

World Health Organisation (2008): Primary Health Care: Now More than Ever. Geneva: WHO
World Health Organisation (2010): A Force for Health. Geneva: WHO
World Health Organisation (2015): Core Health Indicators in the WHO European Region, Special focus: Human Resources for Health. Copenhagen: WHO
World Health Professions Alliance (2008): Positive practice environments for health care professionals. Fact sheet. Retrieved from www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf (Stand 2016-08-29)

Sally Kendall

Rosamund Bryar

- 1 Professor of Community Nursing and Public Health, University of Kent, Canterbury, UK, B.Sc. (Hons) PhD London FQNI
- 2 Professor Emeritus Community and Primary Care Nursing, City, University of London, UK, BNurs, PhD, SCPHN(HV), FQNI

Corresponding author

Prof. Sally Kendall

University of Kent, Centre for Health Services Studies, S.Kendall-608@kent.ac.uk

Doris Schaeffer

Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada

Advanced Nursing Practise in Primary Care in Ontario/Canada

Advanced Nursing Practice (ANP) has been discussed and developed for a long time internationally. This is also the case for Canada, where the first ANP programme [1] was implemented in the 1960s. ANP was introduced into primary care in the 1970s and strengthened in the 1990s with the aim of contributing to meeting the changing demands caused by demographic change and the increase in chronic diseases. This paper describes these developments, drawing on the example of the Province of Ontario/Canada, where ANP in primary care has undergone a dynamic process of change. The article begins with an outline of the trends in society that created pressure on the health care system, including on primary care. Then, the solutions developed in Ontario/Canada, i.e. the most prominent variations of primary care centers, are presented. The development of ANP over time and the tasks of the Nurse Practitioner are described and lessons learned are discussed.

Keywords

Advanced Nursing Practice, Nurse Practitioner, extended tasks and roles, primary care, care centers

eingereicht 08.08.2016

akzeptiert 11.10.2016

International wird seit langem über das Thema Advanced Nursing Practice (ANP) diskutiert und wurden entsprechende Entwicklungen auf den Weg gebracht. Auch in Kanada: Dort wurde bereits in den 1960er Jahren das erste ANP-Programm eingeführt. Schon in den 1970er und verstärkt in den 1990er Jahren hat ANP dort auch in die Primärversorgung Einkehr gehalten, dies mit dem Ziel dazu beizutragen, dort den gewandelten Anforderungen durch den demografischen Wandel und die Zunahme chronischer Krankheiten besser entsprechen zu können. Diese Entwicklung wird am Beispiel der Provinz Ontario/Kanada geschildert, wo ANP in der Primärversorgung auf eine dynamische Entwicklung schauen kann. Der Beitrag beginnt mit einer Skizzierung gesellschaftlicher Trends, durch die in allen Bereichen des Gesundheitswesens, auch in der Primärversorgung, Problemdruck entstanden ist. Dann werden die in Ontario/Kanada gesuchten Antworten – die Primärversorgungszentren in ihren wichtigsten Varianten – geschildert. Anschließend werden die ANP Entwicklung und die Aufgaben der Nurse Practitioner dargestellt und daraus zu ziehende Lehren diskutiert.

Schlüsselwörter

Advanced Nursing Practice, Nurse Practitioner, erweiterte Aufgaben und Rollen, Primärversorgung, Versorgungszentren

Einleitung

Das Thema Advanced Nursing Practice (ANP)¹ und erweiterte Rollen und Spezialisierung in der Pflege oder allgemeiner: Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen diskutieren wir in Deutschland seit ca. 10 Jahren mehr oder weniger intensiv (ex. BMJFSFJ 2002; Sachs 2007; SVR 2007, 2014). International steht es sehr viel länger auf der Tagesordnung. Schon in den 1960er Jahren wurde ein erstes ANP-Modell in Colorado/USA eingeführt, Quebec/Kanada folgte etwa zur gleichen Zeit mit anderer Schwerpunktsetzung und beide starteten bald auch mit entsprechenden Qualifikationen. In den 1990er Jahren folgte Großbritannien (Sheer/Wong 2011) und später Neuseeland, Australien, Niederlande, Schweden, Finnland etc. (ebd., Delamaire/Lafortune 2010). Interessant ist, dass die Modelle oft im Bereich der Primärversorgung entstanden sind (de Geest et al. 2008; Patterson 1977) und auf den hier existenten Problemdruck zurückgehen, der sich in allen Ländern recht ähnlich ausnimmt. Hier setzen die nachfolgenden Ausführungen an: Zu Beginn werden kurz die gesellschaftlichen Trends in Erinnerung gerufen, die in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung besonders aber in der Primärversorgung Problemdruck auslösen, dann in Ontario/Kanada gefundene Lösungen der Versorgungsgestaltung und die darin eingeschlossene ANP Entwicklung geschildert. um anschließend daraus zu ziehende Lehren zu

1 Unter ANP (auch als APN bezeichnet) wird eine spezialisierte Pflegepraxis verstanden, für die auf akademischem Niveau qualifiziert wird. Die Canadian Nurses Association (CNA) definiert ANP als „...an advanced level of clinical practice that maximizes the use of graduate educational preparation, in depth nursing knowledge and expertise in meeting the health needs of individuals, families, groups, communities and populations“ (CNA 2008:10). Dabei liegt der Fokus auf klinischen Aspekten, Bildung, Prävention, Gesundheitsförderung, Forschung oder aber auf dem Bereich ‚professional development and organizational leadership‘ (Bryant-Lukosius et al. 2004: 522). Ergänzend sei angemerkt, dass ANP-Rollen mit „expanded levels of autonomy and decision making“ (Gardner et al. 2007) verbunden sind und deshalb für die Professionalisierung der Pflege als essentiell angesehen werden.

diskutieren. Ontario/Kanada steht hier im Mittelpunkt, weil hier die meisten Nurse Practitioner (NP)², in deren Verantwortungsbereich ANP überwiegend liegt, in Kanada zu finden sind (DiCenso 2010) und die NP's in der dortigen Primärversorgung mittlerweile eine wichtige Position einnehmen³. Zunächst zu den Trends.

Gesellschaftliche Entwicklungstrends

Allem anderen voran sind demografische Veränderungen anzuführen: Insgesamt ist im 20. Jahrhundert eine deutliche Ausdehnung der Lebenserwartung und damit ein enormer Gewinn an Lebensjahren zu verzeichnen. Zugleich sinken in vielen Ländern die Geburtenraten und damit einhergehend steigt der Anteil älterer und vor allem hochaltriger Menschen. Sowohl Kanada als auch Deutschland sind von dieser Dynamik erfasst, Deutschland jedoch in besonderem Maß: es steht weltweit an zweiter Stelle, was den Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung betrifft.

Besondere Bedeutung erhält der demografische Wandel dadurch, dass er mit der Veränderung des Morbiditätsspektrums gepaart ist. Weltweit haben chronische Krankheiten in den zurückliegenden Jahrzehnten ihren Anteil vergrößert (WHO 2014). Zugleich ist auch hier ein kontinuierlicher Gewinn an Lebensjahren zu verzeichnen, so dass wir bei vielen chronischen Krankheiten heute auf deutlich längere Verlaufsdauern schauen können. Allerdings handelt es sich dabei nicht um gesunde Lebensjahre. Folglich ist hier über viele Jahre ein Leben mit Beeinträchtigung, wechselhaften Gesundheitszuständen und in den Spätstadien oft auch mit Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu managen. Damit einhergehend haben sich die Anforderungen an die Erkrankten verändert. Selbstmanagement und -monitoring, aber auch Gesundheitserhaltung und -förderung sind für sie zu wichtigen Aufgaben geworden und verlangen ihnen ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz ab (Schaeffer 2017). Doch kann dies keineswegs selbstverständlich vorausgesetzt werden, wie Studien zur Health Literacy der Bevölkerung zeigen (ex. Schaeffer et al. 2017). Information, Empowerment, Prävention, und Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz sind daher wichtige Elemente, ja sogar ‚Schlüsselkonzept‘ für eine erfolgreiche Versorgung chronisch Kranker geworden (de Geest et al. 2008), haben in vielen Ländern aber noch nicht den erforderlichen Stellenwert in der Versorgung.

Hinzu kommt eine andere, ebenfalls globale Entwicklung: der Fachkräftemangel, der auch im Gesundheitswesen um sich greift. In Kanada gehört er speziell in ländlichen Regionen seit längerem zu den vertrauten Erscheinungen – besonders im Bereich der Allgemein/Familienmedizin. Auch in Deutschland zeichnen sich in der Allgemeinmedizin vermehrt personelle Engpässe ab (SVR 2014)⁴. Sehr viel größer ist der

2 NP sind Registered Nurses mit akademischer Zusatzqualifizierung, „*who possess and demonstrate the competencies to autonomously diagnose, order and interpret diagnostic tests, prescribe pharmaceuticals and perform specific procedures within their legislated scope of practise*“ (CNA 2008: 16, 2009). Sie gelten als expanded role und nehmen ANP-Aufgaben wahr (Kaasalainen et al. 2010).

3 Die nachfolgenden Überlegungen gehen auf ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes Projekt zurück, in dessen Rahmen von 2012-2014 Primärversorgungsmodelle in ländlichen Regionen in Kanada und Finnland untersucht wurden (Schaeffer et al. 2015).

Fachkräftemangel in der Pflege: Hier werden nach eher konservativen Prognosen 2025 bereits 112.000 Vollzeitkräfte fehlen (Afentakis/Maier 2010)⁵. Immer deutlicher wird erkennbar, dass der Fachkräftemangel hier nur dann erfolgreich zu bewältigen ist, wenn es gelingt, die Attraktivität der Pflege zu steigern und dazu gehört u. a., wie andere Länder zeigen, neue interessante Aufgabenfelder und Rollen zu erschließen und damit neue Karrieremöglichkeiten mit attraktiven Arbeitsbedingungen zu eröffnen (Hämel/Schaeffer 2013; SVR 2012). In Deutschland stößt dies bislang für die Medizin auf hohe, für die Pflege dagegen eher auf zurückhaltende politische Resonanz. Wenn die Pflege aber nicht zu Verlierern um das schrumpfende Fachkräftepotenzial gehören soll, wird hier ein Umdenken erforderlich sein.

Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung

In Reaktion auf diese Entwicklungstrends wurde international eine intensive Debatte über neue Wege der Versorgungsgestaltung und innovative Versorgungsmodelle geführt. Betont wurde, dass die Versorgung künftig stärker auf die komplexen Gesundheitsprobleme im Alter und bei chronischer Krankheit ausgerichtet sein und präventiv, umfassend, multiprofessionell und dabei zugleich integriert angelegt sein sollte (ex. WHO 2008). Zudem sollte sie patientenzentrierten Gesichtspunkten folgen und Patienten und Nutzer in ihrer Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz fördern. Angesichts der Fachkräfteentwicklung sollten sie außerdem durch zukunftsorientierte, attraktive Arbeitsbedingungen gekennzeichnet sein.

In vielen Ländern hat diese Debatte zur Entwicklung von Primärversorgungszentren⁶ geführt, in denen mehrere Gesundheitsprofessionen gemeinsam in einem neuen Professionenmix die gesundheitliche Versorgung verantworten – seien es Community Health Center, Family Health Center, Primary Health Center etc. Fast immer finden sich in diesen Modellen auch andere Arbeitsteilungen zwischen den Gesundheitsprofessionen und neue erweiterte, spezialisierte Pflegerollen (ANP). Bevor diese eingehender dargestellt werden, sollen zunächst kurz die in Ontario/Kanada existierenden Varianten solcher Primärversorgungszentren beschrieben werden, die für die gesundheitliche Versorgung eine hohe Bedeutung haben (ausführlich Schaeffer/Hämel, i. E.; Schaeffer et al. 2015). Die ANP-Rolle wird in Kanada überwiegend von Nurse Practitioner's (NP) wahrgenommen; deshalb gilt die Aufmerksamkeit nachfolgend vor allem der Bedeutung der NP's.

4 Bis 2020 werden jährlich ca. 2.100 Hausärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden und die Neurekrutierung ist angesichts der in der Medizin bestehenden Fehlverteilungen/-anreize schwierig (SVR 2014).

5 Berechnungen einer anderen Studie zufolge (Rothgang et al. 2012) sollen 2030 sogar fast 435.000 Vollzeitkräfte fehlen (er bezieht alle Beschäftigten ein). Dies deutet an, dass die vorliegenden Studien auf sehr unterschiedlichen Berechnungen basieren. Doch sind sie sich in der grundsätzlichen Aussage einig: Insgesamt ist in der Pflege mit einem großen Personalmangel zu rechnen (Hämel/Schaeffer 2013; SVR 2012, 2014).

6 Die Primärversorgung stellt die erste Anlaufstelle – „the first entry point of care“ (Murray-Prahi et al. 2016) dar und das ist traditionellerweise der Hausarzt, in Ontario/Kanada mittlerweile oft ein multiprofessionelles Primärversorgungszentrum. Pflegenden repräsentieren dort die Mehrheit unter den dort tätigen Professionen und sind in ganz unterschiedlichen Bereichen tätig (ebd.). Die Etablierung solcher Zentren stieß in Deutschland lange Zeit auf zurückhaltende Resonanz. Mittlerweile verändert sich das, wie das Gutachten des SVR (2014) zeigt, in dem die Einrichtung von ‚Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung‘ gefordert wird.

Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada

Ein solches multiprofessionelles Primärversorgungsmodell stellen die *Community Health Centres* (CHC) dar, deren Entstehung in Ontario/Kanada bis in die 1970er Jahre zurückreicht. Die CHC's fühlen sich der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) verpflichtet, streben eine umfassende integrierte Primärversorgung an und schenken – dies ist eine Besonderheit – sozialen Determinanten von Gesundheit besondere Beachtung. Sie konzentrieren sich daher auf vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken, zu denen auch ältere Menschen und chronisch Erkrankte zählen, aber auch die ‚First Nation People‘ und soziale Minoritäten. Um ihren oft komplexen Bedarfslagen zu entsprechen wird angestrebt, ihnen eine umfassende, teambasierte Versorgung zu ermöglichen, wie dies mittlerweile für die gesamte Primärversorgung präferiert wird. Zum Team gehören neben Allgemein-/Familienärzten, Pflegende, Pharmazeuten, Ernährungswissenschaftler, Therapieberufe, Sozialarbeiter etc. Die Pflegenden (Registered Nurses und zunehmend Nurse Practitioner) bilden die größte Berufsgruppe. Auch zahlreiche ehrenamtliche Helfer zählen zum Team. Denn auch Bürgerbeteiligung und soziales Engagement sind wichtige Bestandteile des Konzepts der CHC's. Eine weitere Besonderheit: Sie verstehen sich in der Tat als Gesundheitszentren und werden nicht erst bei Gesundheitsstörungen und Krankheit tätig, sondern engagieren sich bereits im Vorfeld der Krankheitsentstehung. Große Aufmerksamkeit gilt daher der Prävention und Gesundheitsförderung wie auch Aufgaben der Gesundheitsinformation und -bildung, um so die Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz zu stärken. Viele der damit verbundenen Aufgaben obliegen der Pflege. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erfolgt in enger Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden. Vermehrt haben im Lauf der Zeit NP's Einkehr in die CHC's gehalten, die ein erweitertes Aufgaben- und Rollenspektrum haben (ANP): 2010 existierten in Ontario bereits rund 240 NP's in den CHC's (DiCenso 2010). Sie sind dort mittlerweile vielfach arztersetzend tätig und halten eigene Sprechstunden ab, arbeiten aber kommunikativer und edukativer als die Ärzte. Das zeigt sich auch in ihren Konsultationszeiten, die bei 30 Minuten liegen (Donald et al. 2010: 95). Besonders für die Versorgung von Patienten mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen werden sie daher geschätzt. Sie bilden dort auch die Mehrheit der Patienten.

Die *Family Health Teams* (FHT) sind erst nach der Jahrtausendwende entstanden. In der kanadischen Provinz Ontario wurde ihr Aufbau erst 2005 durch ein Programm des Gesundheits- und Sozialministeriums eingeleitet (Meuser et al. 2006) und orientiert sich am Modell des Patient Centered Medical Home (Neumann et al. 2014; Rosser et al. 2010; Schaeffer et al. 2015). In den FHT's sind Allgemeinmediziner ebenfalls gemeinsam mit weiteren Gesundheitsprofessionen z. B. Pflegenden (mit unterschiedlicher Qualifizierung, darunter eine wachsende Zahl mit akademischer Qualifizierung), ebenso Diätologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter etc.) tätig. Die FHT's beanspruchen, eine umfassende, integrierte Versorgung der Bevölkerung in ihrer Region zu leisten, die ‚von der Wiege bis zur Bahre‘ reicht und auch das gesamte Spektrum der bei chronischer Krankheit und Multimorbidität benötigten Dienste umfasst. Traditionellerweise oblag die Verantwortung für die medizinische Behandlung auch hier allein

den Ärzten. Dann erfolgte sie mehr und mehr im Tandem mit Pflegenden und inzwischen vermehrt in enger Kooperation mit NP's, die über eine Qualifikation auf Master-niveau verfügen und mit erweiterten Kompetenzen ausgestattet sind. In den FHT's in Ontario waren 2010 bereits 300 NP's tätig (DiCenso 2010). Auch dort nehmen NP's inzwischen vielfach die gleichen Aufgaben wie die Familienärzte wahr: diagnostizieren, behandeln und versorgen Patienten und sind außerdem in anderen Bereichen, z. B. der Betreuung psychisch Erkrankter oder der Gesundheitsinformation und -bildung tätig. Oft obliegt ihnen zudem die Koordination der Versorgung, d. h. sie sind zentrale Ansprechpartner für die Patienten wie die Health Professionals, stellen die gesamte interne und externe Koordination sicher und ermöglichen so eine integrierte und kontinuierliche Versorgung.

Innovative Wege beschreiten auch die *Nurse Practitioner Led Clinics* (NPLC) (MOHLTC 2010), die seit ungefähr 2008⁷ in Ontario/Kanada existieren: Dort liegt die ambulante Primärversorgung vollständig in den Händen von hoch qualifizierten, akademisch ausgebildeten NP's und klinisch erfahrenen Pflegenden. Sie haben einen hohen Grad an Autonomie und stellen die gesamte Versorgung weitgehend eigenverantwortlich sicher. Die NPLC's sind nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zur herkömmlichen medizinischen Versorgung etabliert worden, dieses mit dem Ziel, niederschwellige, leicht zugängliche Versorgungseinrichtungen für schwer erreichbare Patienten (Orphant Patient's) zu ermöglichen und damit die Notfallaufnahme zu entlasten, die von diesen Patienten, wenn sie das Versorgungssystem überhaupt frequentieren, bevorzugt aufgesucht wird. Zum Aufgabenspektrum der NPLC's und der dort tätigen NP's gehört die Primärversorgung, inklusive Diagnostik, Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen, eigenverantwortlicher Behandlung von leichten akuten und von chronischen Krankheiten, Monitoring bei chronischen Krankheiten, Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, Medikamentenverordnung, Prävention und Gesundheitsförderung, Selbstmanagementunterstützung durch Information, Förderung der Gesundheitskompetenz, Beratung und Hilfe bei der Navigation durch das Gesundheitssystem (Schaeffer et al. 2015).

Soweit die Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada, bei denen viele Aspekte diskutierenswert sind. Doch gilt die Aufmerksamkeit im Folgenden vor allem der Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege, die – wie zu sehen war – inzwischen sehr weitreichend ist. Die Entwicklung dorthin hat sich schrittweise vollzogen.

Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege in Ontario – Historische Entwicklung

Die Entwicklung begann in den frühen 1970er Jahren und wurde in Kanada durch den Fachkräftemangel im Bereich der Familien-/Allgemeinmedizin ausgelöst, der sich

⁷ In den USA existieren bereits seit den 1980er Jahren NPLC's. Für Ontario waren bis 2012 zunächst 25 NPLC's geplant; 2010 existierten bereits 26.

auch dort vor allem in ländlichen Regionen zeigte. Damals wurden die ersten NPs in der Primärversorgung eingeführt und die Rolle ‚Primary Health Care Nurse Practitioner‘ (PHCNP) etabliert – dies mit der Intention, den Ärztemangel besonders in ländlichen Regionen zu kompensieren und eine neue Pflegerolle mit erweiterten Aufgaben für die Pflege inklusive der erforderlichen Ausbildungsstandards zu definieren und zu evaluieren (Donald et al. 2010; Kaasalainen et al. 2010). Die neuen NP’s waren überwiegend in Hausarztpraxen oder CHC’s tätig. Obschon die Evaluation positiv ausfiel, kam die Entwicklung nach kurzer Zeit fast zum Stillstand. Nur in ländlichen Regionen und im Süden Kanadas waren weiterhin NP’s in der Primärversorgung zu finden (ebd.).

Eine Wende setzte Mitte der 1990er Jahre bis zu Beginn der Jahrtausendwende ein. In vielen gesundheitspolitischen Statements und Papieren wurde damals eine Reform der Primärversorgung angemahnt, in der die Ablösung der hausärztlichen Einzelpraxen zugunsten des Ausbaus der Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams und auch einer stärkeren Position der Pflege gefordert wurde, um so eine teambasierte Versorgung ermöglichen und den veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung besser entsprechen zu können. Zugleich sollte durch Ausweitung der Pflege der Zugang der Patienten zur Versorgung verbessert werden (Donald et al. 2010).

Angestrebt wurde außerdem eine intensivere Beachtung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Schaffung gleicher Zugangschancen und Versorgungsqualität für die gesamte Bevölkerung und besonders für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu denen auch alte und chronisch kranke Menschen gezählt werden. Dadurch ausgelöst setzte eine Wiederbelebung der PHCNP Rolle ein und mehr noch: Gesundheitspolitisch und gesetzlich unterstützt wurde eine ‚zweite Etablierungswelle‘ initiiert – dieses Mal mit nachhaltigerem Erfolg (ebd.).

Sie wurde auch qualifikatorisch abgesichert. 1995 wurde ein erstes Masterstudienprogramm zum PHCNP an 9 Universitäten etabliert. In den späten 1990er Jahren gründete sich zudem die Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI), unter deren Leitung in der Folgezeit ausführliche Literaturanalysen und wichtige Papiere etwa zu den Kompetenzen, zur Ausbildung, der NP-Rolle und Ausdifferenzierungen der Rolle, erarbeitet wurden. Auch ein Toolkit zur Implementation und Evaluation der NP’s wurde vorgelegt (CNPI 2006), womit die Forschung über die Effektivität und Effizienz von NP’s stimuliert wurde.

2012 wurden weitere Reformen gefordert: Um die multiprofessionellen Teams in den Primärversorgungszentren in die Lage zu versetzen, ihr ganzes praktisches Potenzial (scope of practice) entfalten zu können, sollte der Pflege mehr Verantwortung zugewiesen werden (Donald et al. 2010; Sheer/Wong 2011). Dadurch ausgelöst setzte ein Prozess der Aufgabenverlagerung von vormaligen ärztlichen Aufgaben auf die Pflege, besonders die NP’s, ein.

2014 wiederum wurde angemahnt, den Ausbau der teambasierten Versorgung zu forcieren und die Position der Pflege in der Primärversorgung weiter zu stärken – dies

abermals mit Verweis auf die veränderten Bedarfslagen und auf bestehende gesetzliche Restriktionen, die die Pflege behindern, ihr gesamtes praktisches Potenzial entfalten zu können (Donald et al. 2010). Gefordert wurde, dass die NP's die neu übernommenen Aufgaben ohne Anweisung des Arztes, also autonom ausführen können sollten. Konkret diskutiert und bald darauf realisiert wurde, dass NP's selbst (unabhängig und ergänzend) Medikamente verordnen (RNAO 2016 a) und arztersetzend tätig werden können.

Dadurch hat sich die Arbeitsteilung zwischen den Ärzten und den Pflegenden (besonders den PHCNP's) noch einmal deutlich verändert: Beide stellen inzwischen parallel die medizinische Primärversorgung sicher. Dabei konzentrieren sich die Ärzte mehr auf neue und schwierige Fälle und die PHCNP's auf Patienten mit vorhersagbaren Problemen.

Dieser kurze Abriss zeigt, wie sich das Aufgabenspektrum der Pflege und besonders der NP's über die Jahre erweitert hat. Heute existieren vier Typen von ANP: Primary Health Care (PHCNP), Acute Care Nurse Practitioners, Clinical Nurse Specialists und Nurse Anaesthetists⁸. Unter diesen vier existierenden Typen von ANP stellen die PHCNP's heute die am schnellsten wachsende Gruppe in Kanada dar. Ontario ist die Provinz mit den meisten PHCNP's. 2010 waren hier insgesamt 1.463 PHCNP's tätig; das sind nahezu 50% aller PHCNP's in Kanada (DiCenso 2010). In der Provinz Quebec waren es im Vergleich dazu 41 (ebd.). Ihre Zahl ist in den folgenden Jahren weiter angewachsen: 2015 betrug sie bereits rund 2.570 (RNAO 2016 b)⁹.

Überwiegend sind die PHCNP's inzwischen in städtischen Regionen tätig; in ländlichen Gebieten arbeitet lediglich ein Drittel. Ihre Wirkungsfelder liegen mehrheitlich im Bereich der Family Health Teams, Community Health Centre und den Nurse Practitioner Led Clinics, aber etwa ebenso in Public Health Departments, der Verwaltung, und mit wachsender Tendenz inzwischen auch in Langzeitpflegeeinrichtungen. Nicht nur in Ontario, sondern in allen 10 Provinzen Kanadas existieren mittlerweile Gesetze, mit denen diese ANP-Rolle verankert und legitimiert wurde (Donald et al. 2010) und auch die Finanzierung geregelt wird. Worin besteht sie konkret, was sind die Aufgaben der PHCNP's?

Insgesamt lassen sich folgende Aufgaben bzw. Kernkompetenzen der PHCNP's festhalten (CNA 2010; CNO 2016):

1. Health Assessment und Diagnose akuter und chronischer Krankheiten
2. Management des Therapieregimes (auch des Medikamentenregimes) bei diesen Krankheiten
3. Gesundheitsinformation und -förderung, Prävention von Krankheiten und Verletzungen
4. Leadership/Leitung, Kooperation, Professionsentwicklung

⁸ Sie sind im Bereich der Chirurgie (OP-Koordination), der Anästhesie und Intensivpflege (Übernahme des Beatmungsregimes, individuelle Einstellung der Insulintherapie, Schmerztherapie), der Onkologie (Zytostatikagabe) etc. tätig.

⁹ Insgesamt waren in Ontario 2015 rund 161.200 Personen in der Pflege tätig.

Zu 1: Die NP's verantworten – wie zuvor beschrieben wurde – Teile der medizinischen (Grund-)Versorgung. Nicht mehr der Arzt ist dabei oft die zentrale Bezugsperson und Anlaufstelle, sondern die ‚Personal Nurse‘. Dabei gehört die Erstellung von (differenzierten) Diagnosen inklusive der dazu nötigen Durchführung von Untersuchungen und Anordnung von Tests sowie die Interpretation der Ergebnisse zu den Aufgaben der NP's, ebenso die Mitteilung der Diagnose und die Kommunikation der relevanten klinischen Informationen, Behandlungsoptionen und der Prognose mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Zu 2: Das Management des Therapieregimes (seien es pharmazeutische und nicht-pharmazeutische Therapien, die dazu dienen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern) und die dazu nötige Zusammenarbeit mit den Patienten bilden einen weiteren Aufgabenkomplex. Er umfasst auch die Verordnung von Medikamenten (inklusive der Aufklärung des Patienten und Erläuterung der neuen Medikamentierung sowie der Beratung bei unerwünschten Nebenwirkungen), die Medikamentenvergabe/-verteilung unter Wahrung der existenten Standards zur Patientensicherheit. Unter bestimmten Umständen fallen auch der Verkauf von Medikamenten und sogar die Herstellung von Medikamenten in diesen Aufgabenkomplex, wie etwa das Mixen nicht steriler Cremes oder Salben – allerdings nur solcher, die von den NP's selbst verschrieben wurden. Darüber hinaus ist die Förderung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz Bestandteil dieses Aufgabenkomplexes, ebenso die Unterstützung der Patienten bei der Navigation durch das Gesundheitssystem und – last but not least – die Koordination der Versorgung.

Zu 3: In allen Settings, doch besonders in der Primärversorgung kommt der Gesundheitsförderung und Prävention hohe Bedeutung zu und stellt eine wichtige Aufgabe der NP's dar, bei der die NP's eng mit anderen Mitgliedern des Teams, aber auch mit externen Gesundheitsprofessionen und -einrichtungen und auch der Kommune kooperieren. Speziell bei chronisch Kranken obliegen ihnen weite Teile der Prävention und Prophylaxe. Doch auch an der Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind sie beteiligt, ebenso an dem dazu nötigen Health Assessment, der Analyse von Bevölkerungs- und Versorgungsdaten und an der Konzipierung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Dabei kommt ein ganzes Bündel an Strategien zum Einsatz: sowohl individualorientierte Maßnahmen der Gesundheitsinformation, zielgruppenspezifische Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (etwa zur Förderung einer gesunden Ernährung im Alter durch Kochgruppen), doch ebenso durch verhältnisorientierte Strategien wie beispielsweise das Engagement für bessere Luft in der Gemeinde.

Zu 4: NP's nehmen oftmals Leitungspositionen in der Primärversorgung ein und verantworten folglich auch das Management. Eine wichtige Aufgabe in diesem Kontext besteht darin, die Versorgung bzw. die Einrichtung bedarfsgerecht und patientenzentriert weiter zu entwickeln. Zu den Aufgaben und Kompetenzen gehört zudem die (Organisation der) Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen und -instanzen auf unterschiedlichen Ebenen: sowohl auf der alltagspraktischen Ebene wie auch auf der

Ebene der Leitung oder der Politik. Eingeschlossen ist – wie speziell in den neueren Dokumenten unterstrichen wird – auch die Kooperation mit den Patienten, um so einer patientenzentrierten Versorgung näher zu kommen und ebenso das Engagement für eine teambasierte Versorgung und eine gute interprofessionelle Kooperation und Integration der Leistungen im Interesse einer patientenzentrierten Versorgung. Angesichts der durch den demografischen und epidemiologischen Wandel bedingten Zunahme an komplexen Bedarfslagen wird das für essentiell gehalten.

Eine weitere Aufgabe der NP's besteht darin, sich für die professionelle Entwicklung der Pflege zu engagieren, z. B. dergestalt, dass sie sich für die Weiterentwicklung und Integration der NP-Rolle in das Versorgungssystem einsetzen oder für eine evidenzbasierte Pflegepraxis stark machen, forschungsbasierte Innovationen befördern und die Weiterentwicklung der Forschung unterstützen (ebd.).

Soweit eine Darstellung des Aufgabenspektrums, die zeigt, wie breit gefächert und unterschiedlich gelagert die Aufgaben der PHCNP's sind und wie weit die Aufgaben- und Rollenerweiterung mittlerweile voran geschritten ist. Eine ähnliche Entwicklung ließe sich auch für die Therapieberufe aufzeigen. Auch sie haben zahlreiche Aufgaben dazu gewonnen, die sie eigenständig wahrnehmen und verantworten und dadurch ist – wie angedeutet wurde – ein anderer Professionenmix in der Primärversorgung entstanden.

Im deutschen Gesundheitswesen befinden wir uns im Vergleich dazu in einem cultural lag (Ogborn 1957), wie allein die hürdenreiche Geschichte der Umsetzung des § 63, 3c SGB V zeigt. Mit ihm sollte der Anschluss an die internationale Entwicklung im Bereich ANP gefunden werden: Bereits 2008 ermöglichte er Modellversuche, in denen heilkundliche Tätigkeiten schrittweise auf Pflegende übertragen werden können. Nach längerer Beratung liegt seit 2012 eine entsprechende Richtlinie zur Heilkundeübertragung des GBA vor. Bis heute existiert jedoch noch kein Modellvorhaben, ein erstes ist jüngst in Vorbereitung. Seine Ursache hat dies darin, dass die Umsetzungsvorgaben zu kompliziert sind. Mittlerweile wird daher bezweifelt, ob auf der Grundlage der GBA-Richtlinie wirklich gelingen kann, zu neuen Aufgabenzuschnitten zu gelangen und den Anschluss an die internationale Entwicklung zu finden (SVR 2014). Doch ist auch in Deutschland angesichts des gewandelten Morbiditätsspektrums unumgänglich zu Veränderungen, konkret: zu neuen Spezialisierungen und Pflegerollen und anderen Aufgabenteilungen unter den Gesundheitsprofessionen zu gelangen. Auch um die Attraktivität der Pflege zu steigern und die Nachwuchsrekrutierung zu sichern, ist dies wichtig. Allerdings ist dazu noch einiges an Vorurteilen, Standesdünkeln und daraus gespeisten Widerständen besonders der Ärzte zu überwinden – auch das lehren die internationalen Erfahrungen.

Denn auch in Ontario Kanada verlief der Prozess nicht reibungslos. Der erste Einbruch bei der Einführung von ANP bzw. NP's in der Primärversorgung ging (neben Finanzierungsproblemen; Kaasalainen et al. 2010) auch auf den offenen Widerstand der Ärzte zurück, die in den neuen NP's eine Beschneidung ihres Handlungsfelds sahen und Terrain- und Machtverluste befürchteten. Noch heute betrachten sie die Entwick-

lung mancherorts mit unterschwelliger Skepsis. Besonders wenn gleiche Aufgaben wahrgenommen werden, und reagieren sie nach wie vor mit ‚turf battles‘ (Grabenkämpfen) (DiCenso 2010). Nochmals deutet dies an, dass Ausgaben- und Rollenerweiterungen in der Pflege sich nicht reibungslos vollziehen und – wie die kanadischen Erfahrungen zeigen – auf den Rückhalt in der Politik verwiesen sind.

Studienlage

Nicht selten wird in den Auseinandersetzungen über die Vor- und Nachteile der Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege auf vorhandene empirische Befunde zurückgegriffen. Daher sei kurz gefragt, wie sich die Studienlage darstellt. Zwar liegen inzwischen einige Studien vor, doch ist ihre Aussagekraft begrenzt. Sie zeigt, dass sich die Qualität der Versorgung nicht – wie zunächst befürchtet – verschlechtert, sondern sich sogar verbessert und das gilt auch für die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung. Sie ist deutlich gestiegen, weil unbeantworteter Bedarf aufgegriffen werden konnte (Laurant et al. 2009; Martin-Misener et al. 2016). Auch Akzeptanzprobleme seitens der Patienten konnten in den vorliegenden Studien nicht bestätigt werden, eher Gegenteiliges. Hohe Zufriedenheit konnte auch bei den Anbietern und dem Personal nachgewiesen werden. Gezeigt wurde zudem, dass in den Notfallaufnahmen die Wartezeit und Aufenthaltsdauer reduziert werden konnten. In der Langzeitversorgung wiederum konnten Krankenhauseinweisungen vermieden werden (McAiney et al. 2008).

Untersucht wurde auch die Frage, ob durch ANP/NP's Kostenreduktionen ermöglicht werden können; doch ist sie auf der Basis der vorhandenen Studien nicht eindeutig zu beantworten. Dort, wo Pflegende arztsetzend tätig sind, aber Gehaltsunterschiede bestehen bleiben, ist es zu Kostenreduktionen gekommen, dort wo sie unbeantworteten Bedarf aufgreifen, also zur Optimierung und Erweiterung der Versorgung beitragen, nicht (Delmaire/Lafortune 2010). Aber durchgängig wird betont, dass die Datenlage nicht ausreichend (und zu alt) ist und daher wurden und werden weitere Untersuchungen gefordert (DiCenso 2010; Donald et al. 2014; auch SVR 2014: 519). Sie sind allerdings nicht einfach, da die Einführung von ANP mehrdimensionale Auswirkungen hat, die nur schwer isoliert betrachtet und bewertet werden können (DBfK 2011).

Dennoch haben sich eine Reihe neuerer Reviews dieser Aufgabe gewidmet, auch eines von Martin-Misener et al. 2016, das sich speziell mit der Frage der Kosteneffektivität von NP's in der Primärversorgung befasst. Eingeschlossen wurden 11 Studien, mehrheitlich aus den USA, einige auch aus Großbritannien und den Niederlanden. Überwiegend sind sie um und nach 2000 erschienen, beziehen sich aber auf unterschiedliche ambulante Settings. In der Tendenz zeigt sich, so die Autoren, dass NP's gleiche oder bessere Outcomes wie die Ärzte haben und ‚potenziell kostensparend‘ sind. Evidenz für Kosteneffektivität wird zwar versprochen, ist aber begrenzt. Die Au-

toren schlussfolgern daraus erneut, dass die Frage der Kosteneffektivität weiter untersucht werden muss (ebd.: 13).

Nach wie vor besteht hier also Forschungsbedarf, aber er darf nicht dazu genutzt werden, um standespolitische Abwehrargumente zu unterfüttern, wie dies in Deutschland beobachtbar ist, wo in den Debatten über Aufgaben- und Rollenerweiterung der Pflege seitens der Ärzte nicht selten das Argument zu hören ist, dass sie (leider) nicht zustimmen können, weil keine ausreichende Evidenz existiert und die Datenlage zu unbefriedigend ist. Das ist nicht verwunderlich. Denn insgesamt stößt man in Deutschland (wie in allen deutschsprachigen Ländern), auf eine schwierige Datenlage, wann immer es um Pflege geht. Zwar ist die Forschungsentwicklung in den letzten Jahren vorangekommen, befindet sich aber noch keineswegs auf einem befriedigenden Niveau. Das hat seine Ursache nicht zuletzt darin, dass Pflegewissenschaft hier, verglichen mit der internationalen Situation, mit großer zeitlicher Verzögerung etabliert wurde und die Forschungsentwicklung nach wie vor mit strukturellen Hürden zu kämpfen hat. Denn noch immer fehlt es an einer ausreichenden universitären Verankerung von Pflegewissenschaft und -forschung und das ist deshalb zu betonen, weil die Universitäten – neben den außeruniversitären Forschungseinrichtungen – als zentrale Stätten der Wissensproduktion gelten (WR 2006). Gleichzeitig mangelt es an kontinuierlichen finanziellen Fördermitteln für Pflegeforschung (Behrens et al. 2012; WR 2012). Das behindert die Evidenzbasierung der Pflege, die ohne kontinuierliche Fördermittel für Pflegeforschung unmöglich ist; doch ebenso die Schaffung dringend erforderlicher Datengrundlagen für eine wissenschaftlich fundierte Aufgaben- und Rollenerweiterung in der Pflege und generell für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Das bedarf dringend der Veränderung (Ewers et al. 2012; Schaeffer/Ewers 2006). Der Ausbau der Forschung(sförderung) zum Thema ANP/NP gehört – nebenbei bemerkt – auch international zu den wichtigen Forderungen (ex. Robert Wood Johnson Foundation 2014).

Qualifizierung/Ausbildung

Ein anderes international wichtiges und vieldiskutiertes Thema stellt die Frage der Qualifizierung dar. Die Einführung von APN verlangt – darüber scheint international Konsens zu bestehen – eine hochschulische Qualifikation (Sheer/Wong 2011) – eine Sichtweise, die auch in Ontario/Kanada geteilt wird. Auch dazu noch einmal ein Blick auf die dortigen Primärversorgungszentren. In ihnen sind Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsstufen tätig, aber die NP's sind akademisch qualifiziert. Wenn Pflegenden dort auf niedrigerer Qualifikationsbasis tätig sind, nehmen sie eher assistierende Funktionen ein. Die NP's haben zunächst einen der primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge durchlaufen, auf den aufbauend in Ontario/Kanada – wie in vielen Ländern (mit langer akademischer Tradition, so etwa den USA oder in GB etc.) – Spezialisierungen zum PCHNP, APN, CNS und NA erfolgen – dies meist auf der Basis zweijähriger konsekutiver Masterstudiengänge, so zumindest die Empfehlungen der Canadian Nurses Association (CNA 2008). Immer werden in ihnen neben pflegewis-

senschaftlichen auch Kenntnisse aus den Bio- und Sozialwissenschaften sowie klinische Kompetenzen für unterschiedliche Aufgabenbereiche vermittelt (Pädiatrie, Geriatrie, Onkologie, Palliativpflege etc.).

Obschon damit ein beachtlicher Stand erreicht ist, bestehen noch Herausforderungen. Denn die Qualifikationssituation wird als inkonsistent bezeichnet. Lediglich für die Spezialisierung als PHCNP existieren – wie zuvor erwähnt – in Ontario/Kanada eigene Studienprogramme auf Masterniveau, die den Standards der CNA entsprechen. Bei den anderen ANP-Bereichen ist die Situation unübersichtlicher und variiert von ANP-Bereich zu ANP-Bereich und von Provinz zu Provinz (DiCenso 2010). Auch wird beklagt, dass nach wie vor keine einheitliche und verbindliche Definition von ANP existiert (Donald et al. 2010). Damit ist Kanada nicht allein. Zwar besteht in der internationalen Literatur Einigkeit darüber, dass ANP eine hochschulische Qualifizierung auf der Masterebene verlangt. Doch finden sich international sehr unterschiedliche Entwicklungen. Das gilt für die Qualifikationssituation wie auch die Definition und Konzeption von ANP. Zu den Empfehlungen gehört daher, zu einer einheitlichen Definition der NP Rolle/n und einheitlichen Qualifizierungsstandards zu gelangen und generell: die Qualifizierung zu verbessern (weitere Empfehlungen siehe Robert Wood Johnson Foundation 2014).

Für den deutschsprachigen Raum ist dies Zukunftsmusik. Hier sind wir noch im Begriff des Werdens, wobei die Schweiz aktuell vorn ist und bereits über ANP-Programme verfügt, auch sogar eines, das auf die Primärversorgung zielt (Imhof et al. 2011)¹⁰. In Deutschland stellt sich die Situation schwieriger dar. Denn dort startete die vor ca. 20 Jahren eingeleitete Akademisierung zunächst mit einer international nicht anschlussfähigen Figur: mit Studiengängen, die einzig auf Leitungsfunktionen wie Pflegemanagement und Pflegepädagogik konzentriert waren. Nach vielen Umwegen wurde erst in der jüngeren Vergangenheit begonnen, im Rahmen von Modellstudiengängen ausbildungsintegrierende, primärqualifizierende Pflegestudiengänge auf Bachelorniveau zu etablieren, die für die direkte Pflegepraxis qualifizieren. Von diesen Studiengängen existieren im Jahr 2012 ca. 37 (Stoecker/Reinhart 2012), jetzt dürfte es über 40 sein. Mit diesem Schritt nähern wir uns auch in Deutschland endlich einer international anschlussfähigen Studiengangstruktur. Allerdings steht der Aufbau von konsekutiven, auf spezielle, anspruchsvolle Aufgabenbereiche und Pflegerollen zielenden Masterstudiengängen noch am Anfang. Für neue erweiterte Rollen und Aufgaben in der Pflege wird in Deutschland derzeit noch häufig auf Weiterbildungsniveau qualifiziert (siehe für die Primärversorgung etwa die Qualifizierung zur Familiengesundheitspflege/Family Health Nurse). Das bedarf dringend der Veränderung, besonders, wenn wirklich gelingen soll, damit zugleich die Attraktivität der Pflege zu steigern.

Generell ist ein Ausbau hochschulischer Qualifizierungsmöglichkeiten erforderlich, wie inzwischen viele Expertengremien unterstrichen haben (Ewers et al. 2012; SVR 2012; WR 2012). Denn die Durchmischung mit akademisch qualifizierten Fachkräften, die in der deutschen Pflege bei 10-20% liegen soll (WR 2012), befindet sich

¹⁰ In Basel wurde bereits 2000 ein erstes ANP-Studienprogramm eingeführt (De Geest 2008).

aktuell bei schlanken 0,6% und damit weit unter der geforderten Grenze (SVR 2014). Hier besteht also politischer Handlungsbedarf¹¹, zumal der geringe Grad an akademischer Durchdringung verhindert, dass wir auch in Deutschland zu einer mit der internationalen Entwicklung kompatiblen Aufgabenneuverteilung kommen und diese ausreichend qualifizatorisch absichern können.

Anders formuliert: Insgesamt fehlt es in Deutschland noch an hochschulischer Bildung in der Pflege und das behindert aktuell viele Innovationsprozesse. Das zeigt sich auch am Thema Kooperation. Speziell Teamwork und enge Kooperation auf Augenhöhe, wie sie in den Primärversorgungszentren in Ontario/Kanada zu finden sind, profitieren Studien zufolge durch die Einführung von APN (de Geest et al. 2008) und sind darauf verwiesen, dass das Bildungsgefälle zwischen den ‚Health Professionals‘ nivelliert und ebenfalls ‚auf Augenhöhe‘ gehoben wird. Auch das bedeutet, für mehr Bildung bei der Pflege und den Gesundheitsberufen Sorge zu tragen. Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als nur durch mehr Bildung die Voraussetzungen für ein konstruktives und von Vorurteilen freies Zusammenwirken entstehen – auch dafür, die Gesundheitsberufe in die Lage versetzen zu können, den gestiegenen Anforderungen im Bereich der Versorgung alter und chronisch kranker Menschen oder der Prävention und Gesundheitsförderung etc. gerecht zu werden.

Fazit und Ausblick

International haben sich ANP-Rollen und -Aufgaben in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt, manche Autoren sprechen sogar von einer Bewegung (McKenna et al. 2015). Dabei nimmt einerseits die Verbreitung von ANP zu und gleichzeitig verändern sich die ANP-Rollen in Richtung Zuwachs von Autonomie und Handlungsspielräumen, weshalb sie für die professionelle Entwicklung der Pflege als wichtig und vorantreibend eingeschätzt werden. Diese Entwicklung auch in Deutschland zu befördern, ist daher überfällig. Dabei ist wichtig, von Beginn an die Vielfalt an ANP-Rollen und -Bereichen im Blick zu haben und auch den ambulanten Sektor zu beachten, wie die Entwicklung der PHCNP's in Ontario/Kanada zeigt, zumal hier zahlreiche Herausforderungen auf neue Lösungen warten. Denn gerade hier ist es – u. a. als Folge des demografischen und epidemiologischen Wandels – in den letzten Jahrzehnten zu weitreichenden Veränderungen gekommen: Ältere Menschen und chronisch Erkrankte leben heute länger und verbleiben auch länger in der häuslichen Umgebung, wenn Gesundheitseinbußen, Krankheit und um sich greifen und sich zuspitzen. Damit einhergehend hat die ambulante Versorgung bzw. Primärversorgung und auch die Pflege an Bedeutung gewonnen und zugleich sind die an sie gestellten Anforderungen gestiegen, was durch den medizinisch-pharmakologischen Fortschritt befördert wird. Diese Entwicklung setzt sich mit großem Tempo fort.

¹¹ Das gilt auch mit Blick auf die berufliche Ausbildung in Deutschland. Hier stehen ähnliche Reformherausforderungen an und geht es aktuell darum, generalistische Pflegeausbildungsmöglichkeiten zu etablieren, auf die dann Qualifizierungen für spezielle Aufgabenbereiche folgen.

Wie überall im Gesundheitswesen, sind daher auch hier raschere und größere Reaktions-, Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft gefordert (Frenk et al. 2010; WHO 2008). Das gilt auch für Deutschland, das – wie eingangs erwähnt – besonders stark vom demografischen und epidemiologischen Wandel erfasst ist. Zwar hat es auch hier in den vergangenen Jahren zahlreiche Anpassungsbemühungen gegeben, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Alter und bei chronischer Krankheit zu ermöglichen. Doch werden überfällige und nötige Reformen meist mit großer Zeitverzögerung und pragmatisch verkürzt angegangen, und oft ist die dabei gezeigte Veränderungsbereitschaft eher übersichtlich, vor allem, wenn sorgsam bewachte Zuständigkeiten berührt werden. Besonders häufig ist dies in Deutschland beobachtbar, wenn es um die Pflege geht, wie beispielsweise allein die acht Jahre dauernde politische Diskussion über die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs belegt oder die nicht endende Auseinandersetzung über die Reform der Pflegeausbildung oder – um ein anders gelagertes Beispiel zu nennen – der bescheidene Part, der der Pflege bei der Umsetzung der integrierten Versorgung ‚nach deutschem Muster‘ (Ewers/Schaeffer 2012; Schaeffer/Ewers 2006) zugedacht wurde. Immer wieder wird übersehen, dass der demografische und epidemiologische Wandel nicht nur einen höheren Bedarf an Pflege nach sich zieht und deren gesellschaftliche Bedeutung wächst, sondern er auch neue Konzepte und Kompetenzen erfordert und daher innovationsfreudigere Lösungen gefragt sind als hierzulande anvisiert. Das ist auch mit Blick auf den Fachkräftemangel zu betonen (Hämel/Schaeffer 2013). Daher ist der Entwicklungsrückstand im Vergleich zur internationalen Situation in der Pflege besonders groß, wie sich auch und speziell im Bereich ANP zeigt. Dass es im Interesse der Realisierung einer bedarfsgerechten zukunfts-tauglichen Versorgung und Pflege wichtig ist, ihn aufzuholen und wie er aufgeholt werden kann, sollte mit dem Beitrag über ANP und die PHCNP's in Ontario/Kanada angedeutet werden.

Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* Nr. 11, 990-1002
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: Eigenverlag
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger? unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Bonn: BMFSFJ
- Bryant-Lukosius, D./Dicenso, A./Browne, G./Pinelli, J. (2004): *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. *J Adv Nurs* 48, Nr. 5, 519-529
- CNA – Canadian Nurses Association (2008 a): *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association
- CNA – Canadian Nurses Association (2008 b): *Advanced nursing practice: a national framework*. Verfügbar unter: https://www.cna-aici.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf (01.08.2016)
- CNA – Canadian Nurse Association (2010): *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework*. Ottawa: CNA
- CNO – College of Nurses of Ontario (2016): *Practice Standard: Nurse Practitioner*. Ontario: CNO

- CNPI – Canadian Nurse Practitioner Initiative (2006): Nurse Practitioners: The time is now. A solution to improving success and reducing wait times in Canada. Vol. 1. Ottawa: CNPI
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin: DBfK
- De Geest, S./Moons, P./Callens, B./Gut, C./Lindpaintner, L./Spirig, R. (2008): Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly* 138, Nr. 43-44, 621-628
- Delmaire, M.-L./Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles – A Description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers* 54 2010
- DiCenso, A. (2010): Primary Health Care Nurse Practitioners. CHSRF/CIHR Chair Program in Advanced Practice Nursing
- Donald, F./Martin-Misener, R./Bryant-Lukosius, D./Kilpatrick, K./Kaasalainen, S./Carter, N./Harbman, P./Bourgeault, I./DiCenso, A. (2010): The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nursing Leadership (Tor Ont)* 23 Spec No 2010, 88-113
- Donald, F./Kilpatrick, K./Reid, K./Carter, N./Martin-Misener, R./Bryant-Lukosius, D./Harbman, P./Kaasalainen, S./Marshall, D.A./Charbonneau-Smith, R./Donald, E.E./Lloyd, M./Wickson-Griffiths, A./Yost, J./Baxter, P./Sangster-Gormley, E./Hubley, P./Laflamme, C./Campbell-Yeo, M./Price, S./Boyko, J./DiCenso, A. (2014): A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? *Nursing Research Practice* 2014, 896587
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2012): Achilles-Verse neuer Versorgungsformen. Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation. In: Roski, R./Stegmaier, P./Kleinfeld, A. (Hg.): *Disease Management Programme Statusbericht 2012*. Schriftenreihe Monitor Versorgungsforschung. eRelation AG-Content in Health, Bonn: 266-273
- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 137 (Suppl 2), 29-76
- Frenk, J./Chen, L./Bhutta, Z.A./Cohen, J./Crisp, N./Evans, T./Fineberg, H./Garcia, P./Ke, Y./Kelley, P./Kistnasamy, B./Meleis, A./Naylor, D./Pablos-Mendez, A./Reddy, S./Scrimshaw, S./Sepulveda, J./Serwadda, D./Zurayk, H. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376, Nr. 9756, 1923-1958
- Gardner, G./Chang, A./Duffield, C. (2007): Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing* 57, Nr. 4, 382-391
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2013): Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform* 59, Nr. 4, 413-431
- Imhof, L./Naef, R./Mahrer-Imhof, R./Petry, H. (2011): SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. *Pflege* 24, Nr. 1, 43-56
- Kaasalainen, S./Martin-Misener, R./Kilpatrick, K./Harbman, P./Bryant-Lukosius, D./Donald, F./Carter, N./DiCenso, A. (2010): A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership (Tor Ont)* 23 Spec No 2010, 35-60
- Laurant, M./Harmsen, M./Wollersheim, H./Grol, R./Faber, M./Sibbald, B. (2009): The impact of non-physician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review* 66, Nr. 6 Suppl, 36S-89S
- Martin-Misener, R./Harbman, P./Donald, F./Reid, K./Kilpatrick, K./Carter, N./Bryant-Lukosius, D./Kaasalainen, S./Marshall, D.A./Charbonneau-Smith, R./DiCenso, A. (2016): Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* 5, Nr. 6, e007167
- McAiney, C.A./Houghton, D./Jennings, J./Farr, D./Hillier, L./Morden, P. (2008): A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing* 62, Nr. 5, 562-571
- McKenna, L./Halcomb, E./Lane, R./Zwar, N./Russell, G. (2015): An investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice. *Collegian* 22, Nr. 2, 183-189

- Meuser, J./Bean, T./Goldman, J./Reeves, S. (2006): Family health teams: a new Canadian interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care* 20, Nr. 4, 436-438
- MOHLTC – Ministry of Health and Long-Term Care Ontario (2010): Introduction to Nurse Practitioner-Led Clinics. No. 1. Ontario: MOHLTC. Verfügbar unter: <http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/npc/> (Stand: 10.12.2013)
- Murray-Parahi, P./DiGiacomo, M./Jackson, D./Davidson, P.M. (2016): New graduate registered nurse transition into primary health care roles: an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*
- Neumann, K./Gierling, P./Dietzel, J. (2014): Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. Berlin: IGES Institut
- Ogburn, W.F. (1957): Cultural Lag as theory. *Sociology and Social Research* 41, Nr. 3, 167-174
- Patterson, J. (1977): Planning for retirement. *Australasian Nurses Journal* 7, Nr. 1, 1-3
- RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario (2016a): Registered Nurse Prescribing Referral. Submission to the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario
- RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario (2016b): Registered Nurse/Nurse Practitioner Work Force Backgrounder. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario
- Robert Wood Johnson Foundation (2014): 2014 Global Advanced Practice Nursing Symposium. Verfügbar unter: www.nncc.us
- Rosser, W.W./Colwill, J.M./Kasperski, J./Wilson, L. (2010): Patient-centered medical homes in Ontario. *New England Journal of Medicine* 362, Nr. 3, e7
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 12, Nr. 2, 101-117
- Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 59-76
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft* 11, Nr. 3, 197-209
- Schaeffer, D./Hämel, K. (i. E.): Kooperative Versorgungsmodelle? eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Berlin: Springer
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland? eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS-GER). In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hg.): *Health: Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 131-145
- Sheer, B./Wong, F.K. (2011): Evolution or revolution: can advanced practice nurses alter the future of health care? *Pflege* 24, Nr. 1, 3-6
- Stoecker, G./Reinhart, M. (2012): *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland*. Berlin: DBfK
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Berlin: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung? Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Bonn: SVR
- WHO – World Health Organization (1978): *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Genf: WHO

- WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care. Now more than ever. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2014): Noncommunicable diseases country profiles 2014. Genf: WHO
- WR – Wissenschaftsrat (2006): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem. Berlin: WR
- WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: WR Eigenverlag

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Postfach 100131, 33501 Bielefeld, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Kerstin Hämel, Dirce Stein Backes, Ligia Giovanella,
Andreas Büscher

Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung

Family Health Strategy in Brazil – Shaping the profile of nursing in Primary Health Care

The Brazilian Primary Health Care System has been widely discussed internationally in recent years. This paper provides an outline of its development and the influence of the overall process of democratization in Brazil. The main focus of the paper is on the Family Health Strategy and its guiding principles of universal access, intersectoral approach and participation of the population. The important role of nursing in Primary Health Care is described as well as requirements for nursing education. The conclusions address lessons to be learned from the Brazilian experience for discussing the role of nursing in Primary Health Care in Germany.

Keywords

Brazil, Family Health Strategy, Primary Health Care, Community Nursing, Professionalization

Die Primärversorgung in Brasilien ist in den letzten Jahren international viel diskutiert worden. Dieser Beitrag skizziert die Entwicklung des Gesundheitssystems und ihren Bezug zum Demokratisierungsprozess in Brasilien. Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung der Familiengesundheitsstrategie, die mit ihren Prinzipien des universellen Zugangs, der sektorübergreifenden Herangehensweise und Partizipation der Bevölkerung