

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management

Studiengang Pflege

Perspektiven der Pflege in der hausärztlichen Versorgung

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 15.12.2010

Vorgelegt von: Katrin Pihan

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. rer. pol. Susanne Busch

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	3
1. Einleitung.....	4
2. Methodisches Vorgehen.....	6
3. Merkmale der hausärztlichen Versorgung.....	7
4. Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung	9
4.1 Konzepte in Deutschland.....	10
4.1.1 Das Konzept AGnES.....	10
4.1.2 Das Konzept der Tandempraxis.....	12
4.2 Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung im Ausland	14
4.2.1 Australien	15
4.2.2 Niederlande.....	21
4.2.3 Großbritannien	25
5. Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Perspektiven	29
5.1 Interessen und Einstellungen der Berufsgruppen	29
5.1.1 Pflege	30
5.1.2 Ärzte.....	33
5.2 Wahrnehmungen der Patienten.....	34
6. Übertragung der ausländischen Erfahrungen als Perspektive der deutschen Pflege	40
7. Zusammenfassung und Fazit	45
Literaturverzeichnis	47
Anhang.....	i
Anhang 1: Suchstrategie in den Datenbanken.....	ii
Eidesstattliche Erklärung.....	iii

Abkürzungsverzeichnis

ANP	Advanced Nursing Practice
AGnES	Arztentlastende Gemeindenahe, E-Health- gestützte, Systemische Intervention
BÄK	Bundesärztekammer
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
EKV	Ersatzkassenvertrag
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
ICN	International Council of Nurses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MoPra	Mobile Praxisassistentin
NP	Nurse Practitioner
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PN	Practice Nurse
RCGP	Royal College of General Practitioners
RCN	Royal College of Nursing
PHCT	Primary Health Care Team
RN	Registered Nurse
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UKCC	United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Überweisungssystem in der britischen Primärversorgung	28
Abbildung 2: Anlässe zur Konsultation einer PflegekraftAbbildung	38
Abbildung 3: Anreize für Patienten zur Konsultation einer Pflegekraft anstelle des Hausarztes	39
Tabelle 1: Qualifikationsniveaus, Ausbildungsdauer und Tätigkeitsprofile der Pflegeausbildung in den Niederlanden.....	21
Tabelle 2: Gründe für die Einführung von ANP-Rollen.....	30

1. Einleitung

Demografische und epidemiologische Entwicklungen stellen das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Der wachsende Anteil älterer Patienten, Multimorbidität und die Zunahme von chronischen Erkrankungen stellen komplexe Anforderungen an die zukünftige Versorgung dar. Durch den raschen medizinisch-technischen Fortschritt wandeln sich Arbeitsstrukturen, -formen und -inhalte. Auch veränderte Erwartungen und Bedürfnisse der Menschen an das Gesundheitssystem machen eine Neuordnung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen erforderlich. Diese Faktoren stellen auch ökonomische Herausforderungen an das System dar. Besonders betroffen von diesen Entwicklungen ist die hausärztliche Versorgung¹.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellt in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 eine „nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung“² fest. Die Kooperation zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen entspricht nicht den Anforderungen der Zukunft³. Besonders in der ambulanten Versorgung ist die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen eher gering ausgeprägt. Die Leistungserbringung erfolgt in der ambulanten ärztlichen Versorgung meist monoprofessionell, wenn die Medizinischen Fachangestellten außer Acht gelassen werden⁴. Die zukünftigen Anforderungen an die Versorgung machen eine neu gestaltete interdisziplinäre Arbeitsteilung notwendig. Die stärkere Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, insbesondere der Einbezug der Pflege, wird vom SVR in seinem Gutachten von 2007 empfohlen und auch 2009 wieder aufgenommen. „Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll“⁵.

Das besondere der Berufsgruppe der Pflege ist, dass sie über präventive, rehabilitative und palliative Kompetenzen verfügt⁶. Der Kern pflegerischen Handelns liegt nicht mehr in der ärztlichen Assistenz und Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und

¹ Vgl. SVR 2007, S. 97

² SVR 2007, S. 96

³ Vgl. SVR 2007, S.96

⁴ Vgl. Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 9

⁵ SVR 2007, S. 99

⁶ Vgl. § 3 Abs. 1 Krankenpflegegesetz

Therapie. Pflege kann einen eigenen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten⁷. Damit einhergehend fand ein Wandel im Aufgabeverständnis statt. „Pflege orientiert sich heute nicht mehr vorrangig an der Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen, sondern stellt die Förderung der Gesundheit des einzelnen Menschen und seine Begleitung und Beratung in den Mittelpunkt.“⁸ Aus diesen Gründen kann Pflege die hausärztliche Versorgung im Hinblick auf die eingangs beschriebenen Herausforderungen hilfreich ergänzen.

Vor diesem Hintergrund sollen in der Arbeit folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie kann Pflege eigenständig mit dem Hausarzt im ambulanten Versorgungsteam als Weiterentwicklung der traditionellen Hausarztpraxis zusammen arbeiten?
- Welche Bedingungen müssen für eine Zusammenarbeit im Team, einhergehend mit größerer Eigenständigkeit für Pflegende, erfüllt sein?

Die Beantwortung der Fragestellungen soll durch eine Literaturanalyse erfolgen. Als thematischer Einstieg werden in Kapitel 3 die Merkmale der hausärztlichen Tätigkeit dargestellt und die Zusammenarbeit in der Arztpraxis betrachtet. Im Anschluss werden Modellprojekte, in denen neue Formen der Zusammenarbeit in der hausärztlichen Versorgung erprobt wurden, beschrieben. Die Modellprojekte stellen zwar einen bedeutenden Entwicklungsschritt dar, weisen aber auch Grenzen auf. In anderen Ländern werden Pflegende in größerem Maße in die hausärztliche Versorgung einbezogen. Um weitere Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen, soll in dieser Arbeit ein Überblick gegeben werden, welche Rollen Pflegende in der hausärztlichen Versorgung auf internationaler Ebene einnehmen. Hierfür wurden exemplarisch die Länder Australien, Niederlande und Großbritannien ausgewählt, da sie über unterschiedliche Erfahrungen mit dem Einbezug von Pflegenden in die hausärztliche Versorgung verfügen. Von besonderer Bedeutung sind bei dieser Betrachtung die Rollen und Tätigkeiten, die Pflegende ausführen und das Verhältnis, in dem sie mit dem Arzt zusammen arbeiten. Zudem wird auf Rahmenbedingungen eingegangen, die die Entwicklung neuer Perspektiven fördern. Hierbei wurde der Fokus auf Einstellungen und Interessen der Berufsgruppen sowie die Wahrnehmungen der Patienten gelegt. Als Abschluss werden aus den Ergebnis-

⁷ Vgl. Schaeffer, Moers, Rosenbrock 2003, S. 276

⁸ Stöcker 2010, S. 150

sen der Literaturanalyse Perspektiven für die Entwicklung der Pflege in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland abgeleitet.

Die Bearbeitung des Themas wirft auch die Frage der Effizienz des Einsatzes von Pflegenden in der hausärztlichen Versorgung auf. Auf diesen Aspekt soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da es den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Zur Erleichterung des Leseflusses wird in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwandt. Die weibliche ist selbstverständlich eingeschlossen. Eine Ausnahme bilden Eigennamen, wie z.B. die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH).

2. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturanalyse durchgeführt. Hierbei wurde eine Suche im Gemeinsamen Verbundskatalog⁹ durchgeführt. Die gefundenen Bücher und Zeitschriften wurden nach geeignetem Material durchsucht. Da für den Themenkomplex „Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung im Ausland“ auf internationale Literatur zurück gegriffen werden musste, wurde zusätzlich eine Datenbankabfrage durchgeführt. Die Datenbankrecherche erfolgte über den Zugang Ovid, welcher von der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg zur Verfügung gestellt wird. Ovid ist ein Service von dem Verlag Wolters Kluwer Health, mit dessen Hilfe mehrere Datenbanken gleichzeitig durchsucht werden können. Für diese Arbeit wurden die Datenbanken Medline und Embase ausgewählt. Medline ist die bibliografische Hauptdatenbank der U.S. National Library of Medicine. Sie beinhaltet mehr als 16 Millionen Artikel aus allen Gebieten der Medizin und aus angrenzenden Bereichen wie der Pflege¹⁰. Die Datenbank Embase umfasst 13 Millionen Literatureinträge aus dem medizinischen Bereich, einschließlich Gebiete wie Pflege oder Gesundheitsmanagement¹¹.

Als Suchbegriffe wurden die englischen Bezeichnungen des ausgewählten Landes, die hausärztliche Versorgung oder die Hausarztpraxis und die Berufsbe-

⁹ <http://gso.gbv.de/DB=2.1/>

¹⁰ Vgl. Behrens, Langer 2006, S. 114

¹¹ Vgl. Behrens, Langer 2006, S. 119

zeichnungen gewählt. Die Begriffe wurden mithilfe von Trunkierungen auf den Wortstamm reduziert und mit logischen Operatoren verknüpft. Die Suchstrategie ist im Anhang 1 abgebildet.

Eingeschlossen wurde deutsche und englische Literatur. Zum Thema Niederlande wurden interessante Veröffentlichungen gefunden, die aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse aber nicht berücksichtigt werden konnten. Als inhaltliches Einschlusskriterium galt, dass die Rolle der Pflegenden beschrieben sein musste oder Rahmenbedingungen der Entwicklung neuer Rollen erfasst wurden.

Weiterhin wurden Literaturverzeichnisse der gefundenen Publikationen durchsucht und Recherchen im Internet auf den Webseiten der Berufsvertretungen betrieben.

3. Merkmale der hausärztlichen Versorgung

Das Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) gliedert die ambulante ärztliche Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung umfasst demnach:

1. „die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes (...),
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“¹².

An der hausärztlichen Versorgung können Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Kinderheilkunde und Innere Medizin, die sich für die Teilnahme an der hausärztli-

¹² § 73 Abs. 1 SGB V

chen Versorgung entscheiden, teilnehmen¹³. Die Allgemeinmedizin gilt dabei als Kerndisziplin der Hausarztfunktion¹⁴. Die hausärztliche Tätigkeit zeichnet sich durch die kontinuierliche und umfassende Betreuung von Patienten bei Krankheit und Gesundheit aus. Der Hausarzt kennt seine Patienten, meist ganze Familien, im Idealfall seit Jahren und ist mit der Biografie und den familiären und sozialen Zusammenhängen vertraut¹⁵. Diese Kenntnis versetzt ihn in die Lage „auf Kontextbedingungen der Krankheitsentstehung und -bewältigung einzugehen und somit die Gesundheitsressourcen des Patienten zu erkennen und zu mobilisieren“¹⁶.

Hausärzte stellen in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen dar und sollen die Patienten durch das Versorgungssystem geleiten. Der Hausarzt verfügt über breites und auf das Allgemeine spezialisiertes Wissen. Er nimmt eine ganzheitliche Perspektive bei der Krankheitsbetrachtung ein, d.h. medizinische, psychologische und soziokulturelle Determinanten werden berücksichtigt¹⁷.

Dieses soeben beschriebene Ideal der umfassenden Betreuung und Koordination von Behandlungsabläufen, entspricht oft nicht der Realität. Rosenbrock und Gerlinger stellen einen Bedeutungsverlust der hausärztlichen Versorgung fest. Dieser zeigt sich zum einen durch eine sinkende Patientennachfrage, welche mit einer Verlagerung zur fachärztlichen Versorgung einhergeht. Zum anderen wird der Bedeutungsverlust durch den Rückgang der Anzahl der Hausärzte deutlich¹⁸.

Hausärzte werden mit unterschiedlichen Gesundheitsstörungen konfrontiert. Dabei handelt es sich einerseits um leichte Krankheitsfälle, andererseits um uncharakteristische Störungen, chronische Krankheiten, finale Stadien zum Tode führender Krankheiten, rein altersbedingte physiologische, sensorische und psychische Einschränkungen; subjektive Befindlichkeitsstörungen und um individuelle Mischungen dieser Formen¹⁹.

Die durchschnittliche Hausarztpraxis hat fünf Angestellte. Das Praxisteam besteht dabei meist aus einem Arzt und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Praxisge-

¹³ § 73 Abs. 1a SGB V

¹⁴ Vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 124

¹⁵ Vgl. Abholz, Kochen 2006, S. 502

¹⁶ Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 123

¹⁷ Vgl. Abholz, Kochen 2006, S. 502

¹⁸ Vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 122

¹⁹ Vgl. Schwartz, Klein-Lange 2003, S. 279f

meinschaften, Gemeinschaftspraxen²⁰ und Medizinische Versorgungszentren nehmen tendenziell zu, Einzelpraxen stellen jedoch die häufigste Organisationsform dar²¹.

Unterstützung erhält der Arzt durch nichtärztliche Gesundheitsberufe, meist durch Medizinische Fachangestellte. Bei bestimmten Aufgaben ist eine Arbeitsteilung notwendig, die als unterstützende und ergänzende Vor-, Zu- und Nacharbeit auf den Arzt bezogen ist²². Hauptaufgaben der Medizinischen Fachangestellten sind „Empfang und Betreuung der Patienten, die Organisation der Praxisabläufe und die Assistenz bei Untersuchung und Behandlung“²³. Zwischen dem Arzt und den anderen Berufsgruppen in der Arztpraxis besteht eine Hierarchie, die durch Delegation und Aufgabenzuweisung, professionelle Dominanz und das Abhängigkeitsverhältnis der Angestellten gekennzeichnet ist²⁴.

4. Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung

Die Frage nach neuen Aufgabenverteilungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen löst in Deutschland derzeit viele Diskussionen aus. In Deutschland ist der Hausarzt der alleinige Ansprechpartner im Rahmen der hausärztlichen Versorgung, abgesehen von den Medizinischen Fachangestellten, die den Arzt unterstützen. Im Gegensatz dazu erfolgt in anderen Ländern die Versorgung durch ein Team, in dem meist auch Pflegende beteiligt sind. In Kapitel 4.1 werden Konzepte beschrieben, in denen neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Hausärzten erprobt wurden. Im Anschluss werden in Kapitel 4.2 Möglichkeiten des Einbezugs der Pflegenden in der hausärztlichen Versorgung anhand von ausländischen Beispielen dargestellt.

²⁰ Im Gegensatz zu einer Gemeinschaftspraxis, bleiben die Ärzte in einer Praxisgemeinschaft eigenständig, rechnen getrennt ab und haben ihren eigenen Patientenstamm. Vgl. Simon 2008, S. 117

²¹ Vgl. Simon 2008, S. 117

²² Vgl. Smolka 2006, S. 138

²³ Höppner 2008, S. 252

²⁴ Vgl. Smolka 2006, S. 140

4.1 Konzepte in Deutschland

Im Folgenden werden die Konzepte AGnES und Tandempraxis vorgestellt. Beim Konzept AGnES stehen Hausbesuche durch Pflegende oder Medizinische Fachangestellte im Vordergrund, während beim Konzept der Tandempraxis die Versorgung der Patienten gemeinsam durch Pflegende und Ärzte innerhalb einer Praxis erfolgt.

4.1.1 Das Konzept AGnES

Vor dem Hintergrund der drohenden Unterversorgung in einigen ländlichen Gebieten, wurde das Konzept Community Medicine Nursing von der Ernst-Moritz-Arndt Universität, Institut für Community Medicine, Greifswald entwickelt. Im Rahmen des Konzeptes wurden die Projekte Schwester AGnES, Gemeindeschwester Brandenburg und MoPra (Mobile Praxisassistentin) durchgeführt. Die Zielsetzung der Projekte bestand in der Erprobung neuer Methoden in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen²⁵.

Der Name des Konzeptes AGnES steht für Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention. Das Modell wurde seit 2005 in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt mit unterschiedlichen Schwerpunkten erprobt²⁶.

Das Projekt basiert auf der Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter. Speziell ausgebildete Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte übernehmen insbesondere Hausbesuche bei älteren, chronisch kranken, meist multimorbiden Patienten²⁷. Zur Qualifizierung der AGnES-Fachkräfte wurde in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Neubrandenburg ein Curriculum entwickelt²⁸. Zu den Aufgaben der AGnES gehören die Beurteilung des Gesundheitszustandes, medizinische Aufgaben wie Injektionen, Blutabnahmen, Wund- und Dekubitusbehandlungen und die Erfassung von diagnostischen Parametern, wie z.B. Blutdruck oder Blutzucker. Desweiteren führen AGnES-Fachkräfte Beratungen zu gesundheitlichen Themen, wie z.B. Flüssigkeitsaufnahme, Ernährung und Um-

²⁵ Vgl. Van den Berg et al. 2007, S. 118

²⁶ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 3f

²⁷ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 5

²⁸ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 9

gang mit Heil- und Hilfsmitteln durch. Im Teilprojekt AGnES auf Rügen wurden Telecaregeräte²⁹ in der Häuslichkeit der Patienten angewendet. Die AGnES-Fachkräfte schulten die Patienten im Umgang mit Telecaregeräten³⁰. Auch Arzneimittelkontrollen und Sturzprophylaxen gehören zu den Aufgaben der AGnES. Häusliche Grund- und Behandlungspflege sowie diagnostische oder therapeutische Entscheidungen gehören hingegen nicht zu ihrem Aufgabenspektrum³¹.

Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts zeigt eine starke Zufriedenheit bei Patienten, Praxispersonal und Ärzten. Nahezu alle Patienten (98,7%) empfinden AGnES als kompetenten Ansprechpartner in Gesundheitsfragen. 94,3% der befragten Patienten könnten sich vorstellen, im Rahmen von Hausbesuchen regelmäßig von AGnES-Fachkräften betreut zu werden und nur bei dringendem medizinischem Bedarf den Hausarzt zu konsultieren³².

Die Mehrheit der Ärzte spürte eine Entlastung durch die Unterstützung der AGnES. Weiterhin schätzten sie die Qualität der medizinischen Betreuung durch AGnES als hoch und als mit der üblichen hausärztlichen Betreuung vergleichbar ein. Außerdem gab die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte an, dass der Einsatz der AGnES positive Auswirkungen auf die Compliance der Patienten hat³³.

Neben AGnES existieren weitere Fortbildungskonzepte, die hauptsächlich der Qualifizierung Medizinischer Fachangestellter dienen, wie z.B. VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder EVA (Entlastende Versorgungsassistentin). Diese Konzepte wurden von Berufsvertretungen der Ärzte entwickelt. VERAH wurde vom Institut für hausärztliche Fortbildung des Hausärzterverbandes und dem Verband medizinischer Fachberufe konzipiert, EVA von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Als Vorteil wird gesehen, dass Medizinische Fachangestellte den Arzt auch in der Praxis unterstützen können.

²⁹ Unter Telecare wird die Anwendung telemedizinischer Geräte in der Häuslichkeit des Patienten verstanden, wie z.B. Blutzuckermessgeräte oder EKG-Aufnahmegeräte, mit denen die Informationen über eine räumliche Trennung hinweg übertragen werden können. Vgl. Van den Berg et al. 2007, S. 122f

³⁰ Vgl. Van den Berg et al. 2007, S. 126

³¹ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 4-6

³² Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 7

³³ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 7

Nach der Evaluation der AGnES-Modellprojekte wurde das Projekt 2009 in die Regelversorgung überführt³⁴. Hierfür haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung Regelungen über die Erbringung und Vergütung von Hilfeleistungen durch entsprechend qualifizierte sog. nicht-ärztliche Praxisassistenten vereinbart. Die vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen können insbesondere durch Fortbildungen der Bundesärztekammer erworben werden. Die Fortbildungsdauer wurde in der Vereinbarung, je nach Berufserfahrung, mit 190-270 Stunden festgelegt³⁵. Diese Vorgaben entsprechen den Konzepten VERAH und EVA. Die AGnES Qualifikation schreibt einen doppelt so hohen Stundenumfang vor und wurde (Stand: 2009) noch nie angeboten³⁶.

Weiterhin dürfen Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten nur erbracht und abgerechnet werden, wenn gemäß § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V ärztliche Unterversorgung, eine drohende ärztliche Unterversorgung oder ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt wurde³⁷.

4.1.2 Das Konzept der Tandempraxis

Der SVR empfiehlt, weiter greifende Formen der Zusammenarbeit zwischen nicht-ärztlichen und ärztlichen Gesundheitsberufen zu entwickeln: „Entsprechende Kooperationen sollten nicht auf die Delegation von Hausbesuchen beschränkt werden, sondern vor allem die gesamte Gestaltung hausärztlicher Versorgung innerhalb der Praxis betreffen.“³⁸

In diesem Sinne wurde das Konzept der Tandempraxis von der Universität Witten/Herdecke entwickelt. Im Rahmen des Konzepts wurde die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten bei der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Selbstpflegekompetenz erprobt. Pflegende und Ärzte arbeiten dabei als Tandem, innerhalb einer Praxis zusammen. Das Prinzip des Tandems bedeutet in diesem Zusammenhang, dass durch Zusammenwirken von Pflege und Ärzten die

³⁴ Vgl. Van den Berg et al. 2009, S. 3

³⁵ Vgl. BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte) und EKV (Ersatzkassenvertrag) Anlage 8, § 7 Abs. 2 und 3

³⁶ Vgl. Richter 2009, S. 41

³⁷ Vgl. BMV-Ä und EKV Anlage 8, § 2 Abs. 2

³⁸ SVR 2009, S. 433

Versorgung besser gestaltet werden kann. In der Studie wurde das Versorgungskonzept am Beispiel von Patienten mit Ulcus Cruris venosum³⁹ evaluiert. Die Krankheit nimmt häufig chronische Verläufe an und kann die betroffenen Menschen im Alltag stark einschränken. Neben der ärztlichen Behandlung wurden die Patienten von Pflegenden geschult und beraten. Vorrangiges Ziel der Interventionen ist die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz der Patienten und somit die Befähigung, den Umgang und das Leben mit der Krankheit besser bewältigen zu können. Die Steigerung der Selbstpflegekompetenz⁴⁰ wurde an der Verbesserung der Wundheilung, der Reduktion der Wundgröße und an der Zunahme der Lebensqualität gemessen⁴¹.

Der Einsatz der Pflegeexperten wirkte sich nach Ansicht der Ärzte vorteilhaft auf die Patienten aus. Dies wird auf die intensive Begleitung durch die Pflegenden zurückgeführt. Darüber hinaus schätzen die Ärzte den fachlichen Austausch mit den Pflegeexperten, die durch die Spezialisierung in dem Bereich Wundmanagement über aktuelles Wissen verfügen. Trotz dieser insgesamt positiven Einschätzung, wären die Ärzte nicht bereit, die Behandlungshoheit an Pflegeexperten zu übergeben⁴².

Die Pflegeexperten sahen ihre Hauptaufgabe innerhalb der Studie in der Beratung der Patienten. Allerdings würden sie gern mehr medizinische Aufgaben übernehmen, um Beratung und Wundbehandlung „Hand in Hand“⁴³ durchführen zu können.

Die Patienten schätzen vor allem die psychosoziale Betreuung durch die Pflegenden. Zuhören, Hoffnung vermitteln, Halt geben und Angst nehmen, stellen für die Patienten wichtige Komponenten der Betreuung dar. „Die Patienten fühlen, dass bei den Pflegeexperten der Mensch und nicht das erkrankte Bein im Vordergrund steht.“⁴⁴

³⁹ Bei dem Krankheitsbild handelt es sich um pathologische Veränderungen des Gewebes am Unterschenkel, das nach chronisch venöser Insuffizienz auftritt. Vgl. Altmeyer, Hoffmann 2006, S. 377

⁴⁰ Der Begriff Selbstpflegekompetenz stammt aus der Pflgetheorie von Orem und bezeichnet die Fähigkeit, Aktivitäten zum Erhalt von Leben, Gesundheit und Wohlbefinden ausüben zu können. Vgl. Meleis 1999, S. 607

⁴¹ Vgl. Herber, Rieger, Schnepf 2008, S. 236

⁴² Vgl. Herber, Rieger, Schnepf 2008, S. 240

⁴³ Vgl. Herber, Rieger, Schnepf 2008, S. 241

⁴⁴ Vgl. Herber, Rieger, Schnepf 2008, S. 241

4.2 Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung im Ausland

In anderen Ländern werden Pflegende in größerem Maße in die hausärztliche Versorgung einbezogen. Bei der Betrachtung der internationalen Rollen der Pflege in der hausärztlichen Versorgung, wurden vor allem zwei Berufsbilder ermittelt. Das erste Berufsbild ist die sog. General Practice Nurse, meist Practice Nurse (PN) genannt, das zweite ist der Nurse Practitioner (NP). Aus diesem Grund konzentriert sich die Recherche auf diese beiden Berufsbilder. Mit der Betrachtung der Practice Nurse und des Nurse Practitioner in Australien, den Niederlanden und Großbritannien sollen in diesem Kapitel Beispiele für die Rolle der Pflege in der hausärztlichen Versorgung vorgestellt werden.

Die Berufsbilder der Practice Nurse und des Nurse Practitioner unterscheiden sich im Grad ihrer Autonomie, in ihren Rollen und ihrer Ausbildung. Unterschiede zwischen den Berufsbildern finden sich auch zwischen Australien, den Niederlanden und Großbritannien. Bevor die Rollen in den einzelnen Ländern dargestellt werden, sollen im folgenden Abschnitt die Berufsbilder erläutert werden.

Als Practice Nurse werden allgemein Pflegende bezeichnet, die in Hausarztpraxen angestellt sind oder die ihre Dienste in der Arztpraxis zur Verfügung stellen. Sie arbeiten gemeinsam mit dem Hausarzt in einem multidisziplinären Team, wobei sie zu einem bestimmten Grad der ärztlichen Aufsicht unterliegen. Practice Nurses sind bereits in Großbritannien und Neuseeland etabliert⁴⁵. Ihre Bedeutung wächst aber auch in anderen Ländern, wie in Australien oder den Niederlanden, wo sie seit einiger Zeit in die hausärztliche Versorgung einbezogen werden.

NPs werden neben den hier analysierten Ländern auch in Kanada, den USA und Finnland in die Grundversorgung einbezogen. Der Weltverband für beruflich Pflegende, der International Council of Nurses (ICN), definiert NP wie folgt:

„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 Masters degree is recommended for entry level.“⁴⁶

⁴⁵ Vgl. Halcomb, Patterson, Davidson 2006, S. 377

⁴⁶ ICN 2002, zit. in: ICN 2009, S. 1

Nurse Practitioner entwickelten sich in den 1960er Jahren in den USA. Pflegende erweiterten die Pflegepraxis, um die primäre Gesundheitsversorgung für vernachlässigte Bevölkerungsgruppen sicherzustellen und die Kontinuität der Gesundheitsversorgung im ambulanten, gemeindenahen Bereich zu fördern⁴⁷.

Neben dem Nurse Practitioner haben sich eine Vielzahl von Pflegeexperten mit unterschiedlichen Berufstiteln entwickelt, z.B. Clinical Nurse Specialist oder Nurse Consultant. International hat sich der Begriff der Advanced Nursing Practice (ANP) etabliert. Kennzeichnend für ANP sind die Merkmale Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt: ANP-Experten spezialisieren sich auf Gesundheitsprobleme bestimmter Patientengruppen bzw. in bestimmten Fachgebieten der Pflege, z.B. in der Geriatrie oder Wundpflege. Erweiterung bedeutet in diesem Zusammenhang die Entwicklung von Kompetenzen im klinischen Bereich, die über traditionelle Pflegeinterventionen hinaus gehen. Die erweiterte Pflegepraxis orientiert sich dabei an den Bedürfnissen der Patienten⁴⁸. „Die Kombination von Spezialisierung und Erweiterung führt zu Fortschritten, mit denen die Pflege – auch in einem interdisziplinären Kontext – nachhaltig, breitflächig und zukunftsorientiert verbessert werden kann.“⁴⁹ Hierzu gehört auch, Forschungsergebnisse kritisch zu betrachten und in der Praxis anwenden sowie evaluieren zu können⁵⁰.

In den folgenden Abschnitten werden die Rollen von PNs und NPs in Australien, den Niederlanden und Großbritannien beschrieben.

4.2.1 Australien

In Australien wurde Advanced Nursing Practice eingeführt, womit dem Ärztemangel in ländlichen Gebieten entgegen gewirkt werden soll. Ein weiterer Grund für die Einführung erweiterter Pflegepraxis stellt der Wunsch der Pflegenden nach klinischen Karrieremöglichkeiten dar⁵¹. Die australische Regierung sieht durch die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegenden eine Möglichkeit, den He-

⁴⁷ Vgl. Spirig, De Geest 2008, S. 38

⁴⁸ Vgl. Spirig, De Geest 2004, S. 233f

⁴⁹ Spirig, De Geest 2004, S. 234

⁵⁰ Vgl. Spirig, De Geest 2004, S. 234

⁵¹ Vgl. Spirig De Geest 2008, S. 111

erausforderungen des Gesundheitswesens, wie erhöhter Versorgungsbedarf chronisch Kranker und Ärztemangel, zu begegnen⁵².

In Australien werden zwei Ausbildungsniveaus in der Pflege unterschieden. Registrierte Pflegende, Registered Nurses (RN), werden drei Jahre an Universitäten ausgebildet und schließen mit einem Bachelor ab. Die Ausbildung zur Enrolled Nurse dauert hingegen zwischen 12 und 18 Monaten und gleicht einer schulischen Berufsausbildung⁵³. Nach der Ausbildung als Registered oder Enrolled Nurse sind keine Qualifikationen erforderlich, um als Practice Nurse zu arbeiten. Eine Umfrage von Pascoe et al. zeigte, dass 65,8% der befragten 222 PNs zusätzliche Qualifikationen erworben haben⁵⁴, wobei diese meist nicht spezifisch für den Bereich der hausärztlichen Versorgung ausgerichtet sind⁵⁵.

Die Rolle der Practice Nurse und die Reichweite ihres Verantwortungsbereichs, ist sehr unterschiedlich und von verschiedenen Faktoren abhängig. So gibt es sowohl Praxen, die ohne PNs tätig sind, als auch autonom arbeitende PNs mit eigenen Sprechstunden und Terminen. Die Aufgaben der PNs variieren abhängig von den Merkmalen der Patientenpopulation, dem Ort der Praxis und der Erreichbarkeit von anderen Dienstleistern, von den Erfahrungen und Fähigkeiten der PN und von den Einstellungen und Erfahrungen des Arztes in der Zusammenarbeit mit PNs⁵⁶.

Die meisten PNs arbeiten arztunterstützend und in Delegation. Hierbei übernehmen Practice Nurses delegierte klinische Tätigkeiten wie das Messen von Blutdruck, Körpergröße und Gewicht, Harnuntersuchungen, Anlegen von Wundverbänden und das Verabreichen von Schutzimpfungen. Sie führen auch Hausbesuche bei älteren Patienten durch, wobei sie den Behandlungsbedarf einschätzen und festlegen. Zudem nehmen sie Aufgaben der Praxisorganisation wahr, wie z.B. Bestandshaltung oder Sterilisation von Geräten⁵⁷. All diese Tätigkeiten kommen in Deutschland Medizinischen Fachangestellten zu⁵⁸.

Darüber hinaus arbeiten einige PNs in einer erweiterten Pflegepraxis. Sie führen Patienten- und Angehörigenschulungen für chronische Krankheitsbilder wie

⁵² Vgl. Senior 2008, S. 9

⁵³ Vgl. Australian Nursing Federation 2010, S. 1

⁵⁴ Vgl. Pascoe et al. 2005, S. 46

⁵⁵ Vgl. Watts 2004, S. 23

⁵⁶ Vgl. Tolhurst et al. 2004, S. 186f

⁵⁷ Vgl. Tolhurst et al. 2004, S. 186

⁵⁸ Vgl. Thill 2006, S. 176

Asthma oder Diabetes durch. Desweiteren beraten sie Frauen über Empfängnisverhütung und entnehmen Gebärmutterhalsabstriche⁵⁹.

Watts et al. identifizieren vier Verantwortungsbereiche der PN: das Durchführen und die Organisation von klinischen Tätigkeiten sowie die Organisation der Praxisabläufe wie eben beschrieben. Darüber hinaus wird der Verantwortungsbereich der Integration genannt, dem eine große Bedeutung zugeschrieben wird⁶⁰. Integration bedeutet in diesem Zusammenhang die Kommunikation innerhalb der Praxis, aber auch die Abstimmung mit Institutionen und Professionen außerhalb der Praxis. Aufgabe der PN ist es, Kommunikation und Vernetzung zu fördern und aufrecht zu erhalten. Diese Rolle lässt sich nach Watts et al. auf die Fähigkeit der Pflegenden zurückführen, aus der Situation herausgehen zu können und den Patienten und die Situation mit einer ganzheitlichen Sichtweise betrachten zu können⁶¹.

Durch finanzielle Förderung der Regierung ist die Anzahl der PNs gestiegen. Inzwischen beschäftigen rund 60% der Hausarztpraxen Practice Nurses⁶², wobei sich die Rolle der PN in den letzten Jahren entwickelt hat. Practice Nursing wird von Medizin und Pflege zunehmend als Spezialgebiet der Pflege anerkannt. Mehr und mehr Pflegenden haben ihren traditionellen Tätigkeitsbereich erweitert und neue Aufgaben in den Bereichen Wundmanagement, Chronic Disease Management, bei Diabetes- und Asthmaschulungen und in der Patientenberatung übernommen⁶³. Pascoe et al. stellen anhand ihrer Befragung von 222 PNs diese Tätigkeiten sogar als Kerntätigkeiten der PNs heraus⁶⁴.

Die Australian Nursing Federation, die Interessensvertretung der Pflegeberufe, sieht die Hauptaufgaben der PNs in Gesundheitserhaltung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention⁶⁵.

Die TrueBlue Study stellt ein Beispiel dafür dar, welche Rollen Pflegenden eigenständig im Bereich des Chronic Disease Managements ausüben können. Hierbei handelt es sich nicht um ein etabliertes Versorgungskonzept in Australien, son-

⁵⁹ kommt in einigen Ländern traditionell dem Hausarzt zu, vgl. Tolhurst et al 2004, S. 186

⁶⁰ Vgl. Watts et al 2004, S. 23

⁶¹ Vgl. Watts et al 2004, S. 25f

⁶² Vgl. Morgan et al. 2010, S. 49

⁶³ Vgl. Senior 2008, S.12f

⁶⁴ Vgl. Pascoe et al. 2005, S. 47f

⁶⁵ Vgl. Australian Nursing Federation 2009, S. 1

dern um ein randomisierte, kontrollierte Studie, in deren Rahmen das amerikanische Konzept IMPACT auf australische Hausarztpraxen übertragen wurde. IMPACT ist ein Versorgungskonzept für Patienten, die an gleichzeitig an Depressionen und koronarer Herzkrankheit oder Diabetes mellitus Typ 2 leiden. Hintergrund des Konzeptes ist, dass komorbide Depressionen in der hausärztlichen Versorgung zu wenig wahrgenommen werden. Im Rahmen der Studie wurde ermittelt, dass 34% der Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Diabetes mellitus Typ 2 auch an Depressionen litten.

Die Stichprobe der Studie wurde in eine Interventionsgruppe mit sechs Arztpraxen und eine Kontrollgruppe mit fünf Praxen eingeteilt. Die Patienten erhalten entweder die übliche Versorgung in der Kontrollgruppe oder werden im Sinne des Konzepts gemeinsam von PNs und Hausärzten betreut. Beide Gruppen umfassen etwa 150 Patienten⁶⁶.

Pflegende nehmen in diesem Konzept neue Rollen ein. Als Casemanager koordinieren sie die Versorgung der Patienten. Außerdem bieten sie Pflegesprechstunden an, in denen sie die Patienten kontinuierlich im vierteljährlichen Rhythmus betreuen. Durch die Sprechstunden soll vor allem das Selbstmanagement der Patienten gefördert werden. Auf ihre neuen Aufgaben wurden die Practice Nurses in einem Workshop vorbereitet⁶⁷.

Zur Einschätzung ob ein Patient an Depressionen leidet, wird ein zuverlässiger und valider Fragebogen Patient-Health Questionnaire herangezogen. Dieses Messinstrument dient auch zur regelmäßigen Beobachtung der Depressionschwere. Während der Sprechstunden erfassen und beobachten die Practice Nurses physiologische Parameter und ermitteln krankheitsspezifische Risikofaktoren. Sie erarbeiten gemeinsam mit dem Patienten drei Ziele zur Reduktion der Risikofaktoren oder in Bezug auf die Reduktion der Depression, die der Patient für erreichbar hält. Zudem werden mögliche Barrieren für die Zielerreichung identifiziert und es wird gemeinsam mit den Patienten überlegt, wie diese überwunden werden können. Die PN unterstützt durch Informationsmaterialien das

⁶⁶ Vgl. Morgan et al. 2010, S. 49

⁶⁷ Vgl. Morgan et al. 2009, S. 2

Verständnis der Patienten über ihre Krankheit oder empfiehlt andere Dienste, wie z.B. Diätspezialisten⁶⁸.

Für die Sprechstunde steht eine Stunde zur Verfügung. Drei Viertel der Zeit entfallen auf die eben beschriebenen Prozesse. Die restliche Zeit wird zur Dokumentation benötigt. Um die reibungslose Abstimmung zwischen den Beteiligten gewährleisten zu können, wurde ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt. Hierbei werden bspw. die Krankengeschichte, aktuelle Medikation, physiologische Parameter, Risikofaktoren oder der Zeitplan für die Kontrollbesuche erfasst⁶⁹.

Da die Studie zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit noch nicht abgeschlossen ist, können nur einige vorläufige Ergebnisse vorgestellt werden⁷⁰. Achtzehn Monate nach der Implementierung schätzen die beteiligten Hausärzte das Konzept überwiegend als effektiv ein. Die Practice Nurses gaben an, dass sie sich sicher und vertraut mit ihren neuen Rollen fühlen. Beide Berufsgruppen möchten das Konzept fortführen⁷¹. Die Depressionsschwere konnte in der Interventionsgruppe bisher um 33% verringert werden. Durch die gewöhnliche Versorgung wurde hingegen nur eine Reduktion um 16% erreicht⁷².

Das Berufsbild des Nurse Practitioner wurde im Jahr 2000 in Australien eingeführt. NPs wurden zunächst in Krankenhäusern eingesetzt. Im ambulanten Bereich befindet sich die Rolle noch in der Entwicklung⁷³. In 2009 gab es insgesamt 400 NPs in Australien. Sofern NPs in Arztpraxen arbeiten, so geschieht das meist in ländlichen und abgelegenen Gegenden⁷⁴.

Nurse Practitioner können sich u.a. auf den Bereich Rural and Remote Care spezialisieren. Sie haben in diesen Gebieten sehr umfangreiche Aufgaben, was damit zusammen hängt, dass unter Umständen keine Ärzte zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund nehmen viele Pflegenden dort schon seit längerem Rollen wahr, die NPs zugeschrieben werden⁷⁵.

⁶⁸ Vgl. Morgan et al. 2009, S. 5f

⁶⁹ Vgl. Morgan et al. 2009, S. 3

⁷⁰ Auskunft von Michael Coates

⁷¹ Vgl. Morgan, Dunbar, Reddy 2009, S. 926

⁷² Vgl. Morgan et al. 2010, S. 50

⁷³ Vgl. OECD 2010, S. 63

⁷⁴ Vgl. OECD 2010, S. 31

⁷⁵ Vgl. National Rural Health Alliance 2005, S. 7

Man kann keine einheitliche Rollendefinition für Nurse Practitioners in ländlichen und abgelegenen Regionen erstellen, da die Bedingungen der Gegenden und die gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen in diesen Gebieten sehr unterschiedlich sind. NPs arbeiten gemeinsam mit Ärzten, Pflegenden, anderen Gesundheitsberufen oder auch alleine. Generell ist die Rolle des NPs von den Lebens- und Arbeitsbedingungen und von der professionellen Isolation von medizinischen und anderen Gesundheitsberufen geprägt. In einigen ländlichen und abgelegenen Gebieten sind Pflegende der erste Anlaufpunkt bei gesundheitlichen Fragen und Problemen, wohingegen in städtischen Gebieten Allgemeinärzte oder Spezialisten zur Verfügung stehen. NPs müssen ihre Fähigkeiten ständig den Bedürfnissen der Menschen und dem Mangel an Gesundheitspersonal anpassen. Dementsprechend ist ihre Arbeit umfassend und ganzheitlich ausgerichtet. Sie betreuen Menschen in der ganzen Lebensspanne, akute Fälle sowie chronische Beschwerden. Die Krankheitsprävention sowie die Förderung der Autonomie und Selbständigkeit der Menschen sind wichtige Bestandteile ihrer Arbeit. Von großer Bedeutung ist auch die Kooperation mit anderen Pflegenden oder anderen Gesundheitsberufen, wobei Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen⁷⁶. Die folgende Tätigkeitszusammenfassung der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) verdeutlicht die umfassenden Aufgaben:

- Assessment, Diagnosestellung, Behandlung und Monitoring
- Veranlassung und Interpretation von Untersuchungen und Röntgenaufnahmen
- Beratung
- Erkennung und Überweisung von Patienten mit Depressionen. NP haben in diesem Zusammenhang auch die Aufgaben, regionale Netzwerke mit Psychologen aufzubauen.
- Notfallmanagement: Behandlung bei akuten Fällen, Organisation von Transporten
- Betreuung von Kindern und Familien, Geburtshilfe⁷⁷.

Nurse Practitioner haben auch das Recht, ausgewählte Medikamente zu verschreiben. Hierüber existieren je nach Staat unterschiedliche Regelungen.

⁷⁶ Vgl. National Rural Health Alliance 2005, S. 8f

⁷⁷ Vgl. OECD 2010, S. 31, 64

4.2.2 Niederlande

Die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Ähnlich wie in Deutschland, sieht man sich mit einem zunehmenden Hausärztemangel konfrontiert⁷⁸. Der stärkere Einbezug nichtärztlicher Berufsgruppen wird als Mittel gesehen, dieser Herausforderung zu begegnen⁷⁹. Niederländische Hausarztpraxen haben sich „von einem einzelnen Hausarzt mit Arzthelferin zu Gesundheitszentren, in denen multidisziplinäre Teams tätig sind“⁸⁰, entwickelt. In diesem Zusammenhang haben sich neue Berufsbilder, wie Praxisunterstützer und Nurse Practitioner entwickelt. Im Folgenden werden die Rollen dieser Berufe erläutert.

Die Pflegeausbildung findet in den Niederlanden an Berufsfachschulen oder alternativ an Fachhochschulen statt. Es können fünf Ausbildungsniveaus mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern in der Praxis erreicht werden⁸¹. Das Niveau 5 schließt mit einem Bachelor ab. Die folgende Tabelle verdeutlicht die Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereiche.

Beruf / Abschluss	Niveau	Schulart	Dauer	Funktion / Tätigkeit
Assistierende (Zorghulp)	1	Berufsschule	1 Jahr	Vorwiegend häusliche, hauswirtschaftliche Pflege
Pflegehelfer (Helpende)	2	Berufsschule	2 Jahre	Vorwiegend häusliche Pflege
Sozialpfleger (Verzorgende)	3	Berufsfachschule	3 Jahre	Medizinisch wenig komplexe Pflegesituationen
Pflegekundige (Verpleegkundige MBO)	4	Berufsfachschule	4 Jahre	Medizinisch komplexe Pflegesituationen
Pflegekundige (Verpleegkundige HBO-V)	5	Berufsfachschule und Fachhochschule	4 Jahre	Casemanagement, medizinisch hochkomplexe Pflegesituationen

Tabelle 1: Qualifikationsniveaus, Ausbildungsdauer und Tätigkeitsprofile der Pflegeausbildung in den Niederlanden

(Quelle: De Jong, Landenberger 2005, S. 121)

⁷⁸ Vgl. Höppner, Maarse 2003, S. 21

⁷⁹ Vgl. Höppner, Maarse 2003, S. 29

⁸⁰ Schrödter 2006, S. 127

⁸¹ Vgl. de Jong, Landenberger 2005, S. 120

Niederländische Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk werden in der deutschen Literatur mit „Praxisunterstützer“ übersetzt⁸². Die Praxisunterstützer sind nach de Jong mit der angelsächsischen General Practice Nurse vergleichbar⁸³. In englischsprachigen Veröffentlichungen zum niederländischen System wird ebenfalls der Begriff der Practice Nurse verwendet⁸⁴.

Praxisunterstützer arbeiten seit 2002 in niederländischen Hausarztpraxen. Ende 2003 arbeiteten bereits 40% der Hausärzte mit Praxisunterstützern zusammen⁸⁵.

Um die Qualifikation des Praxisunterstützers zu erlangen, müssen Pflegende oder Arzthelfer ein Fachhochschulstudium, was dem Niveau 5 der Pflegeausbildung entspricht, und eine spezielle Weiterbildung absolvieren⁸⁶.

Praxisunterstützer sind hauptsächlich in der Versorgung chronisch Kranker und älterer Patienten tätig. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehört die Durchführung eigener Sprechstunden. In diesen Sprechstunden werden ältere Menschen, Angehörige und chronisch Kranke betreut. Die meisten Sprechstunden werden für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2, Asthma und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) durchgeführt.

Die Sprechstunden dienen hauptsächlich der Beratung, der kontinuierlichen Betreuung der Patienten sowie der Prävention von (weiteren) Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Zu den Tätigkeiten der Praxisunterstützer während der Sprechstunden gehört das Ermitteln von Beschwerden, Risikofaktoren und des Versorgungsbedarfs. Darauf basierend beraten sie die Patienten bezüglich ihrer Lebensgewohnheiten und leiten sie bspw. im Umgang mit Medikamenten oder Hilfsmitteln an. Weiterhin führen sie regelmäßige Kontrolluntersuchungen auf der Grundlage bestimmter Richtlinien durch. Ferner nehmen sie eine vermittelnde Rolle zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren ein. Zudem führen die Praxisunterstützer präventive Hausbesuche durch⁸⁷. Hierbei werden ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht und beraten. Das Ziel ist, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dabei erfolgt zuerst eine Einschätzung des Ge-

⁸² Vgl. Schrödter 2006, S. 127; Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 12

⁸³ Vgl. Kalitzkus, Schluckebier

⁸⁴ z.B. den Engelsens et al. 2009

⁸⁵ Vgl. den Engelsens et al. 2009, S. 166

⁸⁶ Vgl. Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 12

⁸⁷ Vgl. Van den Berg, De Bakker 2003, S. 17; In: Schrödter 2006, S. 128

sundheitszustandes des Patienten. Bei präventiven Hausbesuchen sollen Risikofaktoren und bereits bestehende Erkrankungen identifiziert und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Dies erfolgt durch ein mehrdimensionales Assessment, mit welchem organische, funktionelle, psychische und soziale Probleme und Ressourcen erfasst werden. Geeignete Maßnahmen können z.B. die Änderung von Lebensgewohnheiten oder Anpassung der Wohnung sein⁸⁸. Präventive Hausbesuche können auch zur Nachbetreuung genutzt werden.

Evaluationen des Einsatzes der Praxisunterstützer zeigen, dass sich ihre Tätigkeit positiv auf die bestehende Versorgung von älteren und chronisch kranken Patienten auswirkt. Sie übernehmen nicht nur hausärztliche Tätigkeiten, sondern bringen ihren pflegerischen Hintergrund ein. Dies äußert sich vor allem in positiven Effekten in den Bereichen der Problemwahrnehmung, Beobachtung, Aufklärung und Begleitung der Patienten⁸⁹.

In den Niederlanden haben Pflegende mit Bachelorqualifikation die Möglichkeit, einen Master-Abschluss in Advanced Nursing Practice zu erwerben⁹⁰. Das Berufsbild des Nurse Practitioner (niederländisch: „Verpleegkundig Specialist“) wurde in den Niederlanden vor zehn Jahren eingeführt. Die Rolle entwickelte sich zunächst im Krankenhausbereich⁹¹. Die Arbeit im Bereich der Hausarztpraxis ist ein neueres Feld, weshalb wahrscheinlich vergleichsweise wenig englisch- bzw. deutschsprachige Literatur gesichtet werden konnte.

Die Literaturrecherche ergab lediglich eine englischsprachige Studie, in der die Rollen der NPs in niederländischen Allgemeinarztpraxen untersucht wurden.

NPs sind im Bereich der Hausarztpraxis in den Niederlanden hauptsächlich für die Betreuung von Patienten mit common complaints zuständig⁹². Zu diesen gewöhnlichen bzw. leichten Erkrankungen gehören Beschwerden der Atemwege, Verletzungen, Hals-, Nasen-, Ohrenleiden, gynäkologische und geriatrische Probleme, sowie Muskel- und Skeletterkrankungen. NPs sind in der Lage, Assessments durchzuführen und Diagnosen zu stellen. Sie dürfen selbständig über pflegerische und medizinische Behandlungsmaßnahmen entscheiden und Patienten an andere

⁸⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, S. 90

⁸⁹ Vgl. Schrödter 2006, S. 128

⁹⁰ Vgl. de Jong, Landenberger 2005, S. 132

⁹¹ Vgl. Spirig, De Geest 2008, S. 42

⁹² Vgl. Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 12

Leistungserbringer überweisen. Darüber hinaus können sie Entscheidungen über Verschreibungen treffen, wobei der Arzt die Rezepte unterzeichnen muss⁹³.

Einige NPs der Studie wollten zusätzlich zu den bereits genannten Aufgabenfeldern, Beschwerden an Armen, Ellenbogen und Handgelenken oder Patienten mit chronischen Erkrankungen behandeln. Zudem waren sie in unterschiedlichem Ausmaß an der Versorgung älterer Patienten beteiligt⁹⁴.

NPs behandeln durchschnittlich 20 Patienten pro Tag. Ihre Konsultationszeiten dauern im Schnitt 15 Minuten, die Ärzte wenden etwa 10 Minuten auf. Drei Ärzte stellten in der Studie fest, dass sich die Konsultationen der NPs von den eigenen unterscheiden. Sie wiesen darauf hin, dass NPs ihren Fokus auf Patientenedukation und Förderung des Selbstmanagements legten. Durch ihre pflegerische Expertise nehmen NPs einen anderen Blickwinkel auf die Bedeutung der Beschwerden der Patienten im täglichen Leben ein. Ziel der Ausbildung zum NP ist, diese pflegerischen Kompetenzen mit den neu erlernten medizinischen zu kombinieren⁹⁵.

Ein NP berichtet, dass sich sein pflegerischer Hintergrund auf die Art und Weise der Gesprächsführung auswirkt. Er schildert, dass er mehr Zeit hat, um Dinge zu erklären und versucht zu erkennen, welche Aspekte die gesundheitlichen Beschwerden beeinflussen. Ein Arzt bestätigt das, indem er angibt, bei Patienten mit körperlichen Beschwerden, hinter denen er psychische Ursachen vermutet, die Beschwerden vom NP erforschen zu lassen. Der Arzt schätzt die Informationen vom NP als sehr hilfreich im diagnostischen Prozess ein⁹⁶.

Alle teilnehmenden Ärzte schätzten den Nurse Practitioner als neuen Partner. In Bezug auf die medizinische Betreuung von Patienten mit leichten Beschwerden, konnten die Ärzte keine Unterschiede zwischen der Betreuung durch NPs und der herkömmlichen Versorgung feststellen⁹⁷.

NPs spielen eine bedeutende Rolle im Bereich der Zusammenarbeit. Dies wird im folgenden Beispiel deutlich: Eine NP nahm eine vermittelnde Rolle bei der Kooperation zwischen Arztpraxen und Pflegeheim ein. Die Kooperationsprobleme der

⁹³ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 234

⁹⁴ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 236f

⁹⁵ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 235f

⁹⁶ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 237

⁹⁷ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 236

Praxen und des Heims hatten Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Der NP erforschte die Ursachen, indem er das Praxis- und Heimpersonal befragte. Anschließend plante er Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit. Der NP übernahm die Behandlung aller Patienten mit gewöhnlichen Beschwerden und kontaktierte die Ärzte der Patienten wenn nötig. Im Ergebnis hat sich die Kooperation stark verbessert und alle Mitarbeiter äußerten Zufriedenheit. Außerdem wurde betont, dass der NP für Stabilität im Praxisteam sorgt⁹⁸.

NPs nehmen an verschiedenen Forschungsprojekten teil oder sind selbst forschend in der Praxis tätig. Sie lernten während ihres Studiums sich wissenschaftsbasiert mit Pflegeproblemen auseinanderzusetzen, Maßnahmen zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Auf diese Weise kann sich die Qualität der Versorgung verbessern⁹⁹.

NPs übernehmen auch medizinische Tätigkeiten übernehmen, definieren sich aber nicht nur darüber. Auch die Kompetenzen im Bereich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder in der Qualitätsentwicklung zeichnen die erweiterte Pflegepraxis aus.

4.2.3 Großbritannien

Großbritannien verfügt von den betrachteten Ländern über die längste Erfahrung im Einbezug von Pflegenden in der hausärztlichen Versorgung. Die ambulante ärztliche Versorgung hat in Großbritannien einen anderen Stellenwert als in Deutschland. Die Hausärzte fungieren, wie auch in den Niederlanden, als Gatekeeper. Der Zugang zur fachärztlichen Versorgung, die hauptsächlich im Krankenhaus stattfindet, ist innerhalb des National Health Service nur durch Überweisung des Hausarztes möglich. Die Hausärzte sind meist in Gemeinschaftspraxen tätig¹⁰⁰. In den Jahren 2006/2007 hatten Praxen durchschnittlich 24 Beschäftigte¹⁰¹. Das Team der Praxis, das sog. Primary Health Care Team (PHCT) besteht aus Allgemeinärzten, Pflegenden (Practice Nurses bzw. Nurse Practitioners), Managern und Verwaltungspersonal. Außerdem können Berufsgruppen wie Commu-

⁹⁸ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 238

⁹⁹ Vgl. Dierick-van Daele et al. 2010, S. 237ff

¹⁰⁰ Vgl. Schölkopf 2010, S. 18

¹⁰¹ Vgl. Information Center 2007, S. 5

nity Nurses, Health Visitors und Geburtshelfer Mitglieder des PHCTs sein. Nicht alle Mitglieder des PHCTs sind zwingend in der Arztpraxis tätig, sondern auch praxisübergreifend in anderen Gemeindegesundheitsdiensten¹⁰².

Die dreijährige Ausbildung zur RN findet an Universitäten statt¹⁰³ und schließt mit einem Bachelor ab. In England gibt es eine zweite Ausbildungsvariante zur RN, die mit einem vorakademischen Abschluss, dem Diploma in Higher Education, endet. Der Bachelorabschluss zeichnet sich durch vertiefte wissenschaftliche Kenntnisse aus und kann durch ein Teilzeitstudium nach dem Diploma in Higher Education nachgeholt werden¹⁰⁴. RNs können sich durch Weiterbildungen, welche mindestens ein akademisches Jahr dauern, beispielsweise zum Health Visitor, zur Practice Nurse und zum Nurse Practitioner ausbilden lassen¹⁰⁵.

Die Health Visitors sind Pflegende oder Hebammen, die Aufgaben in Gesundheitsförderung und Prävention, wie zum Beispiel Schulung und Beratung wahrnehmen. Sie betreuen insbesondere Kleinkinder und ältere Menschen, wobei sie auch ausgewählte Medikamente und Behandlungen verordnen dürfen¹⁰⁶.

Ein weiterer Pflegeberuf in der hausärztlichen Versorgung ist die Practice Nurse. Ähnlich wie bereits am australischen Beispiel in Kapitel 4.2.1 beschrieben, sind die Tätigkeitsbereiche der PNs in Großbritannien sehr unterschiedlich. Die Rolle der Practice Nurse hat sich stark entwickelt. Ab 1966 begann langsam die Einstellung von Pflegenden in Praxen. Zusammen mit dem Receptionist üben sie Aufgaben aus, die in Deutschland von Medizinischen Fachangestellten wahrgenommen werden. Eine erweiterte Rolle kam der Practice Nurse in den 1990er Jahren zu. Diese Entwicklung wurde durch Änderungen bei der Vergütung der Allgemeinärzte und Fördergelder begünstigt. Es wurden Anreize für Chronic Disease Managements und Gesundheitsförderung geschaffen. Practice Nurses haben seitdem eigene Tätigkeitsgebiete in den Bereichen Gesundheitsförderungen und Vorsorgeuntersuchungen. Sie schulen und beraten Patienten in gesundheitsbezogenen Themen, verabreichen Impfungen, führen gynäkologische und urologische Unter-

¹⁰² Vgl. Royal College of General Practitioners (RCGP) 2007, S. 5

¹⁰³ In Großbritannien übernehmen Hochschulen anders als in Deutschland nicht nur rein wissenschaftliche Ausbildungen, sondern auch praxisbezogene Berufsausbildungen mit wissenschaftlicher Fundierung. Vgl. Filkins, Landenberger 2005, S. 87

¹⁰⁴ Vgl. Filkins, Landenberger 2005, S. 89

¹⁰⁵ Vgl. Filkins, Landenberger 2005, S. 99

¹⁰⁶ Vgl. Filkins, Landenberger 2005, S. 103

suchungen sowie Brust-Screenings durch¹⁰⁷. Darüber hinaus entwickeln sich zunehmend eigene Tätigkeitsfelder in den Bereichen des Chronic Disease Management, bei der Krankheitsprävention, im Erstkontakt mit Patienten und bei der Behandlung von leichten Beschwerden¹⁰⁸. Diese Entwicklung steht auch mit dem General Medical Services Contract von 2004 in Zusammenhang, der zielbasierte Finanzierungsanreize im Chronic Disease Management schaffte. Der General Medical Services Contract bietet außerdem die Möglichkeit für Practice Nurses, Partner in der Arztpraxis zu werden¹⁰⁹.

Anders als in vielen Ländern, ist in Großbritannien lediglich ein Bachelorabschluss mit Zusatzausbildung erforderlich, um als Nurse Practitioner tätig werden zu dürfen. Die meisten NPs sind jedoch trotzdem auf Masterniveau ausgebildet¹¹⁰.

In Großbritannien existiert keine gesetzliche Definition über den Tätigkeitsbereich des Nurse Practitioner¹¹¹. Einzelne Aspekte sind jedoch gesetzlich geregelt, wie z.B. das Verschreibungsrecht von Arzneimitteln.

Der pflegerische Berufsverband und Gewerkschaft, das Royal College of Nursing (RCN), beschreibt die Rolle des NPs folgendermaßen:

- Diagnosestellung
- Assessment und Anamnese
- Screening von Krankheitsrisiken und frühen Symptomen
- Gemeinsame Entwicklung eines fortlaufenden Pflegeplans mit präventivem Schwerpunkt
- Beratung und Gesundheitserziehung
- Zusammenarbeit mit anderen Professionen
- Anbieten von Sprechstunden
- Überweisungen an andere Gesundheitsdienstleister
- Verschreiben von ausgewählten Medikamenten¹¹².

In Großbritannien können sich alle Pflegenden, die mindestens einen Bachelor Abschluss und drei Jahre Berufserfahrung vorweisen können, zum Nurse Prescri-

¹⁰⁷ Vgl. Atkin, Lunt 1996, S. 499; Vgl. Filkins, Landenberger 2005, S. 103

¹⁰⁸ Vgl. RCGP 2007, S. 7

¹⁰⁹ Vgl. RCGP 2004, S. 7

¹¹⁰ Vgl. OECD 2010, S. 96

¹¹¹ Vgl. RCN 2010, S. 6

¹¹² Vgl. RCN 2010, S.3

ber ausbilden lassen. Hierfür müssen sie ein spezielles Trainingsprogramm durchlaufen und sich als Nurse Prescriber bei der Pflegekammer, dem Nursing and Midwifery Council, registrieren lassen. Im Anschluss sind sie berechtigt, Arzneimittel zu verschreiben. Eine Ausnahme bilden einige kontrollierte Medikamente¹¹³.

Das Besondere der NPs im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Großbritannien ist, dass sie ähnlich wie die Hausärzte über ein breit gefächertes Wissen verfügen. Somit sind sie in der Lage, Menschen jeder Altersgruppe und mit einer breiten Spanne von Beschwerden zu betreuen. Zudem verfügen einige NPs über Kompetenzen zur Betreuung von Patienten mit speziellen Gesundheitsproblemen, wie z.B. rheumatoide Arthritis oder Herzinsuffizienz¹¹⁴.

Patienten haben in der Arztpraxis die Wahl, einen Arzt, einen NP oder sogar beide zu konsultieren. Arzt und NP können die Patienten an die andere Berufsgruppe oder an spezialisierte Gesundheitsdienstleister überweisen. Die folgende Abbildung verdeutlicht das System:

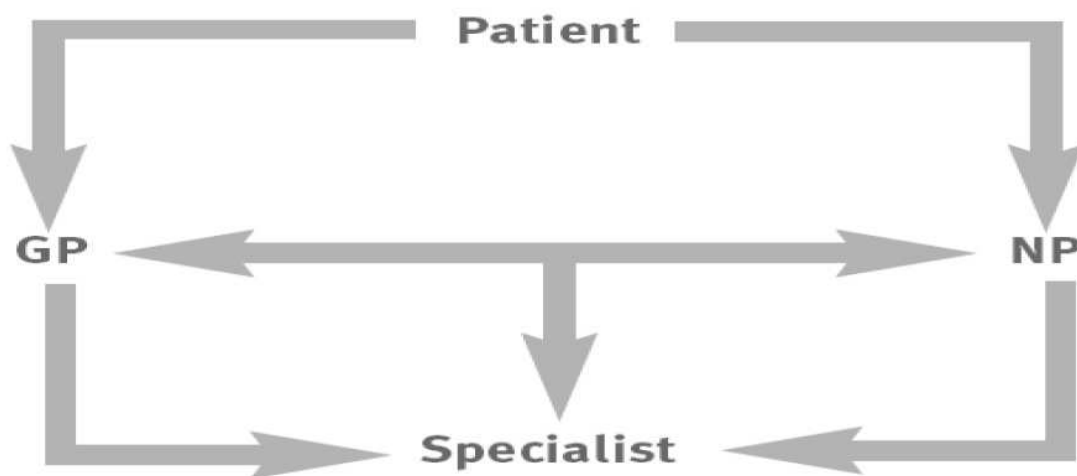


Abbildung 1: Überweisungssystem in der britischen Primärversorgung

(Quelle: RCN 2010, S. 4)

Die OECD weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege in der Realität nicht immer der Abbildung entspricht, sondern eher hierarchisch geprägt sein kann und die Nurse Practitioner der ärztlichen Aufsicht und Kontrolle

¹¹³ Vgl. OECD 2010, S. 51, 95

¹¹⁴ Vgl. RCN 2010, S. 4

unterliegen¹¹⁵. So stellten Offredy und Townsend im Rahmen ihrer Untersuchung durch Interviews mit Hausärzten, NPs, Arzthelfern und Patienten große Unterschiede in der Autonomie bzw. Verantwortung im Versorgungsprozess fest. Dies zeigte sich am Spektrum der behandelten Gesundheitsstörungen sowie bei der eigenständigen Entscheidungsbefugnis in Bezug auf Verschreibungen und Überweisungen¹¹⁶.

5. Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Perspektiven

Nachdem verschiedene Rollen Pflegender in der hausärztlichen Versorgung auf internationaler Ebene und Konzepte in Deutschland beschrieben wurden, soll nun betrachtet werden, welche Bedingungen für die Entwicklung neuer Perspektiven in Deutschland erfüllt sein müssen. Hierbei werden sowohl internationale Erfahrungen als auch die Situation in Deutschland beschrieben. Als Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Perspektiven werden in dieser Arbeit Einstellungen und Interessen von Ärzten und Pflege sowie die Wahrnehmungen der Patienten betrachtet. Weitere Bedingungen, wie z.B. systembezogene oder rechtliche Aspekte, gehen über den Rahmen der Arbeit hinaus und wurden in anderen Publikationen analysiert¹¹⁷.

5.1 Interessen und Einstellungen der Berufsgruppen

Bei den aufgezeigten Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten kommt es zu Überschneidungen gemeinsamer Tätigkeitsbereiche. Die Entwicklung neuer Rollen hängt wesentlich von der Bereitschaft der Berufsgruppen ab, Grenzen zwischen sich und anderen Professionen oder gemeinsame Bereiche neu auszuhandeln¹¹⁸.

In Deutschland betonen die Berufsgruppen selbst die Notwendigkeit der Neuordnung der Zusammenarbeit. Die Berufsverbände sprechen sich grundsätzlich für

¹¹⁵ Vgl. OECD 2010, S. 30

¹¹⁶ Vgl. Offredy, Townsend 2000, S. 569

¹¹⁷ OECD 2010, Sachs 2007

¹¹⁸ Vgl. Sibbald, Laurant, Scott 2006, S. 152

eine bessere Kooperation aus, haben aber unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der genauen Ausgestaltung.

5.1.1 Pflege

Faktoren, die Druck auf das Gesundheitswesen ausüben, wie Ärztemangel, steigende Kosten oder erhöhter Versorgungsbedarf, haben Einfluss auf die Entwicklung erweiterter pflegerischer Kompetenzbereiche und sind häufig Gründe für die Entwicklung neuer Rollen. Dabei strebt die Pflege eine Weiterentwicklung der Profession und eine ganzheitliche Versorgung für Patienten an.

In der Tabelle 2 sind Gründe für die Entwicklung von ANP-Rollen in Australien, den Niederlanden und Großbritannien aufgeführt:

Land	Gründe
Australien	Ärztemangel, besonders in ländlichen und abgelegenen Gebieten; Wunsch der Pflege nach klinischen Karrieremöglichkeiten
Niederlande	Mangel an Ärzten und Pflegenden, Bedarf der Krankenhäuser an Dienstleistungen, Verbesserung der Karrieremöglichkeiten Pflegenden
Großbritannien	Bedürfnisse in der medizinischen Grundversorgung, Pflegespezialisierung, betreuungsbedürftige Bevölkerungsgruppen

Tabelle 2: Gründe für die Einführung von ANP-Rollen

(Quelle: Spirig, De Geest 2008, S. 111)

Häufige Gründe für die Einführung von ANP-Rollen stellen Ärztemangel oder Bedürfnisse in der Versorgung dar. Weiterentwicklung der Pflege ist als Hauptgrund selten zu finden. Damit die Entwicklung im Sinne der Pflege verläuft, ist Unterstützung durch Interessensorganisationen nötig, wie z.B. in Großbritannien. Dort entstanden erweiterte Pflegerollen ursprünglich aufgrund reduzierter ärztlicher Arbeitsstunden. Die Pflegekammer, der United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting¹¹⁹ (UKCC), strebte eine Weiterentwicklung der Pflege an, statt nur eine Entlastung der Ärzte. In der Veröffentlichung des UKCCs von

¹¹⁹ Der UKCC ist die Vorgängerorganisation des heutigen Selbstverwaltungsorgans der Pflege, des Nursing and Midwifery Councils. Vgl. Beraus 2005, S. 684

1992, The Scope of Professional Practice, wurde betont, dass Pflegende entsprechende Kompetenzen erwerben müssen. Die ebenfalls vom UKCC herausgebrachte Berufsordnung, der Code of Professional Conduct, bildete die Basis für Pflegende, autonome und eigenverantwortliche Entscheidungen im Interesse des Patienten treffen zu können¹²⁰. Der Pflegeverband RCN unterstützte ebenfalls die Entwicklung der NPs. Das RCN hat kontinuierlich positive Auswirkungen von erweiterten Rollen sowie nötige Kompetenzen und Fähigkeiten dargestellt¹²¹.

Der Einfluss von Pflegeorganisationen ist in Deutschland vergleichsweise gering¹²². Damit einhergehend besteht „hinsichtlich Regulation, Registrierung, Zertifizierung und Standardisierung von Ausbildung und Interventionen (...) Nachholbedarf“.¹²³ Eine Pflegekammer¹²⁴ existiert nicht. Jedoch gibt es Initiativen verschiedener Bundesländer zur Errichtung einer Pflegekammer. Pflege ist nicht in normgebenden Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und auch nicht in der Selbstverwaltung der ambulanten Versorgung vertreten¹²⁵.

Weiterhin muss die Berufsgruppe selbst bereit sein für Veränderungen. Zumindest aus den Erfahrungen der Tandempraxis zeigt sich, dass Pflegende dort mehr medizinische Aufgaben übernehmen möchten.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerats stellt die Berufsgruppe der Pflege eine Ressource zur Veränderung der Versorgung dar. Durch den Prozess der Akademisierung und den zunehmenden Erkenntnissen aus der Pflegeforschung hat die Berufsgruppe Kompetenzen entwickelt, die in der gegenwärtigen Versorgung zu wenig berücksichtigt werden. So kann beispielsweise die Expertise der Pflege bei der Versorgung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger mehr genutzt werden¹²⁶.

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) äußert konzeptionelle Bedenken am AGnES-Projekt, da die Hilfeleistungen auch von anderen Fachberufen ausgeführt werden können. Der DPR argumentiert, dass ambulante Versorgungssituationen sehr

¹²⁰ Vgl. Weber 2005, S. 679

¹²¹ Vgl. OECD 2010, S. 45

¹²² Vgl. Sachs 2007, S. 114

¹²³ Sachs 2007, S. 114

¹²⁴ Aufgaben einer Pflegekammer sind insbesondere die Registrierung der beruflich Pflegenden, Erstellung einer Berufsordnung und Berufsethik, Interessensvertretung nach außen durch fachliche Gutachten und Stellungnahmen, Förderung und Überwachung der Aus, Fort- und Weiterbildung. Vgl. Förderverein Pflegekammer NRW

¹²⁵ Vgl. Sachs 2007, S. 113

¹²⁶ Vgl. DPR 2006, S. 7

komplex sein können und hierfür professionelles präventives, kuratives, rehabilitatives und palliatives Pflegehandeln erforderlich sei. Zudem wird der Aufbau von Parallelstrukturen zu ambulanten Pflegediensten befürchtet¹²⁷.

Advanced Nursing Practice wird hingegen als Möglichkeit betrachtet, den zukünftigen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung zu begegnen. So sehen der DPR und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zukünftige Aufgaben der Pflege in Beratung, Training und Schulung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Förderung der Selbstpflegekompetenz und Prävention. Dabei ist eine Spezialisierung auf bestimmte Klienten vorstellbar, wie z.B. auf Wundmanagement, Schmerz oder Diabetes. Weitere Handlungsfelder ergeben sich in Gesundheitsförderung und Prävention. Hier wäre die Durchführung präventiver Hausbesuche durch Pflegende denkbar. Der DBfK sieht die Tandempraxis, also die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin unter einem Dach, als Aufgabenfeld. Im Krankenhausbereich können beispielsweise medizinisch-technische Aufgaben wie Parallelnarkosen in der Anästhesie oder Überwachung des Beatmungsregimes in der Intensivpflege übernommen werden. Außerdem können Case Management, Familiengesundheitspflege, die Leitung von Patienteninformationszentralen und die Errichtung von Pflegepraxen als selbständige Einheiten Tätigkeitsfelder im Rahmen von ANP sein¹²⁸.

Wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung neuer Aufgabenbereiche ist eine entsprechende Aus- oder Weiterbildung der Pflegenden. In den betrachteten Ländern erfolgt die Pflegeausbildung an Fachhochschulen oder Universitäten und schließt mit einem Bachelorabschluss ab. An die Qualifikation der Practice Nurse sind in Australien nach der Ausbildung zur RN keine Anforderungen gestellt. In Großbritannien und den Niederlanden ist eine Weiterbildung erforderlich. Nurse Practitioner sind meist auf Masterniveau ausgebildet, was auch vom ICN empfohlen wird. In Deutschland findet die Pflegeausbildung an Berufsschulen statt. Der DPR fordert, in Anlehnung an internationale Vorbilder, die pflegerische Erstausbildung an Hochschulen anzusiedeln¹²⁹. Die Qualifikation, aber auch die Berufserfahrung der Pflegenden, ist sowohl für Ärzte als auch Patienten ein wichtiger Aspekt, der das Vertrauen in die Fähigkeiten beeinflusst.

¹²⁷ Vgl. DPR 2008, S. 1

¹²⁸ Vgl. DPR 2006, S. 5; DBfK 2007, S. 15

¹²⁹ Vgl. DPR 2006, S. 2

5.1.2 Ärzte

Britische Hausärzte unterstützten erweiterte Rollen der Practice Nurse, um sich besser auf andere Dinge konzentrieren zu können. Im Gegensatz dazu verstehen Pflegende ihre Rollenerweiterungen nicht als Entlastung der Ärzte, sondern als Entwicklung der Pflege im Sinne einer autonomen Profession¹³⁰.

In einer britischen Studie wurden Ärzte mit unterschiedlich viel Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit NPs interviewt. Die Ärzte, die über keine Erfahrung mit NPs verfügten, sahen ihren Status bedroht und hatten Bedenken, ob die NPs adäquat ausgebildet sind. Ärzte, die schon Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit NPs gemacht haben, berichteten, dass positive Effekte die anfänglichen Unsicherheiten und Bedenken überwogen¹³¹.

In Australien akzeptiert die Australian Medical Association, der Interessensverband der Ärzte, die Rolle der Practice Nurse, die unterstützend und unter ärztlicher Supervision tätig ist. Eigenständige Nurse Practitioner lehnt sie ab, da NPs ärztliche Tätigkeiten teilweise ersetzen könnten¹³². Die Rural Doctor Association befürwortet dagegen ANP: „Advanced nursing practice, in which nurses with special skills and qualifications work as part of a collaborative, though not necessarily co-located, GP-led primary care team, should be supported in areas where access to healthcare is difficult.“¹³³

Auch In den Niederlanden wurde die Entwicklung neuer Rollen vom Widerstand der Ärzteschaft begleitet¹³⁴.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegende, die arztunterstützend und in Delegation tätig sind, eher von Ärzten akzeptiert werden. Eigenständige Entscheidungen Pflegender über Diagnose und Behandlung werden aufgrund von Bedenken über die Kompetenzen Pflegender, aber auch aufgrund von Statusängsten der Ärzte abgelehnt. In Gegenden, in denen wenig bis gar keine Ärzte vorhanden sind, wird eine erweiterte Pflegepraxis eher akzeptiert¹³⁵. Dies deckt sich mit den Ansichten der deutschen Ärztevertreter, die im Weiteren erläutert werden.

¹³⁰ Vgl. Sibbald, Laurant, Scott 2006, S. 152

¹³¹ Vgl. Wilson, Pearson, Hassey 2002, S. 644

¹³² Vgl. Australian Medical Association 2005

¹³³ Rural Doctor Association 2004, S. 3

¹³⁴ vgl. Zwart, Filloppo 2006, zit. nach Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 12

¹³⁵ Vgl. Spirig, De Geest 2008, S. 121

Vor dem Hintergrund der demografischen und epidemiologischen Prognosen sowie des Ärztemangels in einigen Gebieten, werden arztentlastende Delegationsmöglichkeiten von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer (BÄK) als sinnvoll und notwendig angesehen¹³⁶. KBV und BÄK haben in einer gemeinsamen Stellungnahme Vorschläge erarbeitet, welche Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe delegiert werden können. Nicht delegationsfähig sind demnach Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen des möglichen Eintretens von Komplikationen die Fachkenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen. Hierzu zählen Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten, Stellen der Diagnose, Aufklärung, Beratung und Durchführung der Therapie. Delegiert werden können beispielsweise Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Aufgaben aus den Funktionsbereichen (Anästhesie, Intensivpflege, Operationsdienst), die Versorgung unkomplizierter Wunden sowie die Durchführung des Case Managements. Voraussetzungen sind entsprechende Qualifikationen der nicht-ärztlichen Mitarbeiter¹³⁷.

KBV und BÄK schlagen vor, im Rahmen von Modellvorhaben zu beurteilen, welche ärztlichen Tätigkeiten delegiert werden können. Hierbei sollen insbesondere Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung der Hausärzte erprobt werden, um die hausärztliche Versorgung in einigen Regionen, vor allem in den neuen Bundesländern, sicherzustellen. Die delegierbaren Tätigkeiten umfassen krankheits- und therapieüberwachende sowie vorbeugende und betreuende Hilfeleistungen. Die Aufgaben sollen dabei nach Vorstellungen von BÄK und KBV insbesondere auf Medizinische Fachangestellte übertragen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer sprechen sich gemeinsam gegen die Substitution ärztlicher Tätigkeiten, wie Diagnostik und Therapie aus. Als Grund hierfür wird die Patientensicherheit angeführt¹³⁸.

5.2 Wahrnehmungen der Patienten

Eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwicklung stellt die Akzeptanz der Patienten dar. Durch die Wahrnehmungen der Patienten können Aspekte

¹³⁶ Vgl. Korzilius 2009, S. 13; BÄK, KBV 2008a, S. 17

¹³⁷ Vgl. BÄK, KBV 2008b: S. 3ff

¹³⁸ Vgl. BÄK, KBV 2008a, S. 16ff

identifiziert werden, die bei der Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit berücksichtigt werden sollten.

Redsell et al. untersuchten die Ansichten der Patienten in Bezug auf die Rollen der Allgemeinärzte und Pflegenden¹³⁹ in der Hausarztpraxis. Hierfür wurden Interviews mit 28 Patienten vor und nach der Konsultation mit Arzt oder Pflegekraft bei same day appointments¹⁴⁰ durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (2004) waren erweiterte Pflegekompetenzen noch nicht häufig vorhanden¹⁴¹.

Die meisten Patienten sahen den Arzt als Experten an und schreiben ihm mehr Wissen und besseres Urteilsvermögen als den Pflegenden zu. Fast alle Patienten wünschen vom Arzt behandelt zu werden, wenn sie das Gesundheitsproblem als schwerwiegend einschätzen. Den Pflegenden werden hauptsächlich traditionelle Rollen zugeschrieben, wie das Ausführen delegierter Tätigkeiten, z.B. Blut abnehmen oder Schutzimpfungen verabreichen. Die Patienten sind aber auch bereit, Pflegende zur Behandlung leichter Beschwerden zu konsultieren. Patienten sehen die Pflegenden zudem als Ressource zur Erleichterung des Praxisablaufs und als Möglichkeit zur Rückversicherung an¹⁴².

Die Patienten spürten, dass Pflegende mehr Zeit mit ihnen verbringen und dass man eine enge Beziehung mit dem NP aufbauen kann. Patienten berichten, dass ihnen die Kontinuität bzw. das langjährige Vertrauensverhältnis mit dem Arzt sehr wichtig ist. Dieser Aspekt sollte bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte berücksichtigt werden¹⁴³.

Qualifikationen sind ein wichtiger Aspekt für die Patienten. Aufgrund der langen Ausbildung haben sie Vertrauen in den Arzt. Lediglich ein Patient erwähnte explizit, dass er Pflegenden aufgrund der kürzeren Ausbildung kein Vertrauen schenkt. Aber auch der Berufserfahrung wird Bedeutung beigemessen. So würden einige Patienten erfahrene Pflegende vor unerfahrenen Ärzten bevorzugen¹⁴⁴.

¹³⁹ In dem Artikel werden keine Angaben darüber gemacht, ob sich die Untersuchung auf Practice Nurses oder Nurse Practitioner bezieht.

¹⁴⁰ Als same day appointments werden Termine bezeichnet, die bei akuten Erkrankungen oder Verletzungen für den gleichen Tag vergeben werden. Vgl. Kohler 2006, S. 1

¹⁴¹ Vgl. Redsell et al. 2006, S. 178

¹⁴² Vgl. Redsell et al. 2006, S. 175f

¹⁴³ Vgl. Redsell et al. 2006, S. 176

¹⁴⁴ Vgl. Redsell et al. 2006, S. 177

Generell geht die Rollenerweiterung Pflegender mit Unsicherheiten bei den Patienten einher. Die Autoren empfehlen Patienten besser über neue Rollen der Pflegenden zu informieren, z.B. durch Informationsmaterialien in der Praxis¹⁴⁵.

Shum et al. untersuchten die eigenständige Behandlung von Patienten mit leichten Beschwerden durch Practice Nurses bei same day appointments. Die PNs nahmen die Patientengeschichte auf, führten körperliche Untersuchungen und die Behandlung durch und erstellten Verschreibungen, die vom Arzt unterschrieben werden mussten¹⁴⁶. Es gab keine Beschränkungen, welche gewöhnlichen Beschwerden von der PN betreut werden dürfen¹⁴⁷. Die PNs konnten 73% der Patienten betreuen, ohne den Arzt zu Rate ziehen zu müssen. Die PNs gaben den Patienten mehr Hinweise als die Ärzte in Bezug auf die eigenständige Bewältigung der Beschwerden und der eigenen Anwendung von Medikamenten. Die Patienten waren sowohl mit der Behandlung durch den Arzt als auch durch die PN zufrieden, wobei die Zufriedenheit mit der PN sogar höher war. In Bezug auf das gesundheitliche Outcome ließen sich keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen feststellen. Außerdem zeigte sich in dieser Untersuchung, dass Patienten, die Erfahrung mit der Betreuung durch Pflegende gemacht haben, eher wieder eine Pflegende konsultieren würden¹⁴⁸.

Williams und Jones untersuchten die Erfahrungen und Präferenzen der Patienten in Zusammenhang mit dem Faktor Zeit. Zeit ist für die Patienten ein Aspekt, der wesentlichen Einfluss auf die Zufriedenheit hat. Zum einen wollen Patienten möglichst wenig Zeit im Wartezimmer verbringen. Auf der anderen Seite schätzen sie die längere Konsultationszeit mit dem NP. Die Arztkonsultation dauerte in dieser Praxis durchschnittlich vier bis sechs Minuten, der NP wendete zehn bis fünfzehn Minuten auf. Neun von den zehn befragten Patienten sehen das als Vorteil des NPs. Die Patienten schätzen es, dass während der Konsultation mit dem NP nicht nur über die gesundheitlichen Probleme gesprochen wird, sondern auch über andere Dinge, die das Befinden beeinflussen, oder darüber, wie sich der Gesundheitszustand auf das alltägliche Leben auswirkt. Es ist Zeit vorhanden, um besser auf emotionale Bedürfnisse eingehen zu können. NPs finden häufiger Alternativen

¹⁴⁵ Vgl. Redsell et al. 2006, S. 179

¹⁴⁶ Vgl. Shum et al. 2000, S. 1039

¹⁴⁷ Vgl. Shum et al. 2000, S. 1042

¹⁴⁸ Vgl. Shum et al. 2000, S. 140ff

zur Verschreibung von Medikamenten, sie integrieren öfter Aspekte der Gesundheitsförderung und Edukation. Die durch die NPs geschaffene Atmosphäre gibt den Patienten das Gefühl, offener über ihre Leiden reden und Fragen stellen zu können. Darüber hinaus berichten Patienten, dass sie bei dieser Art von Behandlung Zeit sparen können. Folgekonsultationen werden seltener nötig, da der NP und der Patient mehr Fragen klären können, als bei einem gewöhnlichen Arztbesuch möglich wäre¹⁴⁹.

Der Zeitfaktor wurde auch in der Untersuchung von Offredy und Townsend von den Patienten angesprochen. Vor allem Mütter mit Kindern, chronisch Kranke und Menschen mit sozialen Problemen bemerkten, dass der NP mehr Zeit mit ihnen verbringt. In dieser Studie sahen die Patienten einen zeitlichen Nachteil darin, dass der NP Verordnungen vom Arzt unterschreiben lassen muss¹⁵⁰.

Auch Caldow et al. kommen zu dem Ergebnis, dass Practice Nurses von Patienten als kompetent in der Versorgung leichter Gesundheitsprobleme angesehen werden. Bei ernsten oder neu auftretenden Beschwerden wollen die meisten Patienten aber den Arzt konsultieren¹⁵¹. Generell wollen die Patienten die Möglichkeit haben, zwischen den Gesundheitsberufen zu wählen. Vor allem Frauen und jüngere Patienten hatten eine positivere Sichtweise auf die Practice Nurse als auf den Arzt. Andererseits fühlen sich ältere Patienten eher dem Arzt zugeneigt¹⁵².

Höppner untersuchte die Sichtweise deutscher Patienten in Hinblick auf neue Aufgabenverteilungen in der Arztpraxis. Die Untersuchung zeigt, dass 36% der Befragten (N=1497) eine Übertragung ärztlicher Aufgaben an speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte oder Pflegefachkräfte grundsätzlich ablehnen. 48% haben keine grundsätzlichen Einwände gegen eine Aufgabenübertragung. 16% der Befragten wissen auf diese Frage keine Antwort. Diese relativ hohe Anzahl spiegelt nach Höppner Unsicherheiten wider¹⁵³.

Die Personen wurden gefragt, bei welchen Situationen sie sich den Besuch bei einer Pflegefachkraft oder Medizinischen Fachangestellten anstelle des Haus- oder Facharztes vorstellen können. Bei der Erstellung von Folgerezepten oder bei

¹⁴⁹ Vgl. Williams, Jones 2006, S. 190ff

¹⁵⁰ Vgl. Offredy, Townsend 2000, S. 566

¹⁵¹ Vgl. Caldow et al. 2006, S. 41

¹⁵² Vgl. Caldow et al. 2006, S. 37

¹⁵³ Vgl. Höppner 2008, S. 260f

leichten Beschwerden, kann sich die Mehrheit der Befragten eine Konsultation der nicht ärztlichen Fachkraft vorstellen. Erstverordnungen, Gesundheitsberatung und die Behandlung von chronischen Erkrankungen können sich etwa ein Fünftel der Befragten durch speziell weitergebildete Pflegende oder Medizinische Fachangestellte vorstellen¹⁵⁴. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 aufgeführt:

Abbildung 4: Würden Sie auch in Deutschland speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte aufsuchen (anstelle des Haus- oder Facharztes), wenn ...

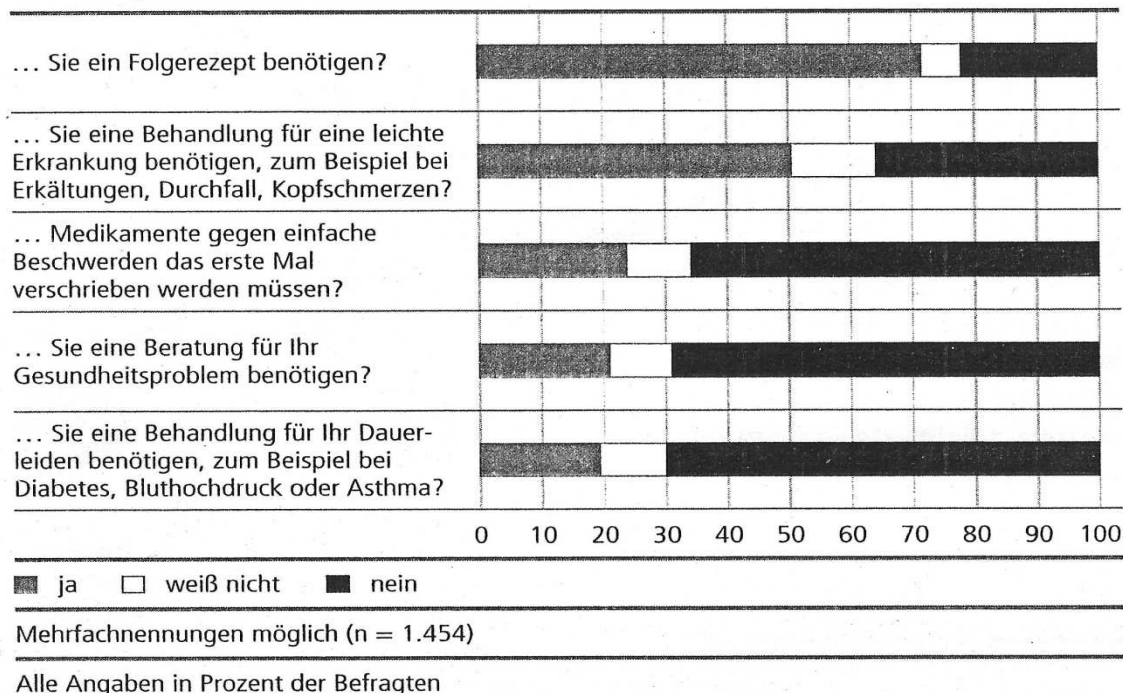


Abbildung 2: Anlässe zur Konsultation einer Pflegekraft

(Quelle: Höppner 2008, S. 260)

Weiterhin wurden Voraussetzungen abgefragt, die für eine Aufgabenübertragung von Ärzten auf nicht ärztliche Gesundheitsberufe erfüllt sein sollten. Eine regelmäßige Berichterstattung der Pflegenden bzw. Medizinischen Fachangestellten gegenüber dem Arzt, ist für die Befragten am wichtigsten (92%). Zusammenarbeit der Berufsgruppen innerhalb einer Praxis (84%), langjährige Berufserfahrung der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe (84%), die Möglichkeit, zwischen den Gesundheitsberufen wählen zu können (83%) und Informationen über die Qualifikation der Pflegenden bzw. Medizinischen Fachangestellten zu erhalten (80%), stellen eben-

¹⁵⁴ Vgl. Höppner 2008, S. 258

falls wichtige Voraussetzungen dar. Dagegen wird ein universitärer Berufsabschluss nur von 61% der Befragten als Bedingung für Aufgabenübertragungen angesehen¹⁵⁵.

Um Besuche bei nicht ärztlichen Gesundheitsberufen zu fördern, sollten Anreize durch qualitätsbezogene Aspekte geschaffen werden. Eine auf das eigene Gesundheitsproblem spezialisierte Fachkraft stellt für 93% der Patienten einen Vorteil dar. Für die Mehrheit der befragten Patienten wären kürzere Wartezeiten, längere Konsultationszeiten, eine mögliche Behandlung zu Hause und einen festen Ansprechpartner in der Versorgung zu haben, Vorteile. Einen Bonus der Krankenkasse empfinden dagegen nur für 46% der Patienten als Anreiz¹⁵⁶. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Ergebnisse.

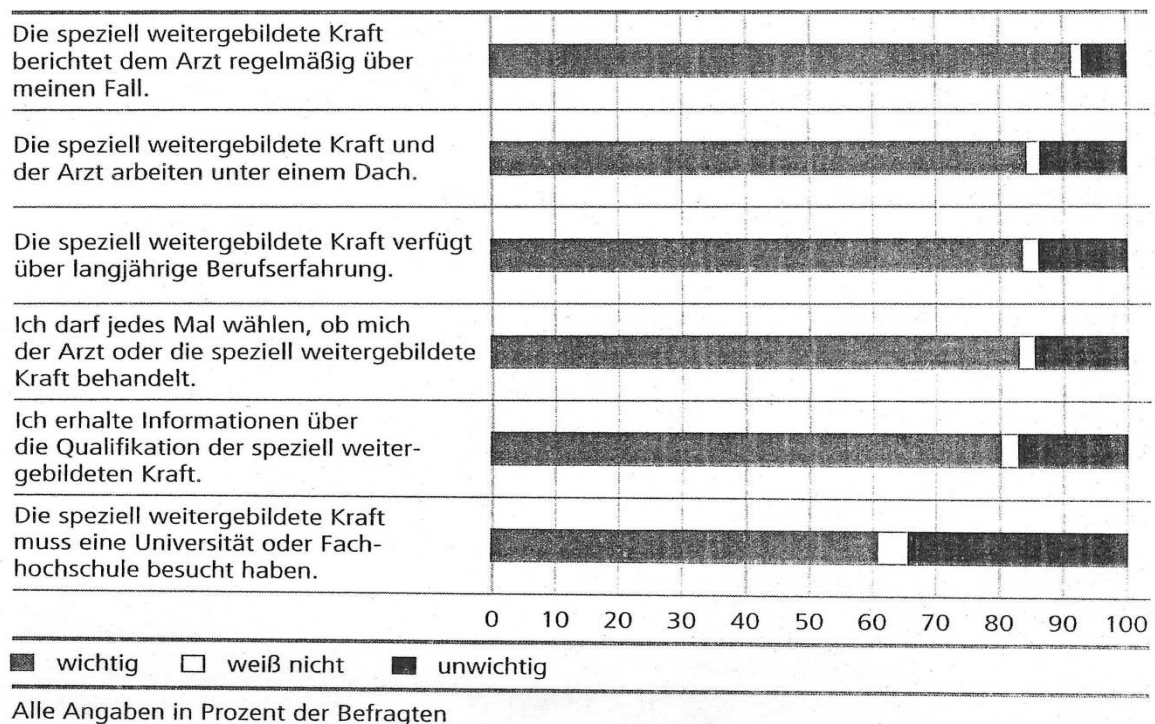


Abbildung 3: Anreize für Patienten zur Konsultation einer Pflegekraft anstelle des Hausarztes
(Quelle: Höppner 2008, S. 263)

Die Patienten reagierten unsicher in Bezug auf Aufgabenübertragungen auf Pfle-
gende. Die eher ablehnende Haltung kann durch die jahrelange Erfahrung mit
dem System, in dem der Arzt eine zentrale Position einnimmt, erklärt werden. Die

¹⁵⁵ Vgl. Höppner 2008, S. 262f

¹⁵⁶ Vgl. Höppner 2008, S. 264f

internationale Erfahrung zeigt aber, dass Patienten neue Rollen Pflegender akzeptieren, wenn sie positive praktische Erfahrungen mit ihnen machen und über die Kompetenzen der Pflegenden informiert sind¹⁵⁷.

6. Übertragung der ausländischen Erfahrungen als Perspektive der deutschen Pflege

Anhand der Ergebnisse der Literaturanalyse können folgende Aufgaben- und Verantwortungsbereiche Pflegender in der hausärztlichen Versorgung herausgearbeitet werden: Betreuung von chronisch kranken Patienten, Betreuung von Patienten mit leichten Beschwerden sowie Prävention und Gesundheitsförderung. In diesem Abschnitt soll der Frage der Übertragbarkeit nachgegangen werden.

Die betrachteten Länder weisen unterschiedliche Erfahrungen im Einbezug von Pflegenden in die hausärztliche Versorgung auf. Dies betrifft zum einen die Dauer der erweiterten Zusammenarbeit, zum anderen die Rollen und den Grad der Eigenständigkeit der Pflegenden.

Practice Nurses in Australien und Großbritannien bzw. Praxisunterstützer in den Niederlanden haben eigene Tätigkeitsfelder in der Betreuung von chronisch kranken Patienten, welche in eigenen Sprechstunden erfolgen kann. Ziele sind hierbei vor allem die Prävention von weiteren Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, Erhalt und Förderung der Alltagskompetenz sowie die Bewältigung von Krisen. Diese Ziele sollen durch kontinuierliche Betreuung, Monitoring, Schulung und Beratung erreicht werden, wobei die Förderung des Selbstmanagements bzw. der Selbstpflegekompetenz einen bedeutenden Aspekt darstellt. In der Literaturrecherche konnten Sprechstunden für ältere Patienten und die Krankheitsbilder Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD und komorbide Depressionen identifiziert werden.

Die Betreuung chronisch kranker Patienten im Rahmen von Pflegesprechstunden, stellt weniger eine Substitution, d.h. Übertragung von medizinischen Tätigkeiten auf Pflegende dar, sondern ergänzt eher die herkömmliche Versorgung.

¹⁵⁷ Vgl. Höppner 2008, S. 267, Shum 2000, S. 142

In Deutschland werden für Krankheiten wie Diabetes mellitus, Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen, Asthma und COPD von Ärzten im Rahmen der Disease-Management-Programme regelmäßige Behandlungen angeboten. Das Ziel dieser Maßnahmen ist die regelmäßige Befragung und Untersuchung des Patienten, auch wenn es ihm gerade gut geht. Einen Teil dieser Kontrolluntersuchungen, Beratungen sowie der Behandlungen könnten auch Pflegende im Rahmen von Pflegesprechstunden übernehmen. Die Pflegenden könnten sich speziell auf die Schulung, Beratung in Bezug auf Risikofaktoren sowie gesunde Lebensweisen und die psychosoziale Betreuung konzentrieren. Abhängig von der Schwere der Erkrankung könnten die Therapiemaßnahmen gemeinsam vom Arzt, Pflege und Patient vereinbart werden¹⁵⁸.

Wie im Hauptteil gezeigt wurde, scheint Zeit ein wichtiger Faktor für die Patienten zu sein. Da Ärzte häufig unter Zeitdruck arbeiten, könnte eine intensivere Betreuung durch die Ergänzung von Pflegesprechstunden, einen positiven Beitrag zur traditionellen Versorgung leisten. Die naturwissenschaftliche Sicht der Medizin auf Organschädigungen vernachlässigt psychische und soziale Aspekte des Krankseins¹⁵⁹. Notwendig werden Methoden, die auf die Bewältigung des Lebens mit der chronischen Krankheit abzielen, was z.B. durch Patientenschulungen und Beratungen erfolgen kann. Am Beispiel der Tandempraxis¹⁶⁰ konnte gezeigt werden, dass Patienten die psychosoziale Betreuung durch Pflegende sehr schätzten.

Ein weiteres Handlungsfeld von Pflegenden im Kontext der hausärztlichen Versorgung liegt im Ausland in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch der DPR und der DBfK sehen darin ein zukünftiges Handlungsfeld. Prävention und Gesundheitsförderung kommt im Zusammenhang mit dem demographischen und epidemiologischen Wandel ein höherer Stellenwert zu. Der SVR betont, dass der Bereich der Prävention in der derzeitigen Versorgung unzureichend abgedeckt ist. Er empfiehlt, hierfür verstärkt nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einzubeziehen¹⁶¹. In den untersuchten Ländern gehörten Vorsorgeuntersuchungen, Beratung über gesundheitsfördernde Themen sowie präventive Hausbesuche zu den Aufgaben der Pflegenden.

¹⁵⁸ Vgl. Schrödter 2006, S. 132f

¹⁵⁹ Vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 47

¹⁶⁰ Das Konzept der Tandempraxis der Universität Witten/Herdecke orientierte sich an den niederländischen Sprechstunden durch Praxisunterstützer (Vgl. Schrödter 2006, S. 133).

¹⁶¹ Vgl. SVR 2007, S. 98

Schrödter schlägt für das deutsche System vor, Pflegende bei den Vorsorgeuntersuchungen für Menschen ab dem 36. Lebensjahr mit einzubeziehen. Diese Maßnahme könnte helfen, chronische Krankheiten bereits im Frühstadium besser zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken. Die Ärzte sollen bei Vorsorgeuntersuchungen ein Familien- und Sozialprofil der Patienten erstellen, aus dem sich Risiken erkennen lassen. Im Weiteren sollen verschiedene körperliche Untersuchungen folgen. Aufgrund der hervorgebrachten Ergebnisse kann der Arzt den Patienten informieren sowie mit ihm die erforderlichen Folgemaßnahmen besprechen. Der behandelnde Arzt sollte die hierbei gewonnen Ergebnisse gezielt ansprechen und erforderliche Veränderungen im Leben des Patienten vorschlagen. Ärzte finden für diese Beratungsgespräche selten Zeit. Aus diesem Grund sollten die Pflegenden stärker in die Patientenversorgung einbezogen werden. Die Pflegekräfte könnten entweder ergänzende Sprechstunden für die Patienten anbieten oder diese Beratertätigkeit ganz übernehmen. Darüber hinaus können sie mit den Patienten erforderliche Veränderungen in ihren Lebensgewohnheiten besprechen und diese bei regelmäßigen Pflegesprechstunden begleiten¹⁶². Der Einsatz der Pflegenden und ihrer Kompetenzen in den Bereichen Beratung, Schulung und Vorsorge wären auch in der Häuslichkeit der Patienten denkbar. Sie könnten präventive Hausbesuche durchführen, wie unter Kapitel 4.2.2 beschrieben wurde.

Nurse Practitioner sind in den Niederlanden hauptsächlich in der Betreuung von Patienten mit leichten bzw. gewöhnlichen gesundheitlichen Beschwerden tätig. Auch in Großbritannien werden neben Nurse Practitionern auch Practice Nurses zunehmend im Erstkontakt bei Patienten mit leichten bzw. gewöhnlichen gesundheitlichen Beschwerden eingesetzt. Insbesondere Nurse Practitioner übernehmen in diesem Zusammenhang Aufgaben, wie Diagnosestellung oder Therapieentscheidungen, die traditionell Domäne des Arztes sind. Hierbei stellt sich die Frage, warum Pflegende anstelle des Arztes diesen Aufgabenbereich übernehmen. Geht es hierbei um Entlastung des Arztes oder ist es ein Bereich, in dem die Kompetenzen der Pflegenden genutzt werden sollten?

Die Patientenmeinungen geben Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Frage. Die hier analysierten Untersuchungen zeigen, dass erweiterte Rollen der Pflege im Erstkontakt bei leichten Beschwerden von der Mehrheit der Patienten akzeptiert

¹⁶² Vgl. Schrödter 2006, S. 132

werden. Darüber hinaus sind die meisten Patienten zufrieden mit der Betreuung und teilweise sogar zufriedener als mit der Versorgung durch den Hausarzt. Der Großteil der Patienten schätzt die umfassenden Gespräche mit Pflegenden, in denen auch Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben Berücksichtigung finden. Ein weiterer Grund für die Zufriedenheit ist die Dauer der Konsultation. Dadurch, dass Pflegende mehr Zeit zur Verfügung haben oder sich mehr Zeit nehmen¹⁶³, erlebten viele Patienten die Betreuung positiver. Seale, Anderson und Kinnersley stellten fest, dass Pflegende mehr über die Behandlung erklären, den Patienten häufiger Hinweise geben und überprüfen, ob das Verfahren für die Patienten akzeptabel ist¹⁶⁴. Pflegende integrieren öfter Aspekte der Gesundheitsförderung und Edukation in die Behandlung. Auch bei der Untersuchung von Dierick-van Daele et al. wurde von Pflegenden und Ärzten festgestellt, dass Pflegende bei der Gesprächsführung umfassender auf Ursachen und Auswirkungen des Gesundheitszustands eingehen.

Weiterhin wurde durch die Literaturanalyse deutlich, dass Pflegende einen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation und Abstimmung innerhalb als auch außerhalb der Praxis mit anderen Professionellen bzw. Institutionen leisten können. Das beschriebene niederländische Beispiel zeigte, dass sich durch den NP die Kooperation an der Schnittstelle zwischen Pflegeheim und Arztpraxis verbessert hat. Auch im deutschen Gesundheitswesen wird die Trennung der Versorgungsbereiche, die zu Versorgungsbrüchen führen kann, als Problem angesehen¹⁶⁵.

Der DPR und der DfBK sehen Versorgungskonzepte für definierte Gruppen sowie Gesundheitsförderung und Prävention als potentielle Aufgabenfelder der Pflege. Damit einher gehen Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen. Dabei erscheint die Übernahme medizinischer Aufgaben sinnvoll, wenn dadurch eine ganzheitliche Pflegepraxis erreicht werden kann, was von den Ärztevertretern aber abgelehnt wird. Einige Angebote wären auch ohne die Übertragung medizinischer Aufgaben denkbar. Jedoch zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern, dass sich eine Übertragung, wenn sie im Sinne einer ganzheitlichen Pflege erfolgt, positiv auf die Versorgungsqualität auswirken kann.

¹⁶³ Der Grund für die längere Dauer wurde nicht dargestellt.

¹⁶⁴ Vgl. Seale, Anderson, Kinnersley 2006, S. 540

¹⁶⁵ Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 253

Auch Patienten, die keine Erfahrungen mit der Betreuung durch Pflegende haben, sind unsicher. Jedoch zeigt die Untersuchung von Höppner, dass auch deutsche Patienten bestimmte Vorteile durch die Betreuung von Pflegenden sehen. Die meisten der befragten Patienten empfinden einen festen und auf das eigene Gesundheitsproblem spezialisierten Ansprechpartner vorteilhaft. Eine mögliche Behandlung zu Hause, kürzere Wartezeiten sowie längere Konsultationszeiten stellen weitere Anreize zur Betreuung durch Pflegende dar. Wichtig ist auch, die Patienten über neue Qualifikationen und Kompetenzen des Pflegepersonals zu informieren, wobei die Vorteile der pflegerischen Versorgung betont werden sollten. Die internationale Erfahrung zeigt, dass Unsicherheiten und Bedenken, sowohl auf Seiten der Ärzte als auch der Patienten, durch die persönliche Erfahrung abgebaut werden.

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde die Möglichkeit geschaffen, Modellvorhaben durchzuführen, bei denen Pflegefachkräfte selbständig Heilkunde ausüben können. Voraussetzung ist eine entsprechende Ausbildung. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird Richtlinien festlegen, bei welchen Tätigkeiten Heilkunde übertragen werden kann¹⁶⁶. Die Modellvorhaben stellen eine Möglichkeit dar, Unsicherheiten der Ärzte und Patienten zu verringern.

Das Fehlen entsprechender Qualifikationen grenzt die Übertragbarkeit internationaler Konzepte auf das deutsche System ein. In Deutschland findet die pflegerische Erstausbildung nicht an Hochschulen, sondern an Berufsschulen statt. Daher fordert der DPR, die Pflegeausbildung nach internationalem Vorbild an Hochschulen zu etablieren. Als Übergangslösung könnten einige der ermittelten Tätigkeitsbereiche auch ohne die Voraussetzung, die pflegerische Erstausbildung an Hochschulen anzusiedeln, von Pflegenden durchgeführt werden. Hierzu könnten Sprechstunden für ältere oder chronisch kranke Patienten gehören. Pflegende werden in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“¹⁶⁷ qualifiziert. In einem speziellen Training könnten die erforderlichen Kompetenzen vertieft werden. Bei diesem Modell besteht jedoch die Gefahr, dass die Entwicklung auf die-

¹⁶⁶ Vgl. § 63 Abs. 3c SGB V

¹⁶⁷ § 3 Abs. 2, Nr. 1c Krankenpflegegesetz

sen Stand stehen bleibt. Um dem vorzubeugen, sollte die Akademisierung des Pflegeberufs weiter gefördert und gefordert werden.

Ein Schritt in diese Richtung ist das zunehmende Angebot der Pflegestudiengänge in Deutschland¹⁶⁸, wobei diese bis auf wenige Ausnahmen auf der Pflegeausbildung aufbauen. Inzwischen gibt es auch die Möglichkeit, in einem dualen Studium das Examen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie einen Bachelor zu erwerben, welches in einem gewissen Maße die Pflegeausbildung an die Hochschule verlagert. Darüber hinaus existieren neuerdings Masterstudiengänge in Advanced Nursing Practice¹⁶⁹, welche zu einer Spezialisierung auf dem klinischen Gebiet führen und so zur Entwicklung des Pflegeberufs beitragen.

7. Zusammenfassung und Fazit

In Deutschland erfolgt die Leistungserbringung im ambulanten ärztlichen Bereich, abgesehen von Medizinischen Fachangestellten, monoprofessionell¹⁷⁰. Durch Fortbildungen wie AGnES, VERAH, EVA usw. gewinnen nichtärztliche Gesundheitsberufe an Bedeutung in der hausärztlichen Versorgung. Allerdings werden hauptsächlich Medizinische Fachangestellte qualifiziert. Die AGnES Fortbildung wurde bisher noch nicht in Anspruch genommen. Das pflegerische Handeln ist hierbei an die ärztliche Delegation gebunden.

Mit dem Konzept der Tandempraxis von der Universität Witten/Herdecke wurden erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Pflegenden und Hausärzten als Team innerhalb der Hausarztpraxis gemacht. Die Projektevaluationen von AGnES und der Tandempraxis zeigten positive Ergebnisse aus Sicht der Patienten, Pflegenden und Ärzte. Allerdings gab es unterschiedliche Sichtweisen zwischen Pflegenden und Ärzten in Bezug auf die Aufgabenverteilung in der Tandempraxis. Die Pflegenden wollten zusätzlich medizinische Aufgaben übernehmen, was von Ärzten abgelehnt wurde.

Entwicklungsmöglichkeiten der Pflege bestehen nicht nur in der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, sondern auch bei der Ausübung neuer Aufgaben um den zukünf-

¹⁶⁸ Vgl. Elzer 2000, S. 18

¹⁶⁹ Die Studiengänge werden an der FH Jena und FH Frankfurt angeboten.

¹⁷⁰ Vgl. Höppner, Kuhlmeier 2009, S. 9

tigen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung zu begegnen. Medizinische Aufgaben sollten übernommen werden, wenn es den Patienten in der erweiterten Pflegepraxis zu Gute kommt. Die ausländischen Erfahrungen konnten zeigen, dass Pflegenden einen positiven Beitrag in verschiedenen Bereichen leisten können. Als potentielle Handlungsfelder der deutschen Pflege konnten die Betreuung definierter Gruppen, wie z.B. chronisch Kranke; die Betreuung von Patienten mit leichten Beschwerden sowie die Gesundheitsförderung und Prävention herausgestellt werden.

Die Erfahrungen aus anderen Ländern sind nicht ohne weiteres auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar. Sie können jedoch Entwicklungsmöglichkeiten und denkbare Schwierigkeiten aufzeigen, womit sie helfen, die Pflege weiter zu entwickeln sowie die Versorgung zu verbessern. Ein Hindernis stellen die unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten dar. Eine weitere Barriere bilden die Einstellungen der Ärztevertreter in Bezug auf die Übernahme medizinischer Tätigkeiten durch Pflegenden. Insbesondere Nurse Practitioner agieren autonom und treffen eigenständig Entscheidungen über Diagnose und Behandlung. Eine solche Entwicklung erscheint derzeit in Deutschland unwahrscheinlich. Eine Chance bieten jedoch die Modellvorhaben, bei denen Pflegenden zur eigenständigen Ausübung von Heilkunde berechtigt werden sollen.

Im Gegensatz zu Nurse Practitionern arbeiten die Practice Nurses unter ärztlicher Supervision. Trotzdem verfügen sie über erweiterte Kompetenzen. Auch in diesem Modell der Zusammenarbeit können Pflegenden in erweiterten Tätigkeitsfeldern mit dem Hausarzt zusammen arbeiten. Diese Entwicklung erscheint wahrscheinlicher, weil die Pflegenden hierbei weniger in den Kompetenzbereich der Ärzte eindringen.

Bei der Erweiterung der Kompetenzbereiche der Pflege sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sowohl Pflege als auch Ärzte versuchen, ihre Kompetenzen zu erhalten bzw. auszubauen. Hierbei ist die Lage der Ärzte vorteilhafter, da sie in entscheidenden Gremien präsent sind und eine stärker organisierte Interessensvertretung haben. Bei allen Unterschieden haben doch beide das gemeinsame Ziel, nämlich eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Die Modellvorhaben könnten Möglichkeiten eröffnen, Unsicherheiten abzubauen.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.H.; Kochen, M.M. (2006): Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen, M.M.: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 502-506.
- Altmeyer, P.; Hoffmann, K. (2006): Basiswissen Dermatologie: eine vorlesungsorientierte Darstellung. Herdecke, Bochum: W3L-Verlag.
- Atkin, K.; Lunt, N. (1996): Negotiating the role of the practice nurse in general practice. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 24, S. 498-505.
- Australian Medical Association (2005): General Practice Nurses Make Perfect Sense (but Independent Nurse Practitioners Don't).
<http://ama.com.au/node/1964>
letzter Zugriff: 01.12.2010
- Australian Nursing Federation (2009): Fact Sheet 7: A snapshot of practice nurses in Australia.
http://www.anf.org.au/pdf/Fact_Sheet_Snap_Shot_Practice_Nurses.pdf
letzter Zugriff: 01.12.2010
- Australian Nursing Federation (2010): Fact Sheet 2: A snapshot of nursing in Australia.
http://www.anf.org.au/pdf/Fact_Sheet_Snap_Shot_Nursing.pdf
letzter Zugriff: 02.12.2010
- BÄK, KBV (2008a): Gemeinsame Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG).
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege_Weiterentwicklungsgesetz.pdf
letzter Zugriff: 14.12.2010

BÄK, KBV (2008b): Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen.

<http://www.kbv.de/gesundheitspolitik/13196.html>

letzter Zugriff: 14.12.2010

Behrens, J.; Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing and Caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen – vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

Beraus, S. (2005): Berufliche Selbstverwaltung in Großbritannien: Aufgaben einer Pflegekammer am Beispiel des „Nursing and Midwifery Council“ (NMC). In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 44, Nr. 9, S. 682-687.

BMV-Ä und EKV, Anlage 8: Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung).

<http://www.kbv.de/rechtsquellen/2295.html>

letzter Zugriff: 01.12.2010

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Caldow, J.; Bond, C.; Ryan, M.; Campbell, N.C.; San Miguel, F.; Kiger, A.; Lee, A. (2006): Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. In: Health Expectations, Jg. 10, S. 30-45.

DBfK (2007): Advanced Nursing Practice: Die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland.

- De Jong, A.; Landenberger, M. (2005): Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche. S. 111-137.
- Den Engelsen, C.; Soedamah-Muthu, S.S.; Oosterheert, N.J.A.; Ballieux, M.J.P.; Rutten, G.E.H.M. (2009): Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003–2007. In: Primary Care Diabetes, Nr. 3, S. 165-171.
- Dierick-van Daele, A.T.M.; Spreeuwenberg, C.; Derckx, E.W.C.C.; van Leeuwen, Y.; Toemen, T.; Legius, M.; Janssen, J.J.M.; Metsemakers, J.F.M.; Vrijhoef, H.J.M. (2010): The value of nurse practitioners in Dutch general practices. In: Quality in Primary Care, Nr. 18, S. 231-241.
- DPR (2006): Stellungnahme zur Anhörung beim Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006. „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“. Neubearbeitung am 20.09.2006
- DPR (2008): Schwester AGnES: Ein Schritt vor und zwei zurück. In: DPR Newsletter 5/2008.
- Elzer, M. (2000): Die Euphorie ist vorbei... - Zur Situation der Akademisierung der Pflege. In: Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen, Jg. 25, Nr. 128, S. 18-19.
- Filkins, J.; Landenberger, M. (2005): Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Großbritannien. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche. S. 79-109.

Förderverein Pflegekammer NRW: Überblick Pflegekammer.

<http://www.pflegekammer-nrw.de/Ueberblick.htm>

letzter Zugriff: 14.12.2010

Halcomb, E.J.; Patterson, E.; Davidson, P.M. (2006): Evolution of practice nursing in Australia. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 55, Nr. 3, S. 376-390.

Herber, O.R.; Rieger, M.A.; Schnepf, W. (2008): Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 13, Nr. 3, S. 234-245.

Höppner, K. (2008): Neue Aufgabenteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.: Gesundheitsmonitor 2008: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 250-269.

Höppner, K.; Kuhlmeier, A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel: Relation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 9, Nr. 2, S. 7-14.

Höppner, K., Maarse, J.A. (2003): Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 3, Nr. 3, S. 21-31.

ICN (2009): Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics.

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

letzter Zugriff: 14.12.2010

Information Center (The) (2007): 2006/07 UK General Practice Workload survey, BMA, Department of Health, NHS Employers.

- Kalitzkus, V.; Schluckebier, I. (2009): AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Bericht von einer Expertentagung für Medizinische Fachangestellte in der hausärztlichen Versorgung.
http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_allgemeinmedizin/Veranstaltungen/MFA/Bericht_Expertentagung-MFAs_UWH_2009.pdf
letzter Zugriff: 14.12.2010
- Kohler, J. (2006): "Same-day" Appointments Replace What was Known as a "Walk-in". In: The Council, Jg. 31, Nr. 1, S. 1-8.
- Korzilius, H. (2009): Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Rückbesinnung auf die alten Werte. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. , Nr. 1, S.12-13.
- Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003, letzte Änderung vom 24.07.2010
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf
letzter Zugriff: 12.12.2010
- Meleis, A.I. (1999): Pflgeetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. 3. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Morgan, M.; Dunbar, J.; Reddy, P. (2009): Collaborative care: The role of practice nurses. In: Australian Family Physician, Jg. 38, No. 11, S. 925-926.
- Morgan, M.; Dunbar, J.; Reddy, P.; Coates, M.; Leahy, R. (2009): The TrueBlue study: Is practice nurse-led collaborative care effective in the management of depression for patients with heart disease or diabetes? In: BMC Family Practice, Jg. 10, Nr. 46, S. 1-8.

Morgan, M.; Reddy, P.; Coates, M.; Leahy, R.; Schlicht, K.; Dunbar, J. (2010): Practice nurses as case managers in a collaborative-care model for managing depression in patients with heart disease or diabetes: The D_TECT and TrueBlue studies in primary care. In: Larson, A.; Lyle, D.: A Bright Future for Rural Health: Evidence-based policy and practice in rural and remote Australian Health Care. Australian Rural Health Education Network. S. 48-51.

National Rural Health Alliance (2005): Advanced nursing practice in rural and remote areas.

<http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/advanced%20nursing%20practice%206%20july%202005.pdf>

letzter Zugriff: 02.12.2010

OECD (2010): Nurses in advanced roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Health Working Paper No. 54. OECD Publishing: Paris.

Offredy, M.; Townsend, J. (2000): Nurse practitioners in primary care. In: Family Practice, Jg. 17, Nr. 6, S. 564-569.

Pascoe, T.; Foley, E.; Hutchinson, R.; Watts, I.; Whitecross, L.; Snowdon, T. (2005): The changing face of nurses in Australian general practice. In: Australian Journal of Advanced Nursing, Jg. 23, Nr. 1, S. 44-50.

RCGP (2004): Practice Nurses. RCGP Information Sheet Nr. 19.

RCGP (2007): The primary care practice and its team. RCGP Information Sheet.

RCN (2010): Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competences and programme accreditation. RCN competences: London.

- Redsell, S.; Stokes, T.; Jackson, C.; Hastings, A.; Baker, R. (2006): Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 57, Nr. 2, S. 172-180.
- Richter, E. (2009): Neues Profil für die Praxisassistentin. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 12, Nr. 10, S. 37-41.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Rural Doctors Association of Australia (the), the Australian Local Government Association, the National Farmers Federation, Health Consumers of Rural and Remote Australia and the Country Women's Association of Australia (2004), Good health to rural communities - a collaborative policy document, March. <http://www.alga.asn.au/policy/healthAgeing/health/documents/GoodHealthToRuralCommunities.pdf>
 letzter Zugriff: 14.12.2010
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege: Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 12, Nr. 2, S. 101-117.
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (2003): Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft. In: Schwartz, F.W.: Das Public-Health-Buch. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 275-277.
- Schölkopf, M. (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Schrödter, M.E. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege – Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke. In: Hasseler, M.; Meyer, M.: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche. S. 111-137.
- Schwartz, F.W.; Klein-Lange, M. (2003): Ärztliche Versorgung. In: Schwartz, F.W.: Das Public-Health-Buch. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 277-292.
- Seale, C.; Anderson, E.; Kinnersley, P. (2006): Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 54, Nr. 5, S. 534-541.
- Senior, E. (2008): How general practice nurses view their expanding role. In: Australian Journal of Advanced Nursing, Jg. 26, Nr. 1. S. 8-15.
- SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1998, letzte Änderung vom 24.07.2010
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf
 Letzter Zugriff: 29.11.2010
- Shum, C.; Humphreys, A.; Wheeler, D.; Cochrane, M.A.; Skoda, S.; Clement, S. (2000): Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. In: British Medical Journal, Jg. 320, S. 1038-1043.
- Sibbald, B.S.; Laurant, M.; Scott, A. (2006): Changing task profiles. In: Saltman, R.B.; Rico, A.; Boerma, W. (Hrsg.): Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press, S. 149-164.
- Simon, M. (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

- Smolka, A. (2006): Organisationsübergreifende Kooperation und Vernetzung in der ambulanten Versorgung alter Menschen: Institutionelle und ressourcenbezogene Determinanten der Reaktionen von Organisationen auf Kooperationsforderungen. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Spirig, R.; De Geest, S.: (2004): „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In: Pflege, Jg. 17, Heft 4, S. 233-236.
- Spirig, R.; De Geest, S.: (2008): Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Hans Huber.
- Stöcker, G. (2010): Ein neuer Pflegeberuf kommt! In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 49, Nr. 2, S. 150-151.
- SVR (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Langfassung. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2009): Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Langfassung. Baden-Baden: Nomos.
- Thill, K.D. (2006): Praxismanagement – Gegenwart und Zukunft des Berufsbildes der Arzthelferin. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber. S. 175-190.
- Tolhurst, H.; Madjar, I.; Schultz, L.; Schmidt, A. (2004): Nurses in urban and rural general practice: Who are they and what do they do? In: Australian Family Physician. Jg. 33, Nr. 3, S. 185-188.
- Van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Dreier, A.; Terschüren, C.; Hoffmann, W. (2007): Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 12, Nr. 2, S. 118-134.

- Van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Fiß, T.; Suckert, E.; Pöller, C.; Dreier, A.; Rogalski, H.; Karopka, T.; Oppermann, R.; Hoffmann, W. (2009): AG-nES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Nr. 1-2, S. 3-9.
- Watts, I.; Foley, E.; Hutchinson, R.; Pascoe, T.; Whitecross, L.; Snowdon, T. (2004): General practice nursing in Australia. Canberra: Royal Australian College of General Practitioners & Royal College of Nursing.
- Weber, M. (2005): Rollenerweiterung der Pflege in Großbritannien: Limitierung oder Inspirierung? In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 44, Nr. 9, S. 678-680.
- Williams, A.; Jones, M. (2006): Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 53, Nr. 3, S. 188-195.
- Wilson, A; Pearson, D.; Hassey, A. (2002): Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. In: Family Practice, Jg. 19, Nr. 6, S. 641-646.

Expertenkontakt

Coates, Michael; Senior Research Fellow, Deputy Director and PHCRED Coordinator, Greater Green Triangle University Department of Rural Health, Flinders and Deakin Universities. Email-Anfrage vom 18.11.2010

Anhang

Anhang 1: Suchstrategie in den Datenbanken ii

Eidesstattliche Erklärung iii

Anhang 1: Suchstrategie in den Datenbanken

Suchstrategie in Medline und Embase

Suchbegriffe	Treffer
Practice Nurs* UND (general practice ODER family practice) UND Australia	119 Treffer
Nurse Practitioner* UND (general practice ODER family practice) UND Australia	62 Treffer
Practice Nurs* UND general practice UND Netherlands	104 Treffer
Nurse Practitioner* UND general practice UND Netherlands	44 Treffer
Practice Nurs* UND general practice UND United Kingdom	555 Treffer
Nurse Practitioner UND general practice UND United Kingdom	440 Treffer

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 15.12.2010

Katrin Pihan