

Positionspapier Deutschland

„Die kopernikanische Wende“

Advanced Practice Nursing
Advanced Nursing Practice
Advanced Practice Nurse

Peter Ullmann, Katrin Thissen, Birgit Ullmann, Ruth Schwerdt, Harald Haynert, Brigitte Grissom, Johann Keogh, Daniela Lehwaldt, Holger Schmitte, Daniel Merki, A. Zia Haider, Phillip Platt, Dena Williams, Robert Maier, Alexander Holzkecht

Version 1.30

2011



2011

Impressum

Deutsches Netzwerk

c/o H. Haynert

Advanced Practice Nursing

Advanced Nursing Practice e.V.

Heilenstraße 7

58452 Witten

Online <http://www.dnapn.de>

27.5.2011

Alle Rechte für die Veröffentlichung sind dem Deutschen Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. vorbehalten.

Die CD mit den Interviews aus dem Kapitel 7.8 Zusammenfassung der NP Diskussionsrunde in Amarillo, Texas kann unter der E-Mail peter.ullmann@dnapn.de (kostenpflichtig für Material & Versand) angefordert werden. Das Kopieren und weitergeben, sowie irgendwelcher Veränderungen sind nicht gestattet. Bei öffentlichen Aufführungen ist die Einverständniserklärung vorher einzuholen. Es gilt das Urheberrecht.

Design & Fotorechte: Peter Ullmann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Preface	6
1. Einleitung.....	8
2. Die Kopernikanische Wende in der Entwicklung von Advanced Practice Nursing	12
3. Begriffsklärung.....	20
4. Advanced Practice Nursing (APN)	23
4.1. Recht	26
5. Advanced Practice Nurse (APN`s)	33
5.1. APN`s Rollen	35
5.2. Einsatzbereiche von Advanced Practice Nurses (APN`s).....	40
6. Advanced Nursing Practice (ANP)	49
6.1. Kompetenzen & Tätigkeiten	49
7. Beispiele für die praktische Tätigkeit von Advanced Practice Nurse	53
7.1. APN`s als Klinischer Pflegeexperte in der Kaiserwerther Diakonie, Düsseldorf, Bundesland NRW, Deutschland	54
7.2. Vision von ANP im Kontext der Familie / APN`s für Family Health Care	56
7.3. Ein Beispiel für die Arbeit von APN's auf der Herzchirurgie in Irland.....	59
7.4. Advanced Practice Nurse (APN`s) als Fachverantwortung in der psychiatrischen klinischen Praxis in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz.....	63
7.5. Die Zusammenarbeit zwischen einer Advanced Practice Nurse (APN`s) und einem Oberarzt im psychiatrischen Setting aus der Perspektive des Mediziners in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz	70
7.6. Die Zusammenarbeit zwischen einer Advanced Practice Nurse (APN`s) und einer Stationsleitung im psychiatrischen Setting in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz	73
7.7. Die Nurse Practitioner (NP) Rolle aus der Sicht von ärztlichen Mitarbeitern in Amarillo, Texas, USA	74
7.8. Zusammenfassung der Nurse Practitioner (NP) Diskussionsrunde in Amarillo, Texas.....	79
Literaturverzeichnis	85
Autorinnen und Autoren.....	93

Abkürzungsverzeichnis

ACNP	Acute Care Nurse Practitioner
ACNP-BC	Acute Care Nurse Practitioner
ACNS-BC	Adult Health CNS
ACVB	Aorto-Coronarer-Venen-Bypass
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention
AIP	Arzt im Praktikum
AK DQR	Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen
ANA	American Nurses Association
ANCC	American Nurses Credentialing Centre
ANP	Advanced Nursing Practice
ANP-BC	Adult Nurse Practitioner
AOCN	Advanced Oncology Certified Nurse
AOCNP	Advanced Oncology Certified Nurse Practitioner
AOCNS	Advanced Oncology Certified Clinical Nurse Specialist
APN	Advanced Practice Nursing
APN`s	Advanced Practice Nurse(s)
B.Sc.	Bachelor of Science
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNS	Bachelor of Nursing Science
BSAHS	Baptist Saint Anthony Hospital System
CNM	Certified Nurse-Midwife
CNS	Clinical Nurse Spezialist
CRNA	Certified Registered Nurse Anaesthetist
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DNAPN	Deutsche Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V.
DNP	Doctorate of Nurse Practice
FNP-BC	Family Nurse Practitioner
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GCNS-BC	Gerontology CNS
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GNP-BC	Gerontological Nurse Practitioner

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICN	International Council of Nurses
IV-Kräfte	Hausarztorientierter integrierter Versorgungs-Vertrag
M.D.	Doctors of Medicine
M.Sc.	Master of Science
MAS	Master of Advanced Studies
MDS	Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
MNS	Master of Nursing Science
MScN	Master of Science Nursing
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association,
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing
NNP	Neonatal Nurse Practitioner
NP	Nurse Practitioners
ONCC	Oncology Nursing Certification Corporation
PCNS-BC	Paediatric CNS
PGDip	Postgraduate Diplomas
Ph.D.	Philosophiae Doctor (Doctor of Philosophy in Nursing Science)
PHCNS-BC	Public/Community Health CNS
PMHCNS-BC	Adult Psychiatric and Mental Health CNS
PMHCNS-BC	Child/Adolescent Psychiatric and Mental Health CNS
PMHNP-BC	Adult Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner
PMHNP-BC	Family Psychiatric and Mental Nurse Practitioner
PNP-BC	Pediatric Nurse Practitioner
RCNA	Royal College of Nursing
RGN	Registered General Nurse
RKI	Robert Koch Institut
RN	Registered nurse
RNT	Recruiting New Teachers
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VFP	Schweizer Verein für Pflegewissenschaften
WHO-WPRO	World Health Organization-Western Pacific Region

Preface

Autor: Professor Dr. Johann Keogh

Introduction

During the past 6 months, several articles were published in newspapers and journals about the shortage of medical doctors in the rural areas in Germany. This situation can be solved by introducing advanced practice nurses, who could, for example, take on the responsibility of providing care to chronically ill people. This fact has been recognized by some authors, and reference was made to nurses – with special training - taking on some of the “trifle” or “Bagatelle” diseases as a possible solution to the shortage.

To date, the legal situation in Germany is quite clear on the concept of “Nurse Prescribing”. No nurse may prescribe any form of medical treatment. Nurse prescribing, however, is already standard practice in many countries (The UK, Australia, New Zealand, etc.), and the legal situation in Germany has to change before any tasks in this field can be substituted (not delegated) to nurses.

This position paper (Policy document) deals with developing the role of the Advanced Practice Nurse, and his/her role in providing high quality care to patients in various settings. These settings may be in hospitals and not necessarily in rural areas only. However, this professional group of nurses could quite easily also take on the care for people living in areas with an under supply of medical doctors.

It is important to recognise the contribution of the Advanced Practice Nurse to the health care system. Advance Practice Nurses all over the world have taken on certain functions which previously fell under the domain of the medical profession, such as diagnostic procedures (Gastro-Enteroscopy or breast screening, for instance), but they also took on specific therapeutic measures, especially in Primary Health Care and mental health services. Group therapy, counselling and case management, as well as drug rehabilitation has been part of the normal nursing interventions within the domain of the Advanced Practice Nurse for more than 10 years. The main aim of the Advanced Practice Nurse is therefore providing expert direct care to the patient and not merely orchestrating the services at managerial level only.

The Aim of this Paper

The aim of this paper is to:

- Differentiate between the concepts:
 - ✓ Advanced Practice Nursing
 - ✓ Advanced Nursing Practice, and
 - ✓ Advanced Practice Nurse.
- Define the roles of the Advanced Practice Nurse.
- Identify the competencies and tasks of the Advanced Practice Nurse.

- Identify possible clinical settings for Advanced Practice Nurses, and
- Describe the current legal situation pertaining to Nursing Practice in Germany.

Target Population for this Paper

This paper has been designed for nurses who are thinking about widening their horizons. It can be used as political statement to encourage the development of the nursing profession at governmental level, but also for academics involved in developing curricula for graduates interested in obtaining a master's degree in Advanced Practice Nursing in order to meet the recommendations on the minimum educational level for entry into this discipline. However, developing the curricula is simultaneously making a contribution to the development of the profession of Advanced Practice Nurses.

The paper is also for potential employers of this new category of registered nurse. It is well researched, covers a wide spectrum of educational possibilities, but also gives a clear overview of the competencies and possible fields of practice for Advanced Practice Nurses. It also demonstrates the possibilities for improving nursing (and medical) care to patients within specific identifies settings.

Conclusion

This paper, as well as the work of the "Advanced Practice Nursing/ Advanced Nursing Practice Deutsches Netzwerk e.V.", is long overdue in Germany. It clearly states the contribution of Advanced Practice Nurses to the health care system, the possible benefits for the health care consumers, the employers, and the nursing profession itself. The chapter on the legal boundaries for clinical practice identified the problem areas, and clearly demonstrated the need for a change in the legal situation within Germany.

But in the end, this paper is about nurses taking on the challenges within the health care system and providing Nursing Care to all in need thereof. Perhaps the suggestion of taking on "Trifle" or "Bagatelle" conditions in rural areas is not a bad idea, as it will soon become clear, that advanced Practice Nurses can take on the complicated diseases as well, and provide a high quality service to people in need of nursing (and medical) care.

1. Einleitung

Autor: Peter Ullmann

Der erste Studiengang (Diplomkrankenpflege) im Jahr 1963 an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin liegt bereits 48 Jahre zurück. In den 80er Jahren folgten Modellstudiengänge bis in den 90er Jahren die ersten Regelstudiengänge eingeführt wurden (vgl. Robert Bosch Stiftung 1992). Hierdurch wurde das seit langem geforderte berufs- und bildungspolitische Ziel und damit der „...Anschluss an den europäischen und außereuropäischen akademischen Standard der Pflege...“ erreicht (vgl. Brieskorn-Zinke, Höhmann, Reckmann, & Stocker, 2001).

Jedoch darf es bei der Akademisierung nicht ausschließlich um die Profession selbst gehen, sondern es geht vielmehr um die Vorteile für die Gesundheitsversorgung (ebd., S.100). Hierzu zählen, „...neue Aufgabenfelder wie Qualitätssicherung im pflegerischen Handeln, Gesundheitsförderung, Beratung von Angehörigen, Zusammenarbeit mit Laien, Kompetenzen im Umgang mit Alltagsproblemen und Rehabilitationsaufgaben sowie die Koordinierung von Leistungen unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitsdienste.“ (ebd., S.100).

Das Wort Profession, welches bereits im 16. Jahrhundert (vgl. Kluge 2002) entstand und aus dem Französischen entlehnt ist, bedeutet Beruf und im weiteren die „öffentliche Angabe“. Mit Bezug auf die Professionalisierung vermerkt Heidenreich (1999), dass „In marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaften [...] die enorme Vielfalt möglicher Arbeitsplatzanforderungen und Qualifikationsprofile auf einige wenige, standardisierte „Berufsbilder“ reduziert“ wird. Heidenreich (1999) führt drei Blickwinkel bei der Entstehung und Verfestigung von Berufen an:

1. Die funktionalistische Perspektive

„Wertorientierung bzw. Funktionsvoraussetzungen moderner Gesellschaften (Rationalität, funktionale Spezifität, Universalismus) [sind] in idealer Weise umgesetzt“ (ebd., S.35)

2. Die machttheoretische Perspektive

Sie ermöglicht „...Berufe[n] die Monopolisierung privilegierter Erwerbschancen durch soziale Schließungsstrategien“ (ebd. S.35) und

3. neoinstitutionalistische Ansätze

Sie „betonen, daß diese sozialen Schließungsstrategien mit der Entwicklung spezieller Denk- und Wissensordnungen einhergehen, die die Entwicklung autonomer Problemdefinitionen und „kritikentlasteter“ Formen der Problembearbeitung ermöglichen.“(ebd., S.35).

In Deutschland wurde durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) erstmals folgende Empfehlung geäußert: „Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben muss umgesetzt werden, wenn die Versorgung verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie die Advanced Nursing Practice (z. B. Nurse Practitioners) ist dabei zu prüfen. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig pflegerische Bedarfe einschätzen, Interventionen durchführen und die Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden. Darüber hinaus sind auch weitreichende Tätigkeitsübertragungen wie eine zeitlich begrenzte Möglichkeit von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen zu prüfen.“ Damit war der Weg für Advanced Nursing Practice auch in Deutschland geebnet. Der Pflege sollte mehr Handlungsautonomie und Verantwortung gegeben und ihr Einsatzbereich erweitert werden. Nach dieser der Empfehlung werden an den Fachhochschulen Jena (seit 2007) und Frankfurt am Main (seit 2010) die ersten Masterprogramme mit Schwerpunkt Advanced Nursing Practice (vgl. Fachhochschule Jena, 2001-2011) und Advanced Practice Nursing (vgl. Fachhochschule Frankfurt am Main, 2010) mit Abschlussgrad Master of Science (M.Sc.) angeboten. Ebenfalls engagiert sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Im Jahr 2007 veröffentlichte der DBfK (2007) die erste Broschüre, welche durch die kürzlich erschienene zweite Broschüre „Advanced Nursing Practice - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung“ ergänzt wurde. Im Jahr 2008 wurde dann das Deutsche Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice von vier Studierenden des Masterstudienganges der Fachhochschule Jena gegründet. Ziel war und ist es für Deutschland, die Vernetzung voranzutreiben, das Verständnis von ANP zu klären, den Erfahrungsaustausch zu fördern, die gemeinsamen Aktivitäten zu bündeln, die Rahmenbedingungen zu definieren und Empfehlungen auszusprechen. Zwei Jahre später, im Dezember 2010 wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen durch die Überführung des Netzwerkes in einen eingetragenen gemeinnützigen Verein geschaffen.

Die Voraussetzungen für die Implementierung sind in Deutschland nun gegeben, um somit Advanced Practice Nursing zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu machen. Heidenreich (1999) nennt fünf Kennzeichen für Berufe

1. spezielle Tätigkeitsfelder (Berufspositionen),
2. Qualifikationen (spezielle Fähigkeiten und Kompetenzen als auch Autonomie),
3. eine systematisierte Berufsausbildung,
4. ein mehr oder minder hohes Berufsprestige und
5. charakteristische Mobilitätspfade (Aufstiegsleitern bzw. Berufsverlaufsmuster).

Einige sind bereits in Ansätzen zuerkennen.

Durch die Gründung des Deutschen Netzwerkes Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. besteht eine Interessengemeinschaft (Networking), die sich mit der fachlich-praktischen Entwicklung von APN beschäftigt. Die Masterstudiengänge der Fachhochschulen Jena und Frankfurt am Main tragen im Bereich Bildung & Forschung dazu bei, dass akademisch qualifizierte Pflegende mit Masterabschluss (M.Sc.) in der Rolle der Advanced Practice Nurse arbeiten und entsprechende Forschungsarbeiten durchgeführt werden. Die berufspolitische Perspektive wird durch Interessenvertretungen wie den DBfK und das DNAPN e.V. kontinuierlich geschärft und in die Öffentlichkeit getragen. Erste Projekte in der Praxis tragen dazu bei, die erweiterten Tätigkeiten innerhalb eines Gesundheitsunternehmens näher zu bestimmen und praktisch zu entwickeln. Anfänge sind zu verzeichnen: Mendel & Feuchtinger (2009) berichten über die Umsetzung des Konzeptes der Pflegeexperten am Universitätsklinikum Freiburg im Hinblick auf Advanced Practice Nursing und blicken dabei bereits auf eine zehnjährige Erfahrung zurück. Das Konzept „Klinische Pflegeexperten/Advanced Nursing Practice“ befindet sich an der Kaiserswerther Diakonie (2011) derzeit in der Entwicklung.

Dennoch muss auch kritisch auf die Entwicklung von Advanced Practice Nursing gesehen werden. Das in Deutschland oftmals propagierte Bild des Ärztemangels gibt es schlichtweg nicht. Es handelt sich hierbei um ein Verteilungsproblem. Jeschke (2010) machte bereits darauf aufmerksam, dass der Anteil des medizinischen Personals in deutschen Kliniken um 15,9 % anstieg, während der Abbau von Pflegestellen rasant zunahm. Die Begründung für die Einführung von Advanced Practice Nursing als Ersatz von Ärzten oder auf Grund von Kosteneinsparungen ist damit viel zu kurz gefasst und teilweise irreführend. Ebenso erweist sich die Aussage, dass die Advanced Practice Nurse „zu teuer“ sei, als nicht haltbar.

Die Diskussion um die Einführung von Advanced Practice Nursing muss vielmehr in Hinblick auf die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung geführt werden. Es sollen damit keine vorübergehenden Löcher im Gesundheitswesen gestopft werden, sondern das Modell an sich und für sich muss und soll überzeugen. Aber nicht nur Aufgabenneugestaltung, sondern auch die Entwicklung und Erforschung von neuen Versorgungsmodellen, Techniken, Theorien und Konzepten auf der Grundlage von Evidence Based Nursing bzw. Medicine die auf das **Wohlbefinden der Patientin** ausgerichtet sind, haben höchste Priorität.

Das Deutsche Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. verfolgt einen offenen Diskurs und steht Personen und Institutionen gern als Kooperationspartner zur Seite. Wir haben eine **Position**, die wir gemeinsam vertreten. Wir sind ein **neutrale, unabhängige** und **gemeinnützige** Vereinigung.

Die kopernikanische Wende

Kapitel 2



2. Die Kopernikanische Wende in der Entwicklung von Advanced Practice Nursing

Autorin: Professorin Dr. Ruth Schwerdt

1543 WURDE DAS HAUPTWERK DES NIKOLAUS KOPERNIK (KOPERNIKUS) VERÖFFENTLICHT, IN DEM ER SEINE ERKENNTNIS ERLÄUTERTE, DASS NICHT DIE ERDE VON STERNEN UND PLANETEN UMKREIST WIRD, SONDERN DASS SIE SICH SELBST DREHT, NICHT NUR TÄGLICH UM SICH SELBST, SONDERN JÄHRLICH UM UNSEREN STERN – DIE SONNE. ER ENTLARVTE MIT DIESEN FORSCHUNGSERGEBNISSEN DIE SELBSTZEN- TRIERTE PERSPEKTIVE DER ERDENBEWOHNER ALS GRUNDLOS. SEIN HAUPTWERK WURDE 1616 AUF DEN INDEX GESETZT. (VGL. MEYERS GROßES TASCHENLEXIKON, 1998)

Wenn Menschen zum ersten Mal von Advanced Practice Nursing erfahren, fragen sie oft wohlwollend interessiert oder skeptisch nach, ob das hohe Niveau von Pflege denn nötig sei und ob eine so lange Qualifikation einschließlich zweier Studienphasen über Bachelor (bzw. Diplom) zum Master oder sogar zur Promotion denn wirklich nötig sei für eine gute Versorgung von Pflegebedürftigen. Nicht selten wird der Nachfrage mit einem Hinweis auf die Kosten für die Ausbildung und für das dann höhere Gehalt Nachdruck gegeben.

Natürlich hat die Frage nach der Legitimation von Qualifikation jede Berechtigung, sobald es sich um gesellschaftlich delegierte Funktionen handelt, die durch ein sogar bundesgesetzlich geregeltes Ausbildungsziel beschrieben sind. Die Rechenschaftspflicht besteht unmittelbar gegenüber Personen und Institutionen, die den Auftrag erteilen und die die Kosten tragen.

Nun könnte leicht argumentiert werden, dass die Angehörigen der Pflegeberufe das gleiche Recht wie andere Berufszweige im Gesundheitssektor in Anspruch nehmen könnten, sich weiter zu qualifizieren und zu professionalisieren. In dieser Argumentation gibt es Initiativen, Gesundheits- und Krankenpflegenden Aufgaben zu übertragen, die Engpässe in der ärztlichen Versorgung ausgleichen sollen (z.B. das Projekt AGnES¹, IV-Kräfte², vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Ein Motiv, ärztliche Aufgaben zu delegieren, kann auch sein, Kosten zu sparen, weil ärztliche Aufgaben, die an Pflegefachpersonen delegiert, aber ärztlich überwacht werden, aufgrund der niedrigeren Entlohnung billiger sind (z. B. die Machbarkeitsstudie Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen vgl. Manstetten & Wildner 2002). Die Delegation vergibt jedoch lediglich eine Durchführungsverantwortung, nicht aber eine Entscheidungs- und Evaluationsverantwortung. Es könnte daher weiter gefordert werden,

¹ AGnES: „Arzt-entlastende, Gemeindenaher, E-Health gestützte, Systemische Intervention“

² IV-Kräfte: „Hausarztorientierter integrierter Versorgungs-Vertrag“ in Rheinland-Pfalz für chronisch kranke und multimorbide Patienten während und nach stationären Aufenthalten.

dass ausgewählte ärztliche Aufgaben nicht nur auf ärztliche Anweisung und Überprüfung durchgeführt, sondern in die vollständige Verantwortung von Pflegefachpersonen überführt werden sollen (z.B. Igl 2008, DBfK 2010a und die Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. 2010). Als Beleg für die Eignung könnte angeführt werden, dass ohnehin in der Praxis bereits viele Anstöße für ärztliche Entscheidungen z.B. bei der Verordnung von Hilfsmitteln zur Förderung der Kontinenz, bei der Wundversorgung oder bei der Schmerzmedikation von Pflegenden ausgehen.

Diese Argumentation ähnelt Aussagen mancher Pflegehilfskräfte oder –assistenten in der Langzeitpflege, sie „machen alles genauso wie die Examinierten“, um eine Gleichbehandlung bei Entscheidungen zur Diensterteilung und bei Entscheidungen in konkreten Versorgungssituationen zu erlangen.

DER SCHATZ DES WISSENS

DER TRAKTOR EINES BAUERN LIEF NICHT MEHR. ALLE VERSUCHE DES BAUERN UND SEINER FREUNDE, DAS FAHRZEUG ZU REPARIEREN, MIßLANGEN. SCHLIEßLICH RANG SICH DER BAUER DURCH, EINEN FACHMANN HERBEIHOLEN ZU LASSEN. DIESER SCHAUTE SICH DEN TRAKTOR AN, BETÄTIGTE DEN ANLASSER, HOB DIE MOTORHAUBE AN UND BEOBACHTETE ALLES GANZ GENAU. SCHLIEßLICH NAHM ER EINEN HAMMER. MIT EINEM EINZIGEN HAMMERSCHLAG AN EINER BESTIMMTEN STELLE DES MOTORS MACHTE ER IHN WIEDER FUNKTIONSFÄHIG. DER MOTOR TUCKERTE, ALS WÄRE ER NIE KAPUTT GEWESEN. ALS DER FACHMANN DEM BAUERN DIE RECHNUNG GAB, WAR DIESER ERSTAUNT UND ÄRGERLICH: „WAS, DU WILLST FÜNFZIG TUMAN, WO DU NUR EINEN HAMMERSCHLAG GETAN HAST!“. „LIEBER FREUND“, SAGTE DA DER FACHMANN: „FÜR DEN HAMMERSCHLAG BERECHNETE ICH NUR EINEN TUMAN. NEUNUNDVIERZIG TUMAN ABER MUß ICH FÜR MEIN WISSEN VERLANGEN, WO DIESER SCHLAG ZU ERFOLGEN HATTE.“ (PESECHKIAN 1999, 132)

In beiden Argumenten wird der Bezug zu einer Instanz hergestellt, die eine aufwändigere Ausbildung, einen weiteren Verantwortungsbereich und einen höheren Status hat. Es wird Gleichrangigkeit beansprucht für Tätigkeiten, die gleich ausgeführt, aber verschieden begründet werden: In der aufstrebenden Position erfolgt der Bezug auf Routine und Fertigkeiten in nicht weiter gekennzeichneten wiederholbaren Situationen. In der Position, der nachgeieffert wird, erfolgen Entscheidungen auf Basis eines Überblickswissens, reflektierter Erfahrung und situationsspezifischer Erkenntnis. Nach außen hin mag nur die Tätigkeit als beobachtbare Handlung sichtbar sein – die Indikation wird – außer im Fachgespräch und in der Dokumentation – nicht ohne weiteres erkennbar. Wird die Tätigkeit nachgeahmt, ist der Erfolg nur gewährleistet, wenn zuvor einmal eine richtige Indikation erfolgt war, und nur solange, bis außergewöhnliche Ereignisse eintreten, die die bisherige Intervention in Frage stellen. Dann muss erneut das Überblickswissen in Bezug gesetzt werden zur vorliegenden Situation, und eine neue Entscheidung über eine geeignete Intervention wird in einem neuen

Transferprozess nach systematischer, gezielter Bedarfserfassung getroffen. Die Entscheidung erfolgt in der Verantwortung für die Indikation und die Evaluation, einschließlich der dadurch erwirkten Konsequenzen. Fehler können haftungsrechtliche und sogar strafrechtliche Konsequenzen haben.

Das Defizit in der erwähnten Forderung nach Aufgaben mit höherem Status besteht darin, dass der Anlass der Dienstleistung, die Person, die die Dienstleistung erhält, und die spezifische Situation, in der sie hilfebedürftig ist, nicht vorkommt. Die Argumentation bleibt selbstbezogen. Es geht um das eigene Vorankommen, um Interessen von Leistungserbringern. Die Interessen und Anliegen der Leistungsempfänger, die im „doppelten Mandat“ der Pflege (vgl. Haas 2005) die direkten Auftraggeber sind, kommen nicht vor.

Professionalität – allemal auf hohem akademischen Niveau - kann freilich nur beanspruchen, wer genügend ausgebildet ist und über die Kompetenzen tatsächlich verfügt, um den Bedarf zu identifizieren, Bedürfnisse zu erfragen, den diagnostischen Prozess zu führen, Prioritäten zu setzen, Ziele zu konsentieren und Entscheidungen über geeignete und gewünschte Interventionen herbeizuführen, sie umzusetzen bzw. zu veranlassen, sie zu überwachen und schließlich Diagnosen, Zielsetzung, Maßnahmen und Erfolge zu evaluieren. Je vielfältiger, variabler und unvorhersehbarer die Situation und der Verlauf sind, umso höher sind die Anforderungen an das Kompetenzprofil, die Verantwortungsbereitschaft und die Verantwortungslast der Agierenden. Dieses Anforderungsniveau kann drei von acht Niveaus im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (vgl. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) 2011) zugeordnet werden:

Das Niveau 6 beinhaltet die „eigenverantwortliche(n) Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Fachs oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld [...]. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet“. Auf dem Niveau 7 besteht bereits die Anforderung zur „Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld“, in dem „häufige und unvorhersehbare Veränderungen“ vorkommen. Das Niveau 8 erfordert mindestens Promotionsniveau. Hier sind „Kompetenzen zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld“ angesprochen, die sich auf „neuartige und unklare Problemlagen“ beziehen (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) 2011, S.12ff.).

Eine auf Aufstiegsinteressen einer Berufsgruppe allein bezogene Argumentation wird kaum die eingangs erwähnte Skepsis besiegen und das Kostenargument schlagen. Überzeugend wird ausschließlich das Argument sein, dass Pflegefachpersonen ihr Aufgabengebiet und ihren Verantwortungsbereich erweitern, weil durch den Erwerb und Einsatz höher entwickel-

ter Kompetenzen ein größerer Nutzen für Menschen mit Pflegebedarf oder Pflegebedürftigkeitsrisiko erreichbar ist, als er durch das bisherige Qualifikationssystem möglich ist. Die Höherqualifikation muss nachweislich das Überleben, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung unterstützen - mit einem Beitrag, der durch eine andere Berufsgruppe nicht ersetzbar wäre, also fehlen würde, wenn diese Berufsgruppe ihre Zugangsweise, ihr spezifisches Wissen und ihre fachlichen Methoden und Instrumente und ihre Erfahrungen und Erkenntnisse im Pflegeprozess nicht in den interdisziplinären Versorgungsprozess einbringen würde.

Kann dann also die Entwicklung des Pflegebedarfs einwandfrei ein hinreichender Grund für eine Qualifikation einer Auswahl von Pflegefachpersonen auf Masterniveau sein? Seit Jahrzehnten wird unermüdlich in Modellhochrechnungen der rasante Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen prognostiziert (vgl. Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2002, Robert Koch Institut (RKI) 2004, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Hohe volkswirtschaftliche Relevanz hat die Verdopplung der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger in allen Settings im ersten Jahrzehnt seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) insgesamt auf 2 Mio. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2005). Status Quo Berechnungen zufolge ist ein Anstieg von über 70% der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger in der Sozialen Pflegeversicherung auf 3,2 Mio. im Jahr 2040 vorzusehen (vgl. Robert Koch Institut (RKI) 2004, S.46).

Diese quantitative Entwicklung allein würde keine hinreichende Legitimation darstellen, denn aus der Anzahl potentieller Adressatinnen oder Kunden – selbst wenn sie so rasant steigt wie in der Pflege - folgt noch nicht die Notwendigkeit einer hohen Qualifikation. Im Gegenteil muss eher gefragt werden, zu welchen Präventionszielen und in welchen Pflegeverläufen überhaupt Fachkräfte nötig sind. Diese Frage ist in Anbetracht der Umkehrung der Alterspyramide mit höchster Dringlichkeit zu stellen. Ein Paradox tut sich hier auf: Die Legitimation einer Professionalisierung der Pflege auf Advanced Practice-Niveau muss zugleich den grundlegenden Professionalisierungsdiskurs weiter führen: Welche Aufgaben erfordern professionelle Pflege auf höchstem Niveau, welche Aufgaben brauchen professionelles Niveau, welche Aufgaben können auf vorprofessionellem beruflichem Niveau erfüllt werden, welche Aufgaben von bürgerschaftlich Engagierten oder Familienangehörigen – und wie kann Advanced Practice Nursing durch Information, Schulung, Anleitung und Koordination und Steuerung dazu beitragen, die Subsidiarität zu sichern, indem sie die jeweiligen Kompetenzen ausbildet und die Qualität der Versorgung gewährleistet?

Einen Hinweis auf die wachsende Komplexität der Bedarfe gibt die sinkende Verweildauer in Einrichtungen nicht nur in der Akutversorgung, sondern gerade auch in der Langzeitversorgung: 22% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen verstirbt in den ersten sechs

Monaten, 31% im ersten Jahr nach Einzug. Die Verweildauer beträgt durchschnittlich 41 Monate; 1994 lag sie noch bei 56 Monaten (vgl. Schneekloth & Wahl 2007, S.10). Die Steigerung der Pflegeabhängigkeit lässt sich exemplarisch abbilden am Beispiel der kognitiven Funktionseinschränkungen: Waren 1994 14% der Bewohnerinnen und Bewohner zeitlich, räumlich unzureichend orientiert, so hat sich ihr Anteil inzwischen auf ein Drittel verdoppelt (vgl. Schneekloth & Wahl 2007, S.9f.).

Im pflegebedarfsgewichteten Vergleich ergibt sich die Arbeitsverdichtung aus der Abnahme der Zahl der Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner von 40,9 Vollarbeitskräften in 2008 gegenüber 44,4 in 1994, bei einem Anteil von 85% Pflegebedürftigen unter den Bewohnerinnen und Bewohner in 2008 gegenüber 63% in 1994 (vgl. Schneekloth & Wahl 2007, S.164f.).

Die Komplexität der pflegerischen Anforderungen wird auch durch Multimorbidität der Klientele gesteigert: Zwei Drittel der über 65jährigen haben mindestens zwei Erkrankungen. Komplexe Pflegebedarfe ergeben sich aufgrund von Immobilität, sensorischen Einschränkungen, kognitiven Einschränkungen, Inkontinenz, Schmerzen und weiterer Probleme (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S.19).

Die Komplexität der Gesundheitsbedarfe wächst mit dem Leistungszuwachs in Medizin und Pflege (vgl. Schwerdt 2002): Da es unter günstigen Umständen möglich ist, nach multiplem schwerem Trauma zu überleben und mit Unterstützung aller Lebensfunktionen mit wachsender Lebensqualität weiter zu leben, kann diese Leistung angeboten und in Anspruch genommen werden. Ein weiterer Nutzen für die Betroffenen liegt darin, dass sie aus der institutionellen Versorgung entlassen werden und in die häusliche Umgebung zurückkehren können, sofern ein soziales Netzwerk die dazu erforderliche Tragfähigkeit aufweist oder sie unterstützt werden und ein passender Versorgungsmix z.B. im Rahmen von Case Management eingerichtet werden kann.

Diesem Fähigkeitszuwachs folgt die zunehmende Gründung intensivpflegerischer ambulant und in der häuslichen Umgebung agierender Pflegeeinrichtungen.³

Der Zusammenhang zwischen Qualifikation und Qualität in der Versorgung ist also das entscheidende Kriterium. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS 2007) streicht in seinem zweiten Qualitätsbericht heraus, dass die Versorgungs-

³ Beispiele:

Pflegezentrum Cakir. - <http://www.pflegezentrum-cakir.de/>

Ambulante Intensivpflege - <http://www.aip-intensivpflege.de/>

Ambulantes Pflege-Intensiv-Team - <http://www.a-pit.de/>

qualität in engem Zusammenhang mit den Fähigkeiten und Kompetenzen der verantwortlichen Pflegefachkraft steht. Schneekloth und Wahl (2007, S.11) monieren in ihrer vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Studie das Defizit, dass die pflegerische Versorgung noch zu wenig „im Sinne neuer, auf Prävention und Rehabilitation oder Selbstbestimmung und Selbständigkeit ausgerichteter Standards“ erfolge.

Ein zentrales Kennzeichen der Masterqualifikation in Advanced Practice Nursing ist somit die klinische (praktische) Ausrichtung. Die Advanced Practice Nurse bleibt in direktem Kontakt mit Menschen, Gruppen oder Populationen mit Pflegebedarf oder Pflegebedürftigkeitsrisiko. Hier kann sie sich aufgrund der im Studium erworbenen Fähigkeiten auf den aktuellen Stand von Forschung und guter Praxis berufen. Sie entwickelt Konzepte, um die Versorgung des ausgewählten Klientels oder bei einem bestimmten Problem stetig zu verbessern. Sie spezialisiert sich z.B. auf die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus oder auf die Intensivpflege beatmeter Personen in der eigenen Wohnung, und sie koordiniert dort die Pflege im Rahmen der Gesamtversorgung auch in der Überleitung in ein Krankenhaus oder zur Entlassung, oder sie entwickelt ein Modell für eine Wohngemeinschaft junger Erwachsener mit chronischen neurologischen Erkrankungen. Um diese Aufgaben gut zu erfüllen, hat sie einen Überblick nicht nur über rein pflegerische Interventionsmöglichkeiten, sondern über die aller weiteren Berufsgruppen, die relevant sind für ein Krisen- und Alltagsmanagement mit der gesundheitlichen Einschränkung.

In diesem Kontext kann es sinnvoll sein, die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen neu zuzuordnen. Es kann zu einer besseren Bedarfsgerechtigkeit oder für eine verbesserte Versorgungskontinuität angezeigt sein, z.B. die Verantwortung für die Verordnung von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Harnkontinenz oder für Schmerzmedikamente zu integrieren.

Die „kopernikanische Wende“ bedeutet, nicht die Gruppe der Pflegefachpersonen als Gegenstand der Implementierung von Advanced Practice Nursing geltend zu machen, sondern konsequent den Patienten oder die Klientin oder eine Bevölkerungsgruppe ins Zentrum der Überlegungen zu stellen. Sobald es um die Adressatinnen und Adressaten von Pflege geht, wird das Kämpfen um Aufgaben einer Berufsgruppe mit höherem Status sinnlos. Berufsständische Konflikte können dem Klienten oder der Patientin nicht helfen, sondern eher schaden. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass es dem Patienten und der Klientin gleichgültig ist, wer sie versorgt, solange er oder sie die Versorgung als gut, also als eine Intervention erfährt, die auf seine oder ihre Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtet ist.

Die „kopernikanische Wende“ zum Patienten bzw. zur Klientin ist auch schon in der Entwicklungsgeschichte der Pflege-theorien feststellbar: Folgt den Pflege-theorien zunächst der „Frage nach Gegenstand, Zielen und Verfahrensweisen des Pflegehandelns [...], so erweitert sich der Fokus im Lauf der Zeit um die Person des Adressaten von Pflege, den Patienten sowie seinen Angehörigen - und deren Situation bzw. soziale Einbindung“. Zugleich erfolgt

ein „Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung“ und die Erweiterung des Aufgabenverständnisses um präventive, rehabilitative sowie pflegetherapeutische Ansätze (vgl. Moers & Schaeffer 2000, 49). Eine ähnliche Entwicklung lässt sich leicht in der Pflegeforschung in Deutschland erkennen, die sich zunächst lange mit Fragen des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik beschäftigte, bevor klinische Forschung – also die Erforschung des Erlebens, der Bedürfnisse und Bedarfe von Klientelen sowie der Evaluation von Interventionskonzepten und Outcomes zum Gegenstand wurde.

Der Kern der Pflege – also auch der Kern fortgeschrittener Pflege – ist immer die Interaktion mit dem pflegebedürftigen Menschen als Rahmen für fachliche Interventionen. Professionalität beinhaltet immer auch die moralische Beurteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, die im Pflegeprozess in Bezug auf die Werte und Präferenzen und Fähigkeiten des Klientensystems erfolgt. Sie beinhaltet ebenso die wirtschaftliche Reflexion mit dem Ziel, vorhandene Ressourcen nicht zu verschwenden, sondern zielgerichtet adäquat einzusetzen. Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip koordiniert die Advanced Practice Nurse den Versorgungsprozess so, dass die anstehenden Aufgaben durch Personen von ausreichender Qualifikation erbracht werden, mit dem Ziel der Wertekongruenz zum Klientensystem unter dem bedarfs- und kosteneffizienten Einsatz informeller und formeller Ressourcen. Das Empowerment des Klientensystems ist die leitende Intention. Wieder taucht ein Paradox auf, das dem bereits genannten verwandt ist: Der Zweck des professionell pflegerischen Einsatzes ist darauf gerichtet, sich selbst – die Pflege – entbehrlich zu machen. Selbständigkeit soll gefördert, die informellen Anteile des sozialen Netzwerks sollen gestärkt, Alltagsnormalität und die Kontinuität des Lebensentwurfs - eventuell ergänzt um die Daseinsform der Pflege- und Hilfeabhängigkeit in der eigenen Lebensgeschichte – sollen so gut wie möglich gewährleistet werden.

Die Abgrenzung zum Pflegemanagement besteht darin, dass Advanced Nursing Practice die erreichbare Qualität der Versorgung inhaltlich konkret bestimmt, das Pflegemanagement in Einrichtungen hingegen die Rahmenbedingungen in Strukturen und Abläufen schafft, um die gewünschte Qualität zu erbringen. Die gute Abstimmung mit einrichtungseigenen und institutionsübergreifenden Steuerungs- und Prozessierungsinstanzen ist ebenso wichtig wie die Einflussnahme auf die Pflegepolitik, um die Allokation unterschiedlicher Qualifikationsgrade in der Pflege regional und überregional bedarfsangemessen zu gewährleisten.

Menschen mit Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeitsrisiko verdienen die bestmögliche Pflege! Wenn Advanced Practice Nursing zur bestmöglichen Pflege beitragen kann, ist sie unverzichtbar.

Begriffsklärung

Kapitel 3



3. Begriffsklärung

Autoren: Birgit Ullmann / Peter Ullmann

Die Begriffsvielfalt und die daraus resultierenden unterschiedlichen Wahrnehmungen führen zu einer Verwirrung im Verständnis von Advanced Practice Nursing. Hierbei werden bspw. APN und ANP teilweise synonym von einigen Autorinnen verwendet. Wer soll sich dabei noch zurecht finden? Im folgendem wird sich den Begrifflichkeiten in beschreibender Art und Weise genähert. Es ist uns dabei bewusst gewesen, dass wir nicht nur regionale und nationale, sondern auch globale Entwicklungen in unsere Darstellung einbeziehen mussten. Wir schließen uns der internationalen Definition des International Council of Nurses (2002) an. Dieser konstatiert:

„Eine Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse ist eine registrierte (eingetragene) Pflegende, die Expertenbasiswissen erworben, die Fähigkeit für komplexe Entscheidungsprozesse und klinische Kompetenz in der erweiterten Praxis hat, welche charakterisiert wird vom Kontext und / oder Land, in dem er / sie qualifiziert ist zu praktizieren. Ein Master-Abschluss wird empfohlen für Entry-Level.“

(freie Übersetzung, International Council of Nurses 2002⁴)

Wir beziehen uns auf die Klärung von 3 Begriffen:

1. Advanced Practice Nursing (APN) – siehe Kapitel 4
2. Advanced Practice Nurse (APN`s) – siehe Kapitel 5
3. Advanced Nursing Practice (ANP) – siehe Kapitel 6

Auf die weitere Darstellung von ähnlichen Begriffen wurde zu diesem Zeitpunkt bewusst verzichtet, da es nach unserer Ansicht die Klarheit und dem Anliegen von Advanced Practice Nursing nicht förderlich ist.

In Zusammenhang mit Advanced Nursing Practice postulieren Spirig & De Geest (2004) drei Charakteristika:

1. Spezialisierung,
2. Erweiterung und
3. Fortschritt.

⁴“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level.”

Ersteres beinhaltet „...eine Spezialisierung auf die Gesundheitsprobleme einer spezifischen Patientinnengruppe oder ein Gesundheitsproblem (z.B. Wundpflege) und deren resp. dessen Auswirkungen auf den Alltag.“ (ebd., S.234). Im Fokus steht hierbei der Patient. Jedoch nicht alleinig in Bezug auf seine Krankheit, sondern im Zusammenhang mit seinen Problemen und Gesundheit. Ausserdem wird das Hauptaugenmerk auf den Alltag erweitert, ähnlich wie es der Recovery Ansatz beinhaltet. Im Weiteren fahren sie fort mit der Begrifflichkeit „Erweiterung“. Erweiterung meint „...dass sich die Grenzen der Pflege ausdehnen und den Bedürfnissen der Patientengruppe oder neuem Wissen anpassen.“ (ebd., S.234). Das bedeutet, dass nicht mehr der Patient allein im Zentrum der Unterstützung steht, sondern die Familie mit einbezogen wird. Sie stellt eines der wichtigsten Unterstützungssysteme menschlichen Daseins dar. Friedemann & Köhler (2003, S.41) bezeichnen in der Theorie des systemischen Gleichgewichts das die „Systemerhaltung und Kohärenz zu Stabilität, Systemänderung und Individuation zu Wachstum, Systemerhaltung und Systemänderung zu Regulation/Kontrolle und Kohärenz und Individuation zu Spiritualität“ führen. Schliesslich wird Fortschritt von Spirig & De Geest (2004, S.234) als „Kombination von Spezialisierung und Erweiterung [...] in einem interdisziplinären Kontext“ (ebd., S.234) gesehen, die im Ergebnis zu einer nachhaltigen, breitflächigen und zukunftsorientierten Verbesserung führen kann.“. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen auf der Basis der Kompetenzen bzw. der Fähig- & Fertigkeiten als Essenz des Fortschritts und der Skill and Grademix als Ausdruck der Professionalität in der Versorgung von Patienten bzw. Bürgern.

Advanced Practice Nursing

Kapitel 4



4. Advanced Practice Nursing (APN)

Autor: Peter Ullmann

Advanced Practice Nursing umfasst Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse und deren gesellschaftliche, berufliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen.

Im folgendem wird näher auf die Rahmenbedingungen eingegangen. Advanced Nursing Practice und Advanced Practice Nurse werden in den entsprechenden Kapiteln 5 und 6 beschrieben. Thissen (2008a) bezieht sich bei der Klärung von Advanced Practice Nursing auf Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli (2004). Sie konstatieren, dass „...Advanced Practice Nursing (APN) [sich] auf das ganze Feld der unterschiedlichen Pflegepraxis. [bezieht]“. Dieses Feld kann nach Styles & Lewis (2000) wie folgt beschrieben werden: „...als eine Pyramide, an deren Basis [sich] Umweltfaktoren [befinden], welche die an der Spitze befindlichen APN Berufe unterstützen. In diesem Zusammenhang schließt es ANP [Advanced Nursing Practice] ein, ist aber mehr als dieses allein. APN beinhaltet darüber hinaus eine Vielzahl unterschiedlicher Bereiche, wie die beeinflussende Umgebung, Umweltfaktoren und die Ressourcen und Strukturen und ermöglicht damit ANP.“ (ebd.). Zu dem sehr häufig angeführte Modell von APN wird von Keeling & Bigbee (2005) ausgeführt, „...dass es sich von

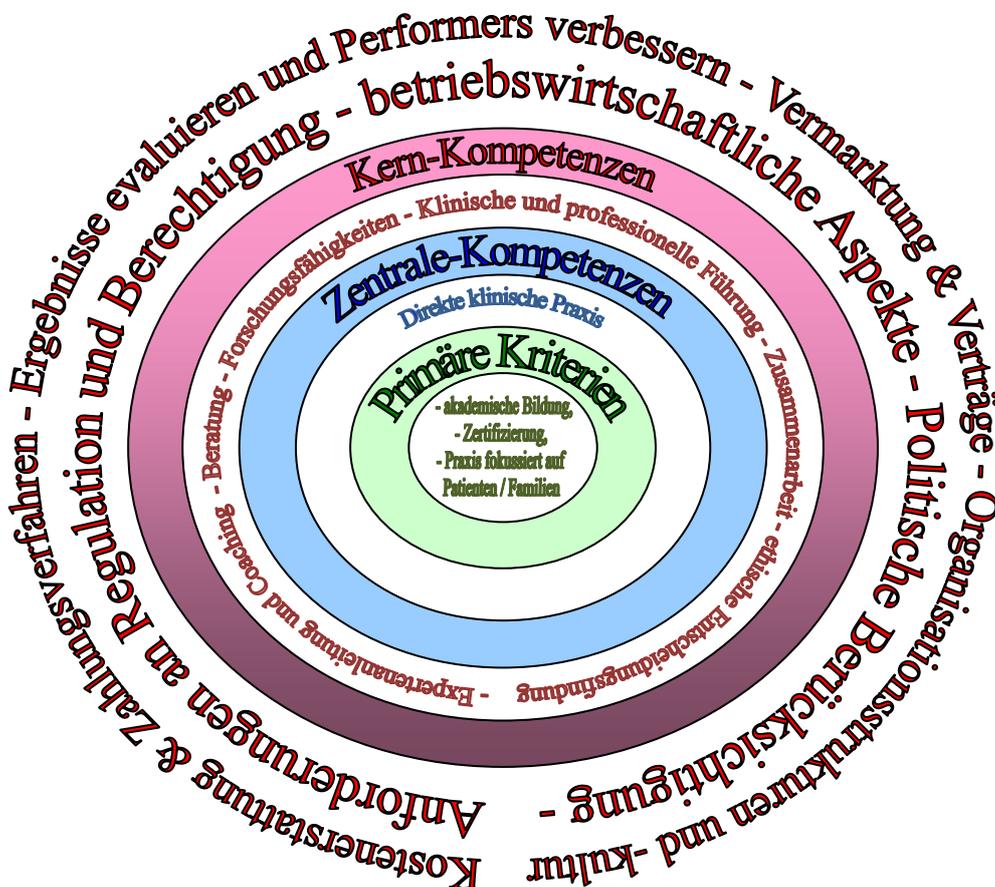


Abbildung 1 Das Modell Advanced Practice Nursing nach Hamric, et al. (2005)

dem nach Hamric und Spross (1983, 1989) literaturbasierend entwickelten integrierten Ansatz handelt, welcher den Kern von Advanced Practice Nursing beinhaltet..." (freie Übersetzung, ebd., S. 62). Im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen werden sieben kritische Umgebungselemente genannt. Sie lauten wie folgt:

1. Betriebswirtschaftliche Aspekte,
2. Politische Berücksichtigung,
3. Kostenerstattung & Zahlungsverfahren
4. Ergebnisse evaluieren und Performers verbessern
5. Vermarktung & Verträge,
6. Organisationsstrukturen und –kultur,
7. Anforderungen an Regulation und Berechtigung.

(freie Übersetzung, Hamric, Spross, & Hanson 2005)

Im weiteren beziehen sich Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli (2004) auf Brown 1998, RCNA 2000, Styles & Lewis 2000, die berichten, dass Advanced Practice Nursing

- das gesamte Gebiet von Advanced Nursing Practice
- die APN Rollen
- die Umgebungs- und Umweltfaktoren
- die Rolle der Entwicklung
- die Implementierung und Evaluation

umfasst. Im Bezug auf die Umgebungs- und Umweltfaktoren verweisen Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli (2004) auf Roy & Martinez 1983, Brown 1998, Read 1999, Hamric 2000, Styles & Lewis 2000. Dort werden folgende Angaben gemacht:

- Örtliche Gegebenheiten: Organisationsstrukturen und die Kultur der Arbeitswelt
- Gesellschaft: Werte, Erwartungen, Ansprüche und Bedürfnisse für das Gesundheitswesen
- Gesundheitssystem: Arbeitskräfte, Praxistrends und Wirtschaft
- Regierung: Finanzierung, Gesundheitspolitik, Gesetzgebung
- Pflegeberuf: Wissensgenerierung, Ausbildung, Praxis, Regulierung und Anerkennungsbestimmungen und politische Aktivitäten
- Advanced Nursing Practice Interessensgemeinschaft: Advanced Practice Nurses, Bildungseinrichtungen, spezielle Organisationen und soziale Netzwerken

Empfehlungen

IN DIESEM SINN IST **ADVANCED PRACTICE NURSING** ÜBERGEORDNET GEGENÜBER *ADVANCED NURSING PRACTICE* UND *ADVANCED PRACTICE NURSE*.

JEDOCH UMFASST **ADVANCED PRACTICE NURSING** MEHR ALS *ADVANCED NURSING PRACTICE* UND *ADVANCED PRACTICE NURSE* ZUSAMMEN.

ADVANCED PRACTICE NURSING UMFASST ADVANCED NURSING PRACTICE, ADVANCED PRACTICE NURSE UND DEREN GESELLSCHAFTLICHE, BERUFLICHE, ORGANISATORISCHE UND POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN.

WIR EMPFEHLEN WEITERHIN, DASS DIE UMGEBUNGS- UND UMWELTFAKTOREN ZU KLÄREN SIND:

1. GESELLSCHAFT:
 - a. WERTE,
 - b. ERWARTUNGEN,
 - c. ANSPRÜCHE UND
 - d. BEDÜRFNISSE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN
2. GESUNDHEITSSYSTEM:
 - a. ARBEITSKRÄFTE,
 - b. PRAXISTRENDS UND
 - c. WIRTSCHAFT
3. REGIERUNG:
 - a. FINANZIERUNG (VERGÜTUNGSTARIFE, KOSTENERSTATTUNG & ZAHLUNGSVERFAHREN),
 - b. GESUNDHEITSPOLITIK (POLITISCHE BERÜCKSICHTIGUNG, ANFORDERUNGEN AN REGULATION UND BERECHTIGUNG)
 - c. GESETZGEBUNG (HAFTPFLICHTVERSICHERUNG, BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG, ARZNEIMITTELGESETZ, SGB V)
4. PFLEGEBERUF:
 - a. WISSENGENERIERUNG,
 - b. AUSBILDUNG,
 - c. PRAXIS
 - d. APN ROLLEN & ROLLENENTWICKLUNG,
 - e. REGULIERUNG UND ANERKENNUNGSBESTIMMUNGEN SOWIE POLITISCHE AKTIVITÄTEN
 - f. DIE IMPLEMENTIERUNG UND EVALUATION
5. ORGANISATIONSSTRUKTUREN UND –KULTUR
 - a. ADVANCED PRACTICE NURSING INTERESSENSGEMEINSCHAFT
 - b. BILDUNGSEINRICHTUNGEN,
 - c. SPEZIELLE ORGANISATIONEN UND
 - d. SOZIALES NETZWERKEN

4.1. **Recht**

Autor: Katrin Thissen

In diesem Kapitel wird auf die Grundlagen für die Beschäftigung als Advanced Practice Nurse (APN`s) in Deutschland eingegangen. Hierzu zählen das Krankenpflegegesetz, die selbstständige Ausübung von Heilkunde sowie daraus abgeleitet das Delegationsrecht und das Haftungsrecht.

Des Weiteren werden die notwendigen Maßnahmen für die Anpassung an das internationale Niveau der ANP Praxis beschrieben. Es wird auf den Titelschutz, der Umsetzung und Erhaltung von Evidenz eingegangen, abgeleitet davon die für die Umsetzung notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen beschrieben.

Krankenpflegegesetz

Als rechtliche Basis zur Ausübung pflegerischer Berufstätigkeit dient das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist.

Weder das Krankenpflegegesetz noch die Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung beschreiben klare Regelungen im Hinblick auf den Umfang und die konkreten Grenzen pflegerischen Handelns (vgl. Roßbruch 2003, S. 140).

Dennoch können Inhalte und Aufgaben abgeleitet werden.

Im § 1 wird unter anderem zum Führen der Berufsbezeichnungen ausgeführt, dass Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt sind.

Im § 3 Ausbildungsziel wird unter (2) dargestellt, dass die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 insbesondere dazu befähigen soll, die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege und die Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege eigenverantwortlich auszuführen. Des Weiteren heißt es dort, dass die Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ebenso eigenständig ausgeführt werden können.

Im Rahmen der Mitwirkung können u.a. die eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie oder Rehabilitation ausgeführt werden.

Zudem sollen die Auszubildenden befähigt werden, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Weiter kann abgeleitet werden, dass ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegende zur Ausführung heilkundlicher Tätigkeiten, zur Mitwirkung und eigenständigen Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen berechtigt sind.

Selbstständige Ausübung der Heilkunde

Aktuell wird noch über die selbstständige Ausübung der Heilkunde in Modellvorhaben, diskutiert. Grundlage hierfür ist der **§ 63 des Pflegeweiterentwicklungsgesetz**.

Hier heißt es unter § 63 Abs. 3 Modellvorhaben – Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten an Pflegefachkräfte im Modell, Übertragung medizinischer Kompetenzen auf Heilkunde u.a. an Pflegefachkräfte. Unter Abs. 3 b wird die Verordnung von Verbandsmaterial und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer benannt. In Abs. 3 c wird die Ausübung der Heilkunde durch Pflegefachberufe nach entsprechender Ausbildung beschrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll demnach Richtlinien festlegen zur Fragestellung bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung möglich ist. (vgl. DBfK 2008, S. 17)

Erste Ergebnisse wurden durch den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Katalog von 40 ärztlichen Tätigkeiten, die in Modellvorhaben auf Angehörige der Pflegeberufe zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können, geschaffen (vgl. Fricke 2011).

Ob es zur Einführung einer neuen Klasse von Leistungserbringern, wie sie durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen vorgeschlagen wurde, kommen wird, ist noch nicht entschieden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben bei den vier Krankheitsbildern Diabetes, Bluthochdruck, chronische Wunden und Demenz, eine weitreichende Leistungserbringung durch Pflegefachkräfte vorgeschlagen. In der Ärztezeitung heißt es: „Bei Diabetikern könnte die Pflegekraft den Patienten selbstständig zum Augenarzt oder zum Podologen überweisen, den Zucker einstellen und die ambulante Versorgung wahrnehmen.“ und weiter: „Auch die Versorgung chronischer Wunden könnte nach Ansicht des Verbandes von einer speziell dafür ausgebildeten Hilfskraft ausgeübt werden. Die würde von sich aus entscheiden, wann sie die Wunde reinigt und welche Salben und Verbände sie verordnet. In der Versorgungsrealität ist dies längst der Fall.“ (vgl. Fricke 2011 a)

Um eine eigenständige Versorgung durch APN's umzusetzen, ist es notwendig neben der in § 87 Abs. 2b geregelten Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten auch die unabhängige Leistungserbringung mit den Krankenkassen abrechenbar zu machen.

Erste Schritte in diese Richtung wurden durch den GKV-Spitzenverband durch die Aufnahme von Krankenpflegefachberufen als Kooperationspartner zur Erbringung von Maßnahmen der

Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V grundsätzlich zugestimmt. (DBfK 2010b)

Delegationsrecht

In Deutschland wird zunehmend über das Delegationsrecht berichtet. So hat der DBfK (2007) die Joint Statement on Delegation – Gemeinsame Erklärung zum Thema Delegation der American Nurses Association – ANA und des National Council of State Boards of Nursing – NCSBN übersetzt.

Diese haben 2005 Delegation als Prozess definiert, in dem eine Gesundheits- und Krankenpflegerin einer anderen Person Anweisungen zur Durchführung von pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten erteilt.

Während der NCSBN ihn als Befugnistransfer benennt, bezeichnet ihn die ANA als einen Transfer von Verantwortung. Beides bezieht sich auf einen Vorgang, in dem eine Gesundheits- und Krankenpflegerin einer anderen Person eine Tätigkeit anweisen kann, zu deren Ausführung diese im Normalfall nicht berechtigt wäre. In beiden Positionspapieren wird hervorgehoben, dass die Gesundheits- und Krankenpflegerin weiterhin verantwortlich für die Delegation ist (vgl. DBfK 2007).

Diese Beschreibung von Delegation trifft auf den Arbeitsbereich der ANP nur bedingt zu, hier ist eher die Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu klären.

Diese wurden unter anderem von Böhme (2008), Roßbruch (2003, 2008) Tönnies (2000) und Kressirer (2007) thematisiert und im Gutachten von Offermann (2008) analysiert.

Der Arbeitgeber kann in einem Arbeitsverhältnis dem Arbeitnehmer die Leistungsbestimmungsbefugnis durch das Direktionsrecht nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften einfordern. Daraus ergibt sich, dass der Umfang des Direktionsrechts auf die Art der Tätigkeit, des jeweiligen Berufsbildes und die vertraglichen Abreden abgestimmt sein muss. (vgl. Roßbruch 2003 S.139)

Werden für die Tätigkeit des Arbeitnehmers besondere Fachkenntnisse vorausgesetzt, kann das Direktionsrecht auf diese bezogen angewendet werden. Es hat dann zum Inhalt, welche Arbeiten ausgeführt werden sollen, welche Techniken, Methoden oder Standards anzuwenden bzw. auszuschließen sind (vgl. Roßbruch 2003, S. 140).

Bisher wird z.B. bei der Delegation von z.B. Injektionen folgendermaßen unterschieden: Die Anordnungsverantwortung liegt beim Arzt, sie beinhaltet die Instruktionspflicht, die Überwachungspflicht und die Aufsicht und Kontrolle durch den Arzt. Die Übernahmeverantwortung liegt beim Pflegepersonal, es ist zur Prüfung der eignen Fähigkeiten zur Durchführung der Tätigkeit verpflichtet. Die Ausführungsverantwortung liegt ebenso beim Pflegepersonal, es ist für die korrekte Vorbereitung und Durchführung der Maßnahme verantwortlich. (vgl. Hell, 2007, S.177)

Von der Bundesärztekammer/ Kassenärztlichen Vereinigung (2008) wurde im Deutschen Ärzteblatt die Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter und die ihrer Meinung nach höchstpersönlichen Leistungen eines Arztes genauer beschrieben. Unter anderem sind demnach die Einlage (nicht Neuanlage) eines transurethralen Blasenkatheters sowie der Durchführung von standardisierten Testverfahren (z.B. psychometrische Tests, Barthel-Index, geriatrisches Assessment nach LACHS) delegierbar. Bei der Wundversorgung ist eine Überwachung und Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch den Arzt vorgesehen. Auch Case Management ist hiernach vom Arzt anzuordnen und an fortgebildete Mitarbeiter delegierbar.

Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist laut § 48 des Arzneimittelgesetzes nur durch Arzt oder Zahnarzt möglich.

Haftungsrecht

Im Krankenhaus besteht für die eingesetzten Advanced Practice Nurses, wenn ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt oder Krankenhaus existiert, eine vertragliche Haftung durch den Krankenhausträger. Somit ist der Schadensfall, indem eine Pflichtverletzung und ein Verschulden festgestellt wurden, abgesichert. Näher ist zu prüfen, ob das Verschulden vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wurde.

Durch die Delegation der Tätigkeit oder durch die Übertragung der Aufgabe im Rahmen der Erlaubnis der selbstständigen Ausübung der Heilkunde wird die ausführende Kraft zum Erfüllungsgehilfen des Vertragspartners Krankenhaus oder Arzt. Das Verschulden des Erfüllungsgehilfen wird nun dem Vertragspartner dem er bei der Erfüllung hilft zugerechnet. Somit haftet der Vertragspartner, also das Krankenhaus oder der Arzt der den Vertrag mit dem Patienten hat und nicht die Person die den Schaden unmittelbar verursacht.

Schadensersatzansprüche gegenüber dem Pflegepersonal gibt es bei unerlaubten Handlungen, z.B. bei Diebstahl, Verletzungen durch Unachtsamkeit, die fehlerhafte Bedienung eines medizinischen Gerätes oder die Verabreichung eines falschen Medikamentes.

Im Bereich der ANP ist vor allem das Übernahmeverschulden von Bedeutung, es beinhaltet die Übernahme von Tätigkeiten für die man nicht ausgebildet wurde. (vgl. Hell 2007, S. 230)

Im stationären wie im ambulanten Sektor wird es notwendig die Bedingungen der Berufshaftpflichtversicherungen zu überprüfen und sie an die neuen Begebenheiten anzupassen.

Titelschutz

Bisher gibt es den Titelschutz neben den Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Krankenpflege; Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege nur noch für die Fachgesundheits- und Krankenpflege.

Daneben gibt es eine Vielzahl an Weiter- oder Fortbildungszertifikaten auch mit der Bezeichnung als Pflegeexperte für ..., Fachkraft für ... oder Meister in Diese Qualifikationen sind im internationalen Vergleich wenig anerkannt, sie bieten kaum die Möglichkeiten Fähig- und Fertigkeiten davon abzuleiten.

Daher erscheint es uns als dringend notwendig den Titel einer Advanced Practice Nurse zu schützen und wie international anerkannt auf dem Masterniveau anzusiedeln.

Der Titel erlaubt folglich Rückschlüsse auf das Ausbildungsniveau, die wissenschaftlichen Kenntnisse und bei Ergänzung der Fachrichtung auch dem Grad der Spezialisierung zu ziehen.

Um die Qualität und den „State of the Art“ zu gewährleisten, ist es ratsam eine Institution zu schaffen, die die notwendigen Inhalte für die Ausgabe einer Lizenz als Advanced Practice Nurse bereitstellt und überwacht.

Im Idealfall kann dieses auf Bundesebene durch eine Pflegekammer, welche die Vorgaben zur Akkreditierung der Masterstudiengänge und zur Erlangung des Titels erarbeitet, umgesetzt werden.

Um den wissenschaftlichen Standard zu erhalten, ist es ratsam die Berufsbezeichnung an eine Lizenz zu koppeln, für deren Erhalt die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen nachzuweisen ist. Die Vorgaben für die Lizenzen könnten ebenso wie die Berufsordnung für Advanced Practice Nurses von einer Kammer ausgearbeitet und überwacht werden.

Empfehlungen

DER TITEL EINER ADVANCED PRACTICE NURSE IST ZU SCHÜTZEN UND WIE INTERNATIONAL ANERKANNT, AUF DEM MASTERNIVEAU ANZUSIEDELN. WENN DER QUALIFIKATIONSSTANDARD GESICHERT IST, KANN DIE RECHTLICHE SEITE DER BERUFS AUSÜBUNG DEM INTERNATIONALEN STANDARD ANGEPASST WERDEN. UM DIAGNOSEN STELLEN, MEDIKAMENTE UND THERAPIEN VERSCHREIBEN UND EIN- UND ÜBERWEISUNGEN DURCHFÜHREN ZU DÜRFEN (VGL. DBFK 2011 S. 11) WIRD FOLGENDES BENÖTIGT.

UM DIE RECHTLICHE SITUATION DER APN ZU SICHERN, EMPFEHLEN WIR EINE ERSTE UMSETZUNG UND KONSEQUENTE AUSWEITUNG DES MAßNAHMENKATALOGES DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (G-BA). DIESE TÄTIGKEITEN MÜSSEN DURCH DIE HAFTPFLICHTVERSICHERUNGEN DER KRANKENHAUSTRÄGER IM RAHMEN DER VERTRAGLICHEN HAFTUNG AUFGENOMMEN WERDEN. DESWEITEREN MÜSSEN DIE BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNGEN IN BEZUG AUF DIE NEUEN HANDLUNGSFELDER DER APN'S ANGEPASST WERDEN.

ANALOG DER IN § 87 ABS. 2B GEREGLTEN ABRECHENBARKEIT DELEGIERTER ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN SOLLTE AUCH DIE UNABHÄNGIGE LEISTUNGSERBRINGUNG MIT DEN KRANKENKASSEN ABRECHENBAR SEIN.

DIE AUFNAHME VON KRANKENPFLEGEFACHBERUFEN ALS KOOPERATIONSPARTNER ZUR ERBRINGUNG VON MAßNAHMEN DER PRIMÄRPRÄVENTION UND BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG NACH § 20 ABS. 1 UND 2 SGB V IST ZU ERWEITERN.

DIE VERORDNUNG BZW. WEIETERVERORDNUNG VON ARZNEIMITTELN BEI EINZELNEN KRANKHEITSBILDERN SOLLTE IN DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER APN'S FALLEN KÖNNEN, HIERZU IST EINE ÄNDERUNG DES § 48 DES ARZNEIMITTELGESETZES NOTWENDIG.

Advanced Practice Nurse

Kapitel 5



5. Advanced Practice Nurse (APN`s)

Autoren: Birgit Ullmann / Peter Ullmann

Die Advanced Practice Nurse (APN) ist eine akademisch ausgebildete Pflegendende mit dem Abschluss des grundständigen Master (M.Sc. oder MNS) an einer dafür nach dem Bologna Prozess akkreditierten Fachhochschule oder Universität. Sie arbeitet am und mit dem Patienten, folglich in der direkten Pflege an der Basis. Ihre Rollen umfassen die Praktikerin, Expertin, Beraterin, Lehrerin, Forscherin, Leiterin, und Vertreterin. Sie arbeitet als Spezialistin allein oder leitet Advanced Practice Nursing (APN) Teams.

Frik & Pollack (1993), Ullmann-Bremi, Spirig, Gehring, & Gobet (2004), Thissen (2008a) Schober & Affara (2007) beschreiben Advanced Practice Nurse als Spezialistin die auf fortgeschrittenen theoretischen und praktischen Niveau in Bezug auf spezifische Gesundheitsprobleme bei Individuen, Familien und Gruppen arbeiten. Sie besitzen dazu den Abschluss des grundständigen Masters (M.Sc.).

Zwei Versuche wurden unternommen, die Begrifflichkeit in den deutschsprachigen Raum zu transformieren.

1. ANP = Pflegeexpertin MNS / MScN (vgl. Schweizer Verein für Pflegewissenschaften (VFP), 2007, S.4)
2. ANP = intensivierte Pflege (vgl. Frank, Konta, Prusa, & Raymann 2006, S.3)

Der Versuch die Begrifflichkeit ANP einer bestimmten Berufsgruppe zuzuordnen, wurde an der 11. Generalversammlung des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) vom 4. Mai 2007 in Bern durch den Vorstand vorgelegt. In der Abstimmung heisst es,

„Der Vorschlag des Vorstandes zur deutschen Bezeichnung von ANP = Pflegeexpertin MNS / MScN wurde damit abgelehnt.“

(vgl. Schweizer Verein für Pflegewissenschaften (VFP) 2007, S.4). Hierbei spielte die unklare Situation, im sich neuausrichtenden Schweizer Bildungssystem eine Rolle.

Frank, Konta, Prusa, & Raymann (2006, S.2) verstehen unter dem Begriff „intensivierte Pflege“:

„...Pflegetätigkeiten mit intensivierten Mitteln bzw. verstärkten Patientenkontakt...“.

Weiter schreiben sie,

„Diese Pflegeform ist auch unter dem Begriff „Advanced Nursing Practice“ (ANP) bekannt, wobei es sich bei praktizierenden Pflegenden dieses Faches um spezialisierte, akademisch ausgebildete Pflegekräfte handelt, die eine erweiterte Pflege anbieten,

wobei sie sich auf die publizierten Erkenntnisse der evidenzbasierten Forschung stützen.“ (ebd., S.2)

Empfehlungen

WIR HALTEN DIE ÜBERSETZUNG VON ADVANCED PRACTICE NURSE IN DIE DEUTSCHE SPRACHE ALS NICHT GEEIGNET. GRÜNDE DAFÜR SIND:

1. EINE WEITERE BEZEICHNUNG WÜRDIE DIE SCHON BESTEHENDE BEGRIFFSVIELFALT ERHÖHEN
2. ES HANDELT SICH BEI DER BEZEICHNUNG ADVANCED PRACTICE NURSE UM EINE INTERNATIONAL ANERKANNTE BEZEICHNUNG
3. DIE VERGLEICHBARKEIT DURCH BEIBEHALTUNG DER BEZEICHNUNG ADVANCED PRACTICE

Nachtrag

Wir sind uns bewusst, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Personen mit dem entsprechenden Masterabschluss und die entsprechenden Masterstudiengängen nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Möglicherweise werden Persönlichkeiten mit anderen Abschlüssen, wie dem Bachelor zeitweise diese Rollen besetzen. Sie werden durch ihre Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Implementierung von Advanced Practice Nursing leisten. Wir möchten sie dazu ermutigen, ihre Qualifikation durch den Abschluss eines Masters an einer akkreditierten Fachhochschule oder Universität zu erweitern und somit dem Ziel der Rolle Advanced Practice Nurse zu folgen. Helfen sie mit, die Entwicklung voranzutreiben.

5.1. *APN`s Rollen*

Autor: Peter Ullmann

Anmerkung: Die Abkürzung für Advanced Practice Nurse wird im Positionspapier immer mit APN`s abgekürzt. Es ist uns bewusst, dass hierbei die Mehrzahl gemeint ist. Jedoch um die klare Unterscheidung zwischen Advanced Practice Nursing (APN) und Advanced Practice Nurse (APN`s) führen zu können, wurde auch wenn nur eine Person gemeint ist, von APN`s gesprochen. Wir bitten daher um ihr Verständnis.

In dem Prozess der Rollenentwicklung Advanced Practice Nurse wird offensichtlich, dass auf bestehende traditionelle Rollen, wie der Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP), zurückgegriffen wurde. Nachdem die Diskussion um die APN`s Rollen auch Europa erreicht hat und diese mittlerweile Bestandteil von Hochschulausbildung mit Abschlussgrad Master of Science (M.Sc.) ist, stellt sich die Frage, wie sich die Advanced Practice Nurses in das Gesundheitssystem integrieren lassen. Diskussionen dazu existieren in Deutschland nur sehr wenige.

Internationale Einigkeit besteht darin, dass die APN`s über einen Hochschulabschluss in Form eines Masterabschlusses (Waterhouse 2002, Darmody 2005, Yates, Evans, Moore, Heartfield, Gibson, & Luxford 2007) verfügen muss.

Rollen werden unterschiedlich definiert. Das Etymologische Wörterbuch von Kluge (2002) schreibt, dass die „Rolle (15. Jh.) mittelhochdeutsch rolle, mittelniederdeutsch rolle, rulle [...] Die Rolle des Schauspielers geht auf den im 16. Jh. Aufgekommenen Brauch zurück, den eigenen Anteil am Spiel auf Rollen zu schreiben, von denen bei den Proben nur die gerade benötigte Stelle sichtbar, der Rest aufgerollt ist.“. Hingegen versteht der Duden (2006) als Rolle „...persönliches Auftreten und Wirken; Leistung des Einzelnen in einem größeren Rahmen“. Im Brockhaus (2002-2007) wird aus der soziologischen Perspektive die Soziale Rolle wie folgt bestimmt: „...die Summe von Erwartungen an das soziale Verhalten eines Menschen, der eine bestimmte soziale Position innehat; ein gesellschaftlich bereitgestelltes Verhaltensmuster, das in bestimmten Situationen ausgeführt werden kann oder muss...“

Ausgehend von der Definition von Kluge (2002), werden APN`s Rollen in Publikationen beschrieben bzw. niedergeschrieben. Das vorliegende Positionspapier verfolgt ebenfalls die Beschreibung der Rolle der Advanced Practice Nurse für Deutschland. Dadurch liegt sie wie gefordert in schriftlicher Form vor. Sie ist nicht abschliessend zu betrachten, sondern enthält Empfehlungen wie sie gestaltet werden kann.

In Bezug auf die Definition des Duden (2006) wird die Rolle der Advanced Practice Nurse durch ihr persönliches Auftreten und Wirken deutlich. Der Ansatz verfolgt entsprechend dem Individuum in seiner Person, Charaktereigenschaft, Werten, Gedanken, Handeln, Wissen

und vieles mehr. Dabei spielen vor allem die professionelle Entscheidungs- und Handlungskompetenz, als auch das eigene Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem was sie tut eine wichtige Rolle. Durch ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten trägt sie zu der optimalen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Pflegebedürftigen und der Gesunderhaltung der Bevölkerung bei. Ihr professionelles Verhalten innerhalb von schwierigen Versorgungssituationen sichert Kontinuität und Qualität.

Die letzte Definition des Brockhaus (2002-2007), impliziert die soziale Rolle. Übertragen auf die Advanced Practice Nurse bedeutet es, dass sie innerhalb der Berufsgruppen des Gesundheitswesens ihren Platz einnimmt. Sie ist Teil eines sozialen Systems. Dieses gestaltet sich auf der Mikroebene als Beziehung

- zum Patienten bzw. Bürger,
- zu Personen innerhalb des Behandlungsteam
- zu Personen innerhalb des Gesundheitsunternehmens
- zu Personen innerhalb des eigenen Fachgebietes (APN's Netzwerke)

In Bezug auf die Mesoebene ist sie Teil eines

- Gesundheitsunternehmens
- Netzwerkes
- Berufsverbandes
- Vereins
- Partei

In Bezug auf die Makroebene ist sie Teil eines

- Gesellschaftssystems
- Gesundheitssystems.

Ihre soziale Rolle wird dadurch gekennzeichnet, dass sie ihre Kompetenzen und Fähigkeiten einbringt. Sie ist keine einsame Person, welche zwischen verschiedenen sozialen Gruppen interagiert, sondern sie ist Teil eines Teams. Ihre Haltung gegenüber ihren Kolleginnen ist wertschätzend und wohlwollend. Sie zeigt sich einfühlsam und aufmerksam für die Anliegen ihrer anvertrauten Patienten und gegenüber ihren Kolleginnen. Sie bewegt sich sicher in internen und externen sozialen Gemeinschaften. Sie schafft Vertrauen und Beziehungen zwischen den einzelnen Akteuren innerhalb des Teams, Unternehmens und Vereinigungen. Sie äussert ihre Meinung klar und deutlich. Sie zeigt ihr diplomatisches Geschick innerhalb von Verhandlungen.

Zwei grosse Rollen werden deutlich

1. die Soziale Rolle die durch die soziale Kompetenz (Social Skills) geprägt ist und
2. die Fachrolle die durch die Fachkompetenz (Hard Skills) geprägt ist.

Auf die weitere differenzierte Darstellung der Kompetenzen wird an dieser Stelle mit dem Verweis auf das entsprechende Kapitel, 6.1. innerhalb des Positionspapieres, verzichtet.

Hamric (2005) äußert, dass jede APN's Rolle eine gemeinsame Definition, Kriterien und Kompetenzen von Advanced Practice Nursing hat. Sie nennt 4 unterschiedliche Advanced Practice Rollen. Es sind:

1. ACNP (Acute Care Nurse Practitioner),
2. NP (Nurse Practitioner),
3. CNS (Clinical Nurse Specialist),
4. CNM (Certified Nurse-Midwife) und CRNA (Certified Registered Nurse Anaesthetist).

Im engeren Sinne, bilden die Grundlage der Advanced Practice Nurse

1. die Clinical Nurse Specialist und
2. die der Nurse Practitioners.

Hamric (2000) postuliert die Synthese dieser Rollen zur zukunftsweisenden APN (Misch)Rolle.

„In der Synthese der Mischrolle APN wird eine Expertin mit einer spezifischen Praxis verstanden, welche eine sehr eng definierte Bevölkerungsgruppe (Population) und komplexe Patientinnen in sich überschneidenden Bereichen mit einer Dualen CNS / NP Ausbildung (Vorbereitung bzw. Vorausbildung) versorgt.“ (vgl. Ullmann, 2008a)

Skalla, Hamric, & Caron, 2005 stellen fest, dass seit den letzten zwei Dekaden, der Zusammenschluss von CNS und NP erfolgt. Dies wird von Anonymous (2001), Cooper (1990), Dean (1997), Elder & Bullough (1990), Finke (2000), Hanson & Martin (1990), Hockenberry-Eaton & Powell (1991) Quaal (1999), Shuren (1996), Spross & Hamric (1983) und Wright (1997) artikuliert. Dean (1997) vertritt die Ansicht, dass die Zusammenführung von CNS und NP nicht nur die Anzahl der Pflegenden mit erweiterter standardisierter akademischer Vorbereitung und Fähigkeiten erhöht, sondern schafft gleichzeitig die Grundlage für Lobbyarbeit und für die Eigenständigkeit der Rolle in Advanced Nursing. Im Ergebnis könnte die Pflegewissenschaft proaktiv auf sich ändernde Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung reagieren. (vgl. Ullmann 2008a, S.16)

Schober & Affara (2007, S.27) führen die Aufstellung der World Health Organization-Western Pacific Region (WHO-WPRO (2007) an, in der aufgezeigt wird, in welchen Ländern bereits der Titel Advanced Practice Nurse verwendet wird. In Kanada, Hong Kong, Korea, Taiwan, Singapur, Südafrika und der Schweiz werden die Titel Advanced Practice Nurse verwendet. Schweden und Irland benutzen den Titel in einer leicht geänderten Form „Advanced Nurse Practitioner. In den USA wird die Zusatzbezeichnung Registrierte (Registered) gebraucht.

„O'Connor & Furlong (2002) sprechen von einer autonomen Praxisrolle, die sich aus verschiedenen Rollen, wie der klinischen Praktikerin, Pflegeexpertin, wegweisenden professionellen Führungskraft und Forscherin (vgl. Ullmann 2008a S.17) zusammensetzt.

Ullmann (2008b, S.16) führt an,

„Studien von Elder & Bullough (1990), Fenton & Brykczynski (1993), Williams & Valdivieso (1994), Lindeke, Canedy, & Kay (1997) und Lincoln (2000) beschäftigen sich mit dem Vergleich von CNS mit NP.“.

In dem Vergleich werden 5 Rollen genannt. Diese sind:

1. die direkte Pflege,
2. Bildung,
3. Beratung,
4. Forschung und
5. Administration.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN`s) aus bestehenden Rollen wie der Acute Care Nurse Practitioner, Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Certified Nurse-Midwife) und der Certified Registered Nurse Anaesthetist entwickelt hat. Die Rolle impliziert eine soziale und fachliche Rolle. Subrollen die diese Rolle synthetisieren setzen sich aus der Praktikerin (Practitioner), Expertin (Expert), Leiterin (Leader), Forscherin (Researcher), Beraterin (Consulter) und Administratorin zusammen.

Empfehlungen

NACHFOLGEND WERDEN 7 SUBROLLEN ANGEFÜHRT, DIE ALS WICHTIG IN BEZUG AUF DIE WEITERENTWICKLUNG UND IMPLEMENTIERUNG IN GESUNDHEITSUNTERNEHMEN VON DEUTSCHLAND ERACHTET WERDEN. SIE LAUTEN:

1. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST PRAKTIKERIN, INDEM SIE DIREKT MIT UND AM PATIENTEN ARBEITET. SIE IST SPEZIALISIERT AUF EINE BESTIMMTE PATIENTENPOPULATION ODER EINEN GESUNDHEITSBEREICH UND TRIFFT DORT ENTSCHEIDUNGEN AUF DER GRUNDLAGE IHRER AUSBILDUNGSKOMPETENZ (GRAD DER QUALIFIKATION INFOLGE DES AUSBILDUNGSABSCHLUSSE BZW. WEITERBILDUNGSSPEZIALISIERUNG) UND STELLENVERANTWORTLICHKEIT (GRAD DER VERANTWORTUNG, WELCHE IHR IM UNTERNEHMEN ÜBERTRAGEN WIRD UND SICH IN DER STELLENBESCHREIBUNG WIEDER FINDET).
2. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST BERATERIN, INDEM SIE DIE PRAKTISCHE ANWENDUNG VON NEUEN (UND BEWÄHRTEN) TECHNIKEN UND METHODEN IHREN KOLLEGINNEN UND DEN PATIENTEN ALS AUCH ANGEHÖRIGEN ERKLÄRT, ZEIGT UND TRAINIERT. DAZU BESITZT SIE DIE FÄHIGKEIT STUDIEN ZU LESEN, ZU INTERPRETIEREN UND DIE ERGEBNISSE IN DIE PRAXIS ZU TRANSFERIEREN.
3. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST LEHRERIN, INDEM SIE SICH AN DER AUSBILDUNG VON KOLLEGINNEN DIE SICH IM STUDIUM BEFINDEN BETEILIGT. SIE TRÄGT MIT IHREN ERFAHRUNGEN DAZU BEI, DASS DIE STUDIERENDEN DAS THEORETISCHE WISSEN IN DER PRAXIS ANWENDEN KÖNNEN.
4. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST FORSCHERIN, INDEM SIE SICH AN GROßEN FORSCHUNGSPROJEKTEN BETEILIGT, JEDOCH AUCH EIGENSTÄNDIG IM KLEINEREN RAHMEN FORSCHT - LETZTERES VOR ALLEM INDEM SIE KONZEPTE AUF IHRE WIRKSAMKEIT ÜBERPRÜFT (EVALUATIONSFORSCHUNG) UND VERSORGUNGSPROGRAMME ENTWICKELT (AKTIONSFORSCHUNG).
5. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST LEITERIN, INDEM SIE VISIONEN UND AKTUELLE ENTWICKLUNGEN IN DEN DISKURS EINBRINGT. SIE MOTIVIERT UND INITIIERT WEITERENTWICKLUNG. SIE DELEGIERT AUFGABEN. SIE LEITET KONZEPT- UND PROJEKTGRUPPEN. SIE IST IN GREMIEN, NETZWERKEN, VERBÄNDEN UND ANDEREN INSTITUTIONELLEN VERTRETUNGEN MITGLIED.
6. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST VERTRETERIN, INDEM SIE SICH FÜR DIE BELANGE IHRER BERUFSGRUPPE AUF DER INSTITUTIONELLEN UND POLITISCHEN EBENE ENGAGIERT. SIE SETZT SICH FÜR DIE CHANCENGLEICHHEIT EINER OPTIMALEN BEDARFSGERECHTEN VERSORGUNG DES PATIENTEN EIN UND VERTRITT DESSEN BEDÜRFNISSE GEGENÜBER LEISTUNGSFINANZIERERN, ANDEREN LEISTUNGSERBRINGERN UND STAAT. SIE ACHTET DABEI AUF DEN WIRTSCHAFTLICHEN EINSATZ VON MITTELN UND RESSOURCEN.
7. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE IST EXPERTIN, INDEM SIE EINEN ABSCHLUSS AUF MASTEREbene (M.Sc.) VORWEISEN KANN. SIE ARBEITET SOWOHL GENERALISTISCH, WIE AUCH SPEZIALISIERT. IHRE SPEZIFISCHE PRAXIS IST AUF EINE SEHR ENG DEFINIERTE BEVÖLKERUNGSGRUPPE UND KOMPLEXE VERSORGUNGSSITUATIONEN AUSGERICHTET.

5.2. Einsatzbereiche von Advanced Practice Nurses (APN`s)

Autorin: Birgit Ullmann

Im Zusammenhang mit den Einsatzgebieten werden unterschiedliche Settings beschrieben. Die Unterscheidung erfolgt nach Ort wie bspw. stationär und ambulant, nach Krankheit wie bspw. Onkologie, Psychiatrie oder Geriatrie, nach Verlauf wie bspw. akut oder chronisch.

Die ICN schlägt vor, dass sich Advanced Practice Nurse sich in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens spezialisiert. Es werden hierfür die folgenden Bezeichnungen genannt:

1. Clinical Nurse Specialists,
2. Nurse Anesthetists,
3. Nurse-Midwives, und
4. Nurse Practitioners.

Näher werden dort der Bereich der Anästhesie und der Schwangerschaftsbegleitung & Geburt benannt. Unklar hingegen bleibt der Einsatzbereich von Clinical Nurse Specialists und Nurse Practitioners. Um diese näher zu eruieren, wurde im American Nurses Credentialing Center recherchiert, denen Zertifizierungen von Nurse Practitioners (NP) und Clinical Nurse Specialists (CNS) vorliegen. Hierdurch sollte es möglich werden, die Einsatzgebiete entsprechend ableiten zu können.

In Verbindung mit NP wurden 7 Spezialisierungen genannt. Sie lauten wie folgt:

1. *“Acute Care Nurse Practitioner (ACNP-BC)*
2. *Adult Nurse Practitioner (ANP-BC)*
3. *Adult Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner (PMHNP-BC)*
4. *Family Nurse Practitioner (FNP-BC)*
5. *Family Psychiatric and Mental Nurse Practitioner (PMHNP-BC)*
6. *Gerontological Nurse Practitioner (GNP-BC)*
7. *Pediatric Nurse Practitioner (PNP-BC).”*

(vgl. American Nurses Credentialing Centre (ANCC) (2011) Certification Credentials List,

ANCC Certifications and Credentials Awarded

<http://www.nursecredentialing.org/Certification/PoliciesServices/CredentialsList.aspx> Stand

23.4.2011)

Folglich können 6 Arbeitsbereiche abgeleitet werden:

- a. Akutversorgung
- b. Erwachsenenpflege
- c. Pflege bei Krankheit & Gesundheit (Psychiatrie & seelische Gesundheit)
- d. Familienpflege (Gruppe)

- e. Pflege bei Älteren, betagten & hochbetagten Menschen (Gerontologie)
- f. Kinderpflege (Pädiatrie).

Im Zentrum steht der Mensch in seinen unterschiedlichen Lebensphasen, der Mensch als Familienmitglied und der Mensch in Krisensituationen.

In Bezug auf Krankheit ist der Bereich in der psychiatrischen Versorgung angegeben worden. Besondere Beachtung wird dabei der seelischen Gesundheit anerkannt, da hier der Fokus mehr auf der Ressourcenaktivierung liegt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich die genannten Bereiche kombinieren lassen, wie zum Beispiel Psychiatrische Familienpflege oder ähnliches.

Die Zertifizierung der Clinical Nurse Specialists (CNS) wird in 6 Bereichen durchgeführt. Sie lauten wie folgt:

1. *“Adult Health CNS (ACNS-BC)*
2. *Adult Psychiatric and Mental Health CNS (PMHCNS-BC)*
3. *Child/Adolescent Psychiatric and Mental Health CNS (PMHCNS-BC)*
4. *Gerontology CNS (GCNS-BC)*
5. *Paediatric CNS (PCNS-BC)*
6. *Public/Community Health CNS (PHCNS-BC)”*

(Vgl. American Nurses Credentialing Centre (ANCC) (2011) Certification Credentials List, ANCC Certifications and Credentials Awarded <http://www.nursecredentialing.org/Certification/PoliciesServices/CredentialsList.aspx> Stand 23.4.2011)

Ähnlich wie bei der CNS, werden die Lebensspanne (Kind, Jugendlicher und Erwachsener), das Kontinuum Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit Psychiatrie genannt. Zusätzlich ist der Einsatzbereich im Bereich der Gemeinde bzw. öffentlichen Gesundheit aufgeführt.

- a. Erwachsene
- b. Gesundheit & Krankheit
- c. Jugendliche
- d. Ältere
- e. Kinder
- f. Gemeinde bzw. öffentliche Gesundheit

Eine weitere Klassifizierung der Einsatzbereiche stellen Schober & Affara (2007, S.42 / 2008 S.90⁵) dar, in dem sie sich auf Read, Robert-Davis, Gilbert, & Nolan (2000) beziehen. Dabei

⁵ 2008 erschien das Buch „Advanced Nursing Practice“ in der deutschen Fassung von Spirig, R. & de Geest

werden die Bereiche der CNS (Clinical Nures Specialist) in 3 Gruppen gegliedert. Dort heisst es:

1. „Erkrankungsspezifische Domäne

- *Beispiele für Fachgebiete: Brust, Stoma, Diabetes, Herzerkrankung, Hämatologie, Gynäkologie, Urologie, Onkologie, Suchterkrankung etc.*

2. Abteilungsspezifische Domäne

- *Beispiele: Intensivstation, Herzstation, Orthopädische Station, von Pflegekräften geleitete Ambulanzen und ähnliche Betreuungsangebote*

3. Klientengruppenspezifische Domäne

- *Beispiele: Pflegeexpertin/Pflegeexperte für Gerontopsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Kinder- oder Altenpflegefachkraft (Pflegeexpertin/Pflegeexperte)*

Im Weiteren werden bei den Nurse Practitioner folgende 3 Einsatzbereiche unterschieden:

1. Klientengruppenspezifische Domäne (nicht differenziert)

- *Beispiele: Obdachlose, Reisende, Kinder- oder Altenpflegefachkraft (allgemein)*

2. Abteilungsspezifische Domäne (nicht differenziert)

- *Beispiele: Unfall- und Notfallambulanz, Ambulanzen für kleiner Verletzungen*

3. Kommunale Domäne (nicht differenziert)

- *Beispiele: Familienpflege oder allgemeine Versorgung, Primäre Gesundheitsversorgung, Berufserkrankungen/Unfallverhütung am Arbeitsplatz*

4. Public-Health Domäne

- *Beispiele: Schulpflegekraft, Gesundheitsamtliche Hausbesuche“*

Im Vergleich zu den vorbenannten Bereichen zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede. So finden sich die Bereiche von Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen und Älteren in der Klientenspezifischen Domäne wieder. Die Erkrankungs- & Abteilungsspezifische Domäne lassen sich teilweise den Bereich der Gesundheit & Krankheit zuordnen, während der Einsatzbereich Gemeinde bzw. öffentliche Gesundheit zu den Domänen der Kommunalen und Public-Health gehören.

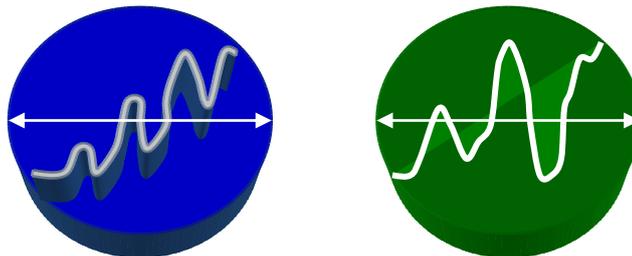
Abstraktion

Abstrahiert man die Einteilungen, so entstehen 3 grössere Versorgungsbereiche. Der erste Bereich beinhaltet den Verlauf zwischen chronischen und akuten Lebenssituationen. Im zweiten Bereich ist die Lebensspanne eines Menschen enthalten. Nimmt man die bereits zuvor genannte Hebamme (Nurse-Midwife) hinzu, so umfasst der pflegerische Einsatzbereich der Advanced Practice Nurse den der pränatalen bis hin zur palliativen Versorgung. Der letzte und dritte Versorgungsbereich bezieht sich auf die gesellschaftliche Ebene, wo das Individuum, die Familie, die Gemeinde und das Gesellschaftssystem in dem man sich befindet als Einsatzmöglichkeiten genannt werden.

1. Lebensspanne (Vorgeburt, Geburt, Kind, Jugendlicher, Erwachsener, Alternder)



2. Verlauf (chronisch - blauer Kreis & akut – grüner Kreis inbegriffen ist das Kontinuum aus Gesundheit und Krankheit)



3. Gesellschaft (Individuum -grün & Familie – blau, rot & Gemeinde - grau)

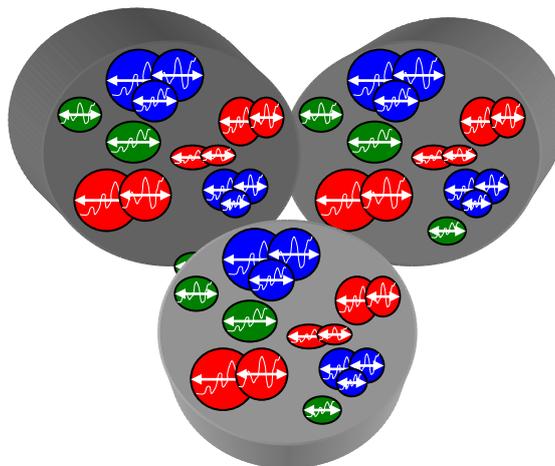


Abbildung 2 Einsatzbereiche nach Lebensspanne, Krankheitsverlauf und Gesellschaft

Aus der Vielzahl von Konzepten, Modellen und wissenschaftlichen Richtungen soll an dieser Stelle auf nachfolgende verwiesen werden. Sie sind:

1. Dem Verlauf entsprechend:
 - a. „Was erhält den Menschen gesund? Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky“ (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2003)
 - b. Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Strauss und Corbin (vgl. Corbin & Strauss, 1991; Corbin & Strauss, 1988; Corbin & Strauss, 2010)
2. Der Lebensspanne entsprechend:
 - a. Die „Entwicklung des menschlichen Individuums von der Konzeption bis zum Tode“ (vgl. Gesellschaft für Humanontogenetik e.V., 2011).
3. Gesellschaft:
 - a. Die Theorie der Familien- und umweltbezogenen Pflege bzw. Familienorientierte Pflege (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003,)

Im weiteren wurde recherchiert, ob es andere Zertifizierungsstellen gibt, die einen Hinweis auf den Einsatzbereich der Advanced Practice Nurse geben. Die Oncology Nursing Certification Corporation (ONCC) bietet derzeit 3 Advanced Oncology Nursing Zertifizierungen an. Sie lauten:

1. “Advanced Oncology Certified Nurse Practitioner (AOCNP®) – role-specific advanced certification for the nurse practitioner in adult oncology
2. Advanced Oncology Certified Clinical Nurse Specialist (AOCNS®) – role-specific advanced certification for nurses who practice in the role or roles of the clinical nurse specialist in adult oncology
3. Advanced Oncology Certified Nurse (AOCN®) – advanced certification in adult oncology nursing, first offered in 1995 and now available only for renewal by those who currently hold the credential”

(Vgl. Oncology Nursing Certification Corporation (ONCC), 2011)

Anmerkung: auf eine Übersetzung wurde auf Grund der selbsterklärenden Darstellung verzichtet)

Weitergehend betrachtet, hat sich in der Schweiz ein sehr interessanter Ansatz etabliert. Ullmann-Bremi, Spirig, Gehring, & Gobet (2004) führten in ihrer Projektentwicklung zur Arbeit mit Familien von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, das Konzept des ANP-Teams ein. Argumentation so Ullmann-Bremi, Schluer, Finkbeiner, & Huber (2011, S.21): „*Universitär ausgebildete Pflegespezialisten in diesem Sinne sind in der Schweiz kaum verbreitet, weshalb der Ansatz der ANP-Teams formuliert und eingeführt wurde, um die Praxis dennoch in Richtung Advanced Nursing Practice weiterentwickeln zu können.*“

Ulrich, Hellstern, Kressig, Eze, & Spirig (2010, S.404) führen an: *„Ein ANP-Team besteht aus Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund wie zum Beispiel aus diplomierten Pflegefachpersonen und solchen, die über Höhere Fachausbildungen in der Pflege verfügen. Sie werden von einer APN geleitet.“*

Der DBfK (2011) präferiert als „eine Ausprägung von ANP: Die Family Health Nurse“. Hierbei steht laut DBfK (2011, S.18) *„Im Mittelpunkt steht eine familienorientierte und gemeindenahere Versorgung mit dem Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem für vulnerable Gruppen und Familien.“*. Dazu wird die Weiterbildung Familiengesundheitspflege - Family Health Nurse angeboten. Das dargelegte Angebot ist jedoch nicht an einer Fachhochschule oder Universität angebunden. Die Zugangsvoraussetzung, setzen keinen akademischen Abschluss voraus. Jedoch wird in den Modellen und Konzepten von ANP, die Hochschulausbildung und im spezifischen der Masterabschluss genannt. Denkbar wäre, sofern es noch nicht vorhanden ist, dass in den Curricula der Hochschulen eine entsprechende Spezialisierung ausgebildet oder dass über das spezielle Weiterbildungsprogramme der Abschluss als Master of Advanced Studies (MAS oder auch Executive Master genannt) für Family Health Nurse angeboten wird, letzteres jedoch mit der Voraussetzung des Grundständigen Masters of Science, um im Kontext von Advanced Practice Nursing als Advanced Practice Nurse arbeiten zu können. Ausserdem wäre auch denkbar, dass ein ANP Team mit Spezialisierung „Familiengesundheitspflege“ auftritt. Dort arbeiten Personen mit der Fachweiterbildung Family Health Nurse unter Leitung einer Advanced Practice Nurse mit Masterabschluss (M.Sc.).

Die Ausführungen lassen darauf schliessen, dass die Einsatzgebiete im allgemeinem gesellschafts- und länderunabhängig sind. Es ist davon auszugehen, dass Menschen weltweit und somit auch in Deutschland sowohl krank, als auch gesund sind, chronische und akute Krankheitsverläufe aufweisen und letztlich sowohl als Individuum als auch in der Familie, Gemeinde und in einem Gesellschaftssystem leben.

Empfehlungen

WIR EMPFEHLEN IM ZUSAMMENHANG MIT ADVANCED PRACTICE NURSES (APN*) IN DEUTSCHLAND FOLGENDE EINSATZBEREICHE SOWIE GEGEBENENFALLS DIE NACHFOLGENDEN BEZEICHNUNGEN ZU VERWENDEN:

1. BEZOGEN AUF DIE LEBENSSPANNE
 - A. ERWACHSENE APN (E-APN)
 - B. PÄDIATRIE APN (P-APN)
 - C. GERONTOLOGIE APN (G-APN)
 - D. HEBAMME (H-APN)
2. BEZOGEN AUF DEN VERLAUF
 - A. SEELISCHE GESUNDHEIT & PSYCHIATRIE APN (SGP-APN)
 - B. ONKOLOGIE APN (O-APN)
3. BEZOGEN AUF DIE GESELLSCHAFT
 - A. FAMILIEN APN (F-APN)
 - B. ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT & GEMEINDE APN (OGG-APN)

INSBESONDERE VOR DEM HINTERGRUND, DASS IN DEUTSCHLAND IN DEN KOMMENDEN JAHREN DIE ANZAHL VON ADVANCED PRACTICE NURSE ZWAR STEIGEN, JEDOCH KEINE AUSREICHENDE ANZAHL ERREICHT WIRD, EMPFEHLEN WIR DEN AUFBAU VON APN-TEAMS NACH DEM SCHWEIZERER MODELL.

DIE ADVANCED PRACTICE NURSE ÜBERNIMMT DIE FACHLICHE LEITUNG IN DEN APN-TEAMS, IN DENEN DEM FOLGENDE QUALIFIKATIONEN EINGESCHLOSSEN SIND:

- DIPLOM PFLEGEWIRTIN
- BACHELOR
- FACHSCHWESTER
- PFLEGENDE MIT ZUSATZWEITERBILDUNG

DIE REINE TATSACHE, DASS EINE PFLEGENDE MIT EINER GRUNDAUSBILDUNG, WIE BEISPIELSWEISE ZUR EXAMINIERTEN KRANKENSCHWESTER OHNE WEITERE ZUSATZAUSBILDUNG ODER SCHULUNG UNTER DER LEITUNG EINER ADVANCED PRACTICE NURSE ARBEITET BZW. EINE ADVANCED PRACTICE NURSE EIN TEAM FACHLICH LEITET OHNE DAS DIESES ZU EINER SPEZIALISIERUNG GESCHULT WURDE, IST NICHT AUSREICHEND, UM DIE BEZEICHNUNG APN-TEAM ZU VERWENDEN.

WIR EMPFEHLEN IN EINEM WEITEREN SCHRITT, ZU PRÜFEN, OB DER EINSATZ NICHT NUR IN KLINIKEN, SONDERN AUCH ZUM BEISPIEL IN:

- AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN,
- GEMEINSCHAFTSPRAXEN
- PFLEGEEINRICHTUNGEN

MÖGLICH IST.

* APN wird hier synonym mit APN`s verwendet. Ersteres bedeutet die einzelne Person (Singular) und letzteres umfasst mehrere Personen (Plural).

Nachtrag

Kurz noch eine Anregung zum Thema duale Pflegeleitung. Sie besteht aus der fachlichen Führung der Advanced Practice Nurse und der Administration der Stations- bzw. Abteilungsmanagerin. Die scharfe Trennung ist jedoch nicht möglich und ebenso auch nicht förderlich. Konzepte die entwickelt werden, enthalten immer beide Sichtweisen. Die enge Zusammenarbeit ist das Fundament für Innovation und Kreativität aber auch für Kontinuität und Stabilität.

Vorteile der dualen Pflegeleitung sind:

1. APN`s und Leitung vertreten sich gegenseitig in ihren Weisungsbefugnissen und in denen ihnen obligaten Aufgaben bei Abwesenheiten.
2. Die Mitarbeiterführung, Mitarbeiterbeurteilung und Zielsetzung wird durch gegenseitigen Austausch aus fachlicher und administrativer Sichtweise differenzierter möglich und gibt somit dem Mitarbeiter einen qualifizierteren Überblick über sein Können und seinen Förderungsbedarf.
3. Weiterbildungsstrategien, Stationsziele, Stationskonzepte sowie weitere Gesichtspunkte werden aus Fach- und Leitungsfunktion zusammen eruiert und durchgeführt.

Die Idee der Dualen Pflegeleitung bedeutet, gleichberechtigte Partner und entsprechend gleiche Entlohnung.

Advanced Nursing Practice

Kapitel 6



6. Advanced Nursing Practice (ANP)

Autor: Harald Haynert

Advanced Nursing Practice beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Advanced Practice Nurse.

6.1. *Kompetenzen & Tätigkeiten*

Advanced Practice Nurses (APN`s) sind Pflegepersonen mit erweiterten sozialen Fachkompetenzen, vertieftem Experten- und Praxiswissen sowie klinischer Sachkenntnis, die die Bereitschaft haben, diese auch einzusetzen, um strukturierte Aufgaben, die einen hohen Grad an Praxiserfahrung und die Aneignung vertieften theoretischen Wissens erfordern, verantwortungsvoll zu übernehmen. Für die Übernahme dieser Aufgaben sollten ihnen sowohl formale Zuständigkeiten oder Befugnisse als auch erweiterte Entscheidungskompetenzen und Handlungsspielräume zur Verfügung stehen, ohne die ANP wirkungs- und bedeutungslos wäre.

Die Eigenständigkeit von APN`s innerhalb der Berufsgruppen des Gesundheitswesens liegt in der Mischung spezifischer sozialer Kompetenzen (Social Skills) und Setting- oder populationspezifischer Fachkompetenzen (Hard Skills) in Bezug auf die Alltagsgestaltung und Unterstützung bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit begründet. Die Pflege umfasst dabei Angebote und Interventionen, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Erfahrungswissen gründen. Dabei werden Forschungsergebnisse aufgenommen und umgesetzt und die Resultate dieser Anwendungen werden systematisch ausgewertet. Dabei spielt sowohl die professionelle Entscheidungs- und Handlungskompetenz, als auch das eigene Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem was sie tut eine wichtige Rolle. Durch ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten trägt sie zu der optimalen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Pflegebedürftigen und der Gesunderhaltung der Bevölkerung bei. Ihr professionelles Verhalten innerhalb von schwierigen Versorgungssituationen sichert Kontinuität und Qualität

Da die Befugnisse und Kompetenzen von APN`s von den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt sind, stellt sich das Feld der Kompetenzen heterogen dar. Unterschiedliche Kompetenzen, die eine erweiterte Pflege charakterisieren, wurden identifiziert, zusammengestellt und diskutiert (Ullmann, 2008a; Thissen, 2008a; Schober & Affara, 2008; International Council of Nurses, 2001-2011; Gardner, Carryer, Dunn, & Gardner, 2004; Hamric, Spross, & Hanson, 2000), so dass folgende Aussage getroffen werden kann:

APN`s verfügen über Kompetenzen, um Pflege in spezifischen Situationen leisten zu können, die Pflegepraxis zu erweitern und um eine nachhaltige, breitflächige und zukunftsorientierte Pflege im interdisziplinären Kontext leisten zu können. Dazu gehören:

1. APN`s haben Fähigkeiten und Fertigkeiten, im Rahmen kollegialer Begleitung die Pflegepraxis nachhaltig zu entwickeln.
2. APN`s lernen die Funktionsweisen des Gesundheitswesens mit seinen politischen, rechtlichen, ökonomischen und organisatorischen Faktoren zu verstehen. Sie können Inhalt und Bedeutung der Pflege formulieren, zur Qualitätsentwicklung in der Patientenbetreuung beitragen und konstruktiv mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten.
3. APN`s lernen, wissenschaftliche Literatur systematisch zu recherchieren, sowie deren methodische Qualität und Relevanz für die klinische Praxis zu beurteilen. Sie verfügen über Grundwissen in quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden, das sie befähigt, bei Studien mitzuwirken und Forschungsergebnisse für die Praxis umzusetzen.
4. Hier können Funktionen in der Beratung des Pflegepersonals im fall- und prozessorientierten Arbeiten, der Patienten- und Angehörigenberatung, anleitende Funktionen der Praxisanleitung von Pflegepersonal und Expertenfunktionen der Innovation, Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung im pflegerischen Bereich eingenommen werden. Durch vertiefte Fachkompetenz im Bereich EBN können sie zudem zur forschungsgestützten Entwicklung von Standards und Leitlinien in der Pflegepraxis eingesetzt werden. Ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten können aber auch in der fortgeschrittenen, interpretativen Fallarbeit und Anwendung von Pflegeklassifikationssystemen in komplexen Pflegesituationen eingesetzt werden.
5. APN`s können in komplexen Pflegesituationen Wertbasierte Entscheidungen treffen, ihr Handeln auf Grundlage ethischer Theorien rechtfertigen und zur ethisch basierten Entscheidungsfindung beitragen.
6. APN`s erwerben theoretisches Wissen und das praktische Rüstzeug, um Managementaufgaben im Pflegebereich effizient und effektiv ausüben zu können. Sie erweitern ihre Kenntnisse zur Schnittstellenproblematik und entwickeln Lösungskompetenz für die Sicherung der Versorgungskontinuität in ambulanten, stationären und familialen Settings. Sie erlangen Kompetenzen für die Übernahme von Stabstellenfunktionen im Bereich des Case- und Care-Managements, Qualitätsmanagements sowie des Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

Empfehlungen

ADVANCED PRACTICE NURSES (APN`S) SOLLTEN SOWOHL ÜBER ERWEITERTE FACHKOMPETENZEN (HARDSKILLS) ALS AUCH SOZIALE KOMPETENZEN (SOFTSKILLS) VERFÜGEN.

DIE KOMPETENZEN VON ADVANCED PRACTICE NURSES (APNS) SOLLTEN FOLGENDE BEREICHE UMFASSEN:

- EXPERTENWISSEN UND KNOW-HOW IN EINEM SPEZIFISCHEN BEREICH DER PFLEGE.
- FÄHIGKEITEN, ANDERE ZU FÜHREN UND FACHLICH ZU BEFÄHIGEN,
- FÄHIGKEIT MIT INTERDISZIPLINÄREN TEAMS ZUSAMMENZUARBEITEN.
- KENNTNISSE WISSENSCHAFTLICHER METHODEN UND FÄHIGKEITEN, UM DIESE ZUR VERBESSERUNG DER PFLEGE EINZUSETZEN.
- FÄHIGKEITEN, KONSULTATIONEN IN KOMPLEXEN FÄLLEN DURCHZUFÜHREN UND
- FÄHIGKEITEN, ETHISCHE ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN UND ZU ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNGEN BEIZUTRAGEN.

ADVANCED PRACTICE NURSES (APN`S) BENÖTIGEN FÜR DIE ÜBERNAHME DIESER AUFGABEN FORMALE ZUSTÄNDIGKEITEN, BEFUGNISSE UND ERWEITERTE ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZEN.

Beispiele

Die Welt der Advanced Practice Nurse Kapitel 7



7. Beispiele für die praktische Tätigkeit von Advanced Practice Nurse

Autor: Peter Ullmann

Acht Beispiele verdeutlichen verschiedene Perspektiven in Bezug auf Advanced Practice Nurses. Es werden sowohl erste Ansätze, wie auch bereits langjährige Erfahrungen aufgezeigt. Hierbei erzählen APN`s anhand von fünf Rollen 1. Der direkten Praxis, 2.Beratung, 3.Bildung, 4.Forschung und 5.Entwicklung ihre Erlebnisse bzw. Erkenntnisse. Um den Blickwinkel auf Interdisziplinarität zu erweitern, wurden mit drei Ärzten (USA & Schweiz) und einer Stationsleitung Interviews durchgeführt und ihre Aussagen schriftlich in einer Zusammenfassung festgehalten.

Wenn auch der Focus stark auf den psychiatrischen Bereich gerichtet ist, so würden wir uns wünschen und möchten sie gleichzeitig ermutigen ihre eigenen Erfahrungen aus anderen Bereichen zu berichten. Somit bekommen Kolleginnen und Interessierte, die sich mit Advanced Practice Nursing beschäftigen, bereits einen kleinen Einblick in die anspruchsvolle und vielfältige Arbeit einer Advanced Practice Nurse. An dieser Stelle verweise ich auch auf die umfangreichen und wertvollen Berichte der Kolleginnen in der Zeitschrift Pflege des Huber Verlages aus dem Jahr 2010 (Jg 23, Heft 6) und Jahr 2011 (Jg. 24, Heft 1) als auch in der Broschüre des Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2011).

7.1. APN`s als Klinischer Pflegeexperte in der Kaiserwerther Diakonie, Düsseldorf, Bundesland NRW, Deutschland

Autor: Holger Schmitte,

**Pflegewissenschaftler M.Sc., Diplom-Pflegewirt (FH), Fachkrankenpfleger für psychiatrische
Pflege**

Einführung

Die Kaiserwerther Diakonie richtete 2010 in verschiedenen pflegerischen Abteilungen unterschiedlicher Fachdisziplinen ihres Florence-Nightingale-Krankenhauses Stellen für ‚Klinische Pflegeexpertinnen‘ ein, darunter auch eine Stelle in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Das fachspezifische Tätigkeitsprofil für diese Stelle und die daraus resultierende klinische Praxis gilt es im Sinne einer ‚Advanced Nursing Practice‘ (ANP) bedarfsgerecht zu entwickeln und auszudifferenzieren. Verbunden mit der Implementierung von ANP, ist die Entwicklung einer wissenschaftlich basierten, nachhaltigen und wirksamen psychiatrischen Pflege in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Nach einer mehrmonatigen Einarbeitungsphase und Evaluation des pflegerischen Handlungsfeldes wurden Anfang 2011 erste Schwerpunkte der Ausübung von ANP als Klinischer Pflegeexperte entwickelt und ausdifferenziert:

Direkte Praxis

Die direkte klinische Praxis (>50% der Arbeitszeit) erfolgt mit dem Einsatz auf der geschützten Station P1 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund der klinischen Pflegeexpertise ‚Psychiatrische Akutpflege‘ und verbunden mit der Implementierung und Evaluation eines professionellen Deeskalationsmanagements.

Beratung

Der Klinische Pflegeexperte fungiert als Berater im interdisziplinären Team der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Dies betrifft z. B. die Entwicklung von pflegerischen Angeboten in der Klinik und die Beteiligung an Konzept- und Projektgruppen. Darüber hinaus beraten alle Pflegeexpertinnen des Florence-Nightingale-Krankenhauses das übergeordnete Pflegemanagement.

Bildung

Der Klinische Pflegeexperte ist eingebunden in die innerbetriebliche Fortbildung des Florence-Nightingale-Krankenhauses. Zu nennen sind hier die ‚Basisschulung Deeskalationsmanagement‘, die Schulung ‚Aspekte der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus‘ und interdisziplinäre pflegerische Fallbesprechungen.

Forschung

zurzeit noch keine expliziten Forschungsprojekte

Entwicklung

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist die Anwendung der Adherence-Therapie durch Pflegende etabliert. Als zentrales Pflegeentwicklungsprojekt des klinischen Pflegeexperten ist die weitere Umsetzung, wissenschaftliche Begleitung und Entwicklung der Adherence-Therapie zu nennen. Dies geschieht mit der Durchführung von Praxisbegleitungen, Update-Schulungen und Reflexionstagen sowie durch systematische Datenerfassung und -auswertung.

Ein weiteres Pflegeentwicklungsprojekt ist die Gestaltung des regelmäßigen pflegfachlichen Austausches in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Durchführung eines ‚Pflegeforums‘ (ca. 2x im Monat, 1 Stunde). Durch die wissenschaftliche Betreuung und Bearbeitung von Themen, die aus der täglichen Praxis entstanden sind oder in Zukunft entstehen werden, wird der Theorie-Praxis-Dialog unterstützt. Aktuelle Entwicklungen und Visionen finden Berücksichtigung.

7.2. Vision von ANP im Kontext der Familie / APN`s für Family Health Care

Autorin: Katrin Thissen

cand. M.Sc., Diplom-Pflegewirtin(FH), Fachschwester für psychiatrische Pflege

Nachfolgend wird anhand eines fiktiven Beispiels die Arbeit einer Advanced Practice Nurse im Zusammenhang mit der Familie vorgestellt.

Die Familien APN`s werden von einer Hebamme informiert, dass diese im Rahmen der Geburtsvorbereitung ein Paar betreut das ein behindertes Kind bekommen wird.

In der 24. Schwangerschaftswoche ist eine Trisomie 21 per Amniosynthese diagnostiziert worden. Die werdende Mutter (38) ist nun in der 36 SSW. Sie wirkt angespannt, hat in den letzten Wochen an Gewicht verloren (minus 4 kg), berichtet über Schlafstörungen, Appetitmangel und macht sich Sorgen über den Zustand des Kindes und die Zukunft ihrer Familie. Sie ist seit 14 Jahren verheiratet und hat drei Kinder im Alter von 9, 5 und 3 Jahren. Sie fühle sich angespannt und ihre eigene Belastbarkeit sei schon jetzt an der Grenze.

Die Familien APN`s bietet ihre Hilfe an und kommt zu einem Erstgespräch in die Hebammenpraxis, sie informiert die Mutter über ihre Arbeit und bietet ihr Unterstützung an.

Sie eruiert den vorrangigen Hilfebedarf für die Zeit bis zur Geburt und für den geplanten Krankenhausaufenthalt. Sie schlägt vor um die Mutter schon jetzt zu entlasten eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse zu beantragen. Sie hält mit der behandelnden Gynäkologin und der Krankenkasse Rücksprache, besorgt die notwendigen Formulare und fühlt diese mit den Eltern gemeinsam aus.

Sie verabredet ein Gespräch mit dem Vater um seine Gedanken und Sorgen bezüglich der Behinderung zu erfahren und mit ihm die Betreuung der drei älteren Kinder zu klären.

Der Vater zeigt sich erst zurückhaltend, er hat bisher noch wenig über die Situation sprechen können, die Beziehung sei derzeit angespannt. Er würde sich eher zurückziehen, er könne es seiner Frau derzeit nicht recht machen. Die Kinder wissen noch nichts von der Behinderung, freuen sich auf ihr Geschwisterchen. Es irritiert sie das die Mutter oft weine und die Eltern auch mal streiten.

Seine Frau würde ihm vorwerfen zu viel zu trinken, aber er habe alles im Griff, er trinke halt gerne zum Entspannen nach Feierabend ein paar Bier, aber das machen ja viele. Es wäre zwar mittlerweile fast jeden Tag aber er könne jederzeit aufhören.

Die Familien APN`s bittet den Vater wegen der Möglichkeit das die Geburt auch frühzeitig einsetzen kann auf seine Fahrtüchtigkeit zu achten, seine Frau brauche ihre Kraft für die

Entbindung und die erste Zeit im Krankenhaus, er könne sie entlasten wenn er sich jetzt vermehrt um die drei älteren Kinder kümmere.

Zu der älteren Tochter, R. (9 Jahre) baut die Familien APN`s spielerisch Kontakt auf, schon von der Mutter hat sie gehört das sich die älteste Tochter derzeit viel zurückzieht, die schulischen Leistungen ließen nach und sie wäre auch eher still.

R. besucht die vierte Grundschulklasse, sie schließt beim gemeinsamen Spiel schnell Kontakt und berichtet das sie Angst habe das es öfters Streit gebe das sich die Mutter vom Vater trenne, als ihr kleiner Bruder geboren wäre sei alles anders gewesen, alle hätten gute Laune gehabt und viel gelacht. Jetzt sei alles anders, das spüre sie. Sie traue sich nicht ihre Schwierigkeiten anzusprechen, es höre ihr ja keiner zu, sie wäre wie unsichtbar. Zudem stände der Schulwechsel an, ihre Freundin ginge zur Realschule und sie käme auf die Gesamtschule.

Die Familien APN`s schlägt den Eltern eine Familiensitzung vor, die beiden größeren Kinder wären schon in der Lage zu verstehen, dass sich die Eltern derzeit Sorgen machen um das Baby da dieses nicht gesund auf die Welt kommen wird.

Sie moderiert dieses Gespräch, hat hierzu Foto`s und kindgerechte Informationen mitgebracht und es gelingt ihr durch Gesprächsführung den Fokus des Gespräches auf gemeinsame positive Erlebnisse und die Stärken der Familie zu lenken. Die Stimmung bessert sich und der Zusammenhalt wird wieder deutlich.

Zeitnah nach der Entbindung besucht die Familien APN`s zunächst die Mutter und das Kind im Krankenhaus auf, sie eruiert die psychische Belastungssituation der Mutter und steht als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

In der Kinderklinik erfragt sie den Therapiestand und Versorgungsbedarf des Kindes, sie spricht mit der Hebamme und der Kindergesundheits- und krankenschwester über die notwendigen Maßnahmen und unterstützt die Mutter darin sich ebenfalls zu informieren und hilft ihr in die Versorgung ihres Kindes einzusteigen.

Sie unterstützt die Mutter beim Beziehungsaufbau, ist behilflich bei der Informationsbeschaffung über die Erkrankung/ Behinderung des Kindes und zu Selbsthilfe-gruppen.

Während des Krankenhausaufenthaltes besucht sie die Mutter täglich, fungiert als Casemanagerin für deren Belange und verhilft ihr zu den notwendigen Hilfsangeboten und entlastet die Mutter indem sie in ihrem Auftrag und in ihrem Sinne handelt.

Für die Entlassung des Kindes organisiert sie die notwendigen Hilfsmittel und unterstützt die Familie sich in die neue Situation einzufinden.

Sie erläutert die möglichen Unterstützungsangebote durch Krankenkasse, Pflegekasse und Frühförderung. Bei Bedarf begleitet sie die Mutter bzw. die Eltern zum Kinderarzt, Ämtern und Frühförderstelle.

Für die älteren Kinder ist sie ebenfalls ansprechbar, so kann sie Entlastungsangebote durch Freizeitgruppen organisieren, Nachhilfe anregen und durch weitere Familiengespräche diese entlasten.

Zudem besteht die Möglichkeit in Einzelgespräche mit dem Vater an der Gefahr eines Alkoholmissbrauchs zu arbeiten, für ihn Informationen zu Selbsthilfegruppen und Betroffenenberichten besorgen und bei Bedarf Therapieangebote anbieten.

Wenn sich aufgrund der Belastungssituation der Mutter und den Versorgungsbedarf des Kindes noch Handlungsbedarf ergeben würde, so könnte eine Rehabilitationsmaßnahme, Mutter-Kind-Kur oder eine Familienkur beantragt werden.

Im Idealfall würde die Familien APN`s über einen längeren Zeitraum alle Familienmitglieder stärken und unterstützen.

7.3. Ein Beispiel für die Arbeit von APN's auf der Herzchirurgie in Irland

Autorin: Daniela Lehwaldt

RGN, RNT, M.Sc, PGDip-Clinical Health Sciences Education, BNS (Hons) Fachweiterbildung Intensiv-und Anästhesiepflege

Direkte Praxis

Die Advanced Practice Nurse (APN`s) besitzt eine höhere Handlungsautonomie und ist verantwortlich für ihr eigenes Caseload (Fälle bzw. Fallführung). Die APN`s erstellt Anamnesen, diagnostiziert und therapiert akut und/oder chronisch erkrankte Patienten indem sie ihr Fachwissen, Expertise und erweiterte Entscheidungsfähigkeit nutzt. Es ist dabei wichtig zu bedenken, dass es bei den Kompetenzen der APN`s nicht nur darum geht, ausschliesslich schwierigere oder komplexere Tätigkeiten auszuführen, sondern dass die Zuständigkeit, Befugnis und Fähigkeit in der Untersuchung und Therapie geregelt sind. Obwohl einige der Advanced Practice Nurses (APN`s) Tätigkeiten (Advanced Nursing Practice) traditionell eher der Medizin angehörten, verbindet die Advanced Practice Nurse die neuen Aufgabenbereiche mit ihrem Pflegewissen und langjähriger Erfahrung in der Pflege.

Zum Beispiel, wird die APN`s auf einer herzchirurgischen Aufnahmestation eine gründliche und vollständige Anamnese des neu aufgenommenen Patienten selbstständig durchführen. Zu solch einer Anamnese gehört die körperliche Untersuchung des Patienten, inklusive der Herz-und Lungentöne, Untersuchung der Arme und Beine für Arterien/Venenentnahme (falls ACVB), das Verordnen von Medikamenten, Blutabnahmen, Röntgen, EKG und anderen Untersuchungen (z.B. Doppler oder Echokardiographie).

Im Gespräch mit dem Patienten erstellt die APN`s jedoch nicht nur eine medizinische Anamnese. Der Fokus ist eher auf eine ganzheitliche Anamnese, inklusive des sozialen Hintergrundes (z.B. wird der Patient nach der Entlassung Unterstützung zu Hause gebrauchen) und der physischen Probleme (z.B. wird der Patient nach der Entlassung zu Hause Treppen steigen müssen) ausgerichtet. Weiterhin erfasst die APN`s die spirituellen und psychologischen Bedürfnisse des Patienten (z.B. Kultur, Religion, Ängste relevant zur OP/Genesung). Je nach den Ergebnissen der Untersuchung, nimmt die APN`s Kontakt mit weiteren relevanten Kolleginnen (z.B. Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Seelsorger) auf.

Zu ihren Aufgaben gehört auch, dass sie die Testergebnisse vom Labor, Röntgen, ect interpretiert. Die Patientendaten (und gegebenenfalls Probleme, die die APN`s mit der geplanten OP/Genesung vorhersehen kann) werden dann mit dem Chirurgen diskutiert.

Beratung

Die Advanced Practice Nurse ist eine wichtige Ressource im klinischen Management und wissenschaftlichen Bereich. Die APN`s berät Pflegende sowie das interdisziplinäre Team, wenn diese Fragen zur Therapie und Genesungsverlauf ihrer Patienten haben und/oder wenn es darum geht, komplexe Situationen (diese können klinische als auch dienstleitend sein) zu bewältigen.

Weiterhin spielt die Edukation und Gesundheitsaufklärung des Patienten eine wichtige Rolle in der Praxis der APN`s. Da die Advanced Practice Nurse auf einem erweiterten pflegerischen Niveau praktiziert, ist sie in einer idealen Position, dem Patienten weitreichende Informationen und Empfehlungen zu vermitteln. Aufgrund des ganzheitlichen Assessments des Patienten, kennt die APN`s deren medizinischen, pflegerischen, familiären, sozialen und psychologischen Verhältnisse und kann eine auf den Patienten zielgerichtete Beratung durchführen. Die Beratung der APN`s geht typischer Weiser weit über den normalen Krankenhausaufenthalt hinaus. Der Genesungsverlauf des Patienten wird auch nach der Entlassung verfolgt.

Ein Beispiel aus der Herzchirurgie ist die „Discharge Follow-up Klinik“, wo Patienten bei Bedarf auch nach abgeschlossener Behandlung der Chirurgen, von der APN`s gesehen werden können. Da ein Grossteil dieser Patienten von Sozialstationen oder Altenheimen zur Klinik geschickt werden, umfasst die Beratung den Patienten, die Pflegerin und/oder Ärzte. Die Probleme des Patienten können auch umfangreich sein, wie zum Beispiel Wundheilungsstörungen, Probleme mit dem Blutbild, Schlafstörungen, Probleme mit der Nahrungsaufnahme, Verlust von Energie und/oder Motivation, Schmerzen, u.s.w. Aufgrund der kontinuierlichen Versorgung kennt die APN`s den Patienten gut und kann die Angelegenheiten richtig einschätzen. Eine patientenorientierte Beratung ist demzufolge möglich.

Bildung

APN`s verfügen über ein hervorragendes theoretisches und klinisches Wissen. Neben der langjährigen Erfahrung im klinischen Bereich, besitzen APN`s akademische Zusatzqualifikationen. Ein Master's Degree im relevanten Praxisgebiet ist die erwartete Mindestqualifikation von der APN`s. Diese akademischen Zusatzqualifikationen sollen der APN`s helfen ihr 'know-how' (langjährige klinische Erfahrung) und 'know-what' (theoretisches Wissen) zu verbinden und somit Pflege Outcomes zu maximieren.

Eine APN`s in der Herzchirurgie könnte beispielsweise von der Intensivstation kommen, wo sie tiefgehende und weitreichende Erfahrungen in der postoperativen Pflege und Therapie gesammelt hat. Diese Erfahrungen sind dann verbunden mit dem theoretischen Wissen von Fachweiterbildungen (z.B. der Intensivfachweiterbildung) und den akademischen Zusatzqualifikationen (Bachelor und Master's Degree Edukation oder auch Ph.D.). Die Advanced Prac-

tice Nurse ist somit in der Lage, komplexe Pflegesituationen kritisch zu betrachten und anhand der verfügbaren Evidenz abzuwägen. In Zusammenarbeit mit dem chirurgischen Team wird dann der Therapieplan erstellt und evaluiert.

Forschung

Die Erwartung an eine APN`s in Sachen Forschung ist, dass sie Qualitätskontrollen und Forschungsprojekte leiten und koordinieren kann. Der Fokus solcher Projekte kann je nach Bedarf wie folgt sein: 1. die Verbesserung der Versorgung von relevanten Patientengruppen oder 2. die Verbesserung und Erweiterung des Pflegeberufes und der Gesundheitssysteme indem sie arbeiten. Die APN`s, mit ihrem erweiterten theoretischen Wissen, welches sie im klinischen Bereich einsetzt, ist in einer hervorragenden Position, um Themen für Qualitätskontrollen und Forschungsprojekte zu identifizieren.

Weiterhin ist die APN`s in der Lage, die Evidenz von der vorhandenen Literatur in der Praxis einzusetzen. Die Advanced Practice Nurses hat aber auch eine wichtige Rolle in der Motivation und Unterstützung von Kolleginnen, die neue Evidenz in die Praxis einzusetzen versuchen. Die APN`s ist ein Vorbild in Bezug auf Evidenz-basierter Pflege, Qualitätskontrolle und Forschung. Das Ziel ist, die professionelle Entwicklung der Pflege und Pflegewissenschaft auf nationaler und internationaler Ebene voranzutreiben.

Entwicklung

Die APN`s ist eine registrierte Pflegerin, die dafür Verantwortung trägt, ihren Bildungsstand und Kompetenzen regelmässig zu überprüfen und zu erweitern.

Die Advanced Practice Nurses ist aber auch ein Pionierin und Leiterin in der Entwicklung und Verbesserungen des Gesundheitssystems. Die APN`s hat Visionen, wie die Pflege auf Station und die Therapie ihrer Patienten verbessert werden kann. In Zusammenarbeit mit Pflege und interdisziplinären Teams, diskutiert die Advanced Practice Nurse Verbesserungsvorschläge und leitet daraus Projekte ein, die sie dann koordiniert.

Die APN`s ist ein Lehrer, indem sie auf Station, in der Universität, Fachhochschule und Pflegeschule unterrichtet. Auf Station leitet die Advanced Practice Nurse Aktivitäten und Edukation von Pflegeinnen und Medizinerinnen, indem sie deren Kompetenzen erweitert.

Ein Beispiel aus der Herz-Thorax-Chirurgie ist die Entwicklung eines Kompetenzprogrammes zum Entfernen von Thorax-Drainagen auf der Station. Die damit verbundenen Ziele dieses Projektes, welches die Advanced Practice Nurse leitete waren: 1. um den Zeitraum zu verkürzen indem Patienten darauf warten, ihre Thorax-Drainagen entfernt zu bekommen, 2. um die Tätigkeitsbereiche der allgemeinen Pflege zu erweitern und 3. um jungen Assistenzärztinnen in das neue Fachgebiet einzuarbeiten. Die APN`s lehrt, demonstriert, assistiert dabei dem examinierten Personal. Weitere Ziele die damit verbunden waren, ist eine patienten-

zentrierte, qualitätsorientierte und ganzheitliche Versorgung auf der Station zu erreichen und Teamarbeit zu fördern.

7.4. *Advanced Practice Nurse (APN`s) als Fachverantwortung in der psychiatrischen klinischen Praxis in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz*

Autor: Peter Ullmann

cand. M.Sc., Diplom-Pflegewirt (FH), Diplom Pflegefachmann

Einleitung

In der Funktion als Fachverantwortung Pflege im Sinne der Advanced Practice Nurse bin ich im Sanatorium Kilchberg AG einer Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Zürich in der Schweiz tätig. Zu meinem Aufgabengebiet gehört die direkte Pflege am und mit dem Patienten, Angehörigen ebenso wie Tätigkeiten innerhalb des Teams im Bereich der Beratung, Bildung, Entwicklung und Forschung. Die Zusammenarbeit mit der Stationsleitung Pflege, dem pflegerischen und interdisziplinären Team der Station gestaltet sich kreativ und innovativ. Hierbei zeigen sich stets eine wertschätzende Haltung und ein respektvoller Umgang, in der inhaltlich-fachliche Argumentationen ausgetauscht und wissenschaftlich kritisch diskutiert werden können. Jedes Teammitglied der Station weist eine Spezialisierung bzw. einen Schwerpunkt auf. Dazu gehören zum Beispiel die Genussgruppe, das Kochstudio Gusto, das Medikamentenschulungsprogramm, die Spezialistin für Borderline Erkrankungen und viele mehr. Die Teammitglieder in ihren Entwicklungen zu unterstützen, fördern und coachen, sehe ich als meine Aufgabe an.

Direkte Praxis

Die direkte Praxis gestaltet sich in Form von Bezugspersonenarbeit, zumeist für 3 bis 4 Patienten. Hierbei steht der Patient als Experte im Sinne von Recovery im Zentrum meiner unterstützenden Arbeit. Als Adherence – Therapeut ist mein Handeln darauf ausgerichtet, zu verhandeln statt zu behandeln. In themenzentrierten Gesprächen werden dabei mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung Ambivalenzen und Diskrepanzen bearbeitet.

Gruppenarbeit nimmt ebenfalls einen wichtigen Stellenwert ein. Dazu zählen unter anderen die Morgenrunden, Stationsversammlung, Wochenabschlussrunden und Genussgruppe. Ziel ist es die interpersonellen Interaktionen und sozialen Kompetenzen wie Achtsamkeit, Wertschätzung, Kritik, Reflexion und vieles mehr zu üben und zu vertiefen.

Gelegentlich entstehen Krisensituationen, in denen das Deeskalationsmanagement (Fremd- & Eigengefahr) seine Anwendung findet. Hierbei ist vor allem das präventive Handeln im Focus.

In Bezug auf Medikamente steht nicht nur die 5-R-Regel mit zum Beispiel der richtigen Dosierung und Wirkung als auch Verordnung im Vordergrund, vielmehr auch der Medikamentenabbau von beispielsweise Benzodiazepinen. In einer internen Auswertung von Diagno-

sen, wurde ersichtlich, dass eine Häufung von Benzodiazepin Abusus vorlag. APN`s können dazu beitragen einen Plan mit dem Patienten zusammen zu entwickeln, der den kontinuierlichen Abbau zum Ziel hat. Durch die engmaschige Begleitung und Entwicklung von Handlungsalternativen ist der Erfolg gesichert.

Die Beobachtung begrenzt sich nicht nur auf Krankheitssymptome, sondern erweitert sich auf Verhaltensänderungen. Sie sind häufig Ziel von Interventionen im Zusammenhang mit Coping & Stresstoleranz.

Die Tätigkeiten einer Advanced Practice Nurse in der direkten Pflege sind teilweise die gleichen die eine Diplomierte bzw. examinierte Pflegefachkraft durchführt. Dennoch unterscheiden sie sich darin, dass sie auf Grund des umfangreichen Wissens und der zunehmenden Erfahrungen komplexe Situationen schnell erfassen kann und entsprechende Massnahmen ab- und einleitet. Im psychiatrischen Bereich ist der Ausbau der Assessmentinstrumente noch voran zutreiben. Zukünftige Aufgaben der APN im psychiatrischen Bereich sollten auch die körperlichen Untersuchungen, die Anpassung von ausgewählten Medikamentendosierungen, die Verordnung von Therapie wie bspw. Ergo-, Physio-, Gestaltungs- und Genussgruppentherapie sein. Im weiterem ist die Verordnung von Ausgangsstatus, Zwangsmassnahmen, Blutentnahmen wie bspw. Spiegelbestimmungen, Drogenscreening, Schwangerschaftstest und Vitalzeichenkontrollen anzustreben. Teilweise werden diese Verordnungen bereits auf Grund der Beobachtungen von Pflegenden durch den Arzt getätigt. Hier kann die Autonomie und Verantwortung von APN`s gestärkt werden. Ferner bin ich davon überzeugt, dass durch die Reduktion von Schnittstellen, Verordnungen zeitnah und im Sinne der Patientenzufriedenheit den Bedürfnissen der Patienten entsprechend Berücksichtigung finden.

Beratung

Im Rahmen meiner Funktion entwickelte und implementierte ich 2010 ein Konzept der Fallbesprechung. Mein Schwerpunkt lag in der Moderation, Beratung und Coaching des Pflegeteams. Die Bezugspersonen stellen einen Fall mittels Anamnese, Pflegediagnose, Zielen und Interventionen vor. Im Anschluss findet die Diskussion im Team mit einer wertschätzenden und wohlwollenden Haltung einander gegenüber statt. Die Beratung dient dem Zwecke, Sicherheit im Pflegeprozess und in der Präsentation innerhalb des Behandlungsteams zu erreichen. Im August diesen Jahres (2011) ist vorgesehen, die Fallbesprechung interdisziplinär durchzuführen. Das Konzept wurde von mir entsprechend adaptiert und mit der Stationsleitung Pflege sowie dem Oberarzt besprochen.

Der Pflegeprozess wird nach den angepassten Wil`er Kriterien zur Beurteilung der Pflegeplanung für das Sanatorium Kilchberg (AWiSanK) strukturiert. Bei Fragen oder Unsicherheit von Teammitgliedern, erhalten sie eine individuelle Beratung. Bezugnehmend auf theoretische Konzepte, wird anhand ihres Bezugspatienten besprochen, wie sich der Pflegeprozess

gestalten kann. Somit wird der Theorie – Praxis – Transfer gefördert. Im Rahmen des Controlling, welche ich monatlich mit Hilfe von Teilen aus den AWiSanK durchführe, erhält der einzelne Mitarbeiter Rückmeldung über seinen individuellen Stand des Erfüllungsgrades im Pflegeprozess. Daraus resultiert ein gezieltes Coaching und Förderung des Mitarbeiters. Weiterhin dient die Gesamtauswertung der Stationsleitung als quantitative Beurteilung der fachlichen Kompetenzen in der Mitarbeiterqualifikation und bietet somit die Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Mitarbeiter untereinander.

Patienten- und Angehörigenberatung zählen ebenfalls zu den Aufgaben von APN's. Dort werden krankheits- und gesundheitspezifisches Wissen vermittelt. So erhalten beide Personengruppen Unterstützung im persönlichen bzw. gegenseitigen Umgang. Im speziellen wurde bspw. im Jahr 2010 das Konzept der Medikamentenschulung in der Zusammenarbeit mit zwei Stationsleitungen, einem Teammitglied, zwei Oberärzten und einem Pflegeexperten entwickelt. Derzeit befindet sich das Konzept in der Projektphase. Der Kontrollprozess wird durch mich durchgeführt und die Beteiligten in Abständen darüber informiert.

Beratung findet weiterhin im Stationsmanagement statt. Dabei werden in regelmäßigen Abständen gemeinsame Gespräche mit Fokus auf strategischer Ausrichtung, thematische Schwerpunktbildung, Mitarbeiterentwicklung und einiges mehr geführt.

Bildung

Bildung ist ein wichtiger Faktor, um auf wissenschaftlich ausgerichteten aktuellen Stand zu bleiben. Nicht nur externe, sondern auch interne bzw. stationsinterne Fortbildungen, sollen dazu genutzt werden. Im Jahr 2010 wurde von mir das erste stationsinterne Fortbildungsprogramm entworfen. Zuvor wurden die Mitarbeiter gefragt, ob sie sich vorstellen können, eine Fortbildung selbst zu gestalten. Ziel ist es den Mitarbeiter als Ressource zu nutzen. Es gelang, dass zu den Themen Burnout, Adherence, Genussgruppe und Umgang bei Borderline Patientinnen, Mitarbeiter von Station gewonnen wurden, die jeweilige Fortbildung abzuhalten. Die Dauer war 60 bis 90 Minuten. Für weitere Themen wie die der Angehörigenarbeit, der Qualitätssicherung und der Prozesse des Unternehmens wurden die entsprechenden Personen intern aus der Klinik gewonnen.

Auch für das Jahr 2011 ist ein entsprechendes Programm bereits erarbeitet. Im Mittelpunkt steht die Schwerpunktbildung der affektiven Störungen und der Coping-Stressbewältigung. Entsprechende Personen konnten für dieses Jahr ebenso gewonnen werden. Neu dabei ist die interdisziplinäre Gestaltung. Gemeinsam mit der Bachelor of Science wird der Oberarzt der Station die Fortbildung zum Thema der affektiven Störungen halten.

Entwicklung

Im Jahr 2010 war eine der wichtigsten und zugleich erfolgreichsten Entwicklungen die auf Station vorgenommen werden konnte. Die Implementierung der Berufsgruppe der Fachfrau Gesundheit (FaGe) im Sinne des Skill and Grademix I. Hohe Arbeitsbelastung, Unzufriedenheit im Pflorgeteam und ein niedriger Personalschlüssel initiierten die Überlegungen, welche Veränderungen notwendig sind, um die Motivation der Mitarbeitenden langfristig zu erhöhen. Im gemeinsamen Austausch mit der Stationsleitung, konnte der Vorschlag unterbreitet werden, zu prüfen, ob der Einsatz von FaGe sinnvoll und möglich wäre. Hierzu wurden Untersuchungen durchgeführt, die die Aufgaben während der Nachtarbeit und dem Tagdienst erfassen. Auf Grund der Tatsache, dass die Berufsgruppe der FaGe nur eine Teilverantwortung besitzt, wurde eine 2. Station einbezogen. Ziel war es, festzustellen, ob der Nachtdienst von FaGe anstelle von Diplomierten Personal durchgeführt werden konnte. Im Vergleich des Anforderungsprofils der Station mit dem Qualifikationsprofil der FaGe konnte geschlossen werden, dass der Einsatz der Berufsgruppe der FaGe möglich war. Infolge wurde entsprechendes Personal rekrutiert. Heute arbeiten FaGe gemeinsam mit Diplomierten einer anderen Station in der Nacht. Durch die Anstellung der neuen Berufsgruppe resultierte das Projekt des Kochstudios „Gusto“, welches zum Ziel hat, den Einsatzbereich von FaGe zu erweitern und ihnen ein eigenes Gefäß für autonomes Arbeiten zu geben. Erste Erfahrungen zeigen positive Ergebnisse bei der Berufsgruppe und den Patienten. Hierbei sei noch vermerkt, dass die Berufsgruppe der FaGe bei der Erarbeitung des Konzeptes einen wesentlichen Beitrag geleistet hat. Das Projekt wurde vor kurzem an unsere Bachelor of Science Absolventin übertragen. Mit der Zielsetzung, die Aufgaben von Bachelor of Science in der Psychiatrie im Sinne des Skill and Grademix II näher zu eruieren. Sie erhält weiterhin Coaching, dessen ungeachtet obliegt ihr die Projektleitung und somit die volle Entscheidungskompetenz. Ich könnte an dieser Stelle noch weitere Ausführungen zum Thema Kultur- und Organisationswandel ausführen, jedoch würde es den Rahmen sprengen.

Wie bereits angesprochen, beschäftigen wir uns momentan mit dem Skill and Grademix II. Dessen Ziel die Integration der Absolventin des Bachelor of Science auf Station ist. Neben der Übertragung des Projektes Kochstudio „Gusto“, soll in Absprachen mit der Stationsleitung ein weiteres Konzept erarbeitet werden. Projektleitung dessen obliegt der Bachelor of Science unter Coaching in meiner Fachverantwortung. Ziel ist die Neugestaltung der Stationsversammlung hin zu einer Recoverygruppe.

Im Bereich der Bildung, wird wie bereits erwähnt die Bachelor of Science gemeinsam mit dem Oberarzt die Fortbildung zu affektiven Störungen durchführen. Somit handelt es sich hierbei um einen interdisziplinären Bildungsauftrag. Das Ziel dessen besteht darin, neuste Erkenntnisse dem interdisziplinären Team zugänglich zu machen und die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Bereich zu stärken.

Die Fallbesprechung war ebenfalls eine neue Entwicklung im Jahr 2010. Sie wurde bereits beschrieben und wird daher nur kurz an dieser Stelle genannt. Der Teil 1 im Jahr 2010 (von März 2010 bis August 2011) war pflegespezifisch ausgerichtet. Ziel war, mehr Sicherheit in der Präsentation der eigenen Arbeit und im Pflegeprozess zu erhalten. Ab August 2011 startet der Teil 2. Dieser ist Interdisziplinär ausgerichtet. Das Konzept wurde entsprechend in interdisziplinärer Zusammenarbeit von mir adaptiert.

Meines Erachtens ist es wichtig, die Entwicklungen gegenüber der Krankenhausleitung und dem Behandlungsteam transparent zu machen. So verfasste ich gemeinsam mit der Stationsleitung und der Berufsbilderin den Pflegeentwicklungsbericht für unsere Station. Dort wurden die Entwicklungen für das Jahr 2010 strukturiert aufgezeigt.

Kurz noch zu einem Thema, welches mir seit einigen Jahren am Herzen liegt. Die stationäre Versorgung von Patienten beginnt bei Eintritt (Aufnahme) und endet bei Austritt (Entlassung). Wie sie im Lebensalltag zurechtkommen erfährt man nur dann, wenn ein Wiedereintritt erfolgt. Auch zeigte sich an Aussagen von Patienten wie bspw. „nachdem ich nach Hause gegangen war, viel ich erneut in ein schwarzes Loch“, dass die Nach- und Vorversorgung eine wichtige Rolle einnimmt. Auf Station wird die Tagesstruktur durch Aktivitäten und Therapien bestimmt. Sie fallen zumeist nach Austritt weg. Insbesondere bei Patienten die arbeitslos sind, folgt teilweise der Zerfall der Tagesstruktur mit einhergehender Zunahme der Krankheitssymptome und Schlafstörungen. Hier kann die ambulante Nachversorgung ihren Beitrag leisten, die Tagesstruktur zu stabilisieren. Jedoch auch die Vorversorgung kann dazu beitragen einen Wiedereintritt bzw. Eintritt zu vermeiden. Derzeit prüfe ich in Absprache mit der Stationsleitung, ob eine „Integrierte Versorgung“ möglich ist. Dazu haben wir die stationären Angebote, die der Genussgruppe und des Kochstudio „Gusto“ bereits für ambulante Patienten geöffnet. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, im ambulanten Setting Bezugspersonengespräche aber auch Adherence durchzuführen. Ich hoffe, dass sich der Ansatz der Integrierten Versorgung durchsetzt. Zum einen im Sinne der Patientenversorgung und zum anderen der Reduktion von Schnittstellen. Letzteres vor dem Hintergrund, dass ein Wechsel der Bezugsperson auch einen Bruch in der Behandlungsversorgung bedeutet. Demzufolge eine Verlängerung der Therapie zur Folge hat, da ein erneuter Beziehungsaufbau zwischen Patient und Bezugsperson stattfindet und erneut Informationen gelesen und eruiert werden müssen.

Zuletzt noch einen Ausblick auf das Jahr 2011. Im Zusammenhang mit der Auswertung der Fallbesprechungen (Häufigkeit von Diagnosen) konnte ich feststellen, dass aus medizinischer Sicht die Schwerpunkte bei den affektiven Störungen und der Missbrauch von psychotropen Substanzen sowie aus pflegerischer Sicht des Coping / der Stresstoleranz sowie der Suizidprävention vorlagen. Das stationsinterne Fortbildungsprogramm berücksichtigt diese Entwicklungen, indem Fortbildungen zu genannten Schwerpunkten durchgeführt werden.

Weitere Entwicklungen die angestrebt werden, sind:

1. die Manifestation und Evaluation des Skill and Grademix I (FaGe)
2. die Evaluation der Genussgruppe
3. der Ausbau der Adherence Therapie
4. die Verbesserungen im Pflegeprozessbereich „Evaluation“
5. die Evaluation der Fallbesprechungen
6. die Implementierung des neuen Konzeptes „Kochstudio Gusto“ durch FaGe
7. die Implementierung des neuen Konzeptes „Medikamentenschulung“ durch diplomierte Pflegenden
8. die Implementierung von CIBAS durch Psychologen, Oberarzt und Diplom Pflegefachperson.

Forschung

Forschung ist auf Grund der zeitlichen Ressourcen nur im kleinen Rahmen durchführbar. Dennoch gehört auch dieses Aufgabengebiet zu der Advanced Practice Nurse. Der Hauptfokus liegt dabei auf der Evaluation von neuen und bestehenden Konzepten. In meinem Verantwortungsbereich die Evaluation:

- der Fallbesprechung (Verlaufsbeobachtung modifiziert nach AWiSanK & Diagnosen)
- der Medikamentenschulung (strukturierter Fragebogen mit Likertskalen zu 5 Phänomenen)
- des Kochstudio „Gusto“ (halbstrukturierter Fragebogen mit offenen Fragen)
- der Arbeitslast am Wochenende (subjektive Einschätzung modifiziert nach LEP)
- die Umfrage Angehörige Knotenpunkt (Schweiz) & Gruppe (Deutschland).

Ebenfalls beteilige ich mich an größeren Forschungsvorhaben der Fachhochschulen und Universitäten.

Mitgliedschaft

Networking ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit als ANP. Aktuelle Entwicklungen sollen verfolgt sowie der Diskurs, der fachlicher Austausch stattfinden. Daher bin ich in folgenden Netzwerken und Institutionen Mitglied:

- Deutsches Netzwerk APN & ANP e.V.
- Akademische Fachgesellschaft Mental Health Care
- Verein für Pflegewissenschaften (VfP)
- Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie
- Knotenpunkt (Angehörigenarbeit im Sanatorium Kilchberg)

- Fachgruppe Pflege im Sanatorium Kilchberg
- Netzwerk Skill- und Grademix
- Pflegefachsprache und Pflegeinformatik / Pflegediagnosen in Praxis und Theorie
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).

In den Netzwerken können eigene Projekte vorgestellt und diskutiert werden. Weiterhin ist die Teilnahme an Kongressen und Tagungen für APN obligatorisch. Der Austausch mit Kolleginnen und die Präsentation der eigenen Arbeit sind ein wichtiges Bindeglied zwischen internen und externen Aktivitäten.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Arbeit als APN vielfältig und komplex ist. Sie entsteht nicht durch die Tatsache, dass man einen Abschluss vorweisen kann, sondern vielmehr in der täglichen Arbeit innerhalb eines Teams und mit dem Patienten. Die Voraussetzungen für meine Arbeit sind sehr gut. Die Zusammenarbeit mit der Stationsleitung und dem Oberarzt gestaltet sich wohlwollend und wertschätzend. Die Beziehungsebene zu den Team-Mitgliedern ist hergestellt, so dass intensiv inhaltlich gearbeitet werden kann. Fachliche Unterstützung erhalte ich von der Leitung Pflegeentwicklung. Ich schätze die Kompetenz, gerade wenn es um die Evaluation von Konzepten geht. Es war ein langer Weg dorthin. Ich denke auch ein wenig Glück an den richtigen Ort und mit den richtigen Menschen zusammenzuarbeiten. Die Offenheit und Wertschätzung findet man nicht überall. Gelegentlich stößt man auf starke Widerstände. Hier heißt es nicht aufzugeben, sondern auf sich selbst zu vertrauen indem was man kann. Ich möchte an dieser Stelle allen Mut zusprechen, die sich in ihrer Rollenentwicklung befinden. Geben sie nicht auf, auch wenn es einmal nicht vorwärts geht. Verzagen sie nicht an den Widerständen, die sich während der täglichen Arbeit ergeben. Nutzen sie diese. Beschäftigen sie sich mit Dingen die funktionieren und nicht mit denen die es nicht tun. So werden sie erfolgreich und zufrieden in ihrer Arbeit als Advanced Practice Nurse sein.

7.5. Die Zusammenarbeit zwischen einer Advanced Practice Nurse (APN`s) und einem Oberarzt im psychiatrischen Setting aus der Perspektive des Mediziners in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz

Autor: Dr. Robert Meier

Facharzt für Psychiatrie

Herr Ullmann und ich arbeiten seit Oktober 2010 zusammen in einem Behandlungsteam im Sanatorium Kilchberg. Herr Ullmann hat mich gebeten, die Zusammenarbeit zwischen ihm als Advanced Practice Nurse (APN) und mir als Oberarzt zu beschreiben. Dafür werde ich die mir vorgeschlagene Gliederung in „direkte Praxis“, „Beratung“, „Bildung“, „Forschung“ und „Entwicklung“ verwenden.

Direkte Praxis

Die Grundlage der Zusammenarbeit in der direkten Praxis ist aus meiner Sicht, die gegenseitige wertschätzende Haltung und den reibungslosen Ablauf innerhalb des Behandlungsprozesses, wobei ich immer wieder Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Arbeit feststelle.

Gemeinsamkeiten bestehen in der Behandlung der Erkrankung. Dort werden durch die APN umfangreiche Beobachtungen durchgeführt, die einen entscheidenden Einfluss auf die Einstellung von Psychopharmaka haben, aber auch auf den Abbau von Medikamenten, die mittel- bis langfristig ein hohes Abhängigkeitspotential aufweisen, wie z.B. die Gruppe der Benzodiazepine. Durch die APN wurde, gemeinsam mit dem Patienten, ein Plan für die Reduktion von Benzodiazepinen entwickelt. Durch die enge Begleitung und intensiven Gespräche zwischen der Patientin und der APN konnte der Abbau der Medikation nach Plan umgesetzt und das Medikament ausgeschlichen werden.

Bezogen auf die Bedingungen von Krankheiten erweiterte die APN meiner Meinung nach den Fokus auf die Auswirkungen von Krankheit auf den Lebensalltag. Insbesondere erlebe ich immer wieder in den Visiten, dass bereits vor dem Austritt durch die APN nachgefragt wird, was die Patienten bereits an externen Ressourcen nutzen können. Auch das ambulante Angebot, welches durch die APN entwickelt worden ist, wird dort immer wieder eingebracht.

Unterschiede sehe ich in der Tatsache, dass wir Ärzte verstärkt auf Krankheit, also naturwissenschaftlich orientiert sind. Hingegen ist die APN sozialpsychiatrischer orientiert.

Es ist mir auch aufgefallen, dass es Unterschiede zwischen Diplom Pflegefachpersonen und APN gibt. Sie liegen in:

- der vorausschauendem Arbeiten

- dem Selbstständigen (autonomen) Arbeiten
- der Entwicklung eigener Ideen und Strategien
- dem Gedankenaustausch & Abgleich in der Visite

Beratung

Die Beratung ist eine der wichtigsten Aufgaben.

Die APN zeigt mir die Möglichkeiten aus pflegerischer Sicht, was Adherence-Therapie bedeutet und welche Vor- und Nachteile dabei entstehen.

Weiterhin stellte die APN das neue Instrument für die Suizidabklärung aus wissenschaftlicher Perspektive vor. Ich schätze dabei, dass Fragen professionell beantwortet werden und wir einen Diskurs führen können.

Einig sind wir uns über die integrierte Versorgung im psychiatrischen Kontext. Ideen wurden bereits von der APN vorgestellt. Dazu gehört unter anderem eine ambulante Angebotserweiterung durch Einzel- und Gruppenaktivitäten wie

- Kochstudio „Gusto“
- Bezugspersongespräche“
- Genussgruppe

Interessant ist auch die gemeinsame Gestaltung der Schwerpunktentwicklung auf der Station. Dort wurde von der APN anhand der Evaluation der Fallbesprechungen vorgestellt, welche Diagnosen am häufigsten gestellt werden. Die APN nutzt nicht nur die ICD-10 Diagnosen, sondern bezog die für mich neuen Pflegediagnosen nach NANDA mit ein. Derzeit arbeiten wir gemeinsam (Oberarzt, Stationsleitung und APN) am Konzept der Station, in das die Schwerpunktthemen

- Affektive Störungen (ICD-10)
- Coping / Stressbewältigung (NANDA)

einbezogen werden.

Bildung

Die APN fragte mich an, ob ich im Rahmen des stationsinternen Fortbildungsprogramms einen Vortrag, gemeinsam mit der Mitarbeiterin mit Abschluss Bachelor (Pflege), zu Affektiven Störungen halte. Ich denke, dass interdisziplinäre Fortbildungen eine gute Möglichkeit darstellen, sich zwischen den verschiedenen Berufsgruppen austauschen zu können.

Zusammen mit der APN habe ich das Konzept der interdisziplinären Fallbesprechungen erstellt. Dort bringt die APN sich verstärkt mit ihrem theoretisch-pflegerischen Hintergrund praxisorientiert ein.

Forschung

Gemeinsame Forschung haben wir derzeit noch nicht durchgeführt. Aber ich könnte mir gut vorstellen, dass sich Möglichkeiten wie z.B. bei der Evaluation des aktuell durchgeführten Medikamentenschulungsprogramms ergeben können.

Entwicklung

Im Jahr 2011 haben wir gemeinsam das Medikamentenschulungsprogramm entwickelt. Dabei wurde das auf hohem wissenschaftlichem Niveau befindliche Konzept von der APN kompetent entworfen und durch mich und weitere Kollegen diskutiert.

Die Entwicklung von interdisziplinären Angeboten sollte zukünftig weiter gefördert werden, um eine verbesserte Behandlung unserer Patienten in einer sich verändernden Arbeitswelt (Änderung von bspw. demographischen und ökonomischen Parametern) gewährleisten zu können.

Ich denke, dass die akademische Ausbildung von Pflegenden die Entwicklung ihrer Profession fördert, sich daraus neue Möglichkeiten einer breiteren Zusammenarbeit im Behandlungsteam ergeben, Kompetenzen zur Ressourcengewinnung im Team umverteilt und so professionell auf die neuen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung reagiert werden kann.

7.6. Die Zusammenarbeit zwischen einer Advanced Practice Nurse (APN's) und einer Stationsleitung im psychiatrischen Setting in Kilchberg, Kanton Zürich, Schweiz

Autor: Alexander Holzknecht

Stationsleitung

Welche Erfahrung habe ich in der Zusammenarbeit zwischen SL und Fachverantwortung gemacht:

Als vorteilhaft erweist sich eine klare Rollenaufteilung, Stationsleitung zur Sicherstellung der Operativen Ebene, die Fachverantwortung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, leistet fachliche Beiträge, sichert die fachliche Qualität und erschliesst Fachquellen für das Team.

Welche Stärken sehe ich in der Zusammenarbeit:

Durch die Enge Zusammenarbeit lassen sich bestmögliche Ergebnisse erzielen. Es werden Meinungen und Ideen gegenseitig aufgegriffen, und oder führt sie weiter, setzt sich nicht auf Kosten vom Gegenüber durch und teilt sich vor allem Erfolgserlebnisse.

Ohne Fachverantwortung zu arbeiten?

Der aktuelle Stationsauftrag und dessen Sicherstellung wären ohne Fachverantwortung nicht möglich. Die Entwicklung und überprüfen der Pflegequalität, Teamteaching, sind sehr Anspruchsvolle Tätigkeiten. Wofür die Fachverantwortung Pflege eigene Zeitressourcen und vertieftes Fachwissen benötigt. Diese Funktion und Tätigkeit kann nicht beiläufig zum operativen Tagesgeschäft erfüllt werden.

Zukünftige Herausforderungen in der Zusammenarbeit.

Die stetige Weiterentwicklung in den Pflegeberufen und stetigen Wandel der Pflegemethoden, werden mittelfristig mit den finanziellen Mitteln, und dem zunehmenden wirtschaftlichen Erfolgsdruck kollidieren. Bestmögliche Pflegedienstleistung bezahlbar anzubieten wird noch eine spannende Herausforderung werden die sich SL und Fachverantwortung stellen müssen.

Beispiel der Zusammenarbeit:

Exemplarisch, erstellen Skill and Grade Mix.

Mein Wunsch für die Zukunft:

.....Die Pflege muss in der Politik endlich Fuss fassen! Sie wird sonst in der Gesundheitspolitik in einer unausgeglichene Doktrin untergehen!

7.7. Die Nurse Practitioner (NP) Rolle aus der Sicht von ärztlichen Mitarbeitern in Amarillo, Texas, USA

Autor: Brigitte Grissom*, Dr. Daniel Merki, Dr. A. Zia Haider

***RN, NNP, BSN, MSN Neugeborene und Erwachsenen**

Baptist Saint Anthony Hospital System (BSAHS) setzt sich aus einem Akutkrankenhaus mit 450 Betten, zwei chirurgischen Kliniken für Tageseingriffe, einer gastro-enterologischen Praxis, einem Schlaflabor, einer Palliativstation, einer Sozialstation mit Heimpflegedienst und einer grösseren Gemeinschaftspraxis für allgemeine Medizin zusammen. Vor kurzem hatte ich (Brigitte Grissom) die Gelegenheit mit zwei Ärzten im BSAHS über ihre Ansichten und Erfahrungen mit Nurse Practitioners zu sprechen.

Dr. Merki (Allgemein Arzt seit 1988, Medizinstudium in Texas) ist Allgemeinmediziner und arbeitet seit 2002 für das BSAHS in der Gemeinschaftspraxis. Seit diesem Zeitpunkt übernimmt er die Supervision für zwei Nurse Practitioner in der Praxis. Vor 2002 war er für 10 Jahre als alleiniger Arzt in einer kleinen Gemeinde in Nord Texas tätig.

Dr. Haider (Neonatologe seit 1998, Medizinstudium in Pakistan) ist Neonatologe und seit vielen Jahren im Bereich der Säuglingsintensivmedizin tätig. Er arbeitet seit über 12 Jahren mit vier Neonatal Nurse Practitioners und einer zweiten Neonatologin auf einer 20 Betten Säuglingsintensiv Station zusammen.

Frage: Was führte dazu, dass Sie Nurse Practitioners und nicht weitere Ärzte zu Ihrem Team hinzugefügt haben?

Antwort: **Dr. Merki:** Ich arbeite seit 2002 mit zwei NPs und zwei Doctors of Medicine (M.D.) zusammen. NPs wurden kurz vor meiner Anstellung im Team aufgenommen, um die Patientenversorgung in unserer Praxis zu verbessern. NPs sind kostengünstig, kompetent und ermöglichen, dass eine grössere Anzahl von Patienten ohne lange Wartezeiten versorgt werden können.

Antwort: **Dr. Haider:** Ich arbeite seit 15 Jahren mit Neonatal Nurse Practitioners (NNPs) zusammen. Auf unserer Intensivstation sind seit 12 Jahren vier NNPs tätig. Sie versorgen die Station täglich bzw. während 24 Stunden. Das heisst, sie sind rund um die Uhr im Haus und immer für Notfälle oder Notendbindungen schnell erreichbar. NNPs waren für uns wesentlich kostengünstiger. Ausserdem gab es zu dem Zeitpunkt, und auch heute noch, wenige Neonatologen die auf einer kleinen Intensivstation und in einer ländlichen Gegend arbeiten wollten.

Frage: Mit welchen Professionsgruppen arbeiten Sie zusammen? Wie sehen Sie die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Gruppen? Können Sie positive und/oder negative Beispiele nennen?

Antwort: **Dr. Merki:** Ich arbeite in unserer Praxis mit Ärzten, NPs, registrierten Krankenschwestern und Schwesterhelferinnen zusammen. Ich würde sagen, dass die Zusammenarbeit sehr gut läuft, dass jeder sein Aufgabengebiet gut kennt und das wir uns durch gute Teamfähigkeit auszeichnen. Davon profitieren natürlich auch die Patienten, so dass die Patientenzufriedenheit im Allgemeinen ziemlich hoch ist.

Antwort: **Dr. Haider:** Ich arbeite täglich mit verschiedenen Ärzten, NNPs, und Pflegepersonal zusammen. Ich würde unsere Zusammenarbeit als sehr gut beschreiben. Während die Krankenschwestern für die direkte Pflege am Bett verantwortlich sind, nehmen NNP Patient auf oder entlassen diese. Sie führen die tägliche Körperuntersuchung der Patienten durch, erstellen Diagnosen und verordnen Therapien. Sie sind Team Leader (Teamleiter) in Nottfällen, intubieren, legen Zentralkatheter, verschreiben Medikamente und arbeiten auch als Mentor/Eduktor für das Pflegepersonal.

Frage: Gibt es Unterschiede und Gemeinsamkeiten, wenn Sie die Nurse Practitioner Rolle und die Arzt Rolle miteinander vergleichen?

Antwort: **Dr. Merki:** In unserer Praxis überschneiden sich die Aufgaben von Ärzten und NPs häufig. Die allgemeinen Grunderkrankungen werden von beiden Gruppen in ähnlicher Weise und unabhängig voneinander behandelt. Health Promotion (Gesundheitsförderung) und Edukation (Beratung) wird von beiden Gruppen gleichermaßen angestrebt. Ich würde jedoch sagen, dass sich durch die Anwesenheit der NPs mein Klientel etwas verändert hat und das ich immer mehr ältere Patienten mit multiplen, chronischen und komplexen Erkrankungen sehe, während die NPs mehr für jüngere Patienten mit vorübergehenden akuten Erkrankungen verantwortlich sind.

Antwort: **Dr. Haider:** Auf der Intensivstation überschneiden sich die Aufgaben von NNPs und MDs sehr weit. Der Arzt hat die Supervision über die NNPs und wird als Ressource für extrem kritische Patienten oder Situationen angesehen. Er steuert die Therapien und trifft endgültige Entscheidungen, was die Patientenbehandlungen angeht. Unser NNP/MD Team ist allerdings über die Jahre so gut eingespielt, dass sich häufig der eingeschlagene Behandlungsweg kaum noch unterscheidet und unsere Ideen oft austauschbar sind.

Frage: Die Nurse Practitioner Rolle gibt es in den USA seit den 60iger Jahren. Welchen Einfluss haben NPs seit dem auf das amerikanische Gesundheitssystem ausgeübt?

Wie hat sich die Patientenversorgung verändert? Gibt es negative oder positive Entwicklungen?

Antwort: **Dr. Merki:** NPs haben die Patientenversorgung, vor allen Dingen in ländlichen Gegenden, wo es keinen oder nur einen Arzt gibt, deutlich verbessert. In Altersheimen oder Intensivstation haben NPs den Kontakt zwischen Patient und Provider verbessert. NPs haben auch dazu geführt, dass Fachärzte sich vertieft mit komplexen Patientenfällen befassen können, während sich der NP um die Vorsorge oder Nachsorge dieser Patienten kümmern kann.

Antwort: **Dr. Haider:** Anstatt NNPs gab es früher Residents⁶ oder AIPs. AIPs waren zwar auch immer im Haus und für Notfälle erreichbar, aber ihr Aufenthalt war meistens auf einige Wochen beschränkt. Das bedeutete, dass in kurzer Zeit immer wieder neue AIPs angelernt werden mussten und diese selten den Experten Level erreicht haben, da die Zeit auf Station einfach zu kurz war. NNPs können nach ihrem Studium auf den klinischen Erfahrungen aufbauen und Expertenwissen ansammeln. Zum Beispiel haben drei von unseren NNPs jeweils über 18 Jahre Erfahrung. Das verbessert natürlich die Patientenversorgung enorm und ist auch von grossem Vorteil was die Ausbildung und Entwicklung unseres Pflegepersonals angeht.

Frage: In den meisten amerikanischen Staaten wird gesetzlich vorgeschrieben, dass NPs unter der Supervision eines Arztes arbeiten müssen, um ihre Lizenz zu erhalten. Das bedeutet unter anderem eine erhöhte berufliche und auch gesetzesrechtliche Belastung für Sie als Arzt. Welche Erwartungen haben Sie von NPs die unter ihrer Supervision arbeiten? Wie evaluieren Sie die Kompetenz der NPs?

Antwort: **Dr. Merki:** Von NPs die unter meiner Supervision stehen, erwarte ich an erster Stelle, dass sie das Wohlergehen des Patient immer im Vordergrund halten. Ich erwarte eine enge Zusammenarbeit und offene und ehrliche Kommunikation. NPs müssen ihre eigenen Fähigkeiten richtig einschätzen können und wissen wann sie Hilfe von mir einholen sollten. Für „Egos“ in unserem Team habe ich kein Verständnis. Ich erwarte sehr gute Dokumentation. Dadurch kann ich dem Gedankengang der NPs folgen und somit Wissen und Verständnis evaluieren. Ich bin der Meinung, dass es sehr wichtig ist, sich kontinuierlich auf dem Laufenden zu halten, was medizinische Fortschritte angeht und finde es immer gut, wenn NPs neue Themen und neue Behandlungsmöglichkeiten zur Diskussion bringen. Wir sollten so viel wie möglich voneinander lernen, dass kann nur positiv für unseren Patienten sein. Im Allgemeinen

⁶ Unter „Residents“ sind im deutschsprachigen Bereich die Assistenzärzte gemeint.

folge ich der goldenen Regel – „Behandle andere so, wie Du selbst in ihrer Situation behandelt werden möchtest“.

Antwort: **Dr. Haider:** Von NNPs unter meiner Supervision erwarte ich sehr gute Kommunikationsfähigkeit mit allen Team Mitgliedern. Ausserdem Interesse an dem Fachgebiet Neonatologie und Interesse am Weiterlernen. NNPs haben die Zufriedenheit unserer Patienten (Familie von Patienten) enorm erhöht. Akkurate Dokumentation, Kompetenz bei invasiven Eingriffen und während Notfällen, sowie Teambereitschaft und gute Zusammenarbeit mit Personal, Familien und anderen Stationen (Kreissaal, Entbindungsstation, Säuglingszimmer), sind wichtige Faktoren für meine Evaluation.

Frage: Die American Nursing Association (ANA) hat vor einigen Jahren beschlossen ein Doctorate of Nurse Practice (DNP) als Einstiegsstudium für NPs einzuführen. Finden Sie es notwendig dass NPs auf dem Doctoral Level ausgebildet werden? Glauben Sie dass ein DNP Studium die Qualität der Patientenversorgung verbessern würde?

Antwort: **Dr. Merki:** Ich weiss eigentlich wenig was den DNP angeht. Ich bin mir nicht sicher in wie weit diese Ausbildung die direkte Patientenversorgung verbessern würde. Ich könnte mir vorstellen, dass NPs mit dem DNP in der Forschung oder in der Akademie arbeiten würden.

Antwort: **Dr. Haider:** Ich bin der Meinung, dass ein DNP Studium nicht unbedingt nötig ist, um ein kompetenter NNP zu werden. NNPs sind klinisch orientiert - hands-on - also, Vieles von dem was ein NNP können muss, kann er eigentlich nur in der Praxis lernen. Ich befürchte auch, dass die enormen Kosten und die lange Zeit des DNP Studiums viele Pflegenden davon abschrecken würde, sich zum NNP weiterzubilden.

Frage: Zusammenfassend, wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit NPs beschreiben?

Antwort: **Dr. Merki:** Bis jetzt habe ich eigentlich nur gute Erfahrungen mit NPs gemacht. Natürlich gibt es Unterschiede, aber diese basieren eher auf der Persönlichkeit, als auf der allgemeinen Ausbildung. Kompetente Practitioners zeichnen sich meiner Meinung nach dadurch aus, dass sie sich selbst kontinuierlich befragen und nach den besten Methoden suchen, um die Lebensqualität ihrer Patienten zu verbessern.

Antwort: **Dr. Haider:** Meine Erfahrungen mit NNPs sind bis jetzt immer sehr gut gewesen. Ich könnte mir unsere Station ohne NNPs nicht vorstellen. Unsere Zusammenarbeit ist definitiv eine Bereicherung für uns und vor allen Dingen für unsere kleinen Patienten.

7.8. Zusammenfassung der Nurse Practitioner (NP) Diskussionsrunde in Amarillo, Texas

Autor: *Brigitte Grissom**, Phillip Platt, Dena Williams

*RN, NNP, BSN, MSN Neugeborene und Erwachsenen

Die Diskussionsrunde wurde auf Video aufgezeichnet und von Brigitte Grissom anschließend in einer freien Übersetzung ins deutsche zusammengefasst. Die Überarbeitung erfolgt von Birgit Ullmann und Peter Ullmann.

Phillip Platt, Neonatal Nurse Practitioner (NNP) seit 1992, arbeitete für 5 Jahre vor der NNP Ausbildung als Pfleger auf einer Säuglingsintensivstation in Texas. Grundausbildung zum Krankenpfleger besteht aus einem Bachelor of Science Nursing (BSN). Nach mehreren Jahren erhielt Phillip (nach einjähriger Ausbildung auf der Universität in Colorado) ein NNP Zertifikat und eine NNP Lizenz nach bestandenen bundesweiten NNP Examen.

Dena Williams, Neonatal Nurse Practitioner (NNP) seit 2008, arbeitete für 14 Jahre vor der NNP Ausbildung als Krankenschwester auf eine Säuglingsintensivstation in Texas. Grundausbildung zur Krankenschwester besteht aus einem Bachelor of Science Nursing (BSN). 2006 schrieb sich Dena auf der Universität von Kansas ein und erreichte 2008 ihren Master of Science Nursing (MSN) Abschluss und ihre Lizenz als NNP.

Brigitte Grissom, Neonatal Nurse Practitioner (NNP) seit 1992, arbeitete für 7 Jahre vor der NNP Ausbildung als Krankenschwester auf einer Säuglingsintensivstation in North Carolina und in Texas. Die Grundausbildung zur Krankenschwester wurde am Missionsärztlichen Institut in Würzburg mit dem Abschluss eines Krankenpflegediploms absolviert. Nach ihrer Auswanderung in die USA, erlangte sie die Qualifikationen als Bachelor of Science Nursing (BSN), NNP Zertifikat an der Medizinischen Universität in West Virginia, ein BSN an der West Texas A&M Universität in Texas, ein Master of Science Nursing (MSN) an Samuel Merritt College in Californien und ein Post-Master Zertifikat als NP mit Schwerpunkt Adult NP an der Universität in Colorado.

Frage: Mit welchen Berufsgruppen arbeitet ihr täglich zusammen? Wie würdet ihr die Zusammenarbeit beurteilen?

Antwort: Phillip: Im Großen und Ganzen besteht eine gute Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und mit den Neonatologen. Ich erfahre in meinem Berufsbild ziemlich viel Autonomie. Zudem habe ich auch gute Verbindungen zu den Belegärzten im Haus. Im besonderem zu den Entbindungsärzten, die mich zu ihren Notentbindungen

hinzu rufen sowie zu den Kinderärzten, die die Säuglinge im Säuglingszimmer versorgen und sich bei den NNPs Rat holen, falls ein Problem mit Kindern entsteht.

Antwort: **Dena**: Ich fühle mich als Fachkraft mit erweiterter Funktion auf der Säuglingsintensivstation, insbesondere von den Neonatologen und meinen NNP Kollegen anerkannt.

Frage: Dena, da Du erst vor kurzer Zeit deine Lizenz als NNP erzieltest, war es oder ist es noch schwierig für dich, auf Station vom Pflegepersonal in Deiner Rolle respektiert zu werden?

Antwort **Dena**: Ich habe den Eindruck, dass ich in meiner Rolle schon anerkannt bin. Aber ich denke auch, dass das Pflegepersonal meine Kompetenz oder meine Entscheidungen noch oft hinterfragt. Das kommt wohl auch daher, dass ich vorher selbst als Pflegende lange auf Station gearbeitet habe. Phillip, dich kennt das Pflegepersonal ja schon immer in der NP Rolle und nicht in der Schwester- oder Pfleger Rolle. Das ständige Hinterfragen meiner Entscheidungen ist manchmal schon etwas aufreibend für mich.

Antwort **Brigitte**: Mit dem was du sagst, kann ich mich gut identifizieren. Während meiner ersten Anstellung als NNP, wurden meine Anordnungen und Meinungen auch häufig mit Unsicherheit und gewissem Misstrauen entgegengenommen. Die NNP Rolle war damals noch sehr jung und die Pflegenden fanden es schwierig, einer ehemaligen Krankenschwester mit erweiterten Kompetenzen zu vertrauen. Dazu war man ja selbst noch sehr unsicher. Anfangs riefen sogar einige der Pflegenden den zuständigen Arzt an, um sicherzustellen, dass meine Anordnungen korrekt waren, bevor sie ausgeführt wurden. Da brauchte es Zeit und viel Geduld auf beiden Seiten, bis sich Vertrauen entwickelte.

Antwort **Phillip**: Mir ist anfangs ähnliches passiert. Ich meine aber, dass sich unsere Rolle so verfestigt hat, dass das Heute ein kleineres Problem ist. Wir mussten ja alle erst mal in die erweiterte Pflegepraxisrolle hineinwachsen und uns und anderen Gelegenheit geben, unser Arbeitsgebiet kennenzulernen.

Frage: Wenn man sich heute in Amerika die NP Rolle und die Rolle des Arztes anschaut, wo gibt es Überschneidungen, Unterschiede? Oft heißt es, dass in den USA der NP zum Mini-Arzt geworden ist. Was macht es aus, dass wir im Bereich der Pflege angesiedelt sind, obwohl wir so viele typisch medizinische Aufgaben übernommen haben?

Antwort **Phillip**: Als ich die erste NNP Stelle antrat, sagten mir die Neonatologen die für mich die Supervision übernommen hatten, dass ich von der bisherigen Denkweise

als Pfleger am Bett abkommen muss und meine Patienten mehr aus medizinischer Sicht betrachten sollte, um der Advanced Practice Rolle gerecht zu werden. Dem würde ich zum Teil zustimmen, aber unsere Grundausbildung kam aus der Pflege und die pflegerischen Aspekte werden wir und sollten wir als NPs nicht verlieren. Es ist eine Gradwanderung, weil wir zum Beispiel hier in unserem Krankenhaussystem als Pflegende eingestellt sind, aber im selben Atemzug wird unsere Arbeit und Performance von den Ärzten überwacht und gesteuert. Ich denke wir stimmen alle überein, wenn ich sage, dass wir wesentlich mehr Zeit mit den Patienten und Angehörigen verbringen. Therapeutische Kommunikation ist immer ein Schwerpunkt, besonders hier auf der Säuglingsintensivstation. Wir sehen nicht das Krankheitsbild oder die Zimmernummer, wir bemühen uns, den individuellen Menschen und dessen Umfeld zu sehen. Das ist für mich eine Fähigkeit, die Ärzte oftmals nicht besitzen. Auch steht diese Fähigkeit gar nicht im Vordergrund ihrer Ausbildung. In der Krankenpflegeausbildung wird doch mehr auf psychosoziale Aspekte im Umgang mit Menschen geachtet, es geht nicht hauptsächlich um Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapien.

Antwort **Brigitte**: Für mich selbst muss ich sagen, dass ich häufig die pflegerischen Aspekte meiner Ausbildung anwende, wenn ich nach Ablauf der normalen Arbeitszeit einen Anruf von Station bekomme, wo es Probleme mit Familienmitgliedern gibt. Oft sind die Familien unserer Patienten verängstigt, verstehen die Therapien an ihrem Kind nicht und sehen sich allein gelassen in dieser Lebenskrise. Das sind die Momente wo wir unsere Kommunikationsfähigkeiten einsetzen und erneut Vertrauen zwischen den Eltern, Ärzten und uns aufbauen können.

Antwort **Dena**: Ich sehe das auch so, vor allen Dingen wenn es um unsere Langzeitpatienten geht. Obwohl Eltern anfangs oft nach dem Arzt fragen, entwickeln sie nach einiger Zeit auf Station eine enge Beziehung zu uns. Sie sind dankbar dafür das wir rund um die Uhr für ihr Kind und sie da sind und vertrauen unseren Kompetenzen. Sie sehen, dass wir sie als Partner und nicht als Patriarch auf dem Weg zur Gesundheit ihres Kindes begleiten möchten.

Frage: In den USA gibt es die NP Rolle seit den 60iger Jahren. Aus eurer Sicht, wie haben NPs das Gesundheitssystem und die allgemeine Patientenversorgung beeinflusst?

Antwort **Phillip**: Die NP Rolle hat sich durch ein Ärzte Mangel in bestimmten Fachbereichen oder auch in bestimmten Gegenden entwickelt. Ich interessierte mich das erste Mal für die NP Rolle, als in dem Uniklinikum in dem ich arbeitete, die Anzahl der Famulanten und AIPs verkleinert wurde. Daraus entstand die Notwendigkeit die liegengebliebene Arbeit auf andere Personen umzulagern. Das war der Punkt, an dem

sich unsere medizinische und pflegerische Krankenhausleitung dazu entschlossen hatte, vier Pflegende zur NNP Zertifikatausbildung zu schicken. Das war eine monetäre und zeitliche Investition, die sich für alle Seiten gelohnt hat. Seit den letzten 10 Jahren wurde auch die Stundenanzahl, die die AIPs auf einer Säuglingsintensivstation im Rahmen ihrer Ausbildung verbringen können, drastisch gekürzt. Dadurch ergaben sich viele Möglichkeiten für Pflegende sich als NNP ausbilden zu lassen und gute Arbeitsangebote zu finden. Heute tragen NPs nicht nur zur allgemeinen Versorgung der Patienten bei, sondern haben auch Einfluss darauf genommen, wie die Patienten versorgt werden. Wie vorher erwähnt, der Fokus liegt nicht mehr nur auf „CURE“ (Heilung), sondern nun auch auf „CARE“ (Versorgung).

Antwort **Dena**: Da möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass NPs die sich auf andere Bereiche spezialisiert haben, wie zum Beispiel die Gemeindepflege und Allgemeinmedizin, es ermöglichen, dass viele Bewohner in ländlichen Regionen überhaupt eine gesundheitliche Versorgung bekommen können.

Frage: In letzter Zeit wird immer häufiger über das Doctorate of Nurse Practice (DNP) für Advanced Practice in Pflege gesprochen. Die American Nursing Association (ANA) sagte vor einigen Jahren, dass das DNP als Einstiegsstudium für NPs eingeführt werden sollte und nannte 2015 als das Stichjahr für die Umstellung. Vor kurzem wurde uns mitgeteilt, dass es nun doch weiterhin das MSN zusätzlich zum DNP geben soll und dass beide Studiengänge zum NP führen werden. NPs mit DNP Abschlüssen würden aber für Anstellungen in der Akademie oder für führende Positionen wie Klinik Direktor bevorzugt werden. Was haltet ihr von diesem Vorhaben, glaubt ihr, dass ein DNP für unsere professionelle Entwicklung notwendig ist, wird es die Patientenversorgung verbessern?

Antwort **Phillip**: Ehrlich gesagt irritiert mich diese Debatte. Wenn ich auf meinen beruflichen Werdegang schaue, dann weiß ich, dass ich die Gelegenheit NP zu werden nicht ergriffen hätte, wäre die Anforderung ein DNP gewesen. Deshalb denke ich, dass das DNP als Einstiegstudium vielen fähigen Pflegenden wegen der langen Ausbildungsdauer und den hohen Kosten den Weg zum NP verweigern würde. Das würde die Anzahl von graduierten NPs verringern und die Versorgung der Bevölkerung in vielen Bereichen negativ beeinflussen.

Antwort **Dena**: Als ich auf der Suche nach einem zum NP führenden Studium war, verglich ich MSN und DNP Studiengänge. Am Ende entschied ich mich für ein MSN Studium, da die DNP Curricula noch mehr Theorie und zu kurze Praktika beinhalteten. Ich sehe mich als eine „klinische“ Person, ich möchte direkt mit Patienten arbeiten. Ich sehe mich als „hands-on“, nicht als Forscher oder Wissenschaftler. Aus mei-

ner Erfahrung heraus muss ich auch sagen, dass die meisten Pflegenden, die sich für die NP Rolle interessieren, so wie ich denken. Wenn ich mir dann noch die Kosten für ein DNP Studium ansehe, dann weiß ich nicht wie sich das Jemand leisten könnte. Ich glaube ebenso nicht, dass das DNP notwendig ist, um als NP klinische Kompetenzen zu entwickeln.

Antwort **Brigitte**: Das stimmt. Obwohl momentan das DNP ja als „praktisch orientiertes“ Studium angepriesen wird, ist es mir zu theoretisch und wird den klinischen Anforderungen die an NPs gestellt werden, nicht gerecht.

Antwort **Phillip**: Dazu kommt noch eine Befürchtung. Es ist ja schon jetzt so, dass viele Stellenausschreibungen ein MSN als NP Grundausbildung anfordern, obwohl das MSN als Einstiegsstudium erst im Jahr 2000 eingeführt wurde und die Langzeiterfahrenen NPs ein Zertifikat und kein MSN als Abschluss haben. Da kann es natürlich auch sein, dass in 10 -15 Jahren Arbeitgeber nur noch NPs mit DNPs suchen werden, obwohl sich die Arbeitsbeschreibung wenig verändert hat. Zudem kann ich mich nicht daran erinnern, dass ich jemals von einer Pflegekammer oder dem Dachverband für Pflege auf dieses Thema DNP angesprochen wurde. Als praktizierender NP würde ich Input erwarten. Es stellt sich also die Frage, wer trifft da Entscheidungen über die Köpfe der praktizierenden NPs hinweg?

Frage: Herr Ullman gab noch zwei Statements an mich weiter und ich würde gerne eure Antworten darauf hören; a) NPs sind Arztassistenten oder Arzt Extenders und b) alle Pflegenden sind wertvoll aber nicht alle Pflegenden sind gleich.

Antwort **Brigitte**: was das erste Statement angeht, muss ich für die Zuhörer in Essen noch klarstellen, dass es in den USA zwei Berufsbilder gibt. Das eine ist der Assistentenarzt (physician assistant) und das andere der NP. Ich selbst wurde schon mehrmals als Physician Extender (also weiterreichender Arm des Arztes) Patienten vorgestellt, muss aber sagen, dass ich nicht finde, dass diese Beschreibung meiner Rolle gerecht wird.

Antwort **Dena**: Es scheint irgendwoher, vielleicht aus der Pflegeakademie heraus, so ein Drang zu bestehen, unsere Rolle mit „Doktor“ oder „Arzt“ zu vergleichen bzw. zu legitimieren. Ich persönlich würde es vorziehen, diese Bezeichnung nicht in meiner Berufsbeschreibung oder meinem Titel zu sehen. Ich bin eine Nurse Practitioner. Ich kann mich als jemand sehen, der im ärztlichen Bereich tätig ist, aber das bedeutet nur, dass ich einige, früher exklusiv von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten übernommen habe. Trotz allem, sehe ich mich mit der Pflege verbunden. Auf jeden Fall bin ich kein Assistentenarzt. Ich bin ein gleichwertiger Teil eines Teams und wir alle erfüllen di-

verse Aufgaben, die in der Kombination zur besseren Versorgung des Patienten führen.

Antwort **Phillip**: Eine gute Bekannte die Neonatologin ist, erklärte kürzlich während eines Austausches mit Ärzten aus Äthiopien, wer ich bin und was meine Rolle ist. Sie erzählte, dass NPs während ihres Studiums, für ihre praktische Ausbildung verantwortlich waren und bezeichnete NNPs als klinische Experten. Ihre Erklärung zeigte mir wieder einmal, dass die Mehrheit der Ärzte, uns als Teammitglieder ansehen und dass es nicht mehr so sehr um irgendwelche Gefälle (Anmerkung: Hierarchien) geht. Die Bezeichnung „Physician Extender“ stört mich nicht so sehr, da wir als NNPs 24 Stunden am Tag auf Station sind und viele Aufgaben der Neonatologen, die eben nicht im Haus sind, übernehmen. Trotzdem ist es wichtig, dass wir uns alle als gleichwertige Teammitglieder sehen. Das verhindert Konflikte und garantiert ein besseres Arbeitsklima. Dies gilt natürlich auch für uns und andere Berufsgruppen, insbesondere für unsere Beziehung zum Pflegepersonal am Bett.

Frage: Zusammenfassend möchte ich jetzt noch fragen, wie seht ihr euren bisherigen Werdegang als NP und was sind eure Erwartungen für die Zukunft?

Antwort **Phillip**: Das ist eine teilweise schwierige Frage. Schwierig für mich, weil ich eigentlich mit meiner Rolle als NNP zufrieden bin. Ich habe manchmal Sorge, da von den Pflegeverbänden immer mehr Autonomie gefordert wird. Ich persönlich fühle mich in meiner klinischen Arbeit im Team viel wohler, als ein Einzelgänger zu sein. Ich mag es, wenn wir als Gruppe eine gewisse Verantwortung für den Patienten teilen und ich trotzdem relativ unabhängig arbeiten kann. Ich hoffe, dass wir uns nicht in theoretischen Anforderungen verlieren und dabei den Anforderungen in der Praxis zu wenig Bedeutung beimessen.

Antwort **Dena**: Ich stimme damit überein. NPs sind klinisch orientiert und es scheint, als ob es seit einiger Zeit eine Spaltung (Anmerkung: Auseinanderdriften) zwischen NP Lehrplan und Praxisanforderung gibt. Ich wünsche mir weiterhin, dass wir uns vielleicht etwas mehr mit Edukation für das Pflegepersonal beschäftigen könnten.

Literaturverzeichnis

- (1) American Nurses Credentialing Center (ANCC). (2011). *Certification Credentials List, ANCC Certifications and Credentials Awarded*. Abgerufen am 23. 4 2011 von <http://www.nursecredentialing.org/Certification/PoliciesServices/CredentialsList.aspx>
- (2) Anonymous. (2001). Nurse Practitioners (NPs) and clinical nurse specialists (CNS) regarding the blending of these two roles. *Clinical Nurse Specialist* , 15, S. 187.
- (3) Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht. (2010). *Delegation und Substitution. Wenn der Pfleger den Doktor ersetzt*. Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- (4) Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR). (22. 3 2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)*. Abgerufen am 20. 5 2011 von <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/SITEFORUM?t=/contentManager/onStory&e=UTF-8&i=1215181395066&l=1&active=no&ParentID=1216806561491&StoryID=1292591686488>
- (5) Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG. (2002-2007). *Der Brockhaus in 15 Bänden. Permanent aktualisierte Online-Auflage*. Abgerufen am 15. 7 2008 von http://www.brockhaus-suche.de/suche/artikel.php?shortname=b15&artikel_id=41151400
- (6) Böhme, H. (2008). „Alles, was Recht ist...“ – *Haftungsrecht in der Pflege. Seminarunterlagen. Im Internet unter:* . Abgerufen am 30. 3 2011 von <http://www.st-vincenz.de/downloads/Haftungsrecht.pdf>
- (7) Brieskorn-Zinke, M., Höhmann, U., Reckmann, C., & Stocker, E. (2001). Zur Professionalisierung und Berufssituation von PflegewirtInnen mit generalistischer Ausbildung - Diskutiert anhand von Ergebnissen der AbsolventInnenbefragung der Fachhochschule Darmstadt, Frankfurt und Fulda zwischen 1997 und 2000. (D. G. e.V., Hrsg.) *PfleGe* , 6 (3), S. 100-108.
- (8) Brown, S. (1998). A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing* (14), S. 157–164.
- (9) Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing* , Volume 48, 519-529.
- (10) Bundesärztekammer. Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008). Bekanntmachungen. Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. *Deutschen Ärzteblatt* , 105 (41), S. 13 - 17 von 17.
- (11) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und*

- Stellungnahme der Bundesregierung.* Deutscher Bundestag Drucksache 14/8822. 18. 04. 2002 . Bonn: Bundesanzeiger.
- (12) Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2005). *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005*. Berlin: BMG.
- (13) Bundeszentrale für gesundheitsliche Aufklärung (BZgA). (2003). *Was erhält Menschen Gesund* (Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitsliche Aufklärung (BZgA).
- (14) Cooper, D. (1990). Today assessments and intuitions Tomorrow projections. In P. S. Sparacino, & D. M. Cooper, *The clinical nurse specialist: Implementation and impact* (S. 285-311). Norwalk: Appleton & Lange.
- (15) Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. *Research and Theory for Nursing Practice* , 5 (3), S. 155-174(20).
- (16) Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- (17) Corbin, J. M., & Strauss, A. (2010). *Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Hans Huber Verlag.
- (18) Darmody, J. V. (2005). Observing the work of the Clinical Nurse Specialist: a pilot study. *Clinical nurse specialist CNS* , S. Volume 19 (5), S. 260-268.
- (19) Deane, K. A. (1997). CNS and NP: should the roles be merged? *Canadian Nurse* , S. 93(6), S. 24-30.
- (20) Deane, K. (1997). CNS and NP: should the roles be merged?, . *Canadian Nurse* , S. 93(6):24-30.
- (21) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2011). *Advanced Nursing Practice - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin: DBfK-Verlag.
- (22) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2007). *Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Berlin: DBfK-Verlag.
- (23) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2010b). *Handreichung für Pflegekräfte zur Durchführung von Maßnahmen zur Primärprävention nach § 20 SGB V*. Abgerufen am 2011. 4 2011 von http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Praevention/Handreichung-__20-SGB-V-04-2010-final.pdf
- (24) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2008). *Kurzübersicht zu den wichtigsten Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab dem 1. Juli 2008*. Abgerufen am 18. 4 2011 von <http://www.nw-ambulant.de/downloads/aenderungenpfg.pdf>
- (25) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2010a). *Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus*. Abgerufen am 20. 5 2011 von

- http://www.dbfk.de/wDefault/download/download/Position-DBfK-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29-final.pdf
- (26) Duden. (2006). *Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.
- (27) Elder, R., & Bullough, B. (1990). Nurse practitioners and clinical nurse specialists: Are the roles merging?, . *Clin Nurse Spec*, S. 4:78-84.
- (28) Fachhochschule Frankfurt Main. (2010). *Pflege – Advanced Practice Nursing (M.Sc.)*. Abgerufen am 24. 04 2011 von http://www.fh-frankfurt.de/de/fachbereiche/fb4/studiengaenge/advanced_practice_nursing_msc.html
- (29) Fachhochschule Jena. (2001-2011). *Masterstudiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement*. Abgerufen am 23. 04 2011 von <http://pflege.sw.fh-jena.de/studienganginfos.asp?t=2&k=1>
- (30) Fenton, M., & Brykczynski, K. (1993). Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *J Prof Nurs*.
- (31) Finke, D. (2000). Blending CNS and NP roles increases employment opportunities. *Journal of Emergency Nursing*, 26, S. 98.
- (32) Frank, W., Konta, B., Prusa, N., & Raymann, C. (2006). *Bedeutung der intensivierten Pflege* (Bd. Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland). (DIMDI, Hrsg.) Köln.
- (33) Fricke, A. (2011a). Ärzte wollen das Heft in der Hand halten. *Ärzte Zeitung*.
- (34) Fricke, A. (2011b). Pflegekräfte dürfen ärztlich tätig werden – unter Aufsicht des Arztes. *Ärzte Zeitung*.
- (35) Friedemann, M. L., & Köhlen, C. (2003). *Familien- und umweltbezogene Pflege* (2. Ausg.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- (36) Frik, S., & Pollack, S. (1993). Preparation for advanced nursing practice. *Nursing and Health Care*, 14 (4), S. 190-193.
- (37) Gardner, G., Carryer, J., Dunn, S. V., & Gardner, A. (2004). *Nurse Practitioner Standards Project*. Queensland University of Technology: Australian Nursing Council.
- (38) Gesellschaft für Humanontogenetik e.V. (kein Datum). *Was ist und was will Humanontogenetik?* Abgerufen am 24. 2 2011 von <http://www.humanontogenetik.de/Humanontogenetik/humanontogenetik.html>
- (39) Haas, M. (2005). Professionalisierung der Altenpflege. Risiken – Hemmnisse – Chancen. In U. Greb, *Lernfelder fachdidaktisch interpretieren : Werkstattberichte zur Gestaltung von Gesundheits- und Krankheitsthemen im schulischen Bereich* (S. 12-44). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- (40) Hamric, A. (2000). A definition of advanced nursing practice. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (Second Edition Ausg., S. 55-73). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (41) Hamric, A. B. (2005). A Definition of Advanced Practice Nursing. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: Third Edition. W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (42) Hamric, A. B., & Spross, J. A. (1989). *The clinical nurse specialist in theory and practice* (2. Ausg.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- (43) Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2000). *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach*. (Second Edition Ausg.). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (44) Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2005). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach* (Third Edition Ausg.). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (45) Hanson, C., & Martin, L. L. (1990). The nurse practitioner and clinical nurse specialist: Should the role be merged? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2, S. 2-9.
- (46) Heidenreich, M. (1999). Berufskonstruktion und Professionalisierung - Erträge der soziologischen Forschung. In H. J. Apel, K. P. Horn, P. Lundgreen, & U. Sandfuchs, *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozeß* (S. 35-38). Bad Heilbrunn/Obb: Julius Klinkhardt.
- (47) Hell, W. (2007). *Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht. Staatsbürger- und Gesetzeskunde*. (5. Auflage Ausg.). (G. T. Verlag, Hrsg.) Stuttgart, New York.
- (48) Hockenberry-Eaton, M., & Powell, M. L. (1991). Merging advanced practice roles: The CNS und NP. *Journal of Pediatrics Health Care*, 5, S. 158-159.
- (49) Igl, G. (2008). *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit - Voraussetzungen und Anforderungen*. München: Urban & Vogel.
- (50) International Council of Nurses. (2001-2011). *Definition and Characteristics of the Role*. Abgerufen am 29. 4 2011 von <http://icn-apnetwork.org/>
- (51) Jeschke, S. (2010). Die Rolle von akademischen Pflegekräften in der direkten Patientenversorgung - Eine notwendige Entwicklung? *Pflege*, 63 (1), S. 19-22.
- (52) Kaiserswerther Diakonie. (2011). 3. *Klinische Pflegeexperten/ Advanced Nursing Practice*. Abgerufen am 10. 5 2011 von http://www.kaiserswerther-diakonie.de/Unsere_Arbeitsbereiche/FNK/Pflege/KlinischePflegeexpertenAdvancedNursingPractice.htm

- (53) Keeling, A. W., & Bigbee, J. L. (2005). The History of Advanced Practice Nursing in the United States. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. (S. 62-63). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: Third Edition. W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (54) Kluge, F. (2002). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, . Berlin, New York.
- (55) Köhlen, C. (2003). *Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland - Theorie und Praxis der Familienorientierten Pflege*. Universität Osnabrück: V&R unipress.
- (56) Kressirer, P. (2007). *Das neue Bild der Pflege - von der Delegation zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten*. Abgerufen am 30. 3 2011 von Klinikum der Universität München : <http://idw-online.de/pages/de/news?print=1&id=225769>
- (57) Lincoln, P. (2000). Comparing CNS and NP role activities: a replication. *Clinical nurse specialist CNS* , S. Volume 14 (6), 269-77.
- (58) Lindeke, L. L., Canedy, B. H., & Kay, M. M. (1997). A comparison of practice domains of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *J Pro Nurs* , S. Volume 13, 281-287.
- (59) Manstetten, A., & Wildner, M. (2002). *Machbarkeitsstudie Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen*. München: Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health.
- (60) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). (2007). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI*. Essen: MDS.
- (61) Mendel, S., & Feuchtinger, J. (2009). Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. *Pflege* , 22 (3), S. 208 - 216.
- (62) Meyers Großes Taschenlexikon. (1998). (6. Neu bearb. Aufl.). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: B.I.-Taschenbuchverlag.
- (63) Moers, M., Schaeffer, D., & Schaeffer, D. (2000). Pflgetheorien. In B. Rennen-Allhoff, & D. Schaeffer, *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 35-66). Weinheim, Basel: Juventa.
- (64) O'Connor, L., & Furlong, E. (2002). From the United States to Southern Ireland: Translating the Role of Oncology Advanced Practice Nurse. *Oncology Nursing Forum* , S. 29(7):1037-8 .
- (65) Offermanns, M. (2008). *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Kurzfassung*. Abgerufen am 18. 4 2011 von http://www.landtag-bw.de/WP14/Drucksachen/4000/14_4014_D.PDF
- (66) Oncology Nursing Certification Corporation (ONCC). (2011). *Advanced Practice*. Abgerufen am 28. 4 2011 von <http://www.oncc.org/Advanced>

- (67) Panfil, E. M., & Meyer, G. (2010). Advanced Nursing Practice in Deutschland:Fokussierung auf die juristischen Grenzen statt auf die Gestaltung des Möglichen. *Pflege* , 23 (6), 363–373.
- (68) Peseschkian, N. (1999). *Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie* (23. Ausg.). Frankfurt am Main: Fischer.
- (69) Quaal, S. J. (1999). Clinical nurse specialist:Role restructuring to advanced practice registered nurse. *Critical Care Nursing Quarterly* , 21, S. 37-49.
- (70) Read, S. M. (1999). Nurse-led care: the importance of management support. *NTresearch* (5), S. 408-421.
- (71) Read, S., Robert-Davis, M., Gilbert, P., & Nolan, M. (2000). *Preparing the Nurse Practitioner for the 21st Century*. Abgerufen am 28. 4 2011 von <http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/01/34/02/report.pdf>
- (72) Robert Bosch Stiftung. (1992). *Pflege braucht Eliten, Denkschrift der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leistungskräfte in der Pflege mit systematischer Begründung und Materialien*. Stuttgart: Gerling.
- (73) Robert Koch Institut (RKI). (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege*. Berlin: RKI.
- (74) Roßbruch, R. (2008). *Delegation ärztlicher Tätigkeiten – die rechtliche Sichtweise. Vortragskript der Fachtagung Neue Arbeitsteilung im Krankenhaus – die Lösung des Personalproblems?* Abgerufen am 18. 4 2011 von BIG Bildungsinstitut Essen: http://www.gesundheit-soziales.nrw.verdi.de/krankenhaeuser/data/essen_14_01_2008_delegation_aerztlicher_tae_tigkeiten.pdf
- (75) Roßbruch, R. (2003). *Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil*. Abgerufen am 30. 3 2011 von <http://www.dbfk.de/baw/download/Delegation-aerztlicher-Taetigkeiten-Teil2.pdf>
- (76) Roy, C., & Martinez, C. (1983). A conceptual framework for CNS practice. In A. B. Hamric, & J. A. Spross, *The Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice* (S. 3-20). New York: Gruen & Stratton.
- (77) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. 82. Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339. Bonn: Bundesanzeiger.
- (78) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. . Baden-Baden: Nomos .

- (79) Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (2007). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, sowie Beispielen für „Good Practice“*. Berlin: Integrierter Abschlussbericht Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- (80) Schnell, M. W. (2004). *Leib. Körper. Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen*. Düsseldorf : Selbstbestimmtes Leben.
- (81) Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Hans Huber Verlag.
- (82) Schober, M., & Affara, F. (2007). *International Council of Nurses. Advanced Nursing Practice*. Oxford. Malden. Carlton Australia: Blackwell Publishing.
- (83) Schweizer Verein für Pflegewissenschaften (VFP). (4. 5 2007). *Protokoll der 11. Generalversammlung des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft*. Abgerufen am 2011. 5 22 von http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/11417_dl_protokoll%20gv%202007_versand%20d.pdf
- (84) Schwerdt, R. (2002). Pflege im Prozess ihrer Professionalisierung und Qualitätsentwicklung: Prolegomena zu einer Wirtschaftsethik der Pflege.. Reihe Pflegepositionen. In R. (. Schwerdt, *Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf* (Bd. Reihe Pflegepositionen, S. 25-48). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- (85) Shuren, A. (1996). The blended role of the clinical nurse specialist and nurse practitioner. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach* (S. 375-394). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (86) Skalla, K., Hamric, A. B., & Caron, P. A. (2005). The Blended Role of the Clinical Nurse Specialist and the Nurse Practitioner. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach* (Third Edition Ausg.). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.
- (87) Spirig, R., & De Geest, S. (2004). Advanced Nursing Practice» lohnt sich! *Pflege* , 17 (4), S. 233 - 236.
- (88) Spross, J., & Hamric, A. (1983). A model for future clinical specialist practice. In J. Spross, & A. Hamric, *The clinical nurse specialist in theory and practice*. New York: Grune & Stratton.
- (89) Styles, M., & Lewis, C. (2000). Conceptualizations of advanced nursing practice. In S. J. Hamric A.B., & H. C.M., *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (S. 33– 51.). Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto: Second Edition. W.B. Saunders Company. Elsevier Verlag.

- (90) Thissen, K. (2008a). Advance Nursing Practice, Advanced Practice Nursing und Advance Practice Nurse. In S. Erler, K. Thissen, & P. Ullmann, *Advanced Nursing Practice – Umsetzung in Deutschland* (S. 9). Jena: Fachhochschule Jena.
- (91) Tönnies, M. (2000). Delegation und Durchführungsverantwortung – Rechtliche Grundlagen und berufliche Verpflichtung. *Pflege aktuell* , S. 290 – 292.
- (92) Ullmann, P. (2008b). *10 Schlüsselbegriff von ANP - APN Rolle*. Jena: Fachhochschule Jena.
- (93) Ullmann, P. (2008a). Advanced Nursing Practice im Kontext von Nurse Practitioner und clinical Nurse Spezialist. In S. Erler, K. Thissen, & P. Ullmann, *Advanced Nursing Practice – Umsetzung in Deutschland*. Jena: Fachhochschule Jena.
- (94) Ullmann-Bremi, A., Schlüer, A., Finkbeiner, G., & Huber, Y. (2011). «Wie ein ANP-Team laufen lernt» – Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zürich. *Pflege* , 24 (1), 21–28.
- (95) Ullmann-Bremi, A., Spirig, R., Gehring, T. M., & Gobet, R. (2004). Die Arbeit mit Familien von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte: Erste Ergebnisse betreffend Evaluation eines Praxisentwicklungsprojektes aus dem Kinderspital Zürich. *Pflege* , 17, 243–251.
- (96) Ulrich, A., Hellstern, P., Kressig, R. W., Eze, E., & Spirig, R. (2010). Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams. *Pflege* , 23 (6), 403–410.
- (97) Waterhouse, D. (2002). Vascular access: a role for a renal nurse clinician,. *EDTNA/ERCA journal (English ed.)* (Volume: 28 (2), 64-6, 69).
- (98) Williams, C. V. (1994). Advanced practice models: A comparison of clinical nurse specialist and nurse practitioner activities. *Clin Nurse Spec* , S. Volume 8, 311-318.
- (99) World Health Organization-Western Pacific Region (WHO-WPRO). (2007). Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: Models and issues. Manila: Author. In M. Schober, & F. Affara, *Advanced Nursing Practice* (S. 27). Blackwell Publishing.
- (100) Wright, K., & B. (1997). Advanced practice nursing: Merging the clinical nurse specialist and nurse practitioner roles. *Gastroenterology Nursing* , 20, S. 57-60.
- (101) Yates, P., Evans, A., Moore, A., Heartfield, M., Gibson, T., & Luxford, K. (2007). Competency standards and educational requirements for specialist breast nurses in Australia. . *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* , S. Volume 14 (1), S. 11-15.

Autorinnen und Autoren



Peter Ullmann

Titel

cand. M.Sc. ANP

Diplom Pflegewirt

Diplom Pflegefachmann

Funktion

Präsident des Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nurse e.V.

Fachverantwortung Pflege

Schwerpunkte

Entwicklung von APN & ANP im spezifischen für den psychiatrischen Bereich

Beratung, Edukation & Coaching von Pflegenden, Patienten und Angehörigen

Entwicklung Skill and Grademix

Interpersonelle & medienbezoge Kommunikation

Kontakt

Sanatorium Kilchberg AG

Alte Landstrasse 70

8802 Kilchberg

Schweiz

Telefon: +41 (0) 44 716 4313

Telefax: +41 (0) 44 716 4214

E-Mail: peter.ullmann@dnapn.de



Katrin Thissen

Titel

cand. M.Sc. ANP
Diplom Pflegewirtin
Fachschwester für psychiatrische Pflege
Examierte Krankenschwester

Funktion

Vizepräsidentin Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nurse e.V.
Pflegerwissenschaftlerin
POL Tutorin der Krankenpflegeschule der LVR Klinik Bedburg-Hau

Schwerpunkte

Entwicklung von APN & ANP im spezifischen für den psychiatrischen Bereich, Umsetzung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in die psychiatrische Pflegepraxis,
Implementierung von Expertenstandards
Beratung und Anleitung von Pflegenden, Patienten und Angehörigen

Kontakt

LVR Klinik Bedburg-Hau
Pflegedirektion
Stabstelle Pflegewissenschaft
Bahnstraße 6
47551 Bedburg-Hau
Deutschland
Telefon: +49 (0) 2821 812 130 (*dienstlich*)
Telefon: +49 (0) 2823 928 8699 (*privat*)
E-Mail: katrin.thissen@dnapn.de



Harald Haynert

Titel

stud. Dr. rer. medic
Master Science Nursing (MScN)
Bachelor Science Nursing (B.Sc.N)
Examinierter Krankenpfleger

Funktion

Schritfführer Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nurse e.V.

Kontakt

E-Mail: harald.haynert@dnapn.de



Birgit Ullmann

Titel

cand. Diplom Pflegewirtin
Diplom Pflegefachfrau

Funktion

Schatzmeisterin Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nurse e.V.
Stationsleitung

Schwerpunkte

Entwicklung von APN & ANP im spezifischen für den psychiatrischen Bereich
Entwicklung Skill and Grademix

Kontakt

Meienhof 6a
8421 Dättlikon
Schweiz
Telefon: +41 (0) 21 550 27 49
E-Mail: birgit.ullmann@dnapn.de



Professorin Dr. Ruth Schwerdt

Titel

Dr. phil.

Diplomsychogerontologin Univ. (postgrad.)

Altenpflegerin

Magistra Artium

Funktion

Professorin für Pflegewissenschaft (Theorie und Praxis der Pflege)

Schwerpunkte

Gesundheitsförderung und Case Management für Menschen mit Pflegebedarf oder Pflegebedürftigkeitsrisiko

Pflegesituationen im Alter

Versorgung von Menschen mit Demenz

Klinische Ethik und Wirtschaftsethik der Pflege und des Gesundheitswesens

Professionalisierung der Pflege

Rollen, Aufgaben, Modelle, Konzeptentwicklung in Advanced Nursing Practice

Kontakt

Fachhochschule Frankfurt am Main - University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit (Fb4)

Gebäude 2, Raum 229

Nibelungenplatz 1

60318 Frankfurt a. M.

Telefon: +49 (0) 69 1533 2574

Telefax: +49 (0) 69 1533 2809

E-Mail: schwerdt@fb4.fh-frankfurt.de



Professor Dr. Johann Keogh

Titel

Baccalaureus Societatis Scientiae (B.Soc.Sc.) (Krankenpflege)
B.Soc.Sc. (Hons) (Krankenpflege)
Registered General Nurse.
Registered Psychiatric nurse.
Registered Accoucheur (Male midwife)
M.Soc.Sc. (Community Nursing)
Registered Community Nurse.
Registered Nurse Tutor
PhD. Potchefstroom University for Christian Higher Education

Funktion

Professor of Nursing, Fulda University of Applied Sciences, Fulda, Germany

Schwerpunkte

Public Health Pflege mit besondere Hinweise auf:

Primäre Gesundheitsfürsorge

Public Health und Gesundheitsförderung

Professionalisierung der Pflege

Pflegepädagogik inklusive didaktische Ansätze sowie Simulation im klinischen Unterricht, und Curriculum Entwicklung

Kontakt

Department of Nursing and Health Studies

Fulda University of Applied Sciences

Marquard Strasse 35

36039 Fulda

Deutschland

Telefon +49 (0) 665 96 19 036

+49 (0) 661 96 40 622

E-Mail: jan.keogh@pq.hs-fulda.de



Brigitte Grissom

Titel

Krankenpflegeausbildung Missionsärztliche Klinik Würzburg
RN, Raleigh, NC

Neonatal Nurse Practitioner certification, West Virginia University

BSN, West Texas A&M University, Texas MSN, Samuel Merritt
College, Oakland, California,

Post-Master Certificate, Adult Nurse Practitioner, University of
Colorado

Funktion

Nurse Practitioner - Fachbereiche Neonatologie und Allgemeinmedizin

Schwerpunkte

Internationale Entwicklungen in Advanced Practice Nursing,

Weiterbildung für Pflegende in der Neonatologie,

Familienorientierte Pflege in der Neonatologie,

Gesundheitspromotion und Prävention

Kontakt

E-Mail: brigrissom@yahoo.com



Daniela Lehwaldt

Titel

Masters in Science in Nursing
Postgraduate Diploma in Clinical Health Sciences Education
Bachelor in Nursing Studies (Hons)
Fachweiterbildung Intensiv-und Anästhesiepflege
Registered General Nurse (RGN)
Registered Nurse Tutor (RNT)
Ph.D. Studentship RN4CAST Projekt

Funktion

Lecturer, School of Nursing, Dublin City University

Schwerpunkte

Herz-Thorax und Gefäßchirurgie, Edukation und die Pflege, Skill mix, Pflege und (advanced) Pflegepraxis

Kontakt

School of Nursing
Dublin City University (DCU)
Collins Avenue
Glasnevin
Dublin 9
Telefon: +353 700 85 34
Mail: lehwaldt@dcu



Holger Schmitte

Titel

Pflegewissenschaftler M.Sc.

Diplom-Pflegewirt (FH)

Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege

Funktion

Klinischer Pflegeexperte

Schwerpunkte

Entwicklung von APN & ANP in der Psychiatrie und Psychotherapie

Theorie-Praxis-Transfer und -Dialog

Psychiatrische Akutpflege in Verbindung mit der Implementierung eines professionellen Deeskalationsmanagements

Adherence-Therapie

Kontakt

Kaiserswerther Diakonie

Florence-Nightingale-Krankenhaus

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zeppenheimer Weg 7

40489 Düsseldorf

Deutschland

Telefon: +49 (0) 211 409 31 68

Telefax: +49 (0) 211 409 33 99

E-Mail: schmitte@kaiserswerther-diakonie.de



Robert Maier

Titel

Dr. med.

Funktion

Oberarzt

Schwerpunkte

Affektive Störungen, Psychose

Kontakt

Sanatorium Kilchberg AG

Alte Landstrasse 70

8802 Kilchberg

Schweiz

Telefon: +41 (0) 44 716 42 42

Telefax: +41 (0) 44 716 42 14

E-Mail: Robert.Maier@sanatorium-kilchberg.ch



Alexander Holzknecht

Titel

Diplom Pflegefachmann HF
HöFa I

Funktion

Stationsleiter

Schwerpunkte

Akutpsychiatrie

Kontakt

Sanatorium Kilchberg AG
Alte Landstrasse 70
8802 Kilchberg
Schweiz

Telefon: +41 (0) 44 716 43 14

Telefax: +41 (0) 44 716 42 14

E-Mail: a.holzknacht@sanatorium-kilchberg.ch

 **ADVANCED**
PRACTICE NURSING
NURSING PRACTICE
DEUTSCHES NETZWERK E.V.

2011

Deutsches Netzwerk
c/o H. Haynert
Advanced Practice Nursing
Advanced Nursing Practice e.V.
Heilenstraße 7
58452 Witten
Online <http://www.dnapn.de>
27.5.2011

Kapitel: Autorinnen und Autoren