

# **Community Health Nursing im Gesundheitszentrum**

---

**EINE PRAXISORIENTIERTE  
HANDLUNGSEMPFEHLUNG**

Corinna Petersen-Ewert, Linda Iversen,  
Anniko Nock und Lukas Waidhas

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**  
Hamburg University of Applied Sciences

---

**Weil Du was  
verändern kannst.**

# INHALT

---

<b>TÄTIGKEITSFELDER COMMUNITY HEALTH NURSING</b>	<b>6</b>
<b>DAS COSTA PROJEKT</b>	<b>7</b>
<b>BEDARFSANALYSE</b>	<b>8</b>
<b>DAS VERSORGUNGSKONZEPT</b>	<b>10</b>
Pflegesprechstunde	11
Hausbesuch	11
Schulung	11
Interventionen	11
Interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung	13
Fallbeispiel	14
Evaluation	16
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>17</b>
<b>IMPRESSUM</b>	<b>19</b>

---

# Vorwort

---

## **Liebe Pflegende, liebe Mitgestalter\*innen der primären Gesundheitsversorgung,**

es ist unser gemeinsames Anliegen, die Strukturen in der Primärversorgung zukunftsfähiger zu machen und dahingehend zu verbessern, dass Patient\*innen bedarfsorientierter und umfassender versorgt werden. Die Etablierung professioneller Pflege in Gesundheitszentren ist dafür ein wichtiger Baustein und Community Health Nursing (CHN) bietet einen niedrigschwelligen Ansatz, der flexibel auf die komplexen Gesundheitsbedarfe in einem Stadtteil reagieren kann.

Worum geht es? Die vorliegende Handlungsempfehlung beschreibt ein CHN-Modell, das im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsprojektes **Community Health Nursing in der Stadt: Schließung einer Versorgungslücke in der Primärversorgung (Akronym: CoSta)** entwickelt wurde. Das CoSta-Projekt hat erstmalig in Deutschland eine CHN-geleitete Versorgung praktisch durchgeführt und evaluiert. Ziel war die modellhafte Entwicklung und Testung eines professionellen CHN-Konzeptes für chronisch erkrankte Menschen in einem städtischen Quartier. Die Entwicklung und Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Stadtteil-Gesundheitszentrum Poliklinik Veddel.

Diese Handlungsempfehlung dient Akteur\*innen als Beispiel für die Implementation von erweiterten Pflege- rollen im Setting der Primärversorgung. Wir haben für Sie auf Basis unserer Erkenntnisse im CoSta Projekt Herausforderungen und Gelingensfaktoren für die Etablierung einer neuen CHN-Struktur aufbereitet. In diesem Rahmen haben wir mögliche Handlungsfelder, Aufgaben und Methoden sowie hilfreiche Literatur- und Praxisbeispiele für Sie zusammengetragen, die Ihnen bei der Implementierung helfen können. In den Kästen „Good Practice“ und „Lesson learned“ reflektieren wir unsere praktische CHN-Tätigkeit. Das CoSta Projekt steht beispielhaft dafür, wie eine CHN-Struktur im urbanen Raum mit der Dialoggruppe der chronisch erkrankten Erwachsenen aussehen und etabliert werden kann. Jede neue CHN-Struktur muss an das jeweilige Setting sowie an die zu versorgende Community angepasst werden.

**Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!**

**Das CoSta-Projektteam**

Was ist Community Health Nursing?

**Community Health Nursing (CHN) ist ein international etabliertes, pflegerisches Tätigkeitsfeld in der Primärversorgung. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen eigenverantwortlich Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen und Dialoggruppen. Zu den Kernaufgaben von CHN gehören unter anderem: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheitsschutz, Disease Management und Monitoring. CHN stellt eine Spezialisierung einer Advanced Nursing Practice (ANP)-Rolle dar.**

# TÄTIGKEITSFELDER COMMUNITY HEALTH NURSING

---

Durch die im Studium erworbenen Kompetenzen ist die CHN zunächst in ihren Fähigkeiten breit aufgestellt und wird sich dann innerhalb des Settings, in dem sie tätig wird, spezialisieren. Das Tätigkeitsspektrum kann je nach Setting und versorgter Gruppe sehr unterschiedlich ausfallen. Beim Aufbau einer neuen CHN-Struktur ist es deshalb wichtig, zunächst das Setting und die Gruppe der Versorgten (Dialoggruppe) zu definieren und zu analysieren und dabei mögliche Handlungs- und Tätigkeitsfelder auszuloten. Mögliche Felder, Settings und Dialoggruppen können sein (DBfK, 2022):

## MÖGLICHE SETTINGS

---

- Primärversorgungszentren
  - In der Häuslichkeit
  - Schnittstelle stationäre und ambulante Versorgung
  - Public Health geprägter Öffentlicher Gesundheitsdienst
- 

## MÖGLICHE VER- SORGUNGSEBENEN

---

- Fokus „Individualversorgung“
  - Fokus „Settingansatz“- Blick auf Rahmenbedingungen und Sozialraum der Versorgten
  - Fokus „Public Health“ Bedarfserfassung einer definierten Community und Ableitung geeigneter Interventionen
- 

## MÖGLICHE DIALOGGRUPPEN

---

- Kinder und Jugendliche
  - Bewohner\*innen eines Stadtteils
  - Wohnungslose
  - Menschen mit Behinderung
  - Chronisch Erkrankte
- 

## WEITERFÜHRENDE LITERATUR ZUM THEMA KOMPETENZEN, AUFGABEN UND ROLLEN EINER CHN

- Lidauer et al. (2022) Fähigkeiten und Kompetenzen von Community Health Nurses. Pflegewissenschaft. DOI: 230-243 10.3936/12098
- Völkel et al. (2022) Kernelemente für die Entwicklung eines Kerncurriculums zu Community Health Nursing. Ein Diskussionsbeitrag. Pflege Ges (1):82-87.
- Burgi & Igl (2021) Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos DOI: 10.5771/9783748924319

# DAS COSTA PROJEKT

---

Das Projekt CoSta wurde umgesetzt im Hamburger Stadtteil Veddel und in Kooperation mit dem Stadtteilgesundheitszentrum [Poliklinik Veddel](#). In Fokus genommen wurde die Versorgung chronisch erkrankter Quartiersbewohner\*innen. Im Laufe der Studie wurden mehrere Phasen durchlaufen, die sich auch auf die reale Versorgungspraxis anwenden lassen: Bedarfs- und Bestandsanalyse, Konzeptualisierung sowie Intervention.

Quartiersansatz

**Beim Stadtteil Veddel handelt es sich um Hamburgs kleinsten Stadtteil mit rund 4500 Menschen. Umgeben ist der Stadtteil von Zuggleisen, Autobahnen und Wasserwegen am Rande des Hamburger Hafens. Die Bewohner\*innen sind vergleichsweise jung. Das durchschnittliche Einkommen ist das geringste innerhalb der Stadt. Chronische Erkrankungen treten früher auf. Gleichzeitig existiert eine vergleichsweise geringe Dichte von Strukturen der Gesundheitsversorgung vor Ort (Erhart, 2013).**

## **Die Poliklinik Veddel**

Ist ein Stadtteilgesundheitszentrum in HH-Veddel (PORT Zentrum) seit 2017. Die Versorgung der Patient\*innen wird interprofessionell organisiert. Das Team besteht aus

- CHN
- Hebammen
- Medizinische Fachangestellte
- Allgemeinmediziner\*innen
- Psychologischen Berater\*innen und einem Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter\*innen für Gesundheits- und Sozialberatung sowie Gemeinwesenarbeit

# BEDARFSANALYSE

---

Das pflegerische Handeln der CHN geschieht immer auf der Grundlage von Informationen, einer Bestimmung von Ressourcen und Problemen sowie daraus abgeleiteten Zielen und Maßnahmen. Nimmt eine CHN ihre Arbeit auf, ist zu Beginn eine Bedarfs- und Bestandserhebung empfehlenswert (Woll et al., 2021). Nur so können bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsversorgung, die zur Dialoggruppe passen, geschaffen werden. Bei der Bedarfsanalyse beruft sich die CHN auf evidenzbasierte Methoden. International gibt es eine Vielzahl an Modellen und Theorien, die dabei helfen, einen solchen Prozess umzusetzen. Eine Auswahl befindet sich am Ende des Kapitels. Die Datensammlung im CoSta Projekt basierte auf den folgenden vier Grundlagen:

- 
1. Analyse der vorhandenen Evidenz im Rahmen einer narrativen [Literaturrecherche](#) und eine Recherche von [Praxisbeispielen](#)
    - Recherche von Studien mit ähnlichen Voraussetzungen, Maßnahmen und Zielen in Datenbanken (z. B. Pubmed, Cochrane)
    - Untersuchung positiver Effekte, die in diesen Studien durch CHN-Einsatz erzielt wurden
    - Recherche von Good Practice Beispielen mit Hilfe der Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)
  2. Analyse der [Praxisdatenbank](#) der Poliklinik Veddel
    - Erfassung chronischer Erkrankungen der Poliklinik-Patient\*innen von einem Quartal
    - Überblick zu soziodemografischen Daten der Versorgten
  3. qualitative [Interviews](#) und eine Fokusgruppe
    - Durchführung von Befragungen mit Bewohner\*innen zu Gesundheitsbedarfen auf der Veddel
  4. theoriegestützte Konzeptualisierung
    - Elemente des „kritisch-emanzipatorischen Begriffs pflegerischen Handelns“ (Friesacher, 2010) als Orientierungshilfe für CHN-Tätigkeit

## HILFESTELLUNG BEI DER BEDARFSERMITTLUNG KÖNNEN

### FOLGENDE QUELLEN GEBEN:

- World Health Organization (2005) Health service planning and policy-making : a toolkit for nurses and midwives. WHO Regional Office for the Western Pacific. [apps.who.int/iris/handle/10665/207061](https://apps.who.int/iris/handle/10665/207061)
- NHS England. Stakeholder Analysis. [england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-stakeholder-analysis.pdf](https://england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-stakeholder-analysis.pdf)
- Literaturtipp: Ervin & Kulbok (2018) Advanced Public And Community health nursing Practice. Population Assessment, Program Planning and Evaluation, 2. Auflage. In: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-3844-6

### ASSESSMENTS ZUR BEDARFSERHEBUNG:

- Systematisieren und Organisieren von Daten: University of Minnesota Duluth School of Medicine (2000) [Community Assessment wheel](#)
- Sammeln informeller Daten: Ervin & Kuhlbrok (2018) [Assessment by Walking around](#)
- Video zu Nursing Diagnosis und Pflegeprozess: Schreiner School of Nursing (2018) [Community Nursing Diagnose](#)
- Guide zur Bedarfserfassung: Rowe et al. (2001) Community health needs assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe. World Health Organization. [Community Health Needs Assessment](#)
- Maßnahmen entwickeln: Center for Community Health and Development at the University of Kansas. [Community Tool Box](#)
- Erfassung von Determinanten der Gesundheit: Dahlgren & Whitehead (1991) [Determinanten der Gesundheit](#)

## GOOD PRACTICE

- Die Vielfalt der verschiedenen Quellen zur Bedarfserhebung ergaben ein umfängliches Bild zu Bedarfen im Stadtteil.
- Die CHNs konnten flexibel auf die erschwerten Zugangsbedingungen (Lock-Down aufgrund der Pandemie) zur Zielgruppe reagieren, indem sie die Interviews z. B. online durchführten.
- Eine intensive Vernetzung mit Institutionen und Multiplikator\*innen im Stadtteil ermöglichte dennoch die Durchführung von Interviews und Fokusgruppe im direkten Kontakt mit Patient\*innen.

## LESSON LEARNED

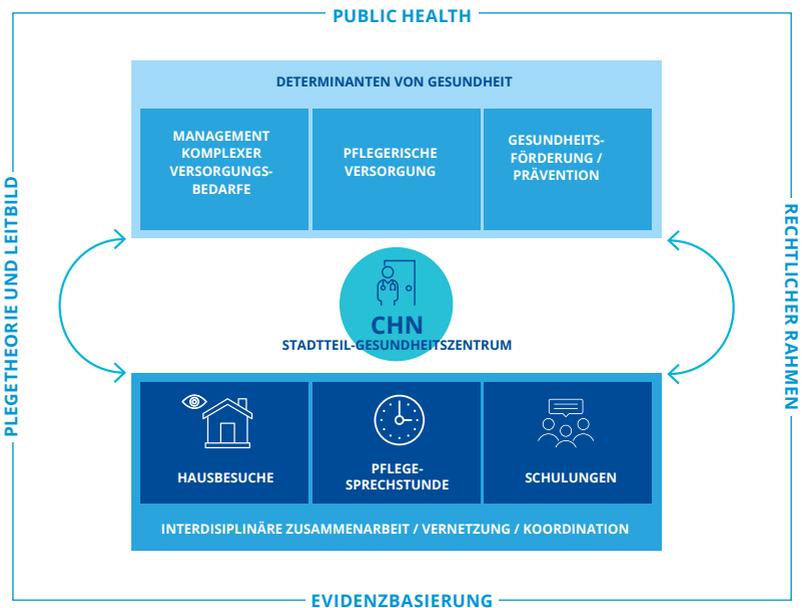
- Sammle Daten in einem angemessenen Umfang und so, dass die Auswertung zu bewältigen ist. Definiere eine klare Frage für die Bedarfserhebung und überlege, welche Informationen helfen, sie zu beantworten.
- Je genauer die Zielgruppe beschrieben ist, desto einfacher ist es, im Anschluss Maßnahmen zu planen.
- Fehlt es an Sprach- und kulturspezifischen Kompetenzen, können Barrieren mit Multiplikator\*innen oder Sprachmittlung abgebaut werden.

# DAS VERSORGUNGSKONZEPT

Die aus der Bedarfsanalyse gewonnenen Informationen wurden zusammengefasst in folgende Themenkomplexe:

- Umgang mit chronischer Erkrankung und Multimorbidität
- Gesundheitsbildung und -information
- Empowerment
- Empfundene soziale Ungleichheit
- Schnittstellenproblematiken
- Soziale Unterstützung gegen Einsamkeit
- Barrieren und fehlende Infrastruktur im Quartier

Auf Grundlage dessen wurde das CoSta-Versorgungskonzept erstellt (Nock et al., 2022a):



Allen Teilnehmenden der CoSta-Interventionsgruppe wurde mindestens ein Kontakt pro Monat mit der CHN angeboten. Pro Kontakt wurden 60 Minuten angesetzt. Die Kontakte fanden in Form von Hausbesuchen und Pflegesprechstunden statt. Neben diesen wurden als weiterer Baustein Schulungen angeboten.

## **PFLEGESPRECHSTUNDE**

Diese fand zweimal pro Woche zu festen Zeiten in dem eigens dafür vorgesehenen Behandlungsraum in der Poliklinik statt. Hier konnten Patient\*innen mit oder ohne Termin die CHN treffen. Sie fanden sowohl offen als auch mit thematischen Schwerpunkten statt, die sich an den vier häufigsten chronischen Krankheitsphänomenen der Stadtteilbewohner\*innen orientierten: Herzkreislauf, Lunge, Diabetes und Schmerz. Hierzu wurden im Vorwege Beratungsleitfäden erstellt (deutsch und türkisch).

## **HAUSBESUCH**

Nicht alle Patient\*innen sind gewillt oder aufgrund von Immobilität, Quarantäne oder Barrieren im Stadtteil in der Lage, in die Pflegesprechstunde zu kommen. Für diese Teilnehmenden wurde die niedrigschwellige Interventionsform des Hausbesuchs gewählt. Die Inhalte entsprachen denen der Pflegesprechstunde.

## **SCHULUNG**

Diese wurden im Rahmen der Pflegesprechstunde oder des Hausbesuches, entweder in Einzel- oder Gruppensitzungen, durchgeführt. Es wurden für die CoSta-Studie eigene Schulungen durch die CHNs entwickelt, wie etwa eine einstündige Gruppenschulung zum Thema „Bluthochdruck“ in den Sprachen Deutsch und Türkisch.

## **INTERVENTIONEN**

Im Erstkontakt (Hausbesuch oder Pflegesprechstunde) wurde zunächst ein ausführliches Anamnesegespräch geführt, Bedarfe ermittelt und im Sinne des Shared-Decision-Making mit dem\*der Patient\*in Versorgungsziele vereinbart. In den weiteren Kontakten wurden die Ziele evaluiert und Interventionen immer wieder angepasst. Die exakten Interventionen in den Kontakten orientierten sich an den Bedarfen der Versorgten, wurden mit jeder Person individuell geplant und im Laufe der Interventionsphase fortwährend weiterentwickelt.

**INTERVENTION****BEISPIELE**

Assessment	DemTect Test Schmerzskala Barthel-Index CAT
Verlaufskontrolle	Schmerzskala Vitalparameter Messung Beinumfang
Körperliche Untersuchung	Vitalparametermessung Neurologische Untersuchungen Ödemkontrolle Haut- und Schleimhautinspektion
Schulung	Gruppenschulung Bluthochdruck Diabetes-Kochkurs
Beratung (sozialrechtlich)	Antrag Pflegegrad / Schwerbehindertenausweis Wohnraumanpassung Aufsetzung Testament
Beratung (pflegerisch)	Wundmanagement Hilfsmittelberatung Hautpflege
Krankheitsbezogene Aufklärung	Information zu Symptomen und Risikofaktoren Mögliche Folgeerkrankungen Empfohlene Diagnostik
Koordinative Tätigkeit	Anbindung an Fachärzt*innen Organisation von Sprachmittlung Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt Koordination mit gesetzlichen Betreuer*innen
Pflegerische Tätigkeit	Wundversorgung Katheterwechsel Hautpflege

## INTERVENTION

## BEISPIELE

Medikamentenmanagement	Abgleich Medikamentenplan und tatsächliche Einnahme Prüfung möglicher Wechselwirkungen Absprache mit Hausärzt*in zu Titration
Begleitung	Zu Fachärzt*innen In Klinik
Interprofessionelle Fallbesprechung	In wöchentlichen Fallbesprechungen Bilateral mit Hausärzt*innen
Interne Vermittlung	An anderen Fachbereich der Poliklinik

## INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND VERNETZUNG

Die entwickelten Interventionen sind nicht als einzelne Maßnahmen der CHNs in der Poliklinik oder im Stadtteil zu betrachten, sondern wurden immer wieder mit den anderen Professionen der Poliklinik rückgekoppelt und aufeinander abgestimmt. Im Rahmen von wöchentlichen Fallbesprechungen werden Fälle mit den anderen Fachbereichen besprochen und die weitere Versorgung geplant. Zur Bearbeitung gemeinsamer Fälle wurden verschiedene Methoden verwendet, wie z. B. die Kollegiale Beratung oder das Reflecting Team. Des Weiteren wurde alle zwei Wochen ein Treffen zwischen dem Fachbereich der Allgemeinmediziner\*innen und den CHNs abgehalten. Hier konnten z. B. direkte Absprachen zu Rezeptierungen getätigt werden. Dies ist elementar, da die CHN aktuell noch nicht (wie in anderen Ländern) autonom agieren kann, sondern viele Tätigkeiten dem ärztlichen Vorbehalt unterliegen. Mit dem Fachbereich der Gesundheits- und Sozialberatung wurden ca. alle zwei Monate Treffen vereinbart zwecks Absprachen zu gemeinsam versorgten Patient\*innen. Neben der internen Zusammenarbeit ist auch die Vernetzung im Stadtteil elementar, um über Multiplikator\*innen Zugang zu sonst schwer erreichbaren Communities zu erlangen und um über relevante Themen und Entwicklungen im Quartier informiert zu sein.

### LINKS ZU DEN METHODEN KOLLEGIALE BERATUNG UND REFLECTING TEAM:

- Jessen (2021) | Care Pflege. Thieme-Verlag. [Kollegiale Beratung](#)
- Von Schlippe (2020) Reflektierendes Team. In: [Lexikon des systemischen Arbeitens](#). Carl-Auer-Verlag. [Reflecting Team](#)

## FALLBEISPIEL

### **Der folgende Fall zeigt beispielhaft, was Elemente der Versorgung einer chronisch erkrankten Patientin durch CHN sein können:**

Frau S. ist 56 Jahre alt und leidet seit vielen Jahren an chronischen Rückenschmerzen. Sie lebt mit ihrem Mann und ihren drei Söhnen seit vielen Jahren auf der Veddel und spricht kein Deutsch. Bei früheren Arztbesuchen fühlte Frau S. sich oft nicht gut aufgehoben, da aufgrund der Sprachbarriere und der knappen Zeit die Klärung ihrer Anliegen und Fragen schwierig war. Sie hatte die Diagnose Bandscheibenvorfall erhalten, doch hat sie nie so richtig verstanden, was das eigentlich bedeutet. Frau S. geht es nun körperlich, aber auch psychisch zunehmend schlechter. Sie zeigt Anzeichen depressiver Symptome. Aufgrund der Erfahrungen hat sie große Angst vor weiterer ärztlicher Behandlung. Sie nimmt gegen die zunehmenden Schmerzen dreimal täglich Ibuprofen 400 mg. Diese helfen mittlerweile kaum noch und zudem machen sie ihr Sodbrennen.

## **MÖGLICHE CHN INTERVENTIONEN**

---

Anamnese	<ul style="list-style-type: none"><li>– Erfassung von Problemen, Bedarfen und Ressourcen</li><li>– Assessments, z. B. Schmerzskala, Barthel-Index, PHQ-9 Test</li><li>– Körperliche Untersuchungen, z. B. neurologische Tests</li></ul>
Beratung und Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"><li>– Krankheitsbezogene Aufklärung Bandscheibenprolaps</li><li>– Aufzeigen der verschiedenen konventionellen und chirurgischen Therapievarianten</li><li>– Anbahnung weiterer Versorgung bei Fachärzt*innen, Angebot der Begleitung</li><li>– Aufklärung Zusammenhang der Medikamenteneinnahme und Sodbrennen</li></ul>

Koordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Buchung eine*r Dolmetscher*in für Gespräche mit Patient*in.</li> <li>– Ggf. Vereinbarung eines Termins im MRT und bei Orthopäd*in</li> </ul>
Interprofessionelle Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rücksprache mit Hausärzt*in zu Analgetika, ggf. neues Medikament ansetzen</li> <li>– Einbringen des Falls in wöchentliche Fallbesprechung</li> <li>– Ggf. Überweisung der Patient*in an psychologische Beratung der Poliklinik</li> </ul>
Verlaufskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vereinbarung von Folgeterminen, dabei erneute Erfassung der Depressivität und des Schmerzes mit Assessments sowie körperlichen Untersuchungen</li> </ul>
Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zum Termin bei Orthopäd*in</li> </ul>

### GOOD PRACTICE

Dadurch, dass die CHN breit aufgestellt ist in ihren Kompetenzen, kann sie den vielen verschiedenen Bedarfen der Patient\*innen flexibel begegnen.

### LESSON LEARNED

Eine CHN kann nicht alles machen. Abgrenzungsprozesse zu anderen Fachberufen, wie etwa Sozialarbeiter\*innen oder Ärzt\*innen, sind wichtig und müssen in jedem Setting neu ausgehandelt werden.

### EVALUATION

Das kontinuierliche Evaluieren, Überprüfen und Anpassen von Interventionen gehört zum professionellen Versorgungsprozess dazu. Im Rahmen des CoSta-Projektes finden Evaluationen durch die eingesetzten Fragebögen statt, siehe Studienprotokoll (Nock et al., 2022c). Darüber hinaus wurden die CHN-Tätigkeiten anhand der Good Practice-Kriterien des KGC reflektiert und in die Praxisdatenbank eingepflegt. Neben den KGC-Good Practice-Kriterien werden für die regelhafte Versorgungspraxis weitere evidenzbasierte Instrumente der Evaluation benötigt.

# Literaturverzeichnis

---

## PUBLIKATIONSLISTE COSTA

(Stand 12/2023)

---

- Iversen, L., Wolf-Ostermann, K., Petersen-Ewert, C. (2022): Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse? Ein Scoping Review zu Tätigkeitsfeldern am Beispiel der Versorgung von chronisch Erkrankten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, S.1-9.
- Iversen, L., Weritz, J., Nock, AM., Waidhas, L., Petersen-Ewert, C.: (2023): eHealth im Community Health Nursing – Mobile Anwendungen zur Therapie von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 / eHealth in Community Health Nursing - Mobile Applications for the Therapy of People with Diabetes mellitus Type 2. *Thieme Diabetologie und Stoffwechsel*.
- Iversen, L. (2023) Younger Adults and the Coping of Chronic Disease - Community Health Nursing as A Flexible Approach to Care. *J Mod Nurs Pract Res*, 3(4): 23. DOI: 10.53964/jmnp.2023023. [innovationforever.com/article.JMNPR20230121](https://innovationforever.com/article.JMNPR20230121)
- Nock, AM., Iversen, L., Waidhas, L., Petersen-Ewert, C. (2022a): Community Health Nursing in der Stadt (CoSta) Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für chronisch Kranke in der Primärversorgung. *Pflege*, 35(6), 373-380.
- Nock, AM., Iversen, L., Waidhas, L., Petersen-Ewert, C. (2022b): Community Health Nursing in der Stadt (CoSta) – Entwicklung eines pflegezentrierten Versorgungskonzeptes für chronisch Kranke in der Stadt. *Die Schwester Der Pfleger*, 05/2022, S. 50.
- Nock, AM., Iversen, L., Waidhas, L., Zapf, A., Seifert, C., Petersen-Ewert, C. (2022c): A Care Concept of Community Health Nursing Interventions for Adults With Chronic Health Conditions in an Urban Area: Protocol for a Randomized Controlled Field Trial (CoSta Study). *JMIR Res Protoc* 2022;11(9), e37965

- Nock AM., Metzging S., Jürgensen I-N., Petersen-Ewert C. (2023) Health Literacy in Adults with Chronic Diseases in the Context of Community Health Nursing: A Scoping Review. Nursing Reports. 13(2):823-834. DOI: 10.3390/nursrep13020072
  - Petersen-Ewert, C., Iversen, L., Nock, AM., Waidhas, L. (2023): Projekt CoSta: Primärversorgung als Teamarbeit. Gesundheit und Sozialpolitik 2/2023. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-15 G+S 2/2023
  - Stemmer, R., Arnold, D., Beckmann, C., Doppelfeld, S., Geschke, K., Köpke, S., Petersen-Ewert, C. Mühlichen, F., Nock, A., Seismann-Petersen, S., Sirsch, E., Strunk-Richter, G., Weber, T. (2023). Ambulante Versorgung neu denken. Pflege & Gesellschaft 28(2), 171-180. DOI 10.3262/P&G2302171
- 

DBfK - Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2022):  
Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile.  
Online verfügbar unter:  
[dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN\\_Broschuere\\_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf)

Erhart M., Hering R., Schulz M., Graf von Stilfried, Dominik (2013):  
Morbidity Atlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen  
Versorgungsbedarf in Hamburg. Berlin.  
Online verfügbar unter  
[hamburg.de/contentblob/4133362/35bef19f920952a5b4bb098389834170/data/morbidityatlas.pdf](https://www.hamburg.de/contentblob/4133362/35bef19f920952a5b4bb098389834170/data/morbidityatlas.pdf)

Woll, A., Klos, L., Knoll, M. (2021): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Michael Tiemann und Melvin Mohokum (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), S. 371–380.

# IMPRESSUM

---

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Berliner Tor 5, 20099 Hamburg

---

Autor\*innen

Corinna Petersen-Ewert, Linda Iversen,  
Anniko Nock & Lukas Waidhas

---

Publikationsmanagement und Projektkoordination  
Stabsstelle Presse und Kommunikation  
der HAW Hamburg

---

Gestaltung

Bettina Schröder Grafik Design

---

Kontakt

Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert, M.A  
HAW Hamburg  
Fakultät Wirtschaft & Soziales  
Department Pflege & Management  
Alexanderstr. 1 / 20099 Hamburg  
T +49 40 42 875-7103  
[corinna.petersen-ewert@haw-hamburg.de](mailto:corinna.petersen-ewert@haw-hamburg.de)

---

© HAW Hamburg, Januar 2024

---

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



---

**HAW-HAMBURG.DE**

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**  
Hamburg University of Applied Sciences

---

**Weil Du was  
verändern kannst.**