

Advanced Nursing Practice

Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung





Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – Bundesverband
Salzufer 6

10587 Berlin

Tel.: +49 30/21 91 57 0

Fax: +49 30/2 91 57 77

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

2. vollständig überarbeitete Auflage mit sieben Szenarien und einem Expertinneninter-
view zum Einsatz von ANP-Spezialistinnen

Redaktionelle Bearbeitung: Andrea Weskamm

© DBfK 2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Teil A	6
1 Pflege im Wandel – aktuelle Entwicklungen	6
2 Advanced Nursing Practice – international bewährt und anerkannt.....	9
2.3 Merkmale einer erweiterten und vertieften Pflege	10
2.3 Kompetenzen für Advanced Nursing Practice.....	13
2.4 Ökonomische Aspekte von Advanced Nursing Practice	14
3 Die Etablierung von Advanced Nursing Practice in Deutschland	15
3.1 Eine Ausprägung von ANP: die Family Health Nurse	18
3.2 Bildungswege in der Pflege: Ausbildung oder Studium?	19
3.3 Notwendige Maßnahmen zur Verankerung von ANP.....	23
4 Fazit.....	26
Teil B	27
5 Die Lübecker Expertendiskussion.....	27
Szenario 1: Familien- und gemeindeorientierte ambulante Pflege	28
Szenario 2: Palliative Care von chronisch Kranken.....	29
Szenario 3: Erweiterte pflegerische Bedarfslagen in der Onkologie.....	31
Szenario 4: Institutionsübergreifendes Case Management bei vulnerablen Gruppen	33
Szenario 5: Erweiterte pflegerische Bedarfslagen in der Altenhilfe	35
Szenario 6: Erweiterte pflegerische Handlungsfelder im Krankenhaus	37
Szenario 7 Diabetes mellitus und Hypertonus	38
Expertinneninterview zur Einführung von ANP	40
Übersicht: Merkmale von Advanced Nursing Practice	42
Literaturhinweise und Internetseiten.....	45



Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen wandeln sich rapide. Beeinflusst werden diese Veränderungen durch die demografische Entwicklung, die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Hinzu kommt der wachsende wirtschaftliche Druck, dem Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegedienste ausgesetzt sind. Die fortschreitende Technisierung, das verbesserte Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur interdisziplinären Kooperation stellen an die beteiligten Berufsgruppen hohe Anforderungen. Das gilt vor allem für die Ausgestaltung der Prozesse und die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung und führt zu veränderten Versorgungsnotwendigkeiten mit neuen Strukturen und Zuständigkeiten für die professionelle Pflege.

Der professionelle Kontext von Pflege wird begründet und normiert über das Gesundheits- und Sozialrecht (indirektes Berufsrecht). Lenkend für das unmittelbare Handeln in der Pflegepraxis sind in Deutschland vor allem die Kranken- und Pflegeversicherung mit ihren vorgegebenen Leistungskatalogen. Hier stellt sich vor allem die Frage, wie eine effiziente und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen gewährleistet werden kann. Denn Fortschritt in der Gesundheitsversorgung muss beim Patienten ankommen.

Empfehlungen nach einer stärkeren Einbeziehung aller Gesundheitsberufe, einer neuen Aufgabenverteilung und größerer Handlungsautonomie werden immer eindeutiger und vielseitiger eingefordert. Vor diesem Hintergrund und der seit langem voranschreitenden Akademisierung sind Pflegefachkräfte prädestiniert, eine erweiterte Rolle im Versorgungsgeschehen zu übernehmen. Daraus folgt, dass ein Neuzuschnitt der Handlungsbereiche aller Beteiligten in der Gesundheitsversorgung unabdingbar ist, um die Versorgungsqualität zu optimieren und das Verantwortungsgefüge neu zu ordnen. Aus der Perspektive des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) geht es also nicht prioritär um Ausbau der Delegation sondern vielmehr um Substitution und Allokation von Tätigkeiten und Verantwortungsbereichen.

Für ein solches Vorhaben bedarf es einer neuen und umfassenden Qualifizierung für die jeweilige berufliche Praxis. Für die Pflegepraxis geht es insbesondere um das Wissen und Können der Pflegenden, um die Strukturen, in denen Wissen und Können in effektive Pflegehandlungen umgesetzt wird sollen, und um die Bedingungen, die das begünstigen oder behindern.

Dazu bietet sich aus Sicht des DBfK die europäisch und international erprobte Qualifizierung in Advanced Nursing Practice (ANP) an. Unser Verband folgt der Definition des International Council of Nurses (ICN). Die Praxis einer erweiterten und fortgeschrittenen Pflegepraxis durch hoch qualifizierte Pflegefachkräfte in spezifischen Sektoren bewährt sich in den angelsächsischen und anderen Ländern und Skandinavien seit Jahren. Dort hat sich unter dem Oberbegriff ANP eine erweiterte pflegerische Aufgabenübernahme durch den Einsatz von Nurse Practitioner etabliert. Daher empfiehlt der DBfK die Weiterqualifizierung „Advanced Nurse Practice“ im akademischen (tertiären) Bildungsbereich als „konsekutiven Master“ anzusiedeln.

Ein solcher Neuzuschnitt von Handlungsbereichen erfordert, dass über eine interdisziplinäre Verständigung neue Formen der Kooperation und Interdisziplinarität konstituiert werden, eine gemeinsame Aus- und Weiterbildung langfristig zu einer gemeinsamen Sozialisation führen wird und Arbeitsorganisationsprozesse in allen Gesundheitseinrichtungen verändert werden. Darüber hinaus haben sich alle Sozialgesetze für alle Gesundheitsberufe vertrags- und leistungsrechtlich zu öffnen.

Mit der vorliegenden Broschüre führt der DBfK die Diskussion über die Einführung einer erweiterten und vertieften pflegerischen Praxis nach internationalem Vorbild zu Advanced Nursing Practice (ANP) fort. Nach Erscheinen der ersten Broschüre 2007 gilt es nun, aktuelle Entwicklungen aufzugreifen und konkrete Handlungsfelder für ANP-Spezialistinnen in Deutschland zu entwickeln. Dieses wurde durch die Erarbeitung von handlungsfeldspezifischen Szenarien erreicht.

In dieser Broschüre findet die Leserin¹ in Teil A einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen in der Pflege. Nach einer Beschreibung der internationalen Praxis um die Einführung von ANP wird die Situation in Deutschland analysiert und dargestellt, welche fördernden und hinderlichen Faktoren es bei der Einführung von ANP gibt. Die Einführung der Family Health Nurse als eine Ausprägung von ANP wird vorgestellt. Darüber hinaus wird aus bildungspolitischer Perspektive Advanced Nursing Practice (als Weiterqualifikation nach hochschulischer Erstausbildung in Kombination mit der Berufszulassung in der Gesundheits- und Krankenpflege) dargestellt. Hinweise auf notwendige Veränderungen zur Etablierung von ANP nach dem Rechtsgutachten von Professor Dr. Igl und ein Fazit runden diesen Teil der Broschüre ab.

In Teil B werden die handlungsfeldspezifischen Szenarien dargestellt, die in der Reihe ihrer Erwähnung von Dr. Andreas Büscher, Axel Doll (Dipl. Pflegepädagoge) und Sabine Beutelmann und Linda Federhenn (alle Mitglieder der DBfK-BundesArbeitsGemeinschaft BAG onkologische Pflege, Hospiz und Palliativpflege), Anja Gerlach (MScN) und Regina Wiedemann (MScN; ebenfalls Mitglied der BAG), Dr. Michael Schulz, Gabriela Schmitz (Dipl. Pflegepädagogin), Prof. Dr. Renate Stemmer und Dr. phil. Brigitte Osterbrink erarbeitet wurden. Abschließend gibt Dr. Johanna Feuchtinger in einem Interview Auskunft zu dem Stand der Umsetzung von ANP am Universitätsklinikum Freiburg. Allen Autoren sei an dieser Stelle sehr herzlich für Ihr Engagement gedankt.

Ziel der Szenarien ist es, anhand von (teils realen, teils fiktiven) Fallbeispielen darzustellen, welche Tätigkeiten von Pflegeexperten in Deutschland auszuführen sind. Damit soll ein Beitrag auf fachlicher, sozial- und berufsrechtlicher Ebene zur Klärung der Charakteristik dessen, was ANP in Deutschland ist oder sein soll, geleistet werden. Fragen zur Qualifizierung von ANP-Spezialistinnen, dem Kompetenz- und Tätigkeitsspektrum, der Verortung von ANP im deutschen Bildungssystem und auch die Vergütung stehen zur Klärung an. Im Sinne einer raschen Entwicklung und Etablierung von ANP in Deutschland hofft der Bundesvorstand des DBfK, dass diese Broschüre eine interessierte Leserschaft und eine weite Verbreitung findet.

Gertrud Stöcker, stellvertretende Präsidentin des DBfK, März 2011

¹Da im Pflegeberuf überwiegend Frauen arbeiten, wird für Personen und Gruppen die weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

TEIL A

1 PFLEGE IM WANDEL – AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in der Gesundheitsversorgung durch eine Vielzahl von Reformen fundamentale Änderungen ergeben.

- Im **stationären Bereich** der Krankenhäuser hat sich die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten grundlegend geändert. Mit der Einführung der DRGs wurden starke Anreize zur maximalen Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung gesetzt. Dies und die Auswirkungen der ärztlichen Tarifreform von 2006 belasten die Pflege enorm: So ist im Krankenhausbereich zwischen 1995 bis 2006 insgesamt 14,2 % des Pflegepersonals abgebaut worden, das entspricht jeder siebten Stelle (dip, 2009). Hinzu kommt die Verdichtung der Arbeit infolge



eines schnelleren Durchlaufes der Patienten. Die Arbeitsbelastung in der Pflege wird durch die wachsende Zahl von Patienten mit chronischen und Mehrfacherkrankungen sowie die Übernahme ärztlicher Aufgaben weiter erhöht. Dazu stellt die Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI, 2008) zur Neuordnung der Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes fest, dass in einem erheblichen Umfang bereits Aufgaben an pflegerisches Personal delegiert werden. Zu den mittelfristig zu übertragenden Aufgaben werden vor allem die Nicht-ärztliche Chirurgie-Assistenz bei operativen Eingriffen, das Case Management,

das Wundpflege- und Schmerzmanagement gesehen. Die Ergebnisse der DKI-Studie von 2010 zeigen, dass die Verlagerung von Tätigkeiten des Pflegefachpersonals auf anders qualifiziertes Personal zur Entlastung der Pflege (Kaskadeneffekt) ohne Qualitätsverlust möglich ist (DKI-Studie 2010). Keine Auskunft gibt die Studie allerdings über die bestehende Fehlsteuerung in der Arbeitsorganisation, der Leistungserstellung, der Patientensteuerung, der KH-Bedarfsplanungen oder zur Neuordnung der Gesundheitsberufe.

- **In der ambulanten Pflege** hat die Verringerung der ökonomischen und personellen Ressourcen für Veränderung gesorgt: Die Verlagerung von bisher stationären Fällen in den ambulanten Bereich erfordert die Überprüfung bisheriger Arbeitsprozesse und Aufgabenverteilungen. Hinzu kommt, dass infolge einer alternden Gesellschaft, der Zunahme von Mehrfacherkrankungen und chronischen Krankheiten sowie dem Wegfall traditioneller Familienstrukturen die Versorgungslagen immer komplexer werden.

- In der **stationären Altenhilfe** hat die Einführung der sozialen Pflegeversicherung für die Pflegenden zu steigenden Belastungen und Beanspruchungen geführt. Die Finanznot der öffentlichen Haushalte, erhöhte gesetzliche Qualitätsanforderungen und Auflagen und die seit Mitte der 90er Jahre stabil gehaltenen Zahlungen der Pflegeversicherung grenzten nach und nach die Leistungskataloge ein. Weniger und zudem schlechter qualifiziertes Personal erhöht den Druck in der Altenhilfe zusätzlich (Isfort, 2003). Insgesamt ist die Situation von geprägt durch eine unzureichende Personalausstattung, schlechte Bezahlung, Dumpinglöhne, Dauerstress sowie physisch und psychisch krank machenden Arbeitsbedingungen (DBfK, 2008/2009). Die zunehmende Anzahl kognitiv beeinträchtigter Bewohner erhöht die Anforderung an die Pflegenden zusätzlich.

Parallel dazu hat sich das Selbstverständnis der **Pflege als Profession** grundlegend verändert. Es gilt, die eigene Position in der Versorgungskette innerhalb des Unternehmens und an den Schnittstellen neu zu betrachten und zu definieren. In den Ballungsräumen besteht nach wie vor eine hohe Dichte von (Fach-)Arztpraxen sowie eine Fokussierung der ärztlichen Versorgung auf Akuterkrankungen. Demgegenüber ist die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten, drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit sowie durch präventive und rehabilitative Maßnahmen noch stark verbesserungsbedürftig.

Hinzu kommt ein relativer², strukturell bedingter Ärztemangel vor allem von Hausärzten für die primäre Basisversorgung, der hauptsächlich ein Verteilungsproblem ist. Laut Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung werden 2020 in Deutschland 15.000 Hausärzte fehlen.

Ist in der Vergangenheit die Pflege auf eine assistierende Tätigkeit für den ärztlichen Bereich reduziert worden, stellt sie sich heute als eigenständige Profession grundlegend anders dar: durch die wachsende Anzahl grundständig pflegeberufsausbildender Studiengänge und die fortschreitende Akademisierung im Bereich von Management, Forschung und Lehre eröffnet sich den Pflegenden ein bisher unbekannter Kanon an Entwicklungs- und Karrierechancen. Eine Ausprägung ist die erweiterte und vertiefte praktische Pflege analog der international bekannten Advanced Nursing Practice. Mit dem **Pflegeweiterentwicklungsgesetz** (PfWG) von 2008 zur Reform des SGB XI wird auch das Berufsrecht der Heilberufe tangiert und erstmalig – vorerst in Modellvorhaben – die Möglichkeit eröffnet, dass Pflegendе eigenständig Verbands- und Pflegehilfsmittel verordnen, die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der Pflege anordnen und bei entsprechender Qualifikation Heilkunde ausüben (§ 63 Abs. 3b,3c SGB V). Dabei geht es ausdrücklich um Substitution, d.h. die eigenverantwortliche Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegendе. Dies steht im Gegensatz zur Übertragung traditionell ärztlicher Aufgaben im Sinne von Delegation. Prognosen sagen, dass aufgrund erhöhter Anforderungen die pfe-

² Mit 1,5 Allgemeinmedizinern je 1000 Einwohner hat Deutschland eine deutlich höhere Ärztedichte als die OECD-Länder im Schnitt (0,9 Allgemeinmedizinern je 1000 Einwohner). Die Fachärztdichte liegt mit 2,0 je 1000 Einwohnern etwas über dem OECD-Schnitt von 1,8. Der vergleichsweise guten Ausstattung mit Ärzten steht eine eher mäßige Versorgung mit anderem medizinischen Fachpersonal gegenüber. So gibt es in Deutschland pro Arzt weniger Gesundheits- und Krankenpflegerinnen als im OECD-Mittel und deren Nachwuchs ist deutlich schlechter gesichert als bei Medizinern. Auf knapp 1000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen kommen in Deutschland pro Jahr nur rund 20 Absolventinnen, im OECD-Mittel sind es dagegen 40 (OECD 2009).

gerische Praxis mittelfristig eine weitere inhaltliche Veränderung erfahren wird. Das bezieht sich sowohl auf die Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder (horizontale Differenzierung auf vergleichbarem Qualifikationsniveau) als auch auf eine Vertiefung bzw. Spezialisierung pflegerischer Tätigkeiten (vertikale Differenzierung) im Sinne einer Übernahme und damit Neu-Zuordnung von Tätigkeiten (Allokation, nach Igl, 2008).

Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich in Krankenhäusern und Heimen zeichnet sich ein eklatanter pflegerischer **Fachkräftemangel** ab (DBfK, 2008/2009). Die Studie zum Fachkräftebedarf und -angebot im deutschen Gesundheitswesen (PricewaterhouseCoopers PwC, 2010) prognostiziert für 2020 eine Personallücke von mindestens 140 000 Fachkräften in den Krankenhäusern (Pressemitteilung DBfK, 10/2010). Der Deutsche Pflegerat (DPR) fordert eine von Politik und Pflegeexperten besetzte Kommission, um den gegenwärtigen Entwicklungen entgegenzutreten. Nach Einschätzung des DPR sind dramatische Versorgungsengpässe unausweichlich, wenn nicht die Attraktivität des Pflegeberufes durch die Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen und eine erhebliche tarifliche Aufwertung in allen Bereichen gesteigert wird.



Die Entwicklung und Etablierung einer Advanced Nursing Practice könnte hier Abhilfe schaffen: der Einsatz klinisch tätiger Pflegeexperten 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.



Advanced Nursing Practice (ANP) hat sich durch den Einsatz von spezialisierten Pflegenden (Nurse Practitioner) in allen Bereichen der Pflege in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien, den Niederlanden und der Schweiz breit etabliert. Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Personalmangel im ärztlichen Bereich, hohe Anforderungen an eine Basisgrundversorgung³ sowie die zunehmende Spezialisierung von Pflegenden spielen dabei eine wichtige Rolle (Schober et al., 2008). Laut ICN (2010)⁴ ist „die Verfügbarkeit von Pflegepersonal ein globales Problem“. Der Fachkräftemangel macht sich überall bemerkbar und die vorhandenen Arbeitskräfte sind ungleichmäßig verteilt. Als Reaktion auf diese drängenden Probleme wurde die Arbeitsweise von Pflegefachkräften dahingehend verändert, dass eine optimale Nutzung der vorhandenen Fähigkeiten gewährleistet ist. (Read et al., 1999, zitiert nach Spilsbury & Meyer, 2001; ICN 2010). Belegt wird diese Annahme durch gut untersuchte Beispiele in unterschiedlichen Ländern. So übernahmen in den Niederlanden Pflegeexpertinnen die krankenhausärztliche Versorgung von ambulanten Patienten mit Typ-2-Diabetes von den Assistenzärzten (Strömberg, 2004). In Großbritannien konnte durch die Übernahme der Leitung durch Pflegeexperten auf einer geburtshilflich/ gynäkologischen Abteilung Verbesserungen in der Kommunikation und der multidisziplinären Zusammenarbeit erzielt werden. In der Schweiz sind neue, erweiterte pflegeberufliche Rollen in Krankenhäusern zu finden. Sie weisen viele der vom ICN empfohlenen Merkmale (siehe Kasten) auf, wobei der Schwerpunkt auf der Fähigkeit liegt, wissenschaftliche Literatur auszuwerten und ethische Fragen effektiv erörtern und entscheiden zu können (Schober et al., 2004).

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 ein Durcheinander von Rollenbeschreibungen, Titeln und Arbeitsfeldern (Schober et al., 2009). Umso wichtiger ist es daher, über klare Definitionen das Berufsbild innerhalb des Gesundheitswesens zu beschreiben und zu platzieren.

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

³ Die Basisgrundversorgung wird als Primary Health Care bezeichnet

⁴ Handbuch zum Internationalen Tag der Pflegenden

2.3 MERKMALE EINER ERWEITERTEN UND VERTIEFTEN PFLEGE

Für eine erweiterte und vertiefte Pflege als autonomes Arbeitsfeld der Pflege zeichnen sich laut Spirig et al. (2004) drei Charakteristika ab:

- **Spezialisierung:** Nurse Practitioner spezialisieren sich auf die Gesundheitsprobleme einer bestimmten Patientengruppe bzw. eines relevanten Fachgebietes, z.B. chronische Krankheiten aus den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Pulmonologie, Endokrinologie, Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie.
- **Erweiterung** der pflegerischen Praxis: Durch die Weiterentwicklung der Bedürfnisse der Patienten an die gesundheitliche Versorgung entwickeln sich auch die Gesundheitsberufe weiter. Die damit verbundene Ausweitung der beruflichen Kompetenzen und die Anpassung an die Bedürfnisse der Patientengruppe zeigt sich in einer Ausdehnung und Erweiterung in der Pflege (Spirig et al., 2004). Dieses erweiterte Rollenkonzept umfasst Aufgaben wie Bildungs- und Erziehungsstrategien und Beratungsinitiativen und fördert interdisziplinäres Handeln. Pflegende stärken die Selbstkompetenz von Patienten und ihrer Angehörigen (Seidl, 2004).
- Diese Kombination von Spezialisierung und Erweiterungen führt zu einem **Fortschritt**, mit denen 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 (Spirig et al., 2004). Die Qualifikation dafür erfolgt über die Spezialisierung auf Masterniveau. Die Akademisierung gewährleistet die Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis. ANP-Spezialistinnen können die aktuelle wissenschaftliche Literatur einordnen und integrieren. Forschungsergebnisse werden systematisch ausgewertet, was zu einem positiven Beitrag von ANP auf die Ergebnisse führt.

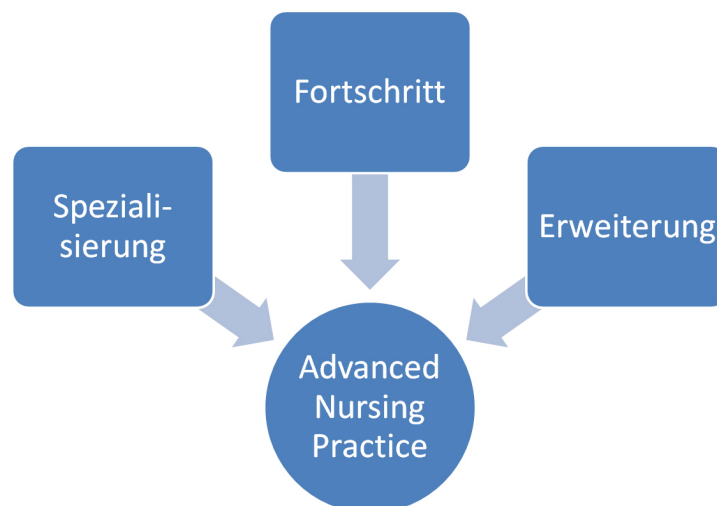


Abb. 1: Charakteristika einer Advanced Nursing Practice

Schober und Affara (2008) benennen als Merkmale einer ANP-Spezialistin „Spezialwissen und Expertise, klinisches Urteilvermögen, hoch qualifizierte, selbst initiierte Pflege und Forschungsinteresse“. Immer wieder schwierig ist es, darzustellen, worin das Besondere in der Tätigkeit einer ANP-Spezialistin im Vergleich zu einer herkömmlichen Pflegenden besteht. Um die Verständigung untereinander und die weitere internationale Entwicklung zu fördern, hat der ICN (2000) die Merkmale und Kennzeichen einer Advanced Practice Nurse (Pflegeexpertin/Pflegeexperte) 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 et al., 2008):

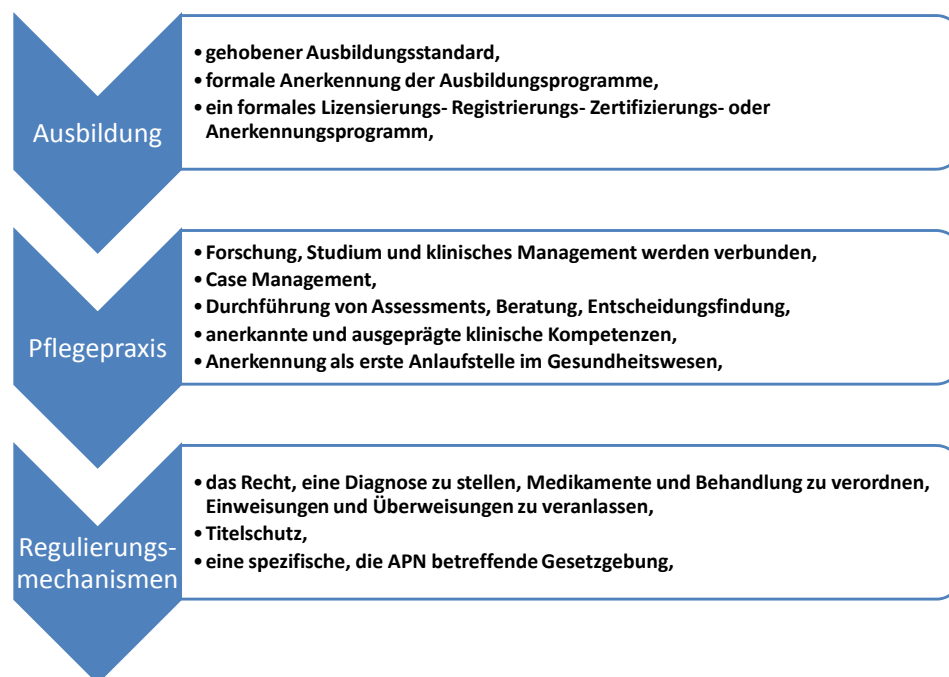


Abb.2: Merkmale von Advanced Nursing Practice

Der Blick in das 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 ANP ein hohes Maß an beruflicher Autonomie entwickelt. Dieses äußert sich darin, dass ANP-Spezialistinnen in einigen Ländern über die Kompetenzen verfügen und das Recht zuerkannt bekommen haben,

- Diagnosen zu stellen,
- Sachmittel und Medikamente zu verordnen,
- Therapien zu verordnen,
- Ein- bzw. Überweisungen ins Krankenhaus, an die Hausarztpraxis oder an weitere Gesundheitsberufe durchzuführen.

Diese Reglementierung wird jedoch von dem jeweiligen Land, in dem die ANP tätig ist, geregelt. Laut Schober/Affara (2008) zählen diese Rechte zu den strittigen Praxisthemen, die immer im Kontext mit der jeweiligen Ausgangssituation zu betrachten und zu diskutieren sind. Generell zeichnet sich ab, dass es keinen formalen Titelschutz für ANP-Spezialistinnen gibt; die Vielfalt der verwendeten Bezeichnungen lässt darauf schließen, dass die Rollenentwicklung in den Ländern stark variiert. Die Bezeichnung ‚Advanced Nursing Practice‘ (ANP) oder ‚Advanced Practice Nurse‘⁵ (APN) werden tendenziell als Oberbegriffe verwendet, denen spezifischere Begriffe, die mit erweiterten Praxisrollen zu tun haben, zugeordnet werden. Daher sei an dieser Stelle auf die

- Clinical Nurse Specialists (CNS),
- Higher Level Practitioners (HLP),
- Nurse Consultants (NC),
- Public Health Nurses (PHN) hingewiesen.



Die Berufsbezeichnungen der ANP-Spezialistinnen sind nicht klar definiert und voneinander abgegrenzt, es zeichnet sich jedoch für die Unterscheidung zwischen NP/APN und den Clinical Nurse Specialists eine Klärung ab: NP/APN sind vermehrt in die allgemeine gemeindenahere Versorgung (Generalists) eingebunden, während CNS eher in der Akutversorgung (Specialists) verortet sind (Sachs, 2006). In der vorliegenden Broschüre bezieht sich der DBfK auf die Definition des ICN (S. 9).

⁵ Da in Deutschland bisher kein einheitlicher Sprachgebrauch zu Advanced Nursing Practice besteht, werden in der Broschüre die Begriffe ANP (Advanced Nursing Practice) und APN (Advanced Practice Nurse oder Advanced Practice Nursing) synonym verwendet. Ebenso werden die Begriffe NP (Nurse Practitioner) und ANP-Spezialistin synonym verwendet. Gelegentlich wird in Deutschland von Pflegespezialistinnen gesprochen.

2.3 KOMPETENZEN FÜR ADVANCED NURSING PRACTICE

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. Während Qualifikation die Fähigkeiten zur Bewältigung konkreter (in der Regel beruflicher) Anforderungssituationen bezeichnet, das heißt deutlich verwendungsorientiert ist, ist der Kompetenzbegriff subjektorientiert. Er ist zudem ganzheitlich ausgerichtet, umfasst nicht nur inhaltliches bzw. fachliches Wissen und Können (Fachkompetenz), sondern auch außerfachliche bzw. überfachliche Fähigkeiten wie Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Personalkompetenz (Arnold et al., 2001). Die Diskussion, welche Kompetenzen eine ANP-Spezialistin benötigen, wird auch in Deutschland lebhaft geführt. So sind die Fragen,

- ob es einen Titel/Bezeichnung für die Pflegeexpertin gibt und wenn ja, ob er geschützt ist und
- welche Kompetenzen eine ANP-Spezialistin benötigt, um ihrer Rolle als vertieft und spezialisiert Pflegende gerecht zu werden, nicht abschließend und einheitlich geklärt.

Sowohl der ICN (2005) als auch andere Autoren (Garder et al., 2004/ Schober & Affara, 2008/ Hamric et al., 2000) haben Kompetenzen identifiziert, die eine vertiefte und erweiterte Pflege charakterisieren. Übereinstimmend wird formuliert, dass dazu insbesondere klinische Kenntnisse in einem spezifischen pflegerischen Bereich gehören, wie z.B.

- kann komplexe Situationen einschätzen und klinische Entscheidungen treffen,
- kann eine gründliche, umfassende körperliche Diagnostik durchzuführen,
- kann eine Diagnose stellen und einen Behandlungsplan aufstellen,
- hat Fähigkeiten, andere zu befähigen und zu führen (Leadership) (Garder et al., 2004).

Die Canadian Nurses Organisation (CNA, 2002) benennt als Kernkompetenzen einer APN 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 ANP 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 ANP durch die jeweiligen Länder geregelt werden. Dadurch entsteht eine Heterogenität in der Ausprägung von ANP, die es unmöglich macht, einzelne, national bewährte Modelle in andere Länder zu übertragen. In vielen Staaten, darunter auch in Deutschland, wird die Diskussion um ANP verstärkt geführt und ist keinesfalls abgeschlossen.

2.4 ÖKONOMISCHE ASPEKTE VON ADVANCED NURSING PRACTICE

Ein Faktor mit großer Katalysatorkraft zur Einführung von ANP ist der Nachweis einer positiven ökonomischen Bilanz. Bereits 2005 konnte Buchan et al. die Überlegenheit einer pflegerisch gesteuerten Grundversorgung belegen. Allerdings ist die Bewertung begrenzt dadurch, dass es sich um einzelne Studien mit relativ geringer Fallzahl, in ausgewählten Regionen und mit begrenztem Untersuchungszeitraum handelte. Diese Ergebnisse ließen sich jedoch aufgrund des weitgehenden Fehlens von systematischen Reviews und randomisierten Studien mit höherer Evidenz und Aussagen zu langfristigen Auswirkungen nicht ohne weiteres verallgemeinern. In der Fallstudie der OECD zur Neuordnung im Gesundheitswesen (Health Working Paper) unter besonderer Berücksichtigung von Advanced Nursing Practice werden Erfahrungen aus 12 Staaten evaluiert (Delamaire et al., 2010). Die Studienergebnisse zeigen, dass der Einsatz von ANP-Spezialistinnen den Zugang zu den Leistungen des Gesundheitsdienstes verbessert und Wartezeiten verringert. Die Qualität der Leistungen im Vergleich zu ärztlich erbrachten Leistungen ist gleich, z.B. bei der Behandlung von Bagatellerkrankungen sowie routinemäßige Folgeuntersuchungen. Die meisten Studien zeigen eine hohe Patientenzufriedenheit, hauptsächlich aufgrund ausführlicherer Beratungsgespräche und Informationsweitergabe der Pflegenden an die Patienten. Dort, wo durch ANP ärztliche Aufgaben übernommen wurden, zeigen die Studien, dass entweder Kostenneutralität oder eine leichte Kostenreduzierung der Gesundheitsleistungen verglichen mit einem arztzentrierten Konzept erzielt werden. Deutlich wird, dass Einsparungen bei den Gehältern teilweise oder vollständig ausgeglichen werden durch z.B. längere Beratungsgespräche, höhere Überweisungsquoten zu anderen Ärzten, Wiedereinbestellungen sowie zusätzliche Verordnungen von Untersuchungen. Wenn diese Dienste ergänzende Leistungen beinhalten, hat das eine Kostensteigerungen zur Folge, wie sich anhand der Auswertung eines Disease-Management-Programmes zeigt. Allerdings berücksichtigen diese Untersuchungen mögliche Kostenreduzierungen durch die Vermeidung ernsthafter Komplikationen bei chronisch Kranken nicht.

Deutlich wird, dass die Einführung von ANP komplexe Auswirkungen hat und daher nur schwer isoliert betrachtet und bewertet werden kann. Daher ist es schwierig, die Auswirkungen von ANP isoliert unter Kosten-Nutzen-Aspekten zu erfassen. Dieses wird nicht den komplexen Veränderungsprozessen gerecht, die der Einführung von ANP zwingend vorausgehen. Auswirkungen in der Patientenversorgung in qualitativer Hinsicht (Zugang zur Gesundheitsversorgung, Qualität, Ergebnis und Patientenzufriedenheit) belegen jedoch die Überlegenheit einer pflegerisch ausgerichteten Versorgung. Die Fallstudie zeigt, dass sich die Substitution von Aufgaben kostenreduzierend bzw. kostenneutral auswirkt, hingegen die bloße Delegation und Aufgabenvermehrung kostensteigernd wirkt.

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

3 DIE ETABLIERUNG VON ADVANCED NURSING PRACTICE IN DEUTSCHLAND

Nachdem im internationalen Kontext die Thematik einer angemessenen Gesundheitsversorgung bereits seit langem diskutiert und konsequent verfolgt wird (durch die Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978), der Ottawa Charta (WHO 1986) und der Strategie „Gesundheit 21“ der WHO von 1999) gibt es auch in Deutschland erste Ansätze für die Entwicklung einer Advanced Nursing Practice nach internationalem Vorbild.

- Durch die Münchner Erklärung in 2000 wurden die Behörden aufgefordert, ihre Maßnahmen „zur Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen“ zu beschleunigen. Pflegende und Hebammen sollen bei grundsätzlichen Entscheidungen konsequent eingebunden werden; die politisch Verantwortlichen sollen sich mit Hindernissen insbesondere in Nachwuchspolitik und ärztlicher Dominanz auseinandersetzen und Pflegenden und Hebammen finanzielle Anreize und bessere Laufbahnmöglichkeiten eröffnen. Pflegende und Hebammen sollen eine Schlüsselrolle in der Prävention und der Gesundheitsförderung einnehmen.
- 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 Advanced Nursing Practice (z.B. Nurse Practitioner) ist zu prüfen“ (SVR, 2007).
- Im Folgegutachten 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, (...)“. (SVR, 2009, Kurzfassung).
- Die Einrichtung akademischer Pflegestudiengänge sorgt mittlerweile für einen breiten pflegerischen Wissensfundus; nationale Expertenstandards werden akzeptiert und zunehmend umgesetzt; integrierte Versorgungsstrukturen mit pflegerischer Beteiligung breiten sich immer weiter aus. „Advanced Nursing Practice“ ist zwar kein Fremdwort mehr, jedoch ist es nicht in dem Maße etabliert, dass es eine deutsche Begrifflichkeit dafür gäbe.
- Infolge von Alterung, Multimorbidität, innovativen Behandlungsmethoden und der Integration von Versorgungsstrukturen haben sich spezialisierte Aufgabenfelder sowohl in der stationären als auch der ambulanten Pflege entwickelt. In den Krankenhäusern kommt es bereits zu einer Ausweitung der pflegerischen Tätigkeiten.

Dies betrifft insbesondere

- Zytostatikagabe durch Pflegende in der Onkologie (Hänsch et al., 2010),
 - Aufgaben in der Anästhesie- und Intensivpflege (z.B. Übernahme des Beatmungsregimes, individuelle Einstellung der Insulintherapie, Schmerz- und Lagerungstherapie),
 - Aufgaben im Operationsdienst (z. B. OP-Koordination),
 - Aufgaben in der Funktionsdiagnostik und der Notaufnahme (z.B. Routineendoskopien im Rahmen der Prävention, Erstuntersuchungen),
 - Aufgaben im Rahmen einer Spezialisierung z.B. im Wundmanagement oder der Ernährung (DBfK, 2006).
- Im ambulanten Bereich werden durch den Ausbau eines gemeindenahen Versorgungsmanagements einige Tätigkeiten des Hausarztes übernommen, insbesondere aber ergänzt und unterstützt. Neben originär pflegerischen Tätigkeiten können Aufgaben in der
 - Grundversorgung und Gesundheitserhaltung,
 - Krankheitsprävention,
 - der Versorgung von chronisch kranken Menschen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Demenz etc.) und der
 - Beratung und Patientenschulung hinzukommen.
 - Pflegende erschließen sich zunehmend neue Aufgabenfelder. Dies geschieht häufig durch Absolventinnen der pflegerischen Studiengänge, die im engeren Berufsfeld keine adäquaten Stellenangebote vorfinden. Es passiert in der beruflichen Praxis durch Pflegende, die über ein spezielles Wissen verfügen, durch neue, flexiblere Strukturen der Leistungserbringung, durch ein wachsendes Bewusstsein der Menschen für Gesundheit und Gesunderhaltung. Pflegende arbeiten im Bereich von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, in der Beratung und im Case Management (Wagner, 2008).
 - Mit der Zunahme an chronischen und altersassoziierten Krankheiten und dem dadurch erhöhten Bedarf an Bewältigungs- statt Heilungsstrategien gehen auch in Deutschland Anstrengungen des Gesetzgebers einher. Die Integration und Koordination von Unterstützungsstrategien sowie die Stärkung von Prävention, des Wettbewerbs, der Qualitätssicherung finden Ausdruck in der Einführung der integrierten Versorgung, dem Hausarztmodell sowie den Disease-Management-Programmen. Diese Entwicklungen werden durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs (GKV-WSG, 2007) sowie das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG, 2008) weiter verfolgt.
 - Der Überblick über die grundständig pflegeberufsausbildenden Studiengänge in Deutschland zeigt, dass es derzeit 22 Hochschulen gibt, an denen der Bachelor of Nursing erworben werden kann (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe DBR, Stand 2010). Nach dem Motto „Kein Abschluss ohne Anschluss“ steigt damit die Notwendigkeit, den Absolventinnen auch mittel- und langfristig ein weiterführendes Qualifikationsangebot in Form von Masterstudiengängen im Bereich der Pflege anzubieten.

Trotzdem sollte die Prognose zur Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland differenziert betrachtet werden, denn es gibt auch behindernde Faktoren.

- Die deutsche Krankenversorgung hat immer noch eine vordergründige Orientierung auf die Akutversorgung und kurzfristig zu heilende Krankheiten und wird durch die Monopolstellung der Ärzte sowie eine starke Fragmentierung zwischen den Sektoren bestimmt (Rosenbrock et al., 2004).
- Die pflegerische Handlungsautonomie hinkt im internationalen Vergleich immer noch weit hinterher und die Rahmenbedingungen in der Pflege sind schlecht, wie eine DBfK-Meinungsumfrage belegt (DBfK, 2009). Nur bei angemessenen Arbeitsbedingungen lohnt sich jedoch der Einsatz von ANP-Spezialistinnen. Häufig sind diejenigen ANP-Spezialistinnen, die derzeit im Sinne von ANP tätig sind, nicht mit entsprechenden Kompetenzen und Verantwortungsübernahme ausgestattet.
- In Deutschland hat das bisherige Studienangebot im Bereich der Pflege zur Folge, dass Pflegende mit Hochschulabschluss ihren Tätigkeitsschwerpunkt in patientenferne Bereiche wie z.B. Management oder Lehre verlagern. Bis heute gibt es kaum Hochschulen, die ein pflegewissenschaftliches Studium mit pflegerischer Berufseinmündung im Sinne einer ANP anbieten. Zudem zeigen die Erfahrungen, dass „wegen der Vielzahl der Studiengänge eher eine gewisse Beliebigkeit der Ausbildungsprofile produziert wird, die mehr den Neigungen der Hochschulen folgen als den aus den pflegerischen Versorgungsbedarfen resultierenden Qualifizierungsanforderungen“ (Igl, 2008).
- Bisher legen die Pflegenden im deutschsprachigen Raum eine spürbare Ambivalenz gegenüber der Körperuntersuchung bzw. Untersuchungstechniken wie Palpation, Perkussion und Auskultation an den Tag. Dieses kann jedoch auch der Tatsache geschuldet sein, dass es weder einschlägige pflegewissenschaftliche Fach- und Lehrbücher für die Interpretation körperlicher Befunde gibt, noch eine regelhafte Vermittlung dieser Untersuchungstechniken in der Ausbildung stattfindet (Lindpaintner, 2007).

Aus dem Dargelegten ergibt sich für den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK die Notwendigkeit einer grundlegenden Positionierung zur weiteren Entwicklung von Advanced Nursing Practice in Deutschland. Aus berufspolitischer Initiative 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 **Tätigkeitsfelder** und **Kompetenzprofile** sowie das erforderliche Qualifikationsprofil für ANP-Spezialistinnen zu entwickeln.

3.1 EINE AUSPRÄGUNG VON ANP: DIE FAMILY HEALTH NURSE

Die Etablierung der Family Health Nurse⁶ gehörte 2000 zu den wichtigsten Themen der WHO-Konferenz der europäischen Gesundheitsminister in München. Die WHO wies den Pflegenden und Hebammen eine zentrale und neue Rolle in der Gesundheitsversorgung zu. Im Mittelpunkt steht eine familienorientierte und gemeindenahere Versorgung mit dem Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem für vulnerable Gruppen und Familien. Der DBfK griff das Thema auf und führte ein Pilotprojekt zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland durch. Mit der darauf folgenden Gründung des Kompetenzzentrums Familiengesundheitspflege (mit Förderung der Robert Bosch Stiftung) – angeschlossen an den DBfK-Bundesverband – wird die Verbreitung der Familiengesundheitspflege in Deutschland nachhaltig gefördert. Die ersten Absolventinnen beendeten 2007 die Weiterbildung; inzwischen gehen sie in die Familien, beraten dort zu Gesundheitsfragen, bieten bei Krankheit und Behinderung Pflege an und vermitteln zwischen Hausarzt und anderen Gesundheits- und Sozialberufen. Sie greifen in Krisenzeiten unterstützend ein und helfen bei der Bewältigung des Alltags.

Die Berufseinmündung der Absolventinnen wurde durch eine Verbleibstudie 2009/2010 evaluiert. Die Ergebnisse der Umfrage belegen, dass sich die Familiengesundheitspflege allmählich als Tätigkeitsfeld von Pflegenden und Hebammen etabliert. Einige sind über Projekte, ambulante Pflegedienste, Drogenberatungsstellen oder beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) tätig. Einige wenige – und das ist besonders erfreulich – sind bereits in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens tätig und setzen dort die „Family Health Nurse“, wie es die WHO vorgesehen hat, um.

Die Verbleibstudie zeigt, dass die Weiterbildung gut auf das Handlungsfeld vorbereitet und der größte Teil der Absolventinnen in das neue Tätigkeitsfeld einmündet. Häufig wird Familiengesundheitspflege mit herkömmlichen Tätigkeiten in der Pflege oder als Hebamme kombiniert, teilweise auch freiberuflich/selbstständig. Ein großer Teil der Absolventinnen sieht in der Familiengesundheitspflege eine interessante berufliche Perspektive. Dem dürfte auch zugrunde liegen, dass in der gesellschaftlichen Diskussion Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieses gilt sowohl für pflege- und hilfsbedürftige Betroffene als auch für deren „Versorger“, z.B. die pflegenden Angehörigen. Familiengesundheitspflegende und /-hebammen erkennen häusliche Überlastungssituationen und schaffen gezielt Abhilfe. Das stabilisiert die häuslichen Pflegearrangements und erhöht die Lebensqualität der Betroffenen (Weskamm/Rehr, 2009).

Ogleich es nach wie vor keinen strukturellen Rahmen für eine regelhafte Finanzierung dieser Leistung gibt, geht der DBfK davon aus, dass der Bedarf nach einer familienorientierten, gemeindenaheren Gesundheitsleistung in der Bevölkerung sehr hoch ist und weiter steigen wird. Es wird weiterhin Aufgabe im Kompetenzzentrum sein, durch eine verstärkte Lobbyarbeit die Frage der Finanzierung der Familiengesundheitspflege zu regeln. Alle Informationen unter www.familiengesundheitspflege.de oder bei dbfk@dbfk.de.

⁶ Für Deutschland wurde der Begriff Familiengesundheitspflegerin bzw. Familiengesundheitshebamme gewählt.

3.2 BILDUNGSWEGE IN DER PFLEGE: AUSBILDUNG ODER STUDIUM?

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

Die Pflegeausbildungen nach geltendem Bundesrecht⁷ 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 Pflegender 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. Die 2003 eingeführten Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“ entsprechen den sozialrechtlichen Erfordernissen und dem Anspruch professioneller Pflege. Sie verankern zugleich die Gesundheitsförderung und Prävention im pflegerischen Handeln.

Gleichzeitig wurde 2003 eine Modellklausel zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten in der Pflege eingeführt. Dieses Vorhaben soll der Zusammenführung der Pflegeausbildung sowie der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen (§ 4 Abs. 6 KrPflG). Politisch zwar ungewollt, aber aufgrund großzügiger Interpretation der Modellklausel entstanden 22 grundständige Studiengänge⁸. Diese Verortung der Erstausbildung auf Hochschulniveau führt nach und nach in den meisten Bundesländern zu einem pflegerischen Berufsabschluss und einem wissenschaftlichen Abschluss auf Bachelor-Niveau.

Folgende Klassifizierungen der Studiengänge in Deutschland gibt es derzeit:

- *Integrierte Studiengänge*: die Berufsausbildung ist vollständig in das Hochschulstudium integriert. Die Hochschule wendet neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben an. Die praktische Ausbildung findet in Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens statt.
- *Verzahnte Studiengänge*: während der beruflichen Ausbildung erfolgen zusätzlich Studienangebote des Bachelor-Studiengangs. Bei diesen Studiengängen sind das Berufsausbildungssystem und das Wissenschaftssystem nebeneinander organisiert. Nach Abschluss der Berufsausbildung wird das Studium bis zum Bachelor-Abschluss fortgesetzt.
- *Studiengänge ohne pflegerische Berufszulassung*: Die Absolventinnen des Studienganges erwerben die Berufszulassung nachträglich, indem sie Anteile der Pflegeausbildung an herkömmlichen Schulen des Gesundheitswesens absolvieren).

⁷ Alle Aussagen zum Bundesrecht oder zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gelten auch für die Regelungen nach dem Altenpflegegesetz. Die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist ausdrücklich in das ANP-Konzept einbezogen, da besondere Potenziale z.B. in der Betreuung kognitiv beeinträchtigter Patienten bestehen.

⁸ Stand 10/2010, in: DBfK aktuell, DIE SCHWESTER/DER PFLEGER 10/2010, S.994 oder unter www.bildungsrat-pflege.de/

Auch das Gutachten des SVR 2007 bewertet den Akademisierungsprozess der Pflegeberufe positiv. Neu in dem Gutachten von 2007 ist insbesondere der Appell des Rates an die Medizinischen Fakultäten, eine höhere Verantwortung für die akademische Ausbildung der Pflege zu übernehmen, Lehrstühle für Pflegewissenschaften einzurichten und einen innovativen Beitrag für die Weiterentwicklung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu leisten (Kuhlmeier, 2007).

Seit 2008 ermöglicht die Modellklausel nach § 4 Abs. 7 KrPflG die Durchführung von Modellprojekten, die Pflegenden erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermitteln. Erstmals wird durch diese Modellklausel Berufsrecht und Sozialrecht miteinander verknüpft. Diese Erweiterung des Berufsfeldes ermöglicht Pflegenden, Pflegehilfsmittel zu verordnen sowie Dauer und Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege zu bestimmen. Weitere Übertragungen heilkundlicher Tätigkeiten an Pflegenden, die bisher unter ärztlichem Vorbehalt stehen, sind durch Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu gestalten (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V).

Hinzu kommen die Einflüsse der Europäischen Union (EU) bezüglich der Anerkennung von Berufsabschlüssen sowie die berufliche Mobilität und die damit verbundenen tiefgreifenden Veränderungen aller Bildungssysteme und -strukturen. Diese Einflüsse sind für die Entwicklung eines einheitlichen europäischen Bildungs- und Wirtschaftsraums mit vergleichbaren Positionen, Gratifikationen und Qualifikationen von besonderer Relevanz. All das setzt nachhaltige Impulse für die Reform der pflegeberuflichen Bildung in Deutschland. Schwerpunkt dabei ist im Wesentlichen die generalistisch ausgerichtete Erstqualifizierung mit dem Abschluss Gesundheits- und Krankenpflegerin (nurses responsible for general care) und deren automatische Anerkennung in den EU-Staaten⁹. Weiterhin hat die EU ihre Mitgliedstaaten verpflichtet, Regelungen einer allgemeinen beruflichen Weiterbildung festzulegen, die die Berufsangehörigen auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Technik hält (EU-Richtlinie 2005/36/EG: Nr. 39: 26/ Art. 22 b: 36).

⁹ Das bedeutet jedoch auch bis heute, dass die deutschen Berufsabschlüsse in der Alten- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durch die ausgewiesene Systematik der europäischen Beruferichtlinie eine Splittung und Unterschiedlichkeit in der Anerkennung und demzufolge eine Ungleichbehandlung i.S. der europäischen Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit erfahren.

Weitere bildungspolitische Vereinbarungen innerhalb Europas befassen sich mit den allgemeinen, beruflichen und hochschulischen Bildungswegen und deren Abschlüssen:

Die **Lissabon-Strategie** hatte zum Ziel, die EU bis 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensgestützten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Daran knüpft das Konzept **Europa 2020** an. Mit den europäischen Bildungs- und Ausbildungssystemen soll eine weltweite Qualitätsreferenz erreicht werden. Dazu schlägt die Europäische Kommission ein Konzept für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum vor. Die Ziele betreffen die Bereiche Beschäftigung, Forschung und Innovation, Klimaschutz und Energie, Bildung und Armutsbekämpfung.

Darin integriert sind u.a. der **Bologna-Prozess** mit seinem einheitlichen europäischen Hochschulrahmen. Entwickelt wurde ein vergleichbares, europaweit anerkanntes System zur Anrechnung und Übertragung von Studienleistungen mit einer zweistufigen Studienstruktur und den Abschlüssen „Bachelor“ und „Master“ (Bologna Deklaration 1999).

Ebenso integriert in die Lissabon-Strategie ist der **Kopenhagen-Prozess**. Durch diesen soll – in Anlehnung an den Bologna Prozess – für die allgemeine und berufliche Bildung die horizontale Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsabschlüsse untereinander und die vertikale Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsabschlüsse zur akademischen Berufsbildung ermöglicht werden (Kopenhagen-Deklaration, 2004).

In Folge des **Maastricht-Vertrags** wurden die beiden Bildungsräume entsprechend des Bologna und Kopenhagen-Prozesses in einem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR, 2008) zusammengefasst. Dieser dient der Steuerung und Transparenz von europäischen Bildungssystemen. Qualifikationsabschlüsse können so im Kontext von lebenslangem Lernen sowohl vergleichbar als auch anrechenbar werden (Vertrag von Maastricht über die Europäische Union, 2004).

All diese Vereinbarungen haben Auswirkung auf die jeweilige nationale Bildungsdiskussion. Für die einzelnen Staaten gilt es, das eigene System klar zu ordnen, in einem eigenen Qualifikationsrahmen transparent zu machen und weiter zu entwickeln. Auch in Deutschland sind Bund und Länder dabei, bis 2012 einen Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zu entwickeln, der zur Bewertung und Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa beiträgt (www.deutscherqualifikationsrahmen.de).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) reagierte mit dem Bildungskonzept „Pflegebildung offensiv“ auf die geforderte Neuordnung von Bildungsprozessen in Deutschland und Europa. Gleichzeitig wird damit eine Antwort auf die demografischen und epidemiologischen Herausforderungen im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem gegeben. Nach dem Bildungskonzept kann die Ausbildung in der Pflege sowohl über eine herkömmliche berufliche Ausbildung im Sekundär-II-Bereich als auch über die hochschulische Ausbildung (Bachelor of Nursing) erfolgen. Perspektivisch sollte die pflegerische Erstausbildung aufgrund der europäischen Vereinheitlichung auf Hochschulniveau angesiedelt werden. Die Absolventinnen beider Berufsqualifizierungen erhalten die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin und sind gleichermaßen in der Pflegepraxis tätig.

Weiterführende Qualifizierungen in der Pflege können sowohl im *akademischen* (tertiären) Bildungsbereich als auch im *nicht-akademischen* Bildungsbereich verortet sein. Im akademischen Sektor sind der „konsekutive Master“ sowie der „Weiterbildungs-Master“ möglich. Weiterqualifizierungen im *nicht-akademischen* Bildungsbereich können als Anpassungsweiterbildung und als Aufstiegsweiterbildung konzipiert sein.

Um die Vergleichbarkeit von Abschlüssen zu verbessern, eine erhöhte Durchlässigkeit und Flexibilität im Bildungssystem sowie die vollständige Anrechenbarkeit von Bildungsleistungen innerhalb der Bildungsbiographie zu erreichen, ist es unabdingbar, dass

- alle Bildungsangebote in ihrer Konstruktion modularisiert sind,
- die Lernergebnisse gemäß den Kompetenzstufen des DQR festgelegt werden,
- die Lernergebnisse über formal, non-formal und informell erworbenes Wissen und Können Anrechnung finden und
- eine vorgegebene Modulanzahl, -größe und -kombination zu einem definierten und nach Akkreditierung auch zu einem staatlich anerkannten Abschluss führt.

Für eine Advanced Nursing Practice mit vertiefenden und/oder spezialisierenden Aufgaben bietet sich in der Logik des Konzeptes „Pflegebildung offensiv“ der konsekutive Masterstudiengang mit dem Schwerpunkt in klinischer¹⁰ Expertise an:

- Die Fachgebiete, die durch ANP abzudecken sind, sollen hinreichend breit gebündelt und zukunftsfähig sein, aber nicht jedem Gesundheitsproblem folgen.
- Arbeitsfelder und Inhalte von ANP ergeben sich aus den Erkenntnissen der Versorgungsforschung sowie dem sich entwickelnden und verändernden Bedarfen der Bevölkerung (DBR, 2009).
- Die Strukturen des Studiums sollen flexibel und dynamisch gestaltet werden mit einer Einteilung in Grund- und Spezialisierungsmodule (vgl. Tabelle 1).

	„Klinisches Wissen“	„Steuerungs-Wissen“	„Forschungs-Wissen“
Grundmodule	z. B. - Versorgungskonzepte - Theorien - Studien - Praxislogiken	z. B. - Qualitätsmanagement - Strategieentwicklung - Teamentwicklung - Prozessmanagement - Führung in den Systemen	z. B. - Wissenschaftstheorie - Methodologie - Methoden
Spezialisierungs-module	z. B. (alternativ) - geronto-psychiatrisch erkrankte Menschen - onkologisch erkrankte Menschen - pflegebedürftige Kinder - Pflege sterbender Menschen - behinderte Menschen - Intensivpflege usw.	z. B. jeweils auf das Fach bezogen - spezifisches OE-Wissen - spezifische Strategien - spezifische Prozesse usw.	z. B. jeweils auf das Fach bezogen - spezifische methodologische Zugänge - spezifische Forschungsmethoden - spezifische Fragen der Forschungsethik

Aus berufspolitischer Sicht wird insbesondere für Frauen die Möglichkeit zum lebenslangen Lernen und beruflicher Weiterqualifizierung geschaffen. Außerdem gewinnen die Berufe in der Pflege an Attraktivität, gesellschaftlichem Image und eröffnen Karriereoptionen.

Tabelle 1: Weiterqualifizierung „Advanced Nursing Practice“ Klinische Expertise, Bildungskonzept DBR, 2008

¹⁰ Klinisch ist hier im Sinne von pflegerisch in der Praxis tätig gemeint.

3.3 NOTWENDIGE MAßNAHMEN ZUR VERANKERUNG VON ANP

Die Angehörigen der Alten-, Kinder- und Krankenpflegeberufe stellen unter den Gesundheitsberufen den größten Anteil. Sie tragen einen hohen Anteil an 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 Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und die Pflegeversicherung (§ 4 Abs. 3 SGB XI) geben konstitutiv eine „wirksame (...) Pflege“ vor, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen soll. 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 kommen die Vormachtstellung der Ärzte in der Organisation der Selbstverwaltung neben den Krankenkassen und Einrichtungsträgern (Sachs, 2006) sowie der Umstand, dass den Pflegenden als mehrheitlich weiblichen Berufsangehörigen immer noch unterstellt wird, ihnen sei das „helfende Handeln für die Person allemal wichtiger ist als die Organisation berufsständischer Anliegen und die Präsenz in Entscheidungsgremien“ (Igl, 2008a).

Zehn Jahre nach dem Rechtsgutachten (Igl et al., 1998) zu den öffentlich-rechtlichen Grundlagen im Berufsfeld Pflege werden in dem Gutachten von 2008 (Igl, 2008) 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.

Die wichtigsten Ergebnisse des Gutachtens lauten:

- Die Einrichtung von Vorrang- und Vorbehaltsaufgaben¹¹ für die Pflegeberufe ist in bestimmten, klar definierten Bereichen verfassungsrechtlich zulässig. Welche Tätigkeiten im Einzelnen als Vorrang- oder Vorbehaltstätigkeiten für die Pflegeberufe zu definieren sind, bestimmt sich nach dem Qualifikationsvorsprung, der sich bei heilkundlichen Tätigkeiten gegenüber der ärztliche Ausbildung ergibt.

¹¹ Igl unterscheidet zwischen dem relativen (vorbehaltene Tätigkeit) und dem prioritären (vorrangige Tätigkeit) Vorbehalt. Vorbehaltene Tätigkeiten beschränken sich auf die Abgrenzung einer berufsmäßig ausgeübten Tätigkeit im Verhältnis zur berufsmäßigen Ausübung anderer Berufsgruppen. Vorrangige Tätigkeiten bezeichnen den Vorrang der berufsmäßigen Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeit für eine bestimmte Berufsgruppe unter bestimmten Voraussetzungen.

- 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 (SVR, 2007, S.18). Die durch das PflWG (§ 63 Abs. 3c, SGB V) eingeführte weitere Möglichkeit, Heilkunde von besonders qualifizierten Pflegenden ausüben zu lassen (vorerst in Modellprojekten) ist als fortschrittlich für die Pflegeberufe zu bewerten.
- Im Juni 2009 hat der GKV-Spitzenverband dem Antrag des DBfK auf „Aufnahme der bundeseinheitlich geregelten Pflegeberufe, insbesondere der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, der Altenpflegerinnen, sowie der Diplom-Pflegepädagoginnen, der Pflegemanagerinnen/ Diplom-Pflegewirte und der Diplom-Pflegewissenschaftlerinnen in den Katalog der Kooperationspartner zur Erbringung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ grundsätzlich zugestimmt. Mit entsprechender Zusatzqualifikation können Leistungen im Handlungsfeld Stressbewältigung/ Entspannung und im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum, speziell bei der Förderung des Nichtrauchens gemäß „Leitfaden Prävention“ angeboten werden¹².
- Eine Verordnung durch professionell Pflegenden, z.B. von Verbandsmitteln oder Pflegehilfsmitteln, kann nach der Modellvorhabensklausel nach PflWG § 63 Abs. 3b SGB V erfolgen. Das Gleiche ermöglicht auch die Verordnung zur inhaltlichen Gestaltung der häuslichen Krankenpflege nach SGB V.
- Um die professionelle Pflege weiter zu entwickeln ist eine mitentscheidende Beteiligung von Vertretern der Berufsgruppe der Pflegenden in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenversicherung nötig (Igl, 2008). Das Gleiche gilt auch für die hierarchisch nachfolgenden Institute so z.B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Dies ist ebenso anzustreben für die entsprechenden Gremien nach dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Nach wie vor sind die Pflegeberufe nur mitwirkend in diesen Bereichen beteiligt, obwohl sie selbst Leistungserbringer sind (Igl, 2008).
- Eine Verkammerung der Pflegeberufe mit einer Pflichtmitgliedschaft der Pflegenden ist verfassungsrechtlich möglich. Dieses würde 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 sehr fördern.

¹² Näheres unter <http://www.dbfk.de/verband/bundesfachgruppen/praevention.php>

Die Ergebnisse des Gutachtens skizzieren die Möglichkeiten in Bezug auf die Einrichtung vorrangiger Tätigkeiten. Sie zeigen auch die Möglichkeiten, die sich aus dem Modellvorhaben des PFWG ergeben. Erforderliche Veränderungen zur Etablierung von ANP lassen sich daraus ableiten. Notwendige Anpassungen des Haftungs-, Vertrags-, und Leistungsrechtes und eine Veränderung in der interdisziplinären Zusammenarbeit müssen den Prozess flankieren und für Rechtssicherheit aller beteiligten Berufsgruppen sorgen.

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

Die damit verbundene Neuordnung von Aufgaben im Gesundheitswesen erfordert 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 (NP) erlaubt wurde, selbstständig Medikamente zu verschreiben. In den Niederlanden ging der Prozess etwas schneller: sieben Jahre nach der Einführung der NP wurde im April 2006 die selbstständige Verschreibung von Medikamenten durch NPs unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt (de 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). Anzustreben ist jedoch eine Allokation, d.h. die Zuschreibung von Tätigkeiten an die Angehörigen der Berufsgruppe der Pflegenden. Voraussetzung dafür ist, dass das Aufgabengebiet eines Berufes definiert ist, Grenzen zu artverwandten Gebieten gezogen werden und eine Zuordnung der Aufgaben stattfindet.

Den Pflegenden ist dringend zu empfehlen, die Verankerung von erweiterten pflegerischen Handlungsfeldern im deutschen Gesundheitswesen selbstbestimmt zu steuern und zu moderieren, damit durch den Ausbau von ANP nicht die Interessen anderer Berufsstände bedient werden. ANP 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 ANP intendiert oder gleich zu setzen.

4 FAZIT

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 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 ANP für Pflegende die Möglichkeit einer Weiterqualifizierung. Dieses 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 ANP 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. Insbesondere ist die Möglichkeit durch Pflegende nach § 63 Abs. 3, SGB V erstmalig in Modellprojekten Heilkunde auszuüben, zu begrüßen. Dazu gehört auch ein Kompetenz- und Verantwortungszuwachs, welcher rechtlich eindeutig geregelt werden muss.
- Um die Pflegeexperten optimal auf ihre Rolle vorzubereiten, ist die pflegerische Weiterbildung stufenweise zu akademisieren, zu differenzieren und zu spezialisieren (vgl. auch DBR-Bildungskonzept, 2009). Zeitnah sind Vertiefungsstudiengänge auf Masterniveau mit klinischer Orientierung und Spezialisierung auf ein Fachgebiet einzuführen. Dieses stellt eine Voraussetzung für die Etablierung von ANP dar.
- Die Erforschung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen ist zu fördern; ANP-Spezialistinnen 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 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 (SVR, 2007). Jetzt setzt sich der DBfK mit aller Kraft für eine gesundheits- und berufspolitische Einflussnahme ein, um Gesetzesinitiativen in Richtung ANP 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 Pflegenden sind bereit, ihren Beitrag zu leisten und sich der Verantwortung zu stellen.

Zur weiteren Etablierung von Advanced Nursing Practice in Deutschland veranstaltete der DBfK in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein 2008 eine Fachtagung mit anschließender Expertendiskussion. Als Ergebnis der Veranstaltung wurden Szenarien entwickelt, die die potenziellen Einsatzgebiete von ANP-Spezialistinnen exemplarisch aufzeigen.

Die im folgenden Verlauf der Broschüre dargestellten Szenarien bilden die pflegerische Wirklichkeit ab – teilweise mit visionären Anteilen – insbesondere in Bezug auf Handlungsautonomie und Verantwortungsübernahme. Sie verdeutlichen die große Bandbreite und Heterogenität der möglichen Einsatzgebiete von ANP-Spezialistinnen. Die Szenarien dienen der Standortbestimmung und weitergehenden Diskussion zur Etablierung einer erweiterten, spezialisierten Pflege in Deutschland. Nach Meinung der Experten besteht die Notwendigkeit, bei der Etablierung von ANP in Deutschland eine breit gefächerte Unterteilung in bestimmte Segmente vorzunehmen. Offen ist, nach welchen Kriterien (z.B. Bedarfe, Klientengruppen, Settings, Interventionsstrategien und/oder Gesundheitsproblemen) ANP systematisiert/kategorisiert werden könnte. Für den Einsatz des Nurse Practitioner wird ein engerer Fokus gesehen, der dann aber mehr in die Tiefe geht (Grundprinzip: je breiter die Zielgruppe, desto allgemeiner die Expertise – je spezifischer die Zielgruppe, desto spezialisierter die klinische Expertise). Daher stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Generalisierung und Spezialisierung in der Qualifizierung zur Pflegeexpertin. Dies muss weiter diskutiert werden; Konsens bestand darin, dass vor einer zu tiefen Spezialisierung gewarnt wird und dass Steuerungswissen und Forschungswissen als Grundlage der Tätigkeit von ANP-Spezialistinnen dient.

Die Szenarien bilden exemplarisch potenzielle Tätigkeitsfelder von ANP-Spezialistinnen ab, sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Weiterhin lässt die Auswahl der Szenarien auch keinen Rückschluss auf das oben benannte Spannungsfeld von Spezialisierung und Generalisierung in der Qualifizierung von ANP-Spezialistinnen zu.

SZENARIO 1: FAMILIEN- UND GEMEINDEORIENTIERTE AMBULANTE PFLEGE

Der 63-jährige Herr F. wurde nach der Behandlung eines Schlaganfalls nach Hause entlassen. Seine Ehefrau und seine beiden Kinder, die nicht weit weg von ihren Eltern wohnen, haben sich grundsätzlich bereit erklärt, die Versorgung zu übernehmen. Sie konnten sich jedoch vor der Entlassung nur wenig damit auseinandersetzen was das im Einzelnen bedeutet. Auf die Entlassung aus dem Krankenhaus werden sie nur unzureichend vorbereitet und erhielten lediglich den Hinweis, sich an verschiedene Pflegedienste wenden zu können. Herr F. hat Schwierigkeiten, sich nach der Rückkehr in seiner häusliche Umgebung damit abzufinden, dass er bei vielen Dingen des Alltagslebens auf die Hilfe seiner Frau und seiner Kinder angewiesen ist und reagiert daher auf diese Hilfen oftmals ungehalten. Nachdem es zwischen der Ehefrau und ihren Kindern zu Auseinandersetzungen um die passende Versorgung gekommen ist, wenden sie sich ratlos an einen der Pflegedienste, die ihnen genannt wurden und bitten darum, dass mal jemand kommt und ihnen hilft.

Die ANP-Spezialistin für familien- und gemeindeorientierte ambulante Pflege nimmt eine Bestandsaufnahme der Versorgungskonstellation vor und berücksichtigt dabei das gesamte familiäre Netzwerk. Im Anschluss daran informiert sie die Familie über die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, die in Anspruch genommen werden können. Sie empfiehlt der Familie die vorübergehende Inanspruchnahme der Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bei der Körperpflege, um dadurch den innerfamiliären Konflikt zu dieser Frage zu entschärfen. Zudem vereinbart sie vier weitere Beratungstermine, in denen sie mit dem erkrankten Mann, seiner Frau und den Kindern die Versorgungssituation durchsprechen und ihnen wichtige Kenntnisse zur Krankheit und deren Folgen sowie Fähigkeiten zur Bewältigung der damit einhergehenden Anforderungen vermitteln will.

Die ANP-Spezialistin ist in der Lage, aufgrund ihrer Einschätzung der Situation und der Beratungsgespräche mit den Familien, die angemessenen Hilfen zu aktivieren. Sie kann dabei auf ihr Wissen um die lokalen Versorgungsstrukturen und das Netzwerk, an dessen Aufbau sie für ihren Pflegedienst mitgewirkt hat, zurückgreifen.

Gemeinsam mit einer anderen Pflegeexpertin, die beim örtlichen Sozialamt beschäftigt ist, hat sie für die kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz eine Bestandsaufnahme der lokalen Versorgungssituation nach den Prinzipien eines Community Health Assessment durchgeführt. Dadurch steht nun vielen Akteuren und Entscheidungsträgern eine fundierte Grundlage über die gesundheitliche Situation und die Pflegebedürftigkeit der lokalen Bevölkerung zur Verfügung. Zudem wurde dadurch eine Übersicht über die im Ort ansässigen Akteure des Versorgungssystems geschaffen.

Aufgefallen ist bei der Bestandsaufnahme, dass gegenüber anderen, vergleichbaren Regionen in Deutschland ein deutlich größerer Anteil von Menschen in Pflegeheimen versorgt wird. Die Pflegeexpertin hat daraufhin eine Arbeitsgruppe der Pflegekonferenz ins Leben gerufen, die überprüft, ob und welche Maßnahmen dazu beitragen könnten, den Einzug vieler Menschen in ein Pflegeheim zu verhindern.

Dr. Andreas Büscher

SZENARIO 2: PALLIATIVE CARE VON CHRONISCH KRANKEN

Herr M. (40 Jahre) wird mit einer äthyltoxischen Hepatitis¹³ und einer dekompensierten Kardiomyopathie¹⁴ auf einer internistischen Station aufgenommen. Seine Erkrankung ist weit fortgeschritten. Er leidet unter Aszites¹⁵ und massiven Unterschenkelödemen sowie an Leberkapselschmerzen. Ferner hat Herr M. einen Ikterus¹⁶ verbunden mit starkem Juckreiz und ausgeprägten Hautirritationen. Durch seinen insulinpflichtigen Diabetes mellitus leidet er unter polyneuropathischen Schmerzen und einem metabolischen Syndrom. Der Patient ist stark übergewichtig und hat Bluthochdruck. Auch ohne körperliche Anstrengung leidet er unter Atemnot. Durch seinen jahrelangen Alkoholabusus ist Herr M. in seiner Krankheitsverarbeitung stark eingeschränkt: er kann sich nur kurze Zeit konzentrieren, hat wenig Krankheitseinsicht und zeigt wenig Compliance in seinem Medikamentenregime. Er sieht für sich selbst keine Perspektive, zeigt jedoch wenig emotionale Beteiligung. Herr M. hat kaum Motivation zur Eigeninitiative und vernachlässigt sich selbst; er kümmert sich nicht um seine Körperpflege, dadurch ist er selbst und darüber hinaus seine Wohnung extrem verwahrlost. Seine Partnerin hat ihn mit dem gemeinsamen Sohn (10 J.) verlassen, kümmert sich jedoch gelegentlich um ihn; seine Eltern haben aus Scham den Kontakt abgebrochen, zu den beiden Schwestern hat er den Kontakt beendet. Seine finanzielle Situation kann er nicht mehr selbst regeln; eine Betreuung liegt jedoch noch nicht vor. Ein Antrag auf Frühberentung läuft. Der letzte Entzug wurde wegen fehlender körperlicher Ressourcen, sowie fehlender Krankheitseinsicht von Herrn M. abgebrochen.

Die ANP-Spezialistin für Palliative Care wird konsiliarisch auf die internistische Station hinzugezogen, um als Case Managerin die weitere Perspektivenklärung mit allen beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln und einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und umzusetzen. Um die individuellen Schwerpunkte von Herrn M. einzubeziehen und ihn in seiner Selbstbestimmung und seinem Selbstmanagement zu unterstützen, geht es in erster Linie darum eine vertrauensvolle und kooperative Beziehung zu Herrn M. aufzubauen und ihn so weit möglich und von ihm gewünscht in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Zu Beginn führt die ANP eine umfassende Einschätzung der Patientensituation, unter Einbezug physischer, psychischer, sozialer (einschließlich der familiären und finanziellen Konstellationen und Einflüsse) und spiritueller Aspekte durch. Dazu setzt sie Palliative und Symptom-Assessments ein; es geht darum die Ausprägung der unterschiedlichen Symptome zu erfassen und dabei das subjektive Leid- und Belastungserleben zu erfassen. Mit dem Betroffenen und dem Team werden eine Prioritätenliste der Beschwerden, der Bedürfnisse und Ziele entwickelt. Ebenso werden mit dem internistischen Team die kardiologische und diabetische Behandlungsstrategien versus einer Palliativbetreuung analysiert und dabei die Compliance-Problematik von Herrn M. einbezogen. Die ANP plant das patientenorientierte Symptommanagement für die Pflegediagnosen: Schmerz, Dyspnoe, Hautirritation und Ödeme unter Einbeziehung von internationalen evidenzbasierten Symptommanagementleitlinien. Bei Bedarf und zur

¹³ Bezeichnet eine durch Alkoholkonsum entstandene schwere Leberentzündung

¹⁴ Bezeichnet eine entgleiste Herzmuskelerkrankung

¹⁵ Bezeichnet eine Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle

¹⁶ Bezeichnung für Gelbsucht

Aushandlung komplexer symptomlindernder Therapien bezieht sie einen Palliativmediziner ein. Gemeinsam mit der ANP für Diabetes mell. entwickelt sie ein individuelles Ernährungsregime für die palliative Situation.

Die Pflegeexpertin für Palliative Care führt ein psychosoziales Assessment durch und plant weitere Unterstützungsangebote durch den Psychiater (zur Abklärung einer Depression) und den Sozialarbeiter (zur Klärung des Rentenanspruchs, der Betreuung und der Pflegeeinstufung). Die Pflegeexpertin klärt mit Herrn M. seine Wünsche zur Angehörigenintegration und nimmt in Absprache mit ihm Kontakt zur Familie auf bzw. ermutigt ihn durch stärkende Gespräche (Empowerment) selbst aktiv zu werden. Sie klärt den weiteren Unterstützungsbedarf der Familie bzw. berät mit ihnen die Potenziale zur Betreuung von Herrn M. durch die Familie. Die ANP ist dafür zuständig mit Herrn M. zu besprechen, wie seine Behandlungswünsche im Falle einer weiteren Verschlechterung der Erkrankung und möglicher Somnolenz bzw. Delirantem Syndrom sind, und dies, so fern gewünscht, in eine Patientenverfügung aufzunehmen bzw. gemeinsam mit einem bestellten Betreuer zu besprechen.

Abhängig von den familiären Ressourcen wird mit Herrn M. das Entlassungsmanagement geplant. Sie berät Herrn M. zu den unterschiedlichen Optionen und bespricht mit ihm die Bedingungen und Vorzüge bzw. Nachteile der SAPV bzw. dem stationären Hospiz; dabei geht sie auch auf Ängste und Vorbehalte ein. (evtl. plant sie einen gemeinsamen Besichtigungstermin im stat. Hospiz). Bei einer Entlassung ins Hospiz koordiniert die ANP die Aufnahmeformalitäten mit der Krankenkassen, die Anmeldung und die Überleitung mit den Kolleginnen des Hospizes (Aufnahmemanagement). Bei einer Entlassung nach Hause in die SAPV synchronisiert sie ebenfalls die Hilfsmittelversorgung, die Wohnraumanpassung und die Überleitung. Bei Bedarf unterstützt sie durch kollegiale Beratung das ambulante Palliativteam. (Falls sie im SAPV Team verortet ist, koordiniert sie dort die weitere Versorgung und zieht weitere Netzwerkpartner hinzu. Ist sie stationär angestellt, evaluiert sie in sinnvollen Zeitabschnitten den Erfolg der Entlassung). Auch den Angehörigen steht sie für weitere Beratungsgespräche bzw. zur Unterstützung ihrer Krankheitsverarbeitung oder Trauerarbeit zur Verfügung.

Sabine Beutelmann, Linda Federhenn & Axel Doll (Dipl. Pflegepädagogin)

Frau M. ist 43 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder – Tochter Michaela ist 14 Jahre und Sohn Martin 10 Jahre alt. Sie hat bis zu ihrer Erkrankung halbtags in einem Unternehmen als Angestellte gearbeitet. Vor zwei Monaten wurde eine Brustkrebserkrankung diagnostiziert und in der Zwischenzeit wurde Frau M. brusterhaltend operiert. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden entfernt. Frau M. kommt zum 1. Zyklus ihrer ambulanten adjuvanten¹⁷ Chemotherapie in die Klinik. An die ca. fünf Monate dauernde Chemotherapie wird sich eine sechswöchige Strahlentherapie und eine fünf Jahre andauernde Antihormontherapie anschließen. Frau M. hat Angst vor der Chemotherapie, da sie nicht weiß, sie mit den Nebenwirkungen (Haarverlust, Übelkeit) umgehen soll, ob sie den Haushalt in dieser Zeit meistern kann und wie ihre Kinder auf ihr verändertes Aussehen reagieren werden. An die nachfolgende Strahlentherapie und Antihormontherapie mag sie gar nicht denken. Außerdem macht sie sich Sorgen darüber, wie die Zukunft aussieht und ob sie nach Abschluss der Therapien wieder arbeiten kann – im Moment fühlt sie sich müde und überfordert – alles ist ihr zu viel.

ANP-Spezialistinnen für die Betreuung von brustkrebserkrankter Frauen werden als Breast Care Nurse (BCN) bezeichnet. Sie verfügen über Kompetenzen in den Bereichen Patientenedukation, Führung, multiprofessioneller Zusammenarbeit in verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung, ethischer Entscheidungsfindung und die Anwendung wissenschaftlicher Techniken. Zentral von Bedeutung ist ihre exzellente klinische Praxis mit der Beratung von Patientinnen und Angehörigen.

Einzelfallebene – Aufgaben der Breast Care Nurse

Als Pflegexpertin unterstützt sie fallbezogen Frauen mit Brustkrebs im Sinne des Case Managements im gesamten Verlauf ihrer Erkrankung versorgungsübergreifend sowohl im stationären, ambulanten Bereich als auch langfristig in der Nachsorge. Dazu setzt Sie im Verlauf systematisch Assessmentinstrumente ein und gibt evidenzbasierte Informationen weiter. Während der *stationären Phase* begleitet die BCN Frau M. seit ihrem Diagnosegespräch und der Entscheidung für die Therapie ihrer Wahl. Im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung erhielt Frau M. alle notwendigen Informationen um eine Therapieentscheidung treffen zu können. Nach der Operation wird Frau M. von der BCN unterstützt, ihren veränderten Körper anzusehen und somit ihr verändertes Körperbild anzunehmen.

Mit dem Einsatz des Geno-Ökogramms¹⁸ werden die Familie und das familiäre Umfeld erfasst. Frau M. erfährt viel Unterstützung in ihrer Familie, ihr Ehemann steht ihr bei. Der Umgang mit der 14jährigen Tochter Michaela ist dagegen problematisch, Mutter und Tochter können nicht miteinander über die Krebserkrankung reden. Michaela verhält sich abweisend gegenüber der Mutter. In einem gemeinsamen Gespräch von Frau M., Michaela und der BCN können Mutter und Tochter von ihren Ängsten erzählen und treffen eine Zielvereinbarung, in der sie festlegen wie sie miteinander umgehen wollen.

¹⁷ ergänzend

¹⁸ Ein Geno-Ökogramm ist die piktografische Darstellung des Personen- und Beziehungsgeflechtes eines Menschen.

Des Weiteren berichtet Frau M. von ihrer Angst genetisch bedingten Brustkrebs zu haben und diese Disposition an ihre Tochter weiterzugeben. Die BCN berät Frau M. über einen möglichen Gentest, händigt dazu Informationsmaterialien aus und unterstützt die Patientin bei ihrer Entscheidungsfindung in Bezug auf einen Gentest.

In der *ambulanten Versorgung* stehen aktuell Informationen und Tipps zu Nebenwirkungen unter der Chemotherapie im Mittelpunkt. Frau M. erfährt von der BCN wie Sie mit den möglichen Nebenwirkungen Übelkeit, Erbrechen, Mundschleimhautentzündung und Sensibilitätsstörungen umgehen kann. Dazu gibt die BCN einen Fragebogen an Frau M. weiter, in dem sie selbst ihre Nebenwirkungen der Chemotherapie eintragen kann. Indem ihre Wahrnehmung und Eigenverantwortung gestärkt wird, lernt sie mit der Erkrankung und den daraus resultierenden Therapien besser umzugehen und zu leben. Besonders wichtig sind für Frau M. Informationen und Beratung zum Thema Haarverlust. Der praktische Umgang mit Perücken und Haartüchern hilft ihr die Angst zu überwinden und den vorübergehenden Haarverlust nicht mehr als Bedrohung anzusehen. Unter der nachfolgenden Strahlentherapie stehen Beratungsaspekte zur Hautpflege und Fatigue¹⁹ im Mittelpunkt. Im Rahmen der Antihormontherapie stehen Informationen zum Umgang mit den Wechseljahren im Mittelpunkt.

In der *sozialmedizinischen Nachsorge* steht die BCN Frau M. nach abgeschlossener lokaler Primärtherapie über einen Zeitraum von 10 Jahren als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Die Beratung umfasst körperbezogene Aspekte wie eine Lymphödemprophylaxe und ein mögliches Rezidiv. Darüber hinaus berät sie Frau M. über wesentliche Inhalte rehabilitativer Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität durch Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und dem Abbau von Angst und Depression, die Wiedereingliederung in den Beruf und das Schwerbehindertenrecht.

Organisationsebene – Aufgaben der Breast Care Nurse

Auf Organisationsebene nimmt die BCN eine zentrale Rolle durch die interprofessionelle Vernetzung ein. Im klinischen Bereich unterstützt sie das multiprofessionelle Team von Pflegenden, Ärzten, Sozialarbeitern, organisiert Fallbesprechungen. Durch ihren übergreifenden Arbeitsansatz überbrückt sie die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung.

Anja Gerlach (MScN) & Regina Wiedemann (MScN)

¹⁹ Erschöpfungssyndrom bei schwerer Krankheit

SZENARIO 4: INSTITUTIONSÜBERGREIFENDES CASE MANAGEMENT BEI VULNERABLEN GRUPPEN

Eine drogenabhängige Schwangere kommt mit vorzeitigen Wehen auf eine gynäkologische Station. Das Personal ist über die mütterliche Drogenabhängigkeit informiert, aber unsicher, wie damit im Kontext der Schwangerschaft/ Geburt umzugehen ist. Nach der Entbindung per Kaiserschnitt wird das Neugeborene aufgrund der erwartbaren Entzugssymptomatik in eine Kinderklinik verlegt. Die Mutter bleibt auf der gynäkologischen Station, wo der Entzug durchgeführt werden soll. Am zweiten Tag taucht der bis dahin unbekannte Vater auf. Er ist alkoholisiert, psychisch krank und drogenabhängig. Als eine notwendige Blutuntersuchung durchgeführt werden soll, spricht er sich vehement gegen alle Untersuchungen an dem Kind aus.

Die ANP-Spezialistin der psychiatrischen Pflege organisiert in komplexen Versorgungs- und Pflegesituationen die Kommunikation der unterschiedlichen Protagonisten des Hilfesystems. Sie fungiert als Case Managerin für (werdende) Mütter mit Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit und organisiert z.B. einen „Runden Tisch“ für die involvierten professionellen Institutionen, z.B. das Jugendamt, die Kinderklinik, die Gynäkologie, der niedergelassene Arzt, die Drogenberatungsstelle und die psychiatrische Klinik.

Um werdende Mütter mit einem entsprechenden Hilfebedarf zu identifizieren, besucht die ANP-Spezialistin regelmäßig die pädiatrischen und gynäkologischen Stationen einer Region. Sie schult Angehörige anderer Berufe, wie z.B. Familienhebammen, Sozialarbeiterinnen, Ärzte und das Krankenhauspersonal. Wenn Kinder drogenabhängiger Mütter geboren werden, nimmt die ANP-Spezialistin mit der Kinderklinik Kontakt auf, um die Situation einzuschätzen. Sie führt spezifische Assessments durch und eruiert, welche Drogen konsumiert und wie diese beschafft werden. Sie ermittelt weitere Kontextfaktoren, wie z.B.: gibt es einen Partner, existiert eine Gewaltproblematik in der Familie, konsumiert der Partner Drogen, hat er Arbeit oder ist er evtl. inhaftiert. Zudem verschafft sich die ANP-Spezialistin ein Bild über den körperlichen Zustand der Patientin. Dies schließt sowohl eine Kontrolle des BMI als auch die Untersuchung der Haut nach Narben, Abszessen oder Wunden mit ein.

Während der Entbindungsphase gilt es, die einbezogenen Therapeuten zu einer fachgerechten medikamentösen Substitution zu beraten. Häufig herrscht hier große Unwissenheit. Dies kann dazu führen, dass Patientinnen sich selber Drogen zuführen, was zu lebensgefährlichen Situationen für Mutter und Kind führen kann.

Nach der Entbindung klärt die ANP-Spezialistin, ob die Mutter stillen kann oder aufgrund der Drogenabhängigkeit abgestillt werden muss. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützt die ANP-Spezialistin die Mütter in der Gestaltung ihres Alltags und achtet darauf, dass Hilfsangebote wie Frühförderung, Vorsorge-Untersuchungen etc. genutzt werden. Sie sichert die Koordination der Hilfen sowie den Informationsfluss im Helfersystem. Mögliche Rückfälle in die Drogensucht zu vermeiden ist hier ein wichtiges Pflegeziel. Hausbesuche tragen zu einer Stabilisierung der Wohnsituation bei. Aufgrund ihrer hohen fachlichen Expertise kann die ANP-Spezialistin den Hilfebedarf von Kindern abhängiger Eltern einschätzen. Ziel ist es, in Zusammenarbeit mit den anderen Professionen eine sichere Umgebung für Kind und Eltern zu gewährleisten. Die ANP-Spezialistin

schließt mit den Müttern einen Vertrag ab, wonach sie berechtigt ist, bei unklarer Abwesenheit, bzw. Fernbleiben anzurufen und/oder Hausbesuche durchzuführen.

Die ANP-Spezialistin hat entsprechende Diagnostik- bzw. Assessmentverfahren erlernt und führt sie fachgerecht durch. Über einen niedrighwelligen, zugehenden, aufsuchenden und familiensystemischen Ansatz unterstützt sie Familien in fragilen Situationen. Sie verfügt über genaue Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen und des regionalen Hilfesystems. Im Sinne des ICF (International Classification of Functioning) wird so die Einbeziehung der physischen und sozialen Kontextfaktoren in den Behandlungsplan ermöglicht.

Aufgrund der komplexen Situation können ethisch schwierige Fragestellungen auftreten, welche von der ANP-Spezialistin eine gut begründete Entscheidung fordern, z.B. ob die Sicherheit und eine kindgerechte Entwicklung noch gewährleistet werden kann. Gleichzeitig verfolgt die ANP-Spezialistin in der Zusammenarbeit mit der Mutter einen beziehungsstabilisierenden Ansatz und motiviert zu abstinenter Lebensweise durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen. Hierbei kommen neben medizinischen Kenntnissen und Kenntnissen der Pflege von Säuglingen und Kindern vertiefte psychotherapeutische Techniken zum Einsatz, welche die Pflegenden in der Weiterqualifikation zur ANP-Spezialistin der psychiatrischen Pflege erworben hat.

Dr. Michael Schulz

Eine 86jährige Frau wird in ein Pflegeheim aufgenommen. Sie leidet unter Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ II, Harninkontinenz, leichten kognitiven Einschränkungen und funktionellen Einschränkungen im Sinne von Störungen der manuellen Feinmotorik und Gangunsicherheit. Sie lebte bisher allein in einer Zwei-Zimmer-Wohnung im fünften Stock eines Mietshauses und konnte diese nicht mehr alleine verlassen. Zuhause ist sie mehrfach gestürzt, allerdings ohne ernstere Verletzungen. Die Nachbarin, die Sie bisher unterstützt hat, ist dazu nicht mehr in der Lage. Die neue Bewohnerin hat eine Nichte und einen Neffen, die weiter entfernt wohnen. Sie hat sich zum Einzug in ein Pflegeheim entschieden, weil sie sich zuhause zunehmend unsicher fühlte. Sie erhofft vom Pflegeheim Unterstützung bei der Mobilisierung und den Alltagsaktivitäten und ist trotz ihrer Einschränkungen bestrebt sich weitestgehend selbst zu versorgen.

Die ANP-Spezialistin mit dem Schwerpunkt stationäre Altenhilfe fungiert als Pflegeexpertin in der Betreuung und Versorgung von Bewohnern mit den komplexen Problemen der geriatrischen Syndrome und geriatrischen Erkrankungen. Sie unterstützt die Akteure in der stationären Altenhilfe bei der pflegerischen und medizinischen Betreuung ihrer Klienten sowie der Gestaltung eines selbstbestimmten Alltags und Wohnumfelds im Rahmen institutioneller Vorgaben. Sie fördert die Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen wie z.B. Pflegende, Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter u.a. bei der Betreuung der Bewohner.

Die ANP-Spezialistin ist in der Lage ein umfassendes geriatrisches und gerontopsychiatrisches Assessment vorzunehmen um aktuelle Ressourcen, Einschränkungen und potentielle Probleme der Bewohner angemessen einzuschätzen. Das Vorliegen von geriatrischen Syndromen und Erkrankungen schafft komplexe Pflegesituationen mit teilweise divergierenden Behandlungsanforderungen, die eine angemessene Pflegeplanung erschweren. Die ANP-Spezialistin verfügt daher einerseits über umfangreiche Kenntnisse in Bezug auf evidenz-basierte Pflegeinterventionen. Andererseits hat sie die entsprechenden Entscheidungsfindungskompetenzen, um Pflegemaßnahmen differenziert und der individuellen Pflegesituation angemessen auszuwählen. Sie unterstützt die Pflegekräfte vor Ort bei der Erstellung und Evaluierung von bedarfsgerechten Pflegeplänen. Sie aktualisiert ständig ihr Fachwissen auch im Bereich geriatrischer Rehabilitation und gibt dieses an die Pflegekräfte der stationären Einrichtungen weiter. Dazu erarbeitet sie in Zusammenarbeit mit Pflegedienstleiterinnen und Qualitätsbeauftragten angemessene Strategien zur Implementierung von Forschungsergebnissen und evaluiert diese. Bei pflegerischen Problemen unterstützt und berät sie die Pflegekräfte.

Da in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe selten direkte ärztliche Betreuung etabliert ist, fungiert sie als erste Ansprechpartnerin für medizinische Probleme. Sie arbeitet eng mit den Haus- und Fachärzten zusammen, nimmt medizinische Basisuntersuchungen vor und koordiniert regelmäßige und akute Visiten. Sie ist autorisiert und befähigt Hilfsmittel wie Inkontinenzmaterial, Matratzen etc, selbständig zu verordnen und deren Einsatz zu koordinieren. Sie organisiert notwendige Krankenhauseinweisungen und -entlassungen von Bewohnerinnen. Sie organisiert und leitet Fallbesprechungen in multidisziplinären Gruppen (Pflegende, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, etc.). Sie erarbeitet mit diesen Akteuren Strategien, die die Autonomie und Eigenaktivität der

Bewohner bei ihren täglichen Aktivitäten fördern und ihnen ein selbstbestimmtes Leben mit möglichst geringem Anteil an institutionellen Zwängen ermöglichen.

Unter den Klienten der stationären Altenhilfe finden sich zunehmend auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Die ANP-Spezialistin hat durch ihr Studium die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen für die Einschätzung und Sicherstellung des Pflegebedarfs dieser spezifischen Personengruppe erworben und setzt diese in ihrer Arbeit mit Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen der stationären Einrichtungen ein.

Die ANP-Spezialistin ist befähigt, problematische Situationen in der stationären Altenhilfe wie Gewalt von Pflegenden, Umgang mit Fixierung und Sedierung, aber auch Burn-out von Pflegenden zu erkennen, einzuschätzen und Lösungen zu initiieren bzw. angemessene Hilfeleistungen zu organisieren. Sie arbeitet in gemeindenahen Gruppen und politischen Gremien, die alternative Wohn- und Betreuungsangeboten entwickeln und etablieren. Wenn diese vorliegen unterstützt die ANP-Spezialistin die älteren Menschen und ihre Angehörigen bei der Entscheidungsfindung und Realisierung von Wechseln zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen auch nach Eintritt in ein Pflegeheim.

Gabriela Schmitz (Dipl. Pflegepädagogin)

SZENARIO 6: ERWEITERTE PFLEGERISCHE HANDLUNGSFELDER IM KRANKENHAUS

Frau P. kommt wegen einer Oberschenkelhalsfraktur auf die orthopädische Abteilung eines Akutkrankenhauses. Zusätzlich ist sie auch gerontopsychiatrisch erkrankt. Die Krankenhaussituation verstärkt ihre Demenzsymptomatik: sie hat Schwierigkeiten bei der Orientierung, ist ängstlich und unruhig. In diesem Zustand der zunehmenden Verwirrtheit ist ihre Kooperationsbereitschaft gering. Immer wieder entfernt sie selbstständig ihren Katheter (bzw. die Braunüle), versucht aufzustehen und ruft lang und andauernd.

Diese schwierige Situation führt dazu, dass Frau P., wie üblich, medikamentös ruhiggestellt und zeitweise fixiert wird. Ihre Angehörigen sind beunruhigt und fühlen sich hilflos.

Die ANP-Spezialistin für Menschen mit langdauerndem Pflege- und Behandlungsbedarf, (die in verschiedenen Settings tätig werden kann), entwickelt gemeinsam mit Vertreterinnen der Abteilung ein evidenzbasiertes Konzept für die Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Orthopädie. Dieses Konzept enthält u.a. tagesstrukturierende Elemente, das Angebot der Mitaufnahme von Angehörigen, die Einbindung von Angehörigen in den stationären Ablauf sowie spezielle somatisch-pflegerische Aspekte. Die ANP-Spezialistin spricht dieses Konzept mit der Krankenhausleitung ab. Zu klären sind beispielsweise die Einrichtung eines separaten Stationsbereiches, Konsequenzen für den Stationsablauf sowie finanzielle Aspekte z.B. der Mitaufnahme von Angehörigen.

Die ANP-Spezialistin führt das Konzept zur Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung im Rahmen eines Projektes ein. Dabei übernimmt sie die Rolle der Projektmanagerin. Hierzu gehören die Schulung der Beteiligten aller Berufsgruppen und die Unterstützung der Pflegefachpersonen bei der Umstrukturierung des Stationsablaufes.

Sie ist aber keineswegs nur Managerin, sondern auch klinisch tätig, indem sie - zumindest zu Projektbeginn - auf der Grundlage eines gezielten Assessments gefährdete PatientInnen identifiziert, Interventionen plant, durchführt und evaluiert. Sie berät die Angehörigen im Hinblick auf deren Unterstützungsmöglichkeiten und die Angebote des Krankenhauses. So fungiert sie als Rollenmodell für die Pflegefachpersonen. Wenn sich eine Stationsroutine entwickelt hat, wird sie sich nach und nach aus der Umsetzung der Pflegeprozessschritte zurückziehen. Sie bleibt aber auch nach Projektabschluss Ansprechpartnerin für die Pflegefachpersonen und wird ggf. besonders komplexe Situationen selbst einschätzen und eine Interventionsplanung vornehmen. Die ANP-Spezialistin evaluiert den Verlauf und das Ergebnis des Projektes. Sie reflektiert das Ergebnis sowohl mit der Leitungsebene als auch den Angehörigen aller beteiligten Berufsgruppen der Abteilung.

Als Expertin für Menschen mit langdauerndem Pflege- und Behandlungsbedarf wird sie auch in anderen Abteilungen des Krankenhauses konsiliarisch tätig. Ggf. überprüft die ANP-Spezialistin die Übertragbarkeit des in der Orthopädie eingeführten und evaluierten Konzeptes auf andere Abteilungen.

Prof. Dr. Renate Stemmer

SZENARIO 7 DIABETES MELLITUS UND HYPERTONUS

Bei der 70jährigen Frau B. wird vor drei Jahren nach einem Herzinfarkt ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Bereits bei Diagnosestellung weist Frau B. mit Veränderungen an den großen Gefäßen und einer sensomotorischen Polyneuropathie Folgen einer langfristig schlechten Stoffwechsellage auf. Bei Frau B. zeigen sich die typischen Zeichen des Metabolischen Syndroms mit Hyperglykämie, Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas. Frau B. klagt über Schmerzen in den Beinen, sie hat zunehmend Schwierigkeiten, die Treppe zu ihrer Wohnung in den dritten Stock zu bewältigen. An den Fersen hat sich eine dicke Hornhautschicht entwickelt, die Zehenzwischenräume weisen eine Mykosis auf, unter der großen Zehe des rechten Fußballens befindet sich ein Ulcus von 1 cm Durchmesser. Frau B. ist alleinstehend und hat nach ihrer Pensionierung wenig soziale Kontakte. Sie vergisst häufig die regelmäßigen ärztlichen Kontrollen und war bereits mehrmals wegen sehr hoher Blutzuckerwerte in stationärer Behandlung.

Die ANP-Diabetestherapeutin hat ihr Tätigkeitsfeld in der ambulanten und der stationären Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus. Sie wird jetzt im häuslichen Bereich von Frau B. tätig. Aufgrund der bereits mehrmaligen Krankenhausaufenthalte betreibt sie Ursachenforschung der häufigen Stoffwechsellage von Frau B. Auf der Basis wissenschaftlicher Standards führt sie bei Frau B. ein professionelles diabetologisches Assessment, wie Diabetesschulung, Ernährungsberatung, Insulintherapie, Gesundheitspass Diabetes sowie Sekundär- und Tertiärprävention der Folgeerkrankungen bei Metabolischem Syndrom, Diabetisches Fußsyndrom etc. durch. Die ANP-Diabetestherapeutin entwickelt einen individuellen Versorgungs- und Behandlungsplan für eine optimierte Stoffwechsellage und eine moderate Gewichtsregulation.

Die ANP-Diabetestherapeutin besitzt die Kompetenz, evidenzbasierte Praxis-Leitlinien umzusetzen. Das Anwenden wissenschaftlicher Gesundheits- und Kommunikationsmodelle dient als wesentliche Grundlage für den Beziehungsaufbau und das professionelle Beraten von Frau B. Für eine individuelle Schulung und Beratung von Frau B. überprüft die ANP-Diabetestherapeutin in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt die Insulintherapie und passt gemeinsam mit Frau B. nach den aktuell gemessenen Blutzuckerwerten Insulindosis, Mahlzeiten und Aktivitäten an. Die ANP-Diabetestherapeutin beherrscht die Fertigkeiten eines professionellen Wundassessments. Sie koordiniert geeignete Maßnahmen zur Druckentlastung und Wundversorgung, leitet Frau B. in der Fußpflege an und erkennt rechtzeitig eine notwendige Versorgung der diabetes-spezifischen Veränderungen durch einen Podologen.

Die ANP-Diabetestherapeutin leistet einen wesentlichen Beitrag in einer „homogenen Prozesskette“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie ist in der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation mit dem ambulanten und stationären Diabetesteam zwischen den für Frau B. relevanten Fachdisziplinen wie Diabetologe, Neurologe, Internist/ Kardiologe, Psychologe und Pflegenden der ambulanten Pflegeeinrichtung ein wichtiges Bindeglied. Sie motiviert Frau B. regelmäßig die notwendigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen zeitgerecht in Anspruch zu nehmen und unterstützt bei der Terminplanung.

Die ANP-Diabetestherapeutin informiert Frau B. über Selbsthilfegruppen und regt sie zur Teilnahme an den angebotenen Aktivitäten, wie altergerechte Sportgruppen für

Menschen mit Diabetes, Nordic Walking etc. an. Dies zielt darauf ab, Frau B. aus ihrer sozialen Isolation zu lösen und gleichzeitig eine verbesserte Stoffwechsellage, normnahe Blutdruckwerte und eine moderate Gewichtsregulation anzustreben.

Aus gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht übernimmt die ANP-Diabetestherapeutin Aufgaben zur innovativen Gesundheitsförderung und der sekundären Diabetesprävention, indem sie z.B. Pflegepersonal in ambulanten und stationären Einrichtungen schult, damit diese rechtzeitig Risikopatienten erkennen und geeignete Maßnahmen einleiten. Sie leistet Aufklärungsarbeit bei öffentlichen Veranstaltungen zur Diabetes(sekundär)prävention. Zur Verbesserung der nationalen Versorgungsstrukturen wirkt sie beim Aufbau und in der Koordination regionaler diabetologischer Netzwerke mit.

In berufspolitischer Hinsicht engagiert sich die ANP-Diabetestherapeutin bei der Entwicklung eines fachspezifischen Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Leitlinien in der nichtärztlichen fachspezifischen diabetologischen Betreuung. Ihre diabetesspezifischen Kenntnisse sowie die Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten setzt sie durch Teilnahme an Forschungsprojekten im interdisziplinären Diabetesteam ein, um mit dem Durchführen wissenschaftlich fundierter Evaluationen eine reflektierte Berufspraxis zu entwickeln.

Dr. phil. Brigitte Osterbrink



Das folgende Interview mit Dr. Johanna Feuchtinger von der Stabsstelle Qualität & Entwicklung in der Pflege spiegelt den Stand der Umsetzung von ANP am Uniklinikum Freiburg. Das Interview führte Andrea Weskamm am 22.07.2010

A.W. „Frau Dr. Feuchtinger, seit 7 Jahren sind sie in der Stabsstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege am Universitätsklinikum Freiburg zuständig für die Entwicklung von Forschungsprojekten und die Entwicklung von Qualität in der Pflege. In welcher Form findet Advanced Nursing Practice bei Ihnen im Uniklinikum Freiburg statt?“

J.F. „Wir haben derzeit 15 Pflegeexpertinnen eingesetzt, anfangs mit primär generalistischem Ansatz. Zunehmend entwickeln sich Pflegeexpertinnen zu Advanced Practice Nurses (APN), die eine erweiterte, vertiefte Pflege für spezielle Patientengruppen, wie z.B. Patienten mit Tumorschmerzen, Patienten mit Herzinsuffizienz, kardiologisch kranke Kinder und Patienten zur autologen Blutstammzelltransplantation durchführen. Die APNs sind von Montag bis Freitag zu den Kernzeiten im Dienst und bieten teilweise auch Sprechzeiten für die Patienten an.“

A.W. „Welche Aufgaben hat eine Advanced Practice Nurse?“

J.F. „Die APNs haben die spezifischen Patienten mit ihren Problemen im Blick. Ihre umfassende fachliche und methodische Expertise setzen sie ein, um den häufig chronisch kranken Patienten und ggf. dessen Angehörige auf seiner Krankheits- und Pflegeverlaufskurve z. B. im Selbstmanagement zu unterstützen und zu coachen. Praktisch erfolgt das durch Besuche des Patienten während des stationären Aufenthalts, durch Information, Beratung und Schulung, durch enge Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team und durch Telefonkontakte nach der Entlassung. Sie stehen mit ihrem Know-how den Pflegenden, Ärzten und anderen Therapeuten zur Verfügung. Ihre Kompetenz wird auch zur Entwicklung von APN-Programmen und zur Mitarbeit in Forschungsprojekten genutzt.“

A.W. „Was hat sich verändert durch die Einführung von APNs bei Ihnen hinsichtlich der Versorgungsqualität?“

J.F. „Von den Patienten, Pflegenden und Ärzten hören wir, dass die APN eine enorme Bereicherung ist! Eine APN, die einen theoretischen Background hat und den Patienten ganz genau mit seinem Krankheitsverlauf kennt. Die Patienten haben das Gefühl, da ist jemand, der sich auch über den Aufenthalt hinaus um sie kümmert. Die APN bieten eine riesige Ressource, wenn es um die Planung der nächsten Schritte eines Patienten geht; die Pflegenden schätzen es sehr, wenn es jemanden gibt, der sich in Ruhe um ein Problem kümmern kann, wenn sie selber nicht mehr weiter wissen und mit ihnen die Alternativen bespricht. Hier kommt der Leadership-Aspekt im ANP-Konzept zum Tragen, denn durch die APN entwickeln sich auch die Pflegenden weiter.“

A.W. „Was hat sich verändert durch die Einführung von ANP bei Ihnen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit?“

J.F. „Die Patienten empfinden das als tolles Angebot, dass es da jemanden gibt, der sie während ihres stationären Aufenthaltes besucht und fragt: „wie ist der Verlauf, wie geht es Ihnen?“ oder auch mal zwischen den Aufenthalten zu Hause anruft. Also das ist schon ein zusätzlicher Service und das wird sehr gerne wahrgenommen. Die Patienten und die Angehörigen haben einfach einen Fixpunkt. Gerade für chronisch kranke Menschen ist es sehr wichtig, kontinuierlich einen Ansprechpartner zu haben.“

A.W. „Was hat sich verändert durch die Einführung von ANP bei Ihnen hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit?“

J.F. „Die APNs haben auch Aufgaben in der fachlichen Weiterentwicklung von Pflegenden. Sie vermitteln Neuerungen, „nehmen die Kollegen mit“ in dem was sie tun. Das wird sehr gut aufgenommen und wirkt sich positiv auf unsere Mitarbeiterzufriedenheit aus.“

A.W. „Gibt es ökonomische Auswirkungen von ANP in der Klinik?“

J.F. „Hier in Freiburg haben wir 1996 begonnen die ersten Pflegeexperten einzusetzen; nach neun Jahren hatten wir für alle Bereiche Pflegeexperten mit primär generalistischer Ausrichtung im Einsatz. Seit ca. zwei Jahren entwickeln sich einige Pflegeexpertinnen und -experten zu APNs. Wir sind dabei den Einsatz der APNs ökonomisch zu evaluieren. Auf Patientenseite zeigt sich eine hohe Zufriedenheit, es spricht sich auch allmählich herum, das es bei uns hier diesen Ansatz der Patientenversorgung gibt. Wir nehmen an, dass sich kostenträchtige ungeplante Krankenhausaufenthalte und Notfallversorgungen gerade für chronisch kranke Patienten verringern, weil die Patienten in ihrer Selbstpflegekompetenz geschult und beraten werden. Sie lernen, sich selber besser einzuschätzen und bei Problemen frühzeitig geeignete Maßnahmen einzuleiten. Selbst wenn ein ungeplanter Besuch im Krankenhaus notwendig wird, ist der Aufwand geringer, wenn der Patient frühzeitig kommt.“

„Wir versuchen ein Magnetkrankenhaus für Pflegende und Ärzte zu werden. Dazu ist das ANP-Konzept sehr gut geeignet, weil es klinisch erfahrene und akademisch qualifizierte Pflegende motiviert, sich für uns zu interessieren.“

A.W. „Gibt es haftungsrechtliche Probleme?“

J.F. „Nein, das ist bei uns eigentlich kein Thema. Wir entwickeln uns gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen fort. Dazu gehört, dass die Versorgung des Patienten kompetent gewährleistet werden muss. Es musste über die Jahre immer wieder geklärt werden, welche Berufsgruppe wofür zuständig ist. Das sind Aushandlungsprozesse mit Fragen wie: wer ist für das Schmerzmanagement zuständig, wer entscheidet über die Wahl der Wundauflage oder die Sondenkost. Aushandlungsprozesse dauern bisweilen lang, da muss man einfach dran bleiben. Besonders wichtig ist ein Pflegemanagement, das hinter der Fachlichkeit steht. Das ist hier am Universitätsklinikum Freiburg absolut der Fall.“

A.W. „Wie klappt denn die interprofessionelle Zusammenarbeit?“

J.F. „Die klappt gut, es ist eben immer ein Aushandlungsprozess... viele kleine Schritte.“

A.W. „Was können Sie Pflegedirektorinnen empfehlen, die ANP bei sich an der Klinik einführen möchten?“

J.F. „Man braucht ein gutes Projektmanagement und man muss die Pflegenden mitnehmen bei der Planung. Diese Veränderung macht erst einmal Angst. Es entsteht die Befürchtung, dass Kontrolle ausgeübt wird. Vor allem braucht man Transparenz zum Aufgabengebiet. Die APN sollte in einem ersten Schritt in den Teams mitarbeiten, damit die Pflegenden und die anderen Mitglieder im interprofessionellen Team sie kennenlernen und die APN mit den Gepflogenheiten vertraut wird. Besonders wichtig ist die hohe fachliche und soziale Kompetenz der APNs und die Rückendeckung aus dem Pflegemanagement, das ist unbedingt wichtig. Sonst funktioniert es nicht.“

A.W. „Liebe Frau Feuchtinger, vielen herzlichen Dank für das Gespräch!“

ÜBERSICHT: MERKMALE VON ADVANCED NURSING PRACTICE

Zielgruppe	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6	Szenario 7
Anlass	Familien und soziale Netzwerke; in denen ein Mitglied krank und/oder pflegebedürftig ist	Schwerstkranke Palliativpatienten (Kreberkrankungen; multimorbid und chronisch Kranke);	Frauen mit Brustkreberkrankung und onkologischen Therapien	Psychisch Kranke, z.B. drogenabh. Schwangere/ Mütter, Kinder psychisch kranker Menschen,	Ältere Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Pflegeheim, Wohnheim)	Patientinnen mit spezifischen komplexen Unterstützungs- und Pflegebedarfen	Patientinnen mit Diabetes mellitus und Hypertonie
Bedarf	Verschreibung von Krankenpflege nach SGB V; ambulante Sachleistung nach SGB XI; Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI; häusliche Schulung nach § 45 SGB XI; Pflegeberatung nach § 7a SGB XI; Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Pflegefachkräften/ ambulanten Pflegediensten;	Zunahme von Kreberkrankungen und anderen chronische Erkrankungen; erhöhte Komplexität der Versorgungslagen; Wunsch nach leidensfreiem Leben und Sterben im häuslichen Umfeld; Überforderung der Angehörigen und der sozialen Systeme	Zunahme von Mammakarzinomen; Notwendigkeit einer langfristigen Betreuung im Sinne chronischer Erkrankung mit unklarem Verlauf; institutionsübergreifende Versorgung im stationären und häuslichen Bereich	Zunahme psychischer Erkrankungen (z.B. Depression, Sucht); Ablösung stationärer Versorgungsangebote durch ambulante und teil-stationäre Angebote; verkürzte Verweildauer; psychiatrische Versorgung im Primary Health care; Verbreitung interprofessioneller Teams;	Selbstbestimmtes Leben, bedarfsrechte geriatrische Pflege und soziale Betreuung, Sicherstellung der medizinischen Versorgung, angemessene	Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Programmen für die Bedarfe spezifischer Gruppen; Planung und Durchführung eines komplexen	Zunahme von alten chronisch erkrankten Menschen in Haushalten. Sicherung einer „homogenen Prozesskette“ zwischen den Sektoren durch integrierte

Zugang	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6	Szenario 7
Handlungskompetenz	Ambulantisierungsprozesse im Krankenhaus; komplexer werdende häusliche Problemlagen	Case Management; Symptommanagement; interprofessionelle Versorgungsansätze;	Koordination der weiteren Therapie; Rehabilitation und Nachsorge	bedarfsgerechte spezialisierte Pflege und soziale Betreuung, Sicherstellung der medizinischen Versorgung,	ne Ausstattung mit Hilfsmitteln, Koordination verschiedener Berufsgruppen	Pflegeprozesses; Beratung und Unterstützung von nicht-master-qualifizierten Pflegepersonen	Versorgung; Schulung anderer Gesundheitsberufe; Aufklärung der Bevölkerung zur Prävention.
	durch Verordnung häuslicher Krankenpflege der Hausärzte; Inanspruchnahme v. Sachleistungen d. Pflegeversicherung und Pflegeberatung; als Teil der Primärversorgung beim Hausarzt;	über Fachärzte für Onkologie/ Palliativmedizin; Fachärzte; Hausärzte; Konsiliardienste in stationären Einrichtungen; Beratungsstellen;	über Fachärzte z. B. für Gynäkologie, Onkologie; über Onkologische Zentren; Brustzentren (angesiedelt an Kliniken), Rehabilitationseinrichtungen	über Fachärzte für Psychiatrie/ Gynäkologie/ Pädiatrie, stationäre psychiatrische/ gynäkologische/ pädiatrische Einrichtungen; Beratungsstellen; Kriseninterventionenstellen	über Pflegeheimleitung; Hausärzte	Projektauftrag von Pflegedirektion; unmittelbar (ANP) ist als Pflegeexpertin einer Station/ Abteilung/ einem Kompetenzzentrum) zugewiesen; konsiliarische Anforderung	über Fach- und Hausärzte, ambulante Schwerpunktpraxen, stationäre Diabetesbehandlungseinrichtungen
	Einschätzung der gesundheitlichen Situation und Planung des Versorgungsarrangements, Einschätzung der kommunalen Pflegeinfrastruktur, Maßnahmen der Prävention; Fallsteuerung, Case Management, Aktivierung notwendiger Hilfen, Stabilisierung des Hilferangements;	Durchführung von Anamnesen, Assessments, Pflegediagnostik und Behandlungspläne; evidenzbasierte Verordnung von Medikamenten/ Hilfsmitteln; Versorgungsplanung/ Anpassung, Ergebnissicherung; Case Management, Entscheidungsfindungskompetenz, Förderung von Selbstbestimmung, Adhärenz und Selbstfürsorge; interprofessionelle Fallbesprechungen; Coaching,	Anwendung von Assessments und wissenschaftlicher Techniken, Umsetzung pflegewissenschaftlicher und evidenzbasierter Erkenntnisse; Case Management, Multiprofessionelle Zusammenarbeit; Patienten- und Angehörigenedukation, Schulung und Unterstützung der Mitarbeiter in der Pflege, Medizin und Psychoonkologie	verhaltenstherapeutische Interventionen als pflegerische Intervention, Gruppentherapie, Anwendung von Assessments, Auslösen von Regelversorgungsleistungen, interdisziplinäre Behandlung, innerhalb ärztlicher Verordnung besteht pflegerische Handlungsautonomie, Fallsteuerung; Case Management; Entscheidungsfindungskompetenz, Kooperationsfähigkeit,	Durchführung von geriatrischem und gerontopsychiatrischen Assessment, medizinische Basisuntersuchungen, Erstellen und Evaluieren von Pflegeplänen, Verordnung und Vermittlung von Hilfsmitteln, Prozessmanagement; Case Management, Förderung von Autonomie und Eigenaktivität, Anleitung und Beratung, Supervision, Kooperation mit anderen	Durchführung von Assessment und Diagnostik, Intervention, Evaluation (auch Medizinischer Leistungen z.B. Anästhesie, Endoskopie); Entwicklung und Implementierung von Programmen für die Bedarfe spezifischer Gruppen; Schulung und Unterstützung von Pflegepersonen; Kollegiale Beratung;	Durchführung von evidenzbasierten, professionellen Assessments und individuelle Versorgungs- und Betreuungsplanung in zentralen diabetologischen Tätigkeitsbereichen; interprofessionelle Kooperation und Kommunikation in Diabetes-teams; diabetesspezifisches Qualitätsmanagement; Teilnahme an Forschungsprojekten in interdisziplinären

Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6	Szenario 7
an ambulante Pflegedienste; kommunale Stellen (z.B. Sozialämter; Beratungsstellen; Pflegestützpunkte bzw. die je nach Bundesland zuständigen Stellen); Hausarztpraxen; als selbständige Tätigkeit	Krisenintervention; Professionelle Beziehungsgestaltung, Trauerbegleitung; kollegiale Beratung;		Selbstständigkeit; Menschenkenntnis	Berufsgruppen, Leitung von Gruppen, Gesprächsführung;		Diabetesteam zum Entwickeln und Durchführen einer evidenzbasierten und wissenschaftlich reflektierten Berufspraxis.
	an Fachabteilungen; (z.B. Tumoren und Organzentren; Palliativzentren; Hospize); spezielle ambulante Palliative Care Teams; Facharztpraxen; selbstständige Tätigkeit oder im Palliative Care Team (PCT)	an onkologische Organzentren schwerpunktmäßig in Kliniken; ambulante onkologische Schwerpunktpraxen, ambulante onkologische Pflegedienste; teilstationäre Einrichtungen (z.B. Tages- bzw. Nachtkliniken); Gesundheitsämter	an Fachabteilungen, (z.B. Abteilungen für Abhängigkeits-erkrankungen, Drogenberatungen- stellen), (spezialisierte) ambulanter Pflegedienst; teilstationäre Einrichtungen (z.B. Tages- bzw. Nachtkliniken); Gesundheitsämter	Pflegeheim, Koordinierungszentren	Krankenhaus	Diabetologische Schwerpunktpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitations- einrichtungen, ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen.
im Rahmen regionalisierter integrierter Versorgung; feste Beschäftigungs- und Anstellungsverhältnisse bei Kommunen; durch erweiterten Sachleistungsbegriff im SGB XI; durch (trägerübergreifende) personengebogene Budgets	direktes Liquidationsrecht mit den Pflege- und Krankenversicherungen; über Stellenplan von Kliniken; Arzthonorierung; § 37b SGB V (SAPV); Konsiliar- dienstabrechnung; § 7a SGB XI Pflegeberatung	Über Stellenplan von Kliniken; Verträge der integrierten Versorgung Krankenkassen	über Stellenplan von Kliniken; Case Management mit entsprechendem Vertrag mit den Kostenträgern, über öffentliche Gelder – Anbindung an Kommune, oder SGB V, ggf. SGB IX, XII, SGB IX	über Stellenplan des Pflegeheims, über Krankenkassen- und Pflegekassen; SGB V; XI, XII	entsprechend Regelungen SGB V	Neue Ansätze werden auf Grundlage der § 89 und 90, SGB XI landesspezifisch verhandelt, Basis kann ein Modellprojekt mit einzelnen Kostenträgern sein.

Ansiedlung

Finanzierung

LITERATURHINWEISE UND INTERNETSEITEN

- American Nurses Association (ANA)** und Nationalrat der bundesstaatlichen Krankenpflegeverbände (NCSBN): Gemeinsame Erklärung zu Delegation <http://nursingworld.org/staffing/lawsuit/PrinciplesDelegation.pdf>, 18.07.2008.
- Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland**, Bericht „Die Primärversorgung in Deutschland im Jahre 2010“, http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf, 25.08.2010.
- BÄK, OECD, Bundesamt für Statistik**, <http://www.aerzteblatt.de/v4/foren/beitrag.asp?id=64047>, 19.03.2007.
- Buchan, J.; Calman, L.:** (2005): skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 17
- Bissinger R.; Allred, C.; Arford, P.; Bellig, L.:** (1997) A Cost-Effectiveness Analysis of Neonatal Nurse Practitioners, Nursing Economics, 15 (2) 92-99.
- Bundesministerium für Gesundheit:**http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604238/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheit-node,param=Links.html__nnn=true#doc616706bodyText3, 12.01.2007.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe** (Hrsg.) (2007): Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2007, Elsevier, Urban & Fischer Verlag.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe** (Hrsg.) (2009) Pflegebildung offensiv Weiterqualifizierung.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe** (2010) Synopse zu den grundständig pflegeberufsausbildenden Studiengängen, Gertrud Stöcker, Dr. Margarete Reinhardt, <http://www.bildungsrat-pflege.de/> 01.09.2010.
- DBfK** (2005a) Sagen Sie was Sache ist, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband e.V.
- DBfK** (2006): Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband e.V.
- DBfK** (2007): Prävention und Gesundheitsförderung- Familiengesundheit – Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen. DBfK-Bundesverband e.V.
- DBfK** (2008/2009) Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK Meinungsumfrage 2008/2009. www.dbfk.de
http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_.pdf
- DBfK aktuell** (2010) in: DIE SCHWESTER/DER PFLEGER 09/2010, Pflegebildung in Bewegung.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. dip**, Pflege-Thermometer 2009, www.dip.de, Zugriff 22.07.2010
- Deutsches Krankenhaus Institut e.V. DKI** (Hrsg.) (2008) Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Endbericht <http://www.dkgev.de>, 25.08.2010.
- Deutsches Krankenhaus Institut e.V. DKI** (Hrsg.) (2010) Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen, <http://www.dkgev.de> 30.08.2010
- Deutscher Pflegerat DPR**, Newsletter Pflegepositionen 9/2010, www.deutscher-pflegerat.de
- Deutscher Pflegerat DPR-Stellungnahme** für die Anhörung beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006.
- Eberl, Inge und Schnepf, Wilfried** (2006): Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage, in: Pflege 2006; 19:234-243.
- Empfehlung des Europäischen Parlaments** und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen, (2008/C 111/01) vom 06.05.2008, Brüssel, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft, 2008, (ABI EG).
- Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“**(2004), Bericht der AG „Gesundheitsförderung, Prävention & Rehabilitation“, 04.10.2004. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Reha_Praev.pdf.18.07.2007.
- EU-Richtlinie 2005/36/EG**: Nr. 39: 26/ Art. 22 b: 36 Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 7. September 2005, in Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft, 2005 (ABI EG).
- Hänsch, C.; Zuch, S.; Bey, I.; Töpelt, K.; Glossmann, J.-P.; Stohbücker, B.; Wolf, J.;** (2010) Zytostatikagabe durch Pflegenden, in: DIE SCHWESTER/DER PFLEGER, 11/2010, S. 112.
- Hamric, A.B.; Spross, J.; Hanson, M.** (2000): Advanced nursing practice. An integrative approach. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Igl, G.** (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche.
- Igl, G.** (2008) Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit, Urban und Vogel.
- Igl, G.** (2008a) Voraussetzungen und Anforderungen: Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit, Artikel in: DIE SCHWESTER/DER PFLEGER, 12/2008.
- Institut für Community Medicine der Universität Greifswald**, http://www.medicin.uni-greifswald.de/icm/abt_vcm/projekte/projekte_aktuell.html; 16.01.2007
- International Council of Nurses (ICN)** <http://www.icn-apnetwork.org>, 17.01.2007
- International Council of Nurses (ICNa)** Rural and Remote Nurses Network http://www.icn.ch/rrn_network.htm, 30.01.2007.
- International Council of Nurses** (2010), International Nursing Day (IND), Handbuch zum internationalen Tag der Pflegenden: „Delivering Quality, Serving Communities; Nurses Leading Chronic Care“ <http://www.dbfk.de/download/download/IND-2010-deutsch-mit-DBfK-final.pdf>, 22.10.2010.
- Isfort, M., Weidner, F.** (2003), Pflegehormometer 2003, in: DIE SCHWESTER/DER PFLEGER 08/2003.
- Jong, de A.** (2006): Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, in: DIE SCHWESTER/DER PFLEGER, 9/2006, S. 698-701.
- Kuhlmei, A.** (2007): „Mehr Autonomie für die Pflege“ in: Forum Sozialstation, 08/2007, S. 23.
- Lexas_Daten**, www.laenderservice.net/laenderdaten/bevoelkerung/aerztedichte.asp, 12.03.2007.
- Lindpaintner, L. S.** (2007) Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege, in: Pflege, 20: S.185-190.
- Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport**, Niederlande, Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge, Fact sheet V-10-D-1995.

- Netzwerk Pflege und integrierte Versorgung**, <http://www.incarenet.de/operative/tp5download> 18.01.2007.
- OECD (2009)** – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Vergleichsstudie zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern. Deutsche Fassung der 12/ 2009 erschienenen Publikation "Health at a Glance" 26.09.2010.
http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html
- OECD Health Working Paper No. 54** (2010) Delamaire, Marie-Laure, Lafortune, Gaetan, Nurses in Advanced nursing Roles: a description and evaluation of Experiences in 12 developed countries,
[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocument/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocument/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en),
 23.07.2010.
- Panfil, E.** (2006): Mehr Verantwortung und höhere Qualifizierung für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Editorial, in: Pflege, 2006, 19: S. 67-69.
- Panfil, E.; Mayer, H.; Junge, W.; Laible, J.; Lindenberg, E.; Tümmel, A.; Wordel, A.; Evers, G.C.M.** (2002): Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege- Pilotstudie. In: Pflege 2002, 15:, S. 169-176.
- PricewaterhouseCoopers pwc** (2010) Studie zu Fachkräftebedarf und -angebot im deutschen Gesundheitswesen, Zugriff am 25.10.2011 unter
http://www.pwc.de/files/RepositoryItem/Studie_Fachkraeftemangel_Gesundheitpdf?itemId=44114636
- RCN (Royal College of Nursing)**, (2005): Maxi Nurses: Nurses Working in advanced and extended roles promoting and developing patient-centred health care, London.
- Ritz, L.; Nissen, M.; Swenson, K.; Farrell, J.; Sperduto, P.; Sladek, M.; Lally, R.; Schroeder, L.** (2000): Effects of Advanced Nursing Care on Quality of Life and Cost Outcomes of Women Diagnosed with Breast Cancer, Oncology Nursing Forum, 27 (6) 923-932.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T.** (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber Verlag: Bern; Göttingen; Toronto, Seattle.
- Sachs, M.** (2006): Internationale Entwicklungstrends einer Advanced Nursing Practice: Perspektiven für die deutsche Pflegelandschaft, ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden, im Auftrag von P-rof. Dr. S. Görres, Universität Bremen, Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Unveröffentlichte Literaturarbeit.
- Sachs, M.** (2006a): Nurse Practitioner oder Spezialist? In: Pflege Aktuell, 5/2006, S. 270-272.
- Sachverständigenrat** für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 3. Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/sg01.htm>, 07.03.2007.
- Sachverständigenrat** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG) Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung.
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung.
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009, Koordination und Integration, - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kurzfassung).
- Schober, M. und Affara, F.** (2006): Advanced Nursing Practice, Hrsg.: ICN, Blackwell Publishing.
- Seidel, E.** (2004): Advanced Nursing Practice, in: Österreichische Pflegezeitschrift 03/2004, S.20-23.
- Spilsbury, K.; Meyer, J.;** (2001). "Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles", Journal of Clinical Nursing 2001, 10: 3-14.
- Spirig, R. und DeGeest, S.** (2004): Editorial: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich ! In: Pflege, 4/2004, S.233-236.
- Storsberg, A.; Neumann, C.; Neiheiser, R.** (2006): Krankenpflegegesetz, Kohlhammer, Stuttgart.
- Strömberg, A.** (2004): Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden, in: Pflege 08/2004, S.237-242).
- Stöcker, G.** (2006): Nurse Practitioner-Stellungnahme aus Sicht des DBfK, 6. Fachgespräch Alumni Netzwerk, „Pflege braucht Eliten“, Berlin, 8. Dezember 2006.
- Stöcker, G.** (2006) Perspektiven im Sozial- und Gesundheitswesen 12/2006.
- Temmink, D.; Francke, A. L.; Hutten, J.B.F.; van der Zee, J.; Abu-Saad, H.H.** (2000): Innovations in the nursing car of the chronically ill: a literature review from an international perspective, in: Journal of Advanced Nursing 31 (6), S. 14449-1458.
- Wagner, F.** (2007): Der Pflege mehr zutrauen, in: Gesundheitsberufe 01/2007, S.48.
- Wagner, F.** (2006): DBfK fordert mehr pflegerischen Kompetenzen im deutschen Gesundheitssystem, Pressemitteilung vom 06.06.2006.
- Wagner, F.** (2008): Reformbedarf in den Pflegeberufen, Public Health Forum 16 Heft 61, 12/2008
- Weskamm, A., Rehr, S.** (2009/2010) Verbleib der Absolventinnen der Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegerinnen und Hebammen“ Erhebung & Auswertung I, Download unter www.familiengesundheitspflege.de⇒ Service⇒Veröffentlichungen, Zugriff am 25.10.2010.
- World Health Organisation (WHO)**, (2000): Erklärung von München, WHO Regionalbüro Europa.

