

Advanced Nursing Practice – eine Zukunftsperspektive für die Versorgung

Ansätze für eine Transformation der pflegerischen Praxis in Deutschland

RAPHAEL TAUFER,
DANIEL FUCHS,
CLAUDIA BETTINA MAIER,
KLAUS FOCKE

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

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

Dr. Claudia Bettina Maier ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technische Universität Berlin und European Observatory on Health Systems and Policies

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

Die Etablierung von veränderten Rollen und Tätigkeiten in der pflegerischen Praxis ist notwendig und möglich. Das zeigt ein Blick auf das veränderte Krankheitspanorama, die daraus entstehenden Versorgungsprobleme sowie internationale Entwicklungen in der Pflege. In Deutschland braucht es dafür konkrete Veränderungen bei der Regulierung der Heilberufe, bei der hochschulischen Ausbildung in der Pflege und der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Für die Versicherten steigt dadurch die Versorgungsqualität.¹ Für Pflegende ergeben sich langfristige attraktive Perspektiven im Beruf, die insbesondere auch den Werten und Anforderungen der Generation Y entsprechen.

Während im Fokus des Artikels „Pflege: Next Generation“² die Notwendigkeit und der Mehrwert einer erweiterten pflegerischer Praxis zur Verbesserung der Versorgungsqualität stand, sollen in diesem Artikel konkrete Handlungsbedarfe in Bezug auf Bildung, Regulierung und praktische Umsetzung auf verschiedenen Ebenen abgeleitet werden. Denn angesichts der aktuell in der Pflege diskutierten Probleme muss es um die Frage gehen, wie pflegefachliche Versorgung in Deutschland mittel- und langfristig konkret gestaltet sein soll, damit sie den zukünftigen Anforderungen eines veränderten Krankheitspanoramas entspricht und mithin die Versorgung sichert – die Weichen dafür sind heute zu stellen. Dies soll am folgenden Fallbeispiel exemplarisch aufgezeigt werden.

Fallbeispiel

Frau Schulz hat mit knapp neunzig Jahren ihren Lebenswillen verloren: Sie ist Witwe, leidet unter einer dekomponierten Herzinsuffizienz, metastasierendem Brustkrebs, massiver Gewichtsabnahme und hat mehrere Chemotherapien hinter sich. Frau Schulz plagen aufgrund von Knochenmetastasen starke Schmerzen, welche trotz hochdosierter Schmerzmittelgabe einen chronischen Verlauf genommen haben. Seit einigen Tagen ist

¹ Vgl. Taufer, Raphael; Fuchs, Daniel; Focke, Klaus (2018): Pflege: Next Generation, Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. Jahrgang 72 (4-5), S. 69-73.

² Ebd., S. 69-73.

sie so schwach, dass sie ihr Bett nicht mehr verlassen kann. An einem Freitag wird sie ein weiteres Mal aus dem Krankenhaus entlassen. Aber diesmal kehrt sie nicht in ihre eigene Häuslichkeit in einem kleinen Dorf zurück, sondern wird in eine stationäre Pflegeeinrichtung einer anderen Stadt entlassen, denn zuhause geht es alleine nicht mehr. Zum letzten Mal, so hofft sie – eine Palliativsituation.

Ihre Familienangehörigen sind engagiert und besuchen sie in ihrer letzten Lebensphase trotz der enormen Entfernung täglich. Einen Hausarzt in der neuen Stadt hat sie noch nicht. Dennoch wird über einen mit dem Heim kooperierenden Hausarzt eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) verordnet. Vereinbart ist, dass das SAPV-Team am folgenden Montag das erste Mal vorbeischauen wird. Die Rückenschmerzen nehmen jedoch am Samstag trotz eines Morphin-Pflasters enorm zu, und die verordnete Bedarfsmedikation zur Schmerzlinderung reicht nicht aus. Der hinzugezogene Bereitschaftsarzt ist jedoch unsicher und verordnet – da er Frau Schulz und ihre Krankheitsgeschichte nicht hinreichend kennt – keine zusätzlichen Schmerzmedikamente.

Die spezifischen Tätigkeiten und Rollen der in der Versorgung tätigen Professionen sind nicht dem zunehmend veränderten chronifizierten Krankheitspanorama gefolgt.

Am nächsten Tag verschlimmert sich die Situation und Frau Schulz verweigert sämtliche Schmerzmittel. Diese würden ihr Leiden nur verlängern, sagt sie. Die Pflegekräfte vor Ort versuchen, sie von der Notwendigkeit der medikamentösen Therapie zu überzeugen – erfolglos. Die mittlerweile anwesenden Angehörigen sind über die Situation entsetzt, weshalb der Schwiegersohn nun selbst beim SAPV-Team anruft. Dort verspricht man, Frau Schulz zu helfen, allerdings aus Kapazitätsgründen erst am kommenden Tag.

Eine bedarfsgerechtere Versorgung und das damit einhergehende Verbesserungspotential könnte im skizzierten Fall durch eine *Advanced Practice*

Nurse (APN)³ realisiert werden. Diese Pflegeexpertin hätte beispielhaft einen Bachelorstudiengang Pflege (Bachelor of Nursing) abgeschlossen, einige Jahre in der Pflege gearbeitet und berufsbegleitend ein Masterstudium zur Pflegeexpertin APN mit Schwerpunkt *Palliative Care* absolviert. Grundsätzlich könnten APNs zum Beispiel für größere Träger der stationären Altenhilfe arbeiten, zu welchem auch stationäre Hospize gehören. APNs übernehmen dort bei hochkomplexen Pflegebedarfen die Fallsteuerung. Im Fall Schulz hat die APN beispielsweise schon vor der Verlegung in die stationäre Pflegeeinrichtung Kontakt mit dem Krankenhaus aufgenommen. Im konstruierten Beispiel konsultiert die Pflegefachkraft, welche klassisch im Wohnbereich der Pflegeeinrichtung tätig ist, die APN bei Verweigerung der Schmerzmedikamente. Die APN macht sich vor Ort aufgrund ihrer besonderen fachlichen Expertise ein Bild der medizinisch-pflegerischen Situation und bezieht die Dilemmasituation der Pflegenden mit ein. Sie greift diese in einer Fallbesprechung mit dem Pflegeteam auf. Ergebnis ist zunächst ein Vorgehen in zwei Schritten: Die APN

sucht zunächst das Gespräch mit der Patientin. Im nächsten Schritt wird der Schwiegersohn hinzugezogen. Die Gesprächsführung der APN erfolgt im Sinne eines *Informed consent* – jedoch ohne Erfolg. Nach der Einwilligung der Betroffenen wird durch die APN der Schwiegersohn als Vertrauensperson hinzugezogen. Ergebnis der Konsultation ist, dass sich Frau Schulz offen für die weitere Schmerztherapie zeigt. Die Pflegeexpertin legt entsprechend die weitere Dosierung der entsprechenden Medikamente selbständig fest und rezeptiert diese. Mit dem Pflegekollegium des Wohnbereichs werden die Details zum Schmerzassessment und -management abgestimmt. Ferner informiert die APN den neuen Hausarzt und das SAPV-Team zum Fall, damit beide nahtlos die Versorgung innerhalb der Versorgungskette aufnehmen können. Für den Moment ist die medizinisch-pflegerische Versorgung im Sinne eines multiprofessionellen Handelns gesichert und auch die Informations- und Beratungsbedarfe der Angehörigen stehen im Fokus.

Soweit ein aus heutiger Sicht konstruiertes, aber dennoch realistisches Szenario. Es verdeutlicht, dass die heutige haus- und fachärztliche Versorgung, das Überleitungsmanagement und beispielsweise die Palliativ- und Hospizversorgung theoretisch funktionieren, jedoch in der Praxis häufig an ihre Grenzen stoßen und Sektorenengrenzen zusätzliche versorgungsspezifische Reibungseffekte erzeugen. Ursächlich ist, dass die spezifischen Tätigkeiten und Rollen der einzelnen in der Versorgung tätigen Professionen nicht dem zunehmend veränderten chronifizierten Krankheitspanorama gefolgt sind, wie bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – speziell im Jahr 2007 – festgestellt hat.⁴

Jenseits des stationären (Pflege-) Settings rücken auch der ambulante Sektor und gerade auch hier wieder die Sektorenengrenzen in den Fokus, wenn die Etablierung einer erweiterten pflegerischen Praxis Gegenstand des versorgungspolitischen Diskurses ist. Notwendig und sinnvoll erscheint eine Transformation insbesondere bei der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum.

Verstärkt die akademische Pflegeausbildung den Fachkräftemangel?

Oft wird argumentiert, Pflegefachkräfte, welche in Zeiten des Fachkräftemangels dringend gebraucht werden, dürften sich *nicht vom Bett wegqualifizieren*. Sie

3 „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.“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK); Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegerverband (ÖGKV); Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI) (2012): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/Positionspapier-ANP-DBfK-OEGKV-SBK-01-2013-final.pdf (Stand: 02.10.2018).

4 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339. S. 73-76.

würden mehr denn je in der direkten Versorgung gebraucht. Auf den ersten Blick ist dies eine nachvollziehbare Darlegung. Denn bis dato war ein Pflegestudium zum Beispiel in den Bereichen Pflegemanagement, Pflegepädagogik oder Pflegewissenschaft (außer in Modellstudienengängen) meist dadurch geprägt, dass sich der von den Absolventen avisierte Tätigkeitsbereich jenseits der direkten Patientenversorgung abspielte, also im Management einer Pflegeeinrichtung oder an einer Pflege- oder Hochschule. Wie oben ausgeführt, braucht es jedoch mit Blick auf die zunehmenden Anforderungen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung die Etablierung erweiterter pflegerischer Kompetenzen in der direkten Patientenversorgung. Gefordert ist deshalb explizit der Ausbau der klinisch primärqualifizierenden Pflegestudiengänge auf Bachelor- und Masterebene. Deren Absolventinnen und Absolventen sollen in der direkten Versorgung bleiben und dort ihre Expertise einbringen. Dadurch entsteht für Pflegefachkräfte die Möglichkeit zu einer weitergehenden beruflichen Entwicklung und damit einer bildungssystematischen Durchlässigkeit, ohne sich dabei aus der direkten Versorgung herauszuqualifizieren. Der Effekt einer Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe dürfte auf dieser Grundlage u.a. dadurch befeuert werden, dass sich die meisten Pflegekräfte eigentlich wünschen, eine langfristige Perspektive in der direkten Versorgung zu haben. Dies trägt auch der hinreichend bekannten Problematik Rechnung, dass Pflegekräfte aufgrund der Rahmenbedingungen oft nach wenigen Jahren im Beruf wieder aussteigen und sogar das Berufsfeld komplett verlassen und so nicht mehr in der Versorgung zu Verfügung stehen.⁵

Die internationale Perspektive zeigt, dass hierzu verschiedene Lösungsansätze existieren, denn an Beispielen guter Praxis mangelt es nicht, wenn wir den Blick in die Niederlande, Skandinavien, Kanada oder auch die USA richten.^{7,8} In diesen Ländern wird die Ausbildung von Pflegekräften schon seit geraumer Zeit auf Hochschulniveau angeboten, wobei in Finnland beispielsweise die hochschulische Ausbildung von Pflegekräften flächendeckend eingeführt wurde. In den USA und den Niederlanden bestehen beide Optionen, Ausbildung und Hochschulstudium der Pflege, jedoch mit Tendenz zum Studium. In den USA ist

ein Studium der Pflege wegen sehr guter Karriereaussichten für Schulabgänger höchst attraktiv. Die Nachfrage ist jedes Jahr so groß, dass Bewerberinnen und Bewerber abgewiesen werden müssen.

Welche Tätigkeiten führen akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte international durch?

Im internationalen Vergleich variiert das Tätigkeitspektrum von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften erheblich. Fest steht jedoch, dass sich die Tätigkeitsbereiche nach einem Studium in der Mehrzahl der Länder sukzessiv erweitert haben und zwar in der direkten medizinisch-pflegerischen Versorgung. Ein Trend zur Übertragung ärztlicher (Routine-)Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte ist vor allem auch in Europa festzustellen,⁹ dies hängt mit der Zunahme der akademischen Ausbildung zusammen. Hervorzuheben sind neben den USA, Kanada, Australien und Neuseeland – die eine vergleichsweise lange Tradition mit Pflegestudiengängen Bachelor, Master (und Promotion) haben – insbesondere diejenigen europäischen Länder, die in den vergangenen Jahren wichtige Reformen umgesetzt haben. Dazu zählen u.a. die Niederlande und Finnland.

In den Niederlanden und Finnland sind Pflegekräfte mit Masterabschluss offiziell befugt, ein stark erweitertes Tätigkeitspektrum in der Primärversorgung auszuüben. Dies umfasst u.a. erweiterte körperliche Untersuchungen, das Anordnen von medizinischen Tests und Bildgebung, das Festsetzen und Durchführen von Behandlungen und Therapie, die Verordnungsbefugnis von Medikamenten sowie die Zuständigkeit für eine Gruppe von Patienten im Sinne eines *case managements*.

Pflegekräfte mit Masterabschluss als Nurse Practitioner oder APN können in den Niederlanden und Finnland eine beträchtliche Anzahl von Behandlungsfällen (z.B. mit chronischen Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus Typ 2, Asthma, Hypertonus) nahezu vollständig abdecken. Dabei arbeiten die Pflegekräfte in multiprofessionellen Teams. Studien haben gezeigt, dass zwischen 67 und 93 Prozent aller typischen Tätigkeiten in der Primärversorgung von Pflegekräften mit Masterabschluss abgedeckt werden können¹⁰, wenn sie dafür das erforderliche

klinische Wissen und die Kompetenzen im Studium erlangt haben. Dies wurde unter anderem in den USA, Kanada und den Niederlanden gezeigt. Die Akzeptanz und Zufriedenheit ist bei den Patientinnen und Patienten sowie bei den Berufsgruppen generell hoch. In Kanada waren Hausärzte nach Anstellung einer Pflegekraft mit Masterstudium zufriedener als zuvor, da alle Beteiligten mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten hatten¹¹.

Delegation vs. Substitution?

In Deutschland werden die Verantwortlichkeiten und juristischen Implikationen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte oftmals dichotom im Sinne von entweder *Delegation* oder *Substitution* diskutiert. Dabei werden in Deutschland erweiterte klinische Tätigkeiten im Rahmen eines delegierten Verantwortungsmodells an Pflegefachkräfte übertragen. Im interna-

5 Vgl. Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümerling, Andrea; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. In: U15 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

6 Vgl. Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias (2017): BKK Gesundheitsatlas 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. S. 9-11.

7 Vgl. Praxmarer-Fernandes, Stefanie; Maier, Claudia B.; Buchan, James; Perfilieva, Galiana (2017): Levels of education offered in nursing and midwifery education in the WHO European region: multicountry baseline assessment. Public Health Panorama 2017, 3 (3): 419-30.

8 Vgl. Lehmann, Yvonne; Beutner, Katrin; Karge, Kathleen; Ayerle, Gertrud; Heinrich, Steffen; Behrens, Johann; Landenberger, Margarete: (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE). https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf. (Stand: 13.11.2018).

9 Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health* 2016; 26, (6) 1, December 2016: 927-34, <https://doi.org/10.1093/euro/ckw098>.

10 Maier, Claudia B.; Barnes, Hilary; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2016): Descriptive, cross-country analysis of the Nurse Practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open* 2016, 6(9), doi: 10.1136/bmjopen-2016-011901.

11 Roots, Alison; Macdonald, Marjorie (2014): Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources For Health*, 12:69.

tionalen Vergleich besteht hingegen ein Kontinuum der Verantwortlichkeiten, das weit über den status quo in Deutschland hinausgeht. Oft sind es Hybridformen der gemeinsamen Verantwortlichkeit in multiprofessionellen Teams. Pflegekräfte mit Masterabschluss APN sind in den USA, Kanada, Australien, den Niederlanden oder Finnland für ihre Aufgabenbereiche und Patientengruppen weitestgehend selbst verantwortlich. Jedoch variiert die Supervisionspflicht von Ärzten je nach Land und Aufgabentätigkeit von keiner formalen Supervisionspflicht (in der Mehrzahl der U.S. Staaten), einer juristisch erforderlichen Pflicht der Zusammenarbeit (zum Beispiel das Unterschreiben eines Vertrags der Zusammenarbeit zwischen NP und Ärzten in einigen US-Staaten einmal jährlich, sog. *collaborative agreements*) bis hin zu Hybridformen in Finnland. Dort behält der zuständige Arzt zum Beispiel für die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen die Gesamtverantwortung, die Pflegekraft mit postgradualem Zusatzstudium übernimmt jedoch große Teile der körperlichen Untersuchung, ordnet Tests oder Laboruntersuchungen an und kann Folgemedikamente verschreiben. Die Pflegekräfte nehmen sich explizit Zeit dafür, gemeinsam mit den Patienten Ziele im Behandlungsplan zu formulieren, die das Selbstmanagement, die Medikationsadhärenz, die Lebensstilführung und soziale Aspekte betrifft. Gerade in ländlichen Gebieten und sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen konnten diese Teams eine verbesserte, zeitnahe Patientenversorgung sicherstellen.

Was bedeuten die Erfahrungen in anderen Ländern für Deutschland?

Gerade mit Blick auf die Zunahme der klinischen Pflegestudiengänge Bachelor und Master zeigen die Entwicklungen in anderen Ländern, dass im Bereich der klinischen Pflege und der Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften hierzulande noch erheblich Luft nach oben ist. Pflegekräfte mit Masterabschluss könnten in Deutschland bspw. vorab definierte Patientengruppen mit stabilen chronischen Erkrankungen versorgen, dies ist bereits in Finnland, den Niederlanden und anderen Ländern gängige Praxis und wurde positiv evaluiert.

Wie sah die Umsetzung in diesen Ländern in Bezug auf die notwenigen Änderungen in der Gesetzgebung aus?

In Finnland wurde 2010 ein Gesetz verabschiedet, welches Pflegefachkräfte mit Zusatzstudium (45 ECTS) befähigt, Medikamente zu verschreiben und weitere klinische Tätigkeiten durchzuführen, wie u.a. das Anordnen von Tests/Laboruntersuchungen oder das Ausstellen von Krankschreibungen (bis max. 5 Tage)¹². Der politische Prozess dahin war langwierig und wurde hoch kontrovers diskutiert. Ein Grund dafür waren die unterschiedlichen Standpunkte der Interessensvertreter, u.a. der Ärzte- und Pflegeverbände. Drei Faktoren trugen jedoch maßgeblich zur Verabschiedung des Gesetzes bei:

1. die qualitativ hochwertige und positive Evaluation von Pilotprojekten;
2. das Einbeziehen von allen Interessensvertretern im politischen Prozess von Anfang an;
3. die Verabschiedung eines Gesetzes, welches inhaltlich restriktiv angelegt war und hinsichtlich der Verordnungsbefähigung nur vorab definierte Medikamente einschloss, die eine geringe Komplikationsrate und gute Behandlungsmöglichkeit aufwiesen. Diese wurden in Konsultationen mit den zuständigen Ministerien, Ärzten, Pflegefachkräften, Wissenschaftlern, Kamern, Krankenversicherungen und Juristen gemeinsam diskutiert und definiert.

Acht Jahre nach der Implementierung des Gesetzes wurde die Umsetzung der Verschreibungsbefugnis von Pflegefachkräften so gut in der Praxis angenommen, dass derzeit (Stand Oktober 2018) ein neuer Gesetzesentwurf im Parlament diskutiert wird, der die Verschreibungsbefugnis von Pflegekräften noch erweitern soll.

In den Niederlanden wurde im Jahr 2011 ein Gesetz verabschiedet, das Pflegefachkräften mit Masterstudium und *Physician Assistants* ermöglicht, (nahezu alle) Medikamente innerhalb der jeweiligen Spezialisierungen zu verschreiben sowie weitere Tätigkeiten durchzuführen, die zuvor nur Ärzten vorbehalten waren¹³. Den Anlass zur Entwicklung eines solchen Gesetzesentwurfs gab das Gutachten einer unabhängigen Expertengruppe, die zu dem Schluss kam, dass

das bis dato existierende Gesetz – welches die vorbehaltenen Tätigkeiten für Ärzte gesetzgeberisch normierte – evaluiert werden müsse, da sich die entsprechenden Kompetenzen und Kenntnisse aufgrund der akademisierten Ausbildungen der Pflegekräfte und *Physician Assistants* grundlegend verändert hätten. Der darauffolgende politische Diskurs wurde höchst kontrovers geführt. Nachdem es keine Einigung zwischen den jeweiligen Interessensvertretern gab, wurde ein entsprechendes neues Gesetz dennoch verabschiedet, jedoch mit einer Klausel versehen (sog. Experimentierklausel von 5 Jahren). Dieses Instrument ermöglichte die flächendeckende Einführung und gleichzeitige Evaluation des Gesetzes in den Niederlanden. Nach fünf Jahren wurde die Umsetzung in der Praxis positiv evaluiert und insofern konnte das Gesetz (mit leichten Modifikationen) ohne Klausel novelliert und die Maßgaben entsprechend implementiert werden.

Basierend auf dem Bedarf und den Entwicklungen in Deutschland und vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen dürfte sich die Frage anschließen, welche konkreten Änderungsbedarfe im deutschen Gesundheitswesen anzugehen und welche Ebenen zu adressieren sind, um die notwendige Weiterentwicklung zu realisieren.

Qualität, Patientensicherheit und Regulierung

Die in Deutschland teilweise von der Ärzteschaft bzw. deren Verbändevertreter unterbreitete Behauptung, nach welcher die Qualität der Versorgung durch die Integration von nicht-ärztlichem Personal z.B. APN leide¹⁴, lässt sich anhand internationaler Übersichtsarbeiten nicht halten. Vielmehr konnte dargelegt werden, dass APN die Bereiche Kommunikation (z.B. bei der Erklärung

¹² Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles: policy levers for implementation. OECD-Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/8756593-en> Paris: OECD.

¹³ Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles: policy levers for implementation. OECD-Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/8756593-en> Paris: OECD.

¹⁴ Vgl. Bundesärztekammer (2014): 117. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. S. 243-244.

von Untersuchungen), Information und Beratung zum Selbstmanagement von Krankheiten besser in der Praxis abilden als ihre ärztlichen Kollegen¹⁵¹⁶ ¹⁷. Ein weiterer Mehrwert des Einsatzes von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften ist, dass die *30-Tage-Mortalitätsrate* unter anderem mit der Quote des akademisch ausgebildeten Pflegepersonals korreliert¹⁸, also durch den Einsatz von akademisch qualifiziertem Personal die Patientensicherheit erhöht wird. Es braucht jedoch ohne Frage für APN einen Qualitätssicherungsrahmen, der die hochqualifizierte Versorgung absichert. Hier könnten die sich im Aufbau befindenden Strukturen der Pflegekammern genutzt werden. Die APN müssten dort zwingend registriert sein und auch eine festgelegte Anzahl Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. weiterer Spezialisierungen pro Jahr absolvieren, ansonsten würden sie Ihre Zulassung verlieren. Die Kammer wäre demnach auch für die Zulassung und die fachliche Qualität verantwortlich.

Gesetzlicher Rahmen

Auch andere Heilberufe jenseits der Pflege entwickeln sich weiter, was sich auch in einem gestiegenen Ausbildungsniveau niederschlägt. Ein aktuelles und wichtiges Beispiel ist die von den Hebammenverbänden avisierte Vollakademisierung der Ausbildung bis 2020¹⁹, welche derzeit im Bundesministerium für Gesundheit wohlwollend aufgenommen wird, auch um die entsprechende EU-Richtlinie umzusetzen. Ähnliche Tendenzen sind bei den Heilmittelerbringern und hier insbesondere bei Physiotherapeuten²⁰, Ergotherapeuten²¹ und Logopäden²² im Rahmen von Modellstudiengängen festzustellen. Ähnlich der Pflege verändern sich im Ergebnis auch hier die Rollen und Kompetenzen, um bei zunehmend komplexeren Bedarfskonstellationen der Patienten angemessene Angebote zu etablieren und vorzuhalten. Um dieses Potential an Fachlichkeit auch rechtlich gesichert zur Entfaltung zu bringen, würde es sich im Rahmen etwaiger gesetzlicher Anpassungen empfehlen, die neuen Rollen und Tätigkeiten nicht berufsbe-

zogen, sondern kompetenzbezogen in Anlehnung an den *Europäischen Qualifikationsrahmen* auf unterschiedlichen Niveaus festzulegen. Dies würde zum einen die Fokussierung auf das Outcome befördern und zum anderen für die jeweiligen Heilberufe eine den Bedarfen entsprechende Kompetenzausstattung ermöglichen, gemäß dem Motto: *Wer kann der darf*.

Eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung kann nur ein gut abgestimmtes versorgungspraktisches Konzert der unterschiedlichen Heilberufe sein, wo jede Berufsgruppe ihren Platz hat.

Anknüpfungspunkte hierfür existieren bereits in der aktuell verabschiedeten Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), in welcher die fachlichen Niveaus der unterschiedlichen Pflegeausbildungszweige bereits kompetenzorientiert dargestellt sind. Auf dieser Grundlage wäre zudem in der Endlosdebatte, welche Berufsgruppe welche Tätigkeiten ausüben darf, im Sinne einer Orientierung am Kompetenzniveau ein fachlicher Bezugspunkt gesetzt. Denn eine effektive und dabei effiziente Gesundheitsversorgung kann letztlich nur ein gut abgestimmtes versorgungspraktisches Konzert der unterschiedlichen Heilberufe sein, in welchem jede Berufsgruppe ihren Platz mit dem entsprechenden Kompetenzprofil ausfüllt. Hier gilt es, die bis dato ausnehmend arztzentrierten Strukturen zu evaluieren und neu zu gestalten.

Ein weiterer konkreter Handlungsbedarf ergibt sich aus dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Hier wird erstmals eine akademische Pflegeausbildung auf Bachelor-Niveau – außerhalb von Modellprojekten – regelhaft implementiert. In § 4 PflBRefG sind jedoch nur für die klassische dreijährige pflegerische Berufsausbildung vorbehaltene Tätigkeiten festgelegt. Für die auf Bachelor-Niveau – sowie erst recht für die potentiell auf Master-Niveau – ausgebildeten Pflegefachkräfte fehlen diese.

Das bedeutet, es bleibt unklar, wie sich in der Praxis die Rollen und Tätigkeiten der Qualifikationsniveaus unterscheiden. Im ungünstigsten Fall verrichten sie dieselben Tätigkeiten. Deshalb ist analog des § 4 PflBRefG eine Festlegung von vorbehalteten Tätigkeiten, insbesondere auch der erweiterten pflegerischen Tätigkeiten für diese Niveaus zwingend notwendig. Nur so kann das hohe fachliche Potential dieser Absolventen in der Versorgungspraxis seine Wirkung auch entfalten.

Hochschulische Ausbildungskapazitäten erweitern

Um beurteilen zu können, welche hochschulischen Ausbildungskapazitäten in der Pflege vorhanden sind und welche Entwicklungsbedarfe an dieser Stelle bestehen, lohnt sich ein kurzer Blick zurück. So etablierten sich Anfang

15 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.

16 Vgl. Newhouse, Robin P.; Stanik-Hutt, Julie; White, Kathleen M.; Johantgen, Meg; Bass, Eric B.; Zangaro, George; Wilson, Renee F.; Fountain, Lily; Stenwachs, Donald M.; Heindel, Lou; Weiner, Jonathan P. (2011): Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. In: Nursing Economics 29 (5). S. 1-21.

17 Vgl. Donald, Faith; Martin-Misener, Ruth; Carter, Nancy; Donald, Erin E.; Kaasalainen, Sharon, Wickson-Giriffiths; Lloyd, Monique; Akhtar-Danesh, Noori; DiCenso, Alba (2013): A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. Journal of Advanced Nursing 69 (10). S. 2148-2161.

18 Vgl. Aiken, Linda; Douglas M., Sloane et al. (2014): Nurse staffing and education in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet, 383 (9931): 1824-1830, May 24. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).

19 Vgl. Deutscher Hebammen Verband (2018): Akademisierung der Hebammenausbildung. <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/> (02.10.2018).

20 Vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2018): Studium Physiotherapie. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/studium.html> (22.10.2018).

21 Vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2018): Bildungskonzept. <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/bildungskonzept> (22.08.2018).

22 Vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie (2018): Studiengangsübersicht. <https://www dbl-ev.de/bildung-und-wissenschaftsfoerderung/ausbildung-und-studium/studiengangsuebersicht.html> (22.08.2018).

der 1990er Jahre die ersten Pflegestudiengänge und wurden bis dato mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen sukzessive ausgebaut. Fachlich-inhaltliche Schwerpunkte waren und sind dabei Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft/ Pflegeforschung. Die Absolventinnen und Absolventen arbeiten dementsprechend an Pflegeschulen, im Management von Pflegeeinrichtungen oder in Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen. Dies hat maßgeblich zu einer Professionalisierung der Ausbildung selbst und des Managements beigetragen. Klinische Pflegestudiengänge auf Bachelor- und Masterebene sind in dieser Zeit nur vereinzelt und mit stark unterschiedlichen Schwerpunkten im Rahmen von Modellprojekten entstanden. Dies ist für die notwendigen Entwicklungen nicht ausreichend. Schätzungen zufolge wurde so in fast 30 Jahren *Akademisierung in der Pflege* insgesamt eine Akademisierungsquote von ein bis zwei Prozent (!) erreicht^{23 24}, sofern hier überhaupt von einer bedarfsgerechten Akademisierung der Pflege gesprochen werden kann. Soweit zum ernüchternden Status quo, welcher zwangsläufig die Frage aufwirft, welche Zielgröße bei der hochschulischen Qualifizierung von Pflegenden notwendig und fachlich bzw. auch versorgungspolitisch geboten ist. Der Wissenschaftsrat hat hierzu eine Zielgröße von 10-20 Prozent für die direkte Versorgung als angemessen identifiziert.²⁵ In den USA – als Land mit einer der längsten Traditionen von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften – hat sich eine Quote von fünf Prozent APN etabliert.

Dies würde bei einer Akademisierungsquote von 20 Prozent in Deutschland einen Anteil von 15 Prozent aus klinischen Bachelorstudiengängen und fünf Prozent APN aus klinischen Masterstudiengängen bedeuten.

Bezogen auf die ca. 63.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die pro Jahr in Deutschland eine Ausbildung in einem Pflegeberuf beginnen,²⁶ werden also zwischen 6.300 und 12.600 Studienplätze gebraucht. Die aktuelle Hochschulstatistik geht von ca. 3.000 Studienplätzen²⁷ in der Pflege aus, die jedoch – außer in Modellprojekten – überwiegend im Bereich Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft zu finden sind. Die Kapazität

der klinischen primärqualifizierenden Studiengänge muss also langfristig mindestens um den Faktor drei bis vier erhöht werden.

Kompetenzen integrieren und Curricula harmonisieren

Um die zusätzlich zu schaffenden Studienplätze auch mit Leben füllen zu können, bedarf es darüber hinaus dringend des Ausbaus von Promotionsprogrammen in der klinischen Pflege, damit entsprechendes akademisches Lehrpersonal zur Verfügung steht. Auch muss der Zuschnitt der Studiengänge größtenteils die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Qualifizierung bieten. Denn insbesondere für erfahrene Praktiker, die sich auf diesem Wege im Sinne einer bildungspolitischen Durchlässigkeit weiterqualifizieren möchten, ist dieser Zugang essentiell. In diesem Fall müssten die bereits erworbenen Kompetenzen aus Ausbildung, Weiterbildung und Praxis im Studium anerkannt werden. Im Sinne der teambasierten Versorgungsstrukturen in denen die Absolventinnen und Absolventen arbeiten werden, ist eine multidisziplinäre Ausbildung in bestimmten Themengebieten z.B. zusammen mit Medizinstudierenden wichtig. Dies baut Berührungsängste ab und schafft bereits während des Studiums die Voraussetzungen für ein gutes Zusammenwirken der Professionen in der beruflichen Praxis. Umgesetzt wird dies heute schon an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Nach abgeschlossenem Studium ist es sinnvoll, dass die Absolventen im Sinne eines Anerkennungsjahres in unterschiedlichen Settings eigenständig – allerdings unter Supervision einer erfahrenen APN oder eines Arztes – arbeiten und so ihre Praxisreife erlangen. Damit wird schon beim beruflichen Einstieg eine qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht.

Ferner empfiehlt es sich, ggf. über die Kultusministerkonferenz (KMK) das Ausbildungsniveau über ein bundesweit verbindliches Rahmencurriculum zu sichern. Dies wurde in Finnland zum Thema *Verschreibungsbefugnis für Pflegefachkräfte* umgesetzt und ist in Anbetracht der Tatsache, dass auch in Finnland die Hochschulen unabhängig sind, ein Modell für die Implementierung hierzulande.

Chancen der Generation Y

Bei allen Überlegungen, was sinnvoll und richtig wäre, muss zwingend berücksichtigt werden, welche Generation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Berufsfeld Pflege zukünftig arbeiten bzw. ihr Studium absolvieren. Denn selbst wenn die Einschätzungen zu den Eigenschaften der Generation Y divergierend sind und die Leistungsbereitschaft dieser Generation kontrovers diskutiert wird,²⁸ ist eines klar: Es handelt sich um eine verhältnismäßig kleine Kohorte, an welcher alle Branchen – nicht nur die Gesundheitsbranche – sondern auch die freie Wirtschaft mit ungleich höheren Ressourcen nachhaltig ihr Interesse bekunden.²⁹ Insofern zeichnet sich auf eine nie dagewesene Art und Weise ein *Arbeitnehmermarkt* ab und dies nicht nur in der Theorie, sondern mit sehr praktischen Auswirkungen: Unternehmen – egal aus welcher Branche – werden zukünftig individuelle Arbeitsarrangements für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf eine Weise ermöglichen müssen, wie dies bislang nicht Praxis war. Die Macht-

23 Vgl. Tannen, Antje; Feuchtinger, Johanna; Strohbrücker, Barbara; Kocks, Andreas (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 120: 39-46.

24 Vgl. Simon, Michael (2015): Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. In: Tagungsdokumentation zur Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft am 05.11.15. S. 39-42.

25 Vgl. Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411-12. S. 85.

26 Vgl. Statistisches Bundesamt (2016): 63 200 Jugendliche haben 2016 eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemeldungen/zdw/2018/PD18_23_p002.html (02.10.2018).

27 Vgl. Simon, Michael (2015): Ökonomische Dimension der Etablierung der hochschulischen Erstausbildung in der Pflege. In: Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademisierter Pflegender. Tagungsdokumentation. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. S. 41.

28 Vgl. Bund, Kerstin (2016): Generation Y – wir sind jung. <https://www.zeit.de/2014/10/generation-y-glueck-geld> (22.10.2018).

29 Vgl. Klös, Hans-Peter; Rump, Jutta; Zibrowius, Michael (2016): Die neue Generation Werte, Arbeitseinstellung und unternehmerische Anforderungen. Roman Herzog Institut, Diskussion Nr. 29. S. 5.

verhältnisse werden sich konsequent zugunsten der hochqualifizierten Fachkräfte verschieben: Arbeitsbedingungen – welche nicht mit den persönlichen Werten und Lebenszielen übereinstimmen – werden kaum toleriert, bzw. im Zweifel werden etwaige Fachkräfte das betreffende Unternehmen verlassen oder ihre berufliche Tätigkeit dort gar nicht erst beginnen. Diese Herausforderung dürfte sich gegebenenfalls dadurch verschärfen, dass etwaige Führungskräfte oft aus der Baby-Boomer-Generation stammen, welche die eigene Berufsbiografie angesichts dieses neuen Selbstverständnisses völlig konträr erlebt haben. In Bezug auf die oben beschriebenen Veränderungen sind die Werte dieser jüngeren Arbeitnehmergeneration auch eine Chance. So werden Hierarchien hinterfragt, während Kooperation und Vernetzung eine hohe Bedeutung haben. Dies ist für eine teambasierte Versorgung, die zukünftig notwendig sein wird, eine zentrale Voraussetzung. Auch die hohe intrinsische Motivation, wenn die Tätigkeit Freude macht und Perspektiven bietet, kommt den beschriebenen Entwicklungen entgegen und fördert den langfristigen Verbleib im Beruf. Der Trend zu beruflichen Werdegängen unter Berücksichtigung der etwaigen Lebensphase, einer ausgewogenen *Work-Life-Balance* und der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* ist für die Pflege ebenfalls eine Chance, denn dieser begünstigt gesundheitsförderliche und gesundheitserhaltende Aspekte im Beruf.³⁰

Insgesamt zeigt sich, dass die skizzierten Entwicklungen nicht nur das veränderte Krankheitspanorama adäquat berücksichtigen, sondern auch den Werten der jüngeren Generation Rechnung trägt. Dies ist entscheidend, um auch zukünftig Menschen für die Pflege zu gewinnen und die Versorgung der Zukunft zu organisieren.

Resümee

Zurück zu Frau Schulz. In diesem exemplarischen Beispiel zeigt sich, dass der versorgungspolitische und praktische Mehrwert von akademischen klinischen Pflegeausbildungen im Sinne einer APN

klar auf der Hand liegt und durch folgende Aspekte gekennzeichnet ist: eine starke Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, teambasierte Zusammenarbeit, effizientes Fallmanagement, Durchführung von Assessments, Beratung, ausgeprägte klinische Kompetenz, Medikamentenmanagement und edukative Kompetenzen.

Voraussetzung dafür ist eine faktengestützte Debatte dazu, wie eine langfristige und dabei patientenorientierte Perspektive für die medizinisch-pflegerische Versorgung in Deutschland gestaltet

Die Werte der Generation Y unterstreichen die Notwendigkeit neuer Rollen und Tätigkeiten – allerdings hemmen die gesetzlichen Rahmenbedingungen die notwendige Weiterentwicklung der Praxis.

werden kann und welche Rolle konkret die Pflege in diesem Kontext übernehmen soll bzw. muss. Hierbei lohnt der Blick auf die bereits gemachten internationalen Erfahrungen. Es bietet sich an, eine akademisierte Pflege zum einen als Antwort auf real existierende Versorgungsprobleme und zum anderen auch als Instrument der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs zu begreifen, welches Pflegefachkräften eine langfristige berufliche Perspektive in der direkten Versorgung eröffnet.

Einzelne hoffnungsvolle Ansätze, wie die Initiative *Community Health Nursing* der Robert-Bosch-Stiftung und Agnes-Karl Gesellschaft³¹, existieren bereits. Allerdings beziehen sich die derzeitigen Entwicklungen vor allem auf die curriculare Ausgestaltung der Studiengänge und weniger auf die Umsetzung in der Praxis. Zusätzlich sind die aktuell bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen so restriktiv, dass sie die Möglichkeiten einer fundamentalen Weiterentwicklung in der Praxis stark hemmen. Wie also kann der notwendige Startschuss gesetzt werden?

Einen guten Rahmen für einen ersten Aufschlag kann die *Konzertierte Aktion Pflege* bieten, mit welcher die Bundesre-

gierung der laufenden 19. Wahlperiode ressortübergreifend das Ziel verfolgt, mit verschiedensten Akteuren den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern, die Pflegekräfte zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken. Die Themen *Ausbildung* und *Qualifikation* sind hierbei originäres Thema, einer eigenständigen Arbeitsgruppe, die sich allerdings nicht nur mit der Umsetzung des PflBRefG befassen sollte, sondern auch die beschriebenen Themen im Sinne einer Langzeitperspektive in den Blick nehmen muss. Die Zeit ist freilich bis Sommer 2019 sehr knapp bemessen, um die identifizierten Veränderungsbedarfe zur Umsetzung zu bringen. Jedoch kann dieses Format – bei ausreichend progressiver Nutzung – einen Entwicklungsimpuls für die oben genannten Themen wie zum Beispiel hochschulische Ausbildungskapazitäten, gesetzliche Rahmenbedingungen und vorbehalte Tätigkeiten geben und die dringend notwendigen Veränderungen anstoßen bzw. dazu beizutragen, dass diese in weiterführenden Gremien umgesetzt werden.

³⁰ Vgl. Rump, Jutta; Eilers Silke (2012): Die jüngere Generation im Überblick. http://www.ibe-ludwigshafen.de/download/arbeitsschwerpunkte-downloads/generationenmix/Die-juengere-Generation-im-Ueberblick_2.pdf (25.10.2018).

³¹ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017). Community health nursing. <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> (25.10.2018).