für alle kanadischen CHNs in den Einsatzgebieten Public Health Nursing, Home Health Nursing und Primary Care Nursing >CHNC: - Stimme für die CHNs Kanadas, auch um politisch etwas bewirken zu können -Ziel: die Praxis vorantreiben und die Gesundheit der Kanadier verbessern - entwickelte ein nationales Profil von CHNs und eine eigene Zertifizierung für CHNs -entwickelt und überarbeitet Dokumente für die Praxis wie die Canadian CHNursing Standards of, Canadian CHNursing Professional Practice Model - laut eigener Umfrage werden diese Dokumente auch im Alltag zur Orientierung, für die Professionalisierung oder zur (Fort-)Bildung genutzt; Handlungsleitfaden (Blueprint for Action for CHNursing in Canada) -macht regelmäßig Umfragen in der Mitgliedschaft, um Entwicklungen zu evaluieren und ein Stimmungsbild für die Zukunft zu erfahren</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

		-	-		-	<ul style="list-style-type: none"> -Zusammenarbeit mit der Canadian Public Health Association für die Definition der Rolle PHN -Entwicklung des CHN Leadership Institute zur Förderung der Führungskompetenzen und zum Ausbau der Führungskapazitäten -Abhalten von regelmäßigen Konferenzen zum Austausch über aktuelle Erkenntnisse, Rechercheerkenntnisse, Best Practice, aktuelle Interessen und Anliegen, um konstruktives Feedback zu erhalten -Förderung der Bildung von CHNs, auch Integration von Community Health Nursing in Undergraduate Education >Zielgruppe von CHNs: Individuen, Familien, Gruppen, Gemeinden, Bevölkerungsgruppen und Systeme
<p>Hemingway, Ann; Aarts, Clara; Koskinen, Liisa; Campbell, Barbara; Chassé, France (2013) A European union and Canadian review of public health nursing preparation and practice</p> <p>Kanada, Alberta, New Brunswick, Prince Edward Island</p>	systematisches Review	Vergleich der Rollen von CHNs und ihrer Vorbereitung in Bezug auf eine 2000 erlassene Empfehlung der WHO		Einsatzgebiete und Ausbildungsniveau von CHNs	<p>Recherche in den Datenbanken BNI, CI-NAHL und MEDLINE ab 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> >CHNs arbeiten meist auf Bachelor-Niveau qualifiziert >bevölkerungsbezogene Arbeit >Einsatzgebiete: Community Health Centers, Straßen-Kliniken, Schulen, Jugendzentren, und in durch Pflegekräften geführten Einrichtungen >Zielgruppe: gesamte Bevölkerung - Familien und Einzelpersonen mit Problemen im Gesundheitsbereich >Aufgaben: Kooperation mit anderen Stellen, Gesundheitsbezogene Literatur für die Bevölkerung aufbereiten und publizieren, Impfprogramme einführen
<p>Jackson, Emma (2011) Care in a cold climate</p> <p>Kanada</p>	Fachbeitrag	-	-	Versorgungssituation in abgelegenen Teilen Kanadas mit Pflege und Medizin	-	<ul style="list-style-type: none"> >CHN oft als alleinige medizinische Ansprechpartner vor Ort für über 500 Menschen eines Ortes >Arbeitszeit von Montag bis Freitag je von 9 bis 17 Uhr, restliche Zeit immer in Bereitschaft >für kulturell geprägte Einsatzgebiete ist diese

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

				und die Aufgaben von Community Health Nurses		Kultur als Lerninhalt der Ausbildung von großer Bedeutung >Mangel an Nachwuchs, keine Kontinuität in der Versorgung
<p>Meagher-Stewart D; Underwood J; MacDonald M; Schoenfeld B; Blythe J; Knibbs K; Munroe V; Lavoie-Tremblay M; Ehrlich A; Ganann R; Crea M (2010) Organizational Attributes That Assure Optimal Utilization of Public Health Nurses</p> <p>Kanada, Atlantic, Quebec, Ontario, Prairies, British Columbia, Northern Canada</p>	qualitative Studie	Erfassen der organisatorischen Bedingungen von CHNs, um deren Arbeit zu verbessern und die volle Ausübung ihrer Praxisfähigkeiten zu ermöglichen	Public Health Nurses und Manager aus urbanen und ländlichen Regionen (n=156)	Rollenentwicklung von CHNs	Fokusgruppen, thematische Analyse nach Miles und Huberman	<p>Forderungen: >Notwendigkeit einer flexiblen und ausreichenden Förderung von Public Health durch eine Regierung, die Fürsprecher von Community Health Nursing ist</p> <p>>Koordination auf nationaler Ebene mit Datenbanken, Forschung und Evaluation</p> <p>>in lokalen Organisationen braucht es klare Ziele, die auch umgesetzt werden, z. B. durch evidente Praxisleitfäden, mit einer Risikobereitschaft auch Neues auszuprobieren, durch eine wertschätzende Führung, die es den CHNs ermöglicht ihr Kompetenzen optimal anzuwenden und orientiert an den Bedürfnissen der Gemeinde</p> <p>>Managementebene: evidenzbasierte effektive Planung mit Evaluation, Fürsprecher bei Stakeholdern, Voraussetzung ist Erfahrung im Public Health Sektor, professionelle Entwicklung durch fachlichen Austausch v.a. auch für Neulinge, Interdisziplinarität und Kooperationen fördern, gemeinsame Entscheidungsfindung mit CHNs</p> <p>>Einbinden von moderner Informationstechnologie</p> <p>>Unterstützung durch Hausärzte als gute Multiplikatoren für die Öffentlichkeit</p> <p>>Organisationen als wichtiger Vermittler zwischen Regierungsebene und Managern in Einrichtungen</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Pijl-Zieber, Em M.; Barton, Sylvia; Awosoga, Olu; Konkin, Jill (2015) Disconnects in pedagogy and practice in community health nursing clinical experiences: Qualitative findings of a mixed method study</p> <p>Kanada, Alberta</p>	<p>qualitative Studie</p>	<p>tieferees Verständnis dafür entwickeln, warum nicht-traditionelle klinische Erfahrungen im Community Nursing eine Theorie- Praxis-Lücke nicht korrigieren – und sie vielleicht unbewusst vergrößern</p>	<p>Pflegestudenten (n=12), Community Health Dozenten (n=11) und Community Health Nurses in Public Health und Home Health (n=17), ausgewählt aus allen über Hochschulen und Einrichtungen für Public Health und Home Care gelisteten Personen in Alberta</p>	<p>Vorbereitung von Community Health Nursing Studenten für die Praxis durch nicht-traditionelle Praxiserfahrungen während der Ausbildung</p>	<p>Fokusgruppeninterviews, thematische Analyse nach Clark und Braun</p>	<p>>Service-Learning für klinische Erfahrungen im Community Health Nursing scheint die Theorie-Praxis-Lücke von Studenten höherer Semester und frischen Absolventen zu verstärken, da diese Erfahrung nicht dazu beiträgt eine professionelle Identität aufzubauen - kein direkter Bezug zu künftigen Rollen und Aufgaben >Studenten, Dozenten und Community Health Nurses scheinen unterschiedliche Werte und Überzeugungen über Pädagogik und Praxis zu haben</p>
---	---------------------------	--	---	--	---	--

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Pijl-Zieber, Em M.; Barton, Sylvia; Awosoga, Oluwagbohunmi A.; Konkin, Jill (2015) Nursing Students Achieving Community Health Competencies through Undergraduate Clinical Experiences: A Gap Analysis Kanada, Alberta</p>	<p>Mixed-Method-Studie</p>	<p>Lücke zwischen gewünschter und beobachtbarer Kompetenz in Community Health bei Pflegestudenten höherer Semester und neuen Absolventen nachweisen und ihre Art genauer beschreiben</p>	<p>Studenten, Dozenten und Pflegekräfte, die im Setting Community Health Nursing arbeiten bzw. es im Studium lernen (quantitativer Studienteil: nStudenten= 81, nPflegekräfte= 87, nDozenten= 19; qualitativer Studienteil: nStudenten= 12, nPflegekräfte= 17, nDozenten= 11)</p>	<p>Kompetenzunterschiede auch in Bezug auf traditionellen und nicht-traditionellen Einsatzstellen</p>	<p>Online-Umfrage und Fokusgruppen, Auswertung mittels SPSS und einer thematischen Analyse nach Clark und Braun</p>	<p>>wichtige Kompetenz ist die Fähigkeit zum Lernen; auf diese Weise kompetent zu sein, ist auch ein Art wie man sein kann - im Mittelpunkt des Studiums steht deshalb den Studenten beizubringen wie sie sich in ihrer Rolle verhalten sollen; finden einer professionellen Rollenidentität - Ausbildung zum Generalisten mit einem fundiertem Pflegewissen, der durch kontinuierliches Lernen spezifisches Wissen dazu gewinnt >nicht-traditionelle Einsätze verlangen von den Studenten einen zu großen Sprung für den Theorie-Praxis-Transfer, es sollten Einsätze in den zwei größten Community Health Nursing-Gebieten Public Health und Home Care stattfinden >die Möglichkeit von Skills-Labs oder spezifischen Zusatzzertifikaten während des Studiums nutzen >durch Kooperationen von Hochschulen und Praxispartnern den Berufseinstieg für Studenten erleichtern</p>
--	----------------------------	--	---	---	---	---

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Pijl-Zieber, Em M.; Kalischuk, Ruth Grant (2011) Community Health Nursing Practice Education: Preparing the Next Generation</p> <p>Kanada</p>	<p>Fachbeitrag</p>		<p>-</p>	<p>Entwicklungen in der praktischen Ausbildung von Community Health Nurses durch Praxiseinsätze in nicht-traditionellen Arbeitsfeldern</p>	<p>-</p>	<p>>traditionelle Praxiseinsätze während der Ausbildung: in Homecare und Public Health, nicht-traditionelle Einsätze: Schulen, Obdachlosenunterkünften, Justizvollzugsanstalten, Polizei-Stationen, Kirchen/ Synagogen (spiegelt weite Reichweite von Praxisgebieten und Rollenbeschreibungen wider) >>vermehrt sind die nicht-traditionellen Einsätze >Gründe: Mangel an traditionellen Einsatzorten; Vermehrte Studienausrichtung Community Health Nursing anstatt Community-based Nursing, was zu einem Fokus auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Gesellschaftsebene führt (nicht-traditionelle Einsätze ermöglichen das Arbeiten auf Gesellschaftsebene, sonst liegt der Fokus auf Individuen und Familien) >Service-Lernen als eine Möglichkeit etwas über einen Kontext z.B. CHN zu lernen, indem man eine Leistung z. B. für eine Gemeinde anbietet, möglicherweise während eines nicht-traditionellen Praxiseinsatzes >mögliche Gefahren: Studenten schätzen einen solchen Einsatzort nicht wert, da keine Pflegekraft präsent ist und die Übertragung/Anwendung von Population Health Konzepten zu abstrakt ist; die Einsätze werden als zweitklassig eingestuft, es fehlt eine Erfahrung was die Studenten wirklich erwartet; zudem fehlt eine starke empirische Evidenz >Verteilung von CHN in Praxisgebieten: 34% in Public Health Units, 21% in Home Care, 19% in Community Health Centre/Health Centre >Forderung von vielen nationalen Vereinigungen nach vermehrter Einbindung von Community Health, Voraussetzung dafür ist eine staatliche Finanzierung und eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems</p>
--	--------------------	--	----------	--	----------	--

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

<p>Sibbald, Shannon; Jegatheeswaran, Jathuson; Pocock, Hayley; Penney, Greg (2020) A National Survey of Educational and Training Preferences and Practices for Public Health Nurses in Canada</p> <p>Kanada, überwiegend Ontario</p>	<p>deskriptive Querschnittsstudie</p>	<p>Beschreibung und Forderungen der Berufsgruppe der Public Health Nurses für die Erleichterung der zukünftigen Entscheidungsfindung im Feld Public Health Nursing</p>	<p>alle Public Health Nurses, die über die Berufsvereinigungen erreicht wurden (n=470)</p>	<p>aktuelle Präferenzen und Methoden bei der Fort- und Weiterbildung von Public Health Nurses</p>	<p>Umfrage mittels Online-Fragebogen</p>	<p>>Gesundheitsförderung und -bildung als häufigste Haupttätigkeit >die Mehrheit der Public Health Nurses ist vertraut mit den Core Competencies for Public Health in Kanada, diese sind inzwischen direkt im Pflegelehrplan für alle Pflegestudenten integriert >Barrieren für kontinuierliche Bildung sind vor allem die Kosten für die Kurse oder die Anreise, umständliche Genehmigungsprozesse und ein bereits ausgelastetes Arbeitspensum >Forderung nach gezielten und flexiblen Schulungen, z. B. auch online, Bedarf von mehr Koordination von Schulungen und Bildung (auf vorhandene Angebote aufmerksam machen) und mehr Ressourcen (Finanzielle Mittel und Zugang) für Schulungen und Bildung - Forderung an Arbeitgeber</p>
<p>Schofield, Ruth; Ganann, Rebecca; Brooks, Sandy; McGugan, Jennifer; Dalla Bona, Kim; Betker, Claire; Dilworth, Katie; Parton, Laurie; Reid-Haughian, Cheryl; Slepko, Marlene; Watson, Cori (2011) Community health nursing vision for 2020: shaping the future</p> <p>Kanada</p>	<p>deskriptive qualitative Studie</p>	<p>Identifikation von priorisierten Themen im Bereich Community Health Nursing bezogen auf Bildung, Praxis, Forschung, Verwaltung und Politik</p>	<p>CHN aus ganz Kanada, beschäftigt in Home Health, Public Health, Community Health Einrichtung</p>	<p>Zukünftige Entwicklungen im Bereich Community Health Nursing</p>	<p>Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews, Auswertung</p>	<p>>Verschiebung im Gesundheitswesen vom Krankenhaus in das Setting Gemeinde und von Krankenpflege hinzu Gesundheitsförderung und -prävention >CHNs befinden sich in einer Krise: fehlende/unklare Rollenidentität; mangelhafte Vorbereitung von Studenten für dieses Einsatzgebiet; mangelnde Anerkennung der Einsatzfähigkeiten und allgemein von anderen Pflegesettings und der Bevölkerung; ersetzt werden durch andere Disziplinen; steigende Nachfrage der Berufsgruppe; Mangel an geeigneten Hochschulen und Praktikumsstellen; fehlende Finanzierung der Forschung in dem Bereich durch die vor-</p>

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

			tungen und weiteren, verschiedenen Qualifikationsniveaus und Ebenen im Unternehmen (n=35)		mittels Inhaltsanalyse und SPSS bei den demografischen Daten	handenen Strukturen im Gesundheitssystem; Wegfallen von neu eingeführten Strukturen durch Wechsel der Regierung; Zeitmangel in der Praxis neues Wissen zu integrieren; Pflegemanagement ist überwiegend mit nicht aus der Pflege kommenden Managern besetzt; Verschiebung von Krankenhausleistungen in die Gemeinde ist nicht Community Health Nursing; Wunsch zurück zur traditionellen Pflege, die es ermöglicht sich wirklich um einen Patienten zu kümmern und ihre gesamten Fähigkeiten nutzen zu können >Kooperationen mit Hochschulen, nationalen und regionalen Organisationen, um mit allen Bereichen des Gesundheitssystems in Verbindung zu gelangen; Entwickeln eines allgemeinen Profils/Verständnis von CHNs zusammen mit wichtigen Stakeholdern; Professionalisierung durch Zertifizierungen vorantreiben; Einführen einer Social-Marketing-Strategie
Valaitis, Ruta K.; Schofield, Ruth; Akhtar-Danesh, Noori; Baumann, Andrea; Martin-Misener, Ruth; Underwood, Jane; Isaacs, Sandra (2014) Community health nurses' learning needs in relation to the Canadian community health nursing standards of practice: results from a Canadian survey Kanada	deskriptive Querschnittsstudie	Aufdecken der Lernbedürfnisse der Community Health Nurses von Kanada sowie der regionalen, Einsatzgebiet bezogenen und Erfahrungsabhängigen Unterschiede	Zufallsstichprobe aus der Gesamtheit aller Community Health Nurses, die durch die Pflegeverbände und Hochschulen aller		Fragebogen per Post versandt	>häufigste Arbeitsplätze sind in Public Health Units/Departments oder in Public oder Private Home Health Agenturen, weitere Arbeitsplätze im Primary Care Setting sind in Arztpraxen, Community Health Centers, Community Health Agenturen und Mental Health Centers >die häufigsten Rollenausprägungen im Primary Care Setting sind Public Health Nurses, gefolgt von Home Health Nurses >als Lernbedürfnis stellt sich das Thema Epidemiologie, einschließlich der Überwachung von Infektionskrankheiten, was möglicherweise am Umfragezeitpunkt und der Befragten CHN-Generation liegt, denn diese stand häufig mit dem Thema in Kontakt >weitere Lernbedürfnisse, die auch häufig im Alltag aufschlagen sind kulturell relevante Kommunikation und kulturell relevante Pflege, Gemeindeentwicklung, Prinzipien der sozialen

Fortsetzung Anhang 2: Charting table Kanada

			<p>Territorien/Provinzen gelistet sind (n=1344)</p>		<p>Gerechtigkeit, Gesundheitserhaltung als Reaktion auf Notfälle und der Einsatz von Pflegeinformatik. >Forderung an Arbeitgebern einen evidenz-basierten Ansatz zu verfolgen, um kontinuierliche Bildung, Verständnis für Lernbedürfnisse und ausreichend Zeit und Ressourcen zu gewährleisten >Forderung, dass Entscheidungsträger in der Politik, in der Bildung, im Management die Bedürfnisse der CHNs wahrnehmen, um deren Entwicklung und Anpassung an die veränderten Gesundheitsbedürfnisse zu unterstützen</p>
--	--	--	---	--	--

Anhang 3: Charting table Deutschland

Autoren, Jahr, Titel, Land	Design/Text-art	Ziel	Charakteristika der Teilnehmenden und Setting	Untersuchungsgegenstand/Kontext	Erhebungs- und Analyseverfahren	zentrale extrahierte Ergebnisse
<p>Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (2019) Community Health Nursing in Deutschland</p> <p>Deutschland</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Community Health Nursing als möglicher Ansatz Deutschland mit Strategien zur Einführung und Umsetzung</p>	<p>-</p>	<p>>Qualifikation: in deutschsprachigen Ländern gemeinsames Positionspapier über Ausbildung zu Advanced Practice Nurses auf Master-Niveau >Kompetenzen die im Studium erworben werden: "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" >denkbare Rollen: in der Primärversorgung als erster Ansprechpartner für Diagnostik, Behandlung und Vermittlung, in der Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz v. a. von chronisch Kranken, im Bereich Public Health zur Gesundheitsförderung und Prävention von Bevölkerungsgruppen >Setting bestimmt Handlungsschwerpunkte >erweiterte Aufgaben: Diagnose und Kontrolle - Übernahme von Routinetätigkeiten, Koordinierung und Therapie-Management, Versorgungsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, Leitung und Entwicklung, Einsatz neuer Technologien, Beratung und Schulung, Bindeglied zwischen Primärversorgungszentren und kommunalen Einrichtungen, >niedrigschwelliges Angebot (Erreichbarkeit, Öffnungszeiten) >Zielgruppe: vulnerable Personen(-gruppen), z. B. alte, alleinstehende oder geflüchtete Menschen >Entlastung der Hausärzte, Verbesserung der Versorgung chronisch Erkrankter >Patientenorientierung im Mittelpunkt</p>

Fortsetzung Anhang 3: Charting table Deutschland

						<ul style="list-style-type: none"> >langfristiges Einsatzgebiet auch in der Langzeitversorgung >für Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen abflachen der noch bestehenden Hierarchien, gemeinsames Abstimmen der Verantwortlichkeiten, mehr Substitution
<p>Budroni, Helmut; Daugardt, Katja; Ohms, Raphael (2020) Community Health Nursing – Pflege in der Primärversorgung</p> <p>Deutschland</p>	Fachbeitrag	-	-	<p>Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzeptes Community Health Nursing in Deutschland, Vergleich mit anderen Ländern</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> >Finanzierung muss geklärt werden, es liegen verschiedene Optionen vor, über welche Versicherungen und Budgets die Community Health Nurses abgedeckt werden könnten >für die multiprofessionelle Zusammenarbeit müssen Rollen, Aufgabenbereiche und Verantwortungsbereiche geklärt sein, dies muss bekannt und anerkannt werden - innerhalb der Gesundheitsprofessionen sowie bei Patienten >momentane Haltung bei Ärzten zu multiprofessionellen Teams mit anderer Aufgabenverteilung eher abgewandt >Patienten zeigen sich allgemein gegenüber akademisierten Pflegekräften in der Versorgung anstatt von Ärzten aufgeschlossen
<p>Daugardt, Katja; Söhngen, Julia; Budroni, Helmut; Knecht, Christiane (2020) Masterstudiengang „Community Health Nursing“ Herausforderungen und Problemlage des deutschen Gesundheitssystems</p> <p>Deutschland</p>	Fachbeitrag	-	-	<p>Vorstellung des neuen Masterstudiengangs "Community Health Nursing"</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> >Aufgabenfelder (einzelne Krankheiten, diverse Bevölkerungsgruppen, unterschiedliche Settings und bestehende Hürden durch momentane Aufgabenzuteilung >Qualifikation durch Masterstudiengang, Aufbau des Studiengangs an einer Hochschule, Zugangsvoraussetzungen >interprofessionelles Lernen

Fortsetzung Anhang 3: Charting table Deutschland

<p>Hämel, Kerstin; Stein Backes, Dirce; Giovanna, Ligia; Büscher, Andreas (2017) Familiengesundheitsstrategie in Brasilien -- Profilierung der Pflege in der Primärversorgung</p> <p>Deutschland</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Primärversorgung in Brasilien und mögliche Anregungen für Deutschland</p>	<p>-</p>	<p>>Nutzen für das Gesundheitssystem wird durch neue Konzepte in der Primärversorgung gesehen mit neuen sowie erweiterten Aufgaben und Rollen in der Pflege</p>
<p>Lücke, Stephan (2010) Public health service in rural areas -- a chance for the increase of professionalism of nursing?</p> <p>Deutschland</p>	<p>Qualitativer Ansatz mit Experteninterviews</p>	<p>Klärung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen sowie der Entwicklung der Professionalisierung der Pflege</p>	<p>n=4, bestehend aus Pflegekräften, drei davon akademisiert sowie berufspolitisch aktiv</p>	<p>Entwicklungspotential des Pflegeberufes</p>	<p>leitfadengestützte Experteninterviews, interpretativ-reduktives Verfahren zur Auswertung</p>	<p>>Forderung einer speziell ausgebildeten Pflegefachperson - nicht zwingend hochschulisch - zur besseren Versorgung des ländlichen Raumes, hier genannt Case Manager - eigens Profil >zur Entlastung der Hausärzte, zum Teil Erlaubnis ärztliche Tätigkeiten durchführen zu dürfen und somit mehr Gesamtverantwortung >Forderung eines Miteinanders von Pflege und Medizin auf Augenhöhe, sowie rechtlicher Regelungen der Aufgabenteilung und Berechtigung der Pflege selbst abrechnen zu können</p>

Fortsetzung Anhang 3: Charting table Deutschland

<p>Nöbauer, Brigitta; Reuschenbach, Bernd; Maun, Heike; Maier, Roland (2014) New nursing responsibility fields. What communities for the elderly can do</p> <p>Deutschland, Bayern</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Aufgaben der Kommunen und Rolle der Pflegekräfte vor dem Hintergrund der Forderungen der älteren Menschen in ihrer Gemeinde bis an das Lebensende bleiben zu können</p>	<p>-</p>	<p>>Sorge für ältere Menschen in der Gemeinde und Koordination von ehrenamtlichen gemeindenahen und niederschweligen Angeboten für Ältere als Aufgabenfelder akademisch gebildeter Pflegefachpersonen >Planung von seniorenrechtlichen und gesundheitsförderlichen Angeboten als gesetzlicher Auftrag für die Pflege, dennoch fehlende Wahrnehmung der Berufsgruppe in diesem Sektor im Vergleich zu den Anbietern wie Heimen oder Pflegediensten und Ärzten</p>
<p>Primig, Miriam; Reuschenbach, Bernd (2020) Community Health Nursing in der Gemeinde: Mittendrin statt nur dabei</p> <p>Deutschland</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>neuer Studiengang "Community Health Nursing" in Deutschland</p>	<p>-</p>	<p>>insgesamt fünf Standorte mit dem Masterstudiengang "Community Health Nursing" >Aufgabenfeld: in Städten und Gemeinden Pflege eigenverantwortlich planen, steuern und direkt am Menschen verbessern, Fokus neben Pflegebedürftigkeit auch Prävention und Gesundheitsförderung, in der Primärversorgung tätig, sektorenübergreifend in multiprofessionellem Team als Gatekeeper und erste Ansprechperson >Studieninhalte: Ethik und Forschungsmethoden, Gesundheitspflege und Daseinspflege >neue Absolventen als Pioniere - Bekanntheit durch Politik fördern, aus Hochschulen heraus Arbeitsplätze entwickeln, Nutzen durch Begleitforschung herausfinden >Forderung nach Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen Medizin und Pflege >Covid19- Pandemie zeigt viele Aufgabenfelder für CHNs auf, hoher Nutzen fürs Gesundheitssystem durch gemeindeorientierte und niederschwellige Ausrichtung</p>

Fortsetzung Anhang 3: Charting table Deutschland

<p>Reuschenbach, Bernd; Maier, Roland; Nobauer, Brigitta; Maun, Heike (2015) Needs of the elderly in communities. Uncovering nursing fields Deutschland, Bayern</p>	<p>Fachbeitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Community Health Wheel als Methode zur Erfassung der Bedürfnisse/Unterstützungsbedarfe in der Kommune</p>	<p>-</p>	<p>>Entwicklung und Begleitung von Erhebungs- und Veränderungsprozessen für zukunftsweisende Versorgungsstrukturen als Aufgabenfeld akademisch gebildeter Pflegefachpersonen</p>
<p>Röhnsch, Gundula; Hämel, Kerstin (2019) Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit Deutschland, Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Beitrag mit qualitativer Studie</p>	<p>Klärung der Herausforderungen und Barrieren, die mit der Öffnung von Pflegeeinrichtungen in und für dasumliegende Quartier entstehen sowie welche Zielgruppen angesprochen werden sollten</p>	<p>n=20, bestehend aus Fachkräften aus Modelleinrichtungen und Experten auf Entscheidungs-, Planungs- und Kooperations-ebene</p>	<p>Aspekte der Zielgruppen-erreichbarkeit</p>	<p>leitfadengestützte Experteninterviews, Auswertung mit MAXQDA12 in Anlehnung an das Thematische Kodieren nach Flick</p>	<p>>Forderung an Pflege erweiterte Aufgabenfelder zu übernehmen, soziale und gesundheitliche Probleme im sozialräumlichen Kontext zu betrachten sowie gemeindeorientiert zu arbeiten >weitere Forderungen: Kompetenzen im Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften im Gemeinwesen, Stärkung des Methodenrepertoires >> Forderung nach Community Health Nurses als akademische Pflegefachkräfte, sowie mehr Berücksichtigung dieses Settings in der Pflege(aus)bildung</p>

Fortsetzung Anhang 3: Charting table Deutschland

<p>Völkel, Manuela; Weidner, Frank (2020) Community Health Nursing Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge</p> <p>Deutschland</p>	<p>Fach- beitrag</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>neue Rolle Community Health Nurse in Deutsch- land sowie international</p>	<p>-</p>	<p>>Einsatzgebiet Moderne Hospizbewegung - bereits seit Jahrzehnten bestehend und etabliert, gute Anschlussmöglichkeit und zukünftiges Teilgebiet von Community Health Nursing >Forderung nach spezialisierten akademisierten Pflegekräften in Form von Community Health Nurses mit wissenschaftsbasierten klinischen wie kommunalen Kompetenzen zur Diagnostizierung, Steuerung, Prävention, Beratung, Behandlung, Unterstützung und Begleitung von Menschen unterschiedlicher Zielgruppen vor allem in der Häuslichkeit bzw. in der Community >Studieninhalte am Beispiel der Philosophisch-theologischen Hochschule Vallendar</p>
--	--------------------------	----------	----------	---	----------	---

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die RechteinhaberInnen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der Bachelorarbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule Nürnberg aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Schnaid, 24.02.2021

Lena Engelhardt