

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

# PFLEGE

## ■ PLEGE PERSPEKTIVEN

Eine patientenorientierte Perspektive:  
Menschen für die Pflege gewinnen  
und Versorgung sichern.

## ■ ENTWICKLUNG DER PFLEGE

Gelingt eine grundlegende Reform?  
Das Jahr 2020 kann das Jahr der  
Pflege werden.

THE FUTURE IS NOW

# ERWEITERTE KOMPETENZ ALS ZUKUNFTSPERSPEKTIVE

Von Raphael Taufer und Daniel Fuchs, Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation

**Der Blick auf das veränderte Krankheitspanorama, die daraus entstehenden Versorgungsprobleme sowie internationale Entwicklungen in der Pflege zeigen: Deutschland braucht konkrete Veränderungen bei der Regulierung der Heilberufe und der Aufgabenteilung im Gesundheitswesen. Hieraus resultieren Chancen für die Pflege in Zeiten des Fachkräftemangels: Während die Versorgungsqualität steigt, ergeben sich für Pflegekräfte attraktive berufliche Perspektiven, die insbesondere auch den Werten und Anforderungen der Generation Y entsprechen.**

Gesundheit und Krankheit in Deutschland verändern sich. So haben die Infektionskrankheiten in den vergangenen 150 Jahren kontinuierlich an Bedeutung als Todesursache verloren, während die Lebenserwartung gestiegen ist. Eine wichtige Rolle spielt dabei insbesondere der medizinische Fortschritt: Erkrankungen, die vormals tödlich verliefen, haben heute eher chronische Verläufe. Hieraus resultiert eine fundamentale Veränderung des Krankheitspanoramas hin zu meist chronischen Erkrankungen. Relevant bei der Versorgung der zunehmend chronisch erkrankten Menschen ist, dass sich damit die Versorgung grundlegend wandelt, denn hier rücken Fragen der alltäglichen Lebensführung und Alltagsbewältigung – und damit vor allem pflegerische und pflegefachliche Themen in den Fokus. Pflegefachlich betrachtet erfordert diese Entwicklung an den Versorgungsschnittstellen eine neue Balance und die Beantwortung der Frage, ob die in Deutschland gewachsenen beruflichen Pflegestrukturen einer fundamentalen Frischzellenkur bedürfen.

In diesem Kontext zeigt sich in Deutschland eine spezielle und gleichermaßen schwerwiegende Hürde: Hierzulande hat sich das gesamte Versorgungs Panorama – also die Strukturen, Zuständigkeiten und Rollen im Gesundheitswesen und speziell auch in der Pflege – in den vergangenen Jahrzehnten nicht in dem Maße verändert, wie es die beschriebene Veränderung des Krankheitspanoramas erforderlich gemacht hätte. Maßgeblich ist hierbei, dass das deutsche Gesundheitssystem unumwunden als medizinisch-paternalistisch bezeichnet werden muss. Dies verhindert augenscheinlich eine progressive

- » Es geht um eine patientenorientierte Perspektive für die Pflege. Bessere Qualität führt auch zu attraktiven beruflichen Perspektiven für Pflegekräfte. «

Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft. Auf den Punkt gebracht: Unser Gesundheitssystem wird nur dann weiterhin erfolgreich sein, wenn das Versorgungs Panorama dem Krankheitspanorama folgt!

Zusätzlich wird eine bedarfsgerechte Versorgung durch den demografischen Wandel innerhalb der Ärzteschaft erschwert. So liegt der Altersdurchschnitt der hiesigen Ärzteschaft bei rund 54 Jahren und die grundversorgenden Hausärzte stellen mehr als ein Drittel der über 60-jährigen Ärzte.

Wer also eins und eins zusammenzählt, wird feststellen, dass die hiesigen tradierten Versorgungsmodelle die medizinische Grundversorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – künftig nicht mehr flächendeckend sicherzustellen sind.

Um dem Rechnung zu tragen, sind dringend hochqualifizierte Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen notwendig. Diese entsprechen im internationalen Kontext am ehesten einer Advanced Practice Nurse (APN). Im konsequenten Einsatz solcher APN befindet sich Deutschland allerdings auf der Stufe eines Entwicklungslandes, denn die hiesige hochschulische (Pflege-)Ausbildung ist noch immer im Korsett der althergebrachten Versorgungsrealität gefangen.

Um ein konkretes Bild dafür zu entwickeln, welches versorgungspolitische Potenzial der Einsatz solcher APN birgt, ist es entscheidend, Rollen und Aufgaben einer APN konkret zu beschreiben. Sie wird wie folgt definiert:

„Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten

und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.“

Es handelt sich also um hochqualifizierte Pflegefachkräfte, die anerkannte Ausbildungsprogramme absolviert und entsprechend ein formales Lizenzierungs-, Registrierungs- und Zertifizierungsprogramm durchlaufen haben. Die fachliche Praxis ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass APN anerkannte und ausgeprägte klinische Kompetenzen vorweisen können und auch als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen anerkannt sind, welche das Recht auf Diagnosestellung und Verordnung von Medikamenten und Behandlungen haben. Sie veranlassen Überweisungen und die Tätigkeit ist durch eine spezifische, die APN betreffende Gesetzgebung abgesichert. Anhand dieser Beschreibung wird schnell klar, dass es sich hier um einen neuen (pflegerischen) Berufszweig handelt, der auch heilkundliche Tätigkeiten erbringt.

An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, ob sich eine akademische Ausbildung hin zur APN und der Fachkräftemangel nicht gegenseitig ausschließen. Oft wird argumentiert, Pflegefachkräfte, welche in Zeiten des Fachkräftemangels dringend gebraucht werden, dürften sich nicht vom Bett wegqualifizieren. Sie würden mehr denn je in der direkten Versorgung gebraucht. Auf den ersten Blick nachvollziehbar – denn bis dato war ein Pflegestudium z. B. in den Bereichen Pflegemanagement, Pflegepädagogik oder Pflegewissenschaft meist dadurch geprägt, dass sich der Tätigkeitsbereich der Absolventen jenseits der direkten Patientenversorgung befand, also im Pflegemanagement oder an einer Pflege- oder Hochschule. Schätzungen zufolge wurde so in fast 30 Jahren Akademisierung in der Pflege eine Akademisierungsquote von übersichtlichen 1 bis 2 % (!) erreicht.

Mit Blick auf die zunehmenden Anforderungen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung braucht es aber die Etablierung erweiterter pflegerischer Kompetenzen in der direkten Patientenversorgung. Notwendig ist deshalb explizit der Ausbau der klinisch primärqualifizierenden Pflegestudiengänge auf Bachelor- und Masterebene. Deren Absolventen bleiben in der direkten Versorgung und können dort ihre Expertise einbringen. Dadurch entsteht für Pflegefachkräfte erst die Möglichkeit zu einer weitergehenden beruflichen Entwicklung mit erweiterten Kompetenzen, ohne sich dabei aus der direkten Versorgung herauszuqualifizieren. Dies entspricht der primären Berufsmotivation insbesondere vieler pflegender „High Potentials“, die sich wünschen, eine langfristige Perspektive in der direkten Versorgung zu haben und eben nicht aufgrund der Rahmenbedingungen oft nach wenigen Jahren im Beruf wieder auszusteigen.

Internationale Erfahrungen zeigen uns, dass hierzu verschiedene Lösungsansätze existieren. So finden sich insbesondere in den Niederlanden, Skandinavien, Kanada oder auch den USA Beispiele guter Praxis. In diesen Ländern wird die Ausbildung von Pflegekräften schon seit geraumer Zeit auf Hochschulniveau angeboten, wobei u. a. in Finnland die hochschulische Ausbildung von Pflegekräften sogar flächendeckend eingeführt wurde. In den USA und den Niederlanden bestehen beide Optionen mit der Tendenz zum Studium. In den USA ist ein Studium der Pflege wegen sehr guter Karriereaussichten höchst attraktiv für Schulabgänger. Die Nachfrage ist jedes Jahr so groß, dass Bewerber abgewiesen werden. Erliegt man der Erkenntnis, auch in Deutschland Pflege-Eliten für eine versorgungspolitische Wende zu installieren, ergibt sich die Frage, welche Zielgröße bei der hochschulischen Qualifizierung von Pflegenden hierzulande fachlich beziehungsweise versorgungspolitisch geboten ist. Der Wissenschaftsrat hat hierzu eine Zielgröße von 10 bis 20 % für die direkte Versorgung als angemessen identifiziert. In den USA – als Land mit einer der längsten Tradition von akademischen und promovierten Pflegefachkräften – hat sich eine

Quote von 5 % APN etabliert. Dies würde bei einer Akademisierungsquote von 20 % in Deutschland einen Anteil von 15 % klinischen Bachelorstudiengängen und 5 % APN aus klinischen Masterstudiengängen bedeuten.

Im internationalen Vergleich variiert das Tätigkeitsspektrum von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften erheblich. Fest steht jedoch, dass sich die Tätigkeitsbereiche nach einem Studium in der Mehrzahl der Länder sukzessiv erweitert haben und zwar in der direkten medizinisch-pflegerischen Versorgung. Ein Trend zur Übertragung ärztlicher (Routine-)Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte ist vor allem auch in Europa festzustellen. Hervorzuheben sind insbesondere diejenigen europäischen Länder, die in den vergangenen Jahren wichtige Reformen umgesetzt haben – u. a. die Niederlande und Finnland. Dort sind Pflegekräfte mit Masterabschluss befugt, ein stark erweitertes Tätigkeitsspektrum in der Primärversorgung auszuüben. Dies umfasst u. a. erweiterte körperliche Untersuchungen, das Anordnen von medizinischen Tests und Bildgebung, das Festsetzen und Durchführen von Behandlungen und Therapie, die Verordnungsbefugnis für bestimmte Medikamente sowie die Zuständigkeit für eine Gruppe von Patienten im Sinne eines Case Managements. Pflegekräfte mit Masterabschluss als Nurse Practitioner beziehungsweise APN können in den Niederlanden und Finnland eine beträchtliche Anzahl von Behandlungsfällen (z. B. mit chronischen Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus Typ 2, Asthma, Hypertonus) nahezu vollständig abdecken. Dabei arbeiten die Pflegekräfte in multiprofessionellen Teams. Studien haben gezeigt, dass zwischen 67 und 93 % aller typischen Tätigkeiten in der Primärversorgung von Pflegekräften mit Masterabschluss abgedeckt werden können, wenn sie dafür das erforderliche klinische Wissen und die Kompetenzen im Studium erlangt haben. Die Akzeptanz und Zufriedenheit ist bei den Patienten sowie bei den Berufsgruppen generell hoch. In Kanada waren Hausärzte nach Anstellung einer Pflegekraft mit Masterstudium zufriedener als zuvor, da alle Beteiligten mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten hatten.

Aber insbesondere die ärztlichen Standesvertretungen sehen hierzulande die eigenständige Erbringung von heilkundlichen Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen kritisch. Argumente sind vor allem eine schlechtere Versorgungsqualität, die Gefährdung der Patientensicherheit, eine „[...] Fragmentierung der Versorgung“ und Abgrenzungs- und Haftungsfragen. Heilkundliche Tätigkeiten sind aber in der Praxis nicht immer eindeutig abgrenzbar und haben unterschiedliche Niveaus und Spezialisierungsgrade. Hier existieren durchaus unterschiedliche Interpretationen und Definitionen. Der zweite Aspekt der Diskussion ist die verkürzte These: Heilkunde gleich Arzt. Diese lässt sich aber schnell widerlegen, wie etwa Psychotherapeuten oder Hebammen zeigen. Grundlage ist vor allem, dass die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten mit den entsprechenden fachlichen Kompetenzen einhergehen muss, die eine hochqualifizierte Leistungserbringung ermöglicht. Entscheidend für die Erbringung von Heilkunde ist also die entsprechende fachliche Kompetenz, und in diesem Zusammenhang ist es sekundär, welche Berufsgruppe diese letztendlich ausübt. Verkürzt gesagt: Wer kann, der darf! Deshalb sind in erster Linie das Outcome und die Versorgungsqualität beim Einsatz von APN entscheidend. Hierzu liegen bereits solide wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Die Ergebnisse zeigen, dass APN über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg gleichwertige Versorgungsergebnisse erzielen wie Mediziner. Bestimmte Bereiche werden laut Studienlage durch den Einsatz von APN sogar besser in der Praxis abgebildet. Dies scheint insbesondere bei den Aspekten Kommunikation (etwa bei der Erklärung von Untersuchungen) und Information beziehungsweise Beratung zum Selbstmanagement von Krankheiten der Fall zu sein. Es handelt sich genau um die pflegerischen Kompetenzen, die Menschen dabei unterstützen, mit den Auswirkungen einer Erkrankung im Alltag zurechtzukommen. Andererseits zeigt sich, dass APN auch Aufgaben in der Primärversorgung übernehmen und dabei mindestens gleichwertige Ergebnisse wie Mediziner erzielen können. Daneben gibt es Hinweise darauf, dass

die Zufriedenheit sowohl von Versicherten als auch deren Angehörigen bei der Betreuung durch eine APN höher ist.

Bei allen Überlegungen, was sinnvoll und richtig wäre, ist eine der entscheidendsten Fragen, welche Arbeitnehmergeneration im Berufsfeld Pflege zukünftig arbeiten beziehungsweise ihr Studium absolviert und mit welchem Selbstverständnis diese auf dem Arbeitsmarkt auftreten. Die Einschätzungen zur sogenannten Generation Y sind divergierend und die Leistungsbereitschaft dieser Generation wird kontrovers diskutiert. Aber klar ist: Es handelt sich um eine verhältnismäßig kleine Kohorte, an der alle Branchen – nicht nur das Gesundheitswesen, sondern auch die freie Wirtschaft – mit ungleich höheren Ressourcen nachhaltig ihr Interesse bekunden. Insofern zeichnet sich ein nie dagewesener Arbeitnehmermarkt ab mit sehr praktischen Auswirkungen: Unternehmen – egal welcher Branche – werden zukünftig individuelle Arbeitsarrangements ermöglichen müssen, wie dies bislang nicht Praxis war. Die Machtverhältnisse werden sich konsequent zugunsten der hochqualifizierten Fachkräfte verschieben: Arbeitsbedingungen – welche nicht mit den persönlichen Werten und Lebenszielen übereinstimmen – werden kaum toleriert. Im Zweifel werden etwaige Fachkräfte das betreffende Unternehmen verlassen oder ihre berufliche Tätigkeit dort gar nicht erst beginnen. Bezogen auf die oben beschriebenen Veränderungen sind die Werte der jüngeren Arbeitnehmergeneration aber auch eine Chance. So werden Hierarchien hinterfragt, während Kooperation und Vernetzung an Bedeutung gewinnen. Auch die Bedeutung akademischer Titel nimmt im Vergleich mit vorhergehenden Generationen ab. Der Anteil angestellter Ärzte hat sich von 2007 bis 2017 mehr als verdreifacht. Und auch die Bereitschaft in Teilzeit zu arbeiten ist bei jungen Ärzten mittlerweile deutlich ausgeprägter als bei den Generationen davor. Ähnliche Trends sind auch bei Pflegenden zu beobachten – für die Implementierung teambasierter Versorgungsmodelle wie APN eine zentrale Voraussetzung. Auch die hohe intrinsische Arbeitsmotivation kommt den beschriebenen

» Die strikte Trennung der Sektoren in pflegerische und ärztliche Versorgungsbereiche ist überholt, die heutige Rollen- und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsberufen sowieso. «

Entwicklungen entgegen und fördert den langfristigen Verbleib im Beruf. Der Trend zu beruflichen Werdegängen unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensphase, einer Work-Life-Balance beziehungsweise der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für die Pflege ebenfalls eine Chance, denn diese begünstigt auch gesundheitsförderliche und gesundheitserhaltende Aspekte und damit einen langfristigen Verbleib im Beruf.

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



**QUELLENVERZEICHNIS:**  
[www.bkk-dv.de/200123](http://www.bkk-dv.de/200123)

### RESÜMEE

Es zeigt sich, dass der versorgungspolitische und praktische Mehrwert von APN klar auf der Hand liegt. Voraussetzung dafür ist eine faktengestützte und ehrliche Debatte, wie eine langfristige und dabei patientenorientierte Perspektive für die medizinisch-pflegerische Versorgung in Deutschland gestaltet werden kann und welche Rolle konkret die Pflege in diesem Kontext übernehmen muss. Hierbei lohnt der Blick auf die internationalen Erfahrungen. Es bietet sich an, eine akademisierte Pflege einerseits als Antwort auf real existierende Versorgungsprobleme und andererseits als Instrument der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs zu begreifen, welches Pflegefachkräften eine langfristige berufliche Perspektive in der direkten Versorgung eröffnet. Einen konkreten Aufschlag zur Adaption dieser Aspekte und zur Initialisierung der versorgungspolitischen Diskussion hat der BKK Dachverband mit Kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ) vorgelegt (siehe Seite 24). Dieser ist als konkreter Beitrag im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) zur Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen und zur konkreten Umsetzung von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V zu verstehen. Hierzu hat sich der BKK Dachverband klar positioniert und auf die Aktivierung der kaum umgesetzten Modellprojekte gedrängt, welche theoretisch schon seit 2012 möglich sind. Angemerkt sei aber, dass – wie beschrieben – hochgradig progressives Handeln gefragt ist und die Maßgaben der KAP nach Ansicht des BKK Dachverbandes nur ein erster Schritt zum notwendigen Einsatz von APN in Deutschland sein können. ■