



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Der Einfluss des neuen Berufsbildes der Community Health Nurse auf die
Primärversorgung in Deutschland – ein narratives Literaturreview

Bachelorarbeit

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Marie Klimpel



Hamburg

am 20.12.2022

Erstgutachten:	Prof ⁿ . Dr ⁿ . Johanna Buchcik	HAW Hamburg
Zweitgutachten:	Ulf Werner	OptiMedis AG

Zusammenfassung

Hintergrund

In Deutschland schreitet neben dem demografischen auch ein epidemiologischer Wandel voran, der unter anderem dazu führt, dass Gesundheitsleistungen vermehrt in Anspruch genommen werden. Dem gegenüber steht ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, der sich vor allem auch in der hausärztlichen Primärversorgung zeigt, denn die Zahl unbesetzter Hausärzt*innen-Sitze steigt stetig an. Seit längerem wird diskutiert wie diesem fortschreitenden Mangel an Hausärzt*innen auf der einen Seite entgegengewirkt und die Primärversorgung auf der anderen Seite gestärkt und weiterentwickelt werden kann. Eine mögliche Lösung stellt hierbei die Einführung des Berufsbildes der Community Health Nurse (CHN) dar.

Methode

In dieser Arbeit wird der potenzielle Einfluss des international bewährten Berufsbildes der CHN auf die Primärversorgung anhand eines narrativen Literaturreviews erarbeitet. Hierbei wurde zunächst in einer ausführlichen Literaturrecherche und Lektüre die Grundlagenliteratur identifiziert, die zur Darstellung des aktuellen Entwicklungsstandes im Rahmen des Hintergrundes dient. Außerdem wurde das von Burgi und Igl (2021) erstellte Rechtsgutachten identifiziert, welches die Grundlage für den aktuellen Rechtsrahmen von CHNs in Deutschland sowie für mögliche Lösungsvarianten darstellt und gemeinsam mit deren Einordnung in den Versorgungskontext schlussendlich die Fragestellung beantwortet.

Ergebnisse

CHNs dürfen in Deutschland nach aktuellem Rechtsrahmen nur einzelne Teiltätigkeiten der ihnen nach internationalem Vorbild zugeschriebenen ausüben. Ein Großteil der Tätigkeiten, die für die Entlastung und Weiterentwicklung der Primärversorgung von Bedeutung sind, dürfen hingegen nur von Ärzt*innen oder in Delegation von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Um das volle Potenzial des Tätigwerdens von CHNs auszuschöpfen, braucht es eine bundesrechtliche Etablierung in Form eines neuen Heilberufegesetzes, welches die Erweiterung der Handlungsautonomie von CHNs regelt.

Schlussfolgerungen

Bisher ist noch nicht abschließend geklärt, wie die künftige Etablierung von CHNs in Deutschland aussehen wird. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Entscheidungen einen großen Einfluss auf das Tätigkeitsfeld sowie die Einsatzbereiche und Autonomie haben werden und damit auch darauf, wie die Primärversorgung gestärkt und weiterentwickelt werden kann.

Schlüsselwörter: Community Health Nursing, Primärversorgung, Hausärzt*innenmangel, Erweiterung Handlungsautonomie, narratives Literaturreview

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Glossar	VII
1. Einleitung.....	1
2. Hintergrund: Einführung in die Primärversorgung in Deutschland.....	3
2.1 <i>Definition von Primärversorgung.....</i>	3
2.2 <i>Primärversorgung in Deutschland.....</i>	6
2.3 <i>Status Quo – Entwicklung & Prognose der hausärztlichen Versorgung.....</i>	9
2.4 <i>Problemspezifikation der Primärversorgungssituation.....</i>	14
3. Hintergrund: Das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN).....	15
3.1 <i>Community Health Nursing nach internationalem Vorbild</i>	16
3.2 <i>Stand der Entwicklungen in Deutschland</i>	18
3.3 <i>Inhaltliche Zusammenfassung und Herleitung der Fragestellung.....</i>	19
4. Methode	20
5. Ergebnisse: Aktueller Rechtsrahmen für Community Health Nursing in Deutschland	24
5.1 <i>Aufgaben- und Tätigkeitsfelder.....</i>	25
5.2 <i>Ausübung von Heilkunde in der Gesundheitsversorgung.....</i>	28
5.2.1 <i>Delegation.....</i>	28
5.2.2 <i>Substitution.....</i>	30
5.3 <i>Das Rechtsgutachten: Einordnung der Tätigkeiten in den aktuellen Rechtsrahmen.....</i>	30
5.3.1 <i>Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter.....</i>	32
5.3.2 <i>Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter.....</i>	33
5.3.3 <i>Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt</i>	35
5.4 <i>Zusammenfassung der aktuellen Möglichkeiten des Einsatzes von CHNs nach Tätigkeitsfeldern.....</i>	35

6. Ergebnisse: Vorstellung und Einordnung dreier Lösungsvarianten als berufsrechtliche Einbindung	38
6.1 <i>Szenario nach Lösungsvariante 3.....</i>	39
6.2 <i>Szenario nach Lösungsvariante 2.....</i>	39
6.3 <i>Szenario nach Lösungsvariante 1.....</i>	40
6.4 <i>Einordnung der Lösungsvarianten in den Versorgungskontext</i>	40
6.4.1 <i>Einordnung der Lösungsvariante 3</i>	40
6.4.2 <i>Einordnung der Lösungsvariante 2</i>	41
6.4.3 <i>Einordnung der Lösungsvariante 1</i>	43
6.5 <i>Beantwortung der Fragestellung.....</i>	46
7. Diskussion.....	48
7.1 <i>Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....</i>	48
7.2 <i>Limitationen und Stärken</i>	57
8. Fazit.....	59
9. Ausblick für die Praxis: Einführung von Community Health Nursing in Deutschland	61
9.1 <i>Denkbare erste Schritte einer Ausweitung der pflegerischen Handlungsautonomie</i>	61
9.2 <i>CoSta – ein Projekt zur Machbarkeit eines CHN-Versorgungskonzeptes</i>	62
9.3 <i>Community Health Nursing als Konzept</i>	64
Literaturverzeichnis.....	66
Rechtsquellenverzeichnis.....	72
Eidesstattliche Erklärung.....	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Merkmale der primären Gesundheitsversorgung, eigene Darstellung (nach OECD, 2020, Kapitel 1.1, Box 1.2.)	5
Abbildung 2 Altersverteilung der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen in Deutschland (Stand: 31.12.21), eigene Darstellung (Bundesärztekammer, 2021, S. 35).....	11
Abbildung 3 Anzahl der Allgemeinmediziner*innen in der ambulanten Versorgung, aufgeteilt nach Geschlecht, im Zeitverlauf über 10 Jahre, eigene Darstellung (Bundesärztekammer, 2011, S. 12, 20, 2012, S. 12, 20, 2013, S. 12, 20, 2014, S. 12, 20, 2015, S. 12, 18, 2016, S. 12, 20, 2017, S. 12, 20, 2018, S. 12, 21, 2019, S. 12, 21, 2020, S. 12, 22, 2021, S. 12, 22).....	12
Abbildung 4 Modellhafte Darstellung der Entwicklung der Angebotskurve seitens der Hausärzt*innen sowie der Bedarfs- bzw. Nachfragekurve seitens der Gesundheitsleistungen, eigene Darstellung.....	15
Abbildung 5 Ziele einer narrativen Literaturanalyse, eigene Darstellung (nach Baumeister & Leary, 1997, S. 312)	21
Abbildung 6 Konkretes Vorgehen der Literaturrecherche auf den Internetseiten der Robert Bosch Stiftung und des DBfK, eigene Darstellung	22
Abbildung 7 Handlungsfelder von Community Health Nurses in Deutschland, eigene Darstellung (nach Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2022, S. 10).....	24
Abbildung 8 Kernaufgaben von Community Health Nurses, eigene Darstellung (Schäffer et al., 2015, S. 62)	25
Abbildung 9 Tätigkeiten von Community Health Nurses, eigene Darstellung (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 13 ff.)	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN ohne heilkundlichen Charakter (nach Burgi & Igl, 2021b, S. 73 ff.).....	36
Tabelle 2 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN mit heilkundlichem Charakter (nach Burgi & Igl, 2021b, S. 76 ff.).....	37
Tabelle 3 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN mit heilkundlichem Vorbehalt (nach Burgi & Igl, 2021b, S. 77 ff.)	44

Abkürzungsverzeichnis

AltPflIG	Altenpflegegesetz
APN	Advanced Practice Nurses
BÄO	Bundesärzteordnung
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte
CHC	Community Health Centres
CHN	Community Health Nurse (Plural: CHNs)
CoSta	Community Health Nursing in der Stadt
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DHÄV	Deutschen Hausärzterverbandes e.V.
EKG	Elektrokardiogramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
EVA	Entlastende*n Versorgungsassistent*in
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
HeilprG	Heilpraktikergesetz
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
KarMed	Karriereverläufe von Ärzt*innen in der fachärztlichen Weiterbildung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KrPflIG	Krankenpflegegesetz
MedFAngAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
NäPA	Nicht-ärztliche*r Praxisassistent*in
NP	Nurse Practitioner
NPLC	Nurse Practitioner-Led Clinic
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PC	primary care (Primärversorgung)
PflIBG	Pflegeberufegesetz

PHC	primary health care (Primäre Gesundheitsversorgung)
PHCNP	Primary Health Care Nurse Practitioner
PORT	Patientenzentrierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VERAH	Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis
WHA	World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Begriff	Definition
Approbation	Die Bezeichnung Approbation meint, abgeleitet von dem Verb „approbieren“, die staatliche Zulassung bzw. Anerkennung für die Berufsausübung als Ärzt*in oder Apotheker*in (<i>Duden Online approbiert</i> , o. J.). Die Approbation der Ärzt*innen ist nach § 3 der Bundesärzteordnung (BÄO) geregelt.
Arzt bzw. Ärztin	Die Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin darf nur tragen, wer über eine Approbation oder anderweitig nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 der Bundesärzteordnung (BÄO) entsprechend befugt ist. Mit der Ausübung des ärztlichen Berufes ist dabei konkret die Ausübung von Heilkunde unter der Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin gemeint (§ 2 Abs. 5 BÄO).
Arztvorbehalt	Hierunter sind, entsprechen der Definition des Vorbehaltes , Tätigkeiten gemeint, deren Ausführungen Ärzt*innen vorbehalten sind. In diesem Kontext handelt es sich nach § 1 Abs. 1 & 2 Heilpraktikergesetz (HeilprG) und § 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung (BÄO) berufsrechtlich um die Ausübung von Heilkunde (Burgi & Igl, 2021b, S. 53).
Delegation	Mit der Delegation ist die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliche Personen gemeint, die rechtlich im § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V geregelt sind. Hierbei ist die Erbringung von Hilfeleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung, die grundsätzlich von Ärzt*innen zu erbringen sind, von anderen Personen gerechtfertigt, wenn sie von dem Arzt oder der Ärztin angeordnet und verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 SGB V).
eigenständig	Eigenständigkeit meint die Rolle der handelnden Person als zentraler Akteur der jeweiligen Situation, z.B. das Ausüben von Tätigkeiten nach Anordnung, also in der Verantwortung des Arztes oder der Ärztin (Delegation) (Burgi & Igl, 2021b, S. 48 f.).

eigenverantwortlich	<p><u>Synonym: selbstständig</u></p> <p>Selbstständigkeit meint die Unabhängigkeit der handelnden Person gegenüber Dritten, also das Tätigwerden in eigener Verantwortung, wie z.B. bei der Substitution ärztlicher Tätigkeiten (Burgi & Igl, 2021b, S. 48 f.).</p>
Ersatzbedarf	<p>Der Ersatzbedarf ist die Anzahl an Ärzt*innen, die zur Aufrechterhaltung der vorhandenen Arztdichte zu einem definierten Zeitpunkt benötigt wird (van den Bussche, 2019, S. 1130).</p>
Hausarzt bzw. Hausärztin	<p>Als Hausärzt*innen sind nach § 73 Abs. 1a SGB V Allgemeinmediziner*innen, Kinder- und Jugendmediziner*innen sowie Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, beteiligt. Nach § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V bildet die hausärztliche Versorgung gemeinsam mit der fachärztlichen Versorgung die vertragsärztliche Versorgung.</p>
Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	<p>Bei der HzV handelt es sich um eine Versorgungsform, bei der sich Versicherte freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse gegenüber verpflichten, „[...] ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf [...] Überweisung“ des von ihnen ausgewählten Hausarztes oder Hausärztin in Anspruch zu nehmen (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V).</p>
Heilberuf	<p>Hierunter sind Berufe zusammengefasst, deren Tätigkeiten die „[...] Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patienten“ betreffen und zu denen u. a. Ärzt*innen, Hebammen und Pflegefachkräfte zählen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).</p>
Heilkunde	<p><u>Synonym: heilkundliche Tätigkeiten</u></p> <p>Unter dem Begriff der Heilkunde werden nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HeilprG) „[...] Tätigkeit[en] zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen [...]“ verstanden (§ 1 Abs. 2 HeilprG). Heilkunde darf nur von Ärzt*innen oder anderen Personen mit entsprechender Erlaubnis ausgeübt werden (§ 1 Abs. 1 HeilprG).</p>
Heilkundlicher Vorbehalt	<p>Hierunter sind, entsprechen der Definition des Vorbehaltes, Tätigkeiten gemeint deren Ausführungen Ärzt*innen oder Heilpraktiker*innen vorbehalten sind.</p>

Heilpraktiker*in	Bei Heilpraktiker*innen handelt es sich um Personen, die nach aktuellem Recht Heilkunde ausüben dürfen. Dies kann mit der Approbation als Arzt oder Ärztin oder einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG) geschehen.
Primärversorgung	<p><u>Hier Synonym: primäre Gesundheitsversorgung</u></p> <p>Die Primärversorgung ist Bestandteil von nationalen Gesundheitssystemen und bildet „[...] die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar“ (WHO, 1978, S. 2).</p>
Setting	Unter dem Begriff Setting sind die unterschiedlichen Bereiche der Lebenswelten von Menschen gemeint, zu denen neben der Schule und dem Betrieb oder Unternehmen als Arbeitsplatz auch das Elternhaus, Freizeiteinrichtungen, Sportvereine oder auch Gemeinden und Stadtteile zählen. Es handelt sich also um Bereiche und Umgebungen, die Menschen aktiv nutzen und gestalten (Blättner & Waller, 2018, S. 224).
Substitution	Bei der Substitution handelt es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch nicht-ärztliche Personen, die auch als Heilkundeübertragung bezeichnet wird. Dabei müssen entsprechende Tätigkeiten von Ärzt*innen weder verordnet noch angeordnet werden und werden von der substituierend, also arzt ersetzend tätigen Person selbst verantwortet (Burgi & Igl, 2021b, S. 136).
Vorbehalt	Ein Vorbehalt meint eine Reglementierung, bei der die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten aufgrund von Rechts- und Verwaltungsvorschriften einem Beruf vorbehalten ist. Bei entsprechenden Tätigkeiten handelt es sich sprachlich um vorbehaltende Tätigkeiten (ABl. L. 173/30, Art. 3b).

1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, denn neben dem bekannten demografischen Wandel schreitet zudem ein epidemiologischer Wandel voran. Unter dem demografischen Wandel ist eine Veränderung der Bevölkerungszahlen und der -struktur zu verstehen, die sich in Deutschland vorwiegend in Form einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft zeigt (Robert Koch-Institut, 2015, S. 435, 450 f.). Grund hierfür ist ein Anstieg der Lebenserwartung auf der einen sowie ein stetiger Rückgang der Geburtenraten auf der anderen Seite. Hierbei zählt Deutschland als hochentwickeltes Industrieland zu den Ländern, die im weltweiten Vergleich am stärksten von dem demografischen Wandel betroffen sind (Robert Koch-Institut, 2015, S. 409). Mit zunehmendem Lebensalter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von altersassoziierten, oftmals chronischen Erkrankungen, die nicht selten zu sogenannter Multimorbidität führen. Darunter ist das Vorhandensein mehrerer Erkrankungen zur selben Zeit zu verstehen, die eine besondere Herausforderung an die komplexe gesundheitliche Betreuung und Versorgung der Betroffenen darstellt (Robert Koch-Institut, 2015, S. 411). Neben den beschriebenen demografischen Veränderungen wandelt sich seit dem vergangenen Jahrhundert auch das Krankheits- bzw. Morbiditätsspektrum der Bevölkerung. Dabei wurden die damals im Vordergrund stehenden akuten Infektionserkrankungen von den nicht-übertragbaren und oftmals chronischen Erkrankungen abgelöst, zu denen neben Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt, chronische Atemwegserkrankungen sowie Krebserkrankungen zählen (Robert Koch-Institut, 2015, S. 439). Diese demografischen und epidemiologischen Entwicklungen führen dazu, dass sowohl der Bedarf als auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigen (Nolting et al., 2021, S. 8; vgl. Robert Koch-Institut, 2015, S. 435).

Diesem kontinuierlich steigenden Bedarf steht zudem ein seit vielen Jahren zu beobachtender Fachkräftemangel im Gesundheitssystem gegenüber, der sich nicht nur in der pflegerischen sondern auch in der medizinischen Versorgung durch einen Ärzt*innenmangel zeigt (vgl. Gerlach et al., 2014, S. 529). Diese Entwicklung, die die beschriebene Problematik des steigenden Bedarfs und damit auch die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung noch weiter verschärft, ist vor allem im Bereich der Primärversorgung zu finden. Diese erste Versorgungsebene bildet den Erstkontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem und dient als primäre Anlaufstelle für die gesundheitlichen Anliegen von Menschen. In Deutschland ist sie fast ausschließlich durch die hausärztliche Versorgung geprägt (Zimmermann, 2021). Jedoch ist auch hier ein bereits vorhandener und stetig fortschreitender Mangel an Hausärzt*innen festzustellen. Ein möglicher Indikator, der die hohe Belastungssituation und Auslastung der Hausärzt*innen in Deutschland aufzeigt, ist die Dauer der einzelnen Sprechstunden pro Patient*in. Irving

et al. haben in einem systematischen Review die international vorhandenen Unterschiede der Sprechstundendauer von Hausärzt*innen in 67 Ländern untersucht und festgestellt, dass Deutschland mit durchschnittlich 7,6 Minuten Konsultationszeit pro Patient*in eine vergleichsweise kurze Sprechstundendauer aufweist. Im europäischen Vergleich schneidet Deutschland schlechter ab als beispielsweise Frankreich und die Schweiz mit je ca. 16 Minuten pro Patient*in, Finnland mit 18 bis 20 Minuten und Schweden mit über 20 Minuten (Irving et al., 2017, S. 3 ff.). Zudem haben einige der einbezogenen Studien im Rahmen der Untersuchung gezeigt, dass kurze Sprechstundenzeiten einen negativen Einfluss auf die Kommunikation mit den Patient*innen haben und sich etwas an den kurzen Konsultationszeiten ändern muss, damit auch Patient*innen mit komplexen gesundheitlichen Anliegen und Multimorbidität adäquat und effektiv behandelt werden können (Irving et al., 2017, S. 4, 11).

Aufgrund der beschriebenen problematischen Entwicklungen, die die Gesundheitsversorgung in Deutschland aktuell und zukünftig vor große Herausforderungen stellen, wird bereits seit einigen Jahren in Deutschland darüber diskutiert, wie sowohl die Primärversorgung gestärkt und weiterentwickelt als auch dem Mangel an Hausärzt*innen entgegengewirkt werden kann. Eine Möglichkeit stellt die Etablierung des bereits international bewährten und in einigen Ländern erfolgreich etablierten Berufsbildes der Community Health Nurse (CHN) dar, die als speziell qualifizierte und hochspezialisierte, nicht-ärztliche Gesundheitsexpert*in in die Strukturen der Gesundheitsversorgung eingebunden ist und diese durch ihr Tätigwerden maßgeblich unterstützt (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 5 f., 27). Durch die Aufnahme des Vorhabens der Einführung der CHN in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung im Jahr 2021, gewann das Thema zunehmend an Bedeutung und steht seitdem immer wieder im öffentlichen Diskurs (vgl. SPD et al., 2021, S. 82). Bisher ist nicht abschließend geklärt, in welchem Bereich des Versorgungssystems die CHNs grundsätzlich eingesetzt werden, welche Rolle sie in der Gesundheitsversorgung einnehmen und welche konkreten Aufgaben und Tätigkeiten sie übernehmen sollen und rechtlich überhaupt übernehmen dürfen. Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem möglichen Einfluss des neuen Berufsbildes der CHN auf die Primärversorgung in Deutschland. Ziel dieser Arbeit ist es, anhand eines narrativen Literaturreviews den aktuellen berufsrechtlichen Rahmen für das Tätigwerden von CHNs differenziert darzustellen sowie Möglichkeiten der rechtlichen Etablierung aufzuzeigen und diese in den Kontext der aktuellen Versorgung einzuordnen, um einen möglichen Beitrag für zukünftige Entscheidungsfindungen zu leisten. Hierfür wird zunächst in den beiden Kapiteln des theoretischen Hintergrundes eine Einführung in die Primärversorgung in Deutschland (Kapitel 2) gegeben und im Anschluss das Berufsbild der Community Health Nurse (Kapitel 3) vorgestellt, aus welchen sich die konkrete Fragestellung dieser Arbeit ableitet (Kapitel 3.3). Im Kapitel 4, der Methode, erfolgt die Vorstellung und Begründung des angewandten, methodischen Vorgehens des narrativen

Literaturreviews und anschließend die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 5 und 6). Diese basieren auf dem bei der Erarbeitung des Themas zugrunde gelegten Rechtsgutachten von Burgi und Igl (2021b). Hierbei wird zunächst der aktuelle Rechtsrahmen für Community Health Nursing in Deutschland (Kapitel 5) anhand der berufsrechtlichen Einordnung einzelner Tätigkeiten dargestellt, woran sich die Vorstellung dreier Lösungsvarianten (Kapitel 6) anschließt. Diese werden einzeln in den Versorgungskontext eingeordnet (Kapitel 6.4) und anschließend die Fragestellung (Kapitel 6.5) beantwortet. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse und der Methode (Kapitel 7), wonach ein abschließendes Fazit (Kapitel 8) gezogen und ein Ausblick (Kapitel 9) gegeben wird.

2. Hintergrund: Einführung in die Primärversorgung in Deutschland

In diesem Kapitel soll eine Einführung in das Thema der Primärversorgung in Deutschland gegeben werden. Hierbei wird zunächst der Begriff der Primärversorgung erklärt und anhand von Merkmalen definiert (Kapitel 2.1), bevor anschließend die Primärversorgungsstrukturen in Deutschland und deren Charakteristika und Besonderheiten dargestellt werden (Kapitel 2.2). In dem sich anschließenden dritten Unterkapitel (Kapitel 2.3) wird dann die Entwicklung und Prognose der hausärztlichen Versorgung als zentrales Element der deutschen Primärversorgung vorgestellt sowie auf die sich daraus entwickelnden aktuellen Herausforderungen eingegangen. Abschließend erfolgt eine kurze Problemspezifikation (Kapitel 2.4), bevor im Kapitel 3 das neue Berufsbild der CHN vorgestellt wird.

2.1 Definition von Primärversorgung

Der Ursprung des Begriffs der Primärversorgung oder auch primären Gesundheitsversorgung liegt in der 1978 verfassten Deklaration von Alma Ata. Hier definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die primäre Gesundheitsversorgung als eine grundlegende und flächendeckend bereitzustellende Gesundheitsversorgung, die als erste Anlaufstelle für Einzelpersonen, Familien oder Gesellschaftsgruppen dient und „[...] das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung“ darstellt (WHO, 1978, S. 2). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass in der vorliegenden Arbeit die deutschen Begriffe der Primärversorgung (primary care; PC) und primären Gesundheitsversorgung (primary health care; PHC) synonym verwendet werden. International existieren hingegen vielzählige Debatten über die Bedeutung und Abgrenzung der beiden englischsprachigen Begriffe (vgl. Muldoon et al., 2006), auf die im Folgenden jedoch nicht genauer eingegangen wird, da sich diese begrifflichen Abgrenzungen in der deutschsprachigen Literatur nicht wiederfinden lassen.

Es handelt sich also bei der primären Gesundheitsversorgung um die erste Ebene der Gesundheitsversorgung in einem Land, an die sich die Menschen mit all ihren Fragen und Anliegen zu Gesundheit und Krankheit wenden können und die einen ersten Kontakt mit dem

nationalen Gesundheitssystem dar- bzw. herstellt. Je nach identifiziertem Bedarf im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung werden Patient*innen anschließend an eine spezialisierte Versorgungsebene weitervermittelt. Durch eine lückenlose und stabile Primärversorgungsstruktur soll so eine Versorgungskontinuität für Patient*innen sichergestellt werden (Nolting et al., 2021, S. 8 f.). Im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung geht es neben der Bereitstellung von kurativen Leistungen wie der hausärztlichen Behandlung auch um Leistungsangebote im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Zudem soll sich die primäre Gesundheitsversorgung an den relevanten gesundheitlichen Problemen einer Gesellschaft orientieren und als niedrigschwellige Versorgungsstruktur für alle Menschen zugänglich sein (WHO, 1978, S. 2).

Die Bedeutung und Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung ist seit der Deklaration von Alma Ata (1978) auch immer wieder Thema bei internationalen und globalen Konferenzen und Versammlungen. So wurde auch auf der 69. Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Jahr 2016 in Genf die Relevanz einer funktionierenden und gut ausgebauten Primärversorgung wiederholt thematisiert. Hier wurde noch einmal betont, dass ein leistungsfähiges Primärversorgungssystem einen uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung bieten soll und daher der Auf- bzw. Ausbau starker, auf der Primärversorgung basierender Gesundheitssysteme für die Gesundheitsversorgung der Menschen essenziell ist. Zudem ist es wichtig, dass sich primäre Versorgungsstrukturen in der wohnort- und gemeindenähe der Patient*innen befinden und sich an ihren spezifischen Bedürfnissen und denen bestimmter Bevölkerungsgruppen orientieren (WHO, 2016, S. 7). Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit nimmt in der Primärversorgung eine zentrale Rolle ein. Durch sie kann eine sektorenübergreifende Versorgung und effektive Koordinierung der Patient*innen gewährleistet sowie eine Versorgungskontinuität auch bei Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen sichergestellt werden (WHO, 2016, S. 7). Dabei sind gut zugängliche Primärversorgungsstrukturen für die Kontinuität und Qualität von gesundheitlicher Versorgung speziell auch für Menschen höheren Alters von großer Bedeutung, die besonders von einer Koordinierung der Leistungen profitieren (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 49). Hierbei ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsfachberufe in Teams von besonderer Relevanz, die gemeinsam in einem breiten Netzwerk und in Kooperation mit anderen Leistungserbringenden die Versorgung der Menschen koordinieren und sicherstellen (Nolting et al., 2021, S. 9). Zu den Gesundheitsfachberufen können neben den Haus- und Zahnärzt*innen auch Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Apotheker*innen, Pflegefachkräfte, Hebammen und Sozialarbeiter*innen gehören (Europäische Kommission, 2014, S. 49). Diese multiprofessionell arbeitenden Teams stellen in gut entwickelten Primärversorgungssystemen das zentrale Element der primären Gesundheitsversorgung dar und kümmern sich darüber hinaus auch

oftmals um die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Menschen vor Ort, wodurch eine personenzentrierte und umfassende Versorgung der Patient*innen in den entsprechenden Regionen sichergestellt werden kann (Nolting et al., 2021, S. 9).

Mit der Deklaration von Astana (2018) knüpft die globale Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung genau 40 Jahre später an die Forderungen der Deklaration von Alam Ata (1978) an. Hierbei wird die These aufgestellt, dass die Stärkung der Primärversorgung der wirksamste und effizienteste Ansatz zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Menschen ist und den Grundstein für ein nachhaltiges und tragfähiges Gesundheitssystem bildet (WHO, 2018, Nr. 2). Dies zeigt, dass der Primärversorgung weltweit eine immense Bedeutung für die Gesundheit der Menschen und deren Zugang zu Leistungen des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems zugeschrieben wird.

Eine im Mai 2020 veröffentlichte OECD¹- Studie zur Gesundheitspolitik hat sich mit der Ausschöpfung des Potenzials der primären Gesundheitsversorgung der OECD-Mitgliedsstaaten, zu denen bekanntlich auch Deutschland zählt, beschäftigt. Hierbei wurden zusammenfassend vier Merkmale von primärer Gesundheitsversorgung definiert, die aus unterschiedlichen, international verbreiteten Definitionen herausgearbeitet wurden und in Abbildung 1 übersichtlich dargestellt sind. Diese decken sich mit den bisher aufgeführten Definitionen und Erklärungsansätzen von primärer Gesundheitsversorgung und fassen sie noch einmal abschließend zusammen.

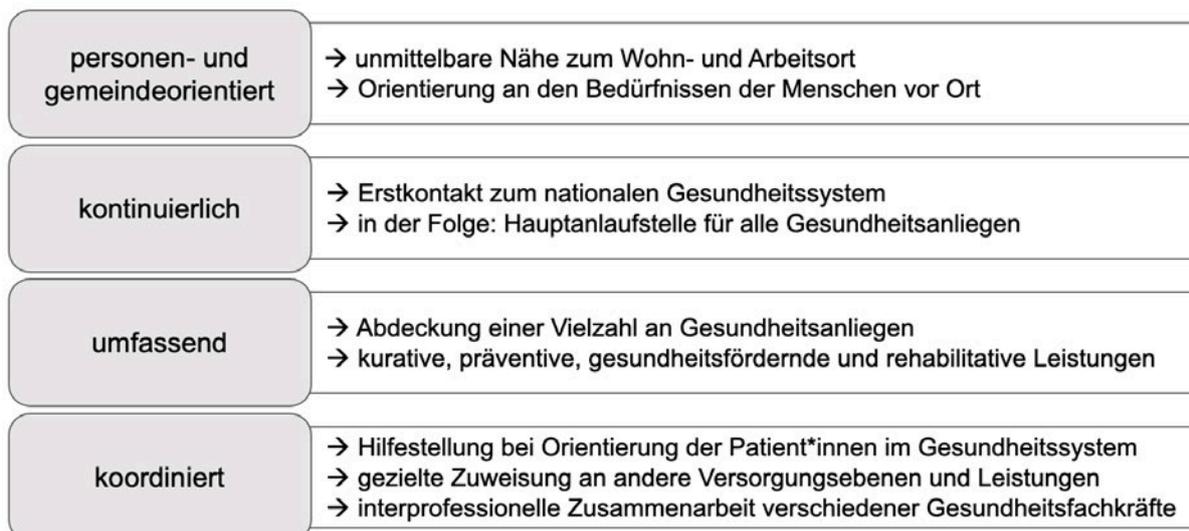


Abbildung 1 Merkmale der primären Gesundheitsversorgung eigene Darstellung (nach OECD 2020 Kapitel 1.1 Box 1.2.)

Auch diese Studie kommt zu dem Schluss, dass ein „[...] modernes und effizientes Primärversorgungssystem [...] der Grundstein für widerstandsfähige Gesundheitssysteme“ ist (OECD,

¹ Organization for Economic Co-operation and Development

2020, Kapitel Executive Summary), deren Potenzial jedoch in vielen OECD-Ländern bisher nicht voll ausgeschöpft wird (OECD, 2020, Kapitel 1.2).

2.2 Primärversorgung in Deutschland

Betrachtet man den Gebrauch des Begriffs der Primärversorgung in Deutschland fällt auf, dass diese Bezeichnung oftmals mit der ambulanten, hausärztlichen Versorgung gleichgesetzt wird. Dies ist jedoch nicht nur ein rhetorisches Phänomen, da in Deutschland die medizinische Versorgung im Rahmen der Primärversorgung überwiegend von Hausärzt*innen erbracht wird (Nolting et al., 2021, S. 27, 50; Zimmermann, 2021). Haben Menschen in Deutschland Fragen oder Anliegen zu Gesundheits- oder Krankheitsthemen, sind vor allem die in der primären Gesundheitsversorgung tätigen Hausärzt*innen vielfach die erste Anlaufstelle (Nolting et al., 2021, S. 27; Robert Koch-Institut, 2015, S. 303).

Die hausärztliche Versorgung bildet in Deutschland gemeinsam mit der fachärztlichen Versorgung die sogenannte vertragsärztliche Versorgung (§ 73 Abs. 1 S. 1 SGB V). An der hausärztlichen Versorgung sind nach § 73 Abs. 1a des Sozialgesetzbuches fünfte (SGB V) neben Allgemeinmediziner*innen auch Kinder- und Jugendärzt*innen und Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung beteiligt, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. In dieser Arbeit wird auf die Kinder- und Jugendärzt*innen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung nicht weiter eingegangen. Zu den Aufgaben von Hausärzt*innen gehören neben der ärztlichen Betreuung in Diagnostik und Therapie auch die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie die Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde. Darüber hinaus fällt die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen ebenfalls in den Aufgabenbereich der hausärztlichen Versorgung (vgl. § 73 Abs. 1 SGB V).

Gerade in einigen Industrieländern wie Deutschland ist die primäre Gesundheitsversorgung durch den biomedizinischen Fokus und die ärztliche Zentrierung vorwiegend monodisziplinär geprägt, wodurch Gesundheitsleistungen und -angebote vielfach einen kurativen Charakter aufweisen (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 36; Nolting et al., 2021, S. 13; Zimmermann, 2021). Dies ist nach Nolting et al. damit zu begründen, dass in der jüngsten Vergangenheit „[...] vor allem stark spezialisierte, primär biomedizinisch ausgerichtete Versorgungsangebote [...]“ gefördert wurden und die primäre Gesundheitsversorgung im Vergleich dazu kaum gestärkt worden ist (Nolting et al., 2021, S. 13). Boeckh zeigte mit Hilfe einer Gegenüberstellung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für kurative sowie präventive Leistungen auf, „[...] dass [auch] das deutsche Gesundheitswesen in Bezug auf die Bearbeitung gesundheitlicher Risiken und Probleme in erster Linie reaktiv kurativ und nicht vorsorgend präventiv reagiert“ (Boeckh, 2013, S. 216). Dorner und von Mittelstaedt bezeichnen diese Fokussierung auf eine kurative Versorgung als sogenannte

„Reparaturmedizin“ und betonen, dass im Rahmen der Primärversorgung auch Prävention und Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle spielen, die nicht vernachlässigt werden dürfen (Dorner & von Mittelstaedt, 2018, S. 432).

Die aufgeführten Charakteristika des deutschen Primärversorgungssystems machen deutlich, dass eine Zentrierung auf die hausärztliche, meist kurativ geprägte Gesundheitsversorgung den weltweit vorherrschenden Vorstellungen und Definitionsansätzen von primärer Gesundheitsversorgung nicht umfassend gerecht wird. Vor allem der im Rahmen der Primärversorgung immer wieder hervorgehobene Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit ist in Deutschland kaum vorzufinden (Nolting et al., 2021, S. 13, 29 f.; Zimmermann, 2021). Nach Nolting et al. ist in Deutschland “[d]ie für eine optimale Primärversorgung unverzichtbare Arbeit in multiprofessionellen Teams [...] lange Zeit komplett vernachlässigt [...]“ worden (Nolting et al., 2021, S. 13). Deshalb spielen Pflegefachpersonen sowie andere nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe bislang eher eine untergeordnete Rolle in der ambulanten Primärversorgung (Nolting et al., 2021, S. 29 f., 48; Zimmermann, 2021). Einzig die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist durch die Anbindung an ärztliche Praxen oder vergleichbare Einrichtungen Teil der primären Gesundheitsversorgung. So bestehen die üblicherweise kleinen Behandlungsteams in der Primärversorgung aktuell oftmals aus der zentralen Person des Hausarztes oder der Hausärztin, sowie einigen wenigen angestellten MFA oder weiterqualifizierten MFA, jedoch nur sehr selten aus weiteren Gesundheitsfachberufen (Nolting et al., 2021, S. 27, 30).

Anstatt die geforderte Multiprofessionalität der primären Gesundheitsversorgung frühzeitig mitzudenken und auszubauen, steht in Deutschland vielfach die Rolle der Hausärzt*innen weiter im Fokus der Primärversorgung. Eine bedeutende Entwicklung hierbei war die Einführung der sogenannten „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HzV). Im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) aus dem Jahr 2003 wurde die HzV durch die Aufnahme des § 73b in das SGB V eingeführt. Bei der HzV handelt es sich um eine Versorgungsform, bei der sich Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse verpflichten, „[...] ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf [...] Überweisung“ des von ihnen ausgewählten Hausarztes oder Hausärztin in Anspruch zu nehmen (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sind seit 2007 dazu verpflichtet, ihren Versicherten eine HzV anzubieten, wobei die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung für die Versicherten freiwillig ist (§ 73b Abs. 1 & 3 SGB V). Nach Angaben des Deutschen Bundestages, der sich auf Zahlen des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. (DHÄV) bezieht, nahmen im Jahr 2019 etwa 17.000 Hausärzt*innen an der HzV in Deutschland teil und betreuten gemeinsam etwa 5,1 Millionen der im selben Jahr insgesamt 73 Millionen gesetzlich krankenversicherten Menschen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 6; BT-Drs. 19/9503, S. 5).

Im Rahmen der HzV gilt der Hausarzt bzw. die Hausärztin als erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Anliegen auf der Primärversorgungsebene und soll eine Art Lotsenfunktion im Gesundheitssystem für die Patient*innen übernehmen. Als sogenannte Gatekeeper sollen Hausärzt*innen die, für die individuelle Gesundheitsversorgung notwendigen Gesundheitsleistungen koordinieren. Nach diesem Ansatz erfolgen Besuche bei spezialisierten Fachärzt*innen oder anderen Gesundheitsfachberufen und -Institutionen nur nach vorhergehender Konsultation des Hausarztes oder der Hausärztin. So soll eine (kosten-)effiziente und strukturierte Patient*innenversorgung sichergestellt werden. Zudem sind die Vermeidung von nicht zwingend notwendigen, kostspieligen Facharztbesuchen sowie teuren Doppeluntersuchungen Ziele der HzV (Gerlach et al., 2018, Nr. 690 & 692, S. 436 f.; Höhne et al., 2009, S. 414 f.). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sieht die HzV als geeignetes Modell zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und leitlinienorientierten Koordination der gesundheitlichen Versorgung von Patient*innen auf der Primärversorgungsebene (Gerlach et al., 2018, Nr. 1315, S. 765 f.).

Mit der Einführung der HzV wurde den Hausärzt*innen in Deutschland als erste Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Anliegen eine zentrale, koordinierende Rolle und Lotsenfunktion als Gatekeeper in der primären Gesundheitsversorgung zugeschrieben. Doch ausgerechnet in dem Bereich der Versorgungskoordination im Rahmen der Primärversorgung liegt Deutschland im Vergleich zu den anderen Ländern der EU weit zurück. Dies haben Ergebnisse der Studie „Building primary care in a changing Europe“ aus dem Jahr 2015 gezeigt, in der die Primärversorgungssysteme in Europa anhand festgelegter Indikatoren bewertet und eingestuft wurden. Der Aspekt der Koordinierung der Primärversorgung beinhaltet im Rahmen der Bewertung sowohl die Ausprägung des Gatekeeping-Systems des jeweiligen Landes als auch die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit. In diesem Punkt belegt Deutschland im europäischen Vergleich den vorletzten Platz (Kringos et al., 2015, S. 89 ff.; Nolting et al., 2021, S. 24 f.). Dies unterstreicht noch einmal, dass die Primärversorgung in Deutschland besonders in dem Aspekt der Versorgungskoordination ausbaufähig ist.

Die Zentrierung auf eine medizinische, defizit- und krankheitsfokussierte sowie hausärztlich geprägte primäre Gesundheitsversorgung wird demnach nicht nur den Vorstellungen und Anforderungen von primärer Gesundheitsversorgung unzureichend gerecht und ist dementsprechend ausbaufähig, sondern steht zudem vor einer großen Herausforderung: dem immer weiter fortschreitenden und vielerorts in Deutschland bereits merklichen Mangel an Hausärzt*innen, auf dessen Ausmaße und mögliche Ursachen im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

2.3 Status Quo – Entwicklung & Prognose der hausärztlichen Versorgung

Wie bereits beschrieben bildet die hausärztliche Versorgung in Deutschland das zentrale Element auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung und dient in der Regel als erste Anlaufstelle für die gesundheitlichen Anliegen der Menschen. Betrachtet man jedoch die aktuellen und prognostizierten Entwicklungen der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, so ist ein stetig fortschreitender Mangel an Hausärzt*innen zu beobachten und erwarten, der die primäre Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellt (Schäfer et al., 2021, S. 327). Nach Angaben der Bundesregierung waren im Jahr 2014 deutschlandweit bereits 2.123 Stellen in der hausärztlichen Versorgung nicht besetzt. Seitdem ist die Anzahl bis zum Jahr 2019 auf insgesamt 3.280 unbesetzte Stellen angestiegen (Gebhart, 2020, S. 1). Betrachtet man den prozentualen Anteil offener Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzt*innen an der Gesamtzahl bedarfsplanerisch festgelegter Niederlassungsmöglichkeiten, so beträgt der Anteil der unbesetzten hausärztlichen Stellen in Deutschland insgesamt 5,9 Prozent² (Stichtag: 31.12.2019) (Gebhart, 2020, S. 2). Hierbei sind große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern zu verzeichnen: so zeigen das Saarland mit 12,3 Prozent und Thüringen mit 10,4 Prozent die höchsten Anteile unbesetzter Hausärzt*innenstellen und die Stadtstaaten Berlin (0,7 %) und Hamburg (0 %) mit unter einem Prozent die geringsten Anteile (Gebhart, 2020, S. 2). Bezüglich dieser Angaben ist wichtig zu erwähnen, dass es sich hier um die Bedarfsplanung auf Landesebene handelt und damit die hausärztlichen Versorgungsunterschiede innerhalb der einzelnen Bundesländer nicht widerspiegelt werden. Doch gerade in ländlichen Regionen Deutschlands sowie in einkommensschwachen, städtischen Ballungsräumen ist eine zunehmende hausärztliche Unterversorgung zu verzeichnen, was einen negativen Einfluss auf die primärmedizinische Versorgung der dort lebenden Menschen hat. Denn gerade durch die Fehl- bzw. Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten entstehen vor allem für die Patient*innen in strukturschwachen Regionen lange Wege sowie lange Wartezeiten auf Termine, die vor allem für ältere, zum Teil eingeschränkt mobile Menschen eine große Problematik darstellen (Agnes-Karll-Gesellschaft & Robert Bosch Stiftung, 2019, S. 5 f.; Gerlach et al., 2014, S. 349, 400 ff., 450, 562; Robert Koch-Institut, 2015, S. 447 ff.).

Der Hausärzt*innenmangel kann dabei auf multifaktorielle Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen führt ein hoher Altersdurchschnitt der berufstätigen Hausärzt*innen dazu, dass immer mehr von ihnen altersbedingt aus der hausärztlichen Versorgung der Patient*innen ausscheiden und zum anderen entscheiden sich vergleichsweise zu wenig Medizinstudierende als zukünftige Ärzt*innen für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung. Diese Aspekte

² Hierbei wird als Sperrgrenze der offenen Niederlassungsmöglichkeiten ein Versorgungsgrad von 110 Prozent festgelegt, ab welchem das Soll-Versorgungsniveau um zehn Prozent überschritten ist und damit von keinen offenen hausärztlichen Stellen ausgegangen wird (Gebhart, 2020, S. 2; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020, S. 7 f.)

des sich verstärkenden Negativtrends hin zu einem Mangel an Hausärzt*innen werden folgend beschrieben. Die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsgeneration und der als sogenannte Babyboom bis Anfang der 1970er Jahre zu verzeichnende Anstieg der Geburtenzahlen in Deutschland sorgten dafür, dass sich auch die Zahl der Ärzt*innen in Deutschland von 1970 bis 1990 fast verdoppelte (Pötzsch, 2007, S. 6 f.; Robert Koch-Institut, 2015, S. 409; Schottdorf, 2010, S. 9). Diese sogenannte Ärzteschwemme führte damals zu einer ärztlichen Überversorgung, was unter anderem in Arbeitslosigkeit von Mediziner*innen mündete (Schottdorf, 2010, S. 9). Die Ärzt*innen aus der Generation des Babybooms sind zwar vielfach noch berufstätig, jedoch befinden sich die meisten bereits im höheren Lebensalter und werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019, S. 99). Bei der Betrachtung der hausärztlichen Versorgung ist noch einmal wichtig zu erwähnen, dass sich die Berufsgruppe der Hausärzt*innen sowohl aus den Allgemeinärzt*innen (Facharztgruppe: Allgemeinmedizin) als auch Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung (Facharztgruppe: Innere Medizin) zusammensetzt (vgl. § 73 Abs. 1a SGB V). Dabei bildet die fachärztliche Gruppe der Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung mit etwa einem Drittel den deutlich geringeren Anteil an der hausärztlichen Versorgung (vgl. Bundesärztekammer, 2021, S. 12, 14; van den Bussche, 2019, S. 1129). Aus diesem Grund wird in einigen Studien, Untersuchungen oder Hochrechnungen hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung einzig auf die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner*innen Bezug genommen.

Betrachtet man die Altersstruktur bei den Hausärzt*innen in Deutschland scheint es aufgrund der geschilderten, generationsspezifischen Entwicklungen nicht verwunderlich, dass bereits im Jahr 2019 mehr als jede*r dritte Hausarzt oder Hausärztin 60 Jahre alt oder älter war und voraussichtlich in den folgenden zehn Jahren in den Ruhestand gehen und damit aus der Patient*innenversorgung aussteigen wird (van den Bussche, 2019, S. 1129). Im Vergleich zu der Altersstruktur im Jahr 2019 zeigen aktuelle Daten aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2021 eine noch prekärere Situation von niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen auf, die Abbildung 2 verdeutlicht. Von den im Jahr 2021 insgesamt in Deutschland niedergelassenen 29.376 Allgemeinmediziner*innen waren etwa 43 Prozent (12.648) im Alter von 60 Jahren oder älter. Mit fast 80 Prozent waren im selben Jahr vier von fünf Hausärzt*innen bereits 50 Jahre alt oder älter (Bundesärztekammer, 2021, S. 32, 35).

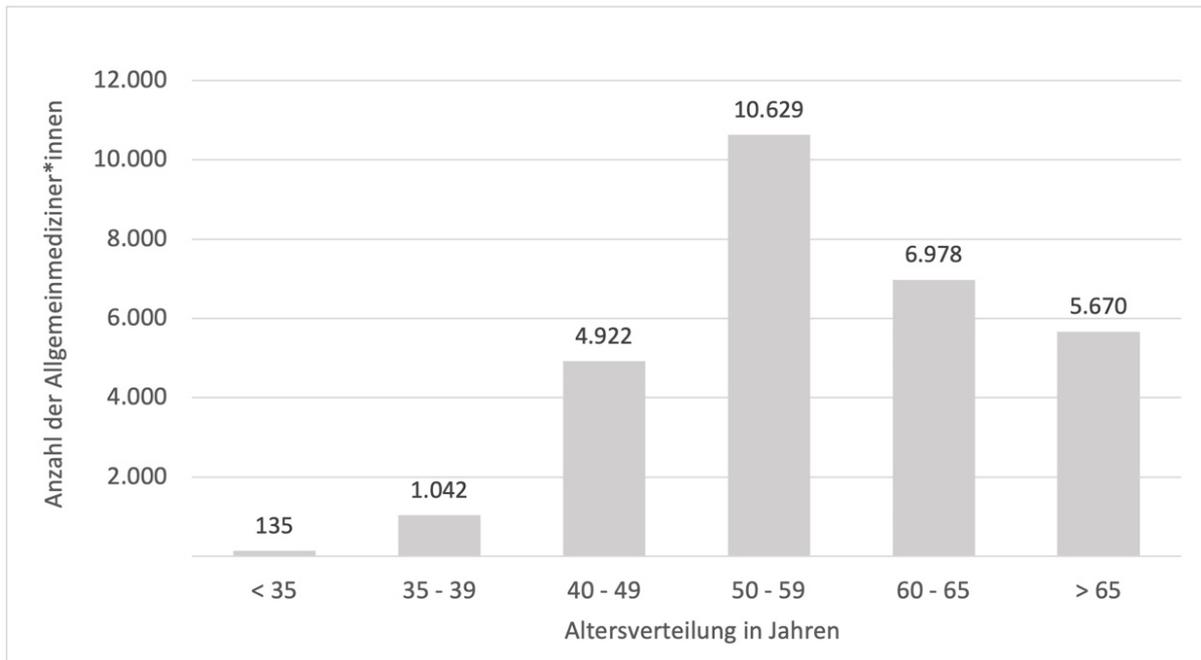


Abbildung 2 Altersverteilung der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen in Deutschland (Stand: 31.12.21) eigene Darstellung (Bundesärztekammer 2021 S. 35)

Diese Zahlen verdeutlichen die sich rasant entwickelnde Alterung der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Allgemeinmediziner*innen. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird der fortschreitende Rückgang an Mediziner*innen, neben des insgesamt hohen Altersdurchschnittes der berufstätigen Hausarzt*innen, zusätzlich durch einen vergleichsweise geringen Nachwuchsanstieg verstärkt. Zwar nimmt die Zahl der insgesamt in Deutschland berufstätigen Ärzt*innen seit den 1960er Jahren stetig zu, jedoch nicht gleichmäßig in allen Facharzt*innengruppen (Bundesärztekammer, 2021, S. 10). Nach Nolting et al. ist vor allem im Bereich der hausärztlichen Versorgung mit etwa einem Prozent zwischen den Jahren 2009 und 2020 der geringste Zuwachs an Ärzt*innen aller Fachgruppen zu verzeichnen (Nolting et al., 2021, S. 31). Dies liegt unter anderem daran, dass nur etwa zehn Prozent der Medizinstudierenden die fachärztliche Weiterbildung für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung wählen (Schäfer et al., 2021, S. 327; van den Bussche, 2019, S. 1131). Auch im europäischen Vergleich zeigt sich, dass die Anzahl an Ärzt*innen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland seit vielen Jahren zwar insgesamt ansteigen, jedoch der Anteil an Hausarzt*innen in Deutschland seit dem Jahr 2000 abnimmt. Nach Angaben der Europäischen Kommission et al. lag der Anteil an Hausarzt*innen in Deutschland mit 16,7 Prozent etwa 25 Prozent unterhalb des EU-Durchschnitts (Europäische Kommission et al., 2019, S. 11). Dieser Prozess ist ein Indikator für die in Deutschland zu beobachtende Entwicklung hin zu einem stark ausdifferenzierten, ambulanten System aus Facharzt*innen, die gemeinsam eine „[...] spezialistenorientierte Versorgungslandschaft [...]“ (van den Bussche, 2019, S. 1132) bilden (Hämel, 2015, S. 8; Robert Koch-Institut, 2015, S. 303 f.).

In seiner Übersichtsarbeit thematisiert van den Bussche „[d]ie Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland [...]“ und stellt die diesbezüglich auftretenden, aktuellen Trends sowie davon abgeleitete, notwendige Maßnahmen dar (van den Bussche, 2019, S. 1129). Hierbei wird unter anderem Bezug auf die Ergebnisse der prospektiven KarMed-Kohortenstudie zum Thema „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung“ (KarMed) genommen, in der Absolvent*innen des Medizinstudiums aus dem Jahr 2009 über die Dauer vom Berufseinstieg bis zur fachärztlichen Anerkennung hinweg zu aktuellen Berufsvorstellungen und fachärztlichen Präferenzen befragt wurden (van den Bussche, 2019, S. 1129; van den Bussche et al., 2019, S. 9 f.). Nach van den Bussche ist seit einigen Jahren insgesamt ein Anstieg des Anteils an Ärztinnen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu erkennen. Mittlerweile macht der weibliche Anteil in der allgemeinmedizinischen Ausbildung fast zwei Drittel aller Absolvent*innen aus (van den Bussche, 2019, S. 1130). Diese geschlechtsspezifische Entwicklung bei den Allgemeinmediziner*innen wird ebenfalls deutlich, wenn man die ärztlichen Statistiken der Bundesärztekammer der vergangenen zehn Jahre betrachtet (siehe Abbildung 3). Hierbei zeigt sich, dass die Anzahl der weiblichen Allgemeinmedizinerinnen in der ambulanten Versorgung stetig ansteigt, wobei zeitgleich die Anzahl männlicher Allgemeinmediziner kontinuierlich abnimmt. Im vergangenen Jahr 2021 waren nach Angaben der Bundesärztekammer erstmals mehr Ärztinnen als Ärzte im Fachbereich der Allgemeinmedizin im Rahmen der ambulanten Versorgung tätig (Bundesärztekammer, 2021, S. 12, 22).

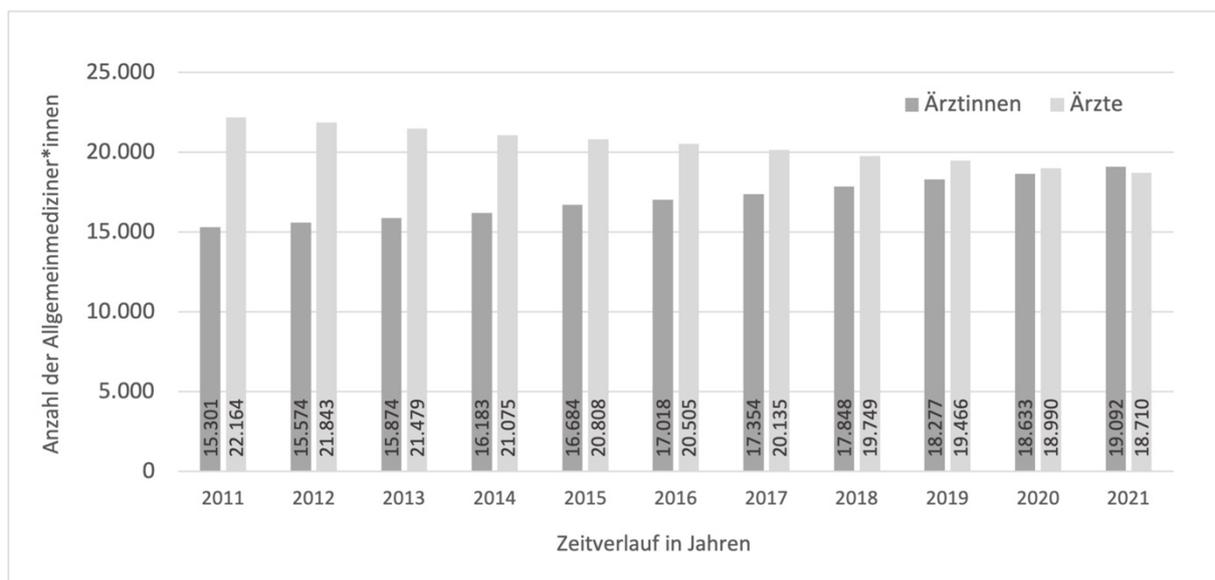


Abbildung 3 Anzahl der Allgemeinmediziner*innen in der ambulanten Versorgung aufgeteilt nach Geschlecht im Zeitverlauf über 10 Jahre eigene Darstellung (Bundesärztekammer 2011 S. 12 20 2012 S. 12 20 2013 S. 12 20 2014 S. 12 20 2015 S. 12 18 2016 S. 12 20 2017 S. 12 20 2018 S. 12 21 2019 S. 12 21 2020 S. 12 22 2021 S. 12 22)

Als mögliche Gründe hierfür zeigen die Ergebnisse der KarMed-Studie, dass das Interesse einer hausärztlichen Niederlassung bei den Ärzten im zeitlichen Verlauf mit einer Steigerung

um fast 59 Prozent (4,4 Prozentpunkte) stärker zunimmt als das der Ärztinnen mit einer Steigerung um lediglich 29 Prozent (2,2 Prozentpunkte). Parallel nimmt das Interesse der Ärztinnen zukünftig in einem Angestelltenverhältnis tätig sein sowie das Arbeitszeitmodell einer Teilzeittätigkeit in Anspruch nehmen zu wollen, ebenfalls im Zeitverlauf zu (van den Bussche, 2019, S. 1130; van den Bussche et al., 2019, S. 10 f.). Dabei wird deutlich, dass geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses und des Arbeitszeitmodells bei Allgemeinmediziner*innen vorliegen. Van den Bussche beschreibt die zukünftig zu erwartende Entwicklung der Demografie in der hausärztlichen Versorgung zusammenfassend als eine überwiegend weiblich geprägte Ärzt*innenschaft, in der sowohl die Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis als auch die Arbeit in Teilzeit voraussichtlich eine immer größere Bedeutung einnehmen werden (van den Bussche, 2019).

Diese Umstände dramatisieren die defizitäre Situation in der hausärztlichen Versorgung zusätzlich. Gerade bei der Betrachtung und Hochrechnung der Anzahl an Hausärzt*innen, die benötigt werden, um das entstehende Defizit in der hausärztlichen Versorgung zu decken, sind diese Ergebnisse von besonderer Bedeutung. Einer Gegenüberstellung von van den Bussche nach reicht es zur Deckung des Bedarfes nicht aus, die jährlichen Abgänge in der hausärztlichen Versorgung gegen die fachärztlichen Anerkennungen aufzurechnen. Nicht einmal mehr dieser sogenannte Ersatzbedarf³ ließ sich in den vergangenen Jahren decken, wodurch es zu einem Defizit in der hausärztlichen Versorgung kommt, das zu einer jährlich wachsenden Zahl unbesetzter, hausärztlicher Vertragssitze führt (van den Bussche, 2019, S. 1129 f.). Nach Prognoseberechnungen von Nolting et al. ergibt sich aus der Gegenüberstellung des Bedarfes an hausärztlicher Versorgung (Besetzungsbedarf) und der Anzahl an fachärztlichen Anerkennungen in der hausärztlichen Versorgung für das Jahr 2035 eine Anzahl von 10.851 unbesetzten Hausärzt*innensitzen in Deutschland (Nolting et al., 2021, S. 34 ff.). Nach van den Bussche werden aufgrund des steigenden Anteils an Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung und der sich wandelnden Präferenzen hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses und Arbeitszeitmodells, zukünftig etwa zwei neue Ärzt*innen benötigt, um eine*n in Vollzeit arbeitenden Hausarzt oder -ärztin zu ersetzen (van den Bussche, 2019, S. 1131). Hierdurch würde sich die Situation des Mangels an Hausärzt*innen noch weiter verschärfen und die Sicherstellung eines intakten und leistungsfähigen Primärversorgungssystems zunehmend gefährdet sein.

Diese beschriebenen Entwicklungen sowie die genannten Prognosen zeigen, dass es ein Ungleichgewicht zwischen dem altersbedingten Ausstieg von immer mehr Ärzt*innen aus der hausärztlichen Versorgung und den neu in die hausärztliche Versorgung einsteigenden Ärzt*innen besteht. Das hierdurch entstehende Defizit lässt sich bereits heute nicht durch die

³ Ersatzbedarf ist die, zur Aufrechterhaltung der vorhandenen Arztdichte, zu einem definierten Zeitpunkt benötigte Anzahl an Ärzt*innen (van den Bussche, 2019, S. 1130)

neu in die Versorgung einsteigenden Hausärzt*innen decken, wodurch der Hausärzt*innenmangel vermutlich weiter fortschreiten und die Sicherstellung der primärmedizinischen Versorgungssituation durch die Hausärzt*innen zunehmend gefährdet sein wird.

2.4 Problemspezifikation der Primärversorgungssituation

Wie zuvor beschrieben bildet die hausärztliche Versorgung in Deutschland das Zentrum der primären Gesundheitsversorgung. Dabei stellen die Hausärzt*innen als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Anliegen das zentrale Element dar, um welches sich eher kleine Behandlungsteams bilden, die jedoch weit hinter den international vertretenden Vorstellungen von interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen von ausgebauten und effizienten Primärversorgungssystemen zurückbleiben. Durch diese Zentrierung der Hausärzt*innen als Mittelpunkt der Primärversorgung hat der seit einigen Jahren zu beobachtende und in Teilen Deutschlands bereits messbare Mangel an Hausärzt*innen folglich einen großen Einfluss auf die primäre Gesundheitsversorgung. Denn durch die genannten und erläuterten Ursachen, wie der hohen Altersstruktur der Hausärzt*innen, ist davon auszugehen, dass sich der Mangel in den kommenden Jahren weiter ausweiten wird. Neben den beschriebenen Herausforderungen und problematischen Entwicklungen auf der Seite der hausärztlich geprägten Angebotsstruktur in der primären Gesundheitsversorgung ist zudem seit Jahren ein steigender Bedarf an medizinischen Leistungen zu verzeichnen, der unter anderem auf die Folgen des demografischen Wandels zurückzuführen ist. Hierbei kommt es zu einem Wandel in der Bevölkerungsstruktur hin zu einer demografischen Alterung der Gesellschaft, die auf einen Anstieg der Lebenserwartungen der Menschen sowie auf eine gleichzeitige geringe Geburtenrate zurückzuführen ist (Robert Koch-Institut, 2015, S. 435; Schäffer, 2017, S. 20). Die Alterung der Menschen geht dabei mit natürlichen, biologischen Alterungsprozessen einher, die gemeinsam eine Zunahme an altersassoziierten, chronisch degenerativen Erkrankungen zur Folge haben. Zudem hat auch ein Wandel im Lebensstil der Menschen dazu beigetragen, dass das heutige „[...] Krankheitsspektrum stark von nicht übertragbaren, häufig chronischen Erkrankungen geprägt [ist]“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 439). Dieser geschilderte demografische sowie epidemiologische Wandel hat wiederum zur Folge, dass sowohl der Bedarf als auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigen und bei den Hausärzt*innen zu einer hohen Routinebelastung führen, die es zu bewältigen gilt (Gerlach et al., 2009; Robert Koch-Institut, 2015, S. 435). Diese gegenläufige Entwicklung der Angebotsstruktur von Hausärzt*innen auf der einen sowie der Bedarfs- bzw. Nachfragestruktur auf der anderen Seite, ist in Abbildung 4 modelhaft dargestellt. So steht dem immer weiter fortschreitenden Mangel an Hausärzt*innen, hier anhand der abfallenden Angebotskurve von Hausärzt*innen dargestellt, ein Anstieg der Bedarfs- bzw. Nachfragekurve der Patient*innen an Gesundheitsleistungen gegenüber. Summa summarum müssen immer weniger Hausärzt*innen die Betreuung von Menschen mit immer komplexeren, von Multimorbidität geprägten Anliegen übernehmen, welches eine Zunahme der

Versorgungslast zur Folge hat und die hausärztlich geprägte Primärversorgung in zweierlei Hinsicht vor große Herausforderungen stellt (vgl. Gerlach et al., 2009, S. 101). Der schraffierte Bereich in Abbildung 4 verdeutlicht dabei die entstehende Differenz (Delta) aus dem abnehmenden hausärztlichen Angebot in der Primärversorgung sowie dem gestiegenen Bedarf und der zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Um diesem Delta entgegenzuwirken und die Primärversorgung in Deutschland, trotz

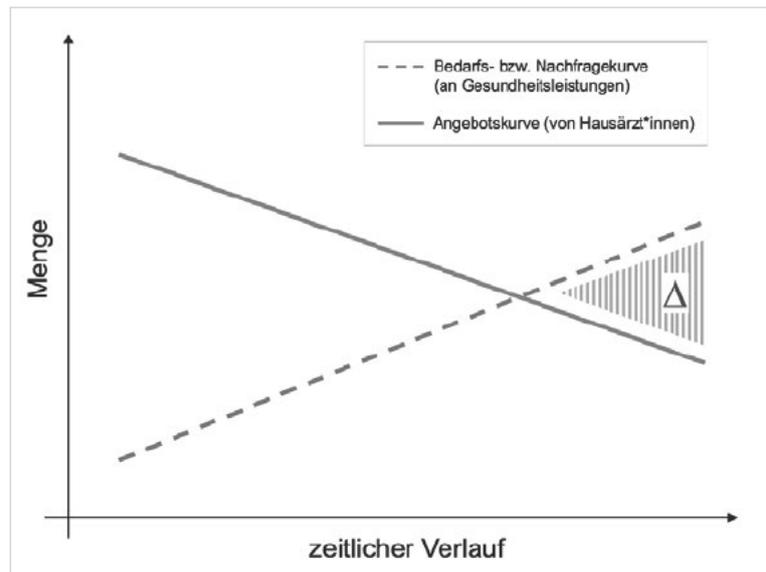


Abbildung 4 Modellhafte Darstellung der Entwicklung der Angebotskurve seitens der Hausärzt*innen sowie der Bedarfs- bzw. Nachfragekurve seitens der Gesundheitsleistungen eigene Darstellung

der aktuellen Entwicklungen langfristig sicherzustellen, ist eine Weiterentwicklung der Strukturen der primären Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Auf der einen Seite müssen die berufstätigen Hausärzt*innen entlastet werden, um sich zukünftig auf Kernaufgaben ihrer fachärztlichen Tätigkeit fokussieren zu können (van den Bussche, 2019, S. 1134). Auf der anderen Seite muss die Primärversorgung vor allem hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsfachberufe in der primären Gesundheitsversorgung ausgeweitet und weiterentwickelt werden, damit auch zukünftig eine niedrighschwellige, gerechte, zugängliche, qualitativ hochwertige, effiziente, sichere und kontinuierliche Primärversorgung – wie in der Deklaration von Astana gefordert – für alle Menschen in Deutschland gewährleisten werden kann (vgl. WHO, 2018, S. 10). Aufgrund der bekannten Herausforderungen wird seit einigen Jahren in Deutschland diskutiert, inwiefern die Primärversorgung in Deutschland weiterentwickelt werden kann (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 2, 4; Gerlach et al., 2009, S. 151; van den Bussche, 2019, S. 1134). Eine Möglichkeit ist die Etablierung des bereits international bewährten und in einigen Ländern erfolgreich eingeführten Berufsbildes der CHN, mit der sich in der folgenden Arbeit vorrangig beschäftigt und die im folgenden Kapitel vorgestellt wird.

3. Hintergrund: Das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN)

In diesem Kapitel wird das Berufsbild der sogenannten Community Health Nurse (CHN) vorgestellt. Hierbei handelt es sich um einen auf Masterniveau akademisch qualifizierten Pflegeberuf, der bereits in einigen Ländern etabliert ist und sich vielerorts bewährt hat (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 2, 5 f.).

Die Berufsbildbezeichnung der CHN wird im internationalen Kontext weit gefasst und hat sich als englischsprachiger Begriff auch in Deutschland durchgesetzt. Trotz der Berufsbildbezeichnung als „Nurse“ lässt dies keine Rückschlüsse auf das Geschlecht der entsprechend qualifizierten Personen zu und bezieht alle Geschlechter mit ein (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 6, 9). Im Folgenden soll zunächst das Konzept des Community Health Nursing nach internationalem Vorbild (Kapitel 3.1) vorgestellt werden, woran sich eine Beschreibung zum Stand der Entwicklungen in Deutschland anschließt (Kapitel 3.2). Am Ende dieses Kapitels erfolgt eine kurze inhaltliche Zusammenfassung und die Herleitung der Fragestellung dieser Arbeit (Kapitel 3.3).

3.1 Community Health Nursing nach internationalem Vorbild

Die im Kapitel 2 geschilderten Entwicklungen und die damit verbundenen Herausforderungen der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland zeigen sich in ähnlicher Weise auch in anderen europäischen Ländern sowie den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und Kanada. In einigen dieser Länder wie Schweden, Finnland, Slowenien, den USA und Kanada wurden die CHN als speziell qualifizierte und hochspezialisierte Pflegefachpersonen und nicht-ärztliche Gesundheitsexpert*innen in die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen eingebunden. Sie sind vorwiegend im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung tätig und dienen der Bevölkerung vor Ort als erste Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Anliegen (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 5 f., 27). Dabei arbeiten CHNs vielfach in multiprofessionellen Teams, die sich als kommunale Zentren für Primärversorgung unter einem Dach zusammenfinden und gebündelt Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Gesundheitsfachberufe anbieten. Die CHN nimmt hierbei oft eine koordinierende und steuernde Funktion ein und kann, je nach landesspezifischen Regelungen, auch als organisatorische Leitung solcher Primärversorgungszentren tätig sein (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 6). Sie übernehmen demnach also „[d]urch ihre Verortung in Institutionen der Primärversorgung [...] eine zentrale Rolle an der Eintrittspforte in das nationale Gesundheitswesen“ und bilden ein wichtiges Element in der Primärversorgung (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 27). Besonders für vulnerable Gruppen, wie ältere, multimorbide Menschen oder chronisch Erkrankte stellen CHNs wichtige Ansprechpartner*innen dar, die ihnen beratend zur Seite stehen und sie durch das komplexe Gesundheitsversorgungssystem mit all den vielzähligen Gesundheitsleistungen lotsen (Burgi & Igl, 2021b, S. 9). Als wichtiger Effekt der Einführung von Community Health Nursing ist die Ausweitung des Leistungsspektrums in der Primärversorgung zu nennen, bei der es durch eine Umstrukturierung und Umverteilung von Aufgaben und Tätigkeiten, unter anderem zu einer Entlastungen der in der Primärversorgung tätigen Hausärzt*innen kommt (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 3 f.).

Trotz der identisch gebrauchten Berufsbildbezeichnung existieren in den genannten Ländern große Unterschiede bei der Zuteilung und Übernahme von Tätigkeiten durch CHNs hinsichtlich des konkreten Verantwortungsgebietes und des Grades an Autonomie. Grund hierfür sind unter anderem die durch nationales Recht und nationale Regelungen entstehenden Einschränkungen in der Autonomie ihres Handelns. Zudem schränken länderspezifische Unterschiede in der Qualifikation von CHNs und den erforderlichen beruflichen Voraussetzungen die Tätigkeits- und Aufgabenprofile sowie die damit verbundenen Verantwortlichkeitsgebiete ein (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 7). In den meistens Ländern handelt es sich bei CHNs um auf Masterniveau ausgebildete Advanced Practice Nurses (APN) oder Nurse Practitioner (NP), die im Deutschen als sogenannte „Pflegeexpert*innen APN“ bezeichnet werden können (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe et al., 2013, S. 2). Um eine hohe fachliche Qualität in der Patient*innenversorgung sicherzustellen, werden vielfach sowohl eine abgeschlossene Pflegeberufsausbildung als auch Berufserfahrungen in diesem Bereich vorausgesetzt, um als CHN tätig werden zu können (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 2, 6 f.).

So ist es den CHNs in Kanada beispielsweise möglich, eigenverantwortlich und ohne die Kontrolle durch einen Arzt oder eine Ärztin, Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen in der Primärversorgung, die sogenannten Nurse Practitioner-Led Clinics (NPLCs), zu leiten. Dieses zusätzliche Angebot in der Primärversorgung wird weniger als Alternative zu bestehenden, traditionellen Strukturen der ärztlichen Versorgung gesehen, sondern vielmehr als eine Ergänzung. Dort übernehmen CHNs unter anderem die Behandlung von chronisch erkrankten sowie multimorbiden Patient*innen, koordinieren und steuern den gesamten Versorgungsprozess und übernehmen darüber hinaus auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung, um die Menschen in der Umgebung möglichst gesund zu erhalten. Hier befinden sich die auf Masterniveau qualifizierten Pflegeexpert*innen auf Augenhöhe mit den ebenfalls in der Primärversorgung tätigen Ärzt*innen und sind gleichberechtigt in der Patient*innenversorgung tätig (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 6, 10; Schäffer et al., 2015, S. 57, 59 ff.). In Ländern wie der Schweiz hingegen sind CHNs in ihrem autonomen Handeln eingeschränkt, wodurch sie zwar in interprofessionellen Teams tätig sind, deren Hauptverantwortung jedoch bei den Ärzt*innen liegt (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 74).

Gerade das Beispiel von Community Health Nursing in Kanada zeigt das Potenzial auf, welches sich durch die Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes und die Stärkung der Handlungsautonomie ergibt. Durch die Übernahme von Aufgaben in der Primärversorgung leisten CHNs einen großen Anteil an einem niedrigschwiligen Angebot an primärer Gesundheitsversorgung und tragen insgesamt zu einem interprofessionell geprägten, zukunftsfähigen Primärversorgungssystem bei.

3.2 Stand der Entwicklungen in Deutschland

In Deutschland befindet sich der Entwicklungsstand der Etablierung von Community Health Nursing noch relativ am Anfang, gewann in den vergangenen Jahren jedoch zunehmend an Bedeutung. Unter anderem die in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Gutachten des SVR haben bereits seit vielen Jahren auf die beschriebenen, zukünftigen Probleme und Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland aufmerksam gemacht. So gibt es bereits seit längerem Diskussionen und Debatten darüber, wie man die Primärversorgung in Deutschland stärken kann, um deren Sicherstellung auch zukünftig zu gewährleisten. Bereits im Gutachten des SVR aus dem Jahr 2007 wurde diesbezüglich die Neuverteilung von Aufgaben der Gesundheitsberufe im Gesundheitssystem empfohlen (BT-Drs. 16/6339, S. 95). Hierbei kam der SVR zu dem Schluss, dass „[e]ine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben [...] nicht zu umgehen [ist], wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll“ (BT-Drs. 16/6339, S. 99). Auch im Gutachten aus dem Jahr 2018 wird erwähnt, dass die Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen sowie anderen Gesundheitsfachberufen in Deutschland hinsichtlich der Übertragung von Heilkunde auf nicht-ärztliche, pflegerische Gesundheitsfachberufe ausbaufähig ist. Dabei sieht der SVR vor allem in der Primärversorgung wichtige Ansatzpunkte für eine Übertragung von Heilkunde (Gerlach et al., 2018, Nr. 874, 876). Ein Blick über die Grenzen Deutschlands hinaus zeigt, dass „[i]n Ländern mit stärker entwickelten Primärversorgungsstrukturen [...] akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen eine wesentliche Rolle [spielen]“ (Nolting et al., 2021, S. 14). Dieser Ansatz zur Entlastung der angespannten Situation in der primären Gesundheitsversorgung wird auch in Deutschland geprüft und rückt zunehmend in den öffentlichen Fokus der Gesundheitspolitik. Vor allem durch die Aufnahme des Vorhabens der Einführung des neuen Berufsbildes der CHN in den Koalitionsvertrag 2021, der auf Bundesebene von den aktuell regierenden Parteien geschlossen wurde, gewinnt das Thema zunehmend an politischem und öffentlichem Interesse (vgl. SPD et al., 2021, S. 82). Fokussiert und konkretisiert wurde das Thema erstmals durch das seit dem Jahr 2017 laufende „Projekt zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland“, welches von der Agnes-Karll-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) und mit Förderung durch die Otto und Edith Mühlischlegel Stiftung in der Robert Bosch-Stiftung durchgeführt wird (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 4). Hierbei geht es um die Frage, ob und inwieweit das Konzept des Community Health Nursing nach internationalem Vorbild auf das Gesundheitssystem in Deutschland übertragen werden kann. Grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Übertragbarkeit sind die historisch sehr unterschiedlich gewachsenen nationalen Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern und die sich daraus ergebenden, teilweise sehr unterschiedlichen Primärversorgungsstrukturen.

Im Rahmen des Projektes wurde unter anderem das Konzept „Community Health Nursing in Deutschland: konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“ (2018) erarbeitet. Diese Publikation befasst sich mit den Möglichkeiten der Ausgestaltung von Community Health Nursing in Deutschland und diente als Grundlage für die in Phase zwei des Projektes stattfindende Entwicklung von ersten Modellstudiengängen (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 4). Die allgemeine Akademisierung des Pflegeberufes hat in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern erst seit einigen Jahren begonnen. Mittlerweile gibt es in Deutschland eine Vielzahl an Möglichkeiten ein primärqualifizierendes Bachelorstudium im Bereich der Pflege zu absolvieren. Dennoch gibt es bisher nur vereinzelt weiterqualifizierende Masterstudiengänge, die die Absolvent*innen der Bachelorstudiengänge in Deutschland zu spezialisierten Pflegeexpert*innen ausbilden (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018; Nolting et al., 2021, S. 14, 70). Masterstudiengänge im Bereich des Community Health Nursing gab es vor der Entwicklung der entsprechenden Modellstudiengänge nicht. Dennoch stand bei der Entwicklung einer Ausbildung im Bereich des Community Health Nursing der Pflegeberuf schnell im Vordergrund, auf den die Ausbildung auf Masterniveau zu einer CHN aufgebaut werden soll (Burgi & Igl, 2021b, S. 86). Seit dem Wintersemester 2020 wird nun an drei Hochschulen in Deutschland ein Master of Science (M.Sc.) in Community Health Nursing angeboten, der einen fachbezogenen Bachelorabschluss im Bereich Pflege voraussetzt und zwischen vier und fünf Semestern dauert. Die Absolvent*innen dieser Modellstudiengänge stehen zum Teil bereits seit Sommer dieses Jahres zum Einsatz in der Gesundheitsversorgung bereit (Robert Bosch Stiftung, o. J.-a; vgl. Robert Bosch Stiftung & Agnes-Karll-Gesellschaft, 2021, S. 1). Jedoch ist bisher noch nicht final geklärt, in welchen Handlungsfeldern CHNs in Deutschland welche konkreten Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen dürfen und welche spezifische Rolle sie zukünftig in der Gesundheitsversorgung einnehmen werden.

3.3 Inhaltliche Zusammenfassung und Herleitung der Fragestellung

Wie im Kapitel 2 beschrieben, steht die primäre Gesundheitsversorgung in Deutschland vor der großen Herausforderung, die sich vielerorts bereits heute zeigt, eines fortschreitenden Mangels an Hausärzt*innen. Diese bilden wie aufgeführt das zentrale Element der Primärversorgung in Deutschland und dienen als erste Anlaufstelle für gesundheits- und krankheitsbezogene Anliegen der Bevölkerung. Die aufgeführten Entwicklungen und Prognosen hinsichtlich der hausärztlichen Versorgungssituation (Kapitel 2.3) haben gezeigt, dass ein sich zunehmend verstärkender Negativtrend zu beobachten ist. Prognosen zur Folge wird die Zahl unbesetzter Hausärzt*innenstellen zukünftig weiter ansteigen, wodurch die Sicherstellung der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland zunehmend gefährdet sein wird. Diese Problematik wird durch den steigenden Bedarf und die gestiegene Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiter verschärft. Auf Grundlage dieser Entwicklungen wird bereits seit einigen

Jahren diskutiert, inwiefern man die Primärversorgung in Deutschland stärken und hinsichtlich der internationalen Anforderungen an Primärversorgungssysteme weiterentwickeln kann, um möglichst allen Menschen eine personenzentrierte, kontinuierliche, umfassende, koordinierte und niedrighschwellige Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen zu können. Eine Möglichkeit hierbei stellt die Etablierung des Berufsbildes der CHN in Deutschland dar, welches sich bereits in anderen Ländern wie Kanada etabliert und bewährt hat. Vorrangiges Ziel einer Etablierung in Deutschland ist die Ausweitung des Leistungsspektrums in der Primärversorgung sowie die Übernahme von Tätigkeiten zur Entlastung der Hausärzt*innen und zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es gibt bereits erste Absolvent*innen der Modellmasterstudiengänge in Deutschland, jedoch sind aktuell weder die Finanzierung und institutionelle Anbindung noch der Grad an Handlungsautonomie sowie die genauen Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche politisch sowie rechtlich geregelt. Diese Regelungen sind jedoch für die Etablierung von CHNs in Deutschland fundamental und es gilt diese schnellstmöglich zu klären und gesetzlich zu verankern. Hieraus leitet sich die konkrete Fragestellung dieser Arbeit ab:

Inwieweit kann das neue Berufsbild der Community Health Nurse die Primärversorgung in Deutschland weiterentwickeln?

Welches methodische Vorgehen hierbei zur Bearbeitung und Beantwortung der Fragestellung ausgewählt und angewendet wurde, wird im folgenden Kapitel näher beschrieben.

4. Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Übersichtsarbeit auf Grundlage eines narrativen Literaturreviews ausgewählt. Das narrative Literaturreview ist neben der Metasynthese eine spezielle Methode der qualitativen Literaturanalyse (Siddaway et al., 2019, S. 755). Hierbei geht es in den meisten Fällen um eine rein deskriptive Vorgehensweise und nicht um die (Neu-)Bewertung von quantitativen Daten oder Studienergebnissen. Diese Art der Literaturarbeit eignet sich speziell für die Erarbeitung von Übersichtsarbeiten, bei denen es vorrangig um die Darstellung eines aktuellen Entwicklungsstandes von Forschung, Theorie und Praxis zu einem spezifischen Thema geht (Siddaway et al., 2019, S. 754 f.). Die Aktualität des Themas des Community Health Nursings in Deutschland sowie die noch ausstehende Etablierung dieses neuen Berufsbildes sind Gründe dafür, dass es bisher kaum bis gar keine evidenzbasierte Literatur in Form von empirischen Studien gibt, die sich auf den Einsatz von CHNs in Deutschland beziehen. Daher wurde aufgrund der hohen Aktualität des Themas und der begrenzten Verfügbarkeit an Literatur ein narratives Literaturreview als Methode für diese Übersichtsarbeit ausgewählt, die im Folgenden genauer beschrieben wird.

Nach Baumeister & Leary (1997) können narrative Literaturarbeiten unterschiedliche Ziele verfolgen, die bereits im Vorfeld der Erstellung einer Übersichtsarbeit definiert werden sollten. Wie in Abbildung 5 dargestellt, kann es neben der Entwicklung neuer (1) oder der Bewertung vorhandener Theorien (2) auch um die Darstellung eines aktuellen Wissensstands zu einem spezifischen Thema (3) gehen. Darüber hinaus können mit dieser Art der Literatursynthese

- | |
|--|
| 1. Entwicklung von neuen Theorien |
| 2. Bewertung von vorhandenen Theorien |
| 3. Überblick über einen aktuellen Wissensstand |
| 4. Identifikation von Problemen |
| 5. historischer Überblick über die Entwicklung von Theorie & Forschung |

Abbildung 5 Ziele einer narrativen Literaturanalyse eigene Darstellung (nach Baumeister & Leary 1997 S. 312)

Probleme deskriptiv identifiziert werden (4) oder ein Überblick über die historische Entwicklung von Theorien und Forschung zu einem spezifischen Thema (5) erarbeitet und dargestellt werden (Baumeister & Leary, 1997, S. 312). Die Ziele dieser Übersichtsarbeit sind die Darlegung des aktuellen Wissensstandes sowie die Identifikation von potenziellen Problemen hinsichtlich der Einführung des neuen Berufsbildes der CHN und deren möglicher Einfluss auf die Primärversorgung in Deutschland. Neben dem Ziel der Bekanntmachung und Aufklärung des Fachpublikums über das Vorhandensein der Probleme und Schwierigkeiten, können auf deren Grundlage auch Lösungsansätze entwickelt und vorgestellt werden, welches ebenfalls ein Ziel dieses narrativen Literaturreviews ist (Baumeister & Leary, 1997, S. 312).

Im Unterschied zu empirischen Arbeiten erfolgt die Formulierung von möglichen Hypothesen und der Fragestellung bei narrativen Literaturarbeiten erst nach einer umfangreichen Literaturrecherche. Dies dient der Vertiefung des Themas, der Erarbeitung des aktuellen Wissens- und Forschungsstandes sowie der Identifikation von Themenschwerpunkten mit Analysebedarf oder Forschungslücken. Hierbei ist wichtig, dass sowohl die Hypothese(n) als auch die Fragestellung(en) erst nach einer umfassenden Lektüre formuliert und kontinuierlich weiterentwickelt werden, um einen möglichst hohen Abstraktionsgrad zu erreichen (Baumeister & Leary, 1997, S. 314). Erst im Anschluss daran erfolgt der Beginn des Schreibprozesses der Übersichtsarbeit und die Beantwortung der Fragestellung(en) auf Grundlage der ausgewählten Literatur, unter kontinuierlicher Suche und Berücksichtigung von aktuellen themenrelevanten Publikationen.

Anders als bei einem systematischen Literaturreview basiert das narrative Literaturreview nicht auf streng systematisch recherchierten literarischen Quellen, sondern vielmehr auf einer selektiven Auswahl von Literatur durch den oder die Verfasser*in. Diese Selektion geschieht nach Aktualität und Verfügbarkeit der Literatur sowie einer möglichen Präferenz von Werken bestimmter Autor*innen. Durch diese individuelle Literatúrauswahl ist die Berücksichtigung von sogenannten Selektionsverzerrungen (selection bias) bei der Interpretation und Gewichtung

der Ergebnisse unbedingt erforderlich, auf die im Rahmen der Limitationen und Stärken der Arbeit (Kapitel 7.2) genauer eingegangen wird (La Torre et al., 2015, S. 31ff.).

In dieser Übersichtsarbeit wurden durch eine Grobrecherche zu Beginn die wichtigsten Institutionen und Akteure identifiziert, die sich bisher mit der Etablierung des neuen Berufsbildes der CHN in Deutschland beschäftigt haben. Hierzu zählen die Robert Bosch Stiftung, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) sowie dessen gemeinnützige Tochter, die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (kurz: Agnes-Karll-Gesellschaft). Wie bereits beschrieben hat die Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK und mit dessen Mitwirken seit dem Jahr 2017 erstmalig ein Projekt zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland mit Förderung und Mitwirkung der Robert Bosch Stiftung durchgeführt, womit dieses Thema hierzulande zum ersten Mal eine größere Berücksichtigung erfuhr. Im Rahmen dieses Projektes sind einige Übersichtsarbeiten erarbeitet und veröffentlicht worden, die sich mit der denkbaren Rollen- und Berufsausprägung von CHNs in Deutschland und Möglichkeiten der Etablierung dieses Berufsbildes befassen. Um bei der Recherche alle relevanten Publikationen in Deutschland zu berücksichtigen, wurden zunächst die Internetseiten der drei genannten Akteure aufgerufen. Hierbei fiel auf, dass einzig die Agnes-Karll-Gesellschaft nicht über einen eigenen Internetauftritt verfügt. Somit wurde auf der Internetseite der Robert Bosch Stiftung (Robert Bosch Stiftung, o. J.-c) und der des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.-d) nach dem Stichwort „Community Health Nursing“ gesucht. Die folgende Abbildung 6 zeigt die hierbei konkret angewendete Vorgehensweise.

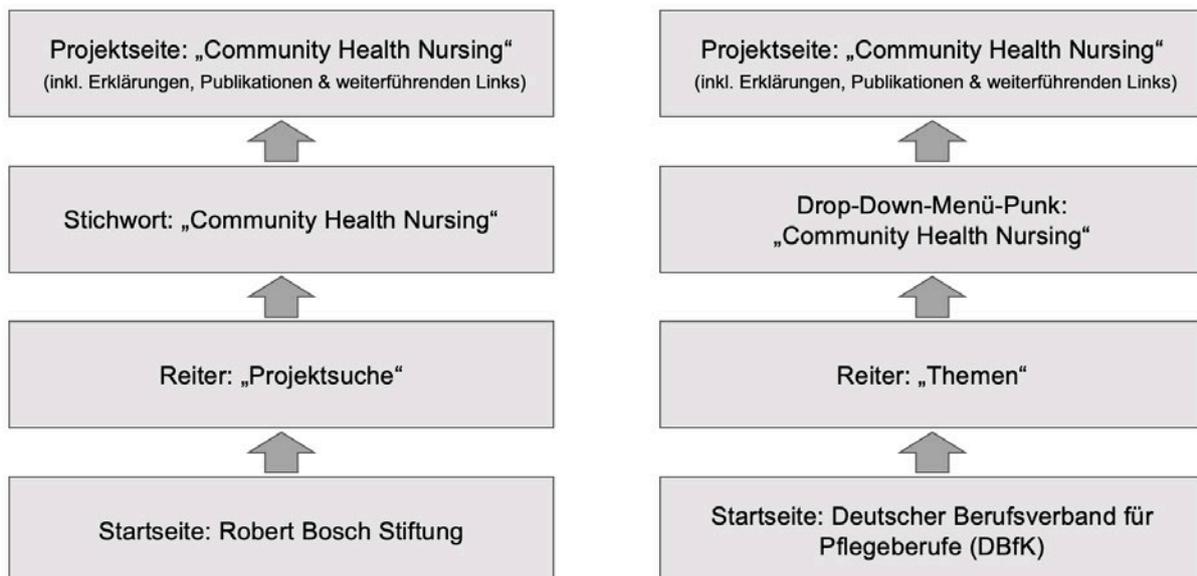


Abbildung 6 Konkretes Vorgehen der Literaturrecherche auf den Internetseiten der Robert Bosch Stiftung und des DBfK eigene Darstellung

Auf der jeweiligen Projektseite zum „Community Health Nursing“ der Robert Bosch Stiftung (Robert Bosch Stiftung, o. J.-b) sowie der des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.-b) waren zahlreiche, zum Teil identische Publikationen sowie Erklärungen rund um

das Thema Community Health Nursing zu finden. Zu den wichtigsten Publikationen, die dieser Arbeit als thematische Grundlagenliteratur dienen, zählen:

- „Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“ (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018)
- „Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ (Burgi & Igl, 2021b)
- „Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland“ (Burgi & Igl, 2021a)
- „Community Health Nursing in Deutschland – Aufgaben und Praxisprofile“ (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2022)

Die aufgeführten Publikationen bilden hierbei die fundamentale, literarische Grundlage für die Erarbeitung des aktuellen Entwicklungsstandes. Dabei geht es konkret um die nach internationalem Vorbild abgeleiteten Vorstellungen und Anforderungen hinsichtlich der spezifischen beruflichen Rolle sowie der möglichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von CHNs in Deutschland. Nach der Identifikation und Lektüre der relevanten Literatur, wurde das Thema dieser Übersichtsarbeit mit dem Titel „Der Einfluss des neuen Berufsbildes der Community Health Nurse auf die Primärversorgung in Deutschland – ein narratives Literaturreview“ formuliert. Nach einer weiteren Recherche- und Lektürephase konnte anschließend die Fragestellung dieser Arbeit formuliert werden, die im Folgenden deskriptiv erarbeitet und schlussendlich beantwortet werden soll. Bei der Beantwortung der Fragestellung spielt vor allem das im Rahmen der Literaturrecherche identifizierte Rechtsgutachten von Burgi und Igl (2021b) eine bedeutende Rolle (siehe Burgi & Igl, 2021b). In diesem Gutachten werden die rechtlichen Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland dargestellt. Die Ergebnisse dieses Rechtsgutachten bilden die literarische Grundlage des Ergebnisteils und werden in den Kapiteln 5 und 6 in Teilen erläutert. Neben dem Rechtsgutachten und weiteren aufgeführten literarischen Quellen, wurden im Rahmen dieses narrativen Literaturreviews zudem verschiedene Gesetzestexte und Rechtsquellen herangezogen, auf die in den jeweiligen Textpassagen verwiesen wird und die in einem separaten Rechtsquellenverzeichnis am Ende dieser Arbeit aufgeführt sind. Sie dienen vor allem der Darstellung des aktuellen Rechts- und Handlungsrahmens von CHNs und anderen Gesundheitsfachberufen. Dabei sind vor allem das Sozialgesetzbuch fünf (SGB V) als Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, das Pflegeberufegesetz (PflBG) als Heilberuferecht sowie das Heilpraktikergesetz (HeilprG), die Bundesärzteordnung (BÄO), zwei Anlagen (8 und 24) des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) und die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten (MedFAngAusbV) von Bedeutung.

5. Ergebnisse: Aktueller Rechtsrahmen für Community Health Nursing in Deutschland

Bevor im folgenden Ergebnisteil die konkreten Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von CHNs (Kapitel 5.1) beschrieben werden ist es unverzichtbar, zunächst die professionelle Rolle sowie mögliche Handlungsfelder dieses Berufsbildes in Deutschland zu definieren und einzugrenzen. Um das neue Berufsbild im Gesamtkontext des deutschen Gesundheitssystems zu verstehen, wurde von der Agnes-Karll-Gesellschaft und dem DBfK (2018) nach internationalem Vorbild eine Rollenspezifizierung vorgenommen. Hiernach wird die CHN im Allgemeinen als Untersucher*in und Behandler*in gesehen, die auch als Vermittler*in zwischen den Leistungserbringenden fungiert. Ähnlich wie im Case Management beinhaltet sie zudem die Rolle des sogenannten Brokers (vgl. von Reibnitz, 2015, S. 46), der auch als „[...] Gesundheitskümmerer, Berater zu Krankheit und Gesundheit, Vermittler, Lotse, Fürsprecher, Untersucher, Vernetzer, Motivator [...]“ betitelt werden kann (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 24). Somit wird deutlich, dass einer CHN im Rahmen ihrer Rolle trotz ihrer pflegerischen Grundexpertise vor allem eine medizinische, koordinierende, vermittelnde und unterstützende Funktion zugeschrieben wird. Hinsichtlich der möglichen zukünftigen Einsatzgebiete von CHNs in Deutschland definiert die Agnes-Karll-Gesellschaft mit dem DBfK (2022) vier denkbare, übergeordnete Handlungsfelder, die in siehe Abbildung 7 dargestellt sind.



Abbildung 7 Handlungsfelder von Community Health Nurses in Deutschland eigene Darstellung (nach Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2022 S. 10)

Neben dem weiten Handlungsfeld der Primärversorgung und hier speziell der Tätigkeit in sogenannten Primärversorgungszentren, könnten CHNs zukünftig auch im Bereich der weiterzuentwickelnden ambulanten Pflege tätig sein. Auch das Handlungsfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit dem Fokus auf Public Health sowie das der Kommunalen Daseinsvorsorge mit den Schwerpunkten Quartiersmanagement und Sozialraumentwicklung sind denkbare Einsatzfelder von CHNs in Deutschland (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2022, S. 10 f.). Aufgrund der inhaltlichen Fokussierung des Themas dieser Arbeit auf den Einfluss von Community Health Nursing auf die Primärversorgung in Deutschland, steht folglich dieses Handlungsfeld im Vordergrund, wodurch die anderen drei keine weitere Berücksichtigung finden. Nachdem die professionelle Rolle sowie die möglichen Handlungsfelder von CHNs in Deutschland kurz vorgestellt wurden, werden zunächst die konkreten Aufgaben- und Tätigkeitsfelder vorgestellt.

5.1 Aufgaben- und Tätigkeitsfelder

Zur Ausgestaltung des neuen Berufsbildes der CHN wurden von Schäffer, Hämel und Ewers (2015) nach internationalem Vorbild sieben Kernaufgaben herausgearbeitet und definiert, die den übergeordneten Handlungsrahmen festlegen. Die Kernaufgaben sind in Abbildung 8 übersichtlich dargestellt und durch Beispiele ergänzt (Schäffer et al., 2015, S. 62).



Abbildung 8 Kernaufgaben von Community Health Nurses eigene Darstellung (Schäffer et al. 2015 S. 62)

Betrachtet man das Aufgabenspektrum von CHNs wird deutlich, dass es sich hierbei neben Aufgaben aus den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung auch um Aufgaben aus der Versorgung und Behandlung von Patient*innen handelt. Dabei hängen die jeweiligen konkreten Aufgaben- sowie Tätigkeitsfelder grundsätzlich davon ab, in welchem der vorgestellten Handlungsfelder und konkreten Settings die CHN tätig ist, welche spezifischen Zielgruppen sie betreut und wie deren individueller medizinisch-pflegerischer Bedarf sowie deren Gesundheitsanliegen und -probleme aussehen. Die genannten Kernaufgaben dienen als Orientierungsrahmen und können durch weitere dem spezifischen Setting angepasste Aufgaben ergänzt werden (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 13; Schäffer et al., 2015, S. 62).

Neben diesen sieben Kernaufgaben wurden nach internationalem Vorbild sechs typische Tätigkeiten im Rahmen von Community Health Nursing beschrieben, welche zunächst in Abbildung 9 dargestellt und im Folgenden einzeln näher vorgestellt werden. Hierbei handelt es sich um konkrete Tätigkeiten, die sich in den zuvor beschriebenen Kernaufgaben wiederfinden lassen. Diese sind in der weiteren Arbeit von besonderer Bedeutung, da sich die berufs- sowie leistungsrechtlichen Etablierungsmöglichkeiten von CHNs in dem Rechtsgutachten von Burgi und Igl (2021b) auf jene Tätigkeiten beziehen.

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung
Ersteinschätzung und Beratung
Gesundheitserhaltung und -förderung
Befähigung von Patient*innen
Koordination, Kooperation, Leadership
Bedarfserhebung

Abbildung 9 Tätigkeiten von Community Health Nurses eigene Darstellung (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2018 S. 13 ff.)

Im Bereich des **klinischen Assessments**, also einer symptombezogenen Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie einer **körperlichen Untersuchung**, führt eine CHN eine umfangreiche Anamnese durch und dokumentiert die Ergebnisse ausführlich. Hierzu gehören unter anderem Tätigkeiten wie das Auskultieren (abhören), Palpieren (abtasten), Inspizieren (ansetzen) und die Perkussion (abklopfen) zur Untersuchung des Thorax, der Lunge, des Abdomens, des Herz-Kreislauf-Systems, des Nervensystems, des Bewegungsapparates und der Haut. Nach einer gründlichen Anamnese erfolgt die Einschätzung der Dringlichkeit des Gesundheitszustandes durch die CHN, wonach weitere Maßnahmen eingeleitet und die Ergebnisse der Anamnese mit Ärzt*innen oder anderen Leistungserbringenden geteilt und kommuniziert werden (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 13).

Zu der **Ersteinschätzung und Beratung** gehören neben der Beratung von Patient*innen zu allen Fragen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit auch die Ersteinschätzung des Gesundheitszustandes auf Grundlage des durchgeführten klinischen Assessments. Dabei entscheidet die CHN aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Fachwissens über den weiteren Behandlungsverlauf und ist in der Lage, Medikamente zu verabreichen und sie, je nach Qualifikation in den einzelnen Ländern, auch zu verordnen. Damit unterstützt sie vor allem chronisch Erkrankte bei ihrem anspruchsvollen und komplexen Medikamentenmanagement. Bei der Beratung von Patient*innen sollen vor allem die Prinzipien der sogenannten Sprechenden Medizin (vgl. Frevert, 2015) sowie weitere konkrete Beratungsansätze und -techniken berücksichtigt und in den jeweiligen Beratungssituationen angewendet werden. Hierbei spielen die Anwendung des Wissens, die sachliche Richtigkeit sowie die eigene reflektierte Haltung eine entscheidende Rolle,

für die die CHN entsprechend qualifiziert sein muss (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 14).

Im Rahmen der **Gesundheitserhaltung und -förderung** unterstützt die CHNs Patient*innen (Einzelpersonen, Familien oder auch Gruppen) bei Ausbau und Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und damit auch ihrer Gesunderhaltung. Hierfür ist es von Bedeutung, die Patient*innen, egal ob sie gesund, akut oder chronisch krank sind, umfassend zu informieren und hinsichtlich ihrer individuellen gesundheitlichen Anliegen zu schulen und zu beraten, um so das Eigenverantwortungsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz der Patient*innen zu stärken. Besonders relevant ist hierbei die Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch sowie psychisch Erkrankten (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 14).

Auch die **Befähigung von Patient*innen** gehört zu den Tätigkeiten einer CHN. Konkret stärken sie Patient*innen insbesondere chronisch Erkrankte, in ihrem Selbstmanagement und befähigen sie, alltägliche Herausforderungen und Probleme in Bezug auf ihre Erkrankungen selbstständig zu bewältigen. Zudem steht die CHN ihnen als Ansprechperson zur Seite, stärkt sie im Selbst-Monitoring und leitet sie hierbei an. Durch dieses Empowerment der Patient*innen soll neben dem Selbstmanagement auch die Compliance (Therapietreue) gesteigert werden (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 14 f.).

Zudem ist die CHN im Tätigkeitsfeld „**Koordination, Kooperation und Leadership**“ für die Koordinierung und Bündelungen von Versorgungsangeboten der Leistungserbringenden für die Patient*innen verantwortlich: „[n]eben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z. B. Wundversorgung), der Steuerung von Prozessen, Leadership-Aufgaben sowie in besonderen Fällen Forschungs- und Erhebungsaufgaben, „hält sie die Fäden in der Hand“ und steuert die Primärversorgung“ (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 15). Dies ist vor allem beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, bei der Gewährleistung einer sich anschließenden Gesundheitsversorgung sowie bei der Kooperation mit unterschiedlichen Leistungserbringenden von Bedeutung.

Zuletzt gehört auch die **Bedarfserhebung** von Gesundheitsproblemen Einzelner oder von Bevölkerungsgruppen in einer spezifischen Region in das Tätigkeitsfeld einer CHN. Dies bezieht sich unter anderem auf die Identifikation von spezifischen Gesundheitsrisiken sowie auf die Bekämpfung von regionaler Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Die CHN soll die bestehenden Probleme erkennen, benennen, quantitativ belegen und in Kontakt mit wichtigen Akteuren und Stakeholdern vor Ort treten, um den Missständen entgegenzuwirken (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 15 f.).

Aus der vorangegangenen Beschreibung des nach internationalem Vorbild erarbeiteten konkreten Aufgaben- und Tätigkeitsspektrums wird deutlich, dass einer CHN verschiedenste und vielfältige Aufgaben und Tätigkeiten zugeschrieben werden, die je nach Handlungsfeld und Zielgruppe variieren und deren Spektrum einen großen Umfang aufweist. Bei der genauen Betrachtung der einzelnen Teiltätigkeiten fällt auf, dass diese über die bisherigen Kompetenzen und Tätigkeitsfelder von den in der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland eingesetzten MFA und Pflegefachkräften hinausgehen (vgl. § 4 & Anhang 1 MedFangAusV; § 5 Abs. 3 PflBG). Welche dieser beschriebenen konkreten Teiltätigkeiten nach aktuellem Recht in Deutschland überhaupt von CHNs übernommen und durchgeführt werden dürfen, wurde in dem Rechtsgutachten von Burgi und Igl (2021b) umfangreich geprüft und dargestellt. Bevor jedoch die Ergebnisse dieses Gutachtens im Kapitel 5.3 vorgestellt werden, erfolgt zunächst die Definition von in diesem Zusammenhang wichtigen Begriffen, die sich auf die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe in den ärztlich geprägten Versorgungsstrukturen beziehen.

5.2 Ausübung von Heilkunde in der Gesundheitsversorgung

Das selbstständige Ausüben von Heilkunde oder heilkundlicher Tätigkeiten ist in Deutschland Ärzt*innen mit einer Approbation oder Personen, die über eine entsprechende Erlaubnis verfügen, vorbehalten (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Unter dem Begriff der Heilkunde bzw. den heilkundlichen Tätigkeiten sind wiederum „[...] Tätigkeit[en] zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ zu verstehen (§ 1 Abs. 2 HeilprG). Wenn die Ausübung dieser heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung Ärzt*innen und Heilpraktikern vorbehalten sind, also ausschließlich von ihnen erbracht werden dürfen, spricht man von einem sogenannten heilkundlichen Vorbehalt. Hierbei handelt es sich um eine Reglementierung, bei der die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten aufgrund von Rechts- und Verwaltungsvorschriften einem konkreten Beruf vorbehalten ist (ABl. L. 173/30, Art. 3b). Demnach gilt ein sogenannter Arztvorbehalt für Tätigkeiten, die nur von der Berufsgruppe der Ärzt*innen zu erbringen sind. Die Verantwortung für entsprechende Tätigkeiten liegt also unabhängig davon, ob sie die Tätigkeit selbstständig ausüben oder eine andere Person nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V mit der Ausübung beauftragen, bei den Ärzt*innen (vgl. Burgi & Igl, 2021b, S. 53). Eine entsprechende Beauftragung oder Tätigkeitsübertragung von ärztlichem auf nicht-ärztliches Personal wird als sogenannte Delegation bezeichnet, deren Bedeutung und Voraussetzungen folgend erklärt werden.

5.2.1 Delegation

Nach § 15 Abs. 1 S. 1 des SGB V wird die ärztliche Behandlung grundsätzlich von Ärzt*innen erbracht. Zusätzlich heißt es jedoch: „Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm

verantwortet werden“ (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V). Diese Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf andere Personen wird als Delegation bezeichnet. Bei diesen Personen handelt es sich im Rahmen der Gesundheitsversorgung in Deutschland primär um nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe, die an der ärztlichen Versorgung beteiligt sind (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 96 f.). Grundsätzlich gibt es keine gesetzlichen Regelungen zu konkreten ärztlichen Tätigkeiten und Leistungen, die nicht delegiert werden dürfen. Stattdessen existiert weitestgehend jedoch eine Übereinkunft über die nicht delegierbaren Tätigkeiten, die als Kernbereich des ärztlichen Handelns bezeichnet werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 53 f.). Dieser Konsens zeigt sich unter anderem in der „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013“, die als Anlage 24 zum BMV-Ä beschlossen wurde. Diese Vereinbarung enthält im Anhang konkrete Beispiele für delegierbare Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt die entsprechenden Mindestqualifikation des nicht-ärztlichen Personals auf (Anlage 24 BMV-Ä, S. 1-8). Ebenso definiert sie, dass ärztliche Leistungen grundsätzlich nicht delegiert werden dürfen, wenn sie aufgrund der erforderlichen Fachkenntnisse nur persönlich von Ärzt*innen erbracht werden können. Hierzu zählen unter anderem die Anamnese, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung von Patient*innen sowie Entscheidungen über die Therapie (§ 2 Anlage 24 BMV-Ä).

Handelt es sich bei den ärztlichen Tätigkeiten um allgemein delegierbare Maßnahmen, so entscheiden grundsätzlich die Ärzt*innen, ob und an wen sie diese ärztlichen Leistungen delegieren. Hierbei haben sie sicherzustellen, dass die nicht-ärztliche Person für die Tätigkeit entsprechend beruflich qualifiziert ist. Die Ärzt*innen haben hierbei drei Pflichten zu erfüllen, um die Qualität der Leistung trotz Delegation zu gewährleisten: die zuvor beschriebene Auswahlpflicht einer geeigneten Person, die Anleitungspflicht, die die Anleitung zur selbstständigen Durchführung der betreffenden Leistung beinhaltet sowie die Überwachungspflicht, die die ärztliche Überwachung der Leistungserbringung durch die nicht-ärztliche Person umfasst (§ 4 Anlage 24 BMV-Ä). Zusammenfassend ist noch einmal wichtig zu betonen, dass eine an nicht-ärztliches Personal delegierte Leistung von den delegierenden Ärzt*innen verantwortet wird. Laut des entsprechenden Gesetzesentwurfes der Bundesregierung ist das Ziel der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten in Form von Delegation die Stärkung der Verantwortung von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen auf der einen und die Entlastung der Ärzt*innen auf der anderen Seite (BT-Drs. 16/7439, S. 96). Die von Delegation geprägte Form der Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal, ist überwiegend zwischen ambulant tätigen Ärzt*innen sowie MFA oder vergleichbaren Gesundheitsfachberufen zu finden. Hierbei übernehmen MFA vor allem eine delegierend arbeitende Assistent*innenrolle im Rahmen der ärztlichen Behandlung ein (Bundesministerium für Gesundheit, 2022; Burgi & Igl, 2021b, S. 95).

5.2.2 Substitution

Im Gegensatz zur Delegation geht es bei der Substitution um die selbstständige Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten (Heilkunde) durch nicht-ärztliches Personal (Burgi & Igl, 2021b, S. 136). Diese sogenannte Heilkundeübertragung ist in Deutschland bisher ausschließlich in Form von sogenannten Modellvorhaben möglich, welche zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geplant und durchgeführt werden können (§ 63 Abs. 1 SGB V). Nach § 63 Abs. 3c SGB V können entsprechende Modellvorhaben eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 1 des PfIBG beinhalten. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie erarbeitet, die eine Übertragung von Heilkunde auf entsprechende Pflegefachpersonen für konkreten Tätigkeiten ermöglicht (§ 63 Abs. 3c S. 3 SGB V). In der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) sind entsprechend konkrete Tätigkeiten sowie die hierfür erforderlichen Qualifikationsanforderungen für Pflegefachpersonen festgelegt. Die hier aufgeführten Tätigkeiten beziehen sich dabei auf spezifische Diagnosen wie Diabetes Mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Demenz und Hypertonus (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, S. 6-26). Wichtig ist dabei, dass die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch entsprechende Pflegefachpersonen eine ärztliche Diagnose sowie eine Indikationsstellung voraussetzt (§ 3 Abs. 1 S. 1 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Ziel der rechtlichen Einführung entsprechender Modellvorhaben ist eine über die Delegation hinausgehende, verstärkte Einbindung der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe in die Strukturen der Gesundheitsversorgung, die „[...] zu einer Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung“ führt (BT-Drs. 16/7439, S. 97). Hierdurch ist es ihnen möglich, eigenständig und ohne vorherige ärztliche Anordnung die definierten ärztlichen Leistungen zu übernehmen (BT-Drs. 16/7439, S. 97).

Nachdem nun die unterschiedlichen Möglichkeiten der Ausübung ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung sowie die Unterschiede zwischen Delegation und Substitution beschrieben wurden, erfolgt nun die Einordnung der Tätigkeiten von CHNs in den aktuellen Rechtsrahmen in Deutschland.

5.3 Das Rechtsgutachten: Einordnung der Tätigkeiten in den aktuellen Rechtsrahmen

Bei der Prüfung, inwieweit das international bereits bewährte Berufsbild der CHN auch in Deutschland etabliert werden kann, müssen zunächst die zuvor vorgestellten denkbaren Tätigkeitsfelder, mit denen sich aus dem aktuell geltenden Rechtsrahmen ergebenden Möglichkeiten verglichen werden. So kann untersucht werden, ob und inwieweit eine CHN die

konkreten Teiltätigkeiten ausüben darf und welche Änderungen hinsichtlich der Schaffung eines tragfähigen Rechtsrahmens gegebenenfalls vorzunehmen sind. Einen wichtigen Meilenstein hinsichtlich der rechtlichen Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland stellt das im Januar 2021 erschienene und von der Robert Bosch Stiftung in Auftrag gegebene Rechtsgutachten von Burgi und Igl zu den „Rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ dar (vgl. Burgi & Igl, 2021b). In diesem geht es konkret um die Darstellung der möglichen Einsatzgebiete und Tätigkeitsfelder von CHNs sowohl im aktuellen Rechtsrahmen als auch nach zukünftig denkbaren, gesetzlichen Anpassungen. Das Gutachten hat zudem unterschiedliche Möglichkeiten und Lösungsvarianten hervorgebracht wie CHNs in Deutschland die ihnen nach internationalem Vorbild zugeschriebenen Tätigkeiten ausüben können. Dabei bezieht es sich vorrangig auf die von der Agnes-Karll-Gesellschaft und dem DBfK definierten Tätigkeiten, die im Kapitel 5.1 bereits ausführlich beschrieben wurden und deren rechtlicher Rahmen in den folgenden Kapiteln überprüft und dargelegt wird.

In Deutschland basiert die Gesundheitsversorgung auf komplexen gesetzlichen Regelungen und Strukturen, die die Rechte und Pflichten aller an der Gesundheitsversorgung beteiligter Akteure regeln. Daher thematisiert das Rechtsgutachten bei der Prüfung von Etablierungsmöglichkeiten von CHNs in Deutschland und den damit verbundenen Anforderungen an die Aufgaben und Tätigkeitsfelder vorrangig sowohl das allgemeine Berufs- als auch das Leistungsrecht. Konkret werden im Rechtsgutachten das Heilberuferecht, das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht sowie das Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes, das Kommunal- und Verfassungsrecht tangiert und inhaltlich auf diese Rechtsgrundlagen vereinzelt Bezug genommen (Burgi & Igl, 2021b, S. 35 f., 2021a, S. 13). Im Fokus dieser Arbeit stehen jedoch ausschließlich die berufsrechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland, um die rechtlichen Möglichkeiten des Tätigwerdens von CHNs in der Primärversorgung zu prüfen. Das Berufsrecht kann nach Burgi und Igl in das direkte und das indirekte Berufsrecht unterteilt werden. Dabei gehören Regelungen zur Berufsausbildung, -zulassung, -ausübung und -beendigung zum direkten Berufsrecht, wohingegen das berufsspezifische Straf- und Haftungsrecht sowie rechtliche Vorschriften der Sozialleistungserbringung, wie das SGB V, den indirekten Rahmen des Berufsrechts bilden. Bei den Fragen hinsichtlich der berufsrechtlichen Einbindung von CHNs ist vor allem das direkte Berufsrecht von Bedeutung (Burgi & Igl, 2021b, S. 38).

Burgi und Igl haben die beschriebenen Teiltätigkeiten der Tätigkeitsfelder (Kapitel 5.1) von CHNs einzeln rechtlich geprüft und in drei übergeordnete Kategorien eingeteilt: Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter, Tätigkeiten mit heilkundlichen Charakter sowie solche auf dem Gebiet heilkundlicher vorbehaltender Tätigkeiten (Burgi & Igl, 2021b, Kapitel 2.2.7, 2.2.8 & 2.2.9). Diese Kategorien geben einen Aufschluss darüber, welche Tätigkeiten von welchen

Gesundheitsberufen ausgeübt werden dürfen. Handelt es im Rahmen der Gesundheitsversorgung um solche ohne heilkundlichen Charakter, so regelt das jeweilige Berufsrecht die auszuführenden Tätigkeiten der Träger*innen der entsprechenden Berufsbezeichnung. Bei den Pflegefachkräften werden diese zum Beispiel in den Ausbildungszielen des PflBG festgelegt (§ 5 PflBG). Bei MFA regelt dies entsprechend die Anlage 1 in dem Ausbildungsrahmenplan der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten (MedFAngAusbV). Handelt es sich im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsversorgung hingegen um Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter, so sind diese wie bereits im Kapitel 5.2 beschrieben von Ärzt*innen mit entsprechender Approbation durchzuführen und zu verantworten (vgl. Burgi & Igl, 2021b, S. 53). Grundsätzlich können Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter unter Berücksichtigung der Regelungen zu delegierbaren Aufgaben und den nicht delegierbaren Kernaufgaben ärztlichen Handelns (siehe Kapitel 5.2.1) an entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe delegiert werden. Handelt es sich jedoch um ärztliche Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt, die in den Kernbereich des ärztlichen Handelns fallen, so sind sie nach aktueller Rechtsgrundlage ausschließlich und selbstständig von Ärzt*innen auszuführen. In diesem Fall ist keine Delegation der Tätigkeiten an andere Gesundheitsfachberufe möglich (Burgi & Igl, 2021b, S. 136).

In den folgenden Unterkapiteln werden die Tätigkeiten sowie die jeweiligen Teiltätigkeiten in die drei vorgestellten Kategorien eingeordnet. Die Zuordnung erfolgt dabei innerhalb des aktuell gültigen Rechtsrahmens und auf Grundlage der Ergebnisse des Rechtsgutachtens von Burgi und Igl (2021b). Wenn im PflBG vorhanden, werden den einzelnen Teiltätigkeiten von CHNs vergleichbare Aufgaben von Pflegefachkräften nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 PflBG zugeordnet, deren Qualifikation für CHNs in Deutschland Voraussetzung für das entsprechende Masterstudium ist (Robert Bosch Stiftung & Agnes-Karll-Gesellschaft, 2021, S. 1).

5.3.1 Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter

Gesundheitserhaltung und -förderung

Die in Kapitel 5.1 zum Tätigkeitsfeld Gesundheitserhaltung und -förderung beschriebenen Teiltätigkeiten wie der Ausbau und die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie die Unterstützung bei der Gesunderhaltung, stellen keinen Teil der Krankenbehandlung dar und gehören somit auch nicht zu den Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter. Ebenso verhält es sich mit dem Informieren, Beraten und Schulen der Patient*innen, sofern es sich hierbei nicht um spezifische therapeutische Maßnahmen handelt (Burgi & Igl, 2021b, S. 73).

Nach dem PflBG gehören die „Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. e PflBG) sowie die „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit

Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. f PflBG) zu den selbstständig auszuführenden Aufgaben von Pflegefachkräften nach § 1 Abs. 1 PflBG (Burgi & Igl, 2021b, S. 44, 73).

Bedarfserhebung

Die Bedarfserhebung von Gesundheitsproblemen Einzelner oder von Bevölkerungsgruppen in einer spezifischen Region ist grundsätzlich dem Bereich Public Health zuzuordnen und weist ebenfalls keinen heilkundlichen Charakter auf (Burgi & Igl, 2021b, S. 74).

Auch hier gehören die „Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. e PflBG) zu den selbstständig auszuführenden Aufgaben von Pflegefachkräften.

Koordination, Kooperation, Leadership

Handelt es sich in diesem Tätigkeitsfeld um Tätigkeiten, die einen allgemeinen, die Versorgung steuernden Charakter haben, gehören diese nicht den heilkundlichen Tätigkeiten an. Hierunter fallen Erhebungs- und Forschungsaufgaben, die Sicherstellung einer umfassenden, koordinierten Versorgung sowie die Bündelung von erbrachten Gesundheitsleistungen. Auch die Sicherstellung einer sich anschließenden Gesundheitsversorgung und eine Überleitung in Form von Case und Care Management weisen hierbei laut Burgi und Igl keinen heilkundlichen Charakter auf (Burgi & Igl, 2021b, S. 75). Jedoch ordnet die Bundesärztekammer (2016) das Case Management in den Gesamtverantwortungsbereich der Ärzt*innen ein, wodurch es folglich den Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter zugeschrieben wird. Demnach handelt es sich beim Case Management um ein patient*innenbezogenes Prozessmanagement auf der Ebene eines konkreten Falls, welches von Ärzt*innen verordnet und an speziell ausgebildetes medizinisches Personal delegiert werden kann (Bundesärztekammer, 2016, S. 3).

5.3.2 Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter

Befähigung von Patient*innen

Die Befähigung von Patient*innen setzt je nach Situation und Auslegung unterschiedliche Qualifikationen voraus und lässt sich demnach nicht nur eine der drei Kategorien zuordnen. Wenn die Befähigung von Patient*innen mit einer direkten oder indirekten Krankenbehandlung einhergeht, handelt es sich hierbei um Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter. Dies können beispielsweise die Stärkung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie die Anleitung im Selbst-Monitoring von Patient*innen sein. Zwar gehören die Befähigungen von Patient*innen in Form von Motivationssteigerungen nicht zu Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter, jedoch lassen sich entsprechende Tätigkeiten in der Praxis nicht getrennt voneinander

bewerten. Daher wird die Befähigung von Patient*innen insgesamt den Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter zugeordnet (Burgi & Igl, 2021b, S. 76).

Die Unterschiede hinsichtlich des Charakters der einzelnen Teiltätigkeiten im Rahmen des weit gefassten Begriffs der Befähigung von Patient*innen werden durch die im PflBG definierten Tätigkeiten verdeutlicht, die in die Zuständigkeit von Pflegefachkräften fallen. Hierbei handelt es sich um die „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. f PflBG) sowie die „Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. g PflBG).

Ersteinschätzung und Beratung

Bei den unter dieser Tätigkeit aufgeführten Teiltätigkeiten handelt es sich fast ausnahmslos um Tätigkeiten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung und damit um solche mit heilkundlichem Charakter. Einzig die Verabreichung von Medikamenten, vorausgesetzt sie sind ärztlich angeordnet, stellt keine Tätigkeit mit heilkundlichem Charakter dar, sondern kann als Unterstützung von pflegebedürftigen oder nicht mehr selbstständigen Patient*innen von Dritten übernommen werden. Es handelt sich also um die Unterstützung bei der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente. Da die Aufgabe der Medikamenteneinnahme grundsätzlich bei den Patient*innen selbst liegt, handelt es sich bei dieser Unterstützung nicht um die Delegation einer ärztlichen Tätigkeit. Findet die Unterstützung im Rahmen der Bewältigung von komplexen Medikamentenregimes statt, so handelt es sich ebenfalls nicht um eine Tätigkeit mit heilkundlichem Charakter. Die Erstellung von Medikationsplänen hingegen fällt in den Bereich der heilkundlichen Tätigkeiten (Burgi & Igl, 2021b, S. 77 f.). Nach § 2 der Anlage 24 der BMV-Ä gehört die Aufklärung und Beratung von Patient*innen grundsätzlich zu den Tätigkeiten, die aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nicht an andere Gesundheitsfachberufe delegiert werden dürfen. Dies gilt zumindest für die Beratung von Patient*innen hinsichtlich spezifischer Gesundheits- und Krankheitsanliegen, da sich diese an der individuellen gesundheitlichen Situation der Patient*innen ausrichten. Die Beratung zu allgemeinen Fragen von Gesundheit und Krankheit kann hingegen an nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe delegiert werden.

Einzig die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege“ (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. a PflBG) sowie die Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen (nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. f PflBG) dürfen von Pflegefachkräften selbstständig durchgeführt werden.

5.3.3 Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt

Ersteinschätzung und Beratung

Handelt es sich bei der Beratung von Patient*innen zu gesundheits- und krankheitsspezifischen Anliegen um eine krankheits- oder therapiebezogene Beratung, so stellt sie eine ärztliche Tätigkeit dar, die in den Kernbereich dieser fällt und somit nicht an andere Gesundheitsfachberufe delegierbar ist. Auch das Anordnen von Medikamenten sowie Entscheidungen hinsichtlich des weiteren Behandlungsverlaufes fallen in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten (Burgi & Igl, 2021b, S. 79).

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

In dem Bereich des klinischen Assessments und der körperlichen Untersuchung fallen viele der aufgeführten Aufgaben wie eine umfangreiche Anamnese sowie körperliche Untersuchungen im Bereich der Diagnostik in den nicht delegierbaren Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten. Auch die Einschätzung der Dringlichkeit des Gesundheitszustandes sowie die sich anschließende Einleitung therapeutischer Maßnahmen fallen in diesen Bereich. Geht es bei der Beurteilung der Dringlichkeit hingegen nur um die Anregung zur Einleitung therapeutischer Maßnahmen, handelt es sich um eine heilkundliche Tätigkeit, die grundsätzlich delegiert werden kann (Burgi & Igl, 2021b, S. 80).

Koordination, Kooperation und Leadership

Geht es bei den unter Koordination, Kooperation und Leadership aufgeführten Maßnahmen um Tätigkeiten der direkten Versorgung von Patient*innen, betreffen sie den Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten. Gleiches gilt auch für die zentrale Prozessteuerung im Rahmen der Primärversorgung, die unter den Begriff des Leaderships (Kapitel 5.1) fällt.

5.4 Zusammenfassung der aktuellen Möglichkeiten des Einsatzes von CHNs nach Tätigkeitsfeldern

Betrachtet man die Möglichkeiten des Tätigwerdens von CHNs im aktuellen Rechtsrahmen in Deutschland fällt auf, dass viele Teiltätigkeiten der Tätigkeitsfelder Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung, Ersteinschätzung und Beratung sowie Koordination, Kooperation und Leadership zu den Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt gehören und in den Bereich der Kernaufgaben des ärztlichen Handelns fallen. Da die Ausübung entsprechender heilkundlicher Tätigkeiten in Deutschland bisher nur Ärzt*innen vorbehalten ist, haben CHNs nach aktueller berufsrechtlicher Grundlage lediglich die Möglichkeit, Teiltätigkeiten der in Kapitel 5.3.1 und 5.3.2 beschriebenen CHN-Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter oder entsprechende Teiltätigkeiten mit heilkundlichem Charakter in Delegation von Ärzt*innen auszuführen. Die Tätigkeiten, die eine CHN nach aktuellem Rechtsrahmen in Deutschland ausüben darf, sind in den folgenden Tabellen noch einmal zusammenfassend dargestellt. Hierbei folgt die

tabellarische Darstellung der Aufteilung nach Tätigkeiten entsprechend der Kapitel 5.3.1 und 5.3.2 mit und ohne heilkundlichen Charakter.

Tabelle 1 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN ohne heilkundlichen Charakter (nach Burgi & Igl 2021b S. 73 ff.)

	Vorgeschlagene Tätigkeiten einer CHN	Tätigkeiten <u>ohne</u> heilkundlichen Charakter → selbstständige Durchführung möglich
1	Klinisches Assessment & körperliche Untersuchung	
2	Ersteinschätzung & Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Verabreichung von ärztlich angeordneten Medikamenten (als Unterstützung der Patient*innen bei der Einnahme)
3	Gesundheitserhaltung & -förderung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Gesunderhaltung & -förderung • Stärkung der Gesundheitskompetenz (Individuen, Familien, Gruppen) • Information, Beratung und Schulung der Patient*innen (→ darf <u>keine</u> individuellen therapeutischen Maßnahmen betreffen)
4	Befähigung von Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Motivation z.B. zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten
5	Koordination, Kooperation, Leadership	→ wichtig: allgemeine Versorgungsaufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Bündelung der Leistungserbringung • Sicherstellung einer umfassenden und koordinierten Gesundheitsversorgung • Basisversorgung in strukturschwachen Regionen • Forschungs- & Erhebungsaufgaben
6	Bedarfserhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelpersonen oder Gruppen bzgl. Gesundheitsdeterminanten & spezifischen Gesundheitsrisiken einer Region • Kontaktaufnahme zu verantwortlichen Institutionen und Akteuren bzgl. Problemlösung

In Tabelle 1 zeigt sich, dass es sich bei den Teiltätigkeiten, die keinen heilkundlichen Charakter aufweisen, vor allem um Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserhaltung und -förderung sowie um allgemeine Versorgungsaufgaben unter dem übergeordneten Tätigkeitsfeld der Koordination, Kooperation und Leadership handelt. Auch die aufgeführten Aufgaben im Tätigkeitsfeld der Bedarfserhebung beziehen sich dabei weniger auf den konkreten Bereich der Primärversorgung, sondern haben stattdessen eher einen wissenschaftlichen Versorgungs- forschungsbezug und knüpfen inhaltlich an die unter Koordination, Kooperation und Leadership genannten Forschungs- und Erhebungsaufgaben an. Handelt es sich grundsätzlich um Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter, so können diese auch von entsprechend qualifizierten Nicht-Heilberufen durchgeführt werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 87).

Tabelle 2 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN mit heilkundlichem Charakter (nach Burgi & Igl 2021b S. 76 ff.)

	Vorgeschlagene Tätigkeiten einer CHN	Tätigkeiten <u>mit</u> heilkundlichem Charakter → Durchführung nach Delegation möglich
1	Klinisches Assessment & körperliche Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Dringlichkeit des gesundheitlichen Zustandes & Anregung zur Einleitung ärztlicher Tätigkeiten
2	Ersteinschätzung & Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung von Patient*innen zu <u>allgemeinen</u> Fragen zu Gesundheit & Krankheit • Unterstützung chronisch Erkrankter & multimorbider Menschen bei komplexen Medikamentenregimen → z.B. durch die Erstellung eines Medikamentenplans
3	Gesundheitserhaltung & -förderung	
4	Befähigung von Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> • Befähigungen → bezogen auf die direkte / indirekte Behandlung einer Krankheit → z.B. Stärkung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements • Aufklärung über den Umgang mit Medikamenten oder Techniken des Selbstmonitorings
5	Koordination, Kooperation, Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Sektoren- & Fachdisziplin übergreifende Überleitung in Form von Case- & Care Management
6	Bedarfserhebung	

Bei den in Tabelle 2 aufgeführten Teiltätigkeiten mit heilkundlichem Charakter handelt es sich um solche, die von CHNs nach aktuellem Rechtsrahmen nur in Delegation von Ärzt*innen ausgeführt werden dürfen. Dabei geht es vorwiegend um Teiltätigkeiten aus den Tätigkeitsfeldern der Ersteinschätzung und Beratung sowie der Befähigung von Patient*innen. Auch die sektoren- und fachdisziplinübergreifende Überleitung von Patient*innen in Form von Case- und Care Management gehört zu den heilkundlichen Tätigkeiten, die an nach PflBG, KrPflG oder AltPflG ausgebildete Pflegefachkräfte delegiert werden dürfen (Burgi & Igl, 2021b, S. 87). Durch die Voraussetzung einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder eines primärqualifizierenden Bachelorabschlusses im Bereich der Pflege gehören die genannten Tätigkeiten somit auch zu den delegierbaren Aufgaben für zukünftige CHNs.

Diese Zusammenfassung zeigt, dass nach aktuellem Rechtsrahmen nur einzelne Teiltätigkeiten der vorgeschlagenen Tätigkeitsfelder in das mögliche Handlungs- und Tätigkeitsspektrum von CHNs fallen. Zudem finden sich einige der realisierbaren Teiltätigkeiten bereits im aktuellen Berufsrecht der Pflegefachkräfte (PflBG) wieder und können entsprechend auch mit dieser Qualifikation übernommen und durchgeführt werden (Burgi & Igl, 2021a, S. 19). Alle anderen, nicht in den Tabellen 1 und 2 aufgeführten Teiltätigkeiten dürfen nach aktuellem Rechtsrahmen weder selbstständig noch in Delegation von einer CHN übernommen werden. Eine Ausnahme stellt hierbei die Möglichkeit der Substitution bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten im

Rahmen der nach § 63 Abs. 3c SGB V geregelten Modellvorhaben dar, auf die im Kapitel 6.4.3 noch einmal Bezug genommen wird (Burgi & Igl, 2021b, S. 97).

Auf Grundlage dieser Ergebnisse stellt sich heraus, dass der aktuelle Rechtsrahmen des möglichen Tätigwerdens von CHNs in Deutschland nicht ausreicht, um den genannten Anforderungen, die sich aus den Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern ergeben, vollumfänglich gerecht zu werden. Um die im Kapitel 5.1 aufgeführten Tätigkeiten von CHNs nach internationalem Vorbild auszuüben bzw. bestimmte heilkundliche Tätigkeiten selbstständig übernehmen zu können, benötigen CHNs in Deutschland im Vergleich zu Pflegefachkräften eine erweiterte Handlungsautonomie. Bei der Etablierung des neuen Berufsbildes geht es also nicht nur um die Frage ob, sondern auch „[...] inwieweit Personen, die im Rahmen eines CHN [hier: Community Health Nursings] tätig sind, Aufgaben der primärmedizinischen Versorgung selbstständig durchführen dürfen, die nach gegenwärtiger Rechtslage Ärzten vorbehalten sind“ (Burgi & Igl, 2021a, S. 8). Es wird deutlich, dass es zur Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland Änderungen und Ergänzungen des aktuellen Rechtsrahmens bedarf. Denn um das mögliche Potenzial des Einsatzes von CHNs auszuschöpfen, braucht es ein bundesweites Rechtskonzept, dass das Tätigwerden dieses neuen Berufsbildes dauerhaft, nachhaltig und zukunftsweisend in Deutschland regelt. Dies ist besonders wichtig, um einen tragfähigen Rechtsrahmen zu schaffen und sie als ein weiteres Segment der primären Gesundheitsversorgung zu verankern (Burgi & Igl, 2021b, S. 8).

Burgi und Igl (2021b) haben diesbezüglich verschiedene Möglichkeiten der berufsrechtlichen Einbindung von CHNs in Deutschland erarbeitet, die sich sowohl in den Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern als auch dem Grad an Handlungsautonomie und den damit verbundenen Möglichkeit zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde unterscheiden. Diese Möglichkeiten der berufsrechtlichen Einbindung werden anhand von drei Lösungsmöglichkeiten im folgenden Kapitel vorgestellt und anschließend einzeln in den Versorgungskontext eingeordnet.

6. Ergebnisse: Vorstellung und Einordnung dreier Lösungsvarianten als berufsrechtliche Einbindung

Burgi und Igl (2021b) haben im Rahmen des Rechtsgutachtens zusammenfassend drei mögliche Lösungsvarianten zur berufsrechtlichen Einbindung von Community Health Nursing erarbeitet. Hierbei geht es konkret um unterschiedliche Szenarien der Ausgestaltung der berufsrechtlichen Regelungen zur Aus- bzw. Weiterbildung von CHNs und damit auch zur berufsrechtlichen Einbindung in das bereits bestehende Recht (vgl. Burgi & Igl, 2021b, Kapitel 2.4.4). In Anlehnung an international existierende Vorbilder, nehmen die Autoren Bezug zu den dort bereits etablierten Pflegeexpert*innen APN und NP. Daher handelt es sich bei den

Lösungsvarianten sprachlich um die Gestaltung der Aus- bzw. Weiterbildung von APN/NP, die im Versorgungskontext der Primärversorgung die Rolle der CHN einnehmen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, in welchen Handlungsfeldern eine CHN tätig sein wird, welche Aufgaben- und Tätigkeitsfelder sie in Zukunft ausüben soll und mit welchem Grad an Handlungsautonomie sie dies tut (Burgi & Igl, 2021b, S. 83, 115). Anhand dieser Aspekte unterscheidet sich auch die berufsrechtliche Ausgestaltung der drei Lösungsvarianten. Entgegen der chronologischen Reihenfolge der numerischen Aufzählung im Rahmen des Rechtsgutachtens wird zunächst das Szenario der Lösungsvariante 3 vorgestellt, an die sich die Beschreibung der berufsrechtlichen Lösungsvarianten 2 und 1 anschließen. Im Anschluss erfolgt eine Einordnung dieser drei Lösungsansätze in den bestehenden Versorgungskontext.

6.1 Szenario nach Lösungsvariante 3

Das Szenario der Lösungsvariante 3 beinhaltet nach Burgi und Igl (2021b) eine Regelung der Aus- bzw. Weiterbildung von APN/NP auf Ebene der Bundesländer (Landesebene), also zum Beispiel in Form einer entsprechenden landesrechtlichen Hochschulausbildung (Burgi & Igl, 2021b, S. 116). Voraussetzung einer solchen landesrechtlichen Regelung ist, dass es sich bei der Ausgestaltung der Aus- oder Weiterbildung von Heilberufen grundsätzlich nicht um die Ausübung von Heilkunde oder Teile dessen handeln darf, denn hierfür haben die Bundesländer keine gesetzgeberische Kompetenz. Die Kompetenz für entsprechende gesetzliche Regelungen liegt dagegen ausschließlich bei dem Bund. Dies gilt ebenfalls für die rechtliche Erweiterung der Heilkundenausübung, deren Gesetzgebungskompetenz ebenfalls der Bund innehat. So erfolgt eine Aus- bzw. Weiterbildung von CHNs nach dieser Lösungsvariante der berufsrechtlichen Regelung entsprechend ohne eine Qualifikation für eine zukünftige Tätigkeit im Rahmen der primärmedizinischen Versorgung. Demnach ist auch ein zukünftiges Tätigwerden von CHNs im Rahmen der primärmedizinischen Versorgung nach Lösungsvariante 3 ausgeschlossen, wodurch einzig die übrigen Handlungsfelder (vgl. Kapitel 5.1) als solche in Frage kommen (Burgi & Igl, 2021b, S. 115 f.).

6.2 Szenario nach Lösungsvariante 2

Die zweite Lösungsvariante befasst sich ebenfalls mit einer Regelung der Aus- bzw. Weiterbildung von APN/NP in Form einer landesrechtlichen Hochschulausbildung, jedoch gibt es inhaltliche Unterschiede zur Lösungsvariante 3. Nach dieser zweiten Variante beinhaltet eine entsprechende landesrechtliche Regelung die Aufnahme von Elementen oder Bereichen der primärmedizinischen Versorgung in die Aus- bzw. Weiterbildung, jedoch nicht mit dem Zweck der selbstständigen Durchführung. Vielmehr geht es um die Ausübung von Tätigkeiten in Form von Delegation durch einen Arzt oder eine Ärztin, was in die gesetzgeberische Kompetenz der Bundesländer fällt (Burgi & Igl, 2021b, S. 116). Eine berufsrechtliche Einbindung und Weiterqualifikation zur APN/NP könnte in diesem Szenario beispielsweise in Form eines

Masterstudiums stattfinden, welches auf eine akademische Pflegeausbildung aufbaut und auf Ebene der Bundesländer geregelt wird (Burgi & Igl, 2021b, S. 102 f.).

6.3 Szenario nach Lösungsvariante 1

Anders als bei den bereits vorgestellten beinhaltet das Szenario der Lösungsvariante 1 für die Qualifikation zur APN/NP eine Erarbeitung und Erlassung eines APN/NP-Ausbildungsgesetzes als neues Heilberufsgesetz auf Bundesebene. Eine solche bundesrechtliche Regelung ist dann unerlässlich, wenn es um die selbstständige Ausübung von Heilkunde geht. Wenn eine CHN mit APN/NP Qualifikation zukünftig Aufgaben und Tätigkeiten aus dem Bereich der heilkundlichen Tätigkeiten selbstständig übernehmen soll, ist eine besagte bundesrechtliche Regelung der Aus- bzw. Weiterbildung notwendig. Burgi und Igl (2021b) empfehlen konkret eine entsprechende Qualifikation auf Masterniveau im Rahmen eines hochschulischen Studiums sowie die Festlegung von spezifischen übertragbaren Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern im Rahmen der Ausbildungsziele für APN/NP. Neben Regelungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, die zwingend vom Bund zu treffen sind, können in einem entsprechenden Ausbildungsgesetz für APN/NP auch nicht heilkundliche Tätigkeiten bundeseinheitlich geregelt werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 104 f., 113, 115 f.).

6.4 Einordnung der Lösungsvarianten in den Versorgungskontext

Nachdem die Szenarien der verschiedenen Lösungsvarianten vorgestellt wurden, werden ihnen nun die möglichen Teiltätigkeiten der Tätigkeitsfelder nach Kapitel 5.4 zugeordnet. Zudem werden die drei Lösungsvarianten in den Kontext der vorhandenen Versorgungsstrukturen im Rahmen der Primärversorgung eingeordnet.

6.4.1 Einordnung der Lösungsvariante 3

Die als Lösungsvariante 3 beschriebene berufsrechtliche Einbindung als Regelung auf Landesebene schließt das konkrete Tätigwerden von CHNs in der primären Gesundheitsversorgung aus. Die inhaltliche Ausgestaltung einer landesrechtlich organisierten Aus- bzw. Weiterbildung entsprechend dieser Lösungsvariante beinhaltet demnach vor allem die Regelung von Tätigkeiten in den Handlungsfeldern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunalen Daseinsvorsorge, die keinen heilkundlichen Charakter aufweisen (vgl. Tabelle 1). Hierzu gehören beispielsweise allgemeine Versorgungsaufgaben wie die Sicherstellung einer umfassenden und koordinierten Gesundheitsversorgung sowie Forschungs- und Erhebungsaufgaben. Hierzu zählen auch die Erhebung von Gesundheitsproblemen einzelner Personen oder in einer Region lebender Gruppen hinsichtlich Gesundheitsdeterminanten und spezifischen Gesundheitsrisiken sowie die Kontaktaufnahme zu verantwortlichen Institutionen und Akteuren, die entsprechend einer Aus- bzw. Weiterbildung nach Lösungsvariante 3 geregelt werden können (vgl. Kapitel 5.4). Da in diesem Szenario jedoch das Tätigwerden von CHNs in der

primären Gesundheitsversorgung explizit ausgeschlossen wird, ist die Lösungsvariante 3 für die Weiterentwicklung der Primärversorgung und damit für die Beantwortung der Fragestellung fortlaufend zu vernachlässigen.

6.4.2 Einordnung der Lösungsvariante 2

Die im gleichnamigen Kapitel vorgestellte Lösungsvariante 2 (Kapitel 6.2) umfasst ebenfalls eine rechtliche Regelung auf Landesebene, jedoch werden Tätigkeiten aus den Bereichen der primärmedizinischen Versorgung in die Aus- bzw. Weiterbildung eingeschlossen. Diese Gesetzgebungskompetenz der Länder gilt jedoch nur für Tätigkeiten, die in Form von Delegation ausgeführt werden und entsprechend von einem Arzt oder einer Ärztin verantwortet werden. Dies bezieht sich nach aktuellem Rechtsrahmen vorwiegend auf die in Tabelle 2 aufgeführten Tätigkeiten. Hierzu zählen neben der Beratung zu allgemeinen Fragen zu Gesundheit und Krankheit auch die Unterstützung von chronisch erkrankten und multimorbiden Patient*innen hinsichtlich eines komplexen Medikamentenregimes sowie die allgemeine Befähigung von Patient*innen und Stärkung des Selbstmanagement und -monitorings. Auch die im Rahmen des Tätigkeitsfeldes Koordination, Kooperation, Leadership aufgeführte sektoren- und fachdisziplinübergreifende Überleitung von Patient*innen in Form von Case- und Care Management zählt zu den Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter. Diese beispielhaften Teiltätigkeiten für CHNs dürfen rechtlich gesehen delegiert und entsprechend im Rahmen einer landesrechtlichen Aus- bzw. Weiterbildung für APN/NP geregelt werden.

In Deutschland existieren seit einigen Jahren Entwicklungen und Versuche dahingehend, Gesundheitsfachberufe so zu qualifizieren und ihre Kompetenzprofile so zu nutzen, dass einzelne ärztliche Tätigkeiten auch von entsprechenden Berufsgruppen in Delegation erbracht werden dürfen. Im Fokus steht hierbei die Fortbildung von in der ambulanten Versorgung tätigen MFA zur bzw. zum „Nicht-ärztlichen Praxisassistent*in“ (NäPA; folgend weiblich verwendet), gefolgt von den ähnlichen Konzepten der bzw. des „Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis“ (VERAH) und der bzw. des „Entlastende*n Versorgungsassistent*in“ (EVA) (Nolting et al., 2021, S. 48). Dabei ist nach Nolting et al. (2021) gerade in der hausärztlichen Primärversorgung zu beobachten, dass in den vergangenen Jahren die Bereitschaft von Hausärzt*innen zunehmend gestiegen ist, ärztliche Aufgaben im zulässigen Umfang an entsprechend weiterqualifizierte MFA zu delegieren (Nolting et al., 2021, S. 30). Um als NäPA in der ambulanten Versorgung tätig werden zu können, werden im Rahmen der Fortbildung ein qualifizierender Berufsabschluss als MFA oder Krankenpflegefachkraft sowie mindestens drei Jahre Berufserfahrung in einer haus- oder fachärztlichen Praxis vorausgesetzt (Bundesärztekammer, 2017, S. 3). Die im Jahr 2009 in Kraft getretene Delegationsvereinbarung „über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V“ (Anlage 8

BMV-Ä) bezieht sich explizit auf die Zusatzqualifikation der NÄPA. Diese Delegationsvereinbarung legt den Geltungsbereich der NÄPA fest und definiert ihren Versorgungsauftrag im Rahmen der Erbringung ärztlicher Hilfe- und Assistenzleistungen (§§ 1, 5 Anlage 8 BMV-Ä). Wie der Titel bereits vermuten lässt, geht es hierbei um die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in Form von Delegation, die auch außerhalb der haus- oder fachärztlichen Praxis sowie in Abwesenheit des Arztes oder der Ärztin erfolgen kann (§ 1 Anlage 8 BMV-Ä). Einzige Voraussetzung hierfür ist die konkrete Anordnung der Leistungen sowie eine zuvor stattgefundenene, eigenständige Einschätzung der Erkrankung der einzelnen Patient*innen durch die behandelnden Ärzt*innen (§ 5 Abs. 2 Anlage 8 BMV-Ä). Darüber hinaus wird das arztunterstützende Aufgabenprofil der NÄPA definiert, welches neben der „Ausführung von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen [...]“ auch die „Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Testes [...]“, „Patientenschulungen“, „Testverfahren bei Demenzverdacht“, Unterstützungstätigkeiten bei der Diagnostik (z.B. Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung oder eines Langzeit-Elektrokardiogramm (EKG)), „Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z.B. Glucose, Gerinnung)“ sowie „arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern“ beinhaltet (§ 5 Abs. 1 Anlage 8 BMV-Ä). Vergleicht man dieses Aufgabenprofil der NÄPA mit den sieben definierten Kernaufgaben für CHNs (vgl. Kapitel 5.1), so sind große Überschneidungen hinsichtlich der Aufgabenfelder zu erkennen. Auch die CHN soll im Rahmen von Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie von Primär- und Sekundärprävention Screenings und unterschiedliche Checks-ups durchführen, die beispielsweise die Themen Sturz- und Unfallprophylaxe betreffen. Auch die Beratung und Anleitung von Patient*innen sowie die Steigerung des Selbstmanagements und -monitorings hinsichtlich chronischer Erkrankungen finden sich zum Teil in beiden Aufgabenprofilen wieder.

Neben der beschriebenen Fortbildung zur NÄPA haben MFA darüber hinaus die Möglichkeit, sich für vielzählige weitere Fortbildungen mit verschiedenen Themenschwerpunkten zu entscheiden. Hierzu gehört neben den Fortbildungen „Ambulante Versorgung von älteren Menschen“, „Demenz“, „Diabetologie“ und „Patientenbegleitung und Koordination“ auch die Fortbildung zum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ (vgl. Bundesärztekammer, o. J.). Unter dem Begriff des Case Managements ist ein „[...] Instrument für das effiziente patientenbezogene Prozessmanagement sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich [...]“ zu verstehen (Bundesärztekammer, 2016, S. 3). Hierbei handelt es sich um ein sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Konzept, in welchem vorwiegend Patient*innen mit komplexen Gesundheitsproblemen oder Mehrfachbelastungen betreut, sie fallbezogen begleitet und bei dem Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes unterstützt werden (Bundesärztekammer, 2016, S. 3). Das Case Management gehört zu den Leistungen der individuellen Versorgung von Patient*innen und damit zu Tätigkeiten mit heilkundlichem

Charakter. Somit darf „[d]ie Durchführung des Case Managements [...] an speziell ausgebildete oder fortgebildete Mitarbeiter delegiert werden“ (Bundesärztekammer, 2016, S. 3). Auch diese im Rahmen des Case Managements enthaltenden Aufgaben von entsprechend weiterqualifizierten MFA zeigen inhaltliche Überschneidungen hinsichtlich der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von CHNs, speziell mit dem Tätigkeitsfeld der Koordination, Kooperation, Leadership (vgl. Kapitel 5.4).

Zusammenfassend zeigt sich, dass es bereits durch die Anlagen 8 und 24 der BMV-Ä weitreichende Grundlagen für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Personal gibt. Hierbei hätten nach aktueller Rechtslage sowohl als NÄPA spezialisierte MFA und Pflegefachkräfte als auch als APN/NP qualifizierte CHNs das gleiche Tätigkeitsspektrum an Aufgaben, die in ärztlicher Delegation ausgeführt werden dürfen. Durch die etablierten, vielfältigen Möglichkeiten der Fortbildung von MFA ist das Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum in der ambulanten primären Gesundheitsversorgung bereits gestiegen, wodurch beispielsweise eine NÄPA auch in der Häuslichkeit von Patient*innen oder in Alten- und Pflegeheimen ohne die Anwesenheit der delegierenden Ärzt*innen tätig sein darf (§§ 1, 5 Abs. 2 Anlage 8 BMV-Ä). Festzuhalten ist, dass bei dem Vergleich der delegierbaren Tätigkeiten einer CHN mit dem Aufgabenprofil von NÄPA und anderen weiterqualifizierten MFA insgesamt große inhaltliche Überschneidungen zu erkennen sind.

6.4.3 Einordnung der Lösungsvariante 1

Die berufsrechtliche Einbindung von CHNs nach Lösungsvariante 1 betrifft als einzige der drei Varianten die Gesetzgebungskompetenz des Bundes, da es hierbei um die bundesrechtliche Regelung in Form eines Ausbildungsgesetzes für APN/NP geht. Diese Regelungen der Aus- bzw. Weiterbildung können somit auch Tätigkeiten betreffen, die über das Ausüben von heilkundlichen Tätigkeiten in Delegation hinausgehen und die selbstständige Übernahme entsprechender Tätigkeiten beinhalten (Burgi & Igl, 2021b, S. 113, 115 f.). Eine berufliche Weiterbildung von Pflegefachkräften mit einem entsprechend qualifizierenden Bachelorabschluss könnte nach Lösungsvariante 1 eine auf Masterniveau organisierte Aus- bzw. Weiterbildung sein, die in Richtung einer „[...] selbstständig auszuführende[n] medizinische[n] Primärversorgung ohne Anbindung an einen Arzt“ geht (Burgi & Igl, 2021b, S. 85).

Diese Lösungsvariante betrifft demnach sowohl die bereits ausgeführten, delegierbaren heilkundlichen Tätigkeiten der Tabelle 2 als auch alle übrigen der als Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt eingestufteten Teiltätigkeiten. Betrachtet man diese in Kapitel 5.3.3 beschriebenen Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt, so fällt auf, dass es sich hierbei vor allem um Maßnahmen aus den Bereichen der Ersteinschätzung und Beratung, des Klinischen Assessments und körperlichen Untersuchungen und der Koordination, Kooperation und Leadership handelt. Welche Teiltätigkeiten hierbei im Einzelnen einen heilkundlichem Vorbehalt

aufweisen, ist noch einmal zusammenfassend in der folgenden Tabelle 3 dargestellt (vgl. Burgi & Igl, 2021b, S. 79 ff.).

Tabelle 3 Zusammenfassung der vorgeschlagenen Tätigkeiten einer CHN mit heilkundlichem Vorbehalt (nach Burgi & Igl 2021b S. 77 ff.)

	Vorgeschlagene Tätigkeiten einer CHN	Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt → selbstständige Durchführung nur durch Ärzt*innen
1	Klinisches Assessment & körperliche Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Anamnese • Diagnostische Untersuchungen • Beurteilung: Dringlichkeit des gesundheitlichen Zustandes im Kontext der umfassenden Anamnese & Diagnostik & Einleitung therapeutischer Maßnahmen
2	Ersteinschätzung & Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung von Patient*innen zu <u>spezifischen</u> Fragen zu Gesundheit & Krankheit • Entscheidungen über den künftigen Behandlungsverlauf auf Grundlage von Assessment und Gesprächen • Anordnung (& z.T. Verabreichung) von Medikamenten
3	Gesundheitserhaltung & -förderung	
4	Befähigung von Patient*innen	→ z.T. fallen bestimmte Tätigkeiten der Befähigung von Patient*innen in den Kernbereich ärztlicher Aufgaben)
5	Koordination, Kooperation, Leadership	→ <u>wichtig</u> : Aufgaben der direkten Patient*innenversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Steuerung von (Behandlungs-) Prozessen in der Patient*innenversorgung (Leadership-Aufgaben)
6	Bedarfserhebung	

Zu den Tätigkeiten mit heilkundlichem Vorbehalt gehören neben einer umfassenden Anamnese sowie diagnostischer Untersuchungen auch die sich anschließende Beurteilung der Dringlichkeit hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes und der Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Auch die Anordnung von Medikamenten sowie grundsätzliche Entscheidungen hinsichtlich des künftigen Behandlungsverlaufes fallen in den Kernbereich ärztlichen Handelns. Zuletzt zählt auch die Steuerung von Prozessen in der Versorgung von Patient*innen in Form von Leadership-Aufgaben im Rahmen des Tätigkeitsfeldes der Koordination, Kooperation und Leadership zu den nicht-delegierbaren ärztlichen Aufgaben. Auch die im Kapitel 5.1 im Rahmen der Kernaufgaben aufgezählte eigenverantwortliche Behandlung von leichten Erkältungskrankheiten fällt in den Tätigkeits- und Verantwortungsbereich von Ärzt*innen (vgl. Abbildung 8).

Die Aufzählung dieser Teiltätigkeiten aus dem Bereich des heilkundlichen Vorbehaltes zeigt, dass es sich vor allem um solche handelt, die im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind und aktuell ausschließlich von den in der primärärztlichen Versorgung tätigen Hausärzt*innen erbracht werden. Einzig die nach § 63 Abs. 3c SGB V geregelten Modellvorhaben bieten hierbei die Möglichkeit einer Übertragung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen (vgl. Kapitel 5.2.2; § 63 Abs. 3c

S. 3 SGB V). Die Regelung dieses Paragraphen entstand im Rahmen der Entwicklung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (BT-Drs. 16/7439) und wird im Artikel 6 Nummer 8 unter anderem mit der Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte begründet. Im Rahmen der Modellvorhaben können Alten- und Pflegefachkräfte bestimmte heilkundliche Tätigkeiten selbstständig und eigenverantwortlich ausüben, wodurch jedoch den Ärzt*innen keine Verantwortung zugeschrieben wird. Jedoch setzt „[...] [d]ie selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige nach § 1 Abs. 1 [...] eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus“ (§ 3 Abs. 1 S. 1 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Wie bereits in Kapitel 5.2.2 aufgeführt, hat der G-BA nach § 63 Abs. 3c S. 3 SGB V die im Rahmen der Modellvorhaben grundsätzlich übertragbaren Tätigkeiten in einer entsprechenden Richtlinie definiert, die sich auf die vier genannten, spezifische Diagnosen beziehen: Diabetes Mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Demenz und Hypertonus. Hierbei handelt es sich jedoch um Tätigkeiten, die streng genommen nicht in den nach § 1 Abs. 2 des HeilprG definierten Bereich der Ausübung von Heilkunde fallen und damit auch nicht den Kernbereich ärztlichen Handelns berühren (BT-Drs. 16/7439, S. 97). Zu den in der Richtlinie festgelegten übertragbaren Tätigkeiten zählen diagnosebezogene heilkundliche Maßnahmen wie beispielsweise Verlaufskontrollen und körperliche Untersuchungen, die Beratung der Patient*innen und aller am Prozess Beteiligten, die Erfassung und Analyse der Medikation sowie die Ernährungsberatung und Schulung von Patient*innen in Bezug auf die Diagnose Diabetes Typ 1. Auch die Prozesssteuerung und Durchführung bestimmter therapeutischer Maßnahmen und deren Beurteilung sind übertragbare ärztliche Tätigkeiten im Rahmen dieser Erkrankung (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, S. 6 ff.). Im Hinblick auf chronische Wunden dürfen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte Entscheidungen über konkrete Vorgehensweisen im Wundmanagement treffen, vertragsärztliche Überweisungen oder Konsile veranlassen und Hilfsmittel wie Gehstützen oder Verbandsmittel selbstständig verordnen (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, S. 14 ff.).

Vergleicht man die in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V aufgeführten Tätigkeiten mit denen der für die CHN vorgeschlagenen und in den Tabellen 2 und 3 zusammengefassten Tätigkeiten aus dem Bereich der Heilkunde, so zeigen sich abermals Ähnlichkeiten und Überschneidungen, jedoch beziehen sich die übertragbaren Tätigkeiten der Modellvorhaben ausschließlich auf die vom G-BA festgelegten Diagnosen (vgl. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, S. 6-26). Nach aktueller Rechtslage ist die Übernahme entsprechender Tätigkeiten durch eine CHN also ausschließlich in zeitlich befristeten Modellvorhaben mit Projektcharakter möglich und nur in Verbindung mit vorherigen, ärztlichen Diagnosestellungen übertragbar (vgl. § 63 Abs. 5 SGB V). Außerhalb der Modellvorhaben ist es in Deutschland aktuell nicht möglich, heilkundliche Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung an nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe zu übertragen.

In den vergangenen Jahren wurde diese Möglichkeit der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Pflegefachberufe im Rahmen der Modellvorhaben jedoch kaum realisiert und umgesetzt (Burgi & Igl, 2021b, S. 90, 97; Gerlach et al., 2018, Nr. 875; Nolting et al., 2021, S. 48). Dennoch zeigt die rechtliche Regelung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, dass „[...] Übertragungen von Aufgaben in einem engen Segment kranken- und pflegeversicherungsrechtlicher Leistungserbringung [grundsätzlich] möglich sind“ und dass es hierfür aktuell keine besondere zusätzliche Qualifikation braucht, die über die der Pflegefachberufe hinaus geht (Burgi & Igl, 2021b, S. 89).

6.5 Beantwortung der Fragestellung

Im Folgenden soll anhand der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse die zuvor aus dem theoretischen Hintergrund abgeleitete Fragestellung beantwortet werden, inwieweit das neue Berufsbild der CHN die Primärversorgung in Deutschland weiterentwickeln kann. Hierbei beziehen sich die Ergebnisse auf den aktuellen Rechtsrahmen für Community Health Nursing in Deutschland sowie die Vorstellung der drei, von Burgi und Igl (2021b) im Rahmen des Rechtsgutachtens erarbeiteten Lösungsvarianten der berufsrechtlichen Einbindung und deren Einordnung in den Versorgungskontext.

Im Rahmen der Zuordnung und tabellarischen Darstellung der Tätigkeiten von CHNs auf Grundlage des Rechtsgutachtens wird deutlich, dass viele der aufgeführten Teiltätigkeiten nach aktuellem Rechtsrahmen nur in ärztlicher Delegation oder sogar ausschließlich selbstständig von Ärzt*innen durchgeführt werden dürfen. Im Umkehrschluss bedeutet dies für das Tätigwerden von CHNs, dass aktuell nur einzelne Teiltätigkeiten von ihnen ausgeübt werden können. Um das in Kanada bereits ersichtliche Potenzial von CHNs auch in der Primärversorgung in Deutschland voll auszuschöpfen und sie als neue Form der medizinischen Primärversorgung zu etablieren, braucht es also Änderungen und Ergänzungen der bestehenden Gesetze und Regelungen, um einen tragfähigen und zukunftsweisenden Rechtsrahmen zu schaffen. Dabei zeigen die drei von Burgi und Igl erarbeiteten Lösungsvarianten der berufsrechtlichen Einbindung und Implementierung von CHNs in das bestehende deutsche Recht verschiedene Möglichkeiten und Ansatzpunkte auf. Bei der Betrachtung dieser in Kapitel 6 vorgestellten Lösungsvarianten wird deutlich, dass ausschließlich zwei der drei Szenarien hinsichtlich der Weiterentwicklung der Primärversorgung und damit zur Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind. Einzig die Lösungsvariante 3 schließt anhand einer landesrechtlichen Hochschulausbildung die Qualifikation eines zukünftigen Tätigwerdens von CHNs in der primären Gesundheitsversorgung aus und ist somit nicht für die Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland von Bedeutung. Zwar basiert die Lösungsvariante 2 auch auf einer landesrechtlich organisierten Hochschulausbildung, die in Form eines Masterstudiums auf eine akademische Pflegeausbildung aufbaut, jedoch regelt sie im Zuge der Aus- bzw.

Weiterbildung zur APN/NP auch Elemente und Bereiche der primärmedizinischen Versorgung. Hierbei geht es jedoch nicht um die selbstständige Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, sondern um die Möglichkeit der Übernahme entsprechender Tätigkeiten auf dem Wege der Delegation. Dabei stellt sich die Frage, ob die einer CHN zugeschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter auch durch die bereits in der Gesundheitsversorgung in Deutschland eingesetzten und zum Teil spezialisierten und weiterqualifizierten MFAs und Pflegefachkräfte größtenteils abgedeckt werden können. Diesbezüglich sind vor allem die Fortbildungen zur NäPA und zur bzw. zum Case Manager*in zu nennen, welche große Überschneidungen mit den Tätigkeitsfeldern von CHNs aufweisen. Wenn eine CHN ähnlich wie MFA, Pflegefachkräfte oder entsprechende Berufsangehörige mit Zusatzqualifikation nach berufsrechtlicher Lösungsvariante 2 ausschließlich in Form von Delegation in direkter Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen in der primären Gesundheitsversorgung tätig sein kann, ist der erhoffte Mehrwert, der durch die Etablierung dieses neuen Berufsbildes für die Primärversorgung erwartet wird, zu hinterfragen. Es stellt sich außerdem die Frage, ob ein Ausbau oder eine Ergänzung der vorhandenen Fortbildungen für diese Berufsgruppen denkbar wäre, um schließlich alle der von CHNs erwarteten Aufgaben und Tätigkeiten durch entsprechend fortgebildete MFA und Pflegefachkräfte zu kompensieren. Auch im Hinblick auf den vergleichsweise langen Qualifikationsweg von CHNs über eine Pflegeausbildung und oder ein primärqualifizierendes Bachelorstudium im Bereich der Pflege, der vorausgesetzten Berufserfahrung sowie der sich daran anschließenden Qualifikation zur CHN auf Masterniveau, scheint diese Frage nicht unbegründet. Zusammengefasst wäre es daher nach aktueller Rechtsgrundlage für die Übernahme der aktuell delegationsfähigen Tätigkeiten im Rahmen der Primärversorgung nicht zwingend notwendig, hochspezialisierte Pflegeexpert*innen APN/NP als CHNs auf Masterniveau auszubilden.

Damit eine CHN dem internationalen Vorbild entsprechend in die Primärversorgung in Deutschland eingebunden und diese durch ihr Tätigwerden weiterentwickelt werden kann, braucht es eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 10). Hierbei geht es speziell um die Erweiterung der Handlungsautonomie von spezialisierten und auf Masterniveau qualifizierten Pflegeexpert*innen APN/NP, um klinische Aufgaben in der primären Gesundheitsversorgung selbstständig zu übernehmen. Dies kann sowohl die in der Primärversorgung tätigen Hausärzt*innen entlasten als auch dazu beitragen, den internationalen Anforderungen an Primärversorgungssysteme zunehmend gerecht zu werden. Um diese Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland voranzutreiben und zu realisieren, braucht es eine berufsrechtliche Einbindung von CHNs nach Lösungsvariante 1. Denn ausschließlich die entsprechende Regelung in Form eines APN/NP-Ausbildungsgesetzes auf Bundesebene kann nachhaltig eine Erweiterung der Handlungsautonomie von spezialisierten Pflegefachkräften bzw.

Pflegeexpert*innen hinsichtlich der Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten regeln. Es bedarf also einer auf Bundesebene entwickelten Qualifikation auf Masterniveau im Rahmen eines Hochschulstudiums, damit eine CHN in Deutschland die nach internationalem Vorbild herausgearbeiteten und vorgeschlagenen Teiltätigkeiten der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder vollumfänglich übernehmen kann.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, wie genau die Etablierung und berufsrechtliche Einbindung von CHNs in Deutschland aussehen wird. Die Darstellung der Ergebnisse macht aber deutlich, dass sich die zukünftig zu treffenden, neuen rechtlichen Regelungen entscheidend darauf auswirken werden, welche Kompetenzen und welcher Grad an Autonomie den CHNs in Zukunft zugeschrieben werden. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die künftigen Einsatzbereiche sowie Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von CHNs und damit auch auf deren Einfluss auf die Primärversorgung. Bei der diesbezüglichen rechtlichen und gesundheitspolitischen Entscheidung sind die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse hinsichtlich der unterschiedlichen berufsrechtlichen Etablierungsmöglichkeiten und deren Auswirkungen auf das Tätigkeitsspektrum von CHNs von Bedeutung und sollten hierbei Berücksichtigung finden. Denn schlussendlich entscheiden die zukünftigen gesundheitspolitischen und rechtlichen Änderungen und Entwicklungen darüber, inwieweit die Etablierung des neuen Berufsbildes der CHNs die Primärversorgung in Deutschland weiterentwickeln wird.

7. Diskussion

Nachdem die Fragestellung im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse in den Kapiteln 5 und 6 abschließend beantwortet worden ist, werden im folgenden Kapitel der Diskussion die Ergebnisse noch einmal kurz zusammengefasst und im Kontext der aktuellen Entwicklungen diskutiert. Anschließend erfolgt die Darstellung der Limitationen und Stärken dieser Arbeit, bevor im Kapitel 8 ein abschließendes Fazit gezogen wird.

7.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass eine CHN in Deutschland nach aktuellem Rechtsrahmen nur einzelne Teiltätigkeiten der von ihr erwarteten möglichen Tätigkeitsfelder ausüben darf. Dabei handelt es sich vorrangig um Tätigkeiten, die vielfach auch durch weiterqualifizierte und fortgebildete MFA sowie Angehörige der Pflegefachberufe durchgeführt werden können und für die es nicht zwingend hochspezialisierte, auf Masterniveau ausgebildete Pflegeexpert*innen APN/NP bräuchte. In den aktuell möglichen Tätigkeitsrahmen fallen entsprechende Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter (vgl. Tabelle 1), die mit entsprechender Qualifikation von einer CHN selbstständig auszuüben sind, sowie solche mit heilkundlichem Charakter (vgl. Tabelle 2), die nur in Form von ärztlicher Delegation durchgeführt werden können. Hingegen fallen die für die Entlastung und Weiterentwicklung der Primärversorgung

relevanten Tätigkeiten von CHNs mit heilkundlichem Charakter sowie Vorbehalt (Tabelle 2 & 3) nach aktueller Rechtsgrundlage ausschließlich in das Tätigkeits- und Verantwortungsfeld von Ärzt*innen. Bis auf die Ausnahme des Tätigwerdens im Rahmen der Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V) ist es für CHNs nicht möglich, selbstständig und substituierend Tätigkeiten aus dem Bereich der Primärversorgung zu übernehmen. Um die vor großen Herausforderungen stehende Primärversorgung und die darin tätigen Hausärzt*innen zu entlasten sowie die primäre Gesundheitsversorgung langfristig sicherzustellen, braucht es daher eine bundesrechtliche Regelung der Aus- bzw. Weiterbildung von APN/NP, die das Tätigkeitsspektrum und die Autonomie von CHNs erweitert und eine selbstständige Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten ermöglicht.

Berücksichtigung aller betroffenen Rechtsgebiete

Bei der rechtlichen Einbindung und einer erfolgreichen, langfristigen und zukunftsweisenden Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland reicht jedoch die in dieser Arbeit thematisierte berufsrechtliche Einbindung allein nicht aus. Hinsichtlich der Entwicklung eines tragfähigen Rechtsrahmens für das zukünftige Tätigwerden von CHNs sind verschiedene Rechtsgebiete betroffen, in denen Änderungen und Erweiterungen stattfinden müssen. Hierbei stehen neben den berufsrechtlichen Regelungen der Gesundheitsfachberufe (Heilberuferecht) vor allem auch das allgemeingültige Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V), der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sowie der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) im Vordergrund (Burgi & Igl, 2021a, S. 13, 2021b, S. 35 f.). Auch Burgi und Igl analysieren neben dem vorgestellten Rechtsrahmen und den Einbindungsmöglichkeiten des Berufsrechts auch die Rechtssituation des Leistungsrechts. In diesem geht es vor allem um Regelungen hinsichtlich konkreter Leistungen, der Leistungserbringung sowie der Vergütung der entsprechenden Leistungen (vgl. Burgi & Igl, 2021b, Kapitel 3). Dabei legen vor allem das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) sowie das der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) ihrerseits konkrete Tätigkeiten und Voraussetzungen für die Leistungserbringung und damit auch für die Vergütung dieser fest, die somit ebenfalls einen Einfluss auf den Handlungsrahmen und das Tätigwerden von CHNs haben (Burgi & Igl, 2021b, S. 117 f.). Dieser große und ebenfalls komplexe Bereich des Leistungsrechts sowie das Zusammenwirken beider Rechtsgebiete wurde aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Bei der Betrachtung des Leistungsrechts des SGB V zeigt sich jedoch schnell, dass CHNs in Deutschland aktuell „[...] gar nicht als Leistungserbringer in der „Krankenbehandlung“ konstituiert [...]“ sind und entsprechende Leistungen demzufolge nicht erbringen dürfen (Burgi & Igl, 2021b, S. 122). Burgi und Igl kommen im Rahmen der Betrachtung des Leistungsrechtes zu dem Schluss, dass die Entwicklung und Etablierung eines dauerhaften und tragfähigen Rechtsrahmens „[...] bei der gegebenen leistungsrechtlichen Ausgangslage als außerordentlich schwierig einzustufen“ ist (Burgi & Igl, 2021b, S. 151). Dabei

braucht es ihrer Meinung nach keine Ergänzung des aktuellen Leistungsrechts durch neue oder zusätzliche Leistungen, sondern eher eine Um- bzw. „[...] Neustrukturierung eines Teils der Leistungserbringerschaft und der Vergütungsberechtigung [...]“ (Burgi & Igl, 2021a, S. 20). Diese Aussagen der Autoren machen deutlich, dass sich die rechtliche Einbindung von CHNs sowohl in das bestehende Berufsrechts als auch in das Leistungsrecht schwierig und komplex gestalten werden. Zusammenfassend reicht es also nicht aus, die berufsrechtlichen Anpassungen zu realisieren, sondern es müssen auch das Leistungsrecht und alle im Rechtsgutachten angesprochenen Rechtsgebiete entsprechend der Möglichkeiten und Empfehlungen des Rechtsgutachtens angepasst werden. Dies ist erforderlich, damit dem neuen Berufsbild ein tragfähiger Rechtsrahmen geschaffen werden kann, der das volle Potenzial des Einsatzes von CHNs in der Primärversorgung ausschöpft und diese zukunftsweisend weiterentwickelt.

Befürchtungen und Bedenken hinsichtlich der Etablierung von CHNs in Deutschland

Wie in der Darstellung des theoretischen Hintergrundes beschrieben, ist die Primärversorgung in Deutschland durch die Zentrierung auf die Hausärzt*innen vorwiegend monodisziplinär geprägt. Nach Burgi und Igl kann hierbei aus wirtschaftlicher Perspektive von einem „Arztmonopol“ gesprochen werden, welches als solches „[...] derzeit von der breiten Bevölkerung angenommen wird“ (Burgi & Igl, 2021b, S. 94). So gehen die Autoren davon aus, dass „[a]lle Veränderungen dieses Status [...] daher auf berufsverbandlichen und gesundheitspolitischen [und] möglicherweise sogar auf gesellschaftlichen Widerstand stoßen“ werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 94). Hierbei wird vor allem die, im Rahmen des Community Health nursings immer wieder geforderte Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie von Seiten der ärztlichen Berufe kritisch gesehen. Dies zeichnete sich bereits mit der Einführung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V ab. Hierzu veröffentlichte die Bundesärztekammer im Jahr 2011 eine Stellungnahme hinsichtlich der Entwurfsfassung der Richtlinie des G-BA (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V), in der sie deutlich machte, dass „[...] die Schaffung einer neuen Versorgungsebene mit Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten und Schaffung neuer Vorbehaltstätigkeiten für nichtärztliche Gesundheitsberufe [...]“ als nicht zielführend angesehen werden (Bundesärztekammer, 2011, S. 2). Es wird befürchtet, dass es vielmehr zu einer „[...] Zersplitterung der Versorgungslandschaft, [einer] Schaffung neuer Schnittstellen, de[m] Verlust von Informationen und ein[em] gestiegene[n] Bedarf an Koordination [...]“ kommt (Bundesärztekammer, 2011, S. 2). Die Bundesärztekammer spricht sich zusammenfassend für die „[...] arztentlastende[...] Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten statt arztersetzer Substitution“ aus (Bundesärztekammer, 2011, S. 2). Diese grundlegend kritische Haltung vieler Mediziner*innen gegenüber der Ausweitung der pflegerischen Handlungsautonomie hin zu einer Übertragung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten an speziell ausgebildete Pflegefachkräfte wird auch in der aktuellen Diskussion um die Ausgestaltung des Berufsbildes der CHN immer wieder deutlich.

Dabei scheinen einige dieser Bedenken nicht unbegründet. Anders als von der Agnes-Karll-Gesellschaft und dem DBfK anfangs beschrieben zeigt sich durch das komplexe Rechtssystem in Deutschland, dass eine „[...] Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes durch klinische Aufgaben in der Primärversorgung [...]“ aufgrund der dafür benötigten Gesetzgebungskompetenz des Bundes doch durch ein neues bundesrechtliches Heilberufegesetz geregelt werden muss (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 10). Dadurch würde die rechtliche Etablierung von CHNs anhand des in Lösungsvariante 1 vorgestellten APN/NP-Ausbildungsgesetzes als neues Heilberufsgesetz auf Bundesebene dazu führen, dass mit CHNs bzw. APN/NP ein neuer Gesundheitsberuf entsteht, der im Rahmen der Gesundheitsversorgung tätig wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Dies stellt eine weitere Differenzierung der Gesundheitsfachberufe dar und kann bei ungenügender Einbindung in die bestehenden Versorgungsstrukturen zu weiteren Schnittstellen führen, die auch mit einem Verlust von Informationen einhergehen können.

Gerade ein Blick nach Kanada zeigt jedoch, dass diese Befürchtungen nicht zwingend erfüllt werden müssen. Die Darstellung der historischen Entwicklung der Aufgaben- und Rollenerweiterung in der Pflege am Beispiel von Ontario (Kanada) von Schäffer (2017) zeigt dabei viele Parallelen zur aktuellen Versorgungssituation in Deutschland auf. Die Weiterentwicklung der Primärversorgung durch den Einsatz von NP begann hier bereits in den 1970er Jahren, die in Kanada überwiegend die ANP-Rolle als spezialisierte Pflegeexpert*innen übernehmen. Mittlerweile sind sie ein unverzichtbares Element der Primärversorgung, was jedoch das Ergebnis eines langen Prozesses ist (Schäffer, 2017, S. 20 f.). Nach Schäffer waren die NP erstmals vorwiegend in hausärztlichen Praxen tätig. Es zeigte sich jedoch schnell, dass ihre Weiterentwicklung hinsichtlich der Übernahme erweiterter Aufgaben begrenzt war (Schäffer, 2017, S. 24). Infolgedessen wurde eine Reform gefordert, bei der „[...] die Ablösung der hausärztlichen Einzelpraxen zugunsten des Ausbaus der Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams und auch einer stärkeren Position der Pflege gefordert wurde, um so eine teambasierte Versorgung ermöglichen und den veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung besser entsprechen zu können“ (Schäffer, 2017, S. 24). Auch eine Verbesserung des niedrigschweligen Zugangs sowie die vermehrte Beachtung von Gesundheitsförderung und Prävention sollten hierbei für die Gesundheitsversorgung von Patient*innen erreicht werden. Um parallel die Aufgaben- und Rollenerweiterung in der Pflege weiter voranzutreiben, wurden im Jahr 1995, ähnlich zu den drei CHN-Masterstudiengängen in Deutschland, ein Masterstudienprogramm für Pflegeexpert*innen entwickelt mit der Bezeichnung der Primary Health Care Nurse Practitioner (PHCNP). Eine weitere Reform im Jahr 2012 enthielt die Forderung, den Pflegeexpert*innen ein höheres Maß an Verantwortung zuzuweisen, um ihr gesamtes Potenzial ausschöpfen zu können. Daraufhin folgte eine Verlagerung von ärztlichen Aufgaben auf Pflegeexpert*innen und einige Jahre später zudem die Möglichkeit für NP Medikamente zu verordnen

und arzt ersetzend, also substituierend in der Primärversorgung tätig zu sein (Schäffer, 2017, S. 24 f.). Durch die hinzugewonnene Autonomie im Tätigwerden von NP hat sich laut Schäffer die Arbeits- und Aufgabenteilung wesentlich verändert, indem nun Ärzt*innen sowie Pflegeexpert*innen parallel in der Primärversorgung tätig sind und diese gemeinsam sicherstellen. Hierbei erfolgt die Zuständigkeit und Aufteilung der Patient*innen so, dass sich die Pflegeexpert*innen vor allem um die Versorgung von bereits bekannten, chronisch erkrankten Menschen mit vorhersehbaren und wiederkehrenden Problemen kümmern und die Ärzt*innen vorwiegend die neuen, akuten und schweren Fälle übernehmen (Schäffer, 2017, S. 25).

Dieser mittlerweile erfolgreiche Prozess der Etablierung von Pflegeexpert*innen in der Primärversorgung sowie der Erweiterung der Autonomie und der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder verlief jedoch ebenfalls nicht linear und war, gerade in der Anfangszeit, vor allem von Widerstand seitens der Ärzt*innen geprägt. Diese Skepsis ist zum Teil noch heute bei einigen Ärzt*innen anzutreffen (Schäffer, 2017, S. 27 f.). Einer solchen Skepsis und den genannten Befürchtungen gilt es in Deutschland frühzeitig mit Aufklärung und Partizipation der Ärzt*innen in den Etablierungsprozess entgegenzuwirken. Dabei ist es immer wieder wichtig zu betonen, dass es bei der Etablierung von CHNs primär darum geht, die multiplen bestehenden sowie künftigen Herausforderungen der Primärversorgung in Deutschland zu bestreiten und nicht darum, eine Konkurrenz zur ärztlichen Behandlung zu schaffen (Burgi & Igl, 2021a, S. 19). Zudem sollen weder der Aufbau von Doppelstrukturen in der hausärztlichen Versorgung gefördert, noch sollen die Ärzt*innen rechtlich von den Tätigkeiten in der Primärversorgung ausgeschlossen werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 83, 107). „Vielmehr soll ein weiterer Heilberuf die Möglichkeit erhalten, auf dem Gebiet der medizinischen Primärversorgung tätig zu werden“ (Burgi & Igl, 2021b, S. 107). Die CHNs sollen in Zukunft in Deutschland nach internationalem Vorbild auch definierte ärztliche Aufgaben selbstständig übernehmen, jedoch nicht in Konkurrenz zu den Hausärzt*innen sondern vielmehr in Zusammenarbeit. Dabei soll eine Art kooperatives Versorgungsstandem entstehen, in dem die CHN vor allem Routineaufgaben in der primären Gesundheitsversorgung übernimmt und sich um die Versorgung und Betreuung chronisch Kranker kümmert. Im Bedarfsfall zieht die CHN die ebenfalls in der Primärversorgung tätigen ärztlichen Kolleg*innen hinzu, arbeitet im Alltag eng mit ihnen zusammen und steht mit ihnen im regelmäßigen Austausch (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 2 f.; Burgi & Igl, 2021b, S. 148; van den Bussche, 2019, S. 1134). Hierbei ist grundsätzlich eine klare Rollendefinition und Abgrenzung der Tätigkeit und Zuständigkeit von CHNs zu anderen, in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen erforderlich, um den Ausbau der befürchteten Doppelstrukturen zu verhindern (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 68). Durch eine enge und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit sowie eine sinnvolle Aufgabenneuverteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen, kann der Verlust von Informationen sowie die Durchführung von

Doppeluntersuchungen verhindert und die, in der Primärversorgung tätigen Hausärzt*innen zukünftig entlastet werden.

Positive Entwicklungen in Deutschland

Das erfolgreiche Beispiel aus Kanada zeigt zudem, dass gerade bei öffentlichem Widerstand vor allem der Rückhalt und Wille der Politik einen entscheidenden Einfluss auf den Prozess und das Gelingen der Etablierung von Pflegeexpert*innen in der primären Gesundheitsversorgung und der Erweiterung ihrer Handlungsautonomie hat (Schäffer, 2017, S. 27 f.). Die Politik in Deutschland hat durch die Aufnahme dieses Vorhabens in den aktuellen Koalitionsvertrag (2021) unter dem Titel „Mehr Fortschritt wagen“ bereits ein erstes Zeichen gesetzt. Hier heißt es, dass die professionelle Pflege in Zukunft durch heilkundliche Tätigkeiten ergänzt und unter anderem das neue Berufsbild der CHN geschaffen wird (SPD et al., 2021, S. 82). Nun liegt es an allen Beteiligten sowie der Politik sich gemeinsam damit zu beschäftigen, wie die Etablierung der CHN und damit auch die Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie aussehen kann, sodass schlussendlich alle Seiten die rechtlichen Neuregelungen tolerieren. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass CHNs in ihrer Tätigkeit zukünftig auf möglichst wenig Widerstand stoßen und eine interprofessionelle, kooperative Zusammenarbeit gelingen kann.

Als positive Entwicklung in Deutschland ist diesbezüglich auch die Einstellung der Medizinstudierenden gegenüber innovativen Änderungen und Entwicklungen im Gesundheitssystem zu nennen, die die zukünftigen Generationen der Ärzt*innen abbilden. Dabei hat unter anderem das, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durchgeführte Berufsmonitoring von Medizinstudierenden im Jahr 2018 ergeben, dass die zukünftige Ärzt*innengeneration das Thema der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Fachpersonal „[...] durchaus differenziert, aber deutlich weniger apodiktisch als die amtierende [sieht], die zumindest [die] Substitution generell und kategorisch ablehnt“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019, S. 98). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass mit fast 70 Prozent (68,2 Prozent) der befragten Medizinstudierenden, eine große Mehrheit eine Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen begrüßen würde. 15,2 Prozent der Befragten lehnten eine solche Entwicklung eher ab und die übrigen 16,5 Prozent gaben an, sich darüber noch keine Gedanken gemacht zu haben. Im Vergleich zum Monitoring im Jahr 2014 zeigt sich eine klare Entwicklung hin zur Befürwortung der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, denn dort hatte nur knapp die Hälfte der Befragten (50,6 Prozent) eine solche Entwicklung begrüßt, wobei noch 22 Prozent diese eher abgelehnt haben (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019, S. 92). Da die Erhebung aus dem Jahr 2018 bereits einige Jahre zurückliegt und gerade in der jüngsten Vergangenheit das Thema der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliches Personal immer mehr in den öffentlichen Fokus rückte, werden mit Spannung die Ergebnisse des im laufenden Jahr 2022 durchgeführten Monitorings erwartet, die für das erste

Quartal 2023 angekündigt sind. Es wird sich zeigen, ob und inwieweit sich dieser Trend bei der aktuellen Befragungswelle fortsetzt. Ein solches Umdenken hinsichtlich der Stärkung und Einbeziehung von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen wirkt vielversprechend für die zukünftigen Entwicklungen in diesem Bereich und können einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams haben.

Potenzial von CHNs bezüglich der Weiterentwicklung der Primärversorgung

Hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass die Etablierung von CHNs nach internationalem Vorbild großes Potenzial bereithält, die Primärversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Dennoch wurde auch deutlich, dass schlussendlich die zukünftigen rechtlichen Änderungen und Anpassungen der betroffenen Rechtsgebiete darüber entscheiden, inwieweit das Potenzial der CHN und deren Einfluss auf die Weiterentwicklung der deutschen Primärversorgung ausgeschöpft und realisiert werden kann. Ferner stellt sich auch die Frage, welche Aspekte und Merkmale von tragfähigen und zukunftsweisenden Primärversorgungssystemen überhaupt durch die Etablierung von CHNs in Deutschland verändert und weiterentwickelt werden können. Betrachtet man dafür die in Kapitel 2.1 aufgeführten Definitionen und Anforderungen an tragfähige Primärversorgungssysteme sowie die in Abbildung 1 zusammengefassten Merkmale der primären Gesundheitsversorgung zeigt sich, dass die Einführung von CHNs grundsätzlich das Potenzial hat, einige der dort genannten Merkmale weiterzuentwickeln. Dabei kann sie beispielsweise dazu beitragen, dass die Versorgung personen- und gemeindeorientierter wird und sich mehr nach den konkreten Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientiert. Eine CHN soll im Rahmen der Bedarfserhebung und Forschung die Gesundheitsprobleme von Einzelpersonen und Gruppen hinsichtlich spezifischer Gesundheitsrisiken einer Region erheben und abschätzen sowie anschließend durch die Kontaktaufnahme mit verantwortlichen Institutionen und Akteuren an der Problemlösung zusammenarbeiten (vgl. Tabelle 1 & 2). Ob ihr Einsatz in der Primärversorgung hingegen in unmittelbarer Nähe der Lebenswelt der Menschen vor Ort stattfindet, hängt von den zukünftigen Möglichkeiten der institutionellen Anbindung und Selbstständigkeit der CHN ab. Dies bezieht sich auch auf den Aspekt der kontinuierlichen Versorgung, bei dem ebenso die künftige rechtliche Einbindung von Community Health Nursing darüber entscheidet, ob sie neben den Hausärzt*innen auf Augenhöhe in der Primärversorgung tätig und eine erste Anlaufstelle für die gesundheitlichen Anliegen der Menschen sein kann. Darüber hinaus hat die CHN abhängig von der rechtlicher Einbindung auch das Potenzial das Leistungsangebot in der Primärversorgung zu erweitern (sowie die Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung vermehrt in die primäre Gesundheitsversorgung einzubinden, um die Primärversorgung insgesamt noch umfassender zu gestalten. Der zuletzt genannte Punkt in Abbildung 1, die koordinierte Versorgung, hat ebenfalls das Potenzial von CHNs weiterentwickelt zu werden, denn durch die Möglichkeit einer Übernahme von Case- und Care Management-Aufgaben

sowie der Steuerung des Behandlungs- und Versorgungsprozesses (vgl. Tabelle 2 & 3) können CHNs den Patient*innen helfen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und diese gezielt an andere Versorgungsstellen oder Leistungen weiterleiten. Welcher Aspekt durch die Etablierung von CHNs in der Primärversorgung, also durch eine berufsrechtlichen Einbindung nach Szenario 1 oder 2, zukunftsweisend weiterentwickelt werden wird, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Einführung von Community Health Nursing in Deutschland einige der genannten Merkmale von tragfähigen und zukunftsweisenden Primärversorgungssystemen weiterentwickeln kann, jedoch der zukünftige Rechtsrahmen darüber entscheiden wird, inwieweit eine Weiterentwicklung stattfindet. Auch wird deutlich, dass die Etablierung von CHNs allein nicht ausreicht, um die anfangs beschriebenen Herausforderungen vor denen die Primärversorgung heute bereits steht zu bestreiten. Dabei hat die CHN das Potenzial durch ihr Tätigwerden in der Primärversorgung mit einer erfolgreichen Erweiterung der Handlungsautonomie und einer Neu- bzw. Umverteilung von Aufgaben und Zuständigkeitsbereichen, die Hausärzt*innen zu entlasten und sie in der Betreuung und Versorgung von Patient*innen auf Augenhöhe zu unterstützen. Die Entfaltung ihres Potenzials sowie die Weiterentwicklung der Primärversorgung hängt wie beschrieben sowohl von dem zukünftigen Rechtsrahmen als auch von der zukünftigen institutionellen Anbindung ab. Hierbei wird bereits seit längerem die Entwicklung und der Ausbau von speziellen Einrichtungen der Primärversorgung empfohlen, die als sogenannte Gesundheitszentren oder Primärversorgungszentren betitelt werden (vgl. Gerlach et al., 2014, Kapitel 9.1.5). Nach finnischem Vorbild ist das Ziel solcher Gesundheitszentren, „[...] eine umfassende und gut erreichbare Primärversorgung zu leisten, die allen Bürgern [...] unabhängig von Alter oder sozialem Status zugänglich ist“ (Gerlach et al., 2014, S. 589). Hierbei werden verschiedene Gesundheitsleistungen von unterschiedlichen Leistungserbringenden unter einem Dach gebündelt angeboten, bei denen es neben angesiedelten Haus- und Fachärzt*innen auch um die Einbeziehung von koordinierendem Case und Care Management sowie anderen Gesundheitsfachberufen geht (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 30 ff.). Hierzu zählen die von der Robert Bosch Stiftung entwickelten und geförderten „Patientenzentrierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung“ (PORT) als ein Konzept von Gesundheitszentren, welche bereits an 13 Standorten in Deutschland entwickelt und errichtet worden sind. Bemerkenswert an dem Konzept der PORT-Gesundheitszentren ist, dass sie je nach Standort flexibel an die Bedürfnisse und regionalen Besonderheiten angepasst werden können und sich demnach in ihrem Versorgungsansatz voneinander unterscheiden (Nolting et al., 2021, S. 10). PORT-Zentren „[...] setzen eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung um, unterstützen den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung, haben multiprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen, die auf Augenhöhe arbeiten, nutzen neue

Potentiale wie eHealth, schließen Prävention und Gesundheitsförderung mit ein [und] sind kommunal gut eingebunden“ (Robert Bosch Stiftung, 2021). In ähnlichen multiprofessionellen Zentren für Primärversorgung sind auch CHNs im internationalen Vergleich tätig und institutionell verankert, die hier oftmals eine zentrale Rolle einnehmen, indem sie den Versorgungsprozess der Patient*innen koordinieren und steuern. Je nach nationalem Rechtsrahmen und Qualifikationsanforderungen übernehmen sie darüber hinaus auch vielfach die organisatorische Leitung entsprechender Zentren (Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 6). Nach kanadischem Vorbild arbeiten in ähnlichen Primärversorgungszentren, den sogenannten Community Health Centres (CHC), neben Ärzt*innen, Pflegeexpert*innen APN/NP und Pharmazeut*innen auch Angehörige verschiedener Therapieberufe, Ernährungswissenschaftler*innen und Sozialarbeiter*innen in Teams unter einem Dach zusammen und leisten eine Versorgung „aus einer Hand“. Dabei sind die Pflegeexpert*innen vielfach arztersetzend tätig und bieten eigene Sprechstunden an. Diese unterscheiden sich von den ärztlichen Sprechstunden darin, dass sie sowohl kommunikativer und als auch edukativer sind und mit ca. 30 Minuten eine längere Konsultationszeit pro Patient*in aufweisen. Gerade für die angestrebte Betreuung von chronisch erkrankten Patient*innen mit wiederkehrenden und komplexen Problemen, die auch über den rein medizinischen Bedarf hinausgehen, sind entsprechende NP-Sprechstunden von besonderer Bedeutung (Schäffer, 2017, S. 22). Auch ein Beispiel aus der Schweiz unterstreicht das Potenzial der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegeexpert*innen im Rahmen eines sogenannten Medizinentrums (vgl. Wenger, 2018). Hier arbeiten auf Masterniveau qualifizierte Pflegeexpert*innen (APN) in Teams mit Hausärzt*innen und zusätzlichen Therapieberufen unter einem Dach zusammen und können im Bedarfsfall verschiedene Fachärzt*innen vor Ort Konsultationen durchführen lassen. Dabei übernehmen die Pflegeexpert*innen primär die Versorgung älterer, chronisch erkrankter und multimorbider Patient*innen, indem sie eigene Sprechstunden abhalten, Infusionen verabreichen, einzelne Fälle beurteilen und hinsichtlich bestimmter Behandlungen beraten. Zudem übernehmen sie regelmäßige Hausbesuche bei immobilen Patient*innen, führen Untersuchungen wie das Abhören der Lunge oder Blutentnahmen durch und gewinnen einen Eindruck von den persönlichen und sozialen Lebensumständen der Patient*innen (Wenger, 2018, S. 34 ff.). Auch in „[...] regionalen Alters- und Pflegeheimen führt die Pflegeexpertin anstelle des Hausarztes Visiten durch. Sie untersucht Bewohnerinnen und Bewohner, wechselt Verbände, impft [und] passt Medikamente an“ (Wenger, 2018, S. 35 f.). Dieses Beispiel zeigt, wie eine interprofessionelle, kooperative Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegeexpert*innen gelingen kann und unterstreicht das Potenzial von CHNs mit erweiterten Kompetenzbereichen und Aufgabenfeldern sowie der institutionellen Verortung in einem entsprechenden Medizinzentrum für Primärversorgung, speziell auch für den ländlichen Raum.

Resümierend ist festzuhalten, dass die Einführung von CHNs in Deutschland ein wichtiger und vielversprechender Schritt hinsichtlich der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Primärversorgung ist, der jedoch nur einen Baustein darstellt und der allein für dieses Vorhaben nicht ausreicht (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2022, S. 8). Gerade die Kombination aus der Etablierung von CHNs und dem Auf- bzw. Ausbau von Gesundheitszentren oder ähnlichen interprofessionellen Einrichtungen stellt ein großes Potenzial dar, die primäre Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern und zukunftsweisend weiterzuentwickeln.

7.2 Limitationen und Stärken

Mit der Auswahl der Methode des narrativen Literaturreviews gehen sowohl einige Limitationen als auch Stärken hinsichtlich der Suche und Auswahl von Literatur einher, die für die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse wichtig sind und auf die folgend eingegangen wird.

Das narrative Literaturreview wurde als Methode für diese Arbeit ausgewählt, weil es sich dafür eignet, den aktuellen Entwicklungsstand hinsichtlich eines spezifischen Themas in Form einer Übersichtsarbeit darzustellen, spezifische Probleme zu identifizieren und Lösungsansätze zu entwickeln. Vorrangiges Ziel der Verfasser*innen ist es hierbei, vor allem das Fachpublikum über das Vorhandensein der Probleme und Schwierigkeiten zu informieren (Baumeister & Leary, 1997, S. 312). Durch die umfangreiche Literaturrecherche und Lektüre am Beginn des Erarbeitungsprozesses und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Fragestellung, konnten aktuelle Entwicklungen und sich herausstellende Probleme und Schwierigkeiten identifiziert und das spezifische Thema des Einflusses von Community Health Nursing auf die Primärversorgung in Deutschland sowie die konkrete Fragestellung abgeleitet werden.

Zu den Besonderheiten dieser Methode gehört der späte Zeitpunkt der Formulierung einer Fragestellung, welche sich an eine umfangreiche Literatursuche und Lektüre dieser anschließt. Die Verfasser*innen von narrativen Literaturarbeiten sind dazu angehalten möglichst lange für neue Ideen hinsichtlich der Fragestellung offen zu bleiben und sie erst im Laufe der Zeit zu konkretisieren (Baumeister & Leary, 1997, S. 314). Dabei wird die Fragestellung in der Lektürephase immer wieder angepasst und kontinuierlich weiterentwickelt, um einen möglichst hohen Abstraktionsgrad zu erreichen, was diese Methode grundlegend von dem methodischen Vorgehen einer systematischen Literaturarbeit unterscheidet (vgl. Kapitel 4).

Auch das Vorgehen während der Literatursuche ist charakteristisch und unterscheidet sich bedeutend von einem systematischen Literaturreview. Die Suche folgt dabei nicht einer strengen Systematik, sondern ist vielmehr durch einen explorativen Charakter gekennzeichnet. Es gibt keine festen Ein- oder Ausschlusskriterien, nach denen die Literatursuche und -auswahl erfolgt. Stattdessen obliegt die Auswahl der Literatur den Verfasser*innen narrativer

Literaturarbeiten (vgl. Kapitel 4). Diese selektive Auswahl führt zwangsläufig zu sogenannten Selektionsverzerrungen (selection bias), also inhaltliche Verzerrungen, die aufgrund der Literatursynthese entstehen (vgl. La Torre et al., 2015, S. 31ff.). Bei einer systematischen Literatursynthese wird durch das kontrollierte Vorgehen sowie den Ein- und Ausschluss nach zuvor festgelegten Kriterien versucht, diese Selektionsverzerrungen möglichst gering zu halten. Durch die selektive Auswahl und das Vorgehen im Rahmen des narrativen Literaturreviews kommt es dazu, dass bestimmte Quellen gar nicht erst gefunden oder bei einer Identifikation ausgeschlossen und nicht weiter berücksichtigt werden. Dadurch wird nur ein Teil der vorhandenen Literatur in die Arbeit einbezogen wodurch die Gefahr besteht, dass relevante Informationen nicht berücksichtigt werden (vgl. Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, S. 9). Auch existiert bei narrativen Literaturreviews keine Transparenz über die nicht-einbezogenen bzw. ausgeschlossenen Quellen. Dies hat gemeinsam mit dem eher unsystematischen, explorativen Vorgehen der Literaturrecherche einen hemmenden Einfluss auf die Replizierbarkeit der Ergebnisse, was jedoch nicht dem Anspruch eines solchen narrativen Literaturreviews entspricht. Vielmehr ist die angewandte Methode gut geeignet, um die spezifische Fragestellung im Rahmen eines narrativen Literaturreviews beantworten zu können. Da es bei dieser Arbeit um ein hochaktuelles Thema geht, zu welchem es in Deutschland bisher kaum bis keine evidenzbasierte Literatur und auch nur wenige Publikationen gibt, erlaubt die ausgewählte Methode, dass alle identifizierten Quellen in die Arbeit eingeschlossen werden konnten und die wenige Literatur nicht noch weiter durch Ausschlusskriterien eingeschränkt wurde.

Da die Qualität und die Art der einbezogenen Literatur bei der Suche und Auswahl in dieser Arbeit kaum berücksichtigt werden konnte ist es wichtig, diese im Rahmen dieses Kapitels zu thematisieren, da sie möglicherweise einen Einfluss auf die Unabhängigkeit und Sachlichkeit der Inhalte und einiger Aussagen haben. Bei den im Methodenkapitel (Kapitel 4) aufgeführten literarischen Quellen, die in dieser Arbeit als thematische Grundlagenliteratur identifiziert wurden, handelt es sich größtenteils um Publikationen, die im Rahmen des Projektes zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland erarbeitet und publiziert wurden. Durch die am Projekt beteiligten Akteure der Agnes-Karll-Gesellschaft, dem DBfK und der Robert Bosch Stiftung gilt es bei der inhaltlichen Bewertung der Publikationen die Wissenschaftlichkeit und Objektivität richtig einzuordnen. Der DBfK als Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, vertritt genuin die beruflichen Interessen der Pflegeberufe, genauer der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.-c). Dieser setzt sich nach eigener Aussage bereits „[...] seit langem dafür ein, auch in Deutschland Community Health Nursing zu etablieren“ und damit einhergehend die Position der Pflegenden zu stärken und die pflegerische Handlungsautonomie zu erweitern (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.-b). Auch die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung als gemeinnützige Tochter des DBfK hat die Förderung der

Berufsbildung, „[...] insbesondere die Verbesserung und Vervollkommnung der Pflege [...]“ zum Zweck (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.-a). Die Hintergründe der Institutionen zeigen, dass sich beide für die Stärkung des Berufsbildes der Pflegekräfte einsetzen (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 25). Die Robert Bosch Stiftung setzt sich zudem seit vielen Jahren durch Förderungen für innovative Ansätze im Gesundheitswesen ein, welche zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland beitragen sollen (Nolting et al., 2021, S. 4). Auch die in dieser Arbeit vorgestellten PORT-Zentren wurden als Förderprogramm von der Robert Bosch Stiftung entwickelt und etabliert (vgl. Kapitel 7.1). Es wird deutlich, dass alle drei Akteure grundsätzlich an der Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland sowie einer Weiterentwicklung der Primärversorgung, die zum Teil auch mit einer Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie einhergeht, interessiert sind und diese gemeinsam durch das Projekt zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland voranbringen wollen. Diese dargestellten Hintergründe sind bei der Bewertung und Einordnung der eingeschlossenen Publikationen zu berücksichtigen. Das Rechtsgutachten (Burgi & Igl, 2021b), welches von den beiden Gutachtern Prof. Dr. Martin Burgi und Prof. Dr. Gerhard Igl verfasst und von der Robert Bosch Stiftung in Auftrag gegeben wurde, ist dabei als unabhängig und objektiv einzuordnen.

8. Fazit

Die Darstellung der komplexen und prekären Situation in der hausärztlich geprägten Primärversorgung in Deutschland sowie die bereits mehrfach erschienenen zukünftigen Hochrechnungen und Prognosen zeigen auf, dass sich etwas ändern muss, um auch künftig eine tragfähige und effektive Primärversorgung sicherzustellen. Dabei stellen die demographischen und epidemiologischen Veränderungen in der Gesellschaft eine zusätzliche Herausforderung dar, die es mit den vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu bewältigen gilt, um möglichst allen Menschen eine niedrigschwellig zugängliche Gesundheitsversorgung zu gewähren. Lange Zeit wurde an den bisherigen monodisziplinär-geprägten Versorgungsstrukturen festgehalten, in denen die Ärzt*innen das Zentrum der Primärversorgung bilden. Nun ist es an der Zeit eine Neustrukturierung und Neuverteilung der Aufgaben in Angriff zu nehmen. Hierbei hat vor allem die Etablierung der CHN nach internationalem Vorbild das Potenzial die Primärversorgung in Deutschland in vielen Aspekten weiterzuentwickeln und zu stärken. Damit sie in Zukunft die Primärversorgung durch ihre Expertise und ihre Kompetenzen fachgerecht und qualitativ hochwertig unterstützen kann, ist eine berufsrechtliche Etablierung auf Bundesebene (Lösungsvariante 1) nicht nur wünschenswert, sondern notwendig und zwingend erforderlich, um die pflegerische Handlungsautonomie für CHNs erweitern zu können und das selbstständige Übernehmen von bestimmten, bisher ärztlich verantworteten Tätigkeiten zu ermöglichen. Aufgrund der bereits erfolgreich abgeschlossenen Masterstudiengänge im Community Health

Nursing ist es wichtig, dass möglichst zeitnah rechtliche Änderungen vorgebracht und entwickelt werden, um einen tragfähigen Rechtsrahmen für ihr Tätigwerden zu schaffen, der über das Tätigkeitsspektrum und Handlungsfeld der MFA oder Pflegefachkräfte hinausgeht. Gerade in der Primärversorgung führt erst die Ausweitung der Handlungsautonomie zu einem Mehrwert von CHNs gegenüber anderen zum Großteil nicht-akademisch ausgebildeten Gesundheitsfachberufen. Hierbei ist es auch im Hinblick auf die Steigerung der Attraktivität der akademischen Laufbahn im Bereich der Pflege wichtig, durch entsprechende rechtliche Anpassungen die Rolle von Pflegeexpert*innen zu stärken. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich Pflegefachkräfte, die eine Tätigkeit in der Primärversorgung anstreben, beim Ausbleiben einer Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie und damit einer ausschließlichen Möglichkeit des Tätigwerdens in Delegation oder im Rahmen der Modellvorhaben gegen den vergleichsweise langen Ausbildungsweg der Masterqualifikation und für eine einfache Fort- oder Weiterbildung im Bereich der Primärversorgung entscheiden.

Außerdem ist es wichtig, dass sich die als Modellvorhaben geplante Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten langfristig von ihrem Projektcharakter löst und eine nachhaltige Etablierung der Substitutionsmöglichkeit in die Regelversorgung stattfindet (vgl. Burgi & Igl, 2021a, S. 19). Bei der Etablierung von CHNs in Deutschland handelt es sich um keinen Prozess, der von heute auf Morgen gelingen kann, wie auch das Beispiel aus Kanada zeigt (vgl. Kapitel 7.1). Vor allem die vollständige rechtliche Einbindung wird dabei voraussichtlich viel Zeit in Anspruch nehmen. Mit der Aufnahme des Vorhabens in den aktuellen Koalitionsvertrag unter dem Titel „mehr Fortschritt wagen“ (vgl. SPD et al., 2021) wurde ein erster großer Schritt seitens der Politik gemacht, bei dem es nun darum geht, dem starken Versprechen im Titel auch Taten folgen zu lassen. Da es sich bei der Etablierung von CHNs und der Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie um eine fundamentale Änderung im deutschen Gesundheits- und Rechtssystem handelt, müssen neben den gesundheitspolitischen Mitwirkenden auch alle anderen beteiligten Akteure und Interessensgruppen bei der Ausarbeitung der konkreten Rollen sowie Aufgaben- und Tätigkeitsfelder einbezogen werden. Insbesondere die dem Thema eher kritisch gegenüberstehende Seite der Ärzt*innen muss umfassend aufgeklärt und ihre Bedenken berücksichtigt werden, damit eine künftige Aufgabenneuverteilung und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung bestmöglich gelingen kann. Hierzu braucht es eine klare Abgrenzung und Definition der jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten im Rahmen der Betreuung von Patient*innen, damit die primäre Gesundheitsversorgung trotz der beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen aus einer Hand erfolgen kann.

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, welches Potenzial in der Etablierung von CHNs nach den jeweiligen von Burgi und Igl (2021b) dargestellten Lösungsvarianten für die Primärversorgung in Deutschland steckt und welchen potenziellen Mehrwert eine berufsrechtliche Einbindung auf Bundesebene (Lösungsvariante 1) bietet. Diese Ergebnisse können einen

Beitrag für künftige Entscheidungsfindungen leisten und sollten entsprechend berücksichtigt werden.

9. Ausblick für die Praxis: Einführung von Community Health Nursing in Deutschland

Im Folgenden wird noch ein Ausblick für die Praxis hinsichtlich der Einführung von Community Health Nursing gegeben. Die Darstellung des Entwicklungsstandes der Einführung und Etablierung von CHNs in Deutschland im Rahmen dieser Arbeit zeigt, dass Deutschland insgesamt noch relativ am Anfang steht, jedoch mit dem Projekt zur Machbarkeit von Community Health Nursing in Deutschland und der Entwicklung von Modellstudiengängen für CHNs (vgl. Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2018, S. 4), dem Rechtsgutachten (vgl. Burgi & Igl, 2021b) und der Aufnahme des Themas in den aktuellen Koalitionsvertrag (vgl. SPD et al., 2021, S. 82) bereits wichtige Schritte unternommen wurden. Es ist zu vermuten, dass der Etablierungsprozess von Community Health Nursing sowie die rechtliche Ausgestaltung für eine Erweiterung der Handlungsautonomie noch einige Zeit in Anspruch nehmen werden. Hinzu kommt, dass die zukünftige gesetzliche Verankerung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten vermutlich von einem positivem Outcome der Evaluation der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V abhängt. Die Modellvorhaben sind hierbei auf längstens vier Jahre befristet, wobei der späteste Start der Vorhaben auf den 1. Januar 2023 datiert ist (§ 64 Abs. 1 S. 3 SGB V). An die jeweilige Durchführung schließt sich eine Auswertung der Ergebnisse in Form einer Evaluation an (vgl. § 65 SGB V). Abschließend braucht es eine Gesamtevaluation hinsichtlich der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige der Pflegefachberufe, bei der zu klären ist, ob die Substitution ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beigetragen hat und langfristig in die Versorgungsstrukturen aufgenommen und implementiert wird. Bei der Betrachtung dieses zeitlichen Gesamtumfangs wird deutlich, dass vermutlich erst in einigen Jahren mit entsprechenden Ergebnissen und sich daran anschließenden, möglichen Änderungen zu rechnen ist. Aufgrund des ungewissen Ausgangs sowie des hohen noch bevorstehenden Zeitumfangs ist es wichtig, denkbare erste Schritte sowie eine beispielhafte Erprobung eines Versorgungskonzeptes von CHNs zu thematisieren und auch über potenziell mögliche Übergangs- oder Alternativlösungen nachzudenken und zu diskutieren.

9.1 Denkbare erste Schritte einer Ausweitung der pflegerischen Handlungsautonomie

Durch die bereits im Wintersemester 2020 gestarteten Modellstudiengänge für Community Health Nursing haben die ersten Absolvent*innen das entsprechend qualifizierende Masterstudium erfolgreich abgeschlossen. Um ihnen ein Tätigwerden im Rahmen der Primärversorgung zu gewähren, bedarf es kurzfristiger Änderungen und Ergänzungen des aktuellen

Rechtsrahmens, der dies zurzeit noch stark restringiert. Burgi und Igl (2021b) haben in ihrem Rechtsgutachten neben den Lösungsvarianten der berufsrechtlichen Einbindung mögliche erste Schritte definiert, wie die Handlungsautonomie von CHNs hinsichtlich der Übernahme von Tätigkeiten mit Arztvorbehalt vorerst erweitert werden kann (vgl. Burgi & Igl, 2021b, S. 114 f.). Diese entsprechenden Regelungen knüpfen an die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V an. Zum einen wäre hierbei eine Ausweitung und Ergänzung der in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V aufgeführten, übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten möglich. Es ist denkbar, dass die entsprechenden Erweiterungen hinsichtlich der Substitution ärztlicher Tätigkeiten den im Rahmen von Community Health Nursing tätigen Personen (z.B. APN/NP) direkt zugewiesen werden. Diese Erweiterung der aufgeführten übertragbaren Tätigkeiten muss nach Burgi und Igl in der Ausgestaltung eines APN/NP-Ausbildungsgesetzes erfolgen, indem betreffende Tätigkeiten mit einem entsprechenden Ausbildungsziel zur primärmedizinischen Versorgung geregelt werden müssen (Burgi & Igl, 2021b, S. 114). Des Weiteren wäre denkbar, die Regelung hinsichtlich der erforderlichen vorherigen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung (nach § 3 Abs. 1 S. 1 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) entsprechend so weit zu lockern bzw. zu erweitern, dass „[...] bei einfachen Erkrankungen wie z. B. Erkältungen die Diagnose nachgeholt wird, wenn sich die Erkrankung über einen zu definierenden längeren Zeitraum erstreckt“ (Burgi & Igl, 2021b, S. 114). Dadurch hätte eine CHN die Möglichkeit, durch eine entsprechende Ergänzung der übertragbaren Tätigkeiten leichte Erkältungskrankheiten selbstständig zu behandeln, ohne dass ein Arzt oder Ärztin dies delegiert und entsprechend verantwortet. Diese zweite Möglichkeit betrifft nach Burgi und Igl zudem Änderungen des SGB V, welche jedoch ähnlich wie die notwendigen Gesetzesänderungen zur ersten Möglichkeit von den Autoren nicht weiter ausgeführt werden (Burgi & Igl, 2021b, S. 114). Diese beiden Möglichkeiten zeigen hinsichtlich des Umgangs mit der Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf CHNs auf, wie erste denkbare Schritte aussehen könnten. Jedoch sollte zur langfristigen Etablierung von CHNs und deren Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen der Primärversorgung ein APN/NP – Ausbildungsgesetzes auf Bundesebene nach Lösungsvariante 1 geschaffen werden, um ihr volles Potenzial auch in Deutschland nachhaltig auszuschöpfen.

9.2 CoSta – ein Projekt zur Machbarkeit eines CHN-Versorgungskonzeptes

Das Projekt „Community Health Nursing in der Stadt“ (CoSta) ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung über drei Jahre gefördertes Projekt zur “[...] Entwicklung und [...] Erprobung eines pflegezentrierten Versorgungskonzeptes für chronisch Kranke in einem Gesundheitszentrum“ (Nock et al., 2022, S. 374). Dieses wurde aufgrund von bisher fehlenden Modellprojekten sowie einer fehlenden Evidenz hinsichtlich der Wirkungsweise des Einsatzes von CHNs in Deutschland initiiert, um diese Forschungslücke zu schließen. Hierfür wurde im Rahmen des Projektes ein Versorgungskonzept für den Einsatz von CHNs entwickelt, welches

sich konkret auf die primäre Gesundheitsversorgung von chronisch erkrankten Menschen bezieht. Modellhaft wird dieses Konzept in dem marginalisierten Stadtquartier Veddel in Hamburg erprobt, das von Multikulturalität und einem hohen Anteil von Transferleistungsempfänger*innen geprägt ist. Außerdem weist die Veddel im Vergleich zu anderen Stadtteilen und Quartieren in Hamburg ein erhöhtes Vorkommen von chronischen Erkrankungen wie Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Lungenerkrankungen auf (Nock et al., 2022, S. 373 f.). Die Umsetzung des Projektes erfolgt mithilfe des Departments für Pflege und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg, in Kooperation mit dem seit 2007 entwickelten, sozialen Stadtteil-Gesundheitszentrum Poliklinik Veddel. Kern dieses Projektes ist die Konzeptentwicklung, die bereits abgeschlossen ist, sowie die Durchführung einer Interventionsstudie, deren Ergebnisse aktuell noch ausstehen. Die Interventionsstudie wird anhand einer kontrolliert-randomisierten Studie durchgeführt, die die Wirksamkeit des zuvor entwickelten Interventionsprogramms für chronisch Erkrankte untersucht. Die Wirksamkeitsprüfung erfolgt mit Hilfe eines Vergleiches zwischen einer Kontrollgruppe, die ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung durch die Poliklinik versorgt werden und einer Interventionsgruppe, die neben der regulären Versorgung zusätzlich die entwickelte, besondere Betreuung durch eine CHN als Intervention erhält (Nock et al., 2022, S. 373, 375). Das besondere Versorgungsmodell der Interventionsgruppe besteht dabei aus drei Kernkomponenten, die die CHN übernimmt: das Aufsuchen von Patient*innen in ihrem Wohnraum in Form von Hausbesuchen, das Abhalten von offenen Pflegesprechstunden sowie das Angebot und die Organisation unterschiedlicher, themenspezifischer Schulungen von Einzelpersonen oder Gruppen (Nock et al., 2022, S. 377 f.). Im Mittelpunkt der Versorgung steht ein enger Austausch sowie eine multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den einzelnen in der Poliklinik arbeitenden Berufsgruppen, die gemeinsam ein Behandlungsteam bilden.

Dieses Projekt erinnert in seinen Grundzügen an das vorgestellte Beispiel des erfolgreichen Einsatzes von Pflegeexpert*innen in der Schweiz (vgl. Kapitel 7.1), welches als positives Modell für den ländlichen Raum gilt. Bisher stehen die Evaluationsergebnisse des CoSta-Projektes noch aus, erste Zwischenergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass der Einsatz von CHNs von den Befragten als hilfreich eingestuft wird (Nock et al., 2022, S. 378). Mit Spannung werden die Ergebnissen hinsichtlich der Machbarkeit und Wirksamkeit des pflegegeleiteten Versorgungskonzeptes erwartet, die sowohl Chancen als auch Hindernisse hinsichtlich des Einsatzes von CHNs und der Wirksamkeit ihres Tätigwerdens hervorbringen werden. Die Förderung und der Ausbau entsprechender Projekte, die den Einsatz von CHNs erproben und evaluieren, sind von besonderer Wichtigkeit, um durch eine begleitende wissenschaftliche Evaluation ausreichend Evidenz zu schaffen, die als Grundlage für die Ausgestaltung von Community Health Nursing in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Etablierung darstellen kann.

9.3 Community Health Nursing als Konzept

Sollte es aus verschiedenen Gründen dazu kommen, dass keine entsprechende bundesrechtliche Regelung nach Lösungsvariante 1 etabliert werden kann, so wäre die Entwicklung von Community Health Nursing als Konzept eine denkbare Möglichkeit, die folgend vorgestellt wird. Bei dem Ansatz von Community Health Nursing als Konzept geht es primär um die Abkopplung dieser Bezeichnung von einer bestimmten Qualifikation. Vielmehr geht es darum, ein breit angelegtes Konzept zu erarbeiten, welches die bereits in der Primärversorgung eingesetzten Gesundheitsfachberufe wie MFA mit Fort- und Weiterbildungen unter dem Leitgedanken des Community Health nursings zusammenfasst. Dabei ständen die in Tabelle 1 und 2 aufgeführten Tätigkeiten mit und ohne heilkundlichen Charakter sowie mit Primärversorgungsbezug im Mittelpunkt der Ausarbeitung des Konzeptes. Im Rahmen eines solchen Konzeptes könnten Angehörige verschiedener Berufsgruppen bzw. mit unterschiedlichen Fort- und Weiterbildungen gemeinsam als interdisziplinäres Team Community Health Nursing anbieten und jede*r entsprechend seiner oder ihrer Qualifikation und Fähigkeiten konkrete Aufgaben der Primärversorgung übernehmen. Diese interdisziplinären Teams müssten jedoch nach aktuellem Rechtsrahmen institutionell an eine hausärztliche Praxis oder eine andere, ärztliche geleitete Institution angeschlossen sein, um Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter in ärztlicher Delegation entsprechend der Anlagen 8 und 24 der BMV-Ä, ausüben zu können. Dieser Ansatz eines Community Health Nursing-Konzeptes bietet darüber hinaus die Möglichkeit, auch Gesundheitsfachkräfte mit einzuschließen, die sich nach landes- und projektspezifischen Fort- und Weiterbildungen bereits zusätzlich qualifiziert haben. Hier wären beispielhaft die in dem Gesunden Werra-Meißner-Kreis tätigen Gesundheitslots*innen und Gemeindepfleger*innen zu nennen. Die Gesundheitslots*innen stellen dabei Ansprechpersonen innerhalb des lokalen Gesundheitsnetzwerkes dar, welche die Mitglieder des Gesundheitsnetzwerkes zu verschiedenen Gesundheitsthemen und Unterstützungsangeboten beraten. Während die Gesundheitslots*innen vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention agieren, arbeiten Gemeindepfleger*innen im Bereich der Schnittstelle zwischen der psychosozialen sowie medizinischen Versorgung und betreuen dabei speziell Personen, die noch in ihrer Häuslichkeit leben und hilfsbedürftig sind, jedoch noch keinen Anspruch auf einen Pflegegrad vorweisen. Sie machen Hausbesuche bei ihren Patient*innen und ermitteln und planen Unterstützungsbedarfe und -leistungen, wobei sie selbst keine pflegerischen Leistungen übernehmen und ausüben (Gesunder Werra-Meißner-Kreis, o. J.).

Eine solche Bündelung der bereits im Gesundheitssystem in Deutschland vorhandenen unterschiedlichen Gesundheitsfachkräfte und ihrer individuellen Kompetenzen könnte unter dem Überbegriff des Community Health nursings stattfinden und ähnlich wie die PORT Zentren sowohl den regionalen Besonderheiten hinsichtlich des Bedarfes als auch den vorhandenen Gesundheitsfachkräften angepasst werden. Ein solches Konzept wäre auch als eine Art

Übergangslösung denkbar, bis die Möglichkeiten der pflegerischen Kompetenz- und Handlungsautonomieerweiterungen in den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V erprobt und bei positivem Outcome anschließend final gesetzlich verankert sind.

Abschließend ist festzustellen, dass die Idee des hier vorgestellten Konzeptes von Community Health Nursing nicht den aufgeführten Anforderungen und dem vorhandenen Potenzial von CHNs nach internationalem Vorbild gerecht wird. Anzustreben ist weiterhin eine Etablierung von Community Health Nursing nach Lösungsvariante 1 sowie die damit einhergehende Erweiterung der pflegerischen Handlungsautonomie zur selbstständigen Durchführung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der Primärversorgung. Denn nur durch eine entsprechende berufsrechtliche Einbindung ist die Ausschöpfung des Potenzials von CHNs nach internationalem Vorbild möglich.

Literaturverzeichnis

Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2018). *Community Health Nursing in Deutschland—Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>

Agnes-Karll-Gesellschaft & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2022). *Community Health Nursing – Aufgaben und Praxisprofile*. https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf

Agnes-Karll-Gesellschaft & Robert Bosch Stiftung. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland—Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen*. https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbroschuere_2019-07.pdf

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311–320.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing – A step-by-step guide* (2. Auflage). Open University Press.

Blättner, B., & Waller, H. (2018). *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (6., überarbeitete Auflage). W. Kohlhammer GmbH.

Boeckh, J. (2013). Gesundheit und soziale Ungleichheit. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 213–224). Springer Fachmedien. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-02431-4.pdf>

Bundesärztekammer. (o. J.). *Fortbildungscurricula*. Bundesärztekammer. Abgerufen 28. November 2022, von <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/mfa/fortbildungscurricula>

Bundesärztekammer. (2011). *Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/StellGBA_63Abs3c20110516.pdf

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2016). *Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“*. 1. Auflage, 35.

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2017). *Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“*. 2. Auflage. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/CurrPraxisassistentin.pdf

Bundesärztekammer. (2021). *Ärztestatistik zum 31.12.2021*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Jahresdurchschnitt 2019* [Jahresbericht]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2019_bf.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Gesundheitsberufe: Eine Übersicht*. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>

Burgi, M., & Igl, G. (2021a). *Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland* (Robert Bosch Stiftung & Agnes-Karll-Gesellschaft, Hrsg.). https://www.boschstiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/026_21-05-05_Wegweiser_Community_Health_Nursing_RZ_WEB.pdf

Burgi, M., & Igl, G. (2021b). *Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland* (1. Auflage 2021). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748924319>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. J.-a). *Agnes Karll Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH | DBfK*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Abgerufen 15. September 2022, von <https://www.dbfk.de/de/ueber-uns/bundesverband/Agnes-Karll-Gesellschaft.php>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. J.-b). *Community Health Nursing*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Abgerufen 30. August 2022, von <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. J.-c). *DBfK - Über uns*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Abgerufen 14. Dezember 2022, von <https://www.dbfk.de/de/ueber-uns/index.php>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. J.-d). *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe—DBfK*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK. Abgerufen 12. Oktober 2022, von <https://www.dbfk.de/de/index.php>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf

Dorner, T. E., & von Mittelstaedt, G. (2018). Primärversorgung im deutschsprachigen Raum. *Das Gesundheitswesen*, 80, 431–432. <https://doi.org/10.1055/a-0602-2476>

Duden Online | *approbiert*. (o. J.). Abgerufen 10. Dezember 2022, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/approbiert>

Europäische Kommission. (2014). *Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)*. Europäische Kommission. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf

Europäische Kommission, OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Germany: Country Health Profil 2019, State of Health in the EU* (State of Health in the EU). https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419459/Country-Health-Profile-2019-Germany.pdf

Frevert, P. E. (2015). Sprechende Medizin im Sprechzimmer –. *Balint Journal*, 16(03), 80–83. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-155966110.1055/s-0035-1559661>

Gebhart, T. (2020, September 11). *Schriftliche Fragen im Monat September 2020* [Brief]. <http://docs.dpaq.de/16849-bedarfsplanung.pdf>

Gerlach, F. M., Glaeske, G., Haubitz, M., Kuhlmeier, A., Rosenbrock, R., Schrappe, M., & Wille, E. (2009). *Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kurzfassung)*. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf

Gerlach, F. M., Greiner, W., Haubitz, M., Meyer, G., Schreyögg, J., Thürmann, P., & Wille, E. (2018). *Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Bundesgesundheitsministerium. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

Gerlach, F. M., Greiner, W., Haubitz, M., Schaeffer, D., Thürmann, P., Thüsing, G., & Wille, E. (2014). *Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bundesgesundheitsministerium. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf

Gesunder Werra-Meißner-Kreis. (o. J.). *Gesundheitslots:innen*. Gesunder Werra Meißner Kreis. Abgerufen 2. Dezember 2022, von <https://gesunder-wmk.de/gesund-leben/gut-beraten/>

Hämel, K. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen – Anregungen aus Finnland und Kanada*. Fachforum Kompetenz- und Wissenstransfer, Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/versorgungsmodelle_prof_haemel.pdf

Höhne, A., Jedlitschka, K., Hobler, D., & Landenberger, M. (2009). Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Das Gesundheitswesen*, 71(07), 414–422. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1202330>

Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). *Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018* (Berufsmonitoring Medizinstudierende). Kassenärztliche Bundesvereinigung & Universität Trier. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020). *Die Bedarfsplanung—Grundlagen, Instrumente und Umsetzung*. Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series*, 38. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/9789289050319-eng.pdf>

La Torre, G., Backhaus, I., & Mannocci, A. (2015). Rating for narrative reviews: Concept and development of the International Narrative Systematic Assessment tool. *Senses and Sciences*, 2(2), 31–35. <https://doi.org/10.14616/sands-2015-2-3135>

Muldoon, L. K., Hogg, W. E., & Levitt, M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) – What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), 409–411. <https://doi.org/10.1007/BF03405354>

Nock, A. M., Iversen, L., Waidhas, L., & Petersen-Ewert, C. (2022). Community Health Nursing in der Stadt (CoSta). *Pflege*, 35(6), 373–380. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000902>

Nolting, H.-D., Ochmann, R., & Zich, K. (2021). *Gesundheitszentren für Deutschland—Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann*. <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021->

05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

OECD. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care – OECD Health Policy Studies* [Onlinezugang Buch]. OECD ILibrary. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

Pöttsch, O. (2007). *Geburten in Deutschland* (S. 36). Statistisches Bundesamt. <https://www.bpb.de/system/files/pdf/B7ZXEC.pdf>

Robert Bosch Stiftung. (o. J.-a). *Community Health Nursing | im Detail*. Robert Bosch Stiftung. Abgerufen 30. August 2022, von <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/community-health-nursing/im-detail>

Robert Bosch Stiftung. (o. J.-b). *Community Health Nursing | Übersicht*. Robert Bosch Stiftung. Abgerufen 12. Oktober 2022, von <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/community-health-nursing>

Robert Bosch Stiftung. (o. J.-c). *Robert Bosch Stiftung | Startseite*. Robert Bosch Stiftung. Abgerufen 12. Oktober 2022, von <https://www.bosch-stiftung.de/de/node/13>

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2021). *PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung*. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf

Robert Bosch Stiftung & Agnes-Karll-Gesellschaft. (2021). *Studienangebote zu Community Health Nursing (Stand 14.12.2021)*. <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/Studienangebote-zu-Community-Health-Nursing-in-Deutschland-12-2021.pdf>

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland—Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. 516. <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>

Schäfer, M., Donnachie, E., Gerlach, R., Tauscher, M., & Schneider, A. (2021). Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. *Das Gesundheitswesen*, 84(04), 326–332. <https://doi.org/10.1055/a-1330-7969>

Schäffer, D. (2017). Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. *Pflege & Gesellschaft*, 22(1), 18–35.

Schäffer, D., Hämel, K., & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen—Anregungen aus Finnland und Kanada*. Beltz Juventa.

Schottdorf, A. (2010). Von der „Ärztenschwemme“ zum „Bettenberg“ – organisierte

Ärztenschaft und ärztlicher Nachwuchs unter dem Zeichen der Kostenexplosion. *Das Gesundheitswesen*, 72(04), 7–15. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249075>

Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70, 747–770. [https://doi.org/10.1146/annurev- psych- 010418- 102803](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803)

SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, & FDP. (2021). *Koalitionsvertrag—Mehr Fortschritt wagen—Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>

van den Bussche, H. (2019). Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(9), 1129–1137. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02997-9>

van den Bussche, H., Boczor, S., Siegert, S., Nehls, S., Selch, S., Kocalevent, R.-D., & Scherer, M. (2019). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)*, 95(1), 9–13. <https://doi.org/10.3238/zfa.2019.0009–0013>

von Reibnitz, C. (Hrsg.). (2015). *Case Management: Praktisch und effizient* (2. Auflage). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47155-5>

Wenger, S. (2018). Auf dem Land ist das Potenzial der Pflegeexpertin erkannt. *Schweizer Gemeinde*, 5, 34–37.

WHO. (1978). *Erklärung von Alma-Ata*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

WHO. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services* (A69/39). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

WHO. (2018). *Declaration of Astana*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Zimmermann, T. (2021, März 30). *Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>

Rechtsquellenverzeichnis

ABl. L 173 vom 09.07.2018 – Richtlinie (EU) 2018/958 des europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen, ABl L 173, S. 25 – 34.

Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) – Anlage Acht des Bundesmantelvertrag-Ärzte – Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). In Kraft getreten am 17.03.2009, Stand: 1. Januar 2019.

Anlage 24 BMV-Ä – Anlage Vierundzwanzig des Bundesmantelvertrag-Ärzte – Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. In Kraft getreten am 1. Oktober 2013, Stand: 1. Januar 2015.

BÄO – Bundesärzteordnung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307).

Deutscher Bundestag (2007). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Bundestagsdrucksache 16/6339 vom 07.09.2007.

Deutscher Bundestag (2007). *Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)*, Bundestagsdrucksache 16/7439 vom 07.12.2007.

Deutscher Bundestag (2019). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/8823 – Qualität und Wirtschaftlichkeit der hausarztzentrierten Versorgung*, Bundestagsdrucksache 19/9503 vom 18.04.2019.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V), in der Fassung vom 20. Oktober 2011, in Kraft getreten am 22. März 2012.

GMG – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190).

HeilprG – Heilpraktikergesetz (HeilprG) – Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung – in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).

MedFAngAusbV – Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097).

PflBG – Pflegeberufegesetz (PflBG) – Gesetz über die Pflegeberufe – in der Fassung des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754).

SGB V – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – in der Fassung des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990).

SGB IX – Sozialgesetzbuch (SGB) neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – in der Fassung des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 24. Juni 2022 (BGBl. I S. 959).

SGB XI – Sozialgesetzbuch (SGB) elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – in der Fassung des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 2018).

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

HH, den 20.12.2022

Ort, Datum

