

Aufsuchende Präventionsarbeit in den Quartieren

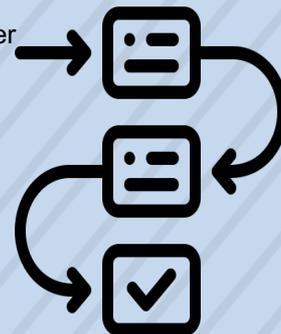
CCG Ringvorlesung 16. Juni 2021
Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert
Fakultät W&S, Department Pflege und Management



0

INHALT

- Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier
- Pflege in der Primärversorgung: Community Health Nursing
- Das CoSta Projekt



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



1

1

DER LEBENSWELTANSATZ

- Lebensweltansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung.
- Lebensbereiche, Systeme und Organisationen, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen und die mit ihrem sozialen Gefüge und mit ihrer Organisationsstruktur und -kultur die Gesundheit der Einzelnen beeinflussen.
- Gesundheit wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten.

QUARTIER- DEFINITION

- Es existieren zahllose Quartiersdefinitionen (Schnur 2014).
- Die sozialgeografisch ausgerichtete Definition nähert sich dem Quartier aus einer lebensweltlichen Perspektive:
„Ein Quartier ist ein kontextuell eingebetteter, durch externe und interne Handlungen sozial konstruierter, jedoch unscharf konturierter Mittelpunkt-Ort alltäglicher Lebenswelten und individueller sozialer Sphären, deren Schnittmengen sich im räumlich-identifikatorischen Zusammenhang eines überschaubaren Wohnumfelds abbilden.“ (Schnur 2014: 43)
- Ein Quartier ist sozial konstruiert und nicht primär administrativ eingegrenzt = Sozialraumorientierung.
- Ziele der Gesundheitsförderung im Quartier:
 - Lebensbedingungen verbessern
 - Soziale Netzwerke stärken
 - Akteure vernetzen
 - Raumplanung/ Stadtentwicklung gesundheitsförderlich gestalten (Bär, 2014)

FUNKTIONEN DES QUARTIERS FÜR DIE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- **Komplementäre Funktion** zu anderen Settings: „vergessene“ bzw. institutionell schwer erreichbare Adressatinnen und Adressaten werden einbezogen.
- **Koordinierende Funktion** zur Unterstützung und Steuerung von Teil-Settings wie Kita oder Schule und fördert die gemeinsame strategische Abstimmung.
- **Kumulative Funktion** im Sinne der Entwicklung eines gemeinsamen Vorgehens, das Synergieeffekte hervorruft, beispielsweise bei der Verständigung auf gemeinsame Bedarfe und der Mittelakquise.
- **Politisierende Funktion:** Über die Stadtteilentwicklung lässt sich die öffentliche Verantwortung für die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Chancengleichheit thematisieren und stärken.
- **Integrierende Funktion:** Es findet ein lokaler Austausch über Perspektiven und gute Praxis sowie ein gemeinsamer Lernprozess statt.
- **Emergenzfördernde Funktion:** Durch die Zusammenarbeit wird das lokale Normen- und Wertesystem verändert. Dabei entstehen kollektive Ressourcen.

(Bär, 2014)

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

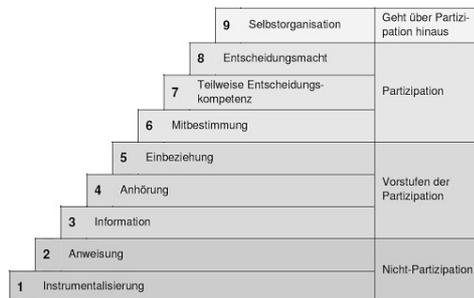


6

6

GELINGENSAKTOREN FÜR QUARTIERSARBEIT

- Verzahnung bestehender Angebote
- Multiplikatoren (Zugang, Sprache, unterschiedliche Kommunikationswege)
- Niedrigschwelligkeit
- Berücksichtigung ethischer Aspekte
- Partizipation



(Wright, 2007)

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



7

7

ZENTRALER MOTOR NEUE ROLLEN- NEUE ARBEITSWEISEN IN DER VERSORGUNG

- Ganzheitlichkeit der Gesundheitsversorgung vs. Spezialisierung
- Versorgungsbrüche & Wartezeiten resultieren aus einer verbesserungsfähigen Zusammenarbeit.
- Verantwortlichkeiten neu denken bzw. „legalisieren“
- Studiengang Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management (IGM) an der HAW Hamburg“
- siehe auch Instagram: @studiengang_igm



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

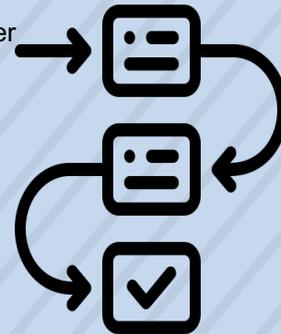
**HAW
HAMBURG**

8

8

INHALT

- Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier
- Pflege in der Primärversorgung: Community Health Nursing
- Das CoSta Projekt



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

**HAW
HAMBURG**

1

9

PFLEGE IN DER PRIMÄRVERSORGUNG

- Seit 2000er: Implementierung von Modellen für die Verbesserung der Primärversorgung
- Die Ideen (Kuhn et al. 2017):
 - Pflegende sollen AllgemeinmedizinerInnen nicht ersetzen, sondern Unterstützung und Entlastung bieten.
 - Delegation bestimmter Tätigkeiten
 - Integration medizinischer und sozialer Aspekte in die Gesundheitsversorgung
- Steigerung der Kontinuität der Versorgung
- Arbeit im multiprofessionellen Team

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



Gemeindeschwester- Stand 2006

GEMEINDESCWESTER

Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung

Case Manager, integrierte Gesundheits- und KrankheitspflegerInne oder schlicht Gemeindeschwester – Arztmangel und demografischer Wandel tragen dazu bei, dass sich das Aufgabenspektrum von Krankenschwestern und Arztbegleiterinnen erweitert. Das Frage ist, wie weit?



... nach dem Namen nach bedarf sich das Konzept der Gemeindeschwester auf das Original aus der ehemaligen DDR. AOK's (Arbeitsgemeinschaft, Gesundheits- und Gesundheitsberufe) ...

... wischen Eigen und dem Erden ...

... seit Oktober 2005 führen die ...

... Auf die Erbringung der ...

... Definition der delegierten ...

Wahlplakat und bespricht ...

... Gemeindeschwester ...

A 2025 Deutschlandfunk | 10 | 101 | 11 | 11. November 2006

... wischen Eigen und dem Erden ...

... seit Oktober 2005 führen die ...

... Auf die Erbringung der ...

... Definition der delegierten ...

Wahlplakat und bespricht ...

... Gemeindeschwester ...

A 2025 Deutschlandfunk | 10 | 101 | 11 | 11. November 2006

COMMUNITY HEALTH NURSING (CHN)

- Das **Konzept des DBfK / Agnes-Karl-Gesellschaft** (2018) sieht eine Erweiterung der Versorgungspraxis durch Pflegefachkräfte auf Masterniveau vor.
- Ziel: Stärkung des eigenverantwortliche pflegerischen Handelns auf kommunaler Ebene in Deutschland.
- Das Konzept nimmt auch Bezug auf die Profile „Advanced Practice Nurses“ und „Nurse Practitioner“, die international im Community Health Nursing eingesetzt werden.
- CHN's als Expert:innen und Ansprechpartner:innen für das Gesundheitsgeschehen vor Ort, ihre Leistungen sind insbesondere an vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken adressiert.
- CHN sichern die primäre Versorgung und erweitern bestehende Interventionen, zum Beispiel für chronisch Kranke.
- Den Rahmen für das Handlungsfeld bilden hauptsächlich interprofessionelle Gesundheits- und Primärversorgungszentren.

12

COMMUNITY HEALTH NURSING: TÄTIGKEITSFELDER

- Durchführung klinischer Assessments und Diagnostik
- Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und Unterstützung im Medikamentenmanagement
- Erste, zentrale Ansprechperson für Gesundheitsfragen
- Patientenmanagement, insbesondere für die Zielgruppe chronischen Kranker
- Gesundheitsorientierte Beratung, Schulungen
- Bedarfserhebungen zu Gesundheitsthemen, insbesondere mit Fokus auf vulnerable Gruppen und daraus abgeleitete lebensweltorientierte, gesundheitsfördernde Interventionen, Maßnahmen des Infektionsschutz
- Mittler:in zwischen Kommune und Primärversorgungszentrum
- Leadership im Rahmen von Leitungsaufgaben
- ...

(DBfK 2018)

13

AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

- Studienlage für Deutschland noch marginal.
- Internationale und europäische Datenlage → u.a. Kanada, Finnland, Korea, Niederlande, USA, Israel, UK
- Unterschiedliche Bezeichnungen (Primary Care Nurse, Advanced Practice Nurse, Public Nurse, etc.)
- Datenlage zeigt Interventionen mit ähnlichen Zielen, Ansätze, Inhalten.
- Tätigkeitsfelder variieren (in Länge, Häufigkeit und Umsetzung) je nach Setting und Zielgruppe.

Studienbeispiele

- Patientenzentrierter, individueller Versorgungsplan (Maier, C.B. et al., 2018)
- Gruppeninterventionen / -aktivitäten (Dye, C. et al., 2018)
- Anleitung / Beratung / Schulung / Instruktionen zu gesundheitsbezogenen Themen (Dye, C. et al., 2018)
- Hausbesuche (tlw. in Kombination mit Telefonanrufen) (Markle-Reid, M. et al., 2017; Ploeg, J. et al., 2019)
- Koordination und Navigation durch das Gesundheitssystem (Markle-Reid, M. et al., 2017)
- Ganzheitliche Versorgung (Lalani; M. et al., 2019)
- Bezugspflege (Lalani; M. et al., 2019)

RECHTLICHER RAHMEN

- International ist Berufsprofil Community Health Nurse anerkannt, spezifische rechtliche Festlegungen sind gültig.
- In Deutschland mangelt es an begrifflicher Festlegung zu Community Health Nursing und an einem rechtlichen Bezugsrahmen (Burgi & Igl, 2021).
- Ähnliche Berufsbilder und Organisationsformen vorhanden, variieren aber im Rollenverständnis und der Auslegung der Tätigkeiten in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Gutachten „Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ (Burgi & Igl 2021) ist erstmaliger rechtlicher Bezugsrahmen für die Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland, der vorhandene gesetzliche Möglichkeiten sowie Anforderungen an die Gesetzgebung, wie sie in Zukunft sein müsste, aufzeigt.



RECHTLICHER RAHMEN

Befähigung

- Überwiegend heilkundliche Tätigkeit, wenn direkt oder indirekt auf Behandlung der Krankheit bezogen → Delegation (Burgi& Igl, 2021:30f).

ABER

- PflBG §5 Abs.3 Nr. 1 Buchst. F & G Maßnahmen von Befähigung von zu pflegenden Personen.
 - 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
 - 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.

RECHTLICHER RAHMEN

Ersteinschätzung und Beratung

- Handelt es sich bei der Ersteinschätzung und Beratung, um Fragen zur Therapie einer bestimmten Erkrankung, stellt diese eine ärztliche Tätigkeit dar.
- Bei der Beratung, Anleitung und Unterstützung sowie die Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten bei pflegebedürftigen Menschen kann CHN nach geltendem Recht aktiv werden.
- Rechtlicher Veränderungsbedarf hinsichtlich Substitution (Burgi& Igl, 2021:141)

RECHTLICHER RAHMEN

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

- Rechtlich möglich ist eine erweiterte Krankenbeobachtung, aber keine Einleitung von therapeutischen Maßnahmen.
- Neuregelungen von Bundesgesetzgeber nötig (Burgi & Igl, 2021:80).

Koordination, Kooperation und Leadership

- Im Rahmen der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) im Versorgungsmanagement (§ 11 Abs.4 SGB V) durchführbar.
- Prozesssteuerung der Primärversorgung ärztlicher Vorbehalt.
- CHN kann im Rahmen des Modellvorhabens (§ 63 Abs. 3c SGB V) einbezogen werden

Bedarfserhebungen

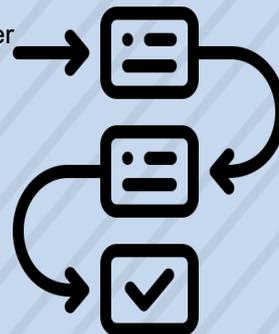
- Unter Bedarfserhebung ist die Erhebung gesundheitsbezogener Daten im Einflussbereich der CHN zu verstehen. Eine CHN ist in der Lage Daten zu erheben, zu interpretieren und die gewonnenen Erkenntnisse adressatengerecht zu kommunizieren (Agnes-Karll-Gesellschaft, 2017: 13).

Gesundheitsförderung und Prävention

- Durch CHN durchführbar

INHALT

- Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier
- Pflege in der Primärversorgung: Community Health Nursing
- Das CoSta Projekt





20

ÜBERSICHT FORSCHUNGSPROJEKT

Community Health Nursing in der Stadt:
Schließung einer Versorgungslücke in der Primärversorgung

Hauptfragestellung

Wie kann die Implementierung einer Community Health Nurse in der Stadt dazu beitragen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Selbstmanagement, die Gesundheitskompetenz sowie die soziale Chancengleichheit von chronisch erkrankten Menschen zu erhöhen?

Laufzeit: Oktober 2020 – Oktober 2023

Gefördert vom



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



21

KOOPERATIONSPARTNER*INNEN



AWO Seniorentreff



Evangelisch-Lutherische Kirchengemeinde Hamburg-Veddel

MULTI-KULTI
Gesundheits- und Pflegedienst International GmbH



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



22

22

HAMBURG-VEDEL (BEZIRK HAMBURG-MITTE)

- Etwa 5000 Einwohner*innen, davon 45 % Frauen und 55 % Männer
- Anteil Altersgruppe 20 bis unter 40 Jähriger ca. 44%; Anteil 40 bis unter 65 Jähriger ca. 23% (an Gesamtbevölkerung)
- 72% der Einwohner*innen haben Migrationshintergrund (z.B. türkisch, mazedonisch, albanisch)
- Geringstes Einkommen je Steuerpflichtig*er in Hamburg
- Anteil erwerbsloser Menschen (im Alter von 15 bis 65 Jahren) fast doppelt so hoch wie in Hamburg.
- Kupferunternehmen Aurubis AG
- Gesundheitliche Versorgung: 2 Hausärzt*innen, 2 Zahnärzte, 1 Hebamme, 1 Apotheke, Beratung in der Poliklinik

(Bezirksamt Hamburg-Mitte, 2010)

(Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2018)

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



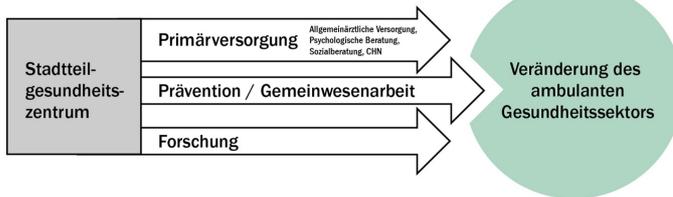
23

23

DIE POLIKLINIK VEDDEL



- Start 2017
- Stadtteilgesundheitszentrum
- SUPPORT-Zentrum (der Robert-Bosch-Stiftung)
- Orientierung an der Lebenswelt, sozialen Determinanten von Gesundheit
- Multiprofessionelles Team



Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



24

24

DAS TEAM



Linda Iversen
B.A. Pflege
Medizinpädagogin (M.Ed.)
Examierte GKP



Lukas Waidhas
B.A. Pflege
Community Health Nursing / ANP (M.Sc.)
(derzeit)



Annike Nock
Public Health (M.A.)
Examierte GKP

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



25

25

FORSCHUNGSPROJEKT

„Wie kann die Implementierung einer Community Health Nurse in der Stadt dazu beitragen, die **gesundheitsbezogene Lebensqualität**, das **Selbstmanagement**, die **Gesundheitskompetenz** sowie die **soziale Chancengleichheit** von chronisch erkrankten Menschen zu erhöhen?“

- Etablierung einer CHN-Struktur mit Pflegesprechstunde und präventiven Hausbesuchen
- Fokus auf Bedarfe vulnerabler Dialoggruppen, insbesondere chronisch erkrankte Erwachsene
- Entwicklung eines niedrighwelligen Zugangs
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Dialoggruppe
- Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit
- Kompetenzstärkung- und Erweiterung der Pflege (in der ambulanten Versorgung)
- Kommunale Vernetzung

26

PROJEKTSCHRITTE

- **Schritt 1:** Partizipative Bedarfserhebung und Bestandsanalyse, um gesundheitliche Versorgungsbedarfe aus unterschiedlichen Perspektiven zu identifizieren und zu beschreiben
- **Schritt 2:** Spezifizierung des professionellen Versorgungskonzepts für chronisch Erkrankte im Quartier, Entwicklung einer Pflegesprechstunde, aufsuchende Präventionsarbeit und Expert*innenrunde um Konzept zu konsentieren
- **Schritt 3:** Implementierung, Anwendung des Versorgungskonzepts, Überprüfung der Wirksamkeit anhand einer Interventionsstudie zum Versorgungsverlauf mit Interventions- und Kontrollgruppe im Zeitraum von 12 Monaten (Fragebogenerhebung)
- **Schritt 4:** Partizipative Akzeptanztestung, Anwendung und Überprüfung von digitalen Tools (Health Apps) in der pflegerischen Versorgung im Kontext der CHN-Arbeit
- **Schritt 5:** Feststellung von Transfermöglichkeiten des CHN-Konzepts auf andere Regionen

27

Gesundheitliche Versorgungsbedarfe identifizieren

28

FOKUSGRUPPE

Problemlagen

Fachärztemangel im Quartier

Wenig niedrigschwellige Angebote

Schwierigkeiten in der Pflege und Begleitung von erkrankten Angehörigen

Schnittstellenproblematiken in der Versorgungspraxis

Informationslücken bzgl. COVID-19 (Prävention)

Intransparenz von Gesundheitsinformation



Bedarfe

Wunsch nach einer zentralen Ansprechperson für Gesundheitsfragen im Quartier

Beratung zu Gesundheits- (Versorgungs-) Themen

Ansprechperson mit festen Sprechzeiten

Beratungsangebot für pflegende Angehörige

Wunsch nach mehr Patientenorientierung

Aufsuchende Angebote

- Relevante Erkrankungen
- Erkrankungen
 - Atemwege/
 - Bewegungsapparat
 - Hypertonie
 - Diabetes Mellitus

29

29

INTERVIEWS

4 Hauptkategorien

Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und damit verbundene Herausforderungen	Herausforderungen durch die COVID-19 Pandemie	Fehlende Unterstützungsangebote der Gesundheitsversorgung im Quartier	Gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren im Quartier
Subjektives Erleben von Beeinträchtigungen im Alltag	Zunahme soziale Isolation	Fehlen von therapeutischen und fachärztlichen Angeboten	Bauliche Aspekte (Barrierefreiheit) und beengtes Wohnen
Bedarf: wohnortnahe Angebote (z.B. Physiotherapie)	Angst vor Ansteckung	Fehlende Koordination in den Versorgungsabläufen	Unwohlsein im öffentlichen Raum für Frauen (Männercafés)
Aufklärungsbedarf zu Krankheiten/ Medikation	Versäumnis von Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchungen bei Fachärzten		Wenig soziale Gemeinschaft im Quartier, Wunsch nach Nachbarschaftsnetzwerk
Erschwerte Mobilität			

↓

Chronic Disease Management, bedarfsorientierte Unterstützung, Präventionsangebote

↓

individuelle und bevölkerungsbezogene Präventionsangebote, Aufklärung, (kritische Ereignisse)

↓

CHN → Anwaltschaft, zentrale Ansprechperson, Schnittstellenmanagement

↓

umweltbezogene, kulturelle Bedingungen & soziale Netzwerke einbeziehen

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

30

30

Verteilung chronische Erkrankungen (n=606)

Erkrankung	Anzahl
Hypertonie	132
Herz-Kreislauferkrankungen	117
Depression	97
Muskuloskeletale Erkrankungen	81
Chron. Lungenerkrankungen	60
DM II	39
Adipositas	34
Krebserkrankungen	17
Chron. Schmerz	15
Nierensuffizienz	11
Leberzirrhose	3

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

31

31

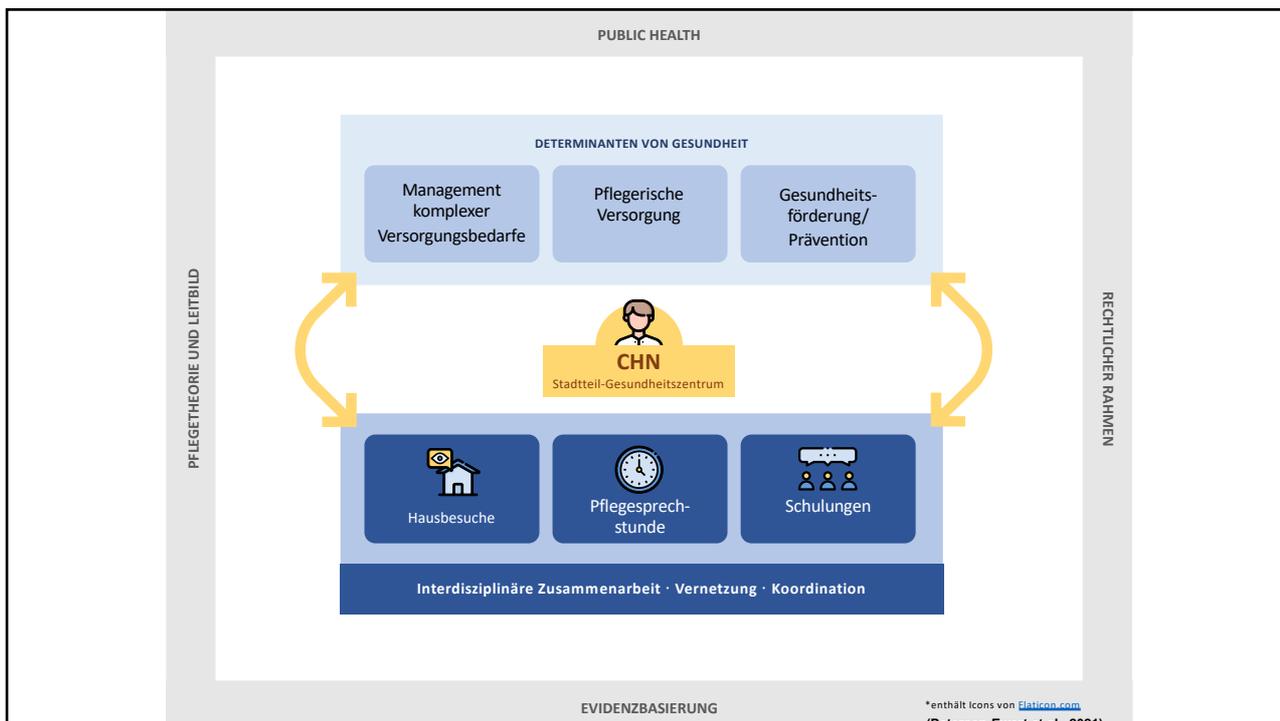
Spezifizierung des professionellen Versorgungskonzepts

32

GRUNDSÄTZE

- Das CoSta Pflegeleitbild wurde unter Beteiligung von Mitarbeitenden der Poliklinik Veddel entwickelt.
- Es orientiert sich am Verständnis der Poliklinik-Bewegung, welche Gesundheit als Allgemeingut versteht und eine solidarische ambulante Gesundheitsversorgung mit Fokus auf krankmachende gesellschaftliche Ungleichheiten fordert und praktisch erprobt.
- Die Pflegepraxis ist partizipativ-gesundheitsförderlich konzeptualisiert.
- Handlungen orientieren sich entlang der Bedürfnisse, Bedarfe und (gesellschaftlichen) Problemlagen der Patient:innen und ihrer Angehörigen.
- Das CHN-Versorgungskonzept auf der Veddel richtet sich an die Zielgruppe der chronisch Erkrankten.

33



34

Pflegesprechstunde	Hausbesuche	Schulungen
wöchentliche Pflegesprechstunde (z.B. „Diabetes-Sprechstunde“)	niedrigschwellige Besuche in der eigenen Häuslichkeit	Themenbezogen (chronische Erkrankung)
offene Pflegesprechstunde	systemischer Blick auf Patient*innen und Umfeld	Bedarfsorientiert
Assessments	Assessments	Gruppenangebote
ausführliche Sozial- und Pflegeanamnese	ausführliche Sozial- und Pflegeanamnese	Einzelschulung
fachliche Beratung & Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen	Quarantäne, Immobilität, soziale Isolation begegnen	Kooperation: Anbieter aus dem Quartier / Poliklinik
körperliche Untersuchungen	Veränderungen im Gesundheitsstatus der Patient*innen frühzeitig feststellen	Steuerung in Krankenkassenangebote (Handlungsfelder Primärprävention)
Monitoring Krankheitsverläufe	Versorgungskontinuität herstellen	Steuerung/ Koordination

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

35

INTERVENTIONSSTUDIE (RCT)

Laufzeit Mai 2021 bis September 2022

Studienplanung
Vorbereitung

Prospektive
Rekrutierung

Baseline t0

Randomisierung
(Zuweisung)

Erhebung t1

Erhebung t2

Zielgrößen/ Endpunkte in der Studie

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Erfassung psychische Belastung
- Selbstwirksamkeit
- Pflegeabhängigkeit
- Gesundheitskompetenz
- Soziale Teilhabe
- Coping
- Inanspruchnahme Gesundheitsversorgung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Ab 18 Jahren	Schwerste Verläufe
Patient*in der Poliklinik mit mind. 1 chronischen Erkrankung	Dementielle Vorerkrankung, akute Psychose
Wohnhaft in der Häuslichkeit	Institutionalisierte Personen

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

36

DISKUSSION

Chancen:

- Aufsuchende Behandlung zu Hause
- Möglichst geringer Eingriff ins Alltagsleben
- Kurzzeitige Kriseninterventionen
- Beziehungskonstanz
- Frühzeitige Weiterbehandlung, Behandlungskontinuität
- Vermeidung von Wiederaufnahmen
- Vermeidung/ Aufschub von Chronifizierung

Stolpersteine/ Risiken:

- Erreichbarkeit/ Drop-Out Rate
- Sprachbarrieren
- Partizipation und Pandemie Situation
- Projektcharakter, dauerhafte Förderung
- Akzeptanz von Rollenveränderungen

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

37

LITERATUR

- Agnes-Karll-Gesellschaft (2017): Community Health Nursing in Deutschland - Konzept-Entwurf vom 25.10.2017
- Burgi, M./ Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Bär, G. (2014). Gesundheitsförderung im Raum. Dimensionen und Verläufe in stadtteilbezogenen Setting-Analysen. Dissertationsschrift, Universität Bielefeld.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin
- Diekmann, Uwe (2007): Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Verlag. Reinbek bei Hamburg.
- Dye, C./ Willoughby, D./ Aybar-Damali, B./ Grady, C./ Oran, R./ Knudson, A. (2018): Im-proving Chronic Disease Self-Management by Older Home Health Patients through Community Health Coaching. In: Int. J. Environ. Res. Public Health 15, Nr.4, 660
- Korzillus, H. & Rabbata, S. (2006). Gemeindefürsorgern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. Dtsch Ärztebl 103 (44), A-2926/ B-2547/ C-2450
- Kuhn, Bertolt u. a. 2017. Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view. *BMC Family Practice* 18, 1. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0696-z>
- Lalani, M./ Fernandes, J./ Fradgley, R./ Ogunola, C./ Marshall, M. (2019): Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Service Research* 19: 945
- Maier, C. B./ Budde, H./ Buchan, J. (2018): Nurses in expanded roles to strengthen community-based health promotion and chronic care: policy implications from an international per-spective; A commentary. In: *Israel Journal of Health Policy Research* 7, 64
- Markle-Reid, M./ Ploeg, J./ Fraser, K.D./ Fisher, K.A./ Bartholomew, A./ Griffith, L.E./ Mi-klavcic, J./ Gafni, A./ Thabane, L. (2017): Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 66, Nr. 2, 263-273
- Petersen-Ewert, C./ Iversen, L. / Nock, A./ Waidhas, L. (2021, noch unveröffentlicht): Konzeptpapier: Community Health Nursing im Hamburger Stadtteil Veddel. ³⁸

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



38

LITERATUR

- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit (1. Auflage). Bern: Huber.
- Ploeg, J./Yous, M.-L./ Fraser, K./ Dufour, S./ Garland Baird, L./ Kaasalainen, S./ McAiney, C./ Markle-Reid, M. (2019): Healthcare providers experiences in supporting community-living older adults to manage multiple chronic conditions: a qualitative study. In: *BMC Geriatrics* 19, 316, 1-14
- RKI – Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 67-69
- Schnur, O. (2014). Quartiersforschung im Überblick: Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektiven. In: Schnur, O. (Hrsg.): Quartiersforschung. Wiesbaden: 21-56. URL: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-19963-4_2. Download 07.02.2019.
- Wright, M.T., Block, M. & Unger, H.v. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung: Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. *Infodienst für Gesundheitsförderung*, 3, 4-5

Department Pflege und Management
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert



39

39