

Pflege: Next Generation

Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert

RAPHAEL TAUFER,
DANIEL FUCHS,
KLAUS FOCKE

Raphael Taufer ist Referent
Pflege im BKK-Dachverband
e.V., Berlin

Daniel Fuchs ist Referent
Pflege im BKK-Dachverband
e.V., Berlin

Klaus Focke ist Abteilungsleiter
Versorgungsmanagement
im BKK-Dachverband e.V.,
Berlin

Das Krankheitspanorama in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Für eine hohe Versorgungsqualität sind neue Rollen und Tätigkeitsprofile in der Pflege dringend notwendig. Dafür gibt es im internationalen Kontext Beispiele guter Praxis. Durch die Etablierung der erweiterten pflegerischen Praxis mit spezialisierten Pflegefachkräften gewinnt die Versorgung an Qualität und trägt dem veränderten Krankheitspanorama Rechnung. Die Generation Y könnte die in Deutschland notwendigen Veränderungsprozesse mit Ihren Werten befördern.

Krankheits- und Versorgungs-panorama

Gesundheit und Krankheit in Deutschland verändern sich. So haben die Infektionskrankheiten in den vergangenen 150 Jahren kontinuierlich an Bedeutung als Todesursache verloren, während die Lebenserwartung gestiegen ist. Eine wichtige Rolle für die höheren Altersgruppen spielt dabei insbesondere der medizinische Fortschritt: Erkrankungen, die vormals tödlich verliefen, haben heute eher chronische Verläufe. Aktuell sind vor allem folgende – zumeist chronische – Krankheiten für den Hauptteil der Krankheitslast in Deutschland verantwortlich: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen. Alleine die ersten vier genannten Krankheiten verursachen derzeit 64,5 Prozent der verlorenen Lebensjahre.¹ Dies bedeutet eine fundamentale Veränderung des Krankheitspanoramas, weg von akuten Erkrankungen hin zu meist chronischen. Bei diesen Menschen rücken zunehmend Fragen der alltäglichen Lebensführung und Alltagsbewältigung – und damit pflegefachliche Themen

sowie die Schnittstelle zwischen Care und Cure – in den Fokus.

Das Problem dieser Entwicklung in Deutschland ist, dass sich das Versorgungs-panorama, also die Strukturen, Zuständigkeiten und Rollen im Gesundheitswesen und speziell in der Pflege, in den vergangenen Jahrzehnten nicht in dem Maße verändert haben, wie es die beschriebene Veränderung des Krankheitspanoramas erforderlich macht. Ein Gesundheitssystem ist jedoch nur dann erfolgreich, wenn das Versorgungs-panorama dem Krankheitspanorama folgt.

Aufgaben von Medizin und Pflege

Hauptaufgaben der Medizin sind die Vorbeugung, Diagnostik und Therapie von Krankheiten oder Verletzungen.² Ein Schwerpunkt professioneller Pflege liegt hingegen darin, Menschen in der Behand-

¹ Vgl. Robert Koch Institut; DESTATIS (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. S. 139-140.

² Vgl. Bundesärztekammer (2018): (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (Stand: 14.08.2018)

lung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheit und deren Therapien zu unterstützen.³ Medizin beschäftigt sich mit den biologischen Ursachen von Gesundheitsproblemen und deren Behebung – Pflege mit der Frage, wie diese Gesundheitsprobleme erlebt werden und welche Auswirkungen sie für das Alltagsleben der Betroffenen haben.⁴ So haben Pflege und Medizin ihre jeweils originären Kompetenzbereiche, die unterschiedlich akzentuiert sind und sich wirksam ergänzen können. Der Kompetenzbereich von Pflege bildet in einem hohen Maß diejenigen Bereiche ab, die für eine wirksame Versorgung chronischer Krankheiten erforderlich sind.

Aktuelle Entwicklungen in der Pflegeausbildung

Erfreulich ist, dass im Zusammenhang mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)⁵ erste Schritte zur Lösung der beschriebenen Problematik unternommen wurden. Erstmals wurden für die dreijährige Pflegeausbildung Vorbehaltstätigkeiten⁶, und damit eine klare Rolle, definiert. Die Ausbildung wurde durchgehend kompetenzorientiert konzipiert und trägt inhaltlich dem oben genannten Krankheitspanorama in einigen Teilen Rechnung. Beispielhaft seien hier einige Kompetenzschwerpunkte genannt:

- „Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren [...]“
- Entwicklung und Autonomie [trotz gesundheitlichen Einschränkungen; Anm. der Verfasser] in der Lebensspanne fördern [...]
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren⁷

Der Gesetzgeber schuf mit dem PflBRefG auch neue Rollen. So wurde mit dem grundständigen Pflegestudium auf Bachelorebene erstmals flächendeckend ein klinischer Pflegestudiengang etabliert. Beispielhaft seien auch hier einige Kompetenzschwerpunkte genannt:

- „Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen [...]“

- Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen [...]
- Reflexion und Begründung des eigenen Handelns vor dem Hintergrund von Gesetzen, Verordnungen, ethischen Leitlinien und Mitwirkung an der Entwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards⁸

Hier wurden jedoch keine vorbehaltenen Tätigkeiten definiert. Das bedeutet, es bleibt im besten Fall unklar, wie sich in der Praxis die Rolle bzw. das Aufgabenspektrum der Pflegefachkräfte, die sich im Rahmen der dreijährigen Berufsausbildung qualifiziert haben, von denen abgrenzt, die eine hochschulische Ausbildung auf Bachelor-Niveau absolviert haben. Im schlechtesten Fall haben beide dieselben Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche.

Um allerdings die multidimensionalen, komplexen Bedarfslagen des veränderten Krankheitspanoramas adäquat abbilden zu können, braucht es klare Rollenverteilungen und neue Arbeitsteilungen mit multiprofessionellem Ansatz.

Das bedeutet klare Rollen und Aufgabenzuschneide auf Bachelorebene und für die „wissenschaftsbasierte Planung, Organisation [...] von hochkomplexen (Hervorhebung durch Verfasser) Pflegeprozessen [...]“⁹ auch auf Masterebene. Dieser Aspekt ist entscheidend, denn damit sich in der Pflegeausbildung die Anforderungen des aktuellen Krankheitspanoramas widerspiegeln, braucht es neben der dreijährigen Berufsausbildung und der hochschulischen Ausbildung auf Bachelorniveau einen dritten Schritt: die erweiterte pflegerische Praxis auf Masterniveau. Eine Rolle bzw. ein pflegerisches Qualifikationsniveau im Versorgungsspektrum, welches wir in Deutschland kaum kennen. Im internationalen Kontext am ehesten vergleichbar, ist diese pflegefachliche Qualifikationsstufe mit einer *Advanced Practice Nurse* (APN), wie sie in den USA, Kanada und Australien zum Einsatz kommen. Auch findet man sie in Großbritannien, den Niederlanden und in Finnland – also Ländern mit vergleichbarem Krankheitspanorama wie in Deutschland.¹⁰

Definition und Tätigkeiten der Advanced Practice Nurse

Um ein konkretes Bild dafür zu entwickeln, wie sich das eben skizzierte Versorgungspanorama konkret darstellt, ist es entscheidend, Rollen und Aufgaben einer APN konkret zu beschreiben. Sie wird wie folgt definiert:

„Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.“¹¹

- 3 Vgl. Spichinger, Elisabeth; Kesselring, Annemarie; Spirig, Rebecca; DeGeest, Sabrina (2013): Definition der Pflege. <https://www.sbk.ch/de/pflegethemen.html> (Stand: 14.08.2018)
- 4 Vgl. Bartholomeyczik, Sabine in: Gordon, Marjory (2003): Handbuch der Pflegediagnosen – das Buch zur Praxis, 4. Auflage. Urban & Fischer, München. S. V.
- 5 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017.
- 6 Dies sind Tätigkeiten, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen bestimmten Berufsständen vorbehalten sind.
- 7 Anlage 1 zu § 7 Satz 2 PflAPrV. Verordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV). BT-Drs. 19/2707.
- 8 Ebd. Anlage 5 zu § 35 Absatz 2, § 36 Absatz 1, § 37 Absatz 1 PflAPrV.
- 9 Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (2018): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV)“. S. 10-11.
- 10 Vgl. Maier, Claudia B.; Aiken, Linda A. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. In: The European Journal of Public Health. Vol. 26, Issue 6. S. 927-934. <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/6/927/2616280> (Stand: 14.08.2018)
- 11 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK); Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV); Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI) (2012): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. S. 2. <http://www.vpu-online.de/de/pdf/Positionspapier-ANP-DBfK-OeGKVSbK-2012-11-01.pdf> (Stand: 14.08.2018)

Es handelt sich also um hochqualifizierte Pflegekräfte, die anerkannte Ausbildungsprogramme absolviert und entsprechend auch ein formales Lizenzierungs-, Registrierungs-, und Zertifizierungsprogramm durchlaufen haben. Die fachliche Praxis wird konkret durch folgende Aspekte charakterisiert:

- Forschung, Studium und klinisches Management werden verbunden
- Case Management
- Durchführung von Assessments, Beratung, Entscheidungsfindung
- Anerkannte und ausgeprägte klinische Kompetenzen
- Anerkennung als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen
- Das Recht, eine Diagnose zu stellen, Medikamente und Behandlung zu verordnen, Einweisung und Überweisung zu veranlassen
- Titelschutz
- eine spezifische, die APN betreffende Gesetzgebung¹²

Anhand dieser Beschreibung wird schnell klar, dass es sich hier um einen neuen (pflegerischen) Berufszweig handelt, der bestimmte heilkundliche Tätigkeiten erbringt.

Modellprojekte reichen nicht

Eröffnet in Deutschland nicht schon die sogenannte Heilkundeübertragungsrichtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V¹³ die erforderlichen Spielräume für entsprechende Rollenzuschneide? Zunächst muss konstatiert werden, dass die meisten der in der Richtlinie genannten Tätigkeiten/Prozeduren „schon immer“ pflegerische Tätigkeiten waren, die Grundlage für deren Übertragung immer eine ärztliche Diagnose oder Indikationsstellung ist und somit der Systematik der klassischen „Delegation“ folgt¹⁴. Dies erklärt sicher auch die Tatsache, dass sechs Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie aktuell bundesweit nur ein universitärer Studiengang Teile der Richtlinie in einem Modellvorhaben¹⁵ umsetzt. So wird aller Voraussicht nach auch in Zukunft von dieser Richtlinie kein maßgeblicher Innovationsimpuls ausgehen, denn sie beschreibt in weiten Teilen den Status quo. Ähnlich verhält es sich mit Modellen wie AGnES, VerAH, MOPRA oder EVA¹⁶, die ebenfalls stark auf Arztentlastung fokussiert sind und nicht der Intention

einer neuen bedarfsgerechten Rollenverteilung folgen.

Auch andere Entwicklungen werfen Fragen auf. So wurde mit dem *Physician Assistant* ein neuer Beruf im Gesundheitswesen etabliert – jedoch ist auch dieses Berufskonzept allein auf Arztentlastung und Delegation ausgerichtet.¹⁷ Insgesamt entsteht bei sämtlichen genannten Projekten der Eindruck, dass es eher um die Bewahrung der bestehenden Strukturen geht, als um eine dem Krankheitspanorama angemessene neue Rollenverteilung in einem multiprofessionellen Team.

Berufsständische Diskussionen versus Kompetenzorientierung

Insbesondere die ärztlichen Standesvertretungen sehen die eigenständige Erbringung von heilkundlichen Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen kritisch. Argumente sind vor allem eine schlechtere Versorgungsqualität,¹⁸ die Gefährdung der Patientensicherheit, eine „[...] Fragmentierung der Versorgung [...]“¹⁹ und Abgrenzungs-²⁰ und Haftungsfragen. Auch sei der *Facharztstandard* bei jeder Behandlung zu gewährleisten.²¹ Deshalb wird die eigenständige Erbringung von heilkundlichen Tätigkeiten, die aktuell Ärzte erbringen, beispielsweise im Rahmen der Deutschen Ärztetage oder der „Resolution zur Delegation“²² bisher kategorisch abgelehnt.

Doch sind heilkundliche Tätigkeiten in der Praxis nicht immer eindeutig abgrenzbar und haben unterschiedliche Niveaus und Spezialisierungsgrade. Hier existieren durchaus unterschiedliche Interpretationen, wie nun genau Heilkunde zu definieren ist. Der zweite Aspekt dieser Diskussion ist die verkürzte These: *Heilkunde gleich Arzt*. Doch lässt sich diese bereits heute widerlegen, wie etwa Psychotherapeuten oder Hebammen zeigen. Grundlage ist vor allem, dass die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten mit den entsprechenden fachlichen Kompetenzen einhergehen muss, die letztlich eine hochqualifizierte Leistungserbringung ermöglicht. Folgt man der These, dass das entscheidende Kriterium für die Erbringung von Heilkunde die entsprechende fachliche Kompetenz darstellt, dann ist sekundär, von welcher Berufsgruppe diese letztlich erbracht wird. Deshalb soll im Folgen-

den der Einsatz von APN vor allem entlang der Frage der Versorgungsqualität, also des Outcomes diskutiert werden. So lässt sich bewerten, ob die Qualität der Versorgung unter Einbeziehung von APN in das Versorgungspanorama schlechter, besser oder gleichbleibend ist.

Forschungsergebnisse zum Einsatz von APN

Um einen komprimierten, qualitativ hochwertigen Einblick zum aktuellen Stand des Wissens zu bekommen, werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse

12 Vgl. DBfK (2013): Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. S.12. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Nursing-Practice-Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf> (Stand: 14.08.2018)

13 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Fassung vom 20. Oktober 2011.

14 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. S. 517-518.

15 Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ (B.Sc.) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle (Saale)

16 AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health-gestützte Systemische Intervention), VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), MOPRA (Mobile Praxisassistentin), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin)

17 Vgl. Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. S. 5. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf (Stand: 14.08.2017)

18 Vgl. Bundesärztekammer (2014): 117. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. S. 243-244.

19 Bundesärztekammer (2015): 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. S. 205.

20 Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2008): Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/Stellungnahme_Delegation_aerztlicher_Leistungen.pdf (Stand: 14.08.2018)

21 Vgl. Bundesärztekammer 2017: 120. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. S. 116.

22 Bundesärztekammer (2012): Resolution zur Delegation. http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf (Stand: 14.08.2018)

internationaler systematischer Übersichtsarbeiten vorgestellt:

Horrocks et al. (2002)²³ untersuchte die Frage, ob APN gleichwertige Ergebnisse in der primären Gesundheitsversorgung erzielen wie Ärzte. In einem Review wurden 23 Beobachtungsstudien und elf randomisierte kontrollierte Studien (RCT) eingeschlossen. Die definierten Outcome-Kriterien waren: Patientenzufriedenheit (Patient Satisfaction), Gesundheitszustand (Health Status), Untersuchungen (Investigations) und Versorgungsqualität (Quality of Care). Beim Kriterium Patientenzufriedenheit zeigte sich eine höhere Patientenzufriedenheit bei der Konsultation einer APN. Beim Kriterium Gesundheitszustand gab es keine signifikanten Unterschiede. Dafür untersuchten die APN ihre Patienten signifikant häufiger und berieten sie länger. Beim Kriterium

gleich, wobei mehr Patienten bei den APN vollständig zufrieden waren, und diese medizinischen Untersuchungen besser erklärten. Die Versorgungsqualität war bei beiden Gruppen gleichwertig (etwa bei der Interpretation von Röntgenbildern). Allerdings dokumentierten die APN beispielsweise die körperliche Untersuchung genauer.

Auch Newhouse et al. (2011)²⁵ untersuchten die Frage nach den Outcomes von Advanced Practice Nurses im Vergleich mit Ärzten beziehungsweise Teams mit und ohne APN. Berücksichtigt wurden 37 Studien, darunter 14 RCT und 23 Beobachtungsstudien. Outcomes waren Patientenzufriedenheit, Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (Self-reported perceived Health), Funktionsstatus (Functional Status), Blutzuckerspiegel und Blutfette (Glucose Control, Lipid Control), Blutdruck (Blood Pressure), Emergency Department or urgent Care Visit (Einlieferung in eine Notaufnahme oder Notfallbesuch), Hospitalization (Krankenhausaufenthalte), Beatmungsdauer (Duration of mechanical Ventilation), Verweildauer (Length of Stay), Mortalität (Mortality). Für alle genannten Outcome-Kriterien waren die Ergebnisse beider Berufsgruppen mit meist hoher Evidenz gleichwertig.

Donald et al. (2013)²⁶ untersuchten die Effektivität von APN in der stationären Langzeitpflege. Einbezogen wurden zwei RCT und zwei Beobachtungsstudien. Hier konnte durch den (zum Teil auch nur konsiliarischen) Einsatz von APN in der stationären Langzeitpflege eine teilweise signifikante Reduktion von Harninkontinenz (Urinary Incontinence), Dekubitus (Pressure Ulcers), aggressivem Verhalten (Aggressive Behavior), Depression (Depression) erreicht werden. Auch der Einsatz von Psychopharmaka oder schwere sturzinduzierte Verletzungen konnten reduziert werden. Interessant an dieser Stelle sind zwei weitere Aspekte: Zusätzlich wuchs die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Gesundheitsversorgung und die APN konnten wirksam in den Bereichen Fortbildung und Beratung für Pflegeteams eingesetzt werden.

Die aufgezeigte breite Datenbasis legt also nahe, dass APN über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg gleichwer-

tige Versorgungsergebnisse erzielen wie Mediziner. Bestimmte Bereiche werden laut Studienlage durch den Einsatz von APN sogar besser in der Praxis abgebildet. Dies scheint insbesondere bei den Aspekten Kommunikation (etwa bei der Erklärung von Untersuchungen) und Information und Beratung zum Selbstmanagement von Krankheiten der Fall zu sein. Die Advanced Practice Nurses decken also mit ihrer Tätigkeit zum einen die Bereiche ab, die für Menschen mit chronischem Krankheitspanorama entscheidend sind. Es handelt sich genau um die pflegerischen Kompetenzen, die Menschen dabei unterstützen, mit den Auswirkungen einer Erkrankung im Alltag zurechtzukommen. Zum anderen zeigt sich, dass APN auch Aufgaben in der Primärversorgung übernehmen und dabei mindestens gleichwertige Ergebnisse wie Mediziner erzielen. Daneben gibt es Hinweise darauf, dass die Zufriedenheit sowohl von Versicherten als auch deren Angehörigen bei der Betreuung durch eine APN höher ist und sie im Rahmen von Fortbildungen die Implementierung von aktuellem Wissen in die Praxis wirksam fördern können.

Der Faktor Y

Viele Aspekte des Beschriebenen sind nicht grundsätzlich neu. Die entscheidende Frage ist allerdings, wie die notwendige Veränderungsdynamik nachhaltig entfacht werden kann. Einerseits hilft dabei sicherlich ein Bundesgesundheitsminister, der auch schwierige Diskussionen und fachpolitische Auseinandersetzungen nicht scheut. Auf der anderen Seite stehen durchaus

Die internationale Studienlage zeigt, dass die erweiterte pflegerische Praxis ein entscheidender Baustein für die notwendige Neuausrichtung der Versorgung ist.

Versorgungsqualität zeigte sich, dass APN besser kommunizieren, Informationen geben und zum Selbstmanagement von Erkrankungen beraten. Bei der Anordnung und Befundung von Röntgenbildern waren die Ergebnisse gleichwertig.

In einem weiteren Review untersuchten Carter und Chochinov (2007)²⁴ den Einfluss von APN in Notaufnahmen. Sie beschreiben für die USA eine ähnliche Problematik wie in Deutschland, wo die Patientenzahlen in den Notaufnahmen stark gestiegen sind. Allerdings war aus medizinischer Sicht bei 60 bis 80 Prozent der Patienten keine Behandlung in der Notaufnahme nötig. Eingeschlossen wurden 37 Studien aus den USA, Kanada, Australien und Großbritannien. Als Outcome-Kriterien wurden unter anderem Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität untersucht. Die Wartezeiten verringerten sich durch den Einsatz einer zusätzlichen APN, was nicht grundsätzlich überrascht. Die Patientenzufriedenheit war bei beiden Berufsgruppen konsistent

23 Vgl. Horrocks, Sue; Anderson, Elisabeth; Salisbury, Chris (2002): Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. In: British Medical Journal, Vol. 324. S. 819-823.

24 Vgl. Carter, Alix J.E.; Chochinov, Alecs H. (2007): A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. In: Canadian Journal of Emergency Medicine 9 (4). S. 286-295.

25 Vgl. Newhouse, Robin P.; Stanik-Hutt, Julie; White, Kathleen M. et al. (2011): Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. In: Nursing Economics 29 (5). S.1-21.

26 Vgl. Donald, Faith; Martin-Misener, Ruth; Carter et al. (2013): A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. In: Journal of advanced Nursing 69 (10). S. 2148-2161.

veränderungsresistente Strukturen und Standesvertretungen mit entsprechenden Werthaltungen. Möglicherweise ergibt sich aber gerade an dieser Stelle Potential für längst überfälligen Veränderungen – und zwar von Pflegefachkräften und der jungen Ärzteschaft der sogenannten *Generation Y*. Hier existieren im Vergleich zu den *Baby-boomern* grundsätzlich andere Wertevorstellungen in Bezug auf Arbeit und ihre Work-Life-Balance. Während die Generation der Babyboomer noch *lebte, um zu arbeiten* möchten die Vertreter der Y-Generation *Leben beim Arbeiten*. Sie denken pragmatisch, kooperativ und netzwerkorientiert. Ihnen ist *Kompetenz vor Hierarchie* wichtig, beziehungsweise wird Hierarchie nur in Verbindung mit fachlicher Kompetenz akzeptiert. In Bezug auf Arbeit zeigen sie sich flexibel und ergebnisorientiert.²⁷ Auch die Bedeutung akademischer Titel nimmt im Vergleich mit den vorhergehenden Generationen kontinuierlich ab. So hatten im Jahr 2001 noch 80 Prozent der Assistenzärzte einen Dokortitel, 2015 waren es 50 Prozent.²⁸ Auch der Anteil an angestellten Ärzten/Ärztinnen hat sich von 2007 bis 2017 mehr als verdreifacht und die Bereitschaft in Teilzeit oder Angestellt zu arbeiten, ist etwa bei den jungen Ärzten mittlerweile deutlich ausgeprägter als bei den Generationen vorher.²⁹ Ähnliche Trends sind auch bei Pflegenden zu beobachten.³⁰

Die genannten Eigenschaften und Werte werden es dieser Generation deutlich einfacher machen, sich auf das in diesem Artikel beschriebene veränderte Versorgungspanorama einzulassen und die Türen für neue Wege auch auf der Ebene der Politik und der Standesvertretungen zu öffnen. Gegebenenfalls fällt es dieser Generation auch leichter, eher pragmatisch Rollen und Tätigkeiten im Versorgungsspektrum festzulegen. Möglicherweise sieht sich diese Generation auch stärker als Team, das auf Augenhöhe die jeweils „anderen“ zur Ergänzung braucht, um eine exzellente Versorgung entlang des Krankheitspanoramas zu organisieren.

Fazit

Das Krankheitspanorama in Deutschland hat sich grundlegend verändert, daher muss sich auch das Versorgungspanorama weiterentwickeln. Nur so ist

eine vernetzte, patientenzentrierte, teambasierte und bedarfsgerechte Versorgung möglich. Die aktuelle internationale Studienlage zeigt, dass die erweiterte pflegerische Praxis ein entscheidender Baustein für die notwendige Neuausrichtung der Versorgung ist. Insbesondere in den Bereichen Anleitung, Beratung und Befähigung von Menschen mit chronischen Erkrankungen liegen zentrale Aufgaben der pflegerischen Profession, um Menschen wirksam dabei zu unterstützen, ihren Alltag zu gestalten. Zum anderen zeigt sich, dass APN auch Aufgaben in der Primärversorgung übernehmen und dabei mindestens gleichwertige Ergebnisse wie Mediziner erzielen.

Damit die genannten Aspekte in der Versorgungsrealität zum Tragen kommen, braucht es entsprechend veränderte Strukturen und Rollen. Entscheidend dabei ist die Einsicht, dass es hier viel weniger um Konkurrenz zum medizinischen Bereich als um gegenseitige Ergänzung und Unterstützung geht, denn die Tätigkeitsprofile haben berechtigterweise ihre jeweiligen Schwerpunkte.

Vielleicht kann hier die Generation Y die längst überfälligen Impulse setzen, um die ausgetretenen Pfade der Standesdiskussionen zu verlassen und pragmatischer, explorativer und handlungsorientierter als bisher agieren, um unser Gesundheitssystem zeitgemäß und bedarfsgerecht zu gestalten. ■

27 Vgl. Schmidt, C.E.; Möller, J.; Schmidt, K. et al. (2011): Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. In: Der Anästhesist, Aug. 6. S. 1-7

28 Vgl. Heinrich, Christian (2015): Ich operier' dann morgen weiter. In: ZEIT ONLINE. <https://www.zeit.de/2015/47/medizinernachwuchs-generation-y-arbeiten/seite-2>. (Stand: 14.08.2018)

29 Vgl. Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf (Stand: 14.08.2018)

30 Vgl. Huber, Peter; Schubert, Hans-Joachim (2018): Generationsspezifische Unterschiede in den Werthaltungen von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen – Eine Querschnittsstudie. In: Ausserhofer, Dietmar; Balzer, Katrin; Meyer, Gabriele et al. (Hrsg.): Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Volume 31, Issue 4. S. 203-211.

Aus der Reihe

Wirtschafts- und Sozialpolitik



Wohlfahrtsstaat und Interessenorganisationen im Wandel

Theoretische Einordnungen und empirische Befunde

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolfgang Schroeder und Dr. Michaela Schulze

2018, ca. 300 S., brosch., ca. 58,- €

ISBN 978-3-8487-3779-6

eISBN 978-3-8452-8122-3

(Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 22)

Erscheint ca. Oktober 2018

nomos-shop.de/28947

Verschiedene Interessenorganisationen haben die Architektur der Wohlfahrtsstaaten geprägt. Derzeit treten zunehmend neue Risiken auf, was sich auch auf die Vertretung sozialer Interessen auswirkt. In diesem Band werden verschiedene Perspektiven dieser neuen Wohlfahrtsstaatlichkeit analysiert.

Nomos
eLibrary



Nomos