



ENTWICKLUNG DURCH BILDUNG

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt
E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
Nr. 4

Advanced Nursing Practice

Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturüber-
sicht zu nationalen und internationalen
Modellen erweiterter Pflegepraxis

*Luise Geithner, Doris Arnold, Alexandra Feiks, Anna Katharina Helbig
Maike Scheipers, Tatjana Steuerwald*

2016

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Impressum:

E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung
– Evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung
Förderkennzeichen: 16OH21008

Herausgeber:

Hochschule Kaiserslautern
Prof. Dr. Konrad Wolf
Morlauerer Straße 31
67657 Kaiserslautern

Technische Universität Kaiserslautern
Jun.-Prof. Dr. Matthias Rohs
Erwin-Schrödinger-Straße
67663 Kaiserslautern

Hochschule Ludwigshafen
Dr. Doris Arnold
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen am Rhein

2016

ISSN 2364-8996

Lizenz

Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E^B sind unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
Tabellenverzeichnis.....	2
1 Einleitung.....	3
2 Advanced Nursing Practice (ANP): Definitionen, Diskurse und Rahmenbedingungen....	6
2.1 Was ist ANP?.....	6
2.2 ANP als Arztersatz?.....	7
2.3 ANP und Substitution ärztlicher Tätigkeiten in Deutschland.....	10
2.4 Mögliche Heilkundeübertragung in engen Grenzen.....	13
3 Zielsetzung und Fragestellung der Literaturrecherche.....	14
4 Methode.....	15
5 Ergebnisse.....	18
5.1 Ergebnisse der Datenbankrecherche.....	18
5.2 Good-Practice-Modelle erweiterter Pflegepraxis in Deutschland.....	22
5.3 Good-Practice Modelle ANP international.....	24
6 Limitationen.....	31
7 Diskussion.....	31
8 Ausblick.....	32
9 Literaturverzeichnis.....	33
Beiträge der Autorinnen.....	42
Anhang: Suchbegriffe für die Datenbankrecherche.....	43



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm Datenbankrecherche ANP	19
---------------------------------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ist-Stand und Prognose: Anzahl der Hausärzt_innen in der Westpfalz	3
Tabelle 2: Ist-Stand und Prognosen Pflegefachpersonal Rheinland-Pfalz und Westpfalz	4
Tabelle 3: Verwendete Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL	16
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien	17
Tabelle 5: Kategorien zur Bestimmung von ANP-Modellen	18
Tabelle 6: Good-Practice-Kriterien für ANP (Teil 1)	20
Tabelle 7: Good-Practice-Kriterien für ANP (Teil 2)	21
Tabelle 8: Good-Practice-Modelle erweiterter Pflegepraxis aus Deutschland	22
Tabelle 9: Internationale Good-Practice-Modelle für ANP (Teil 1)	24
Tabelle 10: Internationale Good-Practice-Modelle für ANP (Teil 2)	25

1 Einleitung

Der demografische Wandel stellt insbesondere die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Immer mehr ältere, chronisch erkrankte und häufig multimorbide Menschen stehen immer weniger jüngeren Menschen gegenüber, die sowohl als pflegende Angehörige als auch als Pflegefachpersonen, Ärzt_innen oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe für die Sicherstellung der pflegerisch-medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen (vgl. u.a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Diese versorgungsbezogenen Herausforderungen betreffen ländlich geprägte Regionen, wie beispielsweise die Westpfalz, in besonderem Maße. Zur Westpfalz gehören die vier Landkreise Donnersbergkreis, Kusel, Kaiserslautern und Südwestpfalz, sowie die drei kreisfreien Städte Kaiserslautern, Zweibrücken und Pirmasens. In dieser Region ist ein großer Teil der niedergelassenen Hausärzt_innen älter als 60 Jahre, was prognostisch zu einem beträchtlichen Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren führen wird (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Ist-Stand und Prognose: Anzahl der Hausärzt_innen in der Westpfalz

	Landkreis Donnersbergkreis	Landkreis Kaiserslautern	Kaiserslautern (Stadt)	Landkreis Kusel	Pirmasens (Stadt), Zweibrücken (Stadt), Landkreis Südwestpfalz
Anzahl der Hausärzt_innen¹	50	81	66	49	116
Hausärzt_innen älter als 60 Jahre	>30%	38%	21%	37%	>40%
Nachbesetzungsbedarf an Hausärzt_innen bis 2020	23 =>46%	46 =>57%	34 =>51%	31 =>63%	65 =>56%

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2013a, 2013b, 2014, 2015

Auch im Bereich der Pflegefachberufe zeichnet sich in dieser Region ein zunehmender Fachkräftemangel ab (siehe Tabelle 2). Neben der demographisch bedingten Reduktion des Arbeitskräfteangebots, wird die Situation in der Pflege noch durch andere Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise besonders belastende Arbeitsbedingungen, die zu einem vorzeitigen Berufsaustritt führen können (Simon et al. 2005; Simon et al. 2010). In der Altenpflege wird in der Region Westpfalz von einer Vervielfachung der Personalunterdeckung von 103

¹ Ist-Stand im Jahr 2010

auf 441 Vollzeitstellen im Zeitraum von 2010 bis 2020 ausgegangen. Für die Gesundheits- und Krankenpflege wird erwartet, dass der Personalbedarf in diesen zehn Jahren auf 784 fehlende Vollzeitstellen ansteigen wird (Bieräugel et al. 2012a, 2012b). In ganz Rheinland-Pfalz werden bis 2020 voraussichtlich mehr als 7.000 Pflegekräfte fehlen (Bieräugel et al. 2012c, S. 12).

Tabelle 2: Ist-Stand und Prognosen Pflegefachpersonal² Rheinland-Pfalz und Westpfalz

Berufsgruppe	Ist-Stand 2010		Prognose 2020	
	Rheinlandpfalz	Westpfalz	Rheinlandpfalz	Westpfalz
Altenpflege	- 965	- 103	- 2.878	- 441
Gesundheits- und Krankenpflege	- 1.078	+ 33 (Überhang)	- 3.785	- 784
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	- 223	0	- 485	- 95
Altenpflegehilfe	- 424	- 100	- 635	- 111
Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	- 214	- 32	- 1.436	- 158

Bieräugel et al. 2012a, 2012b

In Anbetracht dieser vielfältigen Herausforderungen bildet die Westpfalz den regionalen Fokus des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „E^B – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung“. Das Verbundprojekt³ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und wird von den Projektpartnern Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Technische Universität Kaiserslautern und Hochschule Kaiserslautern durchgeführt. Das Ziel des Projektes ist es, die Entwicklung von Wirtschaftsunternehmen und der Gesundheitsversorgung in der Region Westpfalz durch die Konzeption von forschungsgestützten, evidenzbasierten und bedarfsgerechten Bildungsangeboten zu fördern.

Das an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein angesiedelte Teilprojekt „E^B – Entwicklung durch Bildung – Pflege und Gesundheit“ fokussiert sowohl auf die Entwicklung eines hochschulischen Bildungsangebots für Pflegefachpersonen, als auch auf die Konzeption eines Modells erweiterter gemeindenaher Pflegepraxis für die Region Westpfalz.

² Vollzeitstellen

³ Verbundprojekt „E^B: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung. Evidenzbasierte Bedarfser-schließung und vernetzte Kompetenzentwicklung.“ Förderlinie „Aufstieg durch Bildung – Offene Hochschulen“ Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF.



Orientierend wird hierzu auf das Konzept von *Advanced Nursing Practice* (ANP⁴) zurückgegriffen, einer erweiterten, vertieften und eigenständigen Pflegepraxis, die international in mehreren Ländern etabliert ist (u.a. Pulcini et al. 2010, Schober und Affara 2008; Schober 2013). Auch in Deutschland gibt es mittlerweile mehrere Studienangebote⁵ für ANP. Die durchgeführten Recherchen bestätigen, dass ANP hierzulande – insbesondere außerhalb der Krankenhäuser – immer noch kaum in der Realität der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung angekommen ist (Panfil und Meyer 2010). Das Teilprojekt „E^B – Entwicklung durch Bildung – Pflege und Gesundheit“ geht davon aus, dass ANP dazu beitragen kann, die Qualität der Pflege zu erhöhen und als neue Karriereperspektive für Pflegende die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern.

Die ersten Schritte in diesem Projekt umfassten die Erhebung des Ist-Standes in Bezug auf den Fachkräftebedarf in Pflege und Medizin sowie vorhandener fachlich relevanter akademischer und nicht-akademischer Bildungsangebote. Des Weiteren wurde eine Literaturrecherche zu ANP durchgeführt, deren Ergebnisse im Rahmen dieses Beitrages präsentiert werden.

Das Ziel der Literaturrecherche war es, etablierte und in Erprobung befindliche Modelle von ANP in Deutschland und in anderen Ländern als Modelle guter Praxis (Good-Practice-Modelle⁶) zu identifizieren. Der Bewertung eines Modells als „Good-Practice-Modell“ lagen zwei zentrale Kriterien zugrunde: Erstens sollte es den Projekthintergrund einer erweiterten Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum gebührend berücksichtigen; zweitens sollte ein Modell, sofern es aus einem anderen Land stammt, eine Übertragbarkeit auf bzw. Anpassung an die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland grundsätzlich zulassen. Auf diese Weise sollte ein erstes Verständnis für ANP im ländlichen Raum entwickelt werden, an dem sich die Erhebung der Bedarfe für die Gesundheitsversorgung in der Westpfalz hinsichtlich des zu entwickelnden Bildungsangebots und des zu konzipierenden Modellprojekts orientieren können.

⁴ Begrifflich kann *Advanced Nursing Practice* (ANP) von *Advanced Practice Nursing* (APN) abgegrenzt werden. Während ANP die Tätigkeiten einer *Advanced Practice Nurse* umschreiben, bezeichnet APN das berufliche Tätigkeitsfeld innerhalb der Pflege- und Gesundheitsberufe (Bryant-Lukosius und DiCenso 2004). Im deutschsprachigen Diskurs werden ANP und APN häufig synonym verwendet. Im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit beschränkt sich die Bezeichnung innerhalb dieses Artikels einheitlich auf ANP.

⁵ Master-Studiengänge mit dem Schwerpunkt ANP bieten unter anderem an: HAW Hamburg, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Frankfurt University of Applied Science.

⁶ Es wird von Good- und nicht von Best-Practice-Modellen gesprochen, da kein Vergleich der Leistungsfähigkeit der verschiedenen ANP-Modelle stattfand und somit keine Beurteilung möglich ist, welches Modell das Beste ist. Stattdessen war es das Ziel, Modellansätze zu finden, die für eine Erprobung unter den Bedingungen ländlicher Regionen in Deutschland als Vorbild dienen können.

Im Folgenden werden zunächst einführend ein allgemeines Verständnis von ANP im internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs und eine im Projekt entwickelte Arbeitsdefinition erweiterter Pflegepraxis vorgestellt. Ergänzend werden die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung von ANP in Deutschland in den Blick genommen. Vor diesem Hintergrund wird das methodische Vorgehen der Literaturrecherche beschrieben und ausgewählte Good-Practice-Modelle zu ANP vorgestellt.

2 Advanced Nursing Practice (ANP): Definitionen, Diskurse und Rahmenbedingungen

2.1 Was ist ANP?

Advanced Nursing Practice wird im Teilprojekt „E^B – Entwicklung durch Bildung – Pflege und Gesundheit“ verstanden als:

„[...] the patient-focused application of an expanded range of competencies to improve the health outcomes for patients and populations in a specialized clinical area of the larger discipline of nursing“ (Hamric et al. 2014, S. 71).

Orientiert an der Definition des International Council of Nurses (ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network 2005) definieren Mahrer-Imhof et al. (2012) eine Advanced Practice-Nurse (AP-Nurse) als:

„[...] eine registrierte 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 [...] gilt als Voraussetzung“ (ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network 2005 zit. in Mahrer-Imhof et al. 2012, S. 5).

Für Spirig und Geest (2004) ist ANP durch *Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt* gekennzeichnet. AP-Nurses *spezialisieren* sich auf eine Patientengruppe oder ein Gesundheitsproblem, sie *erweitern* ihre Arbeit durch Anpassung an die Patientenbedürfnisse sowie neues Wissen und können hierdurch einen *Fortschritt* in der Pflege bewirken. Ein Fortschritt in der Pflege entsteht zum Beispiel dann, wenn es AP-Nurses gelingt, durch wissenschaftliches, evidenzbasiertes Arbeiten Patienten-Outcomes zu verbessern und dies sichtbar zu machen (Spirig und Geest 2004, S. 234).

International werden verschiedene Begrifflichkeiten für die Rollen von AP-Nurses verwendet. Die wichtigsten Rollen von AP-Nurses, die sich durch unterschiedliche Einsatzfelder charakterisieren lassen, sind in den USA *Clinical Nurse Specialist*, *Nurse Practitioner*, *Certified Nurse-Midwife* und *Certified Registered Nurse Anesthetist* (Hamric et al. 2014, S. 70; Roes 2013, S. 141). Je nach Land können diese jedoch auch erheblich variieren. Zudem werden gleiche Begriffe häufig für andere Rollen benutzt (Schober und Affara 2008, S. 67 f.).

Clinical Nurse Specialists sind häufig stärker auf einzelne klinische Tätigkeitsfelder spezialisiert und in stationären Einrichtungen beschäftigt. Nurse Practitioners können z.B. ausgerichtet sein auf häusliche oder geriatrische Pflege und sind eher im ambulanten Bereich tätig (Roes 2013, S. 141). In diesem Artikel wird der Begriff „Advanced Practice Nurse“ (AP-Nurse) übergreifend für die Person verwendet, die eine ANP ausführt.

Basierend auf den aufgeführten internationalen Definitionen und den Einordnungen durch die deutschsprachigen Pflegeverbände (vgl. u.a. DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V – Bundesverband 2013) wurde für das Projekt eine Arbeitsdefinition zum Verständnis der zukünftigen Rolle einer AP-Nurse vorgenommen:

„Eine AP-Nurse ist Expert_in für komplexe Pflege- und Versorgungssituationen. Sie erfasst die relevanten Sachverhalte und verfügt über klinische Kompetenzen zur Ausübung einer erweiterten pflegerischen sowie heilkundlichen Praxis. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die allgemeine gemeindenahere Versorgung von Menschen insbesondere mit chronischen Erkrankungen im (höheren) Erwachsenenalter.

Sie ist ausgewiesen durch selbständiges, eigenverantwortliches, evidenzbasiertes klinisches Entscheiden und Handeln. Die AP-Nurse verfügt über Forschungskompetenz und ist in der Lage, aktiv die Weiterentwicklung der erweiterten Pflege voranzutreiben, sowie eine Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen zu übernehmen. Sie verfügt über eine Berufszulassung, Berufserfahrung und eine akademische (Zusatz-) Qualifikation (in der Regel Masterabschluss)“

(Arbeitsdefinition Teilprojekt „E^B – Entwicklung durch Bildung – Pflege und Gesundheit“, Januar 2016).

2.2 ANP als Arztersatz?

ANP wurde in vielen Ländern ursprünglich aus einem Engpass heraus eingeführt und etabliert. In den USA, wo die Entwicklung von ANP in den 1960ern ihren Anfang nahm, galt es, eine Unterversorgung insbesondere sozioökonomisch schwächerer Bevölkerungsgruppen auszugleichen (Cockerham und Keeling 2014, S. 16 f.; Schober und Affara 2008, S. 38). In Großbritannien sollte mit der Einführung von ANP insbesondere die primäre Gesundheitsversorgung verbessert werden. In Australien war es das Ziel, dem Ärztemangel und der Un-

terversorgung in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken und in den Niederlanden galt ANP ebenfalls als eine Lösung für den Mangel an Ärzt_innen sowie Pflegefachpersonen (vgl. Schober und Affara 2008, S. 37–47).

Wie bereits einleitend skizziert, ist auch die Region Westpfalz von einem hohen Nachbesetzungsbedarf von Hausärzt_innen charakterisiert. Gleichzeitig steigt die Zahl älterer Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen. Seit mehreren Jahren wird in Deutschland über verschiedene Strategien versucht, dem zunehmenden Mangel von Hausärzt_innen auf dem Land entgegenzuwirken. Stipendien für Studierende mit Ausrichtung auf Allgemeinmedizin (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 368), Sicherstellungszuschläge für Ärzt_innen, die sich für eine Praxis in einer unterversorgten Region entscheiden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 367) oder familienfreundliche Arbeitsbedingungen werden gefordert und bereits angeboten⁷. Einen weiteren Ansatz stellt die Delegation ärztlicher Leistungen auf fortgebildetes nicht-ärztliches Personal dar, um Entlastung für die auf dem Land verbliebenen Hausärzt_innen zu schaffen (Gerlach et al. 2011).

ANP stellt ebenfalls eine Möglichkeit dar, auf die Probleme in der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Gebieten zu reagieren. AP-Nurses könnten im Rahmen einer erweiterten Pflegepraxis eine für die Versorgungsbedarfe chronisch kranker und multimorbider Menschen besonders relevante spezifisch pflegerische Expertise einbringen. Sie könnten darüber hinaus für diese Personengruppe auch bestimmte, bislang Ärzt_innen vorbehaltene Tätigkeiten übernehmen. Anders als in den bisher in Deutschland realisierten Modellen, würde eine Orientierung an internationalen Vorbildern von ANP jedoch nahe legen, dass AP-Nurses auch in diesem Bereich eigenständig und eigenverantwortlich handeln.

Dies rührt an zwei für das Verständnis von ANP wichtige Fragen: Erstens: Muss ANP lediglich als Arztersatz verstanden werden? Zweitens: Kann die erweiterte Pflege überhaupt ihre wissenschaftlich begründete Eigenständigkeit gegenüber der Medizin bewahren? Über diese Fragen wurde auch in der Geschichte der Entwicklung von ANP in den USA durchaus heftig unter Pflegewissenschaftlerinnen gestritten. So war die Pflege-theoretikerin Martha Rogers eine entschiedene Gegnerin der Rolle der Nurse Practitioners (Cockerham und Keeling 2014, S. 18).

⁷ Siehe die Zusammenstellung solcher Maßnahmen in Rheinland-Pfalz im „Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ (<http://hausarzt.rlp.de/de/masterplan/>, zuletzt geprüft am 06.06.2016)

Auch im zeitgenössischen Diskurs um ANP wird die hohe Bedeutung von ANP als vertiefter primär pflegerischer Praxis betont:

„[T]he advanced practice of nursing is not the junior practice of medicine.“ (Hamric et al. 2014, S. 71, Hervorhebung im Original).

Es ist daher wichtig, zwischen einem „*Advancement*“ und einer „*Expansion*“ in Bezug auf *Advanced Nursing Practice* zu unterscheiden (Bryant-Lukosius und DiCenso 2004). *Advancement* betont den Fortschritt und kennzeichnet die vertiefte und erweiterte klinische pflegerische Expertise praktisch erfahrener und akademisch auf Master-Niveau ausgebildeter AP-Nurses. Diese besitzen die Kompetenz, komplexe Bedarfe in Bezug auf die Pflege und die gesundheitliche Versorgung chronisch kranker Menschen (z.B. im Rahmen von Case-Management) handhaben zu können. *Expansion* bezeichnet die Erweiterung und Ausdehnung des Tätigkeitsfeldes der AP-Nurse in Richtung des ärztlichen Kompetenzbereichs. AP-Nurses übernehmen hierbei in vielen Ländern definierte ärztliche Tätigkeiten eigenverantwortlich. ANP beinhaltet daher in der Regel eine *Expansion* der Aufgaben Pflegender in Richtung Medizin, sollte aber immer und vor allem ein *Advancement* pflegerischer Praxis aufweisen (Bryant-Lukosius und DiCenso 2004). Hinzu kommt, dass es in Deutschland und auch in den anderen deutschsprachigen Ländern gegenwärtig noch keine gesetzliche Legitimation für eine eigenständige Übernahme bislang Ärzt_innen vorbehaltenen heilkundlicher Tätigkeiten gibt. In den USA ist dies demgegenüber in einem großen Maß möglich und Pflegende verfügen dort in vielen Bundesstaaten unter anderem auch über die Kompetenz, eigenständig Verschreibungen von Medikamenten und Überweisungen an andere gesundheitliche Dienstleister_innen vorzunehmen (Cockerham und Keeling 2014, S. 19 f.).

Wenn Pflegende Leistungen in eigener Verantwortung übernehmen, die sonst von Ärzt_innen erbracht werden, sind sie internationalen Studien zufolge hinsichtlich der erreichten Qualität, der patientenbezogenen Outcomes und der Kosten durchaus erfolgreich (Martínez-González et al. 2014; Laurant et al. 2005; Horrocks 2002). Darüber hinaus sind Patient_innen nach der Behandlung durch professionelle Pflegefachpersonen, im Vergleich zur Behandlung durch Ärzt_innen, zufriedener (Martínez-González et al. 2014; Laurant et al. 2005; Horrocks 2002). Gründe hierfür liegen unter anderem in den längeren Besprechungszeiten, der ausführlicheren Informationsübermittlung und Beratung sowie häufigeren Patientenkontakten (Laurant et al. 2005; Horrocks 2002; Delamaire und Lafortune 2010, S. 35) bei pflegegeleiteter Versorgung. Obwohl damit vorerst höhere Kosten verbunden sein können, zeigen Studien, dass Krankenhauseinweisungen (Imhof et al. 2012; Martínez-González et al. 2014) und Mortalität (Martínez-González et al. 2014; Tappenden et al. 2012) sinken,

wodurch mittel- bis langfristig bei gleicher oder besserer Qualität (Delamaire und Lafortune 2010, S. 35) Kosten eingespart werden können. Hierzu trägt auch die häufig präventive Arbeit der AP-Nurse bei, die Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und Folgeerkrankungen reduziert und vermeidet.

2.3 ANP und Substitution ärztlicher Tätigkeiten in Deutschland

Im Diskurs zu ANP in Deutschland wird die Erweiterung in Richtung Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durchaus kritisch gesehen:

„[D]ie Rolle der ANP wird angesichts der Herausforderungen im Gesundheitssystem von vielen Akteuren als bedeutsam anerkannt. Derzeit wird in Deutschland vor allem ein politischer Diskurs geführt, um die Aufgaben im Rahmen der erweiterten Pflegerolle juristisch abzusichern. Dies ist enttäuschend, denn ANP könnte viel mehr sein als die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten zur Entlastung des ärztlichen Berufsstandes“ (Panfil und Meyer 2010, S. 368).

Die bestehenden Ansätze zum Einsatz von AP-Nurses hierzulande betreffen vornehmlich den Krankenhausbereich, konzentrieren sich bislang auf den Bereich *Advancement* pflegerischer Expertise und zeigen wertvolle Ansätze zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Patient_innen⁸.

Eine grundsätzliche Opposition gegenüber einer Überschreitung jener Trennlinie, die im gegenwärtigen Gesundheitssystem den Arbeitsbereich der Ärzt_innen markiert, erscheint unseiner Erachtens jedoch nicht nachvollziehbar. Die Herausbildung des ärztlichen und des pflegerischen Tätigkeitsfelds ist kein juristisches Faktum, sondern ein Produkt historischer Prozesse, die die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege und die Gestalt, die diese Berufe heute annehmen, hervorgebracht haben. Die Trennlinie zwischen den beiden Berufen ist daher verschiebbar. Und sie sollte verschoben werden, wenn dies aus Sicht einer bedarfs- und bedürfnisorientierten gesundheitsbezogenen Versorgung von Pflegebedürftigen geboten erscheint. Insbesondere im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung ist die gegenwärtige Form der Arbeitsteilung zwischen Pflege und Medizin nicht immer funktional.

⁸ Mit Ausnahme von Family-Health-Nurses betrifft dies vornehmlich „Pflegeexpert_innen APN“, die in Krankenhäusern (u.a. Uniklinikum Freiburg, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf, Uniklinikum Bonn) eingesetzt werden (vgl. Weskamm 2016; Mendel und Feuchtinger 2009). Siehe hierzu auch die Darstellung der deutschen Good-Practice-Modelle im Folgenden.

Dies verdeutlichen die folgenden zwei Beispiele:

1. Gegenwärtig müssen auch Pflegefachpersonen mit ausgewiesener Expertise als Wundexpert_innen für die Behandlung von Ulcus Cruris mit Hausärzt_innen über die Verschreibung von Verbandsmaterial verhandeln. Dies verursacht vor allem einen erheblichen zusätzlichen Zeit- und Arbeitsaufwand.
2. Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, die Gesundheit der Füße von Patient_innen mit Diabetes systematisch und fachlich kompetent beurteilen zu können, dürfen nicht selbst an Podolog_innen zur medizinischen Fußpflege überweisen. Auch das obliegt den Hausärzt_innen. Es wäre deutlich effektiver, wenn die Pflegefachpersonen dies direkt übernehmen könnten.

Diese und weitere Beispiele verweisen auf Hindernisse einer im Hinblick auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen optimierten Versorgung, die aus einer dysfunktionalen Arbeitsteilung zwischen Pflege und Medizin in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung resultieren. Daher wäre eine Veränderung in der Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege wünschenswert, die für AP-Nurses auch eine eigenständige und eigenverantwortliche Übernahme von definierten, bislang Ärzt_innen vorbehaltenen Tätigkeiten und Kompetenzen im Interesse der Patient_innen umfasst.

Eine Möglichkeit der juristischen Absicherung von Pflegefachpersonen in dieser Hinsicht stellt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellte Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V dar. Sie erlaubt es seit 2012, heilkundliche Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben auf Pflegefachpersonen mit entsprechender zusätzlicher Qualifikation zu übertragen. In der Formulierung der Richtlinie bleibt offen, ob es sich um eine Übertragung der Durchführungsverantwortung (Delegation) oder auch eine Übertragung der Entscheidungsverantwortung (Substitution) handeln kann (G-BA 2012). Prinzipiell ist damit eine Substitution, also die eigenständige und eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen, möglich.

Delegation ist von Ärzt_innen in Deutschland weitestgehend akzeptiert und wird im ambulanten Bereich unter anderem über Projekte mit den Bezeichnungen AGnES, VerAH, MoNi, EVA⁹ umgesetzt, die sich jedoch überwiegend an ärztliches Assistenzpersonal richten (Korzilius und Rabbata 2008, 2006; Rieser 2013). Im Rahmen der Delegation treffen Ärzt_innen die Entscheidung, *ob* eine bestimmte Maßnahme notwendig ist, die Verantwortung, *wie* diese Tätigkeit ausgeführt wird, trägt die Person, an die diese Aufgabe delegiert wurde. Eine

⁹ Erklärung der Abkürzungen: AGnES: Arztentlastende, Gemeindenaher, E-Healthgestützte, Systemische Intervention; VerAH: Versorgungs-Assistentin in der Hausarztpraxis; MoNi: Modell Niedersachsen; EVA: Entlastende Versorgungs-Assistentin

Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten im Sinne der Substitution würde damit einhergehen, auch die Entscheidung *ob* eine Maßnahme durchgeführt wird, in die rechtliche, wirtschaftliche und fachliche Verantwortung des nicht-ärztlichen Personals zu übergeben (Szepan 2013, S. 37 f.).

Eine Umfrage des Hartmannbundes aus dem Jahr 2014 macht sowohl Ängste als auch Offenheit der Ärzteschaft gegenüber Substitution und Delegation zugleich deutlich: 69% der Befragten können sich unter der Bedingung, dass finanzielle Mittel für neue Berufsgruppen bereitgestellt werden (40,3%) und die juristische Verantwortung geklärt ist (55,3%), Substitution vorstellen (Protschka 2014, S. A 819). Zugleich zeigt sich, dass insbesondere ältere Ärzt_innen bereits einer Delegation von Aufgaben skeptisch gegenüberstehen: Während für 82% im Alter von 25 bis 35 Jahren eine Abgabe von Aufgaben vorstellbar ist, trifft dies nur auf 60% der über 55-Jährigen zu (Protschka 2014, S. A 818). Einer Ausweitung der Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten stehen folgende Befürchtungen gegenüber: eine Steigerung der Konkurrenz nicht-ärztlicher Heilberufe (ca. ein Drittel), das Abfließen finanzieller Mittel aus der ärztlichen Vergütung (52,2%), mehr Risiko durch die Unsicherheit über die Kompetenzen des nicht-ärztlichen Personals (59,4%), eine Verschlechterung der Behandlungsqualität (40,4%), unklares Haftungsrisiko der Ärztin bzw. des Arztes (78,2%) sowie der Einstieg in die Substitution (42,9%) (Protschka 2014, S. A 818 f.). Interessant wäre hierbei eine Unterscheidung zwischen Ärzt_innen in städtischen und denen in ländlichen Regionen. Es ist davon auszugehen, dass Letztere aufgrund der höheren Belastung durch die Übernahme von Patient_innen von nicht weitergeführten Hausarztpraxen einer Übertragung ärztlicher Tätigkeiten offener gegenüberstehen. Erste qualitative Interviews mit Hausärzt_innen im Rahmen des Projektes an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein weisen in diese Richtung.

Dabei zeigen sich besonders die Ärzteschaft vertretenden Organisationen gegenüber einer erweiterten Übertragung ärztlicher Tätigkeiten kritisch. Befürchtet wird eine Einschränkung des Facharztstandards (u.a. Protschka 2014; Deutsches Ärzteblatt 2012a, 2012b). Es wird gefordert, dass die ärztliche Gesamtverantwortung erhalten bleiben soll (u.a. Deutsches Ärzteblatt 2012a, 2012b, 2012c). Außerdem sollen neue Schnittstellen vermieden werden (u.a. Deutsches Ärzteblatt 2011; Korzilius und Rabbata 2008).

Doch auch auf Seiten der Patient_innen ist davon auszugehen, dass es Vorbehalte gibt. Internationale Studien (Parker et al. 2013; Redsell et al. 2007) lassen erkennen, dass Patient_innen Pflegefachpersonen zwar als erste Kontaktstelle sowie für die ausführliche Beratung bei leichteren gesundheitlichen Problemen schätzen, bei ernsteren Beschwerden je-

doch die Behandlung durch Ärzt_innen bevorzugen. Eine Umfrage in Deutschland unter Versicherten der Barmer GEK (Wessels 2013) ergab, dass Vorerfahrungen mit nicht-ärztlichem Gesundheitsfachpersonal die Bereitschaft zur Übertragung von Heilkunde erheblich beeinflussen. Ohne Vorerfahrung sind nur 57%, mit Vorerfahrung 79% der Patient_innen generell dazu bereit, sich von speziell ausgebildeten Gesundheitsfachkräften behandeln zu lassen (Wessels 2013).

In Deutschland konnte eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten bislang nicht umgesetzt werden. Im Rahmen eines Modellvorhabens in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern scheiterte eine qualitativ neue Aufgabenverteilung zwischen der Ärzteschaft und den Pflegenden. Die erreichten Veränderungen beschränkten sich letztendlich auf die Ausdehnung einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen (Stemmer et al. 2014).

2.4 Mögliche Heilkundeübertragung in engen Grenzen

In der G-BA-Richtlinie nach § 63 3c SGB V sind die Bedingungen für eine mögliche Substitution im Sinne einer selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen im Einzelnen geregelt. Diese eigenverantwortliche Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten soll ohne Veranlassung durch die Ärztin bzw. den Arzt und mit einer damit einher gehenden „Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung“ (§ 2, Abs.2) geschehen. Die Pflegekraft besitzt somit nicht nur die Durchführungsverantwortung, sondern auch die Anordnungsverantwortung, d.h. sie entscheidet „ob und in welchem Umfang die selbständige Ausübung der Heilkunde [...] medizinisch geboten ist“ (ebd.). Was übertragbar ist, wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf bestimmte diagnosebezogene (Diabetes Typ 1 und 2, Demenz, chronische Wunden, Hypertonus) sowie prozedurenbezogene Tätigkeiten (z.B. Infusionen und Injektionen) begrenzt. Des Weiteren geht der Übertragung immer eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus. Als Voraussetzung für die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde sind in der Richtlinie Kompetenzen definiert, die Pflegefachpersonen nachweisen müssen, bevor sie diese Tätigkeiten eigenverantwortlich ausführen dürfen.

Durch das momentan in Entwicklung befindliche Pflegeberufegesetz wird auch die Qualifikation in Bezug auf eine Heilkundeübertragung nach § 63 3c SGB V neu geregelt.

Der Gesetzesentwurf vom März 2016¹⁰ sieht dazu eine Qualifikation auf berufsschulischem Niveau vor. Insgesamt könnte in diesem gesetzlichen Rahmen eine Erweiterung des bislang für Pflegende zugänglichen Kompetenzbereiches erfolgen, allerdings nur in sehr eingeschränktem Umfang. Außerdem ist zu beachten, dass trotz der Aktivitäten auf der Ebene der Gesetzgebung seit Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie im Jahr 2012 noch keine realisierten Modellprojekte zur Heilkundeübertragung bekannt geworden sind. Ob auch dieser kleine Schritt in Richtung Substitution heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen überhaupt gegangen werden kann, ist also nach wie vor nicht sicher.

ANP als erweiterte und vertiefte Pflegepraxis erfordert zudem eine hochschulische Qualifikation, die internationalen Vorbildern entsprechend auf Master-Niveau angesiedelt sein sollte. Eine erweiterte gemeindenahe Gesundheitsversorgung im Sinne von ANP könnte daher eine Erweiterung (*Expansion*) in sehr bescheidenem Maße in Form einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 3c SGB V beinhalten. Basierend auf der im Projekt verwendeten Arbeitsdefinition von ANP, sollen AP-Nurses jedoch vor allem eine vertiefte klinische Kompetenz für komplexe Pflege- und Versorgungssituationen besitzen. Dies würde einem *Advancement* pflegerischer Expertise entsprechen. Im Mittelpunkt einer entsprechenden hochschulischen Ausbildung würde die Qualifikation zur AP-Nurse in den damit verbundenen Kompetenzfeldern stehen. Die Befähigung, übertragene ärztliche Tätigkeiten entsprechend § 63 3c SGB V eigenständig auszuführen, könnte als Zusatzqualifikation hinzukommen. Die im Projekt angestrebte Qualifikation für eine erweiterte und vertiefte gemeindenahe Pflegepraxis soll primär auf die komplexen pflegerischen Versorgungsbedarfe von alten, chronisch kranken Menschen fokussieren. Die Kompetenzen und das Aufgabengebiet von solchermaßen hochschulisch ausgebildeten AP-Nurses sind somit eindeutig nicht darauf ausgerichtet, Ärzt_innen zu ersetzen (vgl. Gaidys 2011, S. 17 f.; Panfil und Meyer 2010).

3 Zielsetzung und Fragestellung der Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche ist es, einen Überblick über Veröffentlichungen zu Konzepten und Modellen von ANP bzw. erweiterter Pflege in Deutschland und anderen Ländern mit Blick auf eine gemeindenahe erweiterte Pflegepraxis in ländlichen Gebieten, wie der Westpfalz, zu schaffen. Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

¹⁰ Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Stand 08.März 2016 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160308_Pflegeberufes_gesetz.pdf, letzter Zugriff: 16.7.2016)

- 1) Welche Kriterien guter Praxis können für ein Modell einer gemeindenahen erweiterten Pflegepraxis im Sinne von ANP in Deutschland aufgestellt werden?
- 2) Welche diesbezüglich relevanten Modelle erweiterter Pflege gibt es in Deutschland?
- 3) Welche internationalen ANP-Modelle können auf Basis der Good-Practice-Kriterien für die Etablierung von ANP in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen in Deutschland als Good-Practice-Modelle dienen?

Im Folgenden werden die Methodik der Literaturrecherche und deren Ergebnisse als Literaturübersicht vorgestellt. Die aus der Literatur extrahierten Good-Practice-Kriterien sowie Good-Practice-Modelle werden erläutert. Die Ergebnisse bieten somit eine erste Orientierung darüber, welche Entwicklungen von ANP mit Bezug auf die gemeindenaher Gesundheitsversorgung in Deutschland und anderen Ländern zu finden sind. Diese Ergebnisse können somit als Basis dienen, um durch zu entwickelte Szenarien Möglichkeiten eines Beitrags zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere von älteren, chronisch und mehrfach erkrankten Menschen in ländlichen geprägten Regionen Deutschlands, auszuloten.

4 Methode

Die Literaturübersicht basiert auf einer strukturierten Recherche in drei Datenbanken: PubMed, CINAHL und CareLit. Zusätzlich wurde eine Handsuche in relevanten Fachzeitschriften und Büchern sowie auf Internetseiten zu ANP-Projekten und wichtigen Institutionen durchgeführt. Die Handsuche beinhaltete des Weiteren die Sichtung der Referenzlisten der identifizierten Publikationen.

Die Datenbankrecherche fand im November 2014 statt. Durch einen Literatur-Alert und Nachrecherchen wurden danach erschienene Publikationen bis Oktober 2015 ergänzt. Die Recherche erfolgte über eine Verschlagwortung von als relevant erachteten Begriffen über Medical Subject Headings (MeSH) und deren Verknüpfung mit AND/OR/NOT-Operatoren. Die verwendete Suchstrategie wird in Tabelle 3 dargestellt. Hinsichtlich des Publikationszeitraums wurde keine Beschränkung vorgenommen, da die Einführung von ANP in den einzelnen Ländern zu unterschiedlichen Zeiten begann und für die Erfassung guter Praxis auch anfängliche Entwicklungen von Relevanz sind. Gesucht wurden Artikel in englischer und deutscher Sprache. Die Datenbank CareLit wurde einbezogen, um insbesondere Entwicklungen im deutschsprachigen Raum zu erfassen.

Tabelle 3: Verwendete Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL

Übergeordnetes Handlungsfeld (Mesh) AND	Spezifisches Handlungsfeld (Mesh) ¹¹ AND	Tätigkeits- oder Qualifikationsbeschreibung (Mesh) AND	Patientenpopulation (Mesh, nur PubMed) AND	Setting NOT
Advanced Practice Nursing/Advanced Nursing Practice OR	Geriatric/Gerontologic Nursing OR	Job Description OR	Aged, 80 and over OR	Inpatients
Nurse Practitioners OR	Rural (Health) Nursing OR	Job Characteristics OR	Aged OR	Hospitalized
Advanced Practice Nurses	Community Health Nursing OR	Nurse's/Nursing Role OR	Middle aged OR	Institutionalized
	Diabetes Mellitus, Typ 1/2 OR	Scope of Nursing Practice OR	Adult OR	
	Dementia OR	Education, Nursing	Young adult	
	Ulcer OR			
	Hypertension OR			
	Chronic Disease			

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden die Artikel nach Ein- und Ausschlusskriterien selektiert (Tabelle 4). Ausschlaggebend war dabei die Rahmensetzung des Projekts, in dem nach Lösungskonzepten für die ambulante gesundheitliche Versorgung vorwiegend für die ältere Bevölkerung in ländlichen Regionen gesucht wird. Zudem wurden bei der Recherche nach internationalen ANP-Modellen solche Diagnosebereiche fokussiert, für welche die G-BA-Richtlinie eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen zulässt (Diabetes Typ 1 und 2, Demenz, chronische Wunden, Hypertonus). Es kann davon ausgegangen werden, dass dies für die gemeindenahe Gesundheitsversorgung zugleich epidemiologisch sehr bedeutsame Erkrankungen sind. Für die Recherche waren Publikationen von Interesse, die vor allem die Qualifikation, Arbeitsinhalte und -umgebung der AP-Nurses sowie Regularien für ANP darstellten. Dabei wurden sowohl Berichte über etablierte, z.T. bereits in der Regelversorgung verankerte ANP-Modelle, als auch einzelne Projekte oder Programme, die der Erprobung von ANP dienten, einbezogen. Für die Recherche nach Modellen in Deutschland war ein thematischer Bezug zu erweiterter, vertiefter Pflege oder der Qualifikation dazu ausschlaggebend.

¹¹ Eine ausführliche Auflistung der Suchbegriffe findet sich im Anhang.

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschluss, wenn
E1	Ambulantes Setting
E2	Ältere Bevölkerung als Zielpopulation der ANP-Leistung
E3	<u>Für Recherche nach internationalen Modellen:</u> Beschreibung der Rolle oder Tätigkeit der AP-Nurse, des Arbeitsfeldes ANP oder der Qualifikation im Bereich ANP, ANP mit Bezug zu den Diagnosen der G-BA-Richtlinie <u>Für Recherche nach nationalen Modellen:</u> Thematischer Bezug zu erweiterter, vertiefter Pflege oder der Qualifikation dazu
E4	Publikation in deutscher oder englischer Sprache
E5	Beschreibung etablierter Praxis bzw. Regelversorgung, eines neuen Programms oder Projekts, das in der Praxis erprobt wird, sowie von Konzepten bzw. Empfehlungen für ANP
	Ausschluss, wenn
A1	Beschreibung von ANP in einem Entwicklungsland
A2	Thematischer Schwerpunkt bei Kinder-, Jugend- und Frauengesundheit, Pflege Neonatologie, Arbeitsmedizin, Akut- und Intensivpflege
A3	Beschreibung einer Tätigkeit ohne Bezug zur direkten Pflege z.B. Pflegeleitung, Pflegemanagement, Pflegeberatung

In die Aufstellung der Good-Practice-Kriterien sind des Weiteren Publikationen eingegangen, die Konzepte oder Empfehlungen für ANP darlegen.

Publikationen wurden über ein zweistufiges Verfahren ausgewählt: Zuerst erfolgte ein Screening der Titel und Abstracts hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien. Danach wurden alle eingeschlossenen Veröffentlichungen im Volltext gelesen und erneut hinsichtlich der Einschluss- und Ausschlusskriterien überprüft. Für die eingeschlossene Literatur erfolgte vorerst eine kurze inhaltliche Zusammenfassung zu den ANP-relevanten Inhalten.

Um Modelle zu finden, die Ansätze zur Übertragung bieten, wurden zuvor anhand bestehender Konzepte und Theorien zu ANP Kriterien guter Praxis (Good-Practice-Kriterien) für eine erweiterte Pflege in ländlichen Regionen Deutschlands entwickelt. Zur Aufstellung der *Good-Practice-Kriterien* wurden Kategorien entwickelt, die ein ANP-Modell konstituieren, und entsprechende Informationen extrahiert. Als Richtlinie hierbei galten die von Schober und Affara (2008) dargestellten Elemente zur Entwicklung einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Titel, Titelschutz, Arbeitsfeld, Kernkompetenzen, Verschreibungsrecht, Diagnoserecht, Recht zur Aufnahme, Entlassung und Überweisung, Praxisdomäne, Praxisumgebung). Eine Auflistung der entwickelten Kategorien zur Bestimmung eines ANP-Modells zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Kategorien zur Bestimmung von ANP-Modellen

<u>Nummer</u>	<u>Kategorie</u>
1	Titel/ausführende Person
2	Qualifikation der ausführenden Person
3	Handlungsfeld der ausführenden Person
4	Organisationsform
5	Arbeitsprinzip
6	Akteure für Kooperation
7	Form der Entlohnung
8	Form der Haftung bzw. Verantwortungsübernahme
9	Form der Absicherung im Haftungsfall
10	Befugnis zur Überweisung, Einweisung und Entlassung
11	Befugnis für Verschreibungen
12	Befugnis für Anordnungen
13	Befugnis zur Diagnosestellung
14	Art der fachlichen Kontrolle zur Überprüfung der Qualifikation

Weiterhin fand eine Gruppierung der Literatur nach ANP-Modell statt, d.h. alle Veröffentlichungen, die Informationen zu einem spezifischen Modell enthielten, wurden in einer Tabelle dem jeweiligen Modell zugeordnet. Unter Einbezug aller für ein Modell relevanten Publikationen erfolgte anschließend eine Erfassung grundlegender Informationen: Titel des Modells, Bezeichnung der AP-Nurse, die Initiatoren bzw. entscheidenden Akteure, Laufzeit, Land bzw. Region der Durchführung sowie die Modellform (Praxismodell, Projekt, Konzept). Schließlich wurden für jedes Modell systematisch Informationen bezüglich der Modellkategorien aufgenommen.

5 Ergebnisse

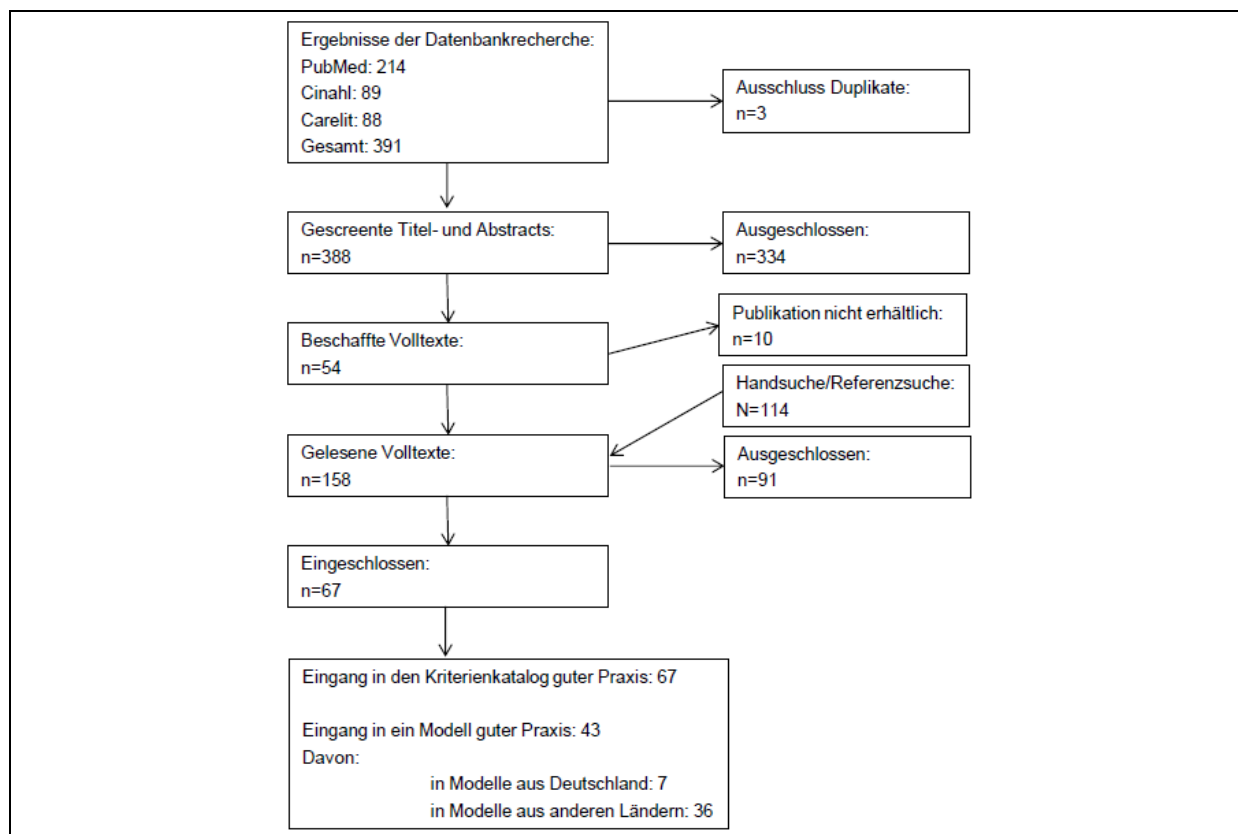
5.1 Ergebnisse der Datenbankrecherche

Die Datenbankrecherche ergab 391 Treffer. Durch das Titel- und Abstract-Screening wurden 248 Artikel ausgeschlossen, davon hatte ein Großteil der internationalen Literatur Pflegeleistungen für spezifische Erkrankungen zum Gegenstand, die nicht zu den im Fokus stehenden Diagnosen der G-BA-Richtlinie gehörten (z.B. onkologische, psychiatrische Erkrankungen). Andere Artikel stellten vor allem für die Literaturübersicht nicht relevante Inhalte dar. Dies lag überwiegend daran, dass viele Studien zu diesem Thema die Ergebnisse quantitativer Befragungen von bzw. qualitativer Interviews mit AP-Nurses oder gesundheitsökonomische

Evaluationen darstellen. Ergänzend wurden die identifizierten Veröffentlichungen aus der Handrecherche geprüft. Insgesamt wurden 158 Volltexte gelesen, wovon 67 Publikationen in die finale Auswertung eingingen. 91 Veröffentlichungen wurden erneut aus den bereits oben benannten Gründen ausgeschlossen oder weil sie nicht in ausreichendem Umfang die für das Projekt relevanten Rollen, Tätigkeiten oder Arbeitsfelder einer AP-Nurse oder entsprechende ANP-Qualifikation beschrieben. In die Erstellung des Kriterienkatalogs guter Praxis wurden alle 67 Quellen eingeschlossen, in die Modelle guter Praxis gingen 43 Publikationen ein (Abbildung 1).

47 der 67 eingeschlossenen Publikationen sind Fachartikel. Weiterhin wurden drei Positionspapiere von Verbänden und Vereinen, vier Monographien, ein Sammelband und fünf Buchbeiträge, jeweils eine Veröffentlichung der World Health Organization (WHO), der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), des US Department of Health, der American Association of Colleges of Nursing (AACN), der Stadt Zürich, des Ontario Local Health Integration Networks sowie eine Online-Publikation des International Council of Nurses (ICN) eingeschlossen. Die älteste Veröffentlichung ist von 1998.

Abbildung 1: Flussdiagramm Datenbankrecherche ANP



Alle 67 Publikationen wurden herangezogen, um Kriterien guter Praxis für ANP zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wurden auch Veröffentlichungen ausgewertet, in denen ANP-Konzepte oder Empfehlungen für ANP enthalten sind. Eingeflossen sind ebenfalls drei Grundlagenpublikationen zu ANP: Hamric et al. (2014), Schober und Affara (2008) sowie ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (2005). Die Good-Practice-Kriterien (Tabelle 6 und Tabelle 7) bilden ab, wie ANP hinsichtlich der aufgestellten Kategorien zur Bestimmung von ANP ausgestaltet sein kann. Sie fokussieren auf ANP im ländlichen sowie vom demografischen Wandel betroffenen Raum und umfassen Umsetzungsmöglichkeiten für Deutschland. Da der Katalog aus der Literatur generiert wurde, wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Ebenso sind die Kriterien nicht als trennscharf zu sehen.

Tabelle 6: Good-Practice-Kriterien für ANP (Teil 1)

1	Titel	z.B. Pflegeexpert_in ANP
2	Qualifikation der ausführenden Person	Master (ggf. mit Anrechnung von Zertifikaten) Bachelor (ggf. mit Anrechnung von Zertifikaten) Hochschul-Zertifikat/e
3	Handlungsfeld der ausführenden Person	Pflegerisches Handlungsfeld <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsspezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ z.B. Case-Management, Beratung • Erkrankungsspezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ z.B. Pflege von Demenzpatient_innen • Klientenspezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ z.B. Versorgung älterer Menschen Heilkundliches Handlungsfeld nach §63(3c) SGB V <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus Typ 1 ○ Diabetes mellitus Typ 2 ○ Chronische Wunden ○ Demenz (nicht palliativ) ○ Hypertonus (ohne Schwangerschaft) • Tätigkeitsspezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ z.B. Infusionstherapie/ Injektionen
4	Organisationsform	Eigene Praxis, Hausarzt-, Gemeinschafts-, Gemeindepraxis, Praxisgemeinschaft, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) Ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim Ambulanz eines Krankenhauses Rehabilitationseinrichtungen Beratungsstellen, Pflegestützpunkte Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
5	Arbeitsprinzip	Aufsuchend (mobil) Komm-Struktur/ Walk-In-Prinzip

Tabelle 7: Good-Practice-Kriterien für ANP (Teil 2)

6	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	<p>Interdisziplinäres Team aus Ärzt_innen, Pflegefachpersonen und weiteren Gesundheitsprofessionen</p> <p>Kooperation mit Gesundheits- und anderen Professionen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen • Fach- und Hausärzt_innen • Physiotherapeut_innen, Ergotherapeut_innen, Diätolog_innen • Pharmazeut_innen • Gerontolog_innen • Psycholog_innen • Sozialarbeiter_innen • Gemeindehelfer_innen <p>Kooperation mit Institutionen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationseinrichtungen • Sozialpsychiatrie • Pflegestützpunkte • Örtliche Gemeinde, lokale Projekte, Vereine, Initiativen <p>Selbsthilfegruppen, Wohnberatung, Migrationsberatung</p>
7	Form der Entlohnung	<p>Abrechnung über gesetzliche Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung</p> <p>Abrechnung über Kommune/Gemeinde</p> <p>Abrechnung über private Versicherungsunternehmen</p> <p>Abrechnung als Zusatzleistung</p> <p>Dienstleistungen für private Direktzahler</p>
8	Form der Haftung bzw. Verantwortungsübernahme	<p>Entscheidungs-/Anordnungsverantwortung für bestimmte ärztliche Tätigkeiten, volle Durchführungsverantwortung</p>
9	Form der Absicherung im Haftungsfall	<p>Berufshaftpflichtversicherung über Berufsgenossenschaft</p> <p>Unfallversicherung über Arbeitgeber</p>
10	Befugnis zur Überweisung, Einweisung und Entlassung	<p>in Absprache mit Mediziner_in als Supervisor_in eigenständig in bestimmten Handlungsfeldern</p>
11	Befugnis für Verschreibungen	<p>Unabhängige Verschreibung aus offener oder eingeschränkter Liste auf Basis von Assessment und Diagnostik</p> <p>Verschreibung aus einer offenen oder eingeschränkten Liste und Zusammenarbeit mit unabhängiger verschreibender Person</p> <p>Entsprechend einer schriftlichen Anweisung, die festlegt, welches Medikament in welcher Situation verschrieben werden darf</p> <p>Ausstellung von Folgerezepten</p> <p>Anordnung einer Veränderung von Verabreichungszeit und –dosis</p>
12	Befugnis für Anordnungen	<p>in Absprache mit Mediziner_in als Supervisor_in eigenständig in bestimmten Handlungsfeldern</p>
13	Befugnis zur Diagnosestellung	<p>pflegerische und z.T. medizinische Diagnosen</p>
14	Art der fachlichen Kontrolle zur Überprüfung der Qualifikation	<p>durch Lizenzierungs- und Zertifizierungssystem</p> <p>durch Anerkennungssystem</p> <p>durch Registrierung z.B. bei Pflegekammer</p> <p>kontinuierlicher Nachweis klinischer Praxis und von Weiterbildungen z.B. bei Pflegekammer</p>

5.2 Good-Practice-Modelle erweiterter Pflegepraxis in Deutschland

43 Publikationen sind in die Abbildung von Modellen guter Praxis eingegangen. Davon geben sieben Veröffentlichungen Informationen zu vier Modellen erweiterter Pflege in Deutschland (siehe Tabelle 8). Hier wurde die Formulierung „erweiterte Pflegepraxis“ gewählt, weil diese Modelle einzelne Merkmale von ANP aufweisen, aber nach den vorab definierten Kriterien nicht eindeutig einer ANP zugeordnet werden können. Die weiteren 36 Publikationen beschreiben 25 Modelle guter Praxis aus anderen Ländern.

Tabelle 8: Good-Practice-Modelle erweiterter Pflegepraxis aus Deutschland

Modell	Zeitraum	Region	Initiatoren/Akteure	Quellen
Family Health Nursing	seit 2004	deutsch-landweit	Dt. Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Robert-Bosch-Stiftung (RBS), Universität Witten-Herdecke, WHO	Wagner und Schnepf 2011 Krüger et al. 2012 Schüssler 2007
Breast Care Nursing	seit 2005	deutsch-landweit	-	Gerlach und Wiedemann 2010
Brückenpflege	seit 1985	Baden-Württemberg (BW)	Land BW, Krebsverband BW, RBS, Deutsche Krebs-hilfe e.V.	Wandel 2013
Tandempraxis	2005-2007	Nordrhein-Westfalen	Universität Witten-Herdecke	Herber et al. 2008a Herber et al. 2008b

Family Health Nursing, Breast Care Nursing und Brückenpflege sind zwar mittlerweile in Deutschland etabliert, dennoch treffen nicht alle Charakteristika von ANP auf sie zu. So stellt die Qualifizierung zur Family Health Nurse und zur Breast Care Nurse eine nicht-akademische Weiterbildung dar; Breast Care Nurses arbeiten zudem überwiegend in Brustzentren (Gerlach und Wiedemann 2010, S. 395; Krüger et al. 2012, S. 177) und damit nicht in dem für das Projekt relevanten ambulanten Setting. Sowohl Breast Care Nursing als auch die Brückenpflege sind auf die Versorgung von Onkologiepatienten ausgerichtet. Die Entwicklung der Brückenpflege begann in Baden-Württemberg mit kleineren Projekten zur häuslichen Versorgung von Tumorpatienten und mit verstärktem Blick auf den Übergang von der stationären zur häuslichen Versorgung (Wandel 2013, S. 50). Hierbei etablierten sich Palliative Care Teams, die zusammengesetzt sind aus Gesundheits- und Krankenpflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation zur Fachkrankenschwester Onkologie oder einer Weiterbildung im Bereich Palliativ Care sowie mindestens fünfjähriger Berufspraxis in der onkologi-



schen oder ambulanten Pflege (Wandel 2013, S. 53, 62). Dieser „Sonderweg“ (Wandel 2013) in Baden-Württemberg trug zur Herausbildung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung bei, für die es seit 2007 einen Rechtsanspruch gibt (§37b i.V.m., §132d SGB V; Wandel 2013, S. 60). Auch für die Weiterbildung zur Family Health Nurse oder zur Breast Care Nurse ist eine Pflege- oder Hebammenausbildung Voraussetzung (Krüger et al. 2012, S. 177; Gerlach und Wiedemann 2010, S. 395).

Im Rahmen des Family Health Nursing schreibt die WHO Pflegenden einen erheblichen Anteil an der gemeindenahen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung insbesondere im Bereich der Prävention zu. Themen wie gesundheitliche Aufklärung und Erhöhung der Chancengleichheit für sozial benachteiligte Gruppen sollen durch die Arbeit von Family Health Nurses (FHN) aufgegriffen werden. Eine 40 wöchige Weiterbildung qualifiziert berufserfahrene Pflegenden in Theorie und Praxis. Im Rahmen des „Pilotprojektes zur Machbarkeit der Family Health Nurse in Deutschland“ (Eberl und Schnepf 2006) untersuchten die Autor_innen die Umsetzungsmöglichkeit dieses Strategiekonzeptes der WHO (WHO-Regionalbüro für Europa 1999). Als Ergebnisse der Expertenbefragung wurden hervorgehoben, dass insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen mit niedriger Hausarzt-dichte ein Unterstützungsbedarf durch FHNs gesehen wird. Als Zielgruppen für Family Health Nursing wurden vor allem definiert: chronisch Kranke und ihre Familien, sozial benachteiligte Gruppen sowie ältere Menschen und pflegende Angehörige (Eberl und Schnepf 2006; Schüssler 2007, S. 497). Eine Ansiedlung des Konzeptes und die Einbindung in deutsche Versorgungsstrukturen werden ausdrücklich befürwortet.

Aus der Recherche für das Projekt der Tandempraxis haben sich keine Hinweise darauf ergeben, ob Tandempraxen nach Projektabschluss in bestimmter Form weitergeführt wurden. Dennoch ist dieses Projekt hervorzuheben, da es eine intensivere Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen im Bereich der Versorgung chronischer Wunden mit Hausarztpraxen erprobte (Herber et al. 2008a, S. 235). Die involvierten Pflegefachpersonen mussten mindestens fünf Jahre Arbeitserfahrung und eine Fortbildung zur Versorgung chronischer Wunden (mind. 80 Stunden) mitbringen. Des Weiteren nahmen sie an einer im Projekt entwickelten dreitägigen Fortbildung teil (Herber et al. 2008b, S. 153). Sie führten Hausbesuche durch, begleiteten und berieten die Patient_innen sowie deren pflegende Angehörige und schätzten die Selbstpflegekompetenz ein. Sie übernahmen die Leitung für das Edukationsprogramm zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz (Herber et al. 2008b, S. 151).

5.3 Good-Practice Modelle ANP international

Die Übersicht zu den internationalen ANP-Modellen liefert erste Hinweise zur Entwicklung von ANP (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10).

Tabelle 9: Internationale Good-Practice-Modelle für ANP (Teil 1)

Modell	Zeitraum	Land, Region	Quellen
Nurse Consultant in Older People's Care	seit 2000	UK	Delamaire und Lafortune 2010 Clegg und Mansfield 2003
Community Matron	seit 2003	UK	Delamaire und Lafortune 2010 Nolte et al. 2008 Masterson A 2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2007e, 2007f
Specialist District Nurse Practitioner	-	UK	Barrett et al. 2007a, 2007b, 2007c
Community Health Centres	seit 1972	CAN	Schaeffer et al. 2015 Hämel et al. 2014
Nurse Practitioner-led Clinics	-	CAN	Schaeffer et al. 2015 Hämel et al. 2014 Heale 2012
Family Health Teams	seit 2004	CAN, Ontario	Schaeffer et al. 2015 Hämel et al. 2014 Nolte et al. 2008 Meuser et al. 2006
Community Care Coordinator	-	CAN, Calgary	Nolte et al. 2008
Home First	seit 2008	CAN, Ontario	Schaeffer et al. 2015 Agarwal et al. 2011
Community-based Nursing Centers	-	USA, Maryland	Oros et al. 2001
The Older Adult Comprehensive Program	seit 2003	USA, Detroit	Penprase 2006
Rural Advanced Practice Nurse	-	CAN, USA u.a.	Molinari und Bushy 2012 Brown et al. 2009
Home Care Unit	-	FIN, Südkare- lien	Hämel und Kutzner 2015 Schaeffer et al. 2015
Primary Health Care Centres	-	FIN	Schaeffer et al. 2015 Hämel und Schaeffer 2014 Hämel et al. 2014
Mallu-Klinik	-	FIN	Schaeffer et al. 2015 Hämel et al. 2014
Gesundheitskiosk	seit 2009	FIN	Schaeffer et al. 2015 Hämel et al. 2014
Nurse-led Clinics	-	SE	Nolte et al. 2008
Nurse Practitioner in Dutch Health Care	seit 1997	NL, Groningen	Borquez 2005
Pflegesprechstunden	seit Ende 1980er	NL	Schrödter 2006

Tabelle 10: Internationale Good-Practice-Modelle für ANP (Teil 2)

Modell	Zeitraum	Land, Region	Quellen
Matador Programme (Transmural Care)	seit 2000	NL, Maastricht	Nolte et al. 2008
Advanced Primary Nurse (Evercare)	seit 2003	UK	Fraser et al. 2005
Anticipatory and Preventative Team Care	-	CAN, Ontario	Humbert et al. 2007
UCLA Alzheimer's and Dementia Care Program	seit 2011	USA, Kalifornien	Reuben et al. 2013
Diabetesverpleekundige	seit 2007	NL, Heuvelland/ Maastricht	Duimel-Peeters et al. 2009 Duimel-Peeters et al. 2007 Duimel-Peeters und Schulpen 2007
Leila – Leben mit Langzeiterkrankung	seit 2012	CH, Zürich	Müller-Staub et al. 2015 Bonsack und Reichart 2013 Sommer et al. 2013 Bonsack 2011
SpitexPlus	Beginn 2006	CH, Winterthur	Imhof et al. 2011

Insbesondere in den Ländern, in denen es ein staatliches Gesundheitssystem gibt – im Vereinigten Königreich und in Kanada – scheint ANP stärker in verschiedenen Ausformungen verbreitet zu sein. In den skandinavischen Ländern sowie in den Niederlanden ist ANP mittlerweile weit verbreitet (Borquez 2005; Sachs 2007, S. 111 f.; Nolte et al. 2008, S. 99 ff.; Preusker 2014), in der Schweiz werden erste Projekte im ambulanten Setting durchgeführt (Imhof et al. 2011; Bonsack und Reichart 2013; Sommer et al. 2013; Müller-Staub et al. 2015). ANP wurde hier zuvor hauptsächlich in der Rolle des Clinical Nurse Specialist im stationären Setting realisiert (Ullmann-Bremi et al. 2011; Spirig et al. 2010).

An dieser Stelle können nicht alle gefundenen Modelle guter Praxis ausführlich vorgestellt werden. Im Anschluss erfolgt daher eine beispielhafte Profildarstellung der Modelle, die besonders geeignet als Ideengeber und Vorbild zur Etablierung von ANP in ländlichen Regionen Deutschlands erscheinen. Sie geben einen Einblick in verschiedene Entwicklungsstadien, in unterschiedliche Organisationsformen und diagnosespezifische Ausrichtungen.

Modell: Community Matron (UK)

Ausführende Person und Qualifikation: Community Matrons sind erfahrene Registered Nurses mit Studienabschluss und fortgeschrittenen Fähigkeiten sowie hochschulischen Weiterbildungen, unter anderem zu Case Management und körperlichen Untersuchungen (Nolte et al. 2008, S. 34 f.; Delamaire und Lafortune 2010, S. 96).

Handlungsfeld, Arbeitsprinzip und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Community Matrons sind die ersten Ansprechpersonen und die Case-Manager_innen von Patient_innen, die ein hohes Risiko für eine Krankenhauseinweisung aufweisen, in hohem Maße gesundheitliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen (Patient_innen mit komplexen und chronischen Erkrankungen) und/oder an ihr zu Hause gebunden sind. Sie koordinieren die Versorgung ihrer Patient_innen durch verschiedene **Anbieter von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen** und kooperieren mit diesen. Gemeinsam mit Apotheker_innen kontrollieren sie kontinuierlich die laufende Medikation. Sie führen **Hausbesuche** durch, bei denen sie Patient_innen beraten und behandeln. Durch eine gezielte Förderung der Fähigkeiten zum Selbstmanagement von chronisch kranken Patient_innen sorgen sie dafür, dass diese möglichst lang zu Hause leben können. Zudem führen sie detaillierte pflegerische und medizinische Assessments durch, stellen **Diagnosen** und verschreiben **Medikamente**. Dabei wird die Pflege und Versorgung der Patient_innen individuell geplant, strukturiert und angepasst (Nolte et al. 2008, S. 34 f.; Delamaire und Lafortune 2010, S. 96, Masterson A 2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2007e, 2007f).

Organisationsform und Entlohnung: Community Matrons arbeiten autonom, sie sind beim National Health Service (NHS) angestellt.

Verantwortungsübernahme und Absicherung: keine Angabe (k. A.)

Überweisung und Einweisung: ja

Verschreibungen und Anordnungen: ja

Diagnosestellung: ja

Fachliche Kontrolle: Registrierung beim NHS, nationaler Kompetenzrahmen, Weiterbildungsrichtlinien.

Modell: Older Adult Comprehensive Program (USA)

Ausführende Person und Qualifikation: Das Older Adult Comprehensive Program stellt ein durch Pflegefachpersonen geleitetes Programm zur Gesundheitsförderung in den USA dar. Die Pflegefachpersonen sind Nurse Practitioners mit Studienabschluss sowie Fortbildungen in Gerontological Nursing (Penprase 2006, S. 46).

Handlungsfeld, Arbeitsprinzip und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Nurse Practitioners (NPs) arbeiten in einem **interdisziplinären Team** mit Hausärzt_innen, Internist_innen, Fachärzt_innen für Geriatrie, Urologie und anderen Ausrichtungen sowie Sozialarbeiter_innen, Diätolog_innen und Physiotherapeut_innen. Die NPs bieten drei Leistungen an: Edukation und Gesundheitsförderung, Förderung zum Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen inklusive regelmäßige Gesundheitsscreenings, sowie **ambulante** Kontrollen und **stationäre** Leistungen (Penprase 2006, S. 46 f.). In diesem Rahmen führen die NPs in regelmäßigen Abständen oder nach Bedarf eigenständig Assessments für ältere Menschen in Seniorenwohnanlagen oder zu Hause durch. Des Weiteren bieten sie Schulungen in Gemeindefhäusern, Wohnanlagen und Kirchen an. Bei Bedarf können die NPs Patientinnen und Patienten für weitere Untersuchungen in das St. John Detroit Riverview Hospital **überweisen** bzw. dort für sie Termine vereinbaren. Sie führen autonom Labortests und radiologische Untersuchungen durch (Penprase 2006, S. 47).

Organisationsform und Entlohnung: Anstellung am St. John Detroit Riverview Hospital

Verantwortungsübernahme und Absicherung: k. A.

Überweisung und Einweisung: ja

Verschreibungen und Anordnungen: k. A.

Diagnosestellung: k. A.

Fachliche Kontrolle: k. A.

Modell: UCLA Alzheimer's and Dementia Program (USA)

Ausführende Person und Qualifikation: Innerhalb dieses Programms der University of California in Los Angeles (UCLA) werden auf Demenz spezialisierte NPs (Dementia Care Managers mit Studienabschluss) intensiv in die Versorgung von Demenzerkrankten einbezogen (Reuben et al. 2013, S. 2214).

Handlungsfeld, Arbeitsprinzip und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Dementia Care Manager_innen arbeiten im **Team** mit auf Demenz spezialisierten Ärzt_innen (Physician Dementia Specialist) sowie unter Einbezug von (Pflege-)Einrichtungen in der Gemeinde. Zu Beginn besuchen die NPs die Patientin oder den Patienten sowie mindestens ein Familienmitglied oder einen Pflegenden **zu Hause**, wo sie über ein strukturiertes Gespräch und eine Untersuchung die Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten wie auch der Familienangehörigen einschätzen (Reuben et al. 2013, S. 2215 f.). In Zusammenarbeit mit Ärzt_innen erstellen Dementia Care Manager_innen einen Pflege- und Behandlungsplan. Die Kompetenzen sind so aufgeteilt, dass Dementia Care Manager_innen Empfehlungen zu sozialen Aspekten und zum Verhalten geben, während Ärzt_innen medizinische Empfehlungen aussprechen. Innerhalb ihres Arbeitsfeldes sind Dementia Care Manager_innen unabhängig. Abschließende Empfehlungen besprechen Dementia Care Manager_innen mit Patient_innen und Familienangehörigen in einem Telefongespräch (Reuben et al. 2013, S. 2215).

Organisationsform und Entlohnung: Anbindung an medizinische Fakultät der Universität, Projektförderung aus unterschiedlichen Quellen (Reuben et al. 2013, S. 2216)

Verantwortungsübernahme und Absicherung: Verantwortungsübernahme für einen eingeschränkten Bereich; k. A. zur Absicherung

Überweisung und Einweisung: k. A.

Verschreibungen und Anordnungen: k. A.

Diagnosestellung: k. A.

Fachliche Kontrolle: k. A.

Modell: Diabetesverpleekundige (NL)

Ausführende Person und Qualifikation: Die Pflegeexpert_innen für Diabetes mellitus sind ausgebildete Pflegefachpersonen mit einer akademischen Weiterqualifizierung in der Diabetesversorgung (Duimel-Peeters und Schulpen 2007, S. 442).

Handlungsfeld, Arbeitsprinzip und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Innerhalb eines Modells der geteilten Versorgung (kombinierte Diagnose-Behandlungskette) arbeiten die Pflegexpertinnen und -experten für Diabetes mellitus zusammen mit den **Hausarzt_innen** und deren **Praxishilfen** sowie **Internist_innen**. Dabei sind die Pflegeexpert_innen und die Internist_innen für besonders komplexe Versorgungsfälle verantwortlich. Diabetesverpleekundige versorgen die Patient_innen, die auf eine Insulintherapie eingestellt werden müssen bzw. Insulineinstellungs- oder anderweitig komplexe Probleme haben (Duimel-Peeters und Schulpen 2007, S. 442). Die Pflegeexpert_innen bewegen sich dabei in einem Feld aus direkter Pflege, Forschung und Anleitung von Patient_innen. Sie koordinieren und organisieren die Versorgung, beraten die Patient_innen, stehen im Austausch mit anderen Professionen sowie den Hausarzt_innen. Mit den beteiligten Internist_innen arbeiten sie insbesondere bei der **Einstellung der Medikamente** sowie der Anpassung der Blutdruck- und Cholesterintherapie zusammen. Ihre Leistungen bieten sie in Form von **Sprechstunden** in Hausarztpraxen oder medizinischen Zentren sowie über Telefon an (Duimel-Peeters et al. 2007, S. 570).

Organisationsform und Entlohnung: Anstellung an einer Diabetesklinik (ebd., 569).

Verantwortungsübernahme und Absicherung: Verantwortungsübernahme für einen eingeschränkten Bereich; Gesetz erlaubt größere Verantwortungsübernahme bei Fähigkeitsbescheinigung (siehe „Verschreibung und Anordnung“) (ebd., 569), k. A. zur Absicherung

Überweisung und Einweisung: k. A.

Verschreibungen und Anordnungen: Bei Nachweis entsprechender Fähigkeiten durch eine Fähigkeitsbescheinigung können Diabetesverpleekundige eigenständig Insulin, Antidiabetika, Antihypertensiva und Lipidsenker dosieren, ohne die Bescheinigung nur in Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Internisten; k. A. zu Verschreibungen (ebd., S. 569).

Diagnosestellung: k. A.

Fachliche Kontrolle: Registrierung, Zertifikate, Fähigkeitsbescheinigung

Modell: Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen (CH)

Ausführende Person und Qualifikation: Am Projekt Leila sind sowohl Pflegefachpersonen mit mehrjähriger Berufserfahrung und Weiterbildungen z.B. Nurse Diabetes Educators (Bonsack und Reichart 2013, S. 5) als auch APNs mit einem Masterstudium, z.B. in Pflegewissenschaften (Bonsack und Reichart 2013, S. 7; Sommer et al. 2013, S. 16) involviert.

Handlungsfeld, Arbeitsprinzip und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Innerhalb dieses Projekts wurde eine Kooperation zwischen den **Hausarztpraxen** und den Pflegefachpersonen/APNs aufgebaut, um das Versorgungsangebot der Hausarztpraxen um Pflegeleistungen zu erweitern. Dabei richtet sich das Projekt vor allem an Risikopatient_innen sowie chronisch Erkrankte, die von den beteiligten Hausärzt_innen an die Pflegefachpersonen/APNs übermittelt bzw. von den Pflegefachpersonen kontaktiert werden (Bonsack und Reichart 2013, S. 10 f.; Bonsack 2011, S. 9). Ziel ist es, eine stärker integrierte Versorgung sowie mehr Kontinuität in der Betreuung zu erreichen. Im Rahmen von **Sprechstunden**, vor allem bei den Patient_innen **zu Hause** oder auch in den Hausarztpraxen, verschaffen sich die Pflegefachpersonen/APNs einen Eindruck von der Gesundheit der Patient_innen und ermitteln den Beratungsbedarf, um im Anschluss in vertiefende Beratungen, Schulungen des Selbstmanagements und Motivationsunterstützung einzusteigen. Des Weiteren erstellen sie zusammen mit ihren Patient_innen die Versorgungspläne. Sie unterstützen bei der Koordination der Therapieangebote, bei Absprachen mit anderen Leistungsanbietern sowie der Therapieoptimierung (u. a. Medikation), letzteres in Zusammenarbeit mit den Hausärzt_innen (Bonsack und Reichart 2013; Müller-Staub et al. 2015).

Organisationsform und Entlohnung: Projektförderung durch die Stadt Zürich (Bonsack und Reichart 2013; Müller-Staub et al. 2015)

Verantwortungsübernahme und Absicherung: Verantwortungsübernahme für einen eingeschränkten Bereich (keine Anordnungsverantwortung); k. A. zur Absicherung

Überweisung und Einweisung: nein

Verschreibungen und Anordnungen: nein

Diagnosestellung: nein

Fachliche Kontrolle: k. A.

6 Limitationen

Die hier vorgestellte Literaturübersicht stellt einen selektiven, nicht repräsentativen Ausschnitt der Pflegepraxis unterschiedlicher Länder dar. Aufgrund der zwischen den Ländern stark divergierenden Beschaffenheit der Gesundheits- und Sozialsysteme sowie der unterschiedlichen Entwicklungsstadien hinsichtlich ANP konnten über die Datenbankrecherche nur im verhältnismäßig geringen Umfang und von der inhaltlichen Ausrichtung heterogene wissenschaftliche Veröffentlichungen gefunden werden. Zum Teil werden deskriptive Daten und Informationen eher von öffentlichen Institutionen oder Projektträgern publiziert, die durch die Handsuche nur ansatzweise aufgefunden werden konnten. Insgesamt wurden, um ausreichend Informationen zu erhalten, auch Veröffentlichungen einbezogen, die kein Peer-Review-Verfahren durchlaufen haben und deren wissenschaftliche Qualität somit nicht geprüft ist. Leider konnte nicht bei allen Modellen überprüft werden, ob sie noch aktuelle Praxis darstellen bzw. fortbestehen oder inwiefern Projekte und Programme zur Erprobung erfolgreich waren und in die Praxis eingingen. Die Übertragbarkeit der vorgestellten Modelle in den Kontext des deutschen Gesundheitswesens muss offen bleiben, da in anderen Ländern nicht nur bezüglich der Entwicklung von ANP, sondern auch im Hinblick auf relevante Strukturen der gesundheitlichen Versorgung erhebliche Unterschiede bestehen.

7 Diskussion

Die beispielhaft aufgeführten Modelle können Anregungen dafür liefern, wie den zukünftigen pflegerisch-medizinischen Herausforderungen im Zuge des demographischen Wandels begegnet werden könnte, um einen Beitrag zur innovativen Gestaltung der gesundheitsbezogenen Versorgung im ländlichen Raum zu leisten. Dabei gilt es, die pflegerische Praxis zu erweitern und zu vertiefen. Berufserfahrene und in Bezug auf eine klinisch-praktische Tätigkeit in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung hochschulisch qualifizierte AP-Nurses könnten in diesem Rahmen für ein größeres Aufgabenfeld Verantwortung übernehmen und autonom handeln. Diese Personen könnten nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen beispielsweise im Rahmen eines Modellvorhabens darüber hinaus nach der G-BA-Richtlinie § 63 Abs. 3c SGB V heilkundliche Tätigkeiten in eigener wirtschaftlicher, fachlicher und rechtlicher Verantwortung übernehmen. Hochschulisch qualifizierte AP-Nurses könnten so eine auf die komplexen Bedarfe von chronisch kranken, alten und multimorbiden Menschen



ausgerichtete, qualitativ hochwertige, professionelle und evidenzbasierte erweiterte und vertiefte Pflege anbieten. Vor allem die internationalen Good-Practice-Modelle zeigen, dass auch hinsichtlich der Erkrankungen, für die der G-BA die Erprobung der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten festgelegt hat, im ambulanten Setting vielfältige Möglichkeiten bestehen, ANP schrittweise zu etablieren.

Mit der Vorstellung der Modelle guter Praxis wird deutlich, dass ein wesentlicher Bestandteil erweiterter Pflegepraxis die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin sowie zwischen Pflege und anderen Sozial- und Gesundheitsprofessionen ist. Diese Zusammenarbeit sollte auf Augenhöhe stattfinden. Nicht nur für die Ausbildung pflegewissenschaftlich fundierter klinischer Kompetenzen, sondern auch für eine gleichberechtigte interprofessionelle Kommunikation im beruflichen Alltag einer AP-Nurse ist eine hochschulische Qualifikation wichtig. Nur auf diesem Wege können fortgeschrittene Fähigkeiten zu reflektiertem, evidenzbasiertem professionellem Handeln in der pflegerischen Praxis sowie Forschungskompetenzen und schließlich das für die Auseinandersetzung mit und über empirische Studien notwendige Vokabular erworben werden.

8 Ausblick

Die Literaturrecherche, die entwickelte Arbeitsdefinition zu ANP sowie die Good-Practice-Modelle bilden die Basis für die Erhebung des regionalen Bedarfs von ANP in der Westpfalz. Darauf aufbauend will das Projektteam die Entwicklung eines hochschulischen Bildungsangebots und die Konzeption eines Modellprojekts zur Umsetzung von ANP in der Praxis der gesundheitlichen Versorgung in der Westpfalz vorantreiben. So kann über die Ausbildung der notwendigen Kompetenzen hinaus auch eine klare Definition der Rollen, Aufgaben und der Verantwortung von AP-Nurses erreicht und dieses Berufsbild schließlich in die Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Pflegebildung integriert werden. Dazu gehören unter anderem auch Abrechnungsmöglichkeiten für Dienstleistungen, die AP-Nurses eigenständig erbringen und eine entsprechende Anerkennung von Kompetenzen zur Überweisung an andere Dienstleister. Zur Realisierung von ANP werden qualitativ hochwertige hochschulische Bildungsangebote benötigt. Darüber hinaus ist es notwendig, an der rechtlichen und ökonomischen Anerkennung der Tätigkeiten von AP-Nurses für eine an den komplexen Bedarfen von pflegebedürftigen und kranken Menschen ausgerichteten gesundheitlichen Versorgung zu arbeiten.

9 Literaturverzeichnis

Agarwal, Nikhil; Kisswani, Rasha; Fernandes, Liane (2011): Sharing Best Practices: Transition Management in Ontario. Home First - Implementation Guide & Toolkit. Unter Mitarbeit von Ontario Local Health Integration Network, LHIN Collaborative. Online verfügbar unter <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwilkuuqv4bOAhVD7hoKHU04AHUQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nelhin.on.ca%2FPage.aspx%3Fid%3D10152&usq=AFQjCNEQr37XNIZqk6l0NnpthN2l5wFQ2g&bvm=bv.127521224,d.bGg>, zuletzt geprüft am 22.07.2016.

Arnold, Doris; Feiks, Alexandra; Helbig, Anna Katharina; Scheipers, Maike; Steuerwald, Tatjana (2016): Erweiterte gemeindenahe Pflegepraxis in der Westpfalz? Ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt. In: *Spektrum* (2). Online verfügbar unter http://www.hs-lu.de/fileadmin/user_upload/epaper/spektrum21/index.html.

Barrett, Anne; Latham, Dinah; Levermore, Joy (2007a): Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. In: *British journal of community nursing* 12 (10), S. 442–448. DOI: 10.12968/bjcn.2007.12.10.27265.

Barrett, Anne; Latham, Dinah; Levermore, Joy (2007b): Part 2: Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. In: *British journal of community nursing* 12 (11), S. 522–526. DOI: 10.12968/bjcn.2007.12.11.27486.

Barrett, Anne; Latham, Dinah; Levermore, Joy (2007c): Part 3: Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. In: *British journal of community nursing* 12 (12), S. 566–570. DOI: 10.12968/bjcn.2007.12.12.27744.

Bieräugel, Roland; Demireva, Lora; Larsen, Christa; Lauxen, Oliver; Metzenrath, Anke; Papke, Jan (2012a): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. In: *Berichte aus der Pflege* (17), S. 1–265.

Bieräugel, Roland; Demireva, Lora; Larsen, Christa; Lauxen, Oliver; Metzenrath, Anke; Papke, Jan (2012b): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen - Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. In: *Berichte aus der Pflege* (18), S. 1–167.



- Bieräugel, Roland; Demireva, Lora; Larsen, Christa; Lauxen, Oliver; Metzenrath, Anke; Papke, Jan (2012c): Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. In: *Berichte aus der Pflege* (19), S. 1–26.
- Bonsack, Stefanie (2011): Leben mit Langzeiterkrankung. Geführte Prozesse zur Bewältigung des multiplen Krankseins im Projekt Leila. In: *Care Management* 4 (5), S. 8–10.
- Bonsack, Stefanie; Reichart, Christine (2013): Neue Rollen der Pflege in der erweiterten Hausarztmedizin. *leila - Leben mit Langzeiterkrankung*. Hg. v. Stadt Zürich. Städtische Gesundheitsdienste. Zürich.
- Borquez, Heather A. (2005): A New Domain in Dutch Health Care: The Nurse Practitioner. In: *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 9 (1), S. 31–36.
- Brown, Julie; Hart, Ann Marie; Burman, Mary E. (2009): A Day in the life of RURAL advanced practice nurses. In: *The Journal for Nurse Practitioners* 5 (2), S. 108–114. DOI: 10.1016/j.nurpra.2008.10.013.
- Bryant-Lukosius, Denise; DiCenso, Alba (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: *Journal of advanced nursing* 48 (5), S. 530–540. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.
- Clegg, Angie; Mansfield, Sally (2003): Nurse consultants and the care of older people: developing new roles. In: *Nursing older people* 15 (4), S. 14–16.
- Cockerham, Anne Z.; Keeling, Arlene B. (2014): A brief history of Advanced Practice Nursing in the United States. In: Ann B. Hamric, Judith A. Spross und Charlene M. Hanson (Hg.): *Advanced practice nursing: An integrative approach*. 4. Aufl. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier, S. 1–26.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V – Bundesverband (2013): *Advanced Nursing Practice - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin.
- Delamaire, Marie-Laure; Lafortune, Gaetan (2010): Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. Hg. v. OECD (OECD HEALTH WORKING PAPERS, 54). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
- Deutsches Ärzteblatt (2012b): Ärzteschaft. Kammer Westfalen-Lippe warnt vor Substitution ärztlicher Tätigkeiten. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=49197&s=Delegation+muss+i>

n+der+Verantwortung+des+Arztes+liege, zuletzt aktualisiert am 21.02.2012, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2012c): Ärzteschaft. KBV kontrovers: „Ohne Entlastung der Ärzte wird es nicht gehen“, zuletzt aktualisiert am 18.04.2012, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2012a): Delegation muss in der Verantwortung des Arztes liegen. Online verfügbar unter

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=49259&s=Delegation+muss+i>
n+der+Verantwortung+des+Arztes+liegen, zuletzt aktualisiert am 24.02.2012, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Deutsches Ärzteblatt (2011): Ärzteschaft. Kritik zur Substitution ärztlicher Leistungen aus Brandenburg. Online verfügbar unter

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=48217&s=Brandenburg&s=Kritik&s=Leistungen&s=Substitution&s=aus&s=zur&s=%E4rztlicher>, zuletzt aktualisiert am 29.11.2011, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Duimel-Peeters, I. G. P.; Jöbjes-Penders, Bea; Schulpen, Guy J. C. (2007): Pflegeexperten haben Schlüsselrolle. *Pflege und Disease Management Diabetes mellitus Typ II - Beispiel Maastricht*. In: *Pflegezeitschrift* 60 (10), S. 568–570.

Duimel-Peeters, I. G. P.; Schulpen, G. J. C. (2007): Disease Management bei Diabetes mellitus Typ II: Die primäre Versorgung verbessern. In: *Pflegezeitschrift* (8), S. 439–443.

Duimel-Peeters, I. G. P.; van Raak, A. J. A.; Bindels, J. A. P. M.; Vrijhoef, H. J. M. (2009): Umsetzung eines Versorgungsprogramms für Typ 2-Diabetiker: Förderliche und hinderliche Faktoren. In: *Pflegezeitschrift* 62 (8), S. 473–476.

Eberl, Inge; Schnepf, Wilfried (2006): Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage. In: *Pflege* 19 (4), S. 234–243. DOI: 10.1024/1012-5302.19.4.234.

Fraser, Aileen; Howard, Martin; Alder, Jane; Boobier, Sam; Burke, Vanessa; Chambers, Joanne (2005): Across cultures: implementing the Evercare model. In: *Nursing older people* 17 (7), S. 16–19. DOI: 10.7748/nop2005.10.17.7.16.c2388.

Gaidys, Uta (2011): Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung - Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: *Pflege* 24 (1), S. 15–20. DOI: 10.1024/1012-5302/a000087.

G-BA (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur



selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, vom 20.10.2011.

Gerlach, Anja; Wiedemann, Regina (2010): Breast Care Nurses - Pflegeexpertinnen für Brustkrankungen. Ein Weg zur «Advanced Nursing Practice» in Deutschland? In: *Pflege* 23 (6), S. 393–402. DOI: 10.1024/1012-5302/a000078.

Gerlach, Ingrid; Brenk-Franz, Katja; Gensichen, Jochen (2011): Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 87 (6), S. 280–286.

Hämel, Kerstin; Kutzner, Janina (2015): Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (1), S. 53–66.

Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland. Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. In: Regina Brunnett (Hg.): *Primary health care. Interdisziplinarität, Partizipation, Gemeindeorientierung.* Unter Mitarbeit von Heinz-Harald Abholz. Hamburg: Argument-Verl., S. 11–29.

Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2014): Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada? In: *Informationsdienst Altersfragen* 41 (6), S. 13–18.

Hamric, Ann B.; Spross, Judith A.; Hanson, Charlene M. (2014): *Advanced practice nursing: An integrative approach.* 4. Aufl. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier.

Heale, Roberta (2012): Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24 (6), S. 358–363. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2012.00737.x.

Herber, Oliver R.; Rieger, Monika A.; Schnepf, Wilfried (2008a): Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 13 (3), S. 234–245.

Herber, Oliver R.; Schnepf, Wilfried; Rieger, Monika A. (2008b): Developing a nurse-led education program to enhance self-care agency in leg ulcer patients. In: *Nurs Sci Q* 21 (2), S. 150–155. DOI: 10.1177/0894318408314694.

Horrocks, S. (2002): Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. In: *BMJ* 324 (7341), S. 819–823. DOI: 10.1136/bmj.324.7341.819.



Humbert, Jennie; Legault, Frances; Dahrouge, Simone; Halabisky, Brenda; Boyce, Gail; Hogg, William; Amos, Stephanie (2007): Integration of nurse practitioners into a family health network. In: *The Canadian nurse* 103 (9), S. 30–34.

ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (2005): Scope of Practice and Standards. Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse. Final Revision January 2005. Online verfügbar unter <http://international.aanp.org/Policy/Resources>, zuletzt geprüft am 22.09.2015.

Imhof, Lorenz; Naef, Rahel; Mahrer-Imhof, Romy; Petry, Heidi (2011): SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. In: *Pflege* 24 (1), S. 43–56. DOI: 10.1024/1012-5302/a000090.

Imhof, Lorenz; Naef, Rahel; Wallhagen, Margaret I.; Schwarz, Jürg; Mahrer-Imhof, Romy (2012): Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 60 (12), S. 2223–2231. DOI: 10.1111/jgs.12026.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hg.) (2013b): Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Kreis Kusel. Mainz. Online verfügbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/Kreisatlas_Kusel.pdf, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hg.) (2013a): Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Stadt und Kreis Kaiserslautern. Mainz. Online verfügbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/Kreisatlas_Kaiserslautern.pdf, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hg.) (2014): Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Donnersbergkreis. Mainz. Online verfügbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/Kreisatlas_Donnersbergkreis.pdf, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hg.) (2015): Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Pirmasens, Zweibrücken, Kreis Südwestpfalz. Mainz. Online verfügbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/Kreisatlas_Pirmasens-Zweibruecken-Suedwestpfalz.pdf, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

- Korzilius, Heike; Rabbata, Samir (2006): Gemeindeschwestern. Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (44), S. 2926–2928.
- Korzilius, Heike; Rabbata, Samir (2008): „Ärzte können nicht alles selbst machen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (45), S. A 2360-A 2361.
- Krüger, Cornelia; Eberl, Inge; Schnepf, Wilfried (2012): Die WHO-Pilotstudie zur Family Health Nurse in Deutschland: Sichtweisen von Familien zur Familiengesundheitspflege - Eine qualitative Untersuchung. In: *Pflege* 25 (3), S. 175–184. DOI: 10.1024/1012-5302/a000200.
- Laurant, M.; Reeves, D.; Hermens, R.; Braspenning, J.; Grol, R.; Sibbald, B. (2005): Substitution of doctors by nurses in primary care. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), S. CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
- Mahrer-Imhof, Romy; Eicher, Manuela; Frauenfelder, Fritz; Bachmann, Annie Oulevey; Ulrich, Anja (2012): Expertenbericht APN. Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP). Hg. v. VfP. Basel.
- Martínez-González, Nahara Anani; Djalali, Sima; Tandjung, Ryan; Huber-Geismann, Flore; Markun, Stefan; Wensing, Michel; Rosemann, Thomas (2014): Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC health services research* 14, S. 214. DOI: 10.1186/1472-6963-14-214.
- Masterson A (2007a): Community matrons: advanced assessment skills (part three). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (6), S. 29-31 3p.
- Masterson A (2007b): Community matrons: documenting the specialist contribution of the role (part 6). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (9), S. 37-40 4p.
- Masterson A (2007c): Community matrons: inter-professional and inter-agency working (part five). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (8), S. 38-40 3p.
- Masterson A (2007d): Community matrons: person-centred care planning (part one). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (4), S. 23-26 4p.
- Masterson A (2007e): Community matrons: promoting self management (part four). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (7), S. 29-32 4p.
- Masterson A (2007f): Community matrons: the value of knowing self (part two). In: *NURS OLDER PEOPLE* 19 (5), S. 29-32 4p.



Mendel, Simon; Feuchtinger, Johanna (2009): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexpertinnen in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. In: *Pflege* 22 (3), S. 208–216. DOI: 10.1024/1012-5302.22.3.208.

Meuser, Jamie; Bean, Tupper; Goldman, Joanne; Reeves, Scott (2006): Family health teams: a new Canadian interprofessional initiative. In: *Journal of interprofessional care* 20 (4), S. 436–438. DOI: 10.1080/13561820600874726.

Molinari, Deana; Bushy, Angeline (2012): *The rural nurse. Transition to practice*. New York: Springer Pub. Co.

Müller-Staub, Maria; Zigan, Nicole; Händler-Schuster, Daniela; Probst, Sebastian; Monego, Renate; Imhof, Lorenz (2015): Umsorgt werden und umsorgen: Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila) - Eine qualitative Studie zum Beitrag von APN in integrierter Versorgung. In: *Pflege* 28 (2), S. 79–91. DOI: 10.1024/1012-5302/a000410.

Nolte, Ellen; Knai, Cécile; McKee, Martin (2008): *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory studies series, no. 15).

Oros, Marla; Johantgen, Meg; Antol, Susan; Heller, Barbara R.; Ravella, Patricia (2001): Community-Based Nursing Centers: Challenges and Opportunities in Implementation and Sustainability. In: *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2 (4), S. 277–287.

Panfil, Eva-Maria; Meyer, Gabriele (2010): Advanced Nursing Practice in Deutschland: Fokussierung auf die juristischen Grenzen statt auf die Gestaltung des Möglichen. In: *Pflege* 23 (6), S. 363–373.

Parker, Rhian; Forrest, Laura; Ward, Nathaniel; McCracken, James; Cox, Darlene; Derrett, Julie (2013): How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? In: *Collegian* 20 (1), S. 35–41. DOI: 10.1016/j.colegn.2012.03.001.

Penprase, Barbara (2006): Developing comprehensive health care for an underserved population. In: *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* 27 (1), S. 45–50. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2005.12.014.

Preusker, Uwe K. (2014): Gesundheit unterm Nordlicht. In: *G+G* 17 (6), S. 31–37.

Protschka, Johanna (2014): Umfrage: Delegation – Chance und Risiko. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (19). Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/159559>.

Pulcini, Joyce; Jelic, Monika; Gul, Raisa; Loke, Alice Yuen (2010): An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. In: *Journal of nursing scholar-*



ship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing /
Sigma Theta Tau 42 (1), S. 31–39. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.

Redsell, Sarah; Stokes, Tim; Jackson, Clare; Hastings, Adrian; Baker, Richard (2007): Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. In: *Journal of advanced nursing* 57 (2), S. 172–180. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04085.x.

Reuben, David B.; Evertson, Leslie C.; Wenger, Neil S.; Serrano, Katherine; Chodosh, Joshua; Ercoli, Linda; Tan, Zaldy S. (2013): The University of California at Los Angeles Alzheimer's and Dementia Care program for comprehensive, coordinated, patient-centered care: preliminary data. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 61 (12), S. 2214–2218. DOI: 10.1111/jgs.12562.

Rieser, Sabine (2013): Arztentlastung in der Praxis. Bitte mehr von Eva, Verah, Agnes. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (45), S. A 2106-A 2107.

Roes, Martina (2013): Bachelor, Master, ANP und PhD. In: *PADUA* 8 (3), S. 141. DOI: 10.1024/1861-6186/a000122.

Sachs, Marcel (2007): "Advanced Nursing Practice" - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 12 (2), S. 101–117.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung).

Schober, Madrean (2013): Global Perspectives on Advanced Nursing Practice. In: Lucille A. Joel (Hg.): *Advanced practice nursing. Essentials for role development*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, S. 71–104.

Schober, Madrean; Affara, Fadwa (2008): *Advanced nursing practice (ANP)*. Bern: Huber.

Schrödter, Maartje Eleonore (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege - Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke. In: Martina Hasseler (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung - neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele*. Hannover: Schlütersche (Pflegebibliothek. Berliner Schriften), S. 111–137.

Schüssler, Dörte (2007): Neue Aufgaben(-teilung) in den Gesundheitsberufen: Familiengesundheit sichern - ein Handlungsfeld für die Pflege. In: *Pflegezeitschrift* (9), S. 495–498.

Simon, Michael; Müller, Bernd Hans; Hasselhorn, Hans Martin (2010): Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses' intentions. In: *Journal of advanced nursing* 66 (3), S. 616-626 11p. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05204.x.

Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Hg. v. Universität Wuppertal. Online verfügbar unter <http://www.next.uni-wuppertal.de>, zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Sommer, Heidi; Rex, Christine; Reichart, Christine; Klein, Margot (2013): Pflegerische Betreuung von chronisch Kranken. Dank Leila mehr Lebensqualität. In: *Krankenpflege Soins Infirmiers* (1), S. 16–18.

Spirig, Rebecca; Geest, Sabina de (2004): «Advanced Nursing Practice» lohnt sich! In: *Pflege* 17 (4), S. 233–236. DOI: 10.1024/1012-5302.17.4.233.

Spirig, Rebecca; Panfil, Eva-Maria; Meyer, Gabriele; Schrems, Berta (2010): 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. In: *Pflege* 23 (6), S. 363–373. DOI: 10.1024/1012-5302/a000075.

Stemmer, Renate; Rimmel-Faßbender, Ruth; Schmid, Martin; Wolke, Reinhold (2014): Abschlussbericht. Modellvorhaben in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur besseren Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen (Berichte aus der Pflege, 26).

Szepan, Nadine-Michèle (2013): Neue Rolle für die Pflege. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 16 (7-8), S. 36–40.

Tappenden, P.; Campbell, F.; Rawdin, A.; Wong, R.; Kalita, N. (2012): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. In: *Health technology assessment (Winchester, England)* 16 (20), S. 1–72. DOI: 10.3310/hta16200.

Ullmann-Bremi, Andrea; Schluer, Anna-Barbara; Finkbeiner, Gabriela; Huber, Yvonne (2011): Wie ein ANP-Team laufen lernt - Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zürich. In: *Pflege* 24 (1), S. 21–28. DOI: 10.1024/1012-5302/a000088.

Wagner, Franz; Schnepf, Wilfried (Hg.) (2011): Familiengesundheitspflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Beiträge zur Weiterbildung und Praxis. 1. Aufl. Bern: Huber (Familiengesundheitspflege).



Wandel, Irene (2013): Brückenpflege - der Sonderweg in Baden-Württemberg. Wie hat sich daraus die SAPV entwickelt? In: Ernst Bühler (Hg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 50–69.

Weskamm, Andrea (2016): Pflegeexperten im Einsatz. Advanced Nursing Practice. In: *Die Schwester Der Pfleger* 56 (3), S. 40–43.

Wessels, Michael (2013): Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. In: Jan Böcken, Bernard Braun und Uwe Repschläger (Hg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen - Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BAR-MER GEK. 1. Aufl., neue Ausg. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 122–143. Online verfügbar unter

http://gesundheitsmonitor.de/studien/detail/?tx_itaoarticles_pi1%5Barticle%5D=161&tx_itaoarticles_pi1%5Baction%5D=show&tx_itaoarticles_pi1%5Bcontroller%5D=Article&cHash=b070659d89e80630dc32e9d1a5e8d886.

http://gesundheitsmonitor.de/studien/detail/?tx_itaoarticles_pi1%5Barticle%5D=161&tx_itaoarticles_pi1%5Baction%5D=show&tx_itaoarticles_pi1%5Bcontroller%5D=Article&cHash=b070659d89e80630dc32e9d1a5e8d886.

WHO-Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Kopenhagen. Online verfügbar unter

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf, zuletzt geprüft am 22.07.2016.

Beiträge der Autorinnen

LG führte die Literaturrecherche durch und erstellte die exemplarischen Good-Practice Modelle ANP; LG und AF entwickelten die Good-Practice-Kriterien ANP; AF führte die Ergebnisse der Ist-Stand-Analyse zusammen; AF, LG, MS, TS und DA entwickelten und diskutierten die Arbeitsdefinition APN; DA supervidierte die wissenschaftliche Arbeit des Projektteams; LG und DA verfassten den Artikel; AF, TS und KH gaben Hinweise für Überarbeitung und Ergänzungen.

Wir danken Dorit Dürrschmidt für die Unterstützung bei der Literaturbeschaffung, ergänzenden Rechercharbeiten und der Zusammenstellung der Literaturliste.

Anhang: Suchbegriffe für die Datenbankrecherche

PubMed

("Advanced Practice Nursing"[mh] OR "Nurse Practitioners"[mh]) AND ("Community Health Nursing"[mh] OR "Family Nursing"[mh] OR "Geriatric Nursing"[mh] OR "Rural Nursing"[mh] OR "Public Health Nursing"[mh] OR "Psychiatric Nursing"[mh] OR "Rehabilitation Nursing"[mh] OR "Cardiovascular Nursing"[mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[mh] OR "Oncology Nursing"[mh] OR "Evidence-Based-Nursing"[mh] OR "Primary Care Nursing"[mh] OR "District Nurse"[tiab] OR "District Nurses"[tiab] OR "Nurse Consultant"[tiab] OR "Nurse Consultants"[tiab] OR "Nurse Counselor"[tiab] OR "Nurse Counselors"[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 1"[mh] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[mh] OR Dementia[mh] OR Ulcer[mh] OR Hypertension[mh] OR Pain[mh] OR "Urinary Incontinence"[mh] OR "Chronic Disease"[mh] OR Telenursing[mh]) AND ("Job Description"[mh] OR "Nurse's Role"[mh] OR "Education, Nursing "[mh] OR "Education, Nursing, Graduate"[mh] OR "Education, Nursing, Baccalaureate"[mh] OR "Education, Nursing, Diploma Programs"[mh] OR "Nursing Education Research"[mh]) AND (english[language] OR german[language]) AND ("aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR ("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "adult"[MeSH Terms:noexp] OR "young adult"[MeSH Terms] OR "adult"[MeSH Terms])) not "Adolescent, Hospitalized"[mh] not "Child, Hospitalized"[mh] not "Child, Institutionalized"[mh] not Inpatients[mh] not child*[ti] not hospital[ti] not clinical[ti] not "Emergency Department"[ti]

CINAHL

((((MH "Advanced Nursing Practice" OR MH "Advanced Practice Nurses" OR MH "Nurse Practitioners") AND (MH "Community Health Nursing" OR MH "Rural Health Nursing" OR MH "Family Nursing" OR MH "Ambulatory Care Nursing" OR MH "Gerontologic Nursing" OR MH "Cardiovascular Nursing" OR MH "Hospice and Palliative Care Nursing" OR MH "Oncologic Nursing" OR MH "Psychiatric Nursing" OR MH "Rehabilitation Nursing" OR MH "Primary Health Care" OR MH Telenursing OR MH "Nursing Practice, Evidence-Based" OR AB Public Health Nursing OR AB District Nurse OR AB Nurse Consultant OR AB Nurse Counselor OR MH "Diabetes Mellitus, Type 1" OR MH "Diabetes Mellitus, Type 2" OR MH Dementia OR MH Ulcer OR MH Hypertension OR MH Pain OR MH "Urinary Incontinence" OR MH "Wound, Ostomy and Continence Nursing" OR MH "Chronic Disease") AND (MH "Job Description" OR MH "Job Characteristics" OR MH "Nursing Role" OR MH "Scope of Nursing Practice" OR MH "Education, Nursing" OR MH "Education, Nursing, Graduate" OR MH "Education, Nursing, Masters" OR MH "Education, Nursing, Doctoral" OR MH "Education, Nursing, Baccalaureate" OR MH "Education, Nursing, Diploma Programs" OR MH "Education, Nursing, Research-Based"))) NOT MH Inpatients NOT MH "Adolescent, Hospitalized" NOT MH "Aged, Hospitalized" NOT MH "Child, Hospitalized" NOT MH "Infant, Hospitalized" NOT MH "Child, Institutionalized" NOT TI child* NOT TI hospital NOT TI Clinical NOT TI "Emergency Department