

# Die neue Welt der Gesundheitsberufe „Pflege anders denken“

---

## Pflege als sektorenübergreifende Profession

Vera Lux

Pflegedirektorin / Geschäftsführung Pflege MHH

# Leitfragen

1. Wie schaffen wir sektorenübergreifende, integrierte Behandlungspfade in der Pflege und eine bessere Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (auch über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinaus)?
2. Welche Rollen spielen dabei erweiterte Kompetenzen und mehr Verantwortung für die professionell Pflegenden?

*„Das wird nicht gehen ohne die Umsteuerung relevanter Finanzströme, um die Kommunen in den Stand zu setzen, eine entsprechende Unterstützungs- und Vernetzungsstruktur aufzubauen und dauerhaft zu unterhalten. Deren Aufgabe wäre es, Gemeinwesenarbeit bzw. Quartiersmanagement zeitstabil abzusichern und so unter anderem Pflege-Mix-Netzwerke vor Ort zu fördern, die in der Lage sind, ein möglichst niedrigschwelliges Case- und Care-Management anzubieten.“*

Quelle: Auszug aus GP Themenreport Pflege- 2030, Bertelsmann-Stiftung 2012, S.9

# Voraussetzungen:



## Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

- Innovative, umfassende und exzellente Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung in einer Region

### Standorte:

Berlin – Neukölln

Büsum

Hohenstein

Willingen - Diemelsee

Beispiel

PORT -  
ZENTREN

# Advanced Nursing Practice in der Hausarztpraxis

- eine interprofessionelle Betreuung von chronisch kranken multimorbiden Menschen

MediX Praxis Zürich Altstetten

Literatur: tellmed.ch

08\_arzt\_0319\_GF\_Steinbrücher\_Advanced\_Practice\_Nurses.pdf

Unterstützung für die Grundversorgung

## Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis

Die Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten stellt die Hausärzte vor Herausforderungen, die immer schwieriger zu erfüllen und oft mit einem Mehraufwand verbunden sind. Gleichzeitig ist ein Mangel an Hausärzten absehbar. Ein neues Versorgungsmodell mit Advanced Practice Nurses (APN) könnte Hausarztpraxen ergänzen und entlasten. Dieser Artikel beschreibt das in der Schweiz noch wenig bekannte Berufsbild der APN mit besonderem Blick auf die Hausarztpraxis mit seinen Chancen und Risiken.

### Zukünftige Herausforderungen in der Grundversorgung

Die Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten stellt Hausärzte (der besseren Lesbarkeit halber wird auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet) vor neue Herausforderungen. Verlaufskontrollen, Anleitung zum Umgang mit der Krankheit, Lebensstilveränderungen und präventive Massnahmen, um Exazerbationen zu reduzieren, bzw. zu vermeiden, spielen eine ungleich wichtigere Rolle als bei akuten Erkrankungen. Dazu kommt die Koordination verschiedener Spezialisten und Institutionen oder der Einbezug von Angehörigen. All diese Aufgaben erfordern einen Mehraufwand, welcher in einer Hausarztpraxis kaum mehr zu bewerkstelligen ist. Auch Hausbesuche können viele Hausärzte nicht mehr leisten. Gleichzeitig zeichnet sich ein zunehmender Mangel an Hausärzten ab und in Pension gehende Ärzte finden oft keine Nachfolger.



Corinne Steinbrüchel-Boesch, MScN, Zürich

### Was sind APNs?

In angelsächsischen Ländern wurden ab den 1960er Jahren aus den genannten Gründen neue Modelle eingeführt, in welchen sogenannte APNs tätig sind. APNs sind ausgebildete Pflegefachleute mit Praxiserfahrung und einem Masterstudium in Pflegewissenschaft. Im Studium werden ihre medizinischen Kenntnisse vertieft und sie lernen, eine Anamnese zu erheben und eine klinische Untersuchung durchzuführen. Weiter werden sie in Themen wie Chronic Care, interprofessioneller Zusammenarbeit oder familienzentrierter Pflege unterrichtet. Sie erwerben auch Kenntnisse in Forschung und Anwendung wissenschaftlicher Literatur. APN ist ein Überbegriff für verschiedene Rollen wie zum Beispiel Clinical Nurse Specialist (CNS) oder Nurse Practitioner (NP). Allen APNs ist gemeinsam, dass sie sich auf eine spezielle Patientengruppe oder ein spezifisches Setting spezialisieren und in einer erweiterten Rolle in direktem Patientenkontakt stehen, sei dies im stationären oder ambulanten Bereich. APNs zeichnen sich durch klinisches Denken aus und sind fähig, Befunde zu interpretieren und mit dem Krankheitsgeschehen zu verknüpfen. Sie verfügen über Entscheidungskompetenz in komplexen Situationen und weisen eine gewisse Autonomie in ihrer Rolle auf (1, 2).

TAB. 1 APN-Ausbildung und Kompetenzen in ausgewählten OECD- und EU-Ländern in der Grundversorgung, 2015 (1)

APN-Rolle	Länder	NP/APN Ausbildung	
<b>etabliert</b> hohe Kompetenz von vertiefter klinischer Tätigkeit	Australien Finnland Grossbritannien Holland Irland Kanada Neuseeland USA	Ja	Autorisiert für die folgenden Tätigkeiten: • Verschreibungskompetenz Medikamente • Medizinische Diagnosen und Assessments • Verordnung medizinischer Untersuchungen • Behandlungskompetenz • Überweisungskompetenz • Erstkontakt
<b>in Entwicklung</b> Ausbildungsprogramme vorhanden, aber niedrige Kompetenz von selbständiger vertiefter klinischer Tätigkeit	Belgien Deutschland Frankreich Island Israel Kroatien Litauen Norwegen Österreich Schweden Spanien Zypern	Wenige oder neue NP/APN-Programme an Universitäten oder Fachhochschulen	Kompetenz für eine vertiefte klinische Tätigkeit ist limitiert. Meist in Verantwortung eines Arztes

### Internationale Erfahrungen

APN-Rollen existieren heute in über 70 Ländern. In Ländern mit längerer Erfahrung sind ihre Kompetenzen formal geregelt. In gewissen Staaten haben APNs nach entsprechender Ausbildung die Kompetenz zur Verschreibung von bestimmter Medikamentengruppen oder zur Durchführung von Röntgen- oder Labordiagnostik (Tab. 1). Die Anzahl APN pro Bevölkerung ist auch in diesen Ländern sehr unterschiedlich. Insbesondere in den USA ist die medizinische Grundversorgung ohne APNs nicht mehr denkbar (Tab. 2). Bezüglich Wirksamkeit zeigen Reviews, dass APNs bei ihren Patienten insgesamt etwa gleich

# Beispiel ADVANCED NURSING PRACTICE IN EINER HAUSARZTPRAXIS

# Übergangspflege im Krankenhaus

**Sozialgesetzbuch (SGB V)**  
**Fünftes Buch**  
**Gesetzliche Krankenversicherung**  
**§ 39e SGB V Übergangspflege im Krankenhaus**

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen erbracht werden, die von den Krankenkassen zu übernehmen sind, so sind die Krankenkassen verpflichtet, die Übergangspflege im Krankenhaus zu übernehmen. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

(2) Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Übergangspflege im Krankenhaus zu übernehmen, wenn die Krankenkassen der Bundesagentur für Arbeit die Übergangspflege im Krankenhaus zu übernehmen sind.

Beispiel

Übergangspflege im Krankenhaus

Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Beispiel

# Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V

18a  
sec

(2)  
1 a  
Bet

Die Einrichtungen sollten unter der Leitung der Pflege stehen, benötigen aber eine auskömmliche Finanzierung, will man den Versorgungsauftrag adäquat erfüllen!

n

satz



# Welche Rollen spielen dabei erweiterte Kompetenzen und mehr Verantwortung für die professionell Pflegenden?

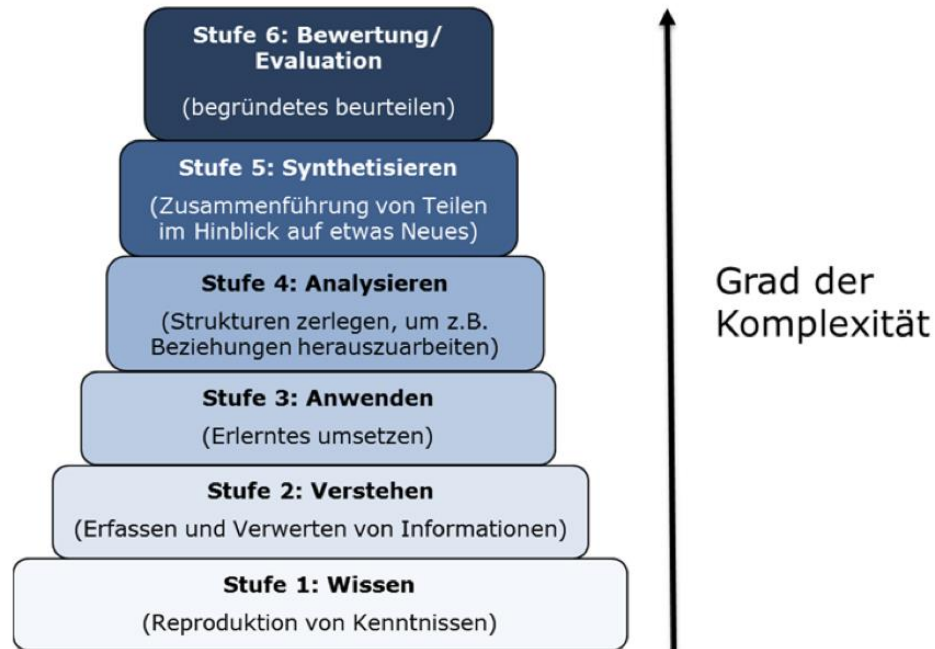
- Qualifikation und Rollen sind wesentlich, damit klar ist wer mit welcher Qualifikation was machen (darf).
- Rollenklarheit ist die Basis für eine gute Zusammenarbeit der Akteure (Patient, Leistungserbringer, Ärzte, Kostenträger, An- und Zugehörige, u.a.).
- Leistungserbringung und **Abrechnung** benötigen Rollenklarheit.
- Es geht nicht darum noch mehr Akteure im System zu haben, sondern es geht um eine Umverteilung von Aufgaben an professionell Pflegenden, um den Versorgungsprozess effektiver und effizienter zu gestalten.

# DOR - EQR

Niveau 8	Promotion
Niveau 7	Master Pflegewissenschaft
Niveau 6	Bachelor Pflegewissenschaft Fachkrankenschwester*in (z.B. Onkologie, Anästhesie, Intensiv...)
Niveau 5	Gesundheits- und Krankenpfleger*in, bzw. Kinderkrankenschwester*in mit Berufserfahrung
Niveau 4	Gesundheits- und Krankenpfleger*in bzw. Kinderkrankenschwester*in nach Einarbeitung
Niveau 3	Krankenpflegehelfer*in
Niveau 2	Pflegehilfskraft (z.B. Pflegehelfer)
Niveau 1	Ungelernt (z.B. Versorgungsassistent*in)

Quelle: [https://www.ostfalia.de/cms/de/g/.galleries/g.download\\_dokumente\\_forschungsprojekte/1\\_Keynote](https://www.ostfalia.de/cms/de/g/.galleries/g.download_dokumente_forschungsprojekte/1_Keynote)

Je komplexer die Aufgaben/Verantwortung, je um so höher muss die Qualifikation sein, um den Anforderungen gerecht zu werden!



**Abbildung 4: Niveaustufen des Denk- und Lernverhaltens nach Bloom, modifiziert nach Schewior-Popp (2005: 57f.)**

# Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben

Schriften der Fachkommission nach § 53 PflBG



**Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben**

Tabelle 1: Übersicht über die Modulstruktur

**Grundlagenmodul (Pflichtmodul)**

G	Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln
---	---

**Wahlmodule**

W 1	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage	jeweils einschl. „psycho-soziale Versorgung“ und „Patientenmanagement, Casemanagement, Überleitungsmanagement“
W 2	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind	
W 3	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind	
W 4	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind	
W 5	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind	
W 6	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ernährung/Ausscheidung</li> <li>● Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters</li> <li>● Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters</li> <li>● Anlage und Versorgung Magensonde</li> <li>● Stomatherapie</li> </ul>	
W 7	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit einem Tracheostoma <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tracheostomamanagement</li> <li>● Wechsel von Trachealkanülen</li> </ul>	
W 8	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atemtherapie</li> </ul>	

# Aktuelle Entwicklungen von Rollen

- (Onko-)Lotsen
- Advanced Nursing Practice
- Community Health Nursing
- Gesundheitslotsen
- u.a.

Wir stehen am Anfang der Entwicklung! Hier braucht es Dynamik und einen klaren gesetzlichen Rahmen sowie eine enge sektorübergreifende Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

# Fachkräftemangel im Gesundheitswesen Studie pwc

## Wagen wir einen Blick in die Zukunft...

### Vor welchem Zukunftsdilemma steht die Pflege?

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt bis 2030 auf 6 Millionen, das sind etwa 1,5 Millionen Pflegebedürftige mehr als heute. Gleichzeitig gehen die Babyboomer in den Ruhestand und die Anzahl derjenigen, die im beschäftigungsfähigen Alter sind, sinkt.

### Folgende Ansätze sind daher von Bedeutung:

- Ausbau der Prävention. Der Erhalt der eigenen Gesundheit durch Vorsorge, Aufklärung, Prävention und Information ist mehr Bedeutung beizumessen.
- Die Familie/ das soziale Umfeld als Ressource stärken und einbeziehen.
- Gesundheit muss in der Schule früh auf der Agenda als Unterrichtsfach stehen, so wie es früher z. B. noch Hauswirtschaft/Kochen gab.
- Ein verpflichtendes soziales Jahr für jeden Schulabgänger sollte eingeführt werden.
- Bundeseinheitliche zweijährige Pflegeassistentenausbildung als breites Fundament für die pflegerische Basisversorgung. Damit wird ein erster Zugang zum Pflegeberuf geschaffen, Weiterentwicklung ist darauf aufbauend möglich.
- Zum Beispiel ein Pflegestudium auf Bachelorniveau (DQR 6) mit erweiterten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für die Pflegenden, das heißt mehr berufliche Autonomie.
- Darauf aufbauend Masterstudium (APN, Community Health Nurse, ...) mit steuernden, koordinierenden, wissenschaftlichen und/oder Managementaufgaben.

Die Sektoren müssen durchlässiger werden, so dass hochqualifizierte Pflegefachpersonen mit besonderer Fachexpertise auch sektorenübergreifend tätig werden dürfen. So kann Überleitung besser gelingen und bzw. Versorgungsbrüche bzw. Versorgungslücken bei komplexen Erkrankungen reduziert werden.

Die Rolle der Pflege muss sich ändern! Weg von „Pflege als Assistenzberuf für die Medizin“ hin zu einer eigenständigen Profession mit klarem Tätigkeitsprofil, fachlichem Anspruch, Gestaltungsspielraum, aber auch mit der Übernahme der entsprechenden Verantwortung. Entwicklungsmöglichkeiten von der zweijährigen Pflegeassistentenausbildung bis hin zur Habilitation/Professur muss möglich sein. Eine andere Allokation von finanziellen Mitteln ist notwendig. Wer Medizin und Technik auf hohem Niveau weiterentwickelt, der muss auch die Gesundheitsberufe entsprechend fördern und weiterentwickeln.

**Pflege muss auch für Männer attraktiv sein und eine echte Alternative zu anderen Berufen darstellen.** Versorgung wird zukünftig zunehmend aus einem „multiprofessionellen Team“ erfolgen, welches neben den familiären und lebensräumlichen Ressourcen, soziale Dienst, ehrenamtliche Leistungen und professioneller Pflege die Versorgung übernimmt. Die Kostenträger sind dabei wichtiger Partner. Es braucht geeignete Strukturen im direkten Lebensumfeld, Gesundheitszentren könnte hier z. B. eine zentrale Rolle einnehmen. Die

Leitung solcher Zentren kann das Pflegemanagement ohne weiteres übernehmen.



Vera Lux  
Wissenschaftliche Leitung  
Hauptstadtkongress - Deutscher  
Pflegekongress

Pflegedirektorin – Geschäftsführung  
Pflege  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl – Neuberg – Straße 1  
30625 Hannover  
lux.vera@mh-hannover.de