

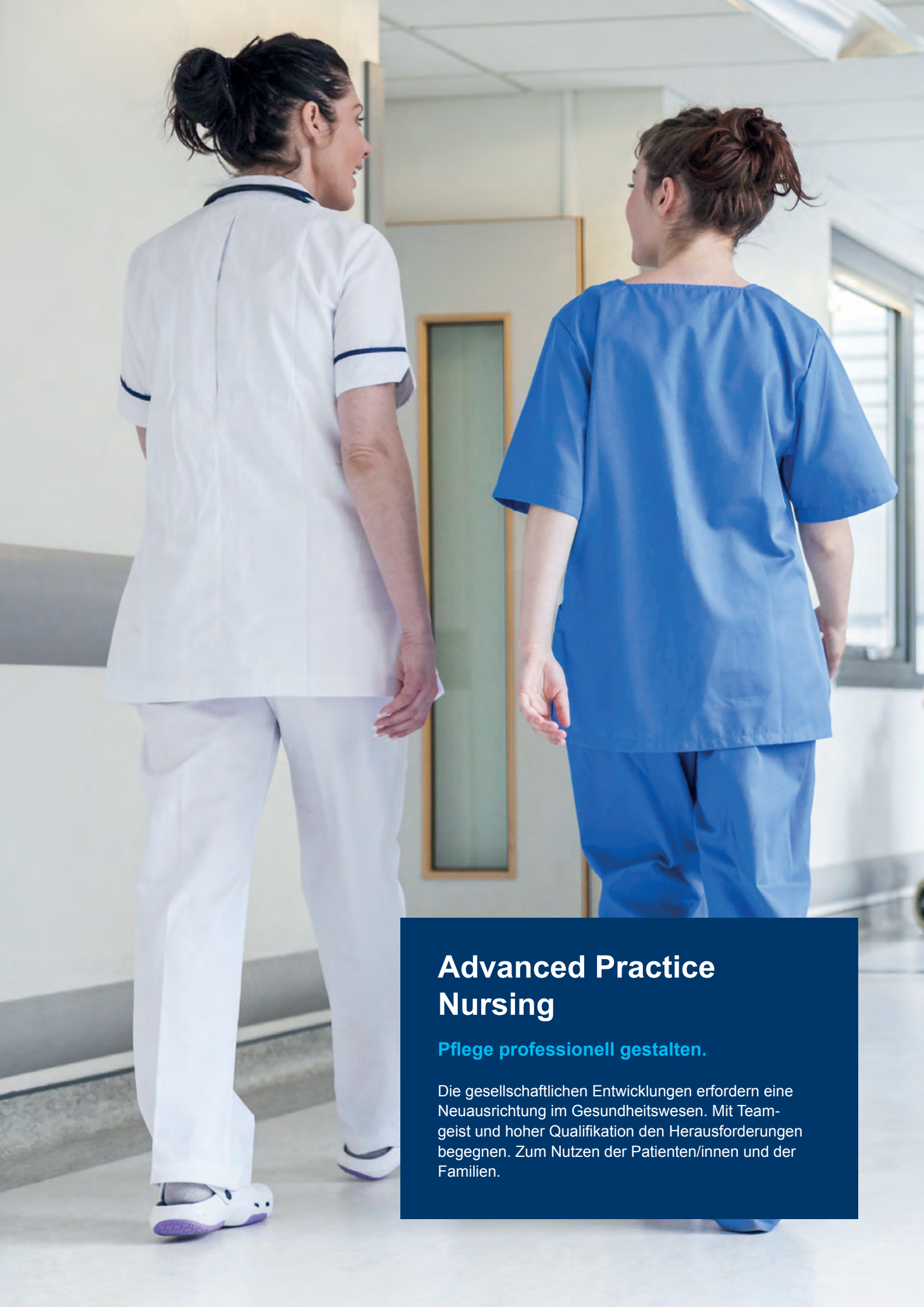


Advanced Practice Nursing

Pflegerische Expertise für eine
leistungsfähige Gesundheitsversorgung

Inhalt

Vorwort zur 4. Auflage	3
1. Pflege im Wandel – aktuelle Entwicklungen	5
2. Advanced Practice Nursing – international bewährt und anerkannt	9
2.1 Merkmale einer erweiterten und vertieften Pflege	9
2.2 Kompetenzen für Advanced Practice Nursing	14
2.3 Ökonomische Aspekte von Advanced Practice Nursing	16
2.4 Fördernde und hindernde Faktoren bei der Umsetzung von Advanced Practice Nursing im internationalen Raum	16
3. Die Etablierung von Advanced Practice Nursing in Deutschland	18
3.1 Weiterentwicklung pflegerischer Handlungsfelder	18
3.2 Hindernisse bei der Entwicklung von Advanced Practice Nursing	21
3.3 Eine Ausprägung von Advanced Practice Nursing: Die Community Health Nurse	22
3.4 Bildungswege in der Pflege: Ausbildung und Studium	25
3.5 Notwendige Maßnahmen zur Verankerung von Advanced Practice Nursing	28
4. Die Einführung von Advanced Practice Nursing in Krankenhäusern	30
4.1 Kriterien eines systematischen Einführungsprozesses von Pflegeexperten/innen APN	30
4.2 Entscheidungsvorbereitung: gute Argumente für die Einführung	31
4.3 Gestaltung des Einführungsprozesses	32
Fazit	33
Literatur	35



Advanced Practice Nursing

Pflege professionell gestalten.

Die gesellschaftlichen Entwicklungen erfordern eine Neuausrichtung im Gesundheitswesen. Mit Teamgeist und hoher Qualifikation den Herausforderungen begegnen. Zum Nutzen der Patienten/innen und der Familien.

Vorwort zur 4. Auflage



Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung verändern sich: Die demografische Entwicklung führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität, traditionelle Familienstrukturen wandeln sich, die technische Entwicklung schreitet voran - insbesondere die Digitalisierung - und Wissensbestände erneuern sich rapide. Die regionale Bevölkerungsdichte verschiebt sich durch den zunehmenden Zuzug jüngerer Menschen in die Städte, während vor allem ältere Menschen in den ausgedünnten ländlichen Regionen zurückbleiben. Der Mangel an Pflegefachpersonen verschärft sich dramatisch. Auch Ärzte/innen fehlen, insbesondere in ländlichen Regionen. Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegedienste sind einem wachsenden wirtschaftlichen Druck ausgesetzt.

Diese Veränderungen machen eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems erforderlich. Dies gilt auch für die professionelle Pflege, die durch neue Strukturen, Handlungsfelder und Zuständigkeiten Antworten auf die veränderten Versorgungsnotwendigkeiten finden muss. Empfehlungen bzgl. einer stärkeren Einbeziehung der Pflegefachpersonen, einer neuen Aufgabenverteilung und größeren Handlungsautonomie werden immer deutlicher formuliert. Zudem sind Pflegefachpersonen aufgrund der voranschreitenden Akade-

misierung prädestiniert, eine erweiterte Rolle im Versorgungsgeschehen zu übernehmen. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) geht es also nicht prioritär um die Ausweitung von Delegation, sondern vielmehr um Substitution und Allokation von Aufgaben und Verantwortungsbereichen. Ziel einer solchen Neuausrichtung ist es, Patienten/innen eine pflegerische Versorgung auf Spitzenniveau zukommen zu lassen.

Für ein solches Vorhaben bedarf es einer neuen und umfassenden Qualifizierung von Pflegefachpersonen. In der Pflegepraxis geht es insbesondere um ihr Wissen und Können, um Strukturen, in denen Wissen und Können in effektive Pflegehandlungen umgesetzt werden können, und um begünstigende oder behindernde Faktoren. Dazu bietet sich aus Sicht des DBfK die europäisch und international erprobte Qualifizierung in Advanced Practice Nursing (APN) an. Die erweiterte und fortgeschrittene Pflegepraxis durch hoch qualifizierte Pflegefachpersonen in spezifischen Sektoren bewährt sich seit vielen Jahren in den angelsächsischen, skandinavischen und anderen Ländern und wird auch in Deutschland bereits mancherorts umgesetzt. International hat sich unter dem Oberbegriff APN eine erweiterte pflegerische Aufgabenübernahme durch den Einsatz von Nurse Practitioner etabliert. Daher empfiehlt der DBfK, die Qualifizierung im Sinne eines „Advanced Practice Nursing“ für den Einsatz im klinischen, patientennahen Bereich im akademischen (tertiären) Bildungsbereich als konsekutiven Masterstudiengang anzusiedeln und weiter auszubauen.

Mit der vorliegenden Broschüre führt der DBfK die Diskussion über die Einführung einer erweiterten und vertieften pflegerischen Praxis nach internationalem Vorbild gemäß APN fort. Seit Erscheinen der ersten Broschüre 2007 sind aktuelle Entwicklungen aufgegriffen worden und Handlungsfelder für Pflegeexperten/innen Advanced Practice Nurse (APN) in Deutschland entwickelt worden.

Diese Broschüre bietet einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen von APN. Nach einer Beschreibung, wie APN in anderen Ländern umgesetzt



wird, folgt die Darstellung der Situation in Deutschland. Die Einführung der Community Health Nurse als eine Ausprägung von APN wird vorgestellt. Darüber hinaus werden bildungspolitische Aspekte im Zusammenhang mit APN dargestellt. Hinweise auf notwendige

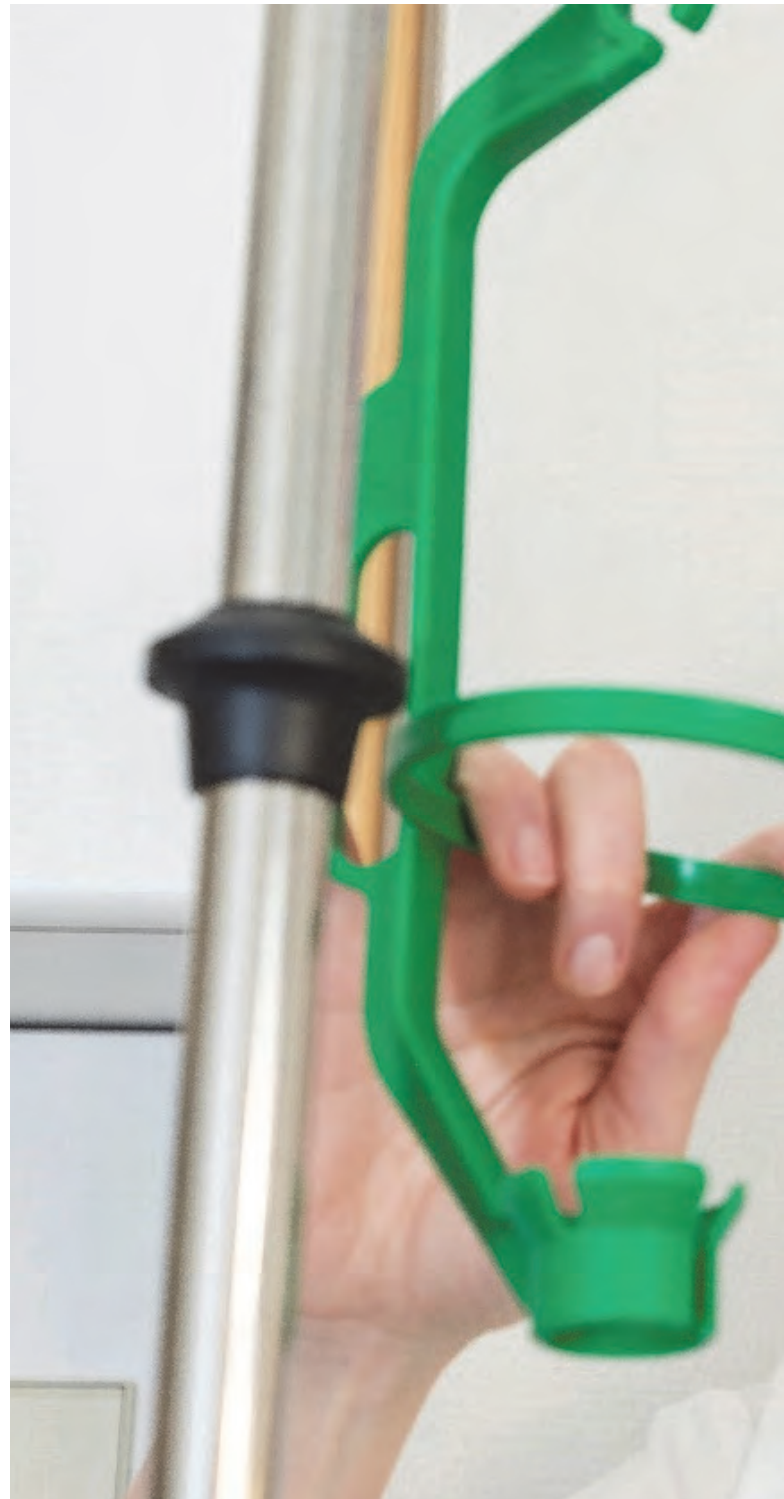
Veränderungen zur Etablierung von APN von Prof. Dr. Gerhard Igl, Empfehlungen zur Einführung von APN von Expertinnen und Experten aus dem Pflegemanagement und ein Fazit runden die Broschüre ab.

1. Pflege im Wandel – aktuelle Entwicklungen

Gesellschaftliche Veränderungen, neue gesetzliche Regelungen und die Entwicklung der Gesundheitsfachberufe haben die Gesundheitsversorgung verändert: In den **Krankenhäusern** hat sich die Arbeitssituation der Pflegefachpersonen deutlich gewandelt: Die Verweildauer der Patienten/innen verkürzte sich, die Krankheitsbilder bei vermehrt älteren Menschen sind komplexer geworden und der Pflegepersonalmangel verschärft sich zunehmend. Gegenwärtig fehlen im Pflegedienst allgemeiner Krankenhäuser mehr als 100.000 Vollzeitstellen für Pflegefachpersonen auf Normalstationen (Simon, 2015).

Zudem ist es in den vergangenen Jahren zu einer Übertragung von Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes an die Pflege gekommen: Ärztliche Aufgaben wurden in einem erheblichen Umfang an pflegerisches Personal delegiert. Es entstanden schmal geschnittene Handlungsfelder für die Pflege ohne Ausweitung ihrer Handlungsautonomie. Pflegende wurden durch diese Entwicklung von ihren pflegerischen Aufgaben abgezogen. Zu den mittelfristig zu übertragenden Aufgaben gehören laut DKI-Studie vor allem die nicht-ärztliche Chirurgie-Assistenz bei operativen Eingriffen, das Casemanagement sowie das Wundpflege- und Schmerzmanagement. Die Ergebnisse der DKI-Studie von 2010 zeigen, dass die Verlagerung von Tätigkeiten des Pflege-Fachpersonals auf anders qualifiziertes Personal zur Entlastung der Pflege (Kaskadeneffekt) ohne Qualitätsverlust möglich ist (Offermann, 2010). Keine Auskunft gibt die Studie allerdings über die bestehende Fehlsteuerung in der Arbeitsorganisation, der Leistungserstellung, der Patientensteuerung, der Krankenhaus-Bedarfsplanungen oder zur Neuordnung der Gesundheitsberufe.

In der **ambulanten Pflege** hat die verkürzte Krankenhausverweildauer zu einer Verlagerung von bisher stationären Fällen in den ambulanten Bereich geführt. Ambulante Strukturen wurden in der Folge weiter





**GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN,
NEUE GESETZLICHE REGELUNGEN UND DIE
ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSFACHBERUFE
HABEN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG
VERÄNDERT.**



ausgebaut, etwa im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes durch Regelungen zum Entlassmanagement. Dazu wurde 2016 ein Rahmenvertrag abgeschlossen, der die Krankenhäuser verbindlich verpflichtet ein Entlassmanagement durchzuführen. Seine Wirkung wurde bisher noch nicht evaluiert.

Insgesamt ist der Ausbau ambulanter Strukturen allerdings noch nicht ausreichend, um den veränderten Versorgungsbedarf zu decken. Dazu kommt, dass infolge der alternden Gesellschaft, der Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen sowie

dem Wegfall traditioneller Familienstrukturen die Versorgungslagen immer komplexer werden.

In **stationären Pflegeeinrichtungen** ist der Anteil hochbetagter, schwer kranker, multimorbider Menschen mit einem hohen Pflegebedarf in den vergangenen Jahren stark angewachsen. Auch finden sich immer mehr an Demenz erkrankte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, die einen hohen Betreuungsbedarf aufweisen.

Gleichzeitig macht sich auch in stationären Pflegeeinrichtungen der zunehmende Pflegepersonalmangel bemerkbar. Eine Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen ergab, dass 22% der befragten Einrichtungen aufgrund von Personalmangel keine Bewohner/innen aufnehmen konnten (Isfort et al., 2018). Insgesamt ist die Situation durch eine unzureichende Personalausstattung, Dauerstress infolge von Arbeitsverdichtung sowie physisch und psychisch krank machende Arbeitsbedingungen geprägt. Zudem sind Pflegefachpersonen bei der Versorgung der Bewohner/innen mit ihrer eingeschränkten Handlungsautonomie konfrontiert. Wurde beispielsweise keine Bedarfsmedikation ärztlicherseits angeordnet, dürfen Pflegefachpersonen nicht einmal eine Kopfschmerztablette verabreichen, wenn dies notwendig ist. Auch die neu entwickelten Wohn- und Pflegeformen wie z.B. Tagespflege, Kurzzeitpflege, Wohngemeinschaften und Service-Wohnen erfordern angepasste Versorgungskonzepte, die durch eine erweiterte Handlungsautonomie der Pflegefachpersonen bedarfsgerechter ausgestaltet werden könnten.

Daher sind insbesondere in der stationären Langzeitpflege Pflegeexperten/innen APN erforderlich, um im arztfernen Raum stationärer Pflegeeinrichtungen pflegerisch relevante Probleme wie z.B. in den Bereichen Ernährung, Immobilität, chronische Wunden und Hautpflege, Inkontinenz oder Schmerz unter Einbeziehung geltender Standards eigenverantwortlich zu regeln. Auch bezüglich der neuen Wohn- und Pflegeformen könnten erweiterte und veränderte Handlungsoptionen von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen die Versorgung verbessern.

Sektorenübergreifend zeichnet sich ein eklatanter **Pflegepersonalmangel** ab, der angesichts der steigenden Anzahl älterer Menschen und der sinkenden Anzahl junger Berufseinsteiger/innen aus den geburtenschwachen Jahrgängen weiterzunehmen wird. Die Angaben zum Ausmaß des Pflegepersonalmangels variieren stark, abhängig davon, welche Berufsgruppen (Qualifikationen) und Stellenumfänge einbezogen werden und welches zukünftige Versorgungsszenarium zugrunde gelegt wird: So gehen Prognosen von einem Bedarf an 128.000 bis 245.000 zusätzlich benötigten Pflegenden im Jahre 2030 aus (Augurzky, Heger, & Hentschker, 2015) und andere von bis zu 940.000 (Statista, 2018). Wenn die Attraktivität des Pflegeberufs nicht durch die Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen sowie eine erhebliche tarifliche Aufwertung in allen Bereichen gesteigert wird, sind dramatische Versorgungssengpässe unausweichlich.

Hinzu kommt ein relativer, strukturell bedingter **Ärztemangel** vor allem von Hausärzten/innen für die primäre Basisversorgung. So wird für das Jahr 2030 ein Rückgang von mehr als 10.000 Hausärzten/innen prognostiziert (KBV, 2016). Vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen dünnt das Versorgungsangebot aus, während in städtischen Regionen oftmals Ungleichverteilungen von Ärzten/innen bestehen (GKV, 2017). Zudem betrifft die demografische Entwicklung auch die Ärzte/innen und der Anteil der Altersgruppen mit höheren Altersjahren nimmt zu: So ist der Anteil der über 59-jährigen Ärzte/innen auf 18,4 Prozent angewachsen (BÄK, 2017).

Wurde die Pflege in der Vergangenheit auf eine assistierende Tätigkeit für den ärztlichen Bereich reduziert, stellt sie sich heute als eigenständige Profession grundlegend anders dar: Im Pflegeberufegesetz von 2017 wurden vorbehaltene Tätigkeiten der Pflege und die grundständige Pflegeausbildung an Hochschulen gesetzlich geregelt. Durch diese Entwicklungen und die Ausweitung der weiterführenden Studiengänge im Sinne von Vertiefungen klinischer Felder eröffnet sich Pflegefachpersonen ein bisher unbekannter Kanon an Entwicklungs- und Karrierechancen. Eine Ausprägung ist der Einsatz als Pflegeexperte/in APN in der erweiterten und vertieften, praktischen Pflege analog der international bekannten Advanced Practice Nursing (APN).

Die gesetzlichen Grundlagen für die Etablierung einer erweiterten Pflegepraxis wurden im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 durch den Paragraphen 63 Abs. 3b und 3c im Sozialgesetzbuch V geregelt. Diese Regelung ermöglicht erstmals die selbständige Ausübung von Heilkunde für Pflegenden mit entsprechender Ausbildung in Modellprojekten. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert diese Regelung. Die hohen formalen und bürokratischen Hürden haben allerdings zur Folge, dass bisher noch keine Modellprojekte umgesetzt wurden.

Der Einsatz hoch spezialisierter, klinisch tätiger Pflegeexperten/innen APN kann die Attraktivität des Pflegeberufes steigern und die Verweildauer im Beruf erhöhen. Junge Menschen können dazu motiviert werden, einen pflegerischen Beruf zu ergreifen, wenn eine Laufbahn in der Pflege Karrierechancen bietet und mit einer der Qualifikation entsprechenden Vergütung honoriert wird.

2. Advanced Practice Nursing – international bewährt und anerkannt

Advanced Practice Nursing - APN (seit Herbst 2018 empfohlener Vorzugsbegriff des ICN) hat sich durch den Einsatz von Pflegeexperten/innen (Nurse Practitioner, NP) mit gesetzlich geregelten, erweiterten Aufgaben in Australien, Finnland, Irland, Kanada, Neuseeland und in Teilen von Großbritannien und den USA breit etabliert (C. Maier, Aiken, & Busse, 2016). Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Personalmangel im ärztlichen Bereich, hohe Anforderungen an eine Basisgrundversorgung sowie die zunehmende Spezialisierung von Pflegefachpersonen spielen dabei eine wichtige Rolle (Schober & Affara, 2008). Laut ICN ist die Verfügbarkeit von Pflegepersonal ein globales Problem (ICN, 2010). Der Fachkräftemangel macht sich überall bemerkbar und die vorhandenen Arbeitskräfte sind ungleichmäßig verteilt. Als Reaktion auf diese drängenden Probleme wurde die Arbeitsweise von Pflegefachpersonen dahingehend verändert, dass eine optimale Nutzung der vorhandenen Fähigkeiten gewährleistet ist. Belegt wird diese Annahme durch die fortschreitende Etablierung von Pflegeexperten/innen APN für die Ausübung einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis nach internationalem Vorbild.

Die längste Tradition mit dem Einsatz mit Pflegeexperten/innen (Advanced Practice Nurse (APN); Nurse Practitioner (NP)) haben die USA und Kanada. Sie geht auf die 1960er Jahre zurück. 1997 kamen die Niederlande hinzu, 2000 Australien, 2001 Irland und Neuseeland, 2003 Finnland. In einem frühen Stadium der Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis nach internationalem Vorbild sind Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Island, Israel, Kroatien Litauen, Norwegen, Schweden, Schweiz und Zypern. 2015 waren Nurse Practitioner oder Advanced Practice Nurses in Australien, Finnland, Irland, Kanada, Neuseeland und in Teilen von Großbritannien und den USA autorisiert, erweiterte Aufgaben in der Primärversorgung zu übernehmen. Dabei handelt es sich um die gesetzlich geregelte "Übernahme von ärztlichen Aufgaben" (Task-shifting) (C. Maier et al., 2016).

Ein Beispiel für den Einsatz von Nurse Practitioner ist das lokale Gesundheitsprogramm LIFE (Living Independently For The Elderly) in Philadelphia, USA, mit 500 Patienten/innen. In dem Gesundheitszentrum arbeiten traditionell

ausgebildete Pflegende und Nurse Practitioner, die mindestens einen Masterabschluss haben. Die Nurse Practitioner arbeiten aufgrund ihrer guten Ausbildung weitgehend selbstständig. Die Ärztin/der Arzt kommt nur gelegentlich und in Notfällen. In der Klinik werden auch soziale Aktivitäten für ältere Menschen koordiniert und der Einzug in eine Pflegeeinrichtung begleitet. Der Fokus des Programms liegt auf der Prävention. Finanziert wird es über Beiträge der Teilnehmer/innen (C Maier, o.J.).

Die internationale Praxis zeigt, dass die Kompetenzen, der Grad der Handlungsautonomie und die Form der gesetzlichen Reglementierung in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Es existiert eine Vielzahl an Rollenbeschreibungen, Titeln und Arbeitsfeldern (C. Maier et al., 2016). Umso wichtiger ist es daher, das Berufsbild eines/r Pflegeexperten/in APN innerhalb des Gesundheitswesens zu beschreiben, zu definieren und zu platzieren. Daher haben der DBfK, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) ein gemeinsames Positionspapier zu Merkmalen, Qualifizierungsanforderungen und Kompetenzprofil von Pflegeexperten/-innen APN erarbeitet¹.

Laut Definition des International Council of Nurses (ICN) sind unter Nurse Practitioner Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation zu verstehen, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinischen Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Die Charakteristik

¹ Das gemeinsame Positionspapier der drei Berufsverbände DBfK, ÖGKV und SBK zu Advanced Practice Nursing in Deutschland (2013), Österreich und der Schweiz beinhaltet Merkmale, Qualifizierungsanforderungen und Kompetenzprofil von Pflegeexperten/-innen APN. Es steht unter www.dbfk.de zum Download zur Verfügung.

der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen sind. Nurse Practitioner verfügen über eine Berufszulassung als Registered Nurse (RN) und über Berufserfahrung sowie eine akademische Qualifikation (in der Regel durch ein berufsbegleitendes Masterstudium).

2.1 Merkmale einer erweiterten und vertieften Pflege

Für die Entwicklung einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis als autonomes Arbeitsfeld der Pflege wurden verschiedene Ansätze und Konzepte entwickelt, in denen Charakteristika, Kriterien, Kompetenzen und Merkmale von APN beschrieben werden. So sind Spezialisierung,

Erweiterung der pflegerischen Praxis und die Kombination aus beidem, die zum Fortschritt in der Pflege führen, die drei Charakteristika von APN (Dorgerloh, 2012).

Spezialisierung: Nurse Practitioner spezialisieren sich auf die Gesundheitsprobleme einer bestimmten Patienten/innengruppe bzw. eines relevanten Fachgebietes, z.B. chronische Krankheiten aus den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Pulmonologie, Endokrinologie, Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie.

Erweiterung der pflegerischen Praxis: Durch die veränderten Bedürfnisse der Patienten/innen an die gesundheitliche Versorgung entwickeln sich auch die Gesundheitsberufe weiter. Maßgeblich tragen dazu technische und medizinische Neuerungen sowie verbesserte Rahmenbedingungen durch z.B. den Aufbau von Versorgungsstrukturen (Casemanagement) bei. Die damit verbundene Ausweitung der beruflichen Kompetenzen und die Anpassung an die Bedürfnisse



der Patienten/innen zeigt sich in erweiterten Rollenkonzepten, die Aufgaben wie Bildungsstrategien und Beratungsinitiativen umfassen und interdisziplinäres Handeln fördern. Pflegefachpersonen stärken die Selbstkompetenz von Patienten/innen und ihrer Angehörigen.

Die Kombination von Spezialisierung und Erweiterung führt zu einem Fortschritt, mit dem die Pflege – auch in einem interdisziplinären Kontext – nachhaltig, breitflächig und zukunftsorientiert verbessert werden kann. Dieses gilt sowohl für die Qualitätssicherung als auch die Übertragung evidenzbasierter Forschungsergebnisse in die klinische Praxis. Die Qualifikation dafür erfolgt über die Spezialisierung auf Masterniveau. Eine akademische Ausbildung der Pflegefachpersonen trägt dazu bei, dass (empirische) Forschungsergebnisse Einzug in der praktischen Pflege finden und der Theorie-Praxis-Transfer verbessert wird. Das Stichwort dazu heißt Evidenzbased Nursing. Pflegeexperten/innen APN können die

aktuelle wissenschaftliche Literatur einordnen und integrieren. Forschungsergebnisse werden systematisch ausgewertet, was zu einem positiven Beitrag von APN auf die Ergebnisse führt.

Schober und Affara (2008) benennen als Merkmale eines/r Pflegeexperten/in APN „Spezialwissen und Expertise, klinisches Urteilsvermögen, hoch qualifizierte, selbst initiierte Pflege und Forschungsinteresse“. Um die Unterschiede zwischen den Aufgaben einer herkömmlichen Pflegefachperson im Vergleich zum/r Pflegeexperten/in APN darzustellen, hat der ICN (2000) die Merkmale und Kennzeichen von Advanced Practice Nursing benannt. Die in der nachfolgenden Abbildung aufgelisteten Merkmale sind als Ziele zu betrachten, an denen sich die Rollenentwicklung orientieren soll; sie entsprechen nicht unbedingt dem aktuellen Stand in den Ländern (Schober & Affara, 2008):

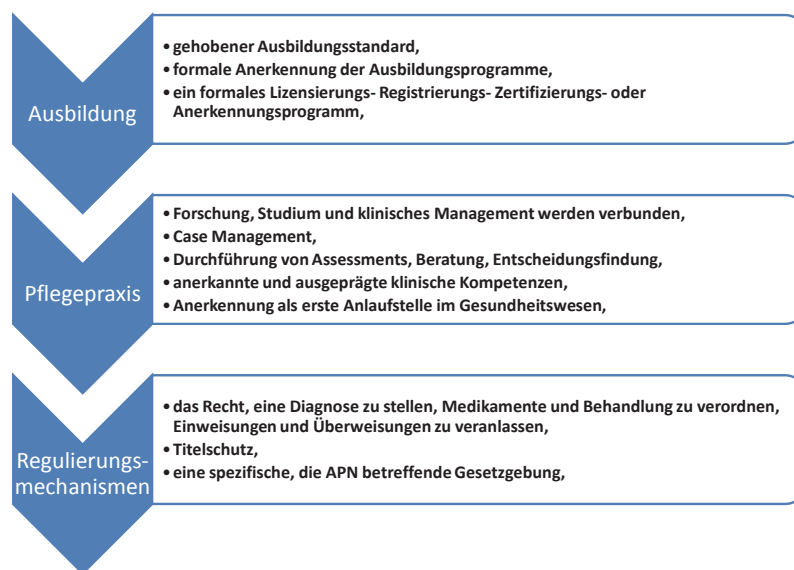


Abb. 1 Merkmale von Advanced Practice Nursing

Ann Hamric, eine emeritierte Professorin der Virginia Commonwealth University School of Nursing, Richmond, Virginia, erkannte früh, dass die verschiedenen Formen einer erweiterten Pflegepraxis, die seit Langem in der US-amerikanischen Gesundheitsversorgung Einzug gehalten hatten, eines übergreifenden Konzeptes bedürfen – APN. Dieses Konzept sollte nicht nur Angaben zur erforderlichen Ausbildung der Pflegeexperten/innen enthalten, sondern auch ihre vielfältigen Rollen und Kompetenzen beschreiben, die von einer klaren und konsistenten Definition abgeleitet werden (Hamric, Hanson & Tracy, 2013).

Hamric identifizierte Kriterien und Kompetenzen als Grundlage für die Umsetzung für APN. Dabei unterscheidet sie Primär-, Zentral- und Kernkompetenzen sowie Umfeldfaktoren. Die Primärkompetenzen stellen notwendige Voraussetzungen dar, sind aber nicht ausreichend. Die direkte Patienten/innenversorgung, das zentrale Kriterium, beschreibt den Handlungsrahmen. Die Umfeldbedingungen müssen so organisiert werden, dass eine erweiterte Pflegepraxis erfolgreich umgesetzt werden kann. Die Kernkompetenzen der Advanced Practice Nurses und die darauf zugeschnittenen Aufgaben bei der pflegerischen Versorgung müssen



in Abgrenzung zu den Aufgaben anderer Pflegefachpersonen definiert werden. Denn laut Hamric sind alle Pflegenden wertvoll, aber nicht alle gleich (Hamric, Hanson & Tracy, 2013).

Primärkriterien:

- hochschulische Ausbildung
- formale Zertifizierung
- Patienten/innen und familienzentrierte Praxis

Zentralkompetenz:

- direkte klinische Praxis/ direkte Patienten/innenversorgung

Kernkompetenzen:

- Anleiten und Coaching
 - o Fortbildung für Pflegefachpersonen
 - o Entwicklung von Fachkenntnissen
 - o Befähigung der Pflegefachpersonen zur bedarfsgerechten Information und Schulung von Patienten/innen und Angehörigen
- Beraten
 - o patientennah: bedarfsgerechte Information, Schulung und Beratung von Patienten/innen und Angehörigen
 - o patientenfern: Beratung des Pflegemanagements, der Organisation
- Evidenzbasierte Praxis

- Leiten, Führen
 - o Analyse der gegenwärtigen Situation
 - o gemeinsame Ziele für die Patienten/innenversorgung abstimmen
 - o Anpassen der Pflegedokumentation
 - o Überarbeitung des pflegerischen Einarbeitungskonzeptes
 - o Ist-Stand Erhebung „Übergabe mit Patienten/innen“
 - o Aufbau einer regelhaften und bedarfsorientierten Kommunikation
- Zusammenarbeiten
 - o Abstimmung mit dem pflegerischen Leitungsteam und anderen Berufsgruppen (Ärzten/innen, Physiotherapeuten/innen)
 - o Austausch mit der Industrie
- Ethische Entscheidungsfindung

Zentrale Umfeldfaktoren mit Einfluss auf APN:

- Unternehmerische Aspekte
- Gesundheitspolitik
- Finanzierung und Kostenerstattung
- Ergebnisevaluation und Leistungsverbesserungen
- Marketing und Vertragsabschlüsse
- Organisationsstruktur und -kultur
- Regulierungs- und Zulassungsbedingungen

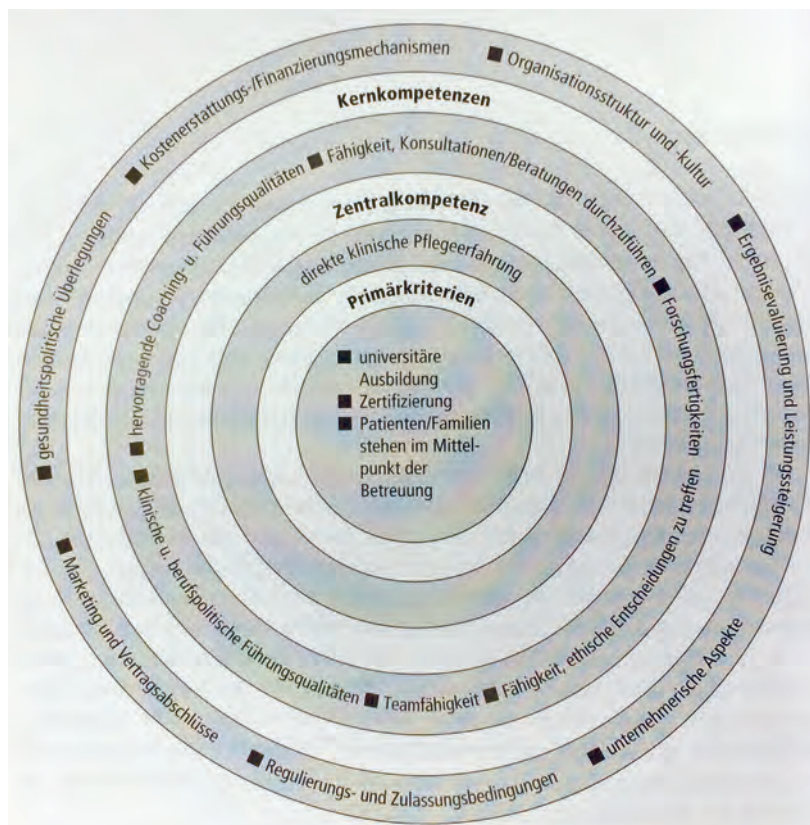


Abb. 2 Das Hamric-Modell einer Advanced Nursing Practice (Quelle: Schober, M. & Affara, F. (2008) Advanced Nursing Practice (ANP), Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, S. 58, mit freundlicher Erlaubnis

Der Blick ins Ausland zeigt, dass die Grenze zwischen dem medizinischen und pflegerischen Tun keine statische Größe ist, sondern sich durch wandelnde Verhältnisse und Bedarfe verändert. Für die professionelle Pflege hat sich durch die Einführung von APN ein hohes Maß an beruflicher Autonomie entwickelt. Dieses äußert sich u.a. darin, dass Pflegeexperten/innen APN in Australien, Finnland, Großbritannien, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland und den USA über die Kompetenzen verfügen und das Recht zuerkannt bekommen haben

- Diagnosen zu stellen,
- Sachmittel und Medikamente zu verordnen,
- diagnostische Tests anzuordnen,
- Untersuchungen durchzuführen,
- Therapien zu verordnen,

- Ein- bzw. Überweisungen ins Krankenhaus, an die Hausarztpraxis oder an weitere Gesundheitsberufe durchzuführen (C. Maier et al., 2016).

Die Bezeichnung „Advanced Practice Nursing“ (APN) oder „Advanced Practice Nurse“ (APN) werden tendenziell als Oberbegriffe verwendet, denen spezifischere Begriffe, die mit erweiterten Praxisrollen zu tun haben, zugeordnet werden. Daher sei an dieser Stelle auf den

- Clinical Nurse Specialist (CNS),
- Higher Level Practitioner (HLP),
- Nurse Consultant (NC),
- Public Health Nurse (PHN) hingewiesen.

In der vorliegenden Broschüre bezieht sich der DBfK auf die Definition des ICN Seite 9.

2.2 Kompetenzen für Advanced Practice Nursing

Der Begriff „Kompetenz“ (lat.) bedeutet Zuständigkeit, Befugnis, Fähigkeit. In der Pädagogik hat sich der Kompetenzbegriff etwa seit den 1990er Jahren gegenüber dem Begriff der Qualifikation durchgesetzt. Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden (AK-DQR, 2011).

Die Diskussion, welche Kompetenzen ein/e Pflegeexperte/in APN benötigt, wird auch in Deutschland lebhaft geführt. So sind die Fragen, ob es einen Titel/Bezeichnung für den/die Pflegeexperten/in APN gibt und wenn ja, ob er geschützt ist und welche Kompetenzen ein/e Pflegeexperte/in APN benötigt, um ihrer/seiner Rolle als vertieft und spezialisiert Pflegenden gerecht zu werden, nicht abschließend und einheitlich geklärt.

Schober & Affara (2008) haben Kompetenzen identifiziert, die eine vertiefte und erweiterte Pflege charakterisieren. Übereinstimmend wird formuliert, dass dazu insbesondere klinische Kenntnisse in einem spezifischen pflegerischen Bereich gehören, komplexe Situationen einschätzen und klinische Entscheidungen treffen können, eine gründliche, umfassende körperliche Diagnostik durchführen können, eine Diagnose stellen und einen Behandlungsplan aufstellen können (Schober & Affara, 2008) und über die Fähigkeit verfügen, andere zu befähigen und zu führen (Leadership).

Die Canadian Nurses Association (CNA, 2002) benennt als Kernkompetenzen einer Advanced Practice Nurse klinische Pflegeerfahrung, Forschung, Führungsaufgaben/Leadership, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (nach Schober et al. 2008).

Hinzu kommen Fähigkeiten, komplexe Problemlagen ethisch begründet zu entscheiden und eine evidenzbasierte Pflegepraxis einzuführen, zu erproben, zu evaluieren und zu leiten (Schober et al., 2008). Eng verknüpft mit der Diskussion um die Kompetenzen ist die Debatte um künftige Handlungsfelder (wo soll eine Advanced Practice Nurse tätig werden?), den Aufgabenzuschnitt (welche Aufgaben soll sie übernehmen?) und die Rollenklärung (in welcher Rolle tritt sie auf?). Laut

Schober et al. (2008) ist entscheidend, eine „über die Aufgaben hinausgehende Perspektive zu entwickeln, weil damit die Entwicklung von APN-Rollen gefördert wird, die pflegezentriert, aber auch erweiterter Natur sind“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rechte und Kompetenzen von APN durch die jeweiligen Länder geregelt werden. Dadurch entsteht eine Heterogenität in der Ausprägung von APN, die es unmöglich macht, einzelne, national bewährte Modelle in andere Länder zu übertragen. In vielen Staaten, darunter auch in Deutschland, wird die Diskussion um die Einführung einer erweiterten Pflegepraxis verstärkt geführt und ist keinesfalls abgeschlossen.

Exkurs: Pflegende mit Verordnungsbefugnis für Medikamente

Es gibt mit Stand 2015 in 14 von 36 untersuchten Ländern Regelungen, welche die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Verordnungsbefugnis für Medikamente auf Pflegende ausweiten: Australien, Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, (England, Nord Irland, Schottland, Wales), Irland, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Polen, Schweden, Spanien, USA, Zypern. Diese Regelungen unterscheiden sich in den verschiedenen Ländern. In einigen Ländern dürfen alle „Registered Nurses“, die dafür entsprechend qualifiziert sind, Medikamente verschreiben und in anderen nur Nurse Practitioner. Weitere Unterschiede beziehen sich auf die Anzahl der Medikamente, die verschrieben werden dürfen und die Verschreibungsart. Eine nahezu unbegrenzte Verschreibungsbefugnis haben Nurse Practitioner in Australien, Großbritannien (England, Nord Irland, Schottland, Wales), Irland, den Niederlanden, Neuseeland und den USA (C. Maier et al., 2016).

Zahlreiche Studien belegen, dass das Verschreiben von Medikamenten durch Pflegende, die entsprechend qualifiziert sind, machbar und sicher ist. Diese Studien zeigen auch, dass sich die Verschreibungspraxis Pflegender nicht signifikant von der ärztlichen unterscheidet und dass die Outcomes gleich oder besser sind. Auch wurde ein positiver Effekt auf die Profession Pflege festgestellt: Pflegende

mit der Befugnis Medikamente zu verschreiben sind zufriedener, weil sie den Patienten/innen eine umfassende Versorgung bereitstellen können (C. Maier et al., 2016).

Beispiel Großbritannien

Bereits 1986 wurde im sog. Cumberlege Report vorgeschlagen, die bisher für Ärztinnen und Ärzte vorbehaltene Verordnungsbefugnis für Medikamente auf Pflegende und "Health Visitors" auszuweiten. In diesem Bericht wurde argumentiert, dass eine solche Ausweitung den Zugang der Patienten/innen zur Behandlung erleichtern, die Versorgung verbessern und die Ressourcen der Pflegenden besser nutzbar machen könnte (Cope, Abuzour & Tully, 2016).

In den folgenden Jahren wurden zahlreiche Regelungen zur Verordnungsbefugnis der Pflegenden erlassen und wieder reformiert. Sie bezogen sich auf die erforderliche Qualifikation der Pflegenden, die spezifische Weiterbildung, die Liste der verordnungsfähigen Medikamente und die Diagnosen der Patienten/innen, auf die sich die Verordnungen beziehen (Cope et al., 2016). Inzwischen gibt es in Großbritannien sog. „Independent Prescriber (IP)“, „Supplementary Prescriber (SP)“ und „Community Practitioner Nurse Prescriber“.

Independent Prescriber sind „Practitioner“ aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Pflegende, Pharmazeuten/innen). Sie sind für die Behandlung der Patienten/innen verantwortlich. Sie stellen die Diagnose der Patienten/innen und erstellen einen „Clinical Management Plan“ (Cope et al., 2016). Seit 2006 dürfen Independent Nurse Prescriber nahezu alle Medikamente des British National Formulary (BNF)² für Erkrankungen von Patienten/innen verschreiben, für deren Behandlung sie qualifiziert sind und entsprechende Kompetenzen erworben haben (Cope et al., 2016). 2010 wurde dafür der „Guide to non-medical Prescribing for Commissioners“ erstellt (Weeks, George, Maclure, & Stewart, 2016). Voraussetzung für die Qualifizierung als Independent Nurse Prescriber ist eine mehrjährige Berufserfahrung und die Bescheinigung des Arbeitgebers, dass der/die Pflegende die dafür benötigte Befähigung besitzt. Zudem muss er/sie in dem Jahr vor Beginn der Weiterbildung

in dem Bereich eingesetzt werden, in dem er/sie zukünftig Medikamente verschreiben will. Die Weiterbildung (V300) umfasst 26 Tage Theorie und 12 Tage Praxis, die sich über sechs Monate erstrecken können (Dowden, 2016).

„Supplementary Prescriber (SP)“ sind „Registered Nurses“ mit Zusatzqualifikation, die erweiterte Befugnisse haben wie z.B. den vollen Zugang zu den Patienten/innendaten und die Verordnungsbefugnis für gelistete Medikamente. Sie arbeiten eng mit Ärzten zusammen und übernehmen - vor allem, aber nicht nur bei chronischen Krankheiten - das komplette Medikamentenregime. „Community Practitioner Nurse Prescriber“ absolvieren ebenfalls eine Weiterbildung und können unabhängig Medikamente einer begrenzten Liste verschreiben. Independent Nurse Prescriber und Supplementary Prescriber haben den Zugang der Patienten/innen zu Medikamenten verbessert, eine sichere und patientenorientierte Versorgung gestärkt und Ärzte/innen entlastet. Diese Erkenntnisse haben die anfänglichen Vorbehalte von einigen Ärztinnen und Ärzten bei Einführung der Verordnungsbefugnis für Pflegende ausgeräumt (Cope et al., 2016). Wie ein Cochrane Review anhand von 45 Studien zeigt, hat das Verschreiben von Medikamenten durch Pflegende zu den gleichen Outcomes bei Patienten/innengeführt wie bei der Verschreibung durch Ärzte/innen. Diese Ergebnisse zeigten sich an niedrigeren Werten der untersuchten Patienten/innen beim Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker. Bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme, Patientenzufriedenheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität gab es keine Unterschiede. Ob der Einsatz von Independent Prescriber Ressourcen und Zeit einspart und unerwünschte Effekte bei Patienten/innen reduziert, konnte aufgrund der Datenlage nicht eindeutig geklärt werden (Weeks et al., 2016). Einem Bericht des National Health Service (NHS) zufolge werden die Einsparungen durch Nurse Prescriber auf 777 Millionen Pfund pro Jahr geschätzt (Cope et al., 2016).

² Selected List Scheme Part XVIII B Drug Tariff

2.3 Ökonomische Aspekte von Advanced Practice Nursing

Angesichts eines internationalen Anstiegs der Kosten für die Gesundheitsversorgung wurde anhand verschiedener Studien untersucht, ob die Etablierung von APN zur Kostenreduktion bei der Versorgung von Patienten/innen führt. Die Ergebnisse zeigen ein uneinheitliches Bild: Es gibt Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass die Versorgung durch Nurse Practitioner kostengünstiger ist. Andere Studien zeigen, dass die Kosten gleich oder höher sind. Als Gründe für höhere Kosten wird angegeben, dass Nurse Practitioner die Patienten/innen länger und häufiger sehen als Ärzte/innen, was mit einer geringeren Leistungsfähigkeit der Nurse Practitioner in Verbindung gebracht wird (C. Maier et al., 2016).

Ein Review über elf Studien aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden, die unterschiedliche ambulante Settings untersuchten, kam zu dem Ergebnis, dass Nurse Practitioner gleiche oder bessere Outcomes erzielen als Ärzte/innen und potenziell kostensparend sind. Allerdings ist die Evidenz für die Kosteneffektivität begrenzt. Die Autoren schlussfolgern, dass weitere Studien folgen müssen, um die Kosteneffektivität genauer zu untersuchen (Schaeffer, 2017).

Studien aus den Niederlanden, Großbritannien und den USA bestätigen diese Ergebnisse und zeigen, dass Nurse Practitioner Patienten/innen mit derselben oder besseren Qualität versorgen wie Ärzte/innen und dass Patienten/innen mit der Versorgung durch Nurse Practitioner tendenziell zufriedener sind als bei Ärzten/innen. Die größere Zufriedenheit lässt sich darauf zurückführen, dass Nurse Practitioner die Patienten/innen umfänglicher informieren, besser beraten und eine holistische Herangehensweise bei der Versorgung haben. Die Rate der (Wieder-)Aufnahme ins Krankenhaus ist bei der Versorgung durch Nurse Practitioner geringer als bei Ärzten/innen und trägt damit zur Kostenreduktion bei (C. Maier et al., 2016).

Bei der Beurteilung der ökonomischen Aspekte spielt die Vergütung der Nurse Practitioner eine entscheidende Rolle. Sie ist häufig geringer als die der Ärzte/innen. Dies führt einerseits zu geringeren Kosten bei der Versorgung, behindert aber andererseits Entwicklung und Etablierung von Nurse Practitioner (C. Maier et al., 2016).

Bei der Vergütung von Nurse Practitioner gibt es große Unterschiede. Zudem hängt die Höhe der

Vergütung häufig mit dem Grad an Unabhängigkeit bei den auszuführenden Aufgaben zusammen. In Australien beispielsweise erhalten Nurse Practitioner, die Einzelleistungen unabhängig von Ärzten/innen durchführen und abrechnen, eine geringere Vergütung als Ärzte/innen. In den USA können Nurse Practitioner, die zusammen mit Ärzten/innen in Gemeinschaftspraxen arbeiten, im Namen der Ärzte/innen abrechnen wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen und erhalten dann dieselbe Vergütung. Wenn sie in eigenen Praxen arbeiten ist dies nicht möglich und ihre Vergütung ist geringer. Dies behindert die selbständige Berufsausübung von Nurse Practitioner. In Kanada sind Nurse Practitioner und Pflegeexperten/innen APN bei Gesundheitsbehörden oder Organisationen der Gesundheitsversorgung angestellt (z.B. "Family Practice", Community Health Centre, Hospital oder Nursing Home) und beziehen ein Gehalt. Das Gehalt hängt davon ab, inwieweit die benötigten Mittel beschafft werden bzw. bestehende Budgets für Gesundheit neu verteilt werden können. Auch diese Vergütungspraxis behindert die Ausbreitung von Nurse Practitioner (C. Maier et al., 2016).

Finanzielle Anreize führen in besonderem Maße zur Etablierung von Nurse Practitioner: Im Rahmen einer Reform in Estland 2009 wurde geregelt, dass Ärzte/innen mindestens eine "Family Nurse" in ihrer Praxis beschäftigen müssen. Andernfalls müssen sie finanzielle Einbußen hinnehmen. Als Ergebnis beschäftigten 99 Prozent der Ärzte/innen Family Nurses (C. Maier et al., 2016).

Wenngleich noch erheblicher Forschungsbedarf besteht, so lässt sich durch APN ein Potenzial erkennen, das auch in Deutschland vor dem Hintergrund von steigenden Anforderungen an Effektivität und Qualität in der Gesundheitsversorgung dringend erschlossen werden sollte.

2.4 Fördernde und hindernde Faktoren bei der Umsetzung von Advanced Practice Nursing im internationalen Raum

APN stellt eine Karrieremöglichkeit in der Pflege dar, die in den USA zu einer enormen Attraktivitätssteigerung des Berufs geführt hat. In den letzten Jahren haben sich die Bewerber/innen an „Nursing Schools“ verdoppelt und müssen inzwischen sogar abgewiesen werden (C. Maier & Aiken, 2016).



Zudem werden im amerikanischen Gesundheitssystem zunehmend Nurse Practitioner in den Teams benötigt, um den bisher nicht genügend befriedigten Bedarf der Patienten/innen zu begegnen, den Vorrang der ambulanten zur stationären Versorgungsform hervorzuheben und unnötige Wiedereinweisungen bei älteren und chronisch kranken Menschen zu vermeiden. Daher geht es insbesondere darum den Zugang zu APN zu erleichtern, beispielsweise für Medicaid-Bezieher/innen und vulnerable Gruppen (C. Maier & Aiken, 2016).

In verschiedenen Studien wurden Hindernisse identifiziert, welche die Verbreitung von APN im internationalen Kontext behindern. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Hindernisse vornehmlich auf fehlende Regelungen durch die Politik zurück zu führen sind. Dazu gehören der fehlende Titelschutz für Pflegeexperten/innen APN, die fehlende Klarheit bei der Rollendefinition, wodurch die Umsetzung in der Praxis erschwert wird (Bryant-Lukosius et al., 2015), die ungenügende Vergütung, uneinheitliche Bildungswege, restriktive Regelungen und Widerstände bei einigen Akteuren (C. Maier & Aiken, 2016).

In Ländern, in denen Nurse Practitioner etabliert sind, ist die Berufsausübung gesetzlich geregelt und es gibt eine verpflichtende Registrierung. Bei diesen Ländern handelt

es sich um Australien, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland und die USA. Gesetzlich geregelt ist auch, dass Nurse Practitioner Medikamente verschreiben dürfen. Das trifft auch auf Großbritannien zu (C. Maier et al., 2016).

Fördernde bzw. hindernde Impulse bei der Etablierung von Nurse Practitioner sind zudem die fehlende Einsicht bei Personalmanager/innen, dass hoch spezialisierte Pflegefachpersonen gebraucht werden, eine klare Rollendefinition und eine gelingende interne Kommunikation, insbesondere zwischen Nurse Practitioner, Ärzten/innen und Managern/innen. Dabei geht es auch darum, andere Berufsgruppen über die Rolle der Nurse Practitioner zu informieren und sie in das Team zu integrieren (C. Maier et al., 2016).

Auch der Ort der Praxisausübung beeinflusst die Entwicklung von APN: In Kanada können Nurse Practitioner in ländlichen Gebieten ihre Kompetenzen entsprechend ihrer Qualifikation vollständig zum Einsatz bringen. In den USA sind Nurse Practitioner eher als Ärzte/innen bereit in ländlichen und entlegenen Gebieten zu arbeiten, sich um vulnerable und benachteiligte Menschen zu kümmern und können ihre Kompetenzen in diesem Bereich umfänglich umsetzen (C. Maier et al., 2016).

3. Die Etablierung von Advanced Practice Nursing in Deutschland

Nachdem im internationalen Kontext die Thematik einer angemessenen Gesundheitsversorgung bereits seit Langem diskutiert und konsequent verfolgt wird (Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978), Ottawa Charta (WHO 1986), Strategie „Gesundheit 21“ der WHO von 1999, Millennium Development Goals (MDGs) aus dem Jahr 2000 und der 2015 von den Vereinten Nationen verabschiedeten Sustainable Development Goals (SDGs)) gibt es in Deutschland Empfehlungen, insbesondere vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), die Einführung von APN nach internationalem Vorbild voranzutreiben.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) empfiehlt in dem Gutachten von 2007 „eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie (...)“ Diese sei nicht „zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie APN (z.B. Nurse Practitioner, NP) ist zu prüfen“ (Fischer et al., 2007).

Im Gutachten von 2009 verweisen die Sachverständigen auf die bislang brachliegenden präventiven Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen, insbesondere der Pflege, und empfehlen „die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandten Gesellschaft zu erklären“. Darüber hinaus empfehlen sie eine „qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege, die das gesamte Spektrum an Pflegestrategien von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung umfasst. Die Einbindung der Pflege in die integrierte Versorgung gemäß § 92b SGB XI ermöglicht eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich, (...)“ (Gerlach et al., 2009).

In seinem Gutachten aus 2014 nimmt der Sachverständigenrat Bezug auf die Unter- und Überversorgung

durch einen erhöhten Zuzug von Menschen in die Städte und dem Bevölkerungsrückgang in ländlichen Gebieten. Seinen Empfehlungen entsprechend ist ein niedrigschwelliger Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens entscheidend für die Inanspruchnahme und Bedarfsgerechtigkeit eines Systems. Das ist besonders für vulnerable Gruppen (dazu gehören auch ältere Menschen) und für Bevölkerungsgruppen in strukturschwachen (ländlichen) Regionen bedeutsam. Die Primärversorgung muss auf dem Land, aber auch in städtisch geprägten benachteiligten Gebieten effizient und bedarfsgerecht gesichert werden. Gute Erreichbarkeit, integrierte Versorgungsangebote und ein breites Versorgungsspektrum bei hoher Qualität sind zentrale Ziele. Dadurch wird ein Verbleib in der Häuslichkeit auch bei beginnendem Pflege- und Unterstützungsbedarf ermöglicht. Zudem bedarf es bei der Versorgung der Menschen eines Kontinuums über alle Altersklassen hinweg, vom Säugling bis hin zum alten Menschen, das durch eine „Personal Nurse“ gewährleistet werden kann (Gerlach et al., 2014).

3.1 Weiterentwicklung pflegerischer Handlungsfelder

In den vergangenen Jahren wurden einige Impulse aufgegriffen und pflegerische Handlungsfelder weiter entwickelt. Dabei ist die voranschreitende, nunmehr gesetzlich geregelte **Akademisierung der Pflege** von entscheidender Bedeutung. Inzwischen gibt es ein breites Studienangebot mit etwa 37 grundständigen pflegeausbildenden Studiengängen und etwa 110 bis 120 pflegebezogenen Studiengängen³. Diese Entwicklung macht sich in der Pflegepraxis allmählich bemerkbar: Auch wenn der Anteil von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen insgesamt noch unter einem Prozent liegt (Destatis, 2017; OECD, 2017; Tannen, Feuchtinger, Strohbücker, & Kocks, 2015), so übernehmen sie doch zunehmend in den

³ Diese Angaben entsprechen einer Schätzung von Experten/innen des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe (DBR) aus 07/2017

Versorgungsbereichen neue Aufgaben, etwa auf Stabsstellen zur Qualitätsentwicklung.

Es wurde auch ein **Masterstudiengang für Advanced Practice Nursing** eingerichtet wie z.B. an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena oder in Österreich an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität und der Hochschule Krems. Advanced Practice Nursing ist in einigen Krankenhäusern bereits etabliert wie etwa im Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf oder an den Universitätskliniken Freiburg und Bonn. Pflegeexperten/innen APN arbeiten auf Intensivstationen, in der Anästhesie, Schmerztherapie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Psychiatrie und werden für erweiterte pflegerische Interventionen eingesetzt.

Auf **Intensivstationen** nehmen Pflegefachpersonen "in erheblichem Maße steuernde, klinisch einschätzende und auch therapieführende Aufgaben wahr" (Isfort, Weidner, & Gehlen, 2012, S.9). Das zeigen die Ergebnisse einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) aus 2010. Sie führen zahlreiche Aufgaben eigenverantwortlich durch, die zu den delegierbaren Tätigkeiten gehören, die immer noch dem ärztlichen Dienst zugeordnet sind. Die Pflegefachpersonen wissen um die sich daraus ergebende Verantwortung. Im Rahmen der Studie sollten Pflegefachpersonen auf einer Skala von 1 bis 10 angeben, wie hoch sie den Grad der Eigenständigkeit einschätzen, mit dem sie die Aufgaben erfüllen. Dabei gaben 24,3% einen unteren bis mittleren Wert (5) an und 31,2% den Wert 8. In der Studie wurde auch erfragt, welche Aufgaben die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich und ohne vorherige Rücksprache mit einem Arzt/einer Ärztin einleiten und durchführen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass in der klinischen Realität bereits eine Vielzahl an medizinischen und medizinisch relevanten pflegerischen Aufgaben eigenständig von Pflegefachpersonen durchgeführt wird (Isfort et al., 2012).

Intensivpflegende benötigen eine Spezialausbildung, in der sie Fachwissen, Fertigkeiten und Verhaltensweisen erwerben, die es ihnen ermöglichen mit der steigenden Komplexität und dem ganzheitlichen Anspruch der Versorgung von Patienten/innen gerecht zu werden. Auf Intensivstationen übernehmen Pflegefachpersonen längst Aufgaben, die dem Niveau von APN entsprechen. Dies lässt sich beispielsweise am Weaning-Prozess multimorbider Intensivpatienten/innen festmachen. Allerdings führt die fehlende Anerkennung ihrer Berufs- und Handlungskompetenz oft zu Unzufriedenheit (Keienburg, 2017).

Ein spezielles Einsatzgebiet auf Intensivstationen ist beispielsweise die Delirprävention. Pflegeexperten/innen APN unterstützen die Kollegen/innen bei der Planung und Durchführung der Frühmobilisation mit Maßnahmen, deren Wirksamkeit für die Delirprävention nachgewiesen wurden oder begleiten die Therapie bei vorliegendem Delir im interdisziplinären Team (Keienburg, 2017).

Auf **Normalstationen** bringen Pflegeexperten/innen APN ihre spezielle Expertise in Aufgabenfeldern wie Ernährung und Stoffwechsel, neurologische Fachpflege, Diabetesberatung, pneumologische Pflege (Weskamm, 2017), Hüftfrakturen, Kontinenzförderung und Demenz (Welsch, 2017) ein.

Weitere Aufgaben sind die innerbetriebliche Fortbildung auf wissenschaftlicher Grundlage, Mitarbeit im klinischen Ethikkomitee, Praxisbegleitung, Durchführung von Fallbesprechungen, Krankenhausrisikomanagement, Erstellung von evidenzbasierten Standards, Durchführung von Pflegeforschung oder die Konzeptentwicklung für fachliche Beratung (Lücke, 2017).

Beispiele für den Einsatz von Pflegeexperten/innen APN in Deutschland:

Am Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK) in Düsseldorf wurde eine Pflegeexpertin APN eingesetzt, um das **Medikamentenmanagement** zu optimieren. Ziel dabei war es sicherzustellen, dass die Patienten/innen die Medikamente der Verordnung bzw. den Einnahmевorschriften entsprechend einnehmen. Dazu erarbeitete sie zusammen mit dem pflegerischen Team ein Konzept für eine bestimmte Station, durch das die medikamentöse Versorgung der Patienten/innen während des stationären Aufenthaltes sichergestellt werden kann. Dazu setzte die Pflegeexpertin APN auch gezielt Patienten/innenschulungen (edukative Maßnahmen) ein und stand den Kollegen/innen als Ansprechpartnerin bei Fragen und Problemen zur Verfügung. Stellte sich heraus, dass Patienten/innen die Medikamente nicht regelmäßig einnehmen, galt es herauszufinden woran es lag. Dazu analysierte die Pflegeexpertin APN die Situation und befragte die Patienten/innen nach den Gründen. Die Erfahrung zeigte, dass den Patienten/innen oftmals wichtige Informationen fehlten, die ihnen die Bedeutung



einer bestimmten Medikamenteneinnahme verdeutlichen (Weskamm, 2016).

Ein **Pflegeexperte APN für Ernährung und Stoffwechsel** kam im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin bei einer Patientin zum Einsatz, die mit Schluckstörungen nach erlittenem Schlaganfall ins Krankenhaus eingewiesen wurde und mittels PEG-Sonde ernährt wurde. Eine Pflegefachperson hatte bei Aufnahme der Patientin den Ernährungsstatus anhand des Instrumentes „Nutritional Risk Screening“ durchgeführt und ein erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung festgestellt. Daraufhin wurde der Pflegeexperte APN hinzugezogen. Er führte eine weitere Einschätzung des Ernährungsstatus durch (Assessment-Instrument PEMU, pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren

Ursache in der stationären Langzeit-/Altenpflege), die ebenfalls einen auffälligen Befund ergab. Er ließ die entsprechenden Werte wie Albumin und Protein bestimmen, die auf eine drohende Mangelernährung hindeuteten und erstellte einen individuellen Behandlungs- und Ernährungsplan für die Patientin. Bei diesem Vorgehen wurden alle relevanten Berufsgruppen einbezogen. Ziel des Planes war, dass die Patientin ihr Gewicht während des stationären Aufenthaltes halten konnte. Der Pflegeexperte APN berechnete den Tagesumsatz und passte die Therapie an. Die Patientin und ihr Ehemann wurden zudem zu Möglichkeiten der oralen Ernährung bei Schluckstörungen beraten. Dabei ging es auch um die Verordnungsfähigkeit für Zusatznahrung im häuslichen Bereich. Der Pflegeexperte APN führte im Verlauf des stationären Aufenthaltes

mehrere Konsile bei der Patientin durch und konnte feststellen, dass sie mit dem aufgestellten Plan gut zurecht kam, ihr Gewicht halten konnte und sich die Schluckstörungen verbesserten. Auf die PEG konnte dennoch nicht verzichtet werden, weil die Patientin aufgrund der Schluckstörung ihre benötigte Tagesenergiemenge nicht oral aufnehmen konnte (Weskamm, 2017).

Ein weiteres Einsatzgebiet einer Pflegeexpertin APN mit dem Masterstudium "Diabetes- und Gesundheitswissenschaft" ist das **Diabetes-Kompetenz-Zentrum** des Klinikums Fürth.

Ziel ist es die Versorgung der Patienten/innen zu verbessern und dazu beizutragen, dass ihnen die Bewältigung der Erkrankung gelingt. Dazu etablierte die Pflegeexpertin APN Diabetes-schulungen, die Diabetesberater/innen in Gruppen und als Einzelberatung durchführen. Bei diesen Schulungen werden Patienten/innen durch die Wahl gezielter Themen unterstützt, ein möglichst unbelastetes Leben trotz Erkrankung führen zu können. Konzepte wie die Salutogenese und Ressourcenorientierung dienen dabei als Grundlage (Weskamm, 2017).

Am Sozialpädiatrischen Zentrum der Universitäts-Kinderklinik Bonn wurde eine sog. **Transitionssprechstunde** für Jugendliche mit Herzerkrankungen eingerichtet, die hauptsächlich von Pflegefachpersonen miteinander entsprechenden Ausbildung betrieben wird. Ziel ist es den Übergang vom Kindes- ins Erwachsenenalter zu begleiten. Die Jugendlichen im Alter von 16 bis 21 Jahren, die in der kinderärztlichen Behandlung sehr eng betreut wurden, müssen nun nicht nur die Herausforderungen bewältigen, die das Erwachsenwerden mit sich bringt, sondern sich zusätzlich mit den Veränderungen durch ihre Erkrankung in und an ihrem Körper auseinandersetzen. Sie müssen lernen mehr Verantwortung für sich zu übernehmen, ihre Belastungsgrenzen im Alltag einzuschätzen und die Konsequenzen zu verstehen, die sich ergeben wenn sie ihre Medikamente nicht nach Verordnung einnehmen, Alkohol trinken oder rauchen. Die Transitionssprechstunde bietet Hilfestellungen und Raum für die Themen, die die Jugendlichen und ihre Familien beschäftigen.

3.2 Hindernisse bei der Entwicklung von Advanced Practice Nursing

Bei der Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland bestehen weiterhin Hindernisse, die vor allem strukturell bedingt sind. Die deutsche Krankenversorgung orientiert sich immer noch an der Akutversorgung und kurzfristig zu heilenden Krankheiten und wird durch die Monopolstellung der Ärzte/innen bestimmt (Rosenbrock et al., 2004). Auch bestehen vielerorts weiterhin hierarchische Strukturen, in denen Ärzte/innen eine höhere Position einnehmen als andere Gesundheitsfachberufe. Diese Strukturen sind auch das Ergebnis gesetzlicher Regelungen, welche die Finanzierbarkeit von Leistungen an eine ärztliche Verordnung knüpfen. Durch diese exponierte Position der Ärzte/innen wird die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe erschwert. Zudem haben sich in den vergangenen Jahrzehnten in der Gesundheitsversorgung Spezialisierungen herausgebildet, die die Versorgungsprozesse fragmentieren und den Gesundheitsberufen begrenzte Aufgabenbereiche arbeitsteilig zuordnen. Zwar ermöglicht diese Entwicklung, dass Teilbereiche der Versorgung mit einer hohen Expertise durchgeführt werden können; sie hat aber auch zu zerstückelten Arbeitsprozessen geführt (Kuhlmey, 2011).

Zudem wurden in den letzten Jahren Projekte wie AGnES (Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) und VERAH (Versorgungsassistent/in) in der Hausarztpraxis initiiert, die Pflegefachpersonen eng in ärztliche Aufgaben einbinden und ihr autonomes, berufliches Handeln schwächen und verhindern. Ziel dieser Modelle ist es Hausärzte/innen zu entlasten, indem ärztliche Tätigkeiten an speziell geschulte Mitarbeiter/innen delegiert werden. Im Rahmen dieser Projekte ist es die Aufgabe von Pflegefachpersonen oder Medizinischen Fachangestellten (Arzthelfer/innen), Hausbesuche bei Patienten/innen durchzuführen und sie zu gesundheitlichen Themen zu beraten. 2009 wurde die „nicht-ärztliche Praxisassistentin“ in die Regelversorgung überführt. Aus pflegeberufspolitischer Sicht können diese Modelle nicht als Innovation und Ansatz zur Verbesserung der Patientenversorgung gewertet werden. Sie gehen zu Lasten der Patientensicherheit und setzen an Strukturen an, die bereits insuffizient sind oder drohen, es zu werden. Eine pflegefachliche und/oder pflegewissenschaftliche Expertise fehlt bei diesen Modellen und motivierte Mitarbeiter/innen werden von der Pflege abgezogen.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei der Ausbildung zum „Physician Assistant“ (PA), die seit einigen Jahren in Deutschland angeboten wird. Bei dem „Delegationsmodell Physician Assistant“ überträgt die Ärztin/der Arzt Aufgaben an die PA und wird so für ihre/seine Kernaufgaben entlastet und unterstützt. Die PA ist dem ärztlichen Dienst unterstellt (Deutscher Ärztetag, 2017). Das zentrale Problem bei der Neuordnung von Aufgaben ist die mangelnde Bereitschaft der Ärzteverbände, das ärztliche Monopol in der medizinischen Heilkunde aufzugeben. Die Chancen für eine sichere oder gar verbesserte Versorgung wird aufgrund wirtschaftlicher und berufspolitischer Interessen nicht genutzt. International und auch in Deutschland gibt es viele Beispiele, dass Pflegeexperten/innen APN mit erweiterten Kompetenzen in Diagnostik und Therapie (inkl. Arzneimittelverordnung) eine hervorragende Versorgung leisten.

Parallel dazu hat sich die Pflege in den letzten Jahrzehnten weiter professionalisiert, auch durch die fortschreitende Akademisierung. Allerdings hinkt die ihr zugestandene Handlungsautonomie weiterhin im internationalen Vergleich hinterher. Pflegefachpersonen, die derzeit im Sinne von APN arbeiten, sind häufig nicht mit entsprechenden Befugnissen für die Verantwortungsübernahme ausgestattet.

Das bisherige Studienangebot im Bereich der Pflege hat dazu geführt, dass Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss ihren Tätigkeitsschwerpunkt häufig in patientenferne Bereiche wie z.B. Management oder Lehre verlagern. Bis heute gibt es nur wenige Hochschulen, die einen Masterstudiengang APN für klinische Felder anbieten. Das Pflegeberufegesetz, das 2020 in Kraft tritt, wird sicherlich zu mehr und anderen Studienangeboten führen. Es regelt die generalistische, grundständige Pflegeausbildung mit Berufszulassung an Hochschulen und bietet den Absolventen/innen damit eine gute Voraussetzung, um anschließend einen Masterstudiengang APN zu absolvieren.

Aus dem Dargelegten ergibt sich für den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK die Notwendigkeit einer grundlegenden Positionierung zur weiteren Entwicklung von Advanced Practice Nursing in Deutschland. Aus berufspolitischer Perspektive ist es unabdingbar, die Profession Pflege weiter zu entwickeln, u. a. durch die weitere Verknüpfung von Berufs-

und Sozialrecht. Damit wird die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert und die internationale Anschlussfähigkeit gesichert. Aufgabe des DBfK ist es, den Prozess der Vereinheitlichung von Anforderungsprofilen zu initiieren und zu moderieren. Aus der Sicht des Verbrauchers/Nutzers sollen bestehende Bedarfe erhoben werden, um daran angelehnt die Aufgaben und Zuständigkeiten sowie das erforderliche Qualifikationsprofil für Pflegeexperten/innen APN zu entwickeln.

3.3 Eine Ausprägung von Advanced Practice Nursing: Die Community Health Nurse

Der Einsatz von Community Health Nurses ist seit langem üblich und bewährt. In Skandinavien, dem Vereinigten Königreich, den USA oder Kanada werden sie in der gesundheitlichen Primärversorgung eingesetzt. Es handelt sich um hochspezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung erste Ansprechpartner/innen für gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen sind. Hinsichtlich der Qualifizierung gibt es Unterschiede über die Länder hinweg. Oft sind es Pflegeexperten/innen APN oder Nurse Practitioner, die in der Rolle einer Community Health Nurse/im Community Health Nursing⁴ eingesetzt werden. Verortet und institutionell angebunden sind die Community Health Nurses in kommunalen Zentren für primäre Gesundheitsversorgung. Das Besondere an der Leistungserbringung: Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team bietet aufeinander bezogene, integrierte Versorgungsangebote. Das geht weit über den in Deutschland üblichen Arztbesuch hinaus. Im kommunalen Gesundheitszentrum gibt es Angebote für Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige, demenziell Erkrankte, chronisch oder mehrfach Erkrankte, akut Erkrankte, pflegende Angehörige, (werdende) Eltern, Familien, Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Mobilitätseingeschränkte u.a. sowie Hinweise zu Selbsthilfegruppen etc. Die Gesundheitsberufe arbeiten im Team unter einem Dach: Pflegefachpersonen, Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen und andere Professionen. Die Community Health Nurses übernehmen in den Gesundheitszentren

⁴ Es gibt Schwerpunktsetzungen im Community Health Nursing auf z. B. Public Health, Community Development, Mental Health Nursing, Occupational Health, General Practice Nursing, Caring for the Adult in the Home Setting, Community Children's Nursing (Sines et al., 2013).

oft auch eine zentrale Rolle in der Organisation: Sie sind es, die den Versorgungsprozess steuern und koordinieren. Darüber hinaus sind sie oft auch für die organisatorische Leitung des Zentrums verantwortlich. In Kanada haben sich Community Health Nurses erfolgreich in den letzten zehn Jahren auf verschiedenen Feldern etabliert, z. B. in Community Health Centers mit multiprofessionellen Teams in der Primärversorgung, mobilen Versorgungseinheiten, Nurse-Led Clinics⁵, Rehabilitationseinrichtungen oder in der Langzeitversorgung.

Community Health Nurses werden in der öffentlichen Wahrnehmung stärker beachtet und als Anbieter von Primärversorgung akzeptiert. Sie übernehmen Führungspositionen (Nurse-Led) und erhalten inzwischen auch die Zustimmung der Ärzte/innen. Besonders anerkannt sind die Beratungs- und Schulungsangebote in den Primärversorgungszentren. Sie beraten und behandeln, führen Assessments durch und leiten Therapien ein. Dabei konzentrieren sie sich auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken. Wichtige Aufgaben von Community Health Nursing sind Gesundheitsförderung und Prävention in der „Community“. Die Menschen in der Bewältigung des Alltags zu unterstützen - in jeder Lebenslage und Altersspanne - ist Kernaufgabe von Community Health Nurses. Der Grad ihrer Autonomie ist dabei ebenso wie ihr Verantwortungsgebiet vollkommen unterschiedlich und wird durch nationale Bestimmungen festgelegt. An vielen Orten übernehmen sie Aufgaben, die hierzulande dem ärztlichen Kompetenzbereich oder anderen Professionen, z. B. den Sozialarbeiter/innen zugeschrieben werden.

Die Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK Bundesverband führte 2017 mit Förderung der Otto und Edith Mühlischlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung ein Projekt zur Machbarkeit von Community Health

Nursing in Deutschland durch. Vor dem Hintergrund der Versorgungsproblematik vor allem im ländlichen Raum wächst der Druck, neue Versorgungsangebote zu entwickeln. Angesichts der bestehenden Unter- und Überversorgung (Gerlach et al., 2014) in der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es in Deutschland seit längerer Zeit Debatten zur Stärkung der Primärversorgung. Besonders diskutiert wird die Einführung von multiprofessionell besetzten integrierten Gesundheits-/Versorgungszentren und die Rolle von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen darin.

Ziel des Projektes Community Health Nursing (CHN) Phase I war es, basierend auf einer Literaturanalyse sowie durch die systematische Diskussion und Bewertung spezifischer Ergebnisse im Kontext von Fachgesprächen und Fokusgruppen zu Teilaspekten im Rahmen von Tagungen und Einzelgesprächen durch ausgewiesene, wissenschaftliche, (inter)nationale Experten/innen, ein Konzept für das Aufgaben- und Leistungsprofil von Community Health Nurses in Deutschland zu entwickeln. Daraus abgeleitet sollen in Phase II des Projektes Qualifikationsanforderungen festgelegt werden und die Entwicklung eines Studienangebotes zu Community Health Nursing in Deutschland auf Master-Niveau an Hochschulen initiiert werden.

Der DBfK ist bereits seit vielen Jahren an der Entwicklung von APN nach internationalem Vorbild beteiligt. Neue Rollen für Pflegefachpersonen in der Primärprävention, in der Gesundheitsförderung und Prävention, in ausgewiesenen Bereichen in Krankenhäusern und in speziellen Settings, wie z. B. in der Schule, Betrieben und der Häuslichkeit / Familie sind aus Sicht des DBfK unabdingbar, um die Gesundheitsversorgung zukunftssicher zu gestalten. Durch den Einsatz von Community Health Nurses kommt es zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums in der Primärversorgung und zu einer Aufgabenumverteilung, die u.a. auch eine Entlastung der Ärzte/innen zur Folge haben kann. Dadurch kann die Versorgung der Patienten/innen verbessert werden.

Durch das Projekt CHN Phase II, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, soll die spezifische Ausrichtung von Studiengängen auf Masterebene zu Community Health Nursing nun weiter gefördert werden. Weitere Informationen zu diesem Projekt finden sich unter www.dbfk.de/chn.

⁵ Der Begriff Nurse (Practitioner)-Led Clinic steht für eine ambulante Einrichtung, die vergleichbar mit einer Arztpraxis oder einer Krankenhausambulanz ist. Betrieben und geleitet wird die NPLC von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ohne ärztliche Aufsicht (Schaeffer, Hämel, & Ewers, 2015).

Entsprechende Ergebnisse wurden veröffentlicht in: Agnes-Karll-Gesellschaft (Hg.) (2018): Community Health Nursing. Ein Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung: Dokumentation der Fachtagung vom 29. & 30. November 2017 in Berlin. Agnes-Karll-Gesellschaft: Frankfurt am Main, Berlin. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Podiumsdiskussion wurden in zentralen Kernbotschaften formuliert. Die Dokumentation steht ergänzend zu diesem Konzept als Download zur Verfügung unter: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/Veranstaltungen/CHN-Tagung/tagungsband_community-health-nursing_web.pdf



Pflege weiterentwickeln

Pflege arbeitet professionell und selbstständig nach internationalem Vorbild von Advanced Practice Nursing - einer erweiterten Pflegepraxis.

3.4 Bildungswege in der Pflege: Ausbildung und Studium

Veränderungen in den Bildungswegen der Pflegeberufe sind unter Professionalisierungsgesichtspunkten von jeher als Reaktion auf aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und der sozialrechtlichen Steuerung einzuordnen. Bildungspolitische Ansprüche haben erst in jüngerer Zeit Relevanz für die Pflegeberufe.

Die Pflegeausbildungen nach geltendem Bundesrecht haben primär die prozessorientierte, situative und individuelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegendem und Gepflegtem (Pflegeprozess), die wissenschaftliche Fundierung pflegerischen Handelns und die Erweiterung der pflegerischen Handlungsfelder über die kurative Pflege hinaus zu der präventiven, rehabilitativen und palliativen Pflege zum Inhalt. Das Handlungsrepertoire von Pflegefachpersonen hat sich neben der traditionellen Pflege auf die Unterstützung, Beratung und Anleitung zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen erweitert. Pflegerisches Handeln erfolgt durch eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Zuständigkeiten.

Entscheidende Impulse im Sinne erweiterter pflegerischer Aufgaben und der Entwicklung von APN lassen sich im Pflegeberufegesetz (PflBG) erkennen, das zum Ende der Legislaturperiode 2013-2017 verabschiedet wurde und ab 01.01.2020 in Kraft tritt. Das Pflegeberufegesetz ermöglicht eine generalistische Ausbildung und ist ein Berufszulassungsgesetz, das im Kern den Schutz der Berufsbezeichnung regelt (§ 1). Es setzt die Berufeankennungsrichtlinie der EU (2005/36/EU in der Fassung von 2013/55/EU) um und stellt dadurch sicher, dass alle Absolventen/innen mit dem generalistischen Berufsabschluss innerhalb der EU einen Rechtsanspruch auf automatische Anerkennung des Abschlusses haben.

Neu im Gesetz ist, dass vorbehaltene Tätigkeiten definiert werden, also Tätigkeiten, die nur Pflegende mit einer Ausbildung nach dem PflBG ausführen dürfen. Das Gesetz benennt die vorbehaltenen Tätigkeiten: Erhebung, Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4).

Erstmals wird die hochschulische Ausbildung für einen generalistischen Abschluss gesetzlich geregelt. Für die hochschulische Ausbildung wurden zusätzlich zu den





**ERSTMALS SIND FÜR PFLEGEFACHPERSONEN
AB 2020 VORBEHALTENE TÄTIGKEITEN
GESETZLICH DEFINIERT. DIE HOCHSCHULISCHE
AUSBILDUNG WIRD REGELHAFT MÖGLICH.**



Zielen in § 5 erweiterte Ausbildungsziele formuliert (§ 32). Das Studium führt sowohl zur Berufszulassung als auch zum Bachelor. Die erfolgreichen Absolventen/innen führen die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann und erwerben zusätzlich den akademischen Grad Bachelor.

Absolventen/innen mit Bachelor Abschluss können einen Masterstudiengang anschließen, der sie für bestimmte Aufgabenfelder im Sinne einer Spezialisierung weiterqualifiziert. So ist es auch möglich einen Masterstudiengang zu absolvieren, der für APN qualifiziert. Wie bisher bestehen weiterhin Bachelor- und Masterstudiengänge für verschiedene pflegebezogene Themenfelder wie Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder Pflegepädagogik.

Seit 2008 ermöglicht die Modellklausel nach § 4 Abs. 7 KrPflG die Durchführung von Modellprojekten, die

Pflegefachpersonen erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermitteln. Erstmals werden durch diese Modellklausel Berufsrecht und Sozialrecht miteinander verknüpft. Diese Erweiterung des Berufsfeldes ermöglicht Pflegefachpersonen, Pflegehilfsmittel zu verordnen sowie Dauer und Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege zu bestimmen. Weitere Übertragungen heilkundlicher Tätigkeiten an speziell qualifizierte Pflegefachpersonen können durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Modellprojekten seit März 2012 erprobt werden (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V). Dadurch soll es möglich werden, dass Pflegefachpersonen bisher Ärzten/innen vorbehaltene Tätigkeiten in der Versorgung von Patienten/innen mit Diabetes mellitus Typ I und II, Hypertonus, chronischen Wunden oder einer Demenzerkrankung übernehmen.

Allerdings zeigt die Umsetzung der G-BA Richtlinie,

dass das deutsche Gesundheitswesen bzgl. erweiterter Aufgaben und Rollen von Pflegefachpersonen im internationalen Vergleich noch weit zurück liegt. Die Umsetzung des Vorhabens erweist sich als sehr kompliziert. Bis heute existiert noch kein Modellvorhaben. Daher erscheint es zweifelhaft, dass es auf Grundlage der G-BA Richtlinie gelingt, Aufgaben neu zuzuschneiden und damit Anschluss an die internationale Entwicklung zu finden (Schaeffer, 2017). Zudem erreicht die Autonomie, die Pflegefachpersonen durch die G-BA Richtlinie zugestanden wird, nicht den Umfang, den Pflegefachpersonen in Finnland oder in den USA bei ihrem eigenständigen Handeln zugestanden bekommen (Szepan, 2013).

Ein neu eingerichteter Studiengang könnte Bewegung in die Übertragungen heilkundlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen bringen: Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg startete zum Wintersemester 2016/2017 den Bachelorstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“. Absolventen/innen dieses primärqualifizierenden Studiengangs erwerben zusätzlich zu pflegerischen und pflegeorganisatorischen Aufgaben erweiterte Kompetenzen, die sie zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten qualifiziert.

3.5 Notwendige Maßnahmen zur Verankerung von Advanced Practice Nursing

Die Angehörigen der Alten-, Kinder- und Krankenpflegeberufe sind die größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsberufen. Sie übernehmen einen hohen Anteil der Versorgung von Menschen in allen Lebenssituationen und -phasen und in Folge dessen eine große Verantwortung für Gesundheit und öffentliche Sicherheit in der Gesellschaft. Ausdruck findet dies in den bundeseinheitlichen Anforderungen an die Ausbildung und Berufszulassung sowie an die Anforderungen von Pflege im Sozialrecht. Berufliche Pflege erbringt hier – als Querschnittsdisziplin – ganzheitliche personenbezogene Dienstleistungen, die auf mehr als „Helfen“ und „Sorgen“ ausgerichtet sind. Die Pflegeversicherung (§ 4 Abs. 3 SGB XI) gibt konstitutiv eine „wirksame (...) Pflege“ vor. Das Alltagshandeln in der Pflegepraxis verlangt demzufolge mehr als „nur“ handwerkliches Erfahrungswissen, denn professionelles pflegerisches Handeln muss sich in hohem Maß an Qualität, Nutzen und Ökonomie messen lassen. Hinzu kommt, dass zu pflegende Menschen zu Recht verlangen, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der täglichen Pflegepraxis integriert werden. Diese

hohen Anforderungen finden jedoch bisher keine ausreichende Entsprechung im rechtlichen Status oder einem realitätsgerechten Profil der Eigenständigkeit der Pflegeberufe (Igl, 2008a).

Die Gründe dafür liegen u.a. in der gesetzlich fixierten Dominanz der Ärzteschaft für sämtliche Bereiche der Krankenbehandlung bzgl. Diagnosestellung, Vorsorge, Behandlung, Verschreibung, Überweisung, Entlassung und Nachbehandlung. Hinzu kommt die Vormachtstellung der Ärzte/innen in der Organisation der Selbstverwaltung neben den Krankenkassen und Einrichtungsträgern (Sachs, 2006) sowie der Umstand, dass den Pflegefachpersonen als mehrheitlich weiblichen Berufsangehörigen immer noch unterstellt wird, ihnen sei das „helfende Handeln für die Person allemal wichtiger als die Organisation berufsständischer Anliegen und die Präsenz in Entscheidungsgremien“ (Igl, 2008a).

Zwanzig Jahre nach dem ersten Rechtsgutachten von Prof. Dr. Gerhard Igl zu den öffentlich-rechtlichen Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche (Igl, 1998, 2008b) werden die Voraussetzungen und Anforderungen einer weiteren rechtlichen Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit analysiert. Anlass und Zweck des Gutachtens ist es, einen Beitrag zur Weiterentwicklung des rechtlichen Status der Pflege zu leisten.

Noch immer relevante Ergebnisse des Gutachtens lauten:

- Für die Heilbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung statuierte die Reichsversicherungsordnung den bis heute bestehenden Heilkundevorbehalt. Im Alltag der Krankenversorgung ist tatsächlich jedoch eine große Zahl von Gesundheitsberufen an der Leistungserbringung beteiligt. Darauf nimmt das Heilpraktikergesetz (HPG) von 1939 keinerlei Bezug; darüber hinaus ist die Definition von Heilkunde im HPG aus heutiger Sicht überholt und unvollständig, da z.B. keine präventiven Aufgaben beschrieben werden (Fischer et al., 2007). Die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) (§ 63 Abs. 3c, SGB V) eingeführte weitere Möglichkeit, Heilkunde von besonders qualifizierten Pflegefachpersonen ausüben zu lassen (vorerst in Modellprojekten) ist als fortschrittlich für die Pflegeberufe zu bewerten. Wie bereits erwähnt existieren allerdings bislang keine entsprechenden Modellvorhaben, weil sich die Umsetzung dieses Vorhabens als sehr kompliziert erwiesen hat.

- Um die professionelle Pflege weiter zu entwickeln ist eine mitentscheidende Beteiligung von Vertretern der Berufsgruppe der Pflege in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenversicherung (Igl, 2008) und in Instituten wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erforderlich. Dies ist ebenso anzustreben wie die Beteiligung der Berufsgruppe der Pflege in den entsprechenden Gremien nach dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Nach wie vor sind die Pflegeberufe nur mitwirkend und ohne Stimmrecht in diesen Bereichen beteiligt, obwohl sie selbst Leistungserbringer sind (Igl, 2008b).
- Eine Verkammerung der Pflegeberufe mit einer Pflichtmitgliedschaft der Pflegefachpersonen ist verfassungsrechtlich möglich und wurde in einigen Ländern bereits umgesetzt (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen). Die Bildung einer Bundespflegeberufekammer ist in Vorbereitung. Durch die Verkammerung wird u.a. die Sicherung der sachgerechten professionellen Versorgung, eine angemessene Leistungsdarstellung der Pflege in der Gesellschaft, die Selbstverwaltung des Berufsstandes und die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Berufsangehörigen gefördert.

Insgesamt skizzieren die Ergebnisse des Gutachtens die Möglichkeiten, Vorbehaltsaufgaben der Pflege zu installieren. Diese Möglichkeit wurde im Pflegeberufegesetz realisiert und erweitert die Handlungsautonomie der Pflegefachfrauen und -männer entscheidend. Erforderliche Veränderungen zur Etablierung von APN lassen sich daraus ableiten und müssen nunmehr folgen: Haftungs-, Vertrags- und Leistungsrecht müssen angepasst und die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter entwickelt werden, um Rechtssicherheit für alle beteiligten Berufsgruppen zu schaffen.

Nach Igl zeichnet sich für die Pflegeberufe eine weitere horizontale und vertikale Differenzierung ab, die nicht nur durch eine adäquate Erstausbildung gewährleistet werden kann (Igl, 2008b). Daher muss der Weiterqualifizierung ein besonderer Platz eingeräumt werden. Das heißt für Deutschland: Die Vielzahl der Studiengänge nach den Bolognastrukturen (Bachelor und Master) zeigen vorerst eine Vielfalt mit gewisser Belieblichkeit in den Studienprogrammen, die mehr den Interessen der Hochschulen folgen, als den aus den pflegerischen Versorgungsbedarfen resultierenden Qualifizierungsanforderungen (Igl, 2008b). Der DBfK moderiert und initiiert seit längerem die Diskussion um curricular und inhaltlich einheitlich gestaltete Studienabschlüsse, so z.B. für die klinische Expertise APN.

Die (damit verbundene) Neuordnung von Aufgaben im Gesundheitswesen erfordert weitere Gesetzesänderungen im Leistungs- und Berufsrecht, eine Veränderung in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Geduld. In Großbritannien hat es über 20 Jahre gedauert, bevor es Nurse Practitioner erlaubt wurde, selbstständig Medikamente zu verschreiben. In den Niederlanden ging der Prozess etwas schneller: Sieben Jahre nach der Einführung der Nurse Practitioner wurde ihnen im April 2006 die selbstständige Verschreibung von Medikamenten unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt (Jong, 2006).

Neben der allgemeinen Ressourcenknappheit und dem steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland könnte auch die Verknappung der Ressource „Arzt“ eine Professionalisierungschance für die Pflege im Sinne von „step into the breach“ bieten. Auch wenn diese Substitutionsfunktion nicht im Interesse einer modernen Auffassung der Pflegeprofession liegen kann, würde es zunächst einen Zuwachs an Kompetenzen und Mitgestaltung im erweiterten Versorgungsfeld bedeuten (Sachs, 2006). Den Pflegefachpersonen ist dringend zu empfehlen, die Verankerung von erweiterten pflegerischen Handlungsfeldern im deutschen Gesundheitswesen selbstbestimmt zu steuern und zu moderieren, damit durch den Ausbau von APN nicht die Interessen anderer Berufsstände bedient werden. APN macht in Deutschland nur Sinn, wenn das klassische Aufgabenspektrum der Pflege um neue, erweiterte und spezifische Handlungsfelder vergrößert wird. Die reine Übernahme bisher ärztlich verorteter Aufgaben dagegen ist nicht zielführend und auch nicht mit der Einführung von APN intendiert oder gleich zu setzen.

4. Die Einführung von Advanced Practice Nursing in Krankenhäusern

Bei der Einführung von APN in Krankenhäusern werden Pflegeexperten/innen APN eingesetzt, die in der direkten Versorgung der Patienten/innen tätig sind. Ihre Aufgabe besteht darin, erweiterte pflegerische Interventionen anzubieten, um den sich verändernden Bedarfslagen der Patienten/innen und der Unternehmen gerecht zu werden. Gleichzeitig entspricht ihr Einsatz den steigenden Anforderungen an Qualitätssicherung durch evidenzbasierte Pflege und Umsetzung aktueller Forschungserkenntnisse in die Pflegepraxis. Diese vielfältigen Anforderungen lassen sich durch den Einsatz von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Qualifikationen (Skill Mix und Skill Grade Mix) bewältigen. In Deutschland findet sich ein solcher Personaleinsatz jedoch nur in wenigen Krankenhäusern. Die folgende Aufzählung soll Entscheider/innen in der Pflege, die sich für die Einführung von APN interessieren, detaillierte Empfehlungen und Hinweise zur Gestaltung dieses Prozesses bieten.

4.1 Kriterien eines systematischen Einführungsprozesses von Pflegeexperten/innen APN

Zunächst geht es darum das Feld für die Einführung von Pflegeexperten/innen APN abzustecken und den Boden zu bereiten. Dabei stellen sich verschiedene Fragen: Welche Ziele sollen verfolgt werden? Welche Voraussetzungen sind vorhanden? Was muss im Vorfeld einer Entscheidung noch getan werden? Folgende Antworten haben sich bewährt:

- ✓ Geeignete Einsatzgebiete im eigenen Haus für die Ansiedlung von Pflegeexperten/innen APN bewusst auswählen. Die Auswahl des/r Fachbereichs/e erfolgt strategisch und ist abhängig von der Zielsetzung des Einsatzes des/der Pflegeexperten/ in APN, z.B.: Wo können Qualitätsdefizite behoben werden? Oder: Unterstützt die ärztliche Leitungsebene das Vorhaben?
- ✓ Handlungsfelder abstecken und Verantwortungsbereiche benennen: Pflegeexperten/innen APN sind

Ansprechpartner/innen für Pflegefachpersonen, Patienten/innen und Angehörige in allen fachlichen Fragen.

- ✓ Die Qualifikationsanforderungen an die Pflegeexperten/innen APN sind über Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile geklärt und kommuniziert, ebenso die Gehaltsstufe. Ihr Rollenzuschnitt, die Ziele ihrer Tätigkeit, die organisationale Einbindung sowie fachliche Weisungsbefugnisse gegenüber anderen Teammitgliedern, insbesondere Stationsleitung und/oder der Primary Nurse sind benannt. Weisungsbefugte Personen gegenüber dem/der Pflegeexperten/in APN sind ebenfalls benannt.
- ✓ Ein Zugang zu Bibliothek/Datenbanken/Internet ist für den/die Pflegeexperten/in APN vorhanden. Die Arbeitszeiten, Zeiten für Anwesenheit und konzeptionelles Arbeiten sowie Arbeitsplatz, -raum und -mittel sind abgestimmt.
- ✓ Der/Die Pflegedirektor/in ist idealerweise Mitglied im Vorstand des Krankenhauses: Er/Sie verantwortet die Entwicklung der Fachlichkeit in der Pflege und verfügt über ein eigenes Budget. Mit dem Pflegepersonalbudget werden ausschließlich pflegerische Leistungen abgedeckt und durch geschickten Skill Mix und Skill Grade Mix optimal genutzt.
- ✓ Der/Die Pflegedirektor/in hat einen systemischen Blick auf Führung und Rolle; mögliche Kooperationspartner/innen und Fürsprecher/innen für das Einführungsprojekt APN werden in der Vorbereitung bewusst gewählt.
- ✓ Die Ziele des Einführungsprojektes APN sind klar formuliert. Der Projektauftrag mit Benennung der Verantwortlichen und deren Rollen sowie ein Zeitplan mit Meilensteinen und Ressourcen sind festgelegt. Projektcontrolling und Evaluation sind als feste Bausteine mit eingeplant.
- ✓ Alle prognostizierten finanziellen und nichtfinanziellen betriebswirtschaftlichen Konsequenzen des Einführungsprojektes APN sind berücksichtigt. Erfahrungen aus anderen Krankenhäusern zeigen, dass die Zusatzkosten in Relation zum Gesamtbudget marginal sind.



4.2 Entscheidungsvorbereitung: gute Argumente für die Einführung

Die nachfolgende Beschreibung zeigt wo und wie sich die Versorgung von Patienten/innen durch die Einführung von APN verbessert:

- ✓ Das Patienten-Outcome steigern: Durch den Einsatz von Pflegeexperten/innen APN ist zu erwarten, dass das Risiko z.B. für Stürze, Dekubiti und nosokomiale Infektionen sinkt. Die
- Versorgungsqualität steigt trotz demographischer Entwicklung und Polymorbidität.
- ✓ Den wirtschaftlichen Erfolg sichern: Da die Verweildauer weiter sinkt, kann die gleiche, bzw. eine verbesserte Leistung in kürzerer Zeit erbracht werden.
- ✓ Pflegerische Interventionen durch Pflegeexperten/innen APN erweitern: Dabei geht es primär nicht um die Übernahme ärztlicher Aufgaben, sondern um die Orientierung am Bedarf der Patienten/innen.

- ✓ Prozesse optimieren: Pflegeexperten/innen APN organisieren reibungslose und effiziente Prozesse.
- ✓ Wettbewerbsvorteile schaffen: Durch zusätzliche (pflegerische) Angebote Kunden/innen bzw. Patienten/innen binden und erweiterte Leistungen anbieten.
- ✓ Krankenhausorganisation innovativ weiterentwickeln: Als Change Agents gestalten Pflegeexperten/innen APN den Wandel und ermutigen zum Verlassen ausgetretener Pfade. Die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen wird gestärkt: Die Professionalisierung der Pflege wird über pflegeeigene Themen, nicht über medizinische Themen oder durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten erreicht.
- ✓ Das Image der Klinik steigern: Pflegeexperten/innen APN leisten durch ihre spezifische Expertise ihren Beitrag dazu.
- ✓ Kommunikation und interne sowie externe Vernetzung fördern und durch z.B. Jour Fixe, Teambesprechungen etc. institutionalisieren.
- ✓ Für den Start als auch im weiteren Prozess ist die Bildung von Pflegeexperten/innen APN-Teams innerhalb des Krankenhauses absolut empfehlenswert. Dadurch wird die Rolle der APN gestärkt und das Leistungsangebot für die Patienten/innen kontinuierlich sichergestellt.

Zur kontinuierlichen Verbesserung und nachhaltigen Sicherung des APN-Projektes bedarf es einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Aufgabenprofile, Tätigkeitsfelder, Qualifikationsanforderungen, Vernetzung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses und eines konsequenten Projektmarketings. Eine oder mehrere Stellen für einen/eine Pflegeexperten/in APN zu schaffen, reicht nicht aus. Tätigkeitsfelder der Pflegeexperten/innen APN müssen anhand von Settings, Phänomenen, Altersgruppen und Diagnosen weiter entwickelt werden, z.B. übernimmt Pflege die Fallsteuerung, ist in Prävention und Beratung tätig, leitet Stationen (analog zu hebammengeleiteten Kreißsälen), ist federführend in der Psychiatrie (Deeskalation, Beratung, Adherence), Onkologie, Lungenheilkunde, Wundmanagement und bei chronischen Krankheiten (z.B. COPD) tätig. Eine Aufwand-Nutzen-Betrachtung, Projektcontrolling sowie -evaluation sind unabdingbar. Publikationen über das APN-Projekt in der Fachpresse sind wichtig und begründen Pflege als eine Wissenschaftsdisziplin.

4.3 Gestaltung des Einführungsprozesses

Bei der Einführung von APN gilt es verschiedene Bereiche der Organisation einzubeziehen:

- ✓ Personalführung wichtig nehmen: Wertschätzung allen Pflegefachpersonen im Team entgegen bringen, nur dann werden die Pflegeexperten/innen APN vom Team akzeptiert. Vertrauen in die Mitarbeiter/innen setzen, insbesondere in die Pflegeexperten/innen APN. Sie sind Pioniere und leisten Schwerstarbeit in einem neuen Feld.
- ✓ Personalentwicklung betreiben: Karriereplanungen gezielt fördern, Mitarbeitergespräche führen. APN ist Teil eines Gesamtkonzeptes der Personalentwicklung in der Pflege. Dadurch werden Fachkarrieren in der Pflege ermöglicht.
- ✓ Team- und Organisationsentwicklung fördern: Berufserfahrung ergänzt Expertenwissen; Konkurrenz in der Berufsgruppe vermeiden. Das Team in den Implementierungsprozess der APN mit einbeziehen. Für größtmögliche Transparenz sorgen.
- ✓ Geeignetes und qualifiziertes Personal (Pflegeexperten/innen APN) akquirieren, einstellen und halten. Stellenausschreibungen intern und extern platzieren; einen Mix von externen Bewerbern und intern qualifizierten Kolleginnen zulassen.

5. Fazit

Die Praxis zeigt, dass die Einführung einer erweiterten und vertieften Pflege in den existierenden Strukturen und mit den vorhandenen Ressourcen machbar ist. Die Diskussion um APN sollte von der Diskussion um Delegation/Substitution gelöst werden. Es sollte deutlich kommuniziert werden, dass ein Stellenabbau in der Fachpflege einen direkten negativen Einfluss auf pflegerische Interventionen und die Patientenversorgung hat. Empfehlenswert ist es, den (Erfahrungs-)Austausch mit Kollegen/innen aus dem In- und Ausland zu führen. APN beruht auf evidenzbasierter Pflege und verzahnt Theorie und Praxis. Pflegefachpersonen und angrenzende Berufsgruppen können an Fallbeispielen lernen, wie sich die Einführung einer erweiterten Pflege auswirkt. Pflegeexperten/innen APN müssen als Kompetenzebene so etabliert werden, dass ihre Rolle auch bei einem Wechsel in der (pflegerischen) Leitungsebene gesichert ist. APN-Masterstudiengänge sollten auch an medizinischen Hochschulen angesiedelt und die Lehre durch (promovierte) Hochschullehrer/innen für Klinische Praxis durchgeführt werden. Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegepraxis und Hochschulen mit APN-Studiengängen sind zu knüpfen, damit es gelingt, auch in Deutschland eine erweiterte und vertiefte Pflegepraxis nachhaltig zu implementieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Angehörige der Pflegefachberufe mit spezieller Expertise durch die Übernahme und Entwicklung von erweiterten Handlungsfeldern die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung maßgeblich verbessern können. Dieses zeigen die Beispiele aus dem Ausland. Daher sind auch in Deutschland sowohl im Interesse der Patienten/innen als auch aus Gründen der Qualitätssicherung und Kosteneffektivität eine optimale Ressourcenallokation und eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe anzustreben. Flache Teamstrukturen und eine Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen sind besonders im Gesundheitswesen erforderlich. Darüber hinaus bietet sich durch die Entwicklung von APN für Pflegefachpersonen die Möglichkeit einer Weiterqualifizierung. Dies erhöht die Motivation und Berufszufriedenheit und entspricht den Anforderungen an einen professionellen modernen Dienstleistungsberuf. Daher setzt sich der DBfK für eine konsequente Entwicklung und Umsetzung einer erweiterten Pflegepraxis analog zu APN im deutschen Gesundheitswesen ein.

Folgende Aspekte dienen als Argumentationshilfe bzw. sollten bei der Einführung beachtet werden.

- ✓ Die Erprobung neuer Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Aufgabenteilung unterstützt der DBfK ausdrücklich. Um die Pflegeexperten/innen APN optimal auf ihre Rolle vorzubereiten, ist die pflegerische Weiterbildung stufenweise weiter zu akademisieren, zu differenzieren und zu spezialisieren (DBR, 2009). Zeitnah sind Vertiefungsstudiengänge auf Masterniveau mit klinischer Orientierung und Spezialisierung auf ein Fachgebiet einzuführen. Dieses stellt eine Voraussetzung für die Etablierung von APN dar.
- ✓ Die Erforschung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen ist zu fördern; Pflegeexperten/innen APN sollten in die Lage versetzt werden, klinische Forschung zu pflegerisch relevanten Themen durchzuführen und die Ergebnisse umzusetzen.
- ✓ Durch eine gezielte Personalentwicklung sind im Gesundheitswesen berufliche Entwicklungsperspektiven für Pflegeexperten/innen im klinischen Bereich zu schaffen. Dieses unterstützt der DBfK ausdrücklich.
- ✓ Die Notwendigkeit einer Anpassung der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen ist auf politischer und wissenschaftlicher Ebene erkannt (Fischer et al., 2007). Jetzt setzt sich der DBfK mit aller Kraft für eine gesundheits- und berufspolitische Einflussnahme ein, um Gesetzesinitiativen in Richtung APN zu stärken.

Jegliche Diskussion um die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems und die daraus folgenden politischen Entscheidungen muss sich vor dem Leitgedanken der Sicherung und Verbesserung der Versorgung der Menschen legitimieren. Es bedarf einer offenen Diskussion und der Bereitschaft, sich ideologiefrei mit dem Thema zu befassen. Die Berufsgruppe der Pflege ist bereit, ihren Beitrag zu leisten und sich der Verantwortung zu stellen.

Weitere Informationen für Interessierte finden sich beim „Netzwerk Erweiterte Pflegepraxis“ des DBfK unter: <https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/Netzwerk-Erweiterte-Pflegepraxis.php>



Qualität ist entscheidend

Die Einführung von APN rechtfertigt sich durch eine bessere Versorgung.

6. Literatur

- AK-DQR. (2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR). Bundesministerium für Bildung und Forschung; Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder.
- Augurzky, B., Heger, D., & Hentschker, C. (2015). Pflegeheim Rating Report 2015: Rheinisch-westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/sonstige/pflegeheimratingreport2015_execsum.pdf (letzter Zugriff 10.05.2018).
- BÄK. (2017). Ärztestatistik 2017. Wer nur die Köpfe zählt, macht es sich zu einfach: Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/> (letzter Zugriff 02.06.2018).
- Bryant-Lukosius, D., Callens, B., De Geest, S., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., Grossman, F., et al. (2015). Advanced Practice Nursing Roles in Switzerland: A Proposed Framework for Evaluation. Basel, Switzerland: Institute of Nursing Science, University of Basel.
- Cope, L., Abuzour, A., & Tully, M. (2016). Nonmedical prescribing: where are we now? *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 7(4).
- DBR. (2009). *Pflegebildung offensiv Weiterqualifizierung*: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.
- Destatis. (2017). Pflegestatistik 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff 09.05.2018).
- Deutscher Ärztetag. (2017). Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages. Freiburg: Deutscher Ärztetag http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf (letzter Zugriff 30.04.2018).
- Dorgerloh, S. (2012). *Advanced Practice Nursing – Spezialisierung, Erweiterung – führt zum Fortschritt pflegerischer Interventionen!*: Kompetenztag Pflege 2012 https://www.pfeiffersche-stiftungen.de/fileadmin/user_upload/files/Dokumente_PDF/Vortraege/2012.9.6.Advanced_Nursing_Practice_Dorgerloh.pdf (letzter Zugriff 30.04.2018).
- Dowden, A. (2016). The expanding role of nurse prescribers. *Prescriber (prescriber.co.uk)*.
- Fischer, G., Glaeske, G., Kuhlmei, A., Schrappe, M., Rosenbrock, R., Scriba, P., et al. (2007). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (letzter Zugriff 28.03.2018).
- Gerlach, F., Glaeske, G., Haubitz, M., Kuhlmei, A., Rosenbrock, R., Schrappe, M., et al. (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff 28.03.2018).
- Gerlach, F., Greiner, W., Haubitz, M., Schaeffer, D., Thürmann, P., Thüsing, G., et al. (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbe- reiche: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfas- sung_01.pdf (letzter Zugriff 28.03.2018).
- GKV. (2017). Faktenblatt. Thema: Ambulante Versor- gung - Bedarfsplanung: GKV-Spitzenverband, Pressestelle https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Fak- tenblatt_Bedarfsplanung_2017-09-22.pdf (letzter Zugriff 29.05.2018).
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., & Tracy, M. F. (2013). *Ad- vanced Practice Nursing: A Integrative Approach* (5th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- ICN. (2010). *Handbuch zum internationalen Tag der Pflegenden: Delivering Quality, Serving Com- munities; Nurses Leading Chronic*: International Council of Nurses.

- Igl, G. (1998). *Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche*. Göttingen: Druckhaus Göttingen.
- Igl, G. (2008a). Voraussetzungen und Anforderungen: Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. *Die Schwester Der Pfleger*, 12.
- Igl, G. (2008b). *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit*: Urban und Vogel.
- Isfort, M., Weidner, F., & Gehlen, D. (2012). Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf (letzter Zugriff 11.05.2018).
- Isfort, M., Weidner, F., Rottländer, R., Gehlen, D., Hylla, J., & Tucman, D. (2018). Pflege-Thermometer 2018: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf (letzter Zugriff 01.06.2018).
- Jong, d. A. (2006). Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure. *Die Schwester Der Pfleger*, 45(9).
- KBV. (2016). Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Pressekonferenz, 5. Oktober 2016 http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf (letzter Zugriff 29.05.2018).
- Keienburg, C. (2017). Advance Nursing Practice: Intensivpflege zukunftsfest machen. *PflegenIntensiv*, 2.
- Keinath, E. (2017). Veränderungsprozesse begleiten. *Die Schwester Der Pfleger*, 56(11).
- Kuhlmey, A. (2011). Ideen des Memorandums „Kooperation im Gesundheitswesen“ – Einleitung. In *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe*: Robert Bosch Stiftung http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf (letzter Zugriff 11.05.2018).
- Lücke, S. (2017). „Das Patientenwohl steigern, Pflegefachlichkeit fördern“. *Pflegeintensiv*, 2.
- Maier, C. (o.J.). Interview: Forschung in den USA für eine bessere Pflegeausbildung in Europa: B. Braun-Stiftung.
- Maier, C., & Aiken, L. (2016). Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5(21).
- Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2016). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation OECD *Health Working Papers*, No. 98 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en (letzter Zugriff 03.03.2018).
- OECD. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators Paris: OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (letzter Zugriff 30.04.2018).
- Offermann, M. (2010). Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen: Deutsches Krankenhaus Institut e.V. (DKI) https://www.dkgev.de/media/file/7924.2010-07-07_DKI-Studie_Neuordnung-Aufgaben-Pflegedienst_Langfassung.pdf (letzter Zugriff 14.05.2018).
- Sachs, M. (2006). Internationale Entwicklungstrends einer Advanced Practice Nursing: Perspektiven für die deutsche Pflegelandschaft, ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden: Im Auftrag von Prof. Dr. S. Görres, Universität Bremen, Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Unveröffentlichte Literaturarbeit.
- Schaeffer, D. (2017). Advanced Practice Nursing - Erweiterte Rolle und Aufgabe in der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Canada. *Pflege & Gesellschaft*, 22. Jg.
- Schaeffer, D., Hämel, K., & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen - Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schober, M., & Affara, F. (2008). Advanced Practice Nursing. In ICN (Ed.): Blackwell Publishing.

- Simon, M. (2015). Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hannover: Hochschule Hannover, Fakultät V, Diakonie, Gesundheit und Soziales <http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf> (letzter Zugriff 29.05.2018).
- Sines, D., Aldridge-Bent, S., Fanning, A., Farrelly, P., Potter, K., & Wright, J. (2013). *Community and Public Health Nursing* (5 ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Statista. (2018). Prognostizierter Bedarf an Pflegekräften* in Deutschland im Jahr 2025 Statista <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (letzter Zugriff 11.05.2018).
- Szepan, N.-M. (2013). Realistische Chance auf Heilkundeübertragung? *Die Schwester Der Pfleger*, 52(3).
- Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B., & Kocks, A. (2015). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 120.
- Weeks, G., George, J., Maclure, K., & Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Welsch, C. (2017). Das Ziel: Langzeitintensivpatienten besser versorgen. *Pflegeintensiv*, 2.
- Weskamm, A. (2016). Pflegeexperten im Einsatz. *Die Schwester Der Pfleger*, 55(3).
- Weskamm, A. (2017). "Das Bestmögliche für den Patienten herausholen". *Die Schwester Der Pfleger*, 56(3).

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Bildnachweis:

Titel und S. 4, 7, 31: iStock

S. 2: Adobe Stock

S. 6, 10, 12, 17, 20, 24, 26, 27, 34: Werner Krüper

© 2019. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.



**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- DBfK Bundesverband e.V.**

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570
Telefax: +49 (0)30-21915777
E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de
www.facebook.com/dbfk.de
[@DBfK_Pflege](https://www.instagram.com/DBfK_Pflege)