

Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Ein- bezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung

Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments 27
Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Gesundheitsberufe

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi, Laure Dutoit
Bern, November 2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	III
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellungen	2
1.3 Aufbau des Berichts	2
2 Methodologie	3
2.1 Aktuelle Situation in der Schweiz	3
2.2 Literaturübersicht «fortgeschrittene» Länder	3
2.3 Expert/innengespräche	4
3 Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Gesundheitsberufe in der Schweiz	5
3.1 Zum Begriff der «Advanced Practice»	5
3.2 Politik und Grundlagen im Umfeld der Entwicklung der Gesundheitsberufe	5
3.2.1 Neue Versorgungsmodelle	6
3.2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	7
4 Pflege	8
4.1 Literaturübersicht Advanced Practice in Pflegeberufen	8
4.1.1 Terminologie	8
4.1.2 Regulierung und Standards	9
4.1.3 Effektivität und Einsatzbereiche	12
4.2 Weiterentwicklung Pflegeberuf: Stand der Diskussion in der Schweiz	18
4.3 Einschätzung von Expert/innen zu APN in der Schweiz	21
4.3.1 Ausbildung und Kompetenzen	21
4.3.2 Rollen und Einsatzbereiche	22
4.3.3 Regulierung	24
4.4 Zusammenfassung	25
5 Hebammen	26
5.1 Literaturübersicht Advanced Practice im Hebammenberuf	26
5.1.1 Regulierung und Standards	26
5.1.2 Rollen, Effektivität und Einsatzbereiche	28
5.2 Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP im Hebammenberuf	31
5.2.1 Profil und Ausbildung	31
5.2.2 Rollen und Einsatzbereiche	32
5.2.3 Regulierung	33
5.3 Zusammenfassung	34

6	Physiotherapie	35
6.1	Literaturübersicht Advanced Practice / Extended Scope of Practice in der Physiotherapie	35
6.1.1	Entwicklung von Advanced Practice / ESP in der Physiotherapie	35
6.1.2	Einsatzbereiche	36
6.2	Situation der Physiotherapie in der Schweiz	40
6.3	Einschätzung von Expert/innen zu AP in der Physiotherapie	41
6.3.1	Profil und Ausbildung	41
6.3.2	Rollen und Einsatzbereiche	42
6.3.3	Regulierung	43
6.4	Zusammenfassung	44
7	Ergotherapie	46
7.1	Literaturübersicht Ergotherapie	46
7.1.1	Regulierung und Standards: AP und ESP in der Ergotherapie	46
7.1.2	Einsatzbereiche	47
7.2	Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP in der Ergotherapie	49
7.2.1	Profil und Ausbildung	49
7.2.2	Rollen und Einsatzbereiche	50
7.2.3	Regulierung und Etablierung	51
7.3	Zusammenfassung	52
8	Ernährung und Diätetik	54
8.1	Literaturübersicht Ernährung und Diätetik	54
8.1.1	Regulierung und Standards: Advanced Practice in der Diätetik	54
8.1.2	Einsatzbereiche	56
8.2	Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP in Ernährung und Diätetik	58
8.2.1	Profil und Ausbildung	58
8.2.2	Rollen und Einsatzbereiche	59
8.2.3	Regulierung	61
8.3	Zusammenfassung	62
9	Schlussbemerkungen	63
10	Literaturverzeichnis	64

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Diskussion um die künftige Rolle der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in der medizinischen Grundversorgung hat in den letzten Jahren nicht nur in der Schweiz, sondern auch international an Dynamik gewonnen. Hintergrund ist der prognostizierte Wandel im Gesundheitswesen aufgrund demografischer und epidemiologischer Entwicklungen: Dem steigenden Versorgungsbedarf (immer mehr ältere, pflegebedürftige Menschen und Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen) steht ein drohender Mangel an Hausärzt/innen, Pflegefachpersonen und weiteren Gesundheitsberufen gegenüber.

Ein Hauptfokus der politischen Diskussion ist die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle, welche auf einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Gesundheitsfachpersonen beruhen. Nach dem Nein zur «Managed Care»-Vorlage im Juni 2012 reichte NR Ignazio Cassis das Postulat «Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen» ein, welches den Bundesrat beauftragt, das Potential neuer Aufgabenteilungen zwischen Ärzt/innen und nichtärztlichem Gesundheitspersonal analysieren zu lassen. Massnahmen auf der Ebene der Ausbildung (Tertiärisierung) und die Weiterentwicklung der Berufsbilder sollen dazu beitragen, die prognostizierten Lücken zwischen dem Versorgungsbedarf und dem Angebot an Gesundheitspersonal zu schliessen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen liess das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in einer Aktualisierung einer Literaturübersicht von 2007 zu «Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute» (Künzi/Detzel 2007) abklären, wie hoch ausgebildete Pflegefachpersonen, Hebammen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen in anderen Ländern eingesetzt werden, und inwiefern sich erweiterte Berufsbilder (Advanced Practice) auch in der Schweiz entwickeln könnten.

Der in der Studie abgebildete Stand der Diskussion bezieht sich auf Mitte 2013.

Vorgehen

Die Studie beschreibt die aktuelle Situation der erwähnten fünf Gesundheitsberufe in der Schweiz und die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des beruflichen Spektrums auf der Tertiärstufe (Advanced Practice). Eine internationale Literaturübersicht zu neuen, erweiterten Einsatzbereichen von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal zeigt auf, wie

effektiv diese Einsätze in Bezug auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind. Inwiefern solche Modelle auch auf die Schweiz übertragen werden können, wurde in Gesprächen (n=12) mit Expert/innen der Berufsverbände, der Berufsbildung und der Gesundheitspolitik diskutiert. Zu beachten ist, dass durch die kleine Anzahl realisierter Interviews die einzelnen Meinungen relativ viel Gewicht erhalten.

Advanced Practice

Der Begriff Advanced Practice (AP) beschreibt – auch wenn sich die Definitionen von Beruf zu Beruf z.T. unterscheiden – eine erweiterte Berufspraxis von erfahrenen Fachleuten, welche dank vertieften (wissenschaftlichen) Kenntnissen in ihrem Fach- oder Spezialgebiet in der Lage sind, Aufgaben zu übernehmen, die über den klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Advanced Practitioners haben Fähigkeiten zur komplexen klinischen Entscheidungsfindung und tragen dazu bei, die Berufspraxis evidenzbasiert weiterzuentwickeln. In vielen Ländern ist die Ausbildung auf Masterniveau Voraussetzung für eine Berufsausübung auf der Stufe Advanced Practice.

Rahmenbedingungen

Von besonderer Relevanz für die Weiterentwicklung der Rollen und Profile nichtärztlicher Gesundheitsberufe sind folgende Elemente der «Gesundheitsstrategie2020», die der Bundesrat im Januar 2013 verabschiedet hat: Förderung neuer Versorgungsmodelle, Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität, indem u.a. auf mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal gesetzt wird.

Zurzeit besteht keine Gesetzesreform auf nationaler Ebene, welche die integrierte Versorgung in das Gesundheitssystem einzugliedern versucht. Initiiert wurden verschiedene Projekte auf kantonaler Ebene sowie interprofessionelle Ausbildungsmodule.

Für die Entwicklung und Etablierung von Advanced Practice Rollen sind die Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zentral. Im Gegensatz zu den medizinischen Berufen und den Psychologieberufen gibt es zurzeit kein Bundesgesetz, in welchem die Ausübung der Gesundheitsberufe geregelt wird. Dies soll sich mit dem geplanten Gesundheitsberufegesetz ändern, in dem die Berufsausübung der Gesundheitsberufe (Stufe Fachhochschule, BSc) auf gesamtschweizerischer Ebene reguliert werden soll. Umstritten ist, ob auch die Master- oder Advanced Practice Stufe und die Festlegung der entsprechenden Abschlusskompetenzen ins Gesetz aufgenommen werden sollen.

Pflege

Der Pflegeberuf ist sowohl international als auch in der Schweiz am weitesten fortgeschritten in Bezug auf die Advanced Practice. Die Literaturübersicht zur Effektivität von AP-Rollen in der stationären und ambulanten Versorgung zeigt, dass der Einsatz von AP-Pflegefachpersonen die Versorgungsqualität aufrechterhalten oder gar steigern kann. In der Schweiz tragen Pflegefachpersonen mit Masterabschluss zur Weiterentwicklung der Berufspraxis bei, leiten Pflegende an, übernehmen komplexe Fälle und beraten Angehörige. Das Berufsprofil ist jedoch noch nicht klar definiert. Die befragten Expert/innen sehen die Entwicklungsmöglichkeiten für Advanced Practice insbesondere innerhalb multidisziplinärer Teams, in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker oder in der Langzeit-/Palliativpflege, wo sie Aufgaben im Bereich Fallführung und Case Management übernehmen und so die Ärzt/innen entlasten könnten. Das Übernehmen von Medikamenten oder das Übernehmen anderer ärztlicher Aufgaben sei hingegen in der Schweiz eher nicht sinnvoll. Eine Regulierung der Stufe Advanced Practice im Gesundheitsberufegesetz wäre aus Sicht der Expert/innen äusserst wünschenswert – für die Pflege wäre die Ausbildung auf Masterstufe hierfür eine Voraussetzung. Vorgeschlagen wird seitens des Berufsverbandes zudem ein aktives Berufsregister für «Pflegeexpert/innen APN».

Hebammen

Für die Qualifizierung als Advanced Practice Hebamme werden in vielen Ländern ein Masterabschluss, klinische Weiterbildung und Praxiserfahrung verlangt. Die Literaturübersicht zeigt, dass AP Hebammen gewisse ärztliche Aufgaben übernehmen können, bei vergleichbarer Behandlungsqualität. Viele Studienergebnisse sprechen ausserdem für eine Stärkung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle, die sich auf die Zufriedenheit der Klientinnen, die Gesundheit von Mutter und Kind und die Behandlungs- und Betreuungskosten positiv auswirken. Nach Einschätzung der befragten Expert/innen sind frei praktizierende Hebammen aufgrund ihrer eigenverantwortlichen Arbeitsweise und ihres Tätigkeitsprofils bereits heute mit Advanced Practitioners vergleichbar. Potential für AP-Rollen gebe es in der stationären und ambulanten physiologischen Betreuung von Frauen und Neugeborenen, wobei die generelle Stärkung der Rolle der Hebammen derzeit entscheidender scheint als neue Tätigkeitsprofile. Innerhalb der Berufsgruppe besteht noch keine Einigkeit darüber, ob ein Masterabschluss auch in der Schweiz als Voraussetzung für das AP Berufsprofil verlangt werden soll. Auch die Ausdifferenzierung der

Berufsprofile (Basiskompetenzen vs. erweiterte Kompetenzen) bleibe noch zu diskutieren.

Physiotherapie

Die Erweiterung der Kompetenzen von Physiotherapeut/innen hat sich in verschiedenen Ländern, allen voran Grossbritannien, als effektiv und erfolgreich erwiesen: Reduktion von Wartezeiten und Behandlungskosten, Entlastung der Spezialärzt/innen, Verbesserung der Patientenzufriedenheit. Das AP-Berufsprofil ist international, aber auch in der Schweiz klar auf die klinische Praxis fokussiert. Eine Weiterbildung ist zwar Voraussetzung für diese Rollen, jedoch nicht zwingend ein MSc. Die befragten Expert/innen halten den Mastertitel als Voraussetzung für die Berufsausübung als AP für nicht zwingend. Wichtig wäre aus berufspolitischer Sicht jedoch die Möglichkeit für AP-Physiotherapeut/innen, ohne ärztliche Verordnung Patient/innen behandeln und selbständig an Spezialist/innen überweisen zu können. Die Regelung und Entschädigungstarife für den «direct access» habe Priorität, während man mit einer gesetzlichen Regulierung der Advanced Practice zuwarten möchte, um Klarheit über die Auswirkungen der Akademisierung und der neuen Versorgungsmodelle auf die Berufspraxis zu gewinnen.

Ergotherapie

In der Literaturübersicht werden Einsätze von AP Ergotherapeut/innen v.a. im stationären Bereich beschrieben. Häufig steht die klinische Weiterbildung und Erfahrung als Voraussetzung für erweiterte Kompetenzen im Zentrum, weniger ein Masterabschluss. Auch die befragten Expert/innen halten die Anbindung des AP Titels in Ergotherapie an einen MSc-Abschluss nicht für sinnvoll, obwohl die Vertiefung wissenschaftlicher Kenntnisse klar zum Berufsprofil gehöre. Denkbar wäre ein MAS. Als Entwicklungsmöglichkeiten für AP-Rollen in der Schweiz wurden Fallführung und Case Management in interdisziplinären Versorgungsmodellen, Begleitung von chronisch Kranken, Reha-Coaching, berufliche Rehabilitation, Geriatrie und Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Dazu müssten nicht nur die Berufsausübungsrechte auf AP-Stufe reguliert werden, sondern auch die Entschädigungsregelungen angepasst und auf Leistungen im Bereich Prävention ausgedehnt werden.

Ernährung und Diätetik

AP-Ernährungsberater/innen sind in fortgeschrittenen Ländern wie den USA meist auf Masterstufe ausgebildet, was häufig die Spezialisierung auf ein bestimmtes Gebiet beinhaltet. Die stärkere Einbindung von Ernährungsberater/innen in

multidisziplinären Teams (stationär und ambulant) hat gemäss den vorhandenen qualitativen Studien positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Potential zur Kosteneinsparung. Die befragten Expertinnen erachten die Entwicklung eines Masterstudiengangs für die Berufsgruppe insgesamt als notwendig; den Masterabschluss als Voraussetzung für den AP-Titel festzulegen, halten sie jedoch nicht für sinnvoll. Die Berufsgruppe ist sich in Bezug auf die Weiterentwicklung der Berufsbilder noch uneins. Als Entwicklungsbereiche von AP-Ernährungsberater/innen werden stationäre Versorgungsteams, aber auch die Bereiche Public Health, Prävention und Gerontologie genannt. Beide Expertinnen sprechen sich für eine Kompetenzerweiterung bereits ab Bachelorstufe aus (Erstbehandlungsrecht), Aufgaben im Bereich Diagnostik oder Verordnung (z.B. klinische Ernährung) wären aber der AP-Stufe zuzuordnen.

Schlussbemerkungen

Der Diskussionsstand zum Einbezug nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die medizinische Versorgung lässt sich an folgenden Kernpunkten festmachen:

- Bereits heute sind im Schweizer Gesundheitswesen Fachkräfte in erweiterten Rollen tätig: Pflegeexpert/innen mit Masterabschluss, aber auch erfahrene Berufsleute mit besonderer Expertise, die in interdisziplinären Teams eingebunden sind oder in freiberuflicher Tätigkeit verantwortungsvolle Funktionen einnehmen, die dem Ansatz der Advanced Practice entsprechen. Eine gesetzliche Regulierung des AP-Berufsprofils, z.B. im Gesundheitsberufegesetz, sowie eine Anpassung der Entschädigungsregelung werden von allen Berufsgruppen als notwendig erachtet. Ebenso wichtig scheint auch eine bessere Nutzung und Anerkennung der bereits vorhandenen Kompetenzen.

- Mit der Stärkung der Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe erhofft man sich eine Verbesserung der Versorgungsqualität, nicht zuletzt dank einem vermehrt auf Vernetzung und Interdisziplinarität ausgerichteten Gesundheitssystem. Die Erweiterung der Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten wird ausserdem als Attraktivitätssteigerung für die Gesundheitsberufe betrachtet. Die Professionalisierung und Akademisierung schreitet in allen Gesundheitsberufen voran; eine besondere Herausforderung v.a. der kleineren Berufsgruppen ist es, Ausbildungsprogramme kostendeckend durchführen zu können. Angesichts der noch unregulierten neuen Berufsprofile und der teilweise hohen Kosten ist der Nutzen einer höheren Aus- oder Weiterbildung teilweise noch unsicher.

- In einzelnen Berufsgruppen ist noch umstritten, ob die Advanced Practice mit einem MSc-Abschluss oder einem MAS verknüpft werden soll. Klar scheint jedoch, dass die vertiefte praktische Expertise sowie die umfassenden (auch wissenschaftlich fundierten) Kenntnisse im Berufsgebiet zu mehr Entscheidungskompetenzen führen sollen. Im Zentrum der Rollenerweiterung in der Schweiz steht die (Mit)Verantwortung für Fallführungen im Kontext eines interdisziplinären Teams. Gewisse zusätzliche Kompetenzen bei der Verordnung von Diagnostik, Hilfsmitteln oder Medikamenten wären allenfalls sinnvoll, stehen aber in der Schweiz (anders als in Ländern, die bereits APs einsetzen) derzeit nicht im Vordergrund.

- Die Literaturanalyse hat gezeigt, dass Advanced Practitioners in sehr unterschiedlichen Fachbereichen und Versorgungsmodellen eingesetzt werden; häufig in neu geschaffenen Angeboten z.B. im Bereich Prävention, Rehabilitation oder im Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich. In vielen Studien zeigt sich, dass Advanced Practitioners auch ärztliche Tätigkeiten übernehmen können und dabei vergleichbare Resultate erzielen wie die Ärzt/innen. Bezüglich Kosten sind verallgemeinernde Aussagen schwierig; finanziell negative Auswirkungen konnten jedoch keine gefunden werden.

- Die nichtärztlichen Berufsgruppen in der Schweiz erhoffen sich von der Etablierung der AP-Stufe eine Profilierung ihrer fachlichen Expertise sowohl im interprofessionellen Umfeld als auch in der Bevölkerung im Allgemeinen. Es wird erwartet, dass die Diskussionen im Vorfeld der Regulierung zu einer Klärung der Rollen und Aufgaben zwischen den Berufsgruppen führen wird. Insbesondere in den kleineren Berufsgruppen wird jedoch befürchtet, dass eine Regulierung der AP-Stufe mit zu hohen oder engen Voraussetzungen (z.B. Masterabschluss) die erfahrenen Berufsleute mit altrechtlichen Diplomen herabstuft und bestehende Ausübungsrechte (z.B. Selbständigkeit ab Bachelorstufe) dadurch infrage gestellt werden. Verschiedentlich wurde auch betont, dass die einzelnen Berufsgruppen im gegenseitigen Austausch ihre Rollen klären wollen, es jedoch die Möglichkeit geben sollte, Standards für die neuen Berufsprofile individuell festzulegen.

1 Ausgangslage und Fragestellung

1.1 Ausgangslage

Verschiedene Studien haben Ende der 2010er Jahre festgestellt, dass in der Schweiz das Angebot an Gesundheitspersonal knapp ist (vgl. GDK-OdASanté 2009, Jaccard Ruedin et al. 2009). Sowohl auf der Ebene der universitären Gesundheitsberufe, vor allem bei den Ärzt/innen, als auch der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, insbesondere bei den Pflegefachpersonen, wurde eine Mangelsituation identifiziert.

2009 beauftragte die damalige Vorsteherin des Eidgenössischen Departements für Volkswirtschaft (EVD), BR Doris Leuthard, das Bundesamt für Berufsbildung (BBT), einen neuen Bericht über die Ausbildung in den Pflegeberufen zu verfassen und Lösungen zu präsentieren. Der Bericht (EVD 2010) schlägt als Lösung einen «Masterplan Bildung Pflegeberufe» vor, der die Lücke zwischen dem prognostizierten Pflegebedarf und den Absolvent/innenzahlen der Pflegeausbildungen reduzieren sowie die Abhängigkeit von ausländischen Pflegefachkräften schwächen soll. In einer Antwort auf ein Postulat von NR Jacqueline Fehr (2011) über den vermehrten Personalbedarf in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen erkennt der Bundesrat zwar auch den zusätzlichen Bedarf in den medizinisch-therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie etc.), jedoch in deutlich geringerem Umfang als in den Pflegeberufen. Um den Mangel an Fachkräften allgemein – und damit auch an Gesundheitspersonal – zu verringern, wurde das Projekt «Fachkräfte für die Schweiz» lanciert (WBF 2013, EVD 2011).

NR Jacqueline Fehr hatte bereits 2008 eine Motion eingereicht, um den Ärztemangel abzufedern und die Förderung der Hausarztmedizin zu ermöglichen (Fehr 2008). Zwei Jahre später wurde die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» ausgearbeitet. Der Bundesrat hat die zwei Anliegen im Juni 2012 im Rahmen eines Gegenvorschlags «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» zusammengeführt (BAG 2012). Dieser Masterplan befasst sich in erster Linie mit der ärztlichen Ausbildung sowie mit neuen integrierten Versorgungsmodellen, die u.a. auf eine stärkere Verknüpfung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Professionen abzielt.

Als Reaktion auf das negative Ergebnis der «Managed Care»-Abstimmung von Juni 2012 reichte NR Ignazio Cassis ein Postulat «Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen» ein. Das Postulat beinhaltet den Auftrag an den Bundesrat, das Potential von Task-Shifting in der Grundversorgung zwischen Ärzt/innen und dem nichtärztlichen Gesundheitspersonal analysieren zu lassen. Lösungsansätze für die Schliessung möglicher Lücken zwischen dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung und dem Angebot an Gesundheitspersonal beruhen auf zwei Säulen mit Massnahmen auf der Ebene der Ausbildung (Tertiärisierung) und der Gesundheitsversorgung (z.B. Förderung integrierter Versorgungsmodelle).

Vor dem Hintergrund der verschiedenen skizzierten Entwicklungen sieht sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Gesundheitsberufe, veranlasst, Fragestellungen im Bereich der medizinischen Versorgung und der stetigen Entwicklung in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen genauer zu untersuchen. Es möchte eine aktuelle Übersicht über den Einsatz der **hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleute** (Hochschulberufe, Bachelor/Master; Advanced Practice) in **Pflege, Hebammenarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährung & Diätetik**. Mit der Erarbeitung dieser Studie wurde das unabhängige Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt.

In ihrem Vorgehen soll sich die Studie an der Literaturübersicht «Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute» (Künzi/Detzel 2007) orientieren, die das Büro BASS 2007 im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan, Arbeitsdokument 27) verfasst hat, und diesbezüglich ein Update darstellen.

1.2 Fragestellungen

Die Studie soll erstens die aktuelle Situation der erwähnten Gesundheitsberufe in der Schweiz und in den umliegenden Ländern beschreiben (Fokus: Advanced Practice, stationärer und ambulanter Bereich). Im Vordergrund stehen die neuen gesetzlichen Grundlagen, der politische Kontext sowie der Masterplan für die Gesundheitsberufe. Zweitens soll die Studie einen Überblick über die Literatur in Ländern liefern, die im Vergleich zur Schweiz bereits über weitergehende Praxis im Einsatz der beiden Berufe verfügen. Drittens sollen zur Frage der Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus der Literatur auch Einschätzungen von ausgewählten Expert/innen eingeholt werden.

Im Rahmen der Studie sollen folgende **Fragestellungen** beantwortet werden:

- Wie präsentiert sich die aktuelle Situation bei den hochausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten (Hochschulberufe, Bachelor/Master; Advanced Practice) in Pflege, Hebammenarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung in der Schweiz in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen, den politischen Kontext und die Planung – unter besonderer Berücksichtigung der Advanced Practice im stationären und im ambulanten Bereich?
- Welche Erwartungen werden in der Schweiz mit den nichtärztlichen Hochschulberufen verknüpft? Welches sind die neuen Berufsprofile, die sich herausbilden? Welches sind die Anstösse und die Herausforderungen für die Hochschulen und Verbände, die bei der Bildung der Berufsprofile aktiv werden? Wie lassen sich der Pflegeberuf und die Rolle der Pflege (als grosses Konglomerat von Einsatzbereichen) hier sinnvoll differenzieren?
- Welche Bedeutung hat ein Masterabschluss in diesen nichtärztlichen Berufen? Handelt es sich um eine vollständig neue Berufskategorie? Erschliessen sich damit neue Einsatzfelder gegenüber dem Bachelor oder älteren Diplomen? Haben Master-AbsolventInnen z.B. mehr Handlungskompetenzen ohne ärztliche Delegation/Anweisung? Hier ist vor allem von Interesse, was die Berufsausübungsbewilligung vorsieht in Bezug auf: Erstbehandlungsrecht; Entschädigungsregelungen, Abrechnung; Recht, Diagnostik zu verordnen (z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen etc.); Recht, Therapien/Medikamente zu verschreiben und Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für Patient/innen auszustellen; Haftung/Haftpflicht.
- Welches ist die Bedeutung der Höheren Fachprüfungen, die das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI; ehemals Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT) in Zusammenarbeit mit der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) erarbeitet? Inwiefern entsteht eine Konkurrenz zu den Masterausbildungen?
- Welche (innovativen) Einsatzgebiete der Advanced Practice in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden in der internationalen Literatur aufgeführt? Und wie werden die Effektivität (Gesundheits-Outcome) und die Kosten beurteilt? Wie schätzen Expertinnen und Experten die Übertragbarkeit auf die Schweiz ein (kurz-, mittel-, langfristig)?

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt gegliedert: In Kapitel 2 werden das methodische Vorgehen und die beigezogenen Informationsquellen näher beschrieben. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Gesundheitsberufe in der Schweiz. Dabei werden u.a. gesetzliche Bedingungen und politische Reformen betrachtet. Zu Beginn wird zudem versucht, den Begriff der Advanced Practice als Erweiterung der herkömmlichen Berufspraxis genauer zu fassen. Die nachfolgenden Kapitel 4 bis 8 bilden den Kern der vorliegenden Übersicht und stellen die Ergebnisse aus den Literaturanalysen und der Expert/innengespräche entlang der einzelnen Berufsgruppen dar. Abschliessend wird vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse auf die Fragestellungen Bezug genommen.

2 Methodologie

Die vorliegende Studie stützt sich vor allem auf zwei Quellen der Informationsgewinnung:

- Zum einen wurden Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen durchgeführt.
- Zum andern wurden mit Berufsvertreter/innen und Akteur/innen in der Gesundheitspolitik Experteninterviews durchgeführt.

Die Vorgehenschritte und die entsprechenden Informationsquellen werden nachfolgend kurz erläutert.

2.1 Aktuelle Situation in der Schweiz

In einem ersten Arbeitsschritt werden die «Advanced Practice»-Einsätze (grundsätzlich Masterstufe) in Pflege, Hebammenarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung in der Schweiz analysiert, und es wird eruiert, unter welchen gesetzlichen Bedingungen sie sich entwickeln (können). Im Zentrum des Interesses steht die Frage, inwiefern der Einsatz aktuell erfolgt und für die Zukunft möglich ist.

Vorab werden die wichtigsten Begriffe im Zusammenhang mit «Advanced Practice» in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen definiert. Auf die einzelnen Berufsgruppen zugeschnittene Definitionen und Berufsprofile (Voraussetzungen bezüglich Ausbildung und Berufserfahrung) sowie Informationen zum Einsatz hoch qualifizierter Berufsleute in der Schweiz finden sich in den Kapiteln 4 bis 8.

Mit Fokus auf die Bedingungen, unter denen sich die «Advanced Practice»-Berufsbilder in der Schweiz weiter entwickeln können, werden sowohl der politische Kontext als auch der Ausbildungsmasterplan für die entsprechenden Gesundheitsberufe im Hinblick auf die Schliessung von Bedarfslücken untersucht.

Methodisch wird mit Dokumentenrecherchen (inkl. gesetzliche Grundlagen) gearbeitet. Ebenfalls werden zur Einschätzung der aktuellen Situation die Expert/innengespräche beigezogen (vgl. nachfolgenden Abschnitt 2.3)

2.2 Literaturübersicht «fortgeschrittene» Länder

Das Ziel des zweiten Arbeitsschrittes besteht darin, Innovationen in der Arbeit der «Advanced Practice» (AP) von nichtärztlichen Berufsleuten in Pflege, Hebammenarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung im ambulanten und stationären sowie allgemeinen und spezialisierten Versorgungsbereich breiter zu dokumentieren. Der Fokus der Literaturanalyse liegt auf der Effektivität der Einsätze im Sinn von Auswirkungen auf Gesundheits-Outcomes. Das Vorgehen bei der Literaturübersicht orientiert sich weitgehend an jenem, das bereits bei der Obsan-Studie (vgl. Künzi/Detzel 2007) angewendet wurde.

Die Situation wurde (neben der Schweiz) in folgenden **Ländern** resp. deren Literatur betrachtet:

- Deutschland (u.a. Bericht zu Hochschulberufen); Österreich; Frankreich;
- Holland;
- Dänemark, Schweden, Finnland;
- USA;
- Kanada;
- Australien, Neuseeland;
- Punktuell weitere Länder.

Zu beachten ist dabei, dass es sich um Länder sehr unterschiedlicher Grösse und unterschiedlicher Gesundheitssysteme handelt, was Vergleiche allgemein schwierig macht.

Schwergewichtig wurden «peer-reviewed» wissenschaftliche Journals ausgewertet. Es konnte die **Literatur bis ca. Juni 2013** berücksichtigt werden.

Folgende **Datenbanken** wurden systematisch durchsucht (alphabetische Reihenfolge):

- CINAHL Database (Datenbank der National League for Nursing and the American Nurses' Association)
- Cochrane Library (Datenbank von führenden medizinischen Studien der Cochrane Collaboration)
- Medline bzw. PubMed (Datenbank der National Library of Medicine der USA)
- NHS Evidence (Datenbank wissenschaftlicher Literatur des Britischen National Health Service (NHS), betrieben durch das National Institute for Health and Care Excellence (NICE)).
- Saphir (Swiss Automated Public Health Information Resources)
- SpringerLink (elektronische Bibliographie weltweiter Literatur)
- Web Of Science (umfangreiche, multidisziplinäre, bibliografische Datenbank mit Artikelnachweisen aus Zeitschriften, Büchern, Proceedings, u.a. aus Naturwissenschaften und Sozialwissenschaften)¹

Die gefundene Literatur wurde gesichtet, sortiert und analysiert. Bei zentralen Artikeln wurden neben den Abstracts die Volltexte beschafft.

Als **Suchstrategie** wurden die Berufe resp. Begriffe Pflege, Hebamme, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung dem Begriff «innovative Rollen» (Advanced Practice, Extended Scope, Spezialist/in, Expert/in, innovativ) verknüpft. Berücksichtigt wurden die **Sprachen** Englisch, Deutsch und Französisch.

Zur groben methodologischen **Einordnung der Studien** werden folgende Eigenschaften ausgewiesen:

- Vergleichende Studien ohne zufällige Einteilung in Kontroll- und Referenzgruppe werden mit **[CT]** für «Controlled Trial» gekennzeichnet
- Erfolgt zudem eine zufällige Einteilung der verschiedenen Akteur/innen, wird die Studie mit **[RCT]** für «Randomized Controlled Trial» gekennzeichnet
- Qualitative Studien werden mit **[Q]** für «Qualitative Study» gekennzeichnet
- Bei Literaturanalysen oder deskriptiven Studien wird auf eine Bezeichnung verzichtet.

Anzumerken ist, dass die vorliegende Literaturübersicht keinen Anspruch einer systematischen Meta-Analyse erheben will. Die beigezogenen Studien wurden nicht vertieft auf ihre Qualität (Forschungsdesign, Stichprobengrösse etc.) hin überprüft. Ziel war vielmehr, die Literatur zu den Fragestellungen zusammenzutragen und zu beschreiben.

2.3 Expert/innengespräche

Im Rahmen der Studie konnten 12 Interviews mit verschiedenen Akteur/innen durchgeführt werden.

- Je 1 Expertin bzw. Verbandvertreterin eines Berufszweigs (5 Gespräche)
- Je 1 Expert/in aus dem Hochschulbereich eines Berufszweigs (5 Gespräche)
- 2 Expert/innen aus der Gesundheitspolitik (GDK, BBT) (2 Gespräche).

Insbesondere konnte mithilfe der Expert/innen auch die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus der Literatur auf die (politischen) Verhältnisse hierzulande eingeschätzt werden. Die konkreten Gesprächspartner/innen für die im Rahmen der Studie realisierbaren 12 Interviews wurden gemeinsam mit der Auftraggeberin bestimmt. Zu beachten ist, dass durch die relativ geringe Anzahl Interviewpersonen die einzelnen Meinungen vergleichsweise viel Gewicht erhalten.

Die Befragungen erfolgten – mit einer Ausnahme (tel.) – im Rahmen von Face-to-Face-Interviews. Als Erhebungsinstrument diente ein Gesprächsleitfaden. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgezeichnet und danach protokolliert. Die Protokolle wurden den Interviewpersonen zum Verabschiedung unterbreitet und anschliessend inhalanalytisch ausgewertet.

¹ Um sich zusätzlich abzusichern, wurde des Weitern eine Recherche in «Google Scholar» durchgeführt.

3 Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Gesundheitsberufe in der Schweiz

Eine der Aufgaben der Literaturübersicht bestand darin, «Innovationen» im Einsatz von hochqualifizierten nichtärztlichen Berufsleuten im Sinne einer erweiterten Rolle zu dokumentieren. In der Literatur fanden sich verschiedene Begriffe, die Innovationen als Erweiterung der herkömmlichen Berufspraxis beschreiben. Weiter werden in diesem Kapitel die gesetzlichen Bedingungen betrachtet, unter denen sich die Advanced Practice hierzulande entwickeln könnte.

3.1 Zum Begriff der «Advanced Practice»

Der Begriff **Advanced Practice** (AP) beschreibt – auch wenn sich die Definitionen von Beruf zu Beruf z.T. unterscheiden – grundsätzlich eine Praxis entlang eines Kontinuums, in welchem Praktiker/innen ihre professionellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf hohem Niveau entwickeln. Damit sind sie befähigt, sicherer und wirksamer, in komplexeren Situationen und mit mehr Autonomie, klinischer Verantwortung und Rechenschaftspflicht zu handeln. Sie treten in verschiedenen Fachgebieten auf, in der allgemeinen Praxis wie auch im Rahmen unterschiedlicher Spezialisierungen (Council for Healthcare Regulatory Excellence 2009). Der Begriff «Advanced Practice» ist von den Begriffen «Extended Scope of Practice» und «Spezialist/in» zu unterscheiden.

Der Begriff **Extended Scope of Practice** (ESP) betrifft klinische Spezialist/innen, die über den anerkannten Rahmen der Ausübung eines Berufs hinaus in innovativen oder nicht-traditionellen Rollen arbeiten, d.h. klinische Aufgaben oder Rollen übernehmen, die in der Regel anderen Berufen zugeordnet sind (Collins et al. 2000).

Es besteht eine Debatte über die Frage, ob der Begriff **Spezialist/in** Rollen auf gleichem Niveau wie die Advanced Practice oder unterhalb beschreibt (NHS Scotland 2013, AANPE 2013). Der Konsens scheint dahin zu gehen, dass «Spezialist/in» als Gegensatz zu «Generalist/in» verstanden wird und nicht auf der Achse «Einsteiger/in vs. Expert/in» zu verorten ist. Im Gegensatz zu Spezialist/innen, die in einem spezifischen Kontext (z.B. mit bestimmter Patientengruppe, mit besonderen fachlichen Kenntnissen oder in besonderer Organisationseinheit) tätig sind, haben Advanced Practitioners nicht nur eine umfassende Expertise im Berufsfeld, sondern auch die Fähigkeit, aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen und veränderten Patientenbedürfnissen die Berufspraxis weiterzuentwickeln (SwissANP 2012).

Dem Begriff «**nichtärztliche Gesundheitsberufe**», wie er etwa im deutschsprachigen Raum verwendet wird, begegnet man in der englischsprachigen Literatur nicht im Sinne einer direkten Übersetzung. Bei den «nichtärztlichen Gesundheitsberufen» (z.T. auch «Medizinalfachberufe» genannt) bilden die «Pflegerischen Berufe», unter welche u.a. die Hebammen fallen, und die «Therapeutischen Berufe» grössere Unterkategorien. In der englischsprachigen Literatur findet sich häufig auch der Begriff «**Allied Health Professionals**». Dieser umfasst alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausserhalb der Pflegerischen Berufe (also auch ohne Hebammen). In Grossbritannien schliesst der Begriff «Allied Health Professionals» z.B. folgende Berufe ein: Physiotherapeut/in, Ergotherapeut/in, Ernährungsberater/in, Orthoptist/in, Sanitärter/in, Logopäde/Logopädin, Röntgenassistent/in, Podologe/Podologin, Kunst-Therapeut/in (Comans et al. 2011).

3.2 Politik und Grundlagen im Umfeld der Entwicklung der Gesundheitsberufe

Eine von der OECD durchgeführte Analyse des Schweizer Gesundheitssystems (OECD/OMS 2011) ergab, dass das Schweizer System noch wenig bereit ist, um auf die anstehenden demografischen Veränderun-

gen reagieren zu können. Das Angebot müsse sich noch verstärkter von einer Versorgung im Akutbereich auf eine Versorgung im Langzeitbereich und in der Prävention verlagern (anderes Angebot in Spitälern entwickeln, Grundversorgung erhöhen und nichtärztliches Personal miteinbeziehen). Ohne entsprechende Reformen würde sich das bereits heute vergleichsweise teure schweizerische Gesundheitssystem mit dem wachsenden Bedarf noch weiter verteuern. Ziel wird es sein, das System effizienter zu machen. Die Erhöhung des Bedarfs wird das Gesundheitspersonal unter Druck setzen. Es wird mehr Personal für die Grundversorgung benötigt werden (Hausärztinnen und Hausärzte wie auch spezialisierte nichtärztliche Berufsleute wie Pflegende, Hebammen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen etc.). Dabei ist nicht davon auszugehen, dass der Bedarf alleine durch die Einwanderung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland gedeckt werden kann, wie dies aktuell zu einem Grossteil geschieht, von verschiedenen Seiten jedoch kritisiert wird.

Der eingangs dargestellte Abriss verschiedener Entwicklungen zeigt, dass in den letzten Jahren sowohl auf der Ebene der Praxis als auch auf der Ebene der Ausbildung insbesondere bei Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden einige Fortschritte erzielt worden sind. Die Entwicklungen in den anderen nichtärztlichen Berufen (Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung etc.) sind hingegen etwas weniger weit fortgeschritten.

Angesichts der verschiedenen Herausforderungen hat der Bundesrat Prioritäten für die Gesundheitspolitik formuliert, die in den nächsten Jahren schrittweise umgesetzt werden sollen («**Gesundheit2020**», BAG 2013). Massnahmen und Reformen sind in den vier Handlungsfeldern Lebensqualität, Chancengleichheit/Selbstverantwortung, Versorgungsqualität und Transparenz vorgesehen. Von besonderer Relevanz für die Weiterentwicklung der Rollen und Profile nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist erstens das Ziel, neue Versorgungsmodelle zu fördern und Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, und zweitens das Ziel, die Versorgungsqualität zu sichern und zu erhöhen, indem u.a. auf mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal gesetzt wird. Für die Entwicklung und Etablierung von Advanced Practice Rollen sind ausserdem die Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zentral.

3.2.1 Neue Versorgungsmodelle

Auch wenn die «Managed Care»-Vorlage vom 17. Juni 2012 abgelehnt wurde, wird das Ziel der integrierten Versorgung weiterverfolgt. Die Gründung einer neuen Arbeitsgruppe von GDK und BAG zu neuen Versorgungsmodellen für die medizinische Grundversorgung, in welcher der «Skill-Mix, d.h. Fragen der Rollen- und Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern» analysiert wird, verdeutlicht den Willen, die integrierte Versorgung weiter zu entwickeln (Schibli 2012).

Zurzeit besteht keine Gesetzesreform auf nationaler Ebene, welche die integrierte Versorgung in das Gesundheitssystem einzugliedern versucht. Auf kantonaler Ebene wurden verschiedene Schritte in Richtung integrierte Versorgung unternommen. Projekte in verschiedenen Ausbildungsinstitutionen wurden lanciert, um die Zusammenarbeit und die Koordination zwischen den Gesundheitsberufen zu verbessern (interprofessionelle Ausbildungsmodule an Fachhochschulen, z.B. ZHAW; Kurs für Medizinstudent/innen über die integrierte Versorgung an der Universitären Medizinischen Poliklinik in Lausanne, vgl. Ninane et al. 2010). Solche Programme dürften dazu beitragen, dass sich integrierte Versorgungsmodelle in der Praxis einfacher umsetzen lassen. Allerdings liegt der Fokus aktuell vor allem auf Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonal. Hebammen, Ergotherapeut/innen und andere nichtärztliche Berufe sind noch kaum in diese Diskussion einbezogen. Nicht zu vergessen wäre hier auch ein Einbezug der Apotheker/innen.

Die nationale Demenzstrategie und die Palliativstrategie sind weitere Bereiche, in denen die Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen den Weg für den Einsatz von Advanced Practitioners bereiten könnte.²

3.2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und vor allem in den kantonalen Gesetzen geregelt.

Die Erteilung der Bewilligung zur Ausübung eines Gesundheitsberufs untersteht den Kantonen. Im Gegensatz zu den medizinischen Berufen (Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, MedBG) und den Psychologieberufen (Psychologieberufegesetz, PsyG, in Kraft seit 1. April 2013), gibt es zurzeit kein Bundesgesetz, in welchem die Ausübung der Gesundheitsberufe geregelt wird. Die Kantone haben verschiedene gesetzliche Grundlagen, generell die Gesundheitsgesetze oder Verordnungen, im Kanton Zürich beispielweise GesG, LS 810.1, oder die Verordnung über die nicht-universitären Medizinalberufe (nuMedBV), im Kanton Bern z.B. die Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111). Um ihren Beruf selbständig ausüben zu können, müssen die verschiedenen Gesundheitsberufsleute eine Bewilligung vom jeweiligen Kantonsarztamt oder vom Amt für Gesundheit haben.

Die Advanced Practice ist in keinem Gesetz auf Bundesebene reguliert. Insbesondere bei frei praktizierenden Hebammen oder spezialisierten Pflegenden kann die reguläre Berufspraxis jedoch teilweise bereits als Advanced Practice betrachtet werden (vgl. die Abschnitte 4.3, 5.2). In diesem Zusammenhang zu nennen ist die Initiative Joder (2011) zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege im KVG, insbesondere aber das Gesundheitsberufegesetz (GesBG), das derzeit (Sommer 2013) in Vorbereitung ist. Gemäss Koch (2012) wird darin grundsätzlich das Ziel verfolgt, ein dem MedBG und PsyG vergleichbares Gesetz zu schaffen. Es reglementiert die Berufsausübung der Gesundheitsberufe auf Fachhochschul-Stufe (BSc), Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen, Pflege und Physiotherapie gesamtschweizerisch. Die Struktur des Gesetzes könnte entsprechend dem MedBG die folgende sein:

- Ausbildung (Grundsätze und Ziele der Ausbildung, Abschlusskompetenzen; Prüfung und Diplome; Akkreditierungskriterien; Qualitätskontrolle)
- Berufsausübung und Fortbildung (Bewilligungspflicht; Meldepflicht; Bewilligungsvoraussetzungen; Berufspflichten)

Koch (2012) erklärt weiter, dass die tertiären Diplome (von Höheren Fachschulen, von älteren Diplomausbildungen und von den Fachhochschulen) in das GesBG integriert werden sollten. In Diskussion, aber umstritten, sind die Aufnahme der MSc- oder Advanced Practice Stufe und die Festlegung der entsprechenden Abschlusskompetenzen.

Aus den verfügbaren Informationen lässt sich schliessen, dass es derzeit neben der Pflege keine konkreten Projekte oder «Masterpläne» gibt, um die Gesetze im Ausbildungsbereich der verschiedenen nichtärztlichen Berufe zu ändern. Die Berufe sind jedoch von der definitiven Ausgestaltung und Umsetzung des Gesundheitsberufegesetzes und durch die WBF-Initiative «Fachkräfte für die Schweiz» tangiert, die sich noch weitgehend in der Konzeptphase befindet. Inwiefern und wann sich die Effekte dieser Initiative auf die Gesundheitsberufe und ihre Gesetzgebung auswirken wird, ist noch unklar.

² Vgl. Projektbeschriebe der Ständigen Plattform von Bund und Kantonen (BAG, GDK) zur Gesundheitspolitik, Dialog Nationale Gesundheitspolitik, unter www.nationalesgesundheit.ch (Stand 15.08.2013).

4 Pflege

4.1 Literaturübersicht Advanced Practice in Pflegeberufen

Die Diskussion um die Weiterentwicklung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist in den letzten Jahren in vielen Ländern verstärkt geführt worden; einige Länder haben Advanced Practice Berufsbilder eingeführt oder mit gesetzlichen Grundlagen die Berufsprofile weiter präzisiert. Die intensive Auseinandersetzung widerspiegelt sich in einer grossen Menge und Bandbreite an Publikationen zum Thema – vor allem im Bereich der Pflege, zum einen, weil in einigen Ländern schon seit langem «Nurse Practitioners» oder «Advanced Nurse Practitioners» eingesetzt werden, und zum anderen, weil diese Berufsgruppe in vielen Ländern – auch in der Schweiz – bei der Einführung von Advanced Practice eine Vorreiterrolle übernimmt. Ein grosser Teil der wissenschaftlichen Studien stammt nach wie vor aus fortgeschrittenen Ländern (USA, Kanada, UK), wobei Publikationen aus anderen Ländern zunehmen.

Der Fokus der Literaturrecherche lag auf Übersichts- oder RCT-Studien zur **Effektivität** (bezüglich Kosten und Behandlungsergebnis) von Advanced Nurse Practitioners und berücksichtigt Publikationen zwischen 2006 und ca. Juni 2013. Nachdem erste Auswertungen gezeigt haben, dass der Medikamentenverschreibung durch Nurse Practitioners vermehrt Aufmerksamkeit zukommt, wurden ergänzende Recherchen mit dem Schlagwort «prescription privileges» durchgeführt und punktuell der aktuelle Stand der Regulierung in einzelnen Ländern ermittelt. Auf diese Weise wurden 75 Artikeln und Studien gesichtet; davon wurden 35 Artikel ausgewählt, deren Ergebnisse und Inhalte die Effektivität und das Einsatzspektrum von NPs aufzeigen.

4.1.1 Terminologie

Der Begriff der Advanced Practice kommt in der englischsprachigen Literatur in den Berufsbezeichnungen kaum zur Anwendung. In der Grundversorgung hat sich die Bezeichnung **Nurse Practitioner (NP)** etabliert, im stationären Kontext spricht man von **Clinical Nurse Specialists (CNS)**. Die Berufsbezeichnung Advanced Nurse Practitioner (ANP) wird zwar auch verwendet, allerdings ist die Unterscheidung zwischen NP und ANP je nach nationalem Kontext und Regulierungsstandard unterschiedlich definiert. So haben «Advanced Practice Nurses» in Australien weniger weit gehende Kompetenzen als NPs, während in Grossbritannien die Begriffe ANP und NP synonym verwendet werden. Hierarchisch übergeordnet, mit mehr Erfahrung, Kompetenzen und Verantwortung, sind in Grossbritannien die **Nurse Consultants**. Welche beruflichen Kompetenzen als «advanced» gelten, ist ausserdem abhängig davon, wie weit entwickelt und etabliert die Advanced Practice im jeweiligen nationalen Kontext ist. In Ländern, die erst jüngst begonnen haben, eine Erweiterung der traditionellen Berufsbilder zu diskutieren, werden gewisse Kompetenzen als «advanced» eingestuft, die z.B. in den USA, wo NPs seit längerem eingesetzt werden, bereits fester Bestandteil der Berufspraxis sind (vgl. Delamaire et al. 2010, 24ff.).

Dementsprechend lässt die Definition des International Council of Nurses (ICN) offen, welche berufliche Praxis mit dem Titel «Nurse Practitioner» einhergeht:

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

Auf die Regulierung, die Berufsstandards, die Ausbildungskriterien und die geforderten Kompetenzen von NPs in den einzelnen Ländern wird im nachfolgenden Abschnitt (4.1.2) eingegangen.

Die Weiterentwicklung der Berufsbilder in der Gesundheitsversorgung ist untrennbar mit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle verbunden. In Ländern wie den USA oder Grossbritannien sind Modelle entstanden, wo NPs eine federführende Funktion in der Patientenversorgung übernehmen und für das Fallmanagement verantwortlich sind. Im stationären Bereich sind dies Abteilungen für bestimmte Patientengruppen («**nurse-led clinic**», z.B. für Atemwegkrankungen, Krebs, Diabetes); in der Grundversorgung spricht man von «**nurse-led care**» als

a model of care where nurses who practice at an extended role, assume their own patient case loads and perform nursing interventions which include monitoring of patients' condition, providing patient education, giving psychosocial support and referring appropriately. (Ndosi et al. 2011)

Die umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten, die über das Kurative hinaus auch Massnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Selbstpflegekompetenz vermitteln soll, ist ein wesentliches Merkmal solcher Versorgungskonzepte, die daher auch als «**patient-centered models of care**» bezeichnet werden. Patientenzentrierte Versorgungsmodelle schliessen nicht nur die akute krankheitsbasierte Pflege und Therapie ein, sondern zielen auf die nachhaltige Verbesserung und/oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten. Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere für chronisch Kranke oder Menschen mit Multimorbidität werden in diesen Modellen als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung verstanden.

4.1.2 Regulierung und Standards

Wie die medizinische (Grund-)Versorgung und die Vergütungsmodelle in einzelnen Ländern geregelt sind, beeinflusst massgeblich die Entwicklung und Etablierung von Advanced Practice Rollen. So haben gemäss Delamaire et al. (2010) Länder, in denen hauptsächlich Gruppenpraxen die Grundversorgung abdecken, einfachere Möglichkeiten, neue Modelle des «task sharing» und der interprofessionellen Zusammenarbeit einzuführen, als z.B. Belgien oder Frankreich, wo Ärzt/innen in Einzelpraxen dominieren. Generell gehen Delamaire et al. (2010) davon aus, dass sich pauschale Vergütungsmodelle (Kopf- oder Fallpauschalen) sowie monatliche Fixlöhne günstig für die Anstellung von NPs auswirken, während Einzelleistungsvergütungen («fee-for-service») eher ein Hindernis sind. Im Folgenden wird der Stand der Entwicklung in einzelnen Ländern kurz skizziert. Dass auch in fortgeschrittenen Ländern der Anteil an (Advanced) Nurse Practitioners im Vergleich zur Gesamtzahl der Pflegefachpersonen relativ bescheiden bleibt, zeigt die folgende Übersicht:

Tabelle 1: Regulierung und Anzahl von (Advanced) Nurse Practitioners (Stand 2012)

	Ausbildungsniveau	Titel	geschützter Titel	Anzahl/Anteil	Regulierung	Verschreibungsrecht
USA	Master	APRN	ja	167'000 (6.3%)	Bundesstaaten	ja, in allen 50 Bundesstaaten
Neuseeland	Master	NP	ja	103 (0.2%)	national	ja, nach Zusatzausbildung; ab 2014 Standard
Australien	Master	NP	ja	736 (0.2%)	national	ja
Irland	Master	ANP	ja	112 (0.1%)	national	ja, nach Zusatzausbildung
UK	vorgesehen: Master	ANP	nein	n.a.	/	ja, nach Zusatzausbildung

Quellen: Delamaire et al. (2010), American Bureau of Labor Statistics (www.bls.gov), Nursing Council of New Zealand (Annual Report 2012), AHPRA (Annual Report 2011/12), An Bord Altranais Register (2012 Statistics)

De Geest et al. (2008) [Q] analysieren fünf Faktoren, welche die länderspezifische Entwicklung von APN Rollen massgeblich beeinflussen: Versorgungsbedarf, Versorgungsmodelle, Ausbildung, Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, Regulierung und Finanzierung. Im Zentrum steht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung, wo in absehbarer Zeit eine Zunahme von hoch betagten und chronisch oder mehrfach kranken Menschen zu verzeichnen sein wird. Pflegefachpersonen und Pflegeexpert/innen können mit einer konti-

nuierlichen Betreuung und einer guten Schulung die Selbstpflegekompetenzen dieser Patient/innen stärken, deren Gesundheitszustand in signifikanter Weise davon abhängt, wie gut diese im Alltag mit ihren Beschwerden umzugehen wissen. Da sich auch bei Pflegefachkräften ein Personalmangel abzeichnet, ist gemäss den Autor/innen die Substitution von Ärztinnen durch APN keine Option; vielmehr müsse mit einem angemessenen «skill mix» im interdisziplinären Kontext und in neuen Versorgungskonzepten dafür zu sorgen, dass mit Personal eine qualitativ hochstehende Versorgung aufrechterhalten werden kann. Neben der Ausbildung und der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen braucht es für die Etablierung von APN-Rollen (deren Effektivität De Geest et al. anhand von verschiedenen Studien dokumentieren) auch eine gesetzliche Regulierung und eine gesundheitspolitische Regelung von Ausbildung, Kompetenzen, Verantwortungsbereiche und die Finanzierung von APN.

■ **USA:** Die Regulierung der Advanced Practice geschieht in den USA auf der Ebene der Bundesstaaten, und Definition und Praxis der AP-Rollen sind zum Teil sehr heterogen. 2008 wurde das sog. «Consensus Model for APRN Regulation» entwickelt, um die Vorgaben zur Ausbildung, Zulassung und Akkreditierung zu vereinheitlichen und den Titel APRN zu schützen. Reguliert und registriert durch die Berufskammern (Boards of Nursing), sind Advanced Practitioners in einer der folgenden vier Rollen tätig: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Anesthetist und Nurse Midwife, mit einem Fokus auf mindestens eine von sechs Patientengruppen («population foci»), z.B. Pädiatrie, Frauen, Geriatrie. Je nach Versorgungsbedarf können weitere Spezialisierungen (z.B. Onkologie, Orthopädie) dazukommen. In allen 50 Bundesstaaten haben NPs das Recht, Medikamente zu verschreiben. Weniger als 10% aller Pflegefachpersonen sind als NPs oder CNS tätig – pro Jahr kommen jedoch mehr als 10'000 Masterabsolvent/innen dazu.³

■ **Neuseeland:** Die Verbesserung der postgradualen Ausbildungsmöglichkeiten und die Anpassung der gesetzlichen Grundlagen führten 2001 zur Implementierung des «NP Framework». Nurse Practitioner ist die massgebliche AP-Rolle: zwar ist im klinischen Bereich auch der Titel «Nurse Specialist» verbreitet, Richtlinien für die Praxis bestehen aber nur auf lokaler oder auf institutioneller Ebene (vgl. Raynel et al. 2010). Voraussetzung für die Berufsausübungsbewilligung als NP sind mindestens vier Jahre Berufserfahrung in einem spezifischen Gebiet und ein Masterabschluss.⁴ Gegenwärtig können NPs während der Masterausbildung Module belegen, um sich für die Medikamentenverschreibung zu qualifizieren. Im Rahmen einer Gesetzesreform («Medicines Act»), die Mitte 2013 verabschiedet und im Juni 2014 in Kraft treten soll, wird das Verschreiben von Medikamenten als regulärer Bestandteil der «scope of practice» von NPs aufgenommen, und das Nachholen der zusätzliche Qualifikation (praktische Ausbildung in Pharmakologie, 100 Stunden Supervision) bzw. die regelmässige Weiterbildung wird für bereits praktizierende NPs obligatorisch. Im Rahmen der regelmässigen Erneuerung der Berufsausübungsbewilligung werden diese Kompetenzen jeweils überprüft.

■ **Australien:** Seit 2000 gibt es die Rolle der NP, 2010 wurde die Regulierung von den Bundesstaaten auf die nationale Ebene übertragen. Das Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) definiert und aktualisiert die Kompetenzen und Berufsprofile⁵ und erteilt die Berufsausübungsbewilligungen. Voraussetzung für den Titel Nurse Practitioner sind drei Jahre Berufserfahrung (Vollzeit) in einer Advanced Practice Rolle und ein Masterabschluss. Das selbständige Verschreiben von diagnostischen Tests und Medikamenten sowie die Überweisung an Ärzt/innen gehört (u.a.) zum Aufgaben- und Rollenprofil der australischen NPs. Es ist zu erwarten, dass im Rahmen des gegenwärtigen Innovations- und Reformprogramms für Ge-

³ Vgl. Perspectives on NP/ANP in the USA, 2012 Update (http://international.aanp.org/pdf/USA_APN_Perspectives2012.pdf, Stand 08.07.2013) sowie Fact Sheet NP, <http://www.aanp.org/all-about-nps/np-fact-sheet> (Stand 08.07.2013).

⁴ <http://nursingcouncil.org.nz/Nurses/Scopes-of-practice/Nurse-practitioner>.

⁵ Ende 2013 soll die neue Version der Berufsstandards erscheinen. Vgl. «2013 Australian Update and NP Programme Directory», <http://icn-apnetwork.org/practice> (Stand 27.05.2013), <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/Endorsements-Notations/Endorsement-as-a-nurse-practitioner-registration-standard.aspx> (Stand 27.05.2013).

sundheitsberufe weitere Entwicklungsperspektiven für Advanced Practice Rollen in den Pflegeberufen entstehen werden.⁶ Die Anzahl Nurse Practitioners hat sich seit der OECD-Studie 2010 fast verdoppelt; mit ca. 0.2% der Pflegefachkräfte sind es aber noch immer nur wenige (vgl. auch Barry 2013).

■ **Irland:** Seit 2010 ist der Titel Advanced Nurse Practitioner geschützt; der National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) definiert die Standards und führt das Berufsregister. Voraussetzung für die Zulassung sind ein Master mit klinischer Spezialisierung und mindestens sieben Jahre Berufserfahrung (davon mindestens fünf im gewählten Fachgebiet).⁷ Seit 2007 können alle Pflegefachpersonen eine Zusatzausbildung machen, die sie zur Verschreibung von Medikamenten befähigt. Alle «nurse prescribers» sind beim Irish Nursing Board registriert. Aktuelle Zahlen zu ANPs waren nicht zu eruieren – 2010 waren nach Delamaire et al. erst gut 100 ANPs und AMP (Advanced Midwife Practitioner) registriert.

■ **UK/Nordirland:** Im Vereinigten Königreich ist die Rolle und der Tätigkeitsumfang von Advanced Practitioners nicht reguliert; es existieren viele und voneinander z.T. schwer abzugrenzende Titel, wobei «nurse consultants» meist höher eingestuft sind und mehr Leadership Funktionen haben als NPs, ANPs und CNS. Gegenwärtig ist ein Masterabschluss noch nicht Voraussetzung für eine (A)NP- oder CNS-Funktion; die Berufserfahrung und praktische Weiterbildungen haben einen wichtigen Stellenwert. Bestrebungen zu einer einheitlichen Regulierung mit geschütztem Titel sehen die Masterstufe als Kriterium für eine AP-Rolle (RCN, 2012). Mit einer entsprechenden Zusatzausbildung können sich Pflegefachpersonen als «nurse prescriber» registrieren und selbständig Medikamente verschreiben.

■ **Frankreich:** Seit 2009 gibt es in Frankreich eine Masterausbildung im Bereich Pflege. Nach Delamaire et al. (2010) ist die zentralistische und sehr detaillierte Festlegung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe ein grosses Hindernis für die Entwicklung von Advanced Practice Rollen. Jedoch wurden gesetzliche Grundlagen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit geschaffen, nachdem in einer Pilotphase neue Formen der Kooperation getestet wurden, indem Ärzt/innen und Pflegende gemeinsam Behandlungsrichtlinien erarbeiteten, die auch Möglichkeiten des Task-Shiftings eröffnen. Diese Behandlungsrichtlinien müssen durch die zuständige Behörde genehmigt werden. Pilotprojekte zum Einsatz von Advanced Practitioners gibt es sowohl im stationären Bereich als auch in der Grundversorgung (Delamaire et al., 2010).

■ **Deutschland: Ausbildung:** Studiengänge für Gesundheitsfachberufe gibt es in Deutschland seit ca. 25 Jahren, wobei es sich jedoch ausschliesslich um Weiterbildungsangebote handelt, die der Qualifizierung von Lehrpersonal oder Managementfunktionen dienen. Mit neuen Modellklauseln im Berufsbildungsgesetz (2003) und dem Krankenpflegegesetz (2007) wurden berufsqualifizierende Bachelorstudiengänge eingerichtet. Die überwiegende Mehrheit des Pflegepersonals wird jedoch wie bisher an den Berufsschulen ausgebildet (21'000 pro Jahr gegenüber 600 Bachelorabsolvent/innen). Eine Bachelorqualifikation für das gesamte Pflegepersonal macht gemäss Wissenschaftsrat (2012) jedoch nicht zuletzt mit Blick auf den sich abzeichnenden Personalmangel keinen Sinn; erstrebenswert sei eine Akademisierungsquote von 10–20% eines Jahrgangs. Mit Nachdruck empfiehlt der Wissenschaftsrat jedoch den Aufbau von konsekutiven Masterstudiengängen, in denen klinische und forschungsbezogene Expertise für die unmittelbar patientenorientierte Arbeit vermittelt werden, sowie die Förderung interprofessioneller Curricula für alle Gesundheitsberufe (inkl. Human- und Zahnmedizin).

Rechtliche Grundlagen: Seit 2008 ermöglicht eine Modellklausel im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege die Durchführung von Pilotprojekten, in denen Pflegefachpersonen die Kompetenz erhalten, eigenständig Pflegehilfsmittel zu verordnen und die Dauer und Ausgestaltung der häuslichen Kranken-

⁶ National Health Workforce Innovation and Reform Strategic Framework for Action 2011–2015, <https://www.hwa.gov.au/work-programs/workforce-innovation-and-reform> (Stand 27.05.2013).

⁷ Vgl. INP/APN Network Bulletin 19/2013, <http://international.aanp.org/pdf/April2013.pdf> (Stand 08.07.2013).

pflege zu bestimmen. Seit 2012 ist es speziell qualifizierten Pflegefachpersonen auch möglich, bisher Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten in der Versorgung von chronischen Wunden, Diabetes- oder Demenzpatient/innen zu übernehmen (DBfK 2013). Haftungsrechtlich sind bestimmte Tätigkeiten explizit von der Delegation an qualifizierte Gesundheitsfachberufe ausgeschlossen (z.B. Diagnose, Erstellung von Therapie- und Operationsplänen); die juristisch nicht normierten Aufgabenbereiche können prinzipiell von nichtärztlichem Fachpersonal ausgeführt werden. Ob es sich haftungsrechtlich um Delegation (d.h. die Sorgfaltspflicht bleibt bei der Ärzteschaft) oder um Substitution (Verantwortung vollumfänglich an eine Berufsgruppe übertragen) handelt, ist jedoch in der Praxis häufig unklar.

Praxis: In einer Erhebung von 2007 gaben knapp 20% der Krankenhäuser an, bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten über den üblichen Rahmen hinauszugehen und Aufgaben wie z.B. Medikamentenanamnese, OP-Lagerung oder Nahtschluss von nichtärztlichem Fachpersonal ausführen zu lassen (Wissenschaftsrat 2012). Am Universitätsklinikum Freiburg sind schon seit Mitte der 1990er Jahre Pflegeexperten/innen tätig, die neben mehrjähriger Berufserfahrung und einem Studium in Pflegewissenschaften oder –Pädagogik auch über Expertise im jeweiligen Fachgebiet verfügen (Mendel et al. 2010, Spitz-Köberich et al., 2010). Auch in der ambulanten Grundversorgung (Hausbesuche in medizinisch unterversorgten Regionen) und in neuen Versorgungsmodellen für chronisch Kranke (Diabetes, Asthma bronchiale) werden derzeit Pilotprojekte mit erweiterten Berufsrollen für Pflegepersonal durchgeführt.

4.1.3 Effektivität und Einsatzbereiche

Die Ergebnisse der Literaturrecherche fokussieren vier Einsatzbereiche/Rollen. Vorangestellt sind jeweils Überblicksstudien, danach folgen thematische Blöcke nach Patientenpopulation oder medizinischem Fachbereich.

Die bei Pflegenden tendenziell engeren Betreuungsintervalle und/oder –verhältnisse führen gemäss einigen Studien zu einer Reduktion des Medikamentengebrauchs, einer Entlastung der Notfallaufnahmen und Arztpraxen und einer subjektiv empfundenen Verbesserung der Lebensqualität von Patient/innen.

In einigen Studien werden auch Kosteneffektivität oder Kosteneinsparungen durch den Einsatz von APNs untersucht. Es ist jedoch kaum möglich, generelle Aussagen zur Kosteneffektivität zu machen: zu heterogen sind die Finanzierungs- und Vergütungsmodelle z.T. auch innerhalb der einzelnen Länder. Dazu kommt, dass neben der Art der Finanzierung auch die Form der Versorgung (z.B. Gruppenpraxis) einen Einfluss auf die Gesundheitskosten hat – welcher Anteil an potentieller Kostenersparnis rein dem Einsatz von APNs (oder anderen Gesundheitsfachberufen) zuzuschreiben wäre, lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Auch die generelle Annahme, dass sich Kosten dann einsparen lassen, wenn APNs arzt-ersetzende Rollen übernehmen, nicht aber bei arzt-ergänzenden Funktionen, welche die Qualität der Versorgung und der Pflege verbessern, greift zu kurz. Denn gerade solche Angebote können präventiv wirken und damit ebenfalls zur Senkung der Gesundheitskosten beitragen (Delamaire et al. 2010).

Disease Management und Langzeitpflege

APN übernehmen in vielen Ländern Rollen in der Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen (Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf) sowie Rollen im Bereich Geriatrie.

■ Moore et al. (2012) evaluieren die Resultate von 14 RCT-Studien zur Effektivität von Clinical Nurse Specialists (CNS) in der Betreuung chronisch Kranker (**Onkologie, kardiovaskuläre Erkrankungen**) und formulieren aufgrund der Ergebnisse Empfehlungen für die Weiterentwicklung der CNS-Rolle. Bei den zwischen 1997 und 2010 in den USA, Grossbritannien, Schweden, Dänemark und Australien verfassten Studien konnte insgesamt nebst der hohen Patientenzufriedenheit auch eine starke Tendenz zu weniger und kürzeren Spitalaufenthalten von den durch CNS betreuten Patient/innen festgestellt werden, was sich

kostendämpfend auswirkte. Dabei war sowohl der Zeitpunkt der Intervention als auch die Häufigkeit entscheidend für die positiven Outcomes: Patient/innen – sowie deren Angehörige – profitierten am meisten von einer intensiven Betreuung in den ersten 12 Wochen nach der Diagnose oder dem Spitalaustritt. Die Autor/innen empfehlen, Angehörige und (Haus-)Ärzte in die Pflegeplanung einzubinden bzw. vulnerable Gruppen (z.B. Alleinstehende) intensiver zu betreuen. Von den fünf Tätigkeitsgebieten der CNS gemäss kanadischem Pflegeverband – klinische Expertise, Beratung, Schulung, Forschung, Leadership – steht bei der Betreuung chronisch Kranker Schulungs- und Informationsaufgaben im Vordergrund. Eine sowohl klinische als auch psychosoziale und koordinative Arbeit, da diese Patient/innen das Bedürfnis nach Information zu ihrer Krankheit, Beratung zur Krankheitsbewältigung und Sekundärprävention, zur (Früh)Erkennung von Symptomen und zur optimalen Gesundheitsversorgung haben.

■ Schadewalt et al. (2011) vergleichen in einer Literaturübersicht die Ergebnisse von 7 RCT-Studien zur Effektivität von APN-geführten Versorgungsmodellen für **Herzkrankheiten**. Die Ergebnisse der vor allem aus Australien und Neuseeland stammenden Studien zeigen, dass Interventionen wie Schulung der Patient/innen und Beratung für einen gesunden Lebensstil kurzfristig zu einer signifikanten Reduktion von Risikofaktoren führte, längerfristig aber schnitten die «nurse-led clinics» weder besser noch schlechter ab als herkömmliche Kliniken. Die Autor/innen vermuten, dass längerfristige, regelmässige Interventionen einen nachhaltigeren Effekt auf den Gesundheitszustand haben können, und empfehlen Untersuchungen zur Kosteneffektivität der von APN geleiteten Kliniken.

■ Auch die Literaturübersicht von Ndosí et al. (2011) untersucht die Effektivität von «nurse-led care», jedoch für Patient/innen mit **rheumatoider Arthritis**. Bei den meisten Indikatoren (klinische Werte, aber auch sekundäre Outcomes wie Steifheit, Zurechtkommen mit der Krankheit, Schmerzen) waren die Unterschiede zwischen der Versorgung durch Ärzt/innen oder NPs uneindeutig. Bezüglich Lebensqualität, Wissensvermittlung und Ermüdungserscheinungen waren die Resultate der von NPs betreuten Patient/innen deutlich besser. Die Qualität der Versorgung scheint demnach auch mit von Nurse Practitioners geführtem Case Management gewährleistet; die Autor/innen betonen jedoch, dass weitere RCT-Studien notwendig seien, um die Effektivität dieser Versorgungsmodelle zu überprüfen.

■ Kuethe et al. (2013) vergleichen die Resultate von fünf RCT-Studien zur Effektivität von «nurse-led care» in der ambulanten und stationären Versorgung von **Asthma**-Patient/innen. Insgesamt 588 Patient/innen wurden entweder von APNs und auf Asthma spezialisierten Pflegefachpersonen betreut oder von Ärzt/innen versorgt. Keine der Studien konnte statistisch signifikante Unterschiede zu ärztlich geleiteter Versorgung feststellen, weder in Bezug auf den Gesundheitszustand noch hinsichtlich Behandlungskosten; auch hinsichtlich Lebensqualität gab es zwischen den von Pflegenden betreuten und den von Ärzt/innen betreuten Patient/innen Unterschiede. Angesichts der geringen Anzahl qualitativ hochwertiger Studien empfehlen die Autor/innen weitere Untersuchungen auch in anderen Settings (Patient/innen mit unterschiedlichen Krankheitsstadien). Dennoch erachten sie ein pflegegeleitetes Disease Management für Patient/innen mit kontrolliertem Asthma als angemessener Einsatzbereich von APN.

■ In Grossbritannien gibt es spezielle Versorgungseinrichtungen («follow-up clinics») für Kinder mit **ADHS**. Foreman et al. (2011) [CT] haben untersucht, ob sich Unterschiede bezüglich Versorgung und Behandlungsergebnisse zeigen, wenn die Patienten von APNs statt von Ärzt/innen betreut wurden. Nach eineinhalb Jahren konnte bei den 36 Kindern, die von Pflegeexpert/innen (mit Verschreibungsrecht, sog. «nurse prescribers») versorgt wurden, gegenüber der Kontrollgruppe (n=34) keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsergebnisse festgestellt werden. Die Autor/innen schliessen daraus, dass es keine medizinischen Gründe gibt, die gegen die selbständige Führung von ADHS-Patientendossiers durch APNs sprechen. So könnten die Kapazitäten solcher Versorgungseinrichtungen entscheidend erhöht werden.

■ Blank et al. (2011) [RCT] untersuchen die Wirksamkeit eines Programms zur Gesundheitsförderung und Prävention, das in den USA für **psychisch Kranke mit HIV** eingerichtet wurde. Da diese Personen häufig die angeordneten ärztlichen Massnahmen nicht oder zu wenig befolgen und dadurch ein hohes Risiko für akute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes haben, wurde eine Gruppe von 128 Teilnehmenden während 12 Monaten durch eine APN betreut. Sie besuchte die Personen der Interventionsgruppe wöchentlich und koordinierte deren Gesundheitsversorgung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Teilnehmenden dieses Präventionsprogrammes nach 12 Monaten eine signifikant stärkere Reduktion der Viruslast erreicht. Bei den Werten der CD4-Zellen gab es hingegen keine signifikanten Unterschiede. Die Autorinnen und Autoren betrachten diese Form der Intervention durch APNs als geeignet für die Gesundheitsversorgung dieser spezifischen Patientengruppe.

■ Gambino et al. (2009) [Q] evaluieren eine Rehabilitations- und Präventionseinrichtung für Patient/innen mit **Herz-Kreislauferkrankungen** in den USA, wo die Führung der Patientendossiers bei Advanced Nurse Practitioners liegt. Sie machen Triage, koordinieren Nachfolge- oder Routineuntersuchungen, verschreiben Medikamente und können selbständig abrechnen. Die Bilanz fünf Jahre nach dem Systemwechsel hin zur «APN-managed clinic» ist eine hohe Zufriedenheit der Patient/innen, und die Analyse der Laborwerte (Cholesterollipoprotein etc.) zeigen, dass die APN wirksam zur Risikoreduktion (Primär- und Sekundärprävention) beitragen können. Durch ein geeignetes Medikamentenmanagement, die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen und Beratung in Lifestyle-Veränderungen sind APNs gemäss den Autor/innen in der Lage, die Versorgung dieser Patient/innen zu übernehmen und zur Risikoprävention beizutragen.

■ Die Effektivität einer von NPs geleitetem multidisziplinären Versorgungsmodell für Patient/innen mit **Diabetes** (Typ 2) wurde von Jesse et al. (2012) [CT] untersucht. Ziel der Intervention war, in einer medizinisch unterversorgten Region in den USA mittels «group visits» den Gesundheitszustand und die Selbstpflegekompetenz der Patient/innen zu verbessern. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche die reguläre Versorgung erhielt, wies die Interventionsgruppe nicht nur bessere klinische Werte auf (Blutzucker und A1Cs), sondern das Wissen und die Selbstpflegekompetenz waren besser.

■ Ein Präventionsprogramm für **Diabetes** (Typ 2) in den Niederlanden wird von Vermunt et al. (2012) [CT] diskutiert. 479 Personen mit hohem Risiko für Diabetes 2 wurden während 2.5 Jahren im Rahmen einer Lifestyle-Intervention entweder von Nurse Practitioners oder von Hausärzt/innen betreut und nahmen an Gruppensitzungen teil; die Kontrollgruppe (n=446) erhielt die medizinische Standardversorgung. Die Evaluation zeigte, dass Teilnehmende zufriedener waren mit der Betreuung von NPs, während viele Hausärzt/innen mangelnde Konsultationszeit und fehlende Finanzierung als wichtiger Hindernisgrund für die erfolgreiche Implementierung des Programms genannt wurden. Vermunt et al. schlagen deshalb vor, Präventionsprogramme und Lifestyle-Interventionen weiterzuentwickeln, in denen NPs eine zentrale Rolle zugewiesen wird.

■ Klaasen et al. (2009) [Q] beschreiben ein Versorgungsmodell in einem kanadischen **Alters- und Pflegeheim**, in dem Nurse Practitioners für die Grundversorgung eingesetzt werden und nur bei komplexen Fällen einen Arzt/eine Ärztin beiziehen. Dadurch konnte der nicht nur der Medikamentenverbrauch signifikant reduziert werden (63% Reduktion bei antipsychotischen Medikamenten, 55% Reduktion von Polypharmazie, 17% Kosteneinsparung). Auch die Anzahl Einlieferungen in die Notaufnahme konnte um 20% verringert werden, und die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung war allgemein besser.

Erstversorgung, Grundversorgung

Neben einigen Studien zur Rolle der Nurse Practitioners in der Grundversorgung ist die Erweiterung der Kompetenzen und die Übernahme von Triage-Funktionen in der Notaufnahme ein viel diskutiertes Thema.

■ In einer Meta-Analyse zu US-amerikanischen Studien, die zwischen 1990 und 2008 die Effektivität und Qualität des Einsatzes von APRN⁸ im Vergleich zu Versorgungsmodellen ohne APRN untersuchten, zeigte sich, dass Teams, die NPs integrieren, in allen untersuchten Outcome-Kategorien gute Resultate erzielen (Newhouse et al. 2011). In den insgesamt 37 Studien, die eine grosse Bandbreite von Settings und Patientenpopulationen umfassen, waren die Zufriedenheit und der Patient/innen, deren subjektive Einschätzung ihres Gesundheitszustandes, alltägliche Fähigkeiten («functional status / activities of daily living»), die Kontrolle von Blutzucker und Blutdruck, die Anzahl und Dauer von Hospitalisierungen sowie die Mortalitätsraten in beiden Gruppen gleichwertig; bezüglich Kontrolle von Blutfettwerten erzielten NPs im Vergleich zu ärztegeleiteter Versorgung bessere Resultate.

■ Keleher et al. (2009) untersuchen in einer internationalen Meta-Analyse die Effektivität von Nurse Practitioners im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten in der **medizinischen Grundversorgung**. Analysiert wurden 31 als «high level evidence» eingestufte Studien. Insgesamt deutet die Auswertung darauf hin, dass NPs eine mit Ärzt/innen vergleichbare Qualität der Patientenversorgung und der Behandlungsergebnisse erzielen. Mehrere Studien stützen auch die Effektivität von Nurse Practitioners im Fallmanagement und in Bezug auf Patientenmitwirkung («patient compliance»), sowie deren Eignung für Rollen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und Management von chronischen Erkrankungen.

■ In den Niederlanden gibt es seit 2004 die Rolle der Nurse Practitioners, die mit einem Masterabschluss und einer zweijährigen Ausbildung teilweise selbständig die Untersuchung und Behandlung von Patient/innen mit **leichten medizinischen Beschwerden** («common complaints») übernehmen. Dierick-van Daele et al. (2009) [RCT] untersuchten in 15 Hausarztpraxen die Qualität und Effektivität von Nurse Practitioners (n=12) im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung. 1500 Patient/innen wurden entweder NPs oder Allgemeinpraktiker/innen zugewiesen; die Auswertung der Patientendossiers wurde ergänzt mit Befragungen vor und nach der Behandlung. Die Qualität der Versorgung war in beiden Gruppen vergleichbar; es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Behandlungsergebnis, Verbrauch von medizinischen Ressourcen und Patientenzufriedenheit (mit Ausnahme der chronisch Kranken (n=583), die zufriedener waren mit der Versorgung durch NPs). Die Konsultationen der NPs dauerten allerdings signifikant länger (durchschnittlich drei Minuten länger als bei Ärzt/innen), und sie haben Patient/innen öfters eine Folgeuntersuchung empfohlen, wobei letzteres teilweise damit zu erklären sei, dass der Hinweis, man solle sich bei Beschwerden wieder melden, in der Ausbildung der NPs als Standard-Bestandteil des Patientengesprächs vermittelt werde.

■ Die US-amerikanische Studie von Hannan (2013) [RCT] untersucht die Effektivität eines durch ANP betreuten Programms zur **Begleitung junger Mütter**, die aus finanziellen oder sprachlichen Gründen kaum Zugang zu Gesundheitsversorgung haben und deren soziales Umfeld nur mangelhafte Unterstützung bietet. Während die Kontrollgruppe (n=69) beim Verlassen der Klinik lediglich das routinemässige Austrittsgespräch durchliefen, wurden 70 Frauen zusätzlich während zwei Monaten immer wieder von einer APN telefonisch kontaktiert. Bei diesen Frauen war nicht nur die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Stressfaktoren besser als in der Kontrollgruppe: die Gewichtszunahme ihrer Babys war höher, sie suchten auch weniger die Notfallaufnahme auf und verursachten insgesamt signifikant weniger Kosten. Mit geringem finanziellen Aufwand und einfachen Mitteln, so die Autorin, könne man trotz massiven Budgetkürzungen im Gesundheitswesen auch vulnerablen Bevölkerungskreisen eine Gesundheitsversorgung ermöglichen.

■ Die Literaturübersicht von Free et al. (2009) beschäftigt sich mit der Effektivität von APNs, die in der **Notaufnahme** eine erweiterte Rolle erfüllen in der Anordnung und Evaluation von Röntgenbildern. Analysiert wurden 8 relevante Studien, wovon die meisten aus Grossbritannien stammen. Der Vergleich zeigt,

⁸ Die vier APRN-Rollen (Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Certified Nurse Midwife, Certified Registered Nurse Anesthetist) wurden separat untersucht.

dass Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Spezialausbildung («advanced specially trained nurses») die erweiterten Aufgaben effektiv und qualitativ vergleichbar mit dem medizinischen Fachpersonal ausführen können. Allerdings basierten die Studien auf z.T. sehr heterogenen Berufsniveaus: so waren neben NPs oder ANPs auch Pflegefachleute mit langjähriger Erfahrung in der Notaufnahme und neben Fachärztinnen auch Assistenzärzte an den Studien beteiligt. Sollte der Einsatz von APNs in dieser Funktion ärztliches Personal substituieren können, wäre demnach nebst der Präzisierung der dazu notwendigen Qualifikation und Erfahrung auch weitere Forschung zu den Behandlungsergebnissen und zur Effektivität von APNs notwendig.

■ In einer neuseeländischen Studie verglichen Colligan et al. (2011) [Q] die Performance von NPs und Ärzt/innen bei der **Erstversorgung** von Patient/innen, die mit kleineren Verletzungen in die Notaufnahme kommen. Die Kriterien waren u.a. die Aufenthaltsdauer pro Patient/in, Wartezeit, Anzahl Wiedereintritte («unexpected returns»), Anzahl nicht erkannte Verletzungen («missed injury rate») und Anteil an Patient/innen, die gar keine Behandlung erhielten. Die von NPs betreuten Patient/innen mussten durchschnittlich viel weniger lang warten; die Behandlungsdauer und die klinischen Outcomes waren bei NPs und Ärzt/innen ungefähr gleich.

■ Hoskins (2011a) [Q] analysiert das Verhältnis von Substitution und interprofessioneller Zusammenarbeit in Bezug auf die Entwicklung neuer Rollen in der Notaufnahme in Grossbritannien. Die Überschneidung medizinischer und pflegerischer Rollen sei aufgrund von Personalmangel und Zeitdruck schon seit langem Realität, «**emergency nurse practitioners**» (ENPs) übernehmen z.B. Triagearbeit, machen Wundnahten und setzen Kanülen. Hoskins zeigt, dass die Entwicklung hin zu einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit häufig mit der Substitution einzelner Aufgaben beginnt, bevor neue Rollen entstehen und im interprofessionellen Kontext akzeptiert werden. Entscheidend für die Rollenerweiterung ist die kontinuierliche Dokumentation und Evaluation und der Aufbau einer eigenständigen Evidenzbasis. Denn das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit basiert (paradoxiertweise) gleichzeitig auf dem Verzicht auf eng umrissene berufliche Territorien und auf dem gegenseitigen Respektieren beruflicher Eigenständigkeit und Autonomie. Die systematische Literaturübersicht zu Effektivität und Outcomes von ENPs in den USA, Kanada, Australien, Irland und Grossbritannien (Hoskins 2011b) zeigt, dass der Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe (neben ENPs auch Extended Scope Physiotherapists) dazu beiträgt, die Wartezeiten zu verkürzen. In diesem Setting ist – anders als erwartet – die Behandlungsdauer im Vergleich zu den Ärzt/innen nicht länger. Die Patientenzufriedenheit ist generell hoch, was vor allem darauf zurückgeführt wird, dass ENPs auch in diesem Kontext mehr Informations- und Beratungsarbeit leisten als andere Berufe. Ein kleiner Anteil an Patient/innen bevorzugt in der Notaufnahme jedoch eine ärztliche Behandlung, und verschiedene Studien haben auch gezeigt, dass diejenigen, die in der Notfallstation von nichtärztlichen Fachpersonen betreut wurden, häufiger zur Nachkontrolle ihren Hausarzt, ihre Hausärztin aufsuchen.

Clinical Nurse Specialists

■ Die bereits erwähnte Meta-Analyse von Newhouse et al. (2011) fand in der Untersuchung der CNS-Rolle (insgesamt 11 Studien), dass der Einsatz von CNS keinen direkten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hatte. Die Dauer des Spitalaufenthaltes war jedoch bei von CNS betreuten Patienten gleich oder weniger lang als bei den Kontrollgruppen, und die Versorgung mit CNS-integrierten Teams bewirkte tendenziell auch eine Reduktion der Anzahl medizinischen Komplikationen. In vier RCT-Studien, welche die Kosteneffektivität untersuchten, zeigte sich, dass Teams mit CNS tiefere Behandlungskosten hatten als die Kontrollgruppen.

■ Goldie et al. (2012) [RCT] untersuchten in Kanada die Versorgungsqualität in der postoperativen Akutpflege auf der **Kardiologie**. Die Betreuung von 22 Patientinnen und Patienten wurde nach der Operation von einer «acute care nurse practitioner (ACNP)» geleitet, 88 wurden einem Arzt bzw. einer Ärztin zuge-

wiesen. Hinsichtlich Behandlungsergebnisse waren keine wesentlichen Unterschiede festzustellen, hingegen suchten mehr Patient/innen der Kontrollgruppe eine Woche nach Austritt aus dem Krankenhaus ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auf, und die Zufriedenheit mit der Betreuung war in der Gruppe der NP höher. Die hohe Nachfrage nach ACNPs in Kanada und die rasche Etablierung dieser Rolle erklären die Autor/innen mit dem grossen Personalangel in diesem Bereich. Zur Frage der Kosteneffektivität liegen keine Ergebnisse vor.

■ Am Universitätsspital Freiburg im Breisgau werden seit 2008 Pflegeexpert/innen APN auf der **Kinderkardiologie** eingesetzt. Der Bericht zur Pilotphase (Spitz-Köberich et al., 2010) [Q] beschreibt die Entwicklung und Ausgestaltung der Rolle der APN, die einen Master in Pflegewissenschaft haben. Zu den Aufgaben gehört nebst der Pflege auch die Beratung der (meist chronisch kranken) Kinder und ihren Angehörigen, um die Familien gut auf die Zeit nach dem Spitalaustritt vorzubereiten. Insbesondere müssen die Eltern so geschult werden, dass sie Veränderungen des Gesundheitszustandes wahrnehmen und auf Symptome richtig reagieren («Dependenzpflegekompetenz»). Die Interventionen und evidenzbasierten Richtlinien wurden von den APN selbst entwickelt. In der Pilotphase nahm die Schulung des Pflegepersonals einen grossen Raum ein, dennoch waren die Beratungs- und Schulungsgespräche mit Eltern von Anfang an ein wichtiger Bestandteil der APN-Rolle. Die APN erweist sich als wichtige Vertrauensperson für die Familien und als Bindeglied zwischen den unterschiedlichen Behandlungsbereichen. Die Entwicklung der Rolle ist noch nicht abgeschlossen, aber erste Rückmeldungen von Patient/innen, Eltern und Mitarbeiter/innen sind sehr positiv. Auch in anderen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin sollen nun APN eingesetzt werden; allerdings mangelt es an qualifiziertem Personal.

■ Im Rahmen des «NHS Cancer Plans» wurde in Grossbritannien die Rolle der «**Lead Cancer Nurse**» (LCN) geschaffen. In Zusammenarbeit mit dem leitenden Arzt/der leitenden Ärztin ist die LCN für die Planung der Versorgung von Krebspatient/innen gemäss den gesetzlichen Leitlinien verantwortlich. Der Artikel von Vaz et al. (2007) [Q] zeigt auf, dass die Position der LCN in der Praxis stark variiert und diese Rolle noch zu wenig klar verankert ist, und diskutiert die Abgrenzung von LCN gegenüber ANP und «nurse consultants».

■ Eine mögliche Rolle von Pflegeexpert/innen APN für **Brusterkrankungen** diskutieren Gerlach et al. (2009) [Q] vor dem Hintergrund einer bereits existierenden Spezialisierung. Die Erhebung bezüglich Arbeitssituation der Absolvent/innen zeigt, dass nur knapp 60% als Spezialist/innen für Brusterkrankungen angestellt waren, viele davon in einem Teilzeitpensum. Ausserdem mangelte es vielerorts noch an geeigneten Rahmenbedingungen (Konsultationsräume, Abläufe noch undefiniert etc.)

Medikamentenmanagement/Medikamentenverschreibung

■ Carberry et al. (2013) [Q] evaluierten die Fehlerquote von APNs, Assistenzärzt/innen und erfahrenen Mediziner/innen beim Verschreiben von Medikamenten in **Intensivstationen** (ICU). In einem Zeitraum von jeweils 7 Tagen wurden in drei britischen Intensivstationen die Patientenakten auf Fehler bezüglich Medikamentenverschreibung, Dosis, Konzentration, Intervall, Leserlichkeit des Rezepts untersucht. Bei einem Total von 1418 Eintragungen in 77 Patientenakten, die Medikamente betrafen, hatten die APN («advanced nurse practitioners in critical care», ANPCC) die geringste Fehlerquote. Die Autor/innen schliessen daraus, dass APNs bei der Medikamentenverschreibung mindestens ebenso effektiv wie medizinisches Personal sind und diese Rolle sorgfältig und gewissenhaft ausführen.

■ Chen et al. (2009) [Q] werteten die Daten von 1200 US-amerikanischen Patient/innen aus, um die Effektivität des **Medikamentenmanagements** von Nurse Practitioners im Vergleich zu Ärzt/innen zu evaluieren. Diejenigen Patient/innen, die von NPs betreut wurden, hatten einen signifikant tieferen Medikamentenverbrauch, und obwohl NPs häufiger Antibiotika verschrieben als Ärztinnen und Ärzte, waren die Medikamentenkosten insgesamt tiefer. Die Autor/innen vermuten, dass von NPs angewandten Strategien des

Medikamentenmanagements, z.B. den möglichst frühen Übergang von intravenöser zu oraler Verabreichung, massgeblich zu den sowohl in medizinischer als auch in finanzieller Hinsicht guten Outcomes beitragen.

■ Hales et al. (2010) [Q] befragen Pflegefachleute zu einer in Grossbritannien diskutierten AP Rolle, bei der Medikamente nicht autonom, sondern in enger Zusammenarbeit mit einem Arzt/einer Ärztin verschrieben werden können. Diese Form von «**supplementary prescribing**» würde an gemeinsam erarbeitete klinische Richtlinien gebunden. Die Pflegenden stehen dieser Rolle insgesamt jedoch skeptisch gegenüber und bezweifeln, dass sich die partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Praxis durchsetzen und bewähren wird.

4.2 Weiterentwicklung Pflegeberuf: Stand der Diskussion in der Schweiz

Nebst den gesetzpolitischen Entwicklungen, welche die Gesundheitsberufe insgesamt betreffen oder auf das Gesundheitssystem generell Bezug nehmen (GesBG, MedBG, Fachkräfteinitiative, Gesundheit2020, Bericht der Arbeitsgruppe GDK/BAG «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», 2012), zeigen diverse Diskussions- und Forschungsbeiträge in Schweizer Fachzeitschriften, dass die Debatte um neue Berufsbilder und die Zukunft des Pflegeberufes intensiv geführt wird.

Seit 2002 erfolgt die Tertiärausbildung in Pflege in der Romandie ausschliesslich an Fachhochschulen; in der Deutschschweiz und im Tessin werden neben der Ausbildung an der höheren Fachschule (HF) seit 2006 auch Bachelorstudiengänge angeboten. Der Anteil der FH-Abschlüsse ist seit 2006 auf ca. einen Drittel angestiegen. In der Deutschschweiz erfolgten 2011 nur 13.7% der Pflegeabschlüsse an einer Fachhochschule, was jedoch bereits über der Zielvorgabe der GDK für die Deutschschweiz (10%) liegt. 2011 haben 23 Personen einen Master of Science in Nursing abgeschlossen (vgl. Obsan Bulletin 2/2013).

Die **Berufsverbände der Pflegenden** in der Schweiz, Deutschland und Österreich haben sich 2012 in einem Positionspapier⁹ auf eine gemeinsame Berufsbezeichnung und Definition der Advanced Nursing Practice (auf der Grundlage der Rahmendefinition der ICN) geeinigt sowie Ziele/Richtlinien für das künftige Berufsbild festgelegt:

Eine Pflegeexpertin APN¹⁰ ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.

Die Zulassung zum Masterstudium bedingt den Bachelor in Pflege sowie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Die Einsatzbereiche orientieren sich an den beruflichen Rollen, die sich international bereits etabliert haben: Als Pflegeexpert/innen in einem spezifischen klinischen Versorgungsbereich, in Leitungsfunktionen und als «Change Agents», indem sie zur Entwicklung von Berufsstandards beitragen und andere Pflegefachpersonen beraten. Sie arbeiten in interdisziplinären Teams und haben wichtige Funktionen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch Tätigkeiten, die bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten war, sollen von Pflegeexpert/innen APN übernommen werden können (z.B. Verordnung und Anpassung von Medikamenten und diagnostischen Tests). Allerdings seien diese Tätigkeiten «arzt-ergänzend» als «erweiterte pflegerische Intervention» zu betrachten – es sei nicht das Ziel dieser neuen Rollen, einen sich abzeichnenden Ärztemangel aufzufangen. Der Titel Pflegeexpertin APN / Pflegeexperte APN soll ge-

⁹ Download unter <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/aktuell.php> (Stand 05.08.2013).

¹⁰ Diese Terminologie hat sich noch nicht durchgesetzt. In Stelleninseraten findet man eher die Bezeichnung «Pflegeexpert/in MNS/MScN» (Master of Nursing Science, Master of Science in Nursing).

schützt werden; ein Berufsregister dient der Qualitätskontrolle und bedingt regelmässigen Kompetenz- und Weiterbildungsnachweis. Als zwingende Voraussetzung für die Einführung der APN-Rollen sehen die Verbände die Anpassung von Vergütungsregelungen.

Auch die **Akademien der Wissenschaften** Schweiz empfehlen in der «Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem» neue Vergütungsregelungen. So sollen Pflegende, aber auch Physiotherapeut/innen direkt mit der Grundversicherung abrechnen können. Es brauche angesichts des sich abzeichnenden Mangels an Gesundheitsfachleuten «neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten, bei der auch die nichtärztlichen Fachleute entsprechend ihren Kernkompetenzen zum Einsatz kommen» (Bulletin SAMW 2013, S. 7). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich im Bericht zu zukünftigen Berufsbildern von Ärzt/innen und Pflegenden klar für eine Akademisierung des Pflegeberufs (Bachelor als Primärqualifikation, Master für vertiefte Praxis und erweiterte Funktionen) und die Integration ärztlicher Tätigkeiten in partnerschaftliche Teams ausgesprochen, die nicht durch formell hierarchische Verhältnisse strukturiert sind, sondern «von der Fragestellung ausgehen, wer für welche Funktion kompetent ist und sie optimal erfüllen kann.» Gewisse Beratungen, Nachkontrollen und Behandlungsmassnahmen könnten nach erfolgter ärztlicher Abklärung sinnvollerweise und eigenverantwortlich an Pflegende übertragen werden, was nicht zuletzt eine Entlastung und damit die Konzentration auf das Wesentliche des Arztberufs ermögliche (Arbeitsgruppe «Berufsbilder» 2007).

In Artikeln der Schweizerischen Ärztezeitung und PrimaryCare debattieren Vertreter/innen beider Berufsgruppen einen möglichen Einsatz von APN insbesondere in der ambulanten Grundversorgung (Schalch 2011; 2012, Spirig 2012, Huber 2012). Die Diskussionsbeiträge der **Hausärzte** favorisieren eine erweiterte Funktion der Medizinischen Praxisassistent/innen (MPA), die ihrer Ansicht nach mit entsprechender Weiterbildung (z.B. Höhere Fachprüfungen) delegierte Routinetätigkeiten z.B. im Überwachen chronischer Krankheiten übernehmen könnten. Einsatzgebiete, Rolle und institutionelle Einbindung der APN sei noch zu unklar, die notwendigen Gesetzesänderungen aufwändig, die Konkurrenzierung der Hausärzte schädlich, und ausserdem mache es keinen Sinn, einen Mangelberuf durch einen anderen zu ersetzen. Die Kompetenzdelegation an weitergebildete MPAs sei hingegen kosteneffizient und schnell umsetzbar, da mit dem aktuellen System (duale Partnerschaft Hausarzt/MPA) kompatibel. Die Perspektive der Pflegewissenschaft unterstützt zwar eine erweiterte Rolle der MPA (vgl. auch Lindpaintner 2010), plädiert aber auch in der Grundversorgung für grössere Teams mit APN, da MPAs (Ausbildung auf Sekundarniveau) bei der Übernahme von Aufgaben nach einem genauen Schema vorzugehen haben, während APN (Tertiärstufe) über klinische Entscheidungskompetenzen verfügen, die es gerade im Management chronischer Krankheiten brauche, deren Verlauf meist komplex sei und oft psychosoziale Probleme und/oder Komorbiditäten dazukämen. Das Argument, in den angestrebten Versorgungsmodellen mit interdisziplinären Teams gehe es nicht um das Ersetzen, sondern um das partnerschaftliche Ergänzen der Ärztinnen und Ärzte, trifft jedoch offenbar noch auf Skepsis.

Mit den beruflichen Perspektiven von Pflegefachpersonen im Allgemeinen beschäftigen sich zwei laufende **Forschungsprojekte**: eine Obsan-Studie thematisiert vor dem Hintergrund des Mangels an Pflegepersonal Gründe für den frühzeitigen Berufsausstieg (vgl. Obsan-Bulletin 1/2013); das vom SNF geförderte Projekt «Nurses@work» untersucht Laufbahnen und Karrierewege von Pflegefachleuten in der Schweiz. Im Zusammenhang mit der Entwicklung von APN-Rollen dürfte der für 2015 erwartete Nationale Gesundheitsbericht der Obsan von Interesse sein, der einen Schwerpunkt auf das Leben mit chronischen Krankheiten und Versorgungsmodelle für chronische Krankheiten und Multimorbidität legen wird. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, *Pflege*, dokumentiert in zwei Spezialnummern Pilotprojekte zur Einführung von APN in der Schweiz. Eine Gemeinsamkeit vieler Projekte ist der Praxisentwicklungsprozess, der Fokus auf die Etablierung der APN-Rolle innerhalb des Pflorgeteams sowie die enge Zusammenarbeit

mit den Stationsleitenden. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die APN massgeblich zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und –Kompetenz beitragen können. APN-Rollen sind in der akutgeriatrischen Universitätsklinik Basel (Ulrich et al. 2010), am Kinderspital Zürich (Ullmann-Bremi et al. 2011), in der Langzeitpflege (Zúñiga et al. 2010), sowie in den folgenden Settings entstanden, die exemplarisch näher beschreiben werden sollen:

■ Barandun Schäfer et al. (2011) [Q] blicken auf die ersten vier Jahre der neu gegründeten Abteilung Pflegeentwicklung zurück, die 13 Pflegeexpert/innen mit Masterabschluss beschäftigt. Sie sind zu mindestens 25% ihrer Tätigkeit in der klinischen Praxis tätig und beraten ihre Teams in der Durchführung von Pflegemassnahmen. Sie führten in enger Zusammenarbeit mit Linienvorgesetzten und Pflegedirektion Projekte zur allgemeinen Verbesserung Pflegequalität durch und leiten regelmässig Praxisentwicklungsprojekte, die auf spezifische Patientengruppen zugeschnitten sind, z.B. zur differenzierten Erfassung postoperativer Schmerzen in den chirurgischen Stationen oder die Einführung eines Instrumentes zu Sturzrisikoeinschätzung und –prävention in der geriatrischen Rehabilitation, mit dem die Anzahl Stürze pro 1000 Pflgetage von 8.2 auf 5.5 gesenkt werden konnte. Als entscheidend für die Entwicklung und Akzeptanz der APN-Rollen sehen die Autor/innen die Unterstützung des Projekts durch die Spitalleitung sowie Massnahmen zur Teambildung unter Einbezug aller Akteure sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Berufsgruppe. Die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter zu verbessern sowie die systematische Datenerhebung für Evaluation und Aktionsforschung sind Ziele, an denen nun gearbeitet werden soll.

■ Bläuer et al. (2011) [Q] berichten von der Entwicklung und Einführung eines pflegegeleiteten Programms zur Schulung und Beratung von Patient/innen mit Herzinsuffizienz am Universitätsspital Basel. Gestützt auf die vorhandene Literatur wurde das Konzept in der Entwicklungsphase mittels kontinuierlicher Evaluationen stetig angepasst. Das Programm besteht aus einer umfassenden Situationsbeurteilung, einem Beratungskonzept mit Austrittsplanung, dem Training von Selbstmanagementfähigkeiten sowie Dokumentations- und Informationsmaterial und wird von einem multidisziplinären Team bestehend aus einer APN, Ärzt/innen sowie Pflegefachkräften geleitet. Herausfordernd für die Implementierung des Programms ist, dass zusätzlich zu den Weiterbildungen, Coachings und Fallbesprechungen auch die Rollenklärung im interdisziplinären Kontext immer wieder thematisiert wurde. Erste Evaluationen zeigen, dass sich die entwickelten Leitlinien und Instrumente bewähren; eine Evaluation bezüglich Outcomes und Patientenzufriedenheit muss jedoch erst noch erstellt werden.

■ Müller et al. (2010) [Q] präsentieren eine Auswertung der Praxistätigkeit der APN im Schweizerischen Epilepsiezentrum ein Jahr nach der Einführung dieser Rolle (2008). Obwohl die APN bei Stellenantritt noch wenig Erfahrung in der Pflege von Menschen mit Anfallserkrankungen hatte, konnte sie nach einer Einarbeitungszeit bald die Hälfte ihres Pensums (40%) für Tätigkeiten der Praxisentwicklung (Projektarbeiten z.B. zur Arbeitsorganisation, Entwicklung von Dokumentationen und Leitlinien, Coaching, Beratung von Pflegenden etc.) einsetzen. In der direkten Arbeit mit Patient/innen und Angehörigen konnte sie ihre Kenntnisse in Themen wie Leben mit chronischen Erkrankungen, Pharmakologie, patienten- und familienzentrierte Ansätze einbringen und medizinische sowie (neuro-)psychologische Befunde aus der Literatur in die klinische Einschätzung einbeziehen. Nach einem Jahr waren das Fachwissen und die pflegerischen und kommunikativen Handlungskompetenzen des Pflgeteams grösser, und das pflegerische Angebot für Patient/innen wurde erweitert (Austrittsgespräch, Trainings). Durch das geringe Pensum war jedoch die Einarbeitungszeit eher lang, und die Ausführung von patientenfernen Arbeiten im Schichtdienst verhin-derte teilweise die Konzentration auf die eigentlichen Kernkompetenzen der APN.

■ Imhof et al. (2012) [RCT] haben die Effektivität des APN-geleiteten Programms SpitexPlus untersucht, das zur Gesundheitsförderung von betagten Menschen, die zuhause wohnen, entwickelt wurde. Über einen Zeitraum von neun Monaten erhielten 231 Personen (80-jährig und älter) von einer APN vier Hausbesuche und drei telefonische Beratungsgespräche; die Kontrollgruppe (n=230) nahm weiterhin die Stan-

Standard-Gesundheitsversorgung (Hausärzt/innen, Spitex etc.) in Anspruch (vgl. zum Interventionsprogramm Imhof et al. 2011). Die APN hatten alle einen Masterabschluss, langjährige Erfahrung in der Spitex/Geriatrie und wurden für die Durchführung des gerontologischen Assessments spezifisch geschult. Die Evaluation basiert auf Fragebögen und Telefoninterviews, die jeweils im Abstand von drei Monaten durchgeführt wurden. Die Hypothese, dass die Lebensqualität der Personen in der Interventionsgruppe durch das Programm verbessern würde, konnte nicht bestätigt werden. Hingegen gab es in der Interventionsgruppe signifikant weniger akute (d.h. eine Behandlung erforderliche) Krankheitsvorfälle und signifikant weniger Stürze; die Personen wurden weniger oft hospitalisiert und liessen sich weniger häufig durch Apotheker/innen beraten. Dass beide Gruppen ungefähr gleich häufig die Dienste von Hausärzt/innen, Spitex, Physio- und Ergotherapie in Anspruch nahmen, wird auch darauf zurückgeführt, dass APN noch kein integrierter Bestandteil der Versorgung (und auch nicht kassenpflichtig) ist. In der jetzigen Form ein komplementäres Angebot, sei es angesichts der Reduktion an Krankheitsvorfällen und Spalkosten wohl zumindest selbsttragend, was jedoch mangels Datengrundlage nicht mit Zahlen belegt werden konnte.

4.3 Einschätzung von Expert/innen zu APN in der Schweiz

Wie in Kapitel 3 gezeigt wurde, hat sich die Diskussion um Advanced Practice in den Gesundheitsberufen, insbesondere in der Pflege, seit 2007 (Obsan Arbeitsdokument 27) intensiviert und konkretisiert. Wie die aktuelle Absolvent/innenbefragung MSc Pflegewissenschaften zeigt, besteht in vielen Versorgungsbereichen ein Bedarf an hoch qualifiziertem Personal, insbesondere in somatischen Spitälern, aber auch in psychiatrischen Kliniken, Alters- und Pflegeheimen, in der Spitex sowie in der Lehre. Pflegeexpert/innen MSc werden für Spezialaufgaben und für Tätigkeiten eingesetzt, die eine hohe Kompetenz erfordern im klinischen Bereich, z.B. in der Entwicklung der Pflegepraxis, in der Qualitätssicherung oder in der Forschung. Die Zahl der auf Masterstufe ausgebildeten Pflegefachkräfte wird aktuell auf ca. 400 geschätzt (vgl. SBK 2013). Im Folgenden wird die Einschätzung der befragten Expert/innen zum Stand der Entwicklung der APN in der Schweiz sowie zu den Voraussetzungen und Herausforderungen für die Weiterentwicklung und Etablierung solcher Rollen dargelegt.

4.3.1 Ausbildung und Kompetenzen

Die Professionalisierung des Pflegeberufes hat in den letzten Jahren Fortschritte gemacht. Die Voraussetzungen für die Entwicklung von APN-Rollen bezüglich Ausbildung seien gegeben, sagt der Experte aus dem Hochschulbereich (Experte 1). Durch die gute klinische Ausbildung und das wissenschaftliche Knowhow seien APN in der Lage, Patient/innen zu untersuchen, Abklärungen zu treffen und die pflegerische Betreuung im Kontext einer medizinischen Behandlung vorzuschlagen. Nun müssten diese Rollen in der klinischen Praxis umgesetzt werden. Es brauche Versorgungsangebote (Spitäler, Abteilungen, Heime, Praxen), welche einen Bedarf nach Leuten mit dieser Qualifikation haben und Ausbildungs- und Arbeitsplätze anbieten. Gleichzeitig sei man dabei, die Masterausbildung weiterzuentwickeln. Ein wichtiges Thema sei die interprofessionelle Ausbildung, das in den medizinischen Fakultäten auf gesamtschweizerischer Ebene diskutiert werde; der Weiterbildungsstudiengang «Advanced Nursing-plus» (derzeit in Pilotphase) ermögliche eine Vertiefung der klinischen Expertise, die im Masterstudiengang aus curricularen Gründen nur als erweiterte Einführung (eher generisch ausgerichtet auf erwachsene Patient/innen, chronisch Kranke und deren Angehörige) angeboten werden könne. Man sei dabei, den Studiengang Schritt für Schritt anzupassen, sodass vielleicht in 10 Jahren von einer eigentlichen Nurse Practitioner-Ausbildung gesprochen werden könne. Als Voraussetzung für den Titel «Pflegeexpert/in APN» bzw. als Zugangsbestimmung zum Masterstudiengang sind ein Minimum von zwei Jahren klinischer Praxiserfahrung vorgeschrieben. Die meisten Studierenden hätten jedoch 5 bis 15 Jahre Berufserfahrung und kämen bereits z.B. aus der Pädiatrie oder Onkologie.

Die Professionalisierung und die Akademisierung des Pflegeberufes wird von beiden Expert/innen jedoch über die Entwicklung von APN-Rollen hinaus als notwendig betrachtet, da die Komplexität der medizinischen Versorgung zugenommen hat. Es brauche nicht nur auf APN-Stufe, sondern auch auf Diplom- bzw. Bachelorniveau ein höheres fachliches Niveau, um mit den anspruchsvollen Situationen umgehen und ein grösseres Patientenvolumen mit weniger Personal versorgen zu können. Die Erweiterung des Berufsspektrums bis zum PhD sieht die Vertreterin des Berufsverbandes (Expertin 2) auch als wichtige Möglichkeit, die Attraktivität des Berufes zu steigern, sowohl für erfahrene Fachkräfte als auch für Einsteiger/innen (dies zeige der überwältigende Erfolg der Bachelorstudiengänge in der Westschweiz, wo anders als in der Deutschschweiz keine HF-Ausbildungen mehr angeboten werden). Es sei jedoch zentral, bei der Diskussion um Advanced Practice die Zahlenverhältnisse im Blick zu behalten, betont Experte 1. Nur ein sehr kleiner Teil der Pflegenden (gegenwärtig ca. 400, dereinst drei- bis viermal so viele) werde auf APN-Stufe tätig sein. Dank den verschiedenen Berufsniveaus, von FaGe¹¹ über die Diplomstufe bis hin zu Spezialist/innen und APN könnten sich die Berufsprofile auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren.

Zu den wesentlichen Kernkompetenzen der APN gehöre die umfassende wissenschaftliche Expertise, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung, systematische Problemlösungskompetenzen und einen übergeordneten Blick auf das klinische Spezialgebiet, in dem sie nicht nur komplexe Aufgaben ausführen, sondern auch andere beraten, Massnahmen zur Qualitätssicherung planen und die Pflegepraxis weiterentwickeln. Bei den wissenschaftlichen Kompetenzen gehe es nicht nur um die Beteiligung an Forschungsprojekten, entscheidend sei, dass eine APN die Fachliteratur verstehen und in ihrer methodischen Qualität sowie in der Relevanz für die Praxis beurteilen könne. Dies sehen beide befragten Expert/innen als wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu Spezialist/innen (z.B. in Intensivmedizin), aber auch zu Pflegeexpert/innen HöFa II. Die Entwicklungs- und Beratungsfunktion stehe bei APN im Gegensatz zu Spezialist/innen im Vordergrund, sagt Expertin 2. Sie erachtet es nicht zuletzt angesichts des drohenden Personalmangels als wesentliche Herausforderung, bei der Entwicklung der APN Lösungen zu finden für diese Fachleute, die bereits jetzt gewisse erweiterte Funktionen erfüllen. Allerdings verfügen nicht alle Pflegeexpert/innen HöFa II über die nötige Grundbildung (Englischkenntnisse, Mathematik, Statistik etc.), um sich die wissenschaftlichen Kompetenzen anzueignen, und dies in einem Modul nachzuholen, werde nicht in jedem Fall möglich sein. Dass gewisse Erfahrung jedoch an einen Studiengang angerechnet werden müssten, sei jedoch klar.

4.3.2 Rollen und Einsatzbereiche

Beide Expert/innen betonen, dass sich die spezifischen Einsatzbereiche, Rollen und Handlungsfelder aus dem Bedarf entwickeln, sich an der Versorgungsqualität für Patient/innen orientieren und im interdisziplinären Kontext verortet sind. Der grösste Bedarf und das wichtigste Entwicklungspotential sehen sie insbesondere in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker sowie im Bereich Geriatrie (Pflege von hoch betagten Menschen, Palliative Care). Zu einzelnen, in der internationalen Literatur gefundenen Rollen und Kompetenzen nehmen sie wie folgt Stellung:

■ **Medikamente selbständig anpassen; Verordnungsrecht für Medikamente:**

Das Verordnungsrecht hat aus Sicht beider Expert/innen keine Priorität in der Entwicklung von APN-Rollen. Für Expertin 2 könnte das Recht, Medikamente zu verschreiben, eine Folgeentwicklung sein, wenn in gewissen Settings (z.B. in der Palliativpflege) Pflegeexpert/innen diesbezüglich die kompetentesten Fachpersonen sind. Für ein System wie z.B. in Frankreich, wo Pflegefachpersonen mit Grundausbildung nach einem Kurs selbständig Medikamente verschreiben könnten, bestehe angesichts der Ärztedichte in der

¹¹ Die Verbandsvertreterin weist jedoch darauf hin, dass FaGe und Attestausbildungen keine Pflegeberufe sind, sondern (wichtige und wertvolle) Assistenzberufe, die vielen Jugendlichen den Einstieg in einen Pflegeberuf ermöglichen.

Schweiz gar kein Bedarf. Eher sei es sinnvoll, dass jeweils diejenige Person die Medikamente verschreibe, welche in einem spezifischen Kontext die meisten Kompetenzen mitbringe. Die Dosierung von Medikamenten werde bereits heute vielerorts von Pflegefachpersonen innerhalb einer ärztlichen Rahmenverordnung und basierend auf klinischen Leitlinien selbständig angepasst.

■ **Erstbehandlung und Fallmanagement, z.B. von chronisch Kranken oder vulnerablen Personengruppen, in «nurse-led clinics» oder mit «follow-up»-Interventionen:**

Die Expert/innen sind sich einig, dass das Fallmanagement insbesondere bei chronisch Kranken ein wichtiger Entwicklungsbereich für APN-Rollen ist. In interdisziplinären Teams müsse die Fallführung nicht immer beim Arzt liegen, und angesichts der fraktionierten Versorgungslage könne es sinnvoll sein, dass APN die Funktion der Anlaufs- und Beratungsstelle übernehmen. Die Umstellung auf pflegegeleitete Fallführung ist nach Experte 1 jedoch nicht nur eine fachliche und organisatorische Frage, sondern hängt auch von Faktoren wie der freien Arztwahl oder der gegenwärtig starken Bindung an Vertrauensärzt/innen ab. Beide Expert/innen kennen einzelne Beispiele von pflegegeleiteten Angeboten in der Schweiz. Solche Modelle seien sinnvoll, um Patient/innen zu unterstützen, die nicht für jedes Anliegen ärztliche Hilfe benötigen, und würden z.T. wichtige Versorgungslücken schliessen, etwa für Patient/innen nach dem Spitalaustritt oder in der Palliativpflege. Expertin 2 weist jedoch darauf hin, dass die Finanzierung pflegegeleiteter Versorgungsangebote (z.B. Haus der Pflege, Wundsprechstunden) noch ungeklärt sei.

■ **«Nurse Practitioner»: Erstbehandlung und Fallmanagement in der Grundversorgung:**

Diese Rolle gibt es in der Schweiz erst vereinzelt, z.B. in einer Gruppenpraxis im Kanton Bern. In abgelegenen ländlichen Gegenden, die unterversorgt sind, könnten APN nach Einschätzung von Expertin 2 Rollen in der Grundversorgung übernehmen – in Zusammenarbeit mit Mediziner/innen. In Zukunft werde die Grundversorgung ohnehin eher von multidisziplinären Netzwerken als von einzelnen Hausärzt/innen geleistet. Diese Modelle seien notwendig, da die verschiedenen Health Professionals im Team nicht nur voneinander lernen, sondern auch eine informelle Qualitätskontrolle sicherstellen; überdies sei die Medizin komplexer geworden, und man müsse die Kompetenzen verschiedener Fachpersonen kombinieren können. Experte 1 sieht einen weiteren Einsatzbereich in interprofessionellen Praxisteams, wo APN z.B. Einganguntersuchungen und Situationsbeurteilen machen und die Patient/innen je nach Bedarf an Spezialist/innen überweisen oder die Behandlung selbst einleiten können.

■ **Selbständige Anordnung und Interpretation von Röntgenaufnahmen in der Notaufnahme:**

Für beide Expert/innen stehen diese Funktionen nicht im Vordergrund. Sie sind sich einig, dass es dafür eine entsprechende Ausbildung und Erfahrung/Training braucht. Expertin 2 hält es angesichts der Ärztedichte für sinnvoller, wenn diese Aufgaben weiterhin von Internisten und Radiologen, die dafür die grösseren Kompetenzen haben, wahrgenommen würden. Für Experte 1 steht in diesem Setting die Triagefunktion im Vordergrund.

■ **Angewandte Forschung, Weiterentwicklung der Pflegepraxis:**

Beide Expert/innen betonen, dass diese Tätigkeiten integrale Bestandteile der APN-Rollen darstellen. Für Interventionsstudien, die klinische und ökonomische Outcomes messen, gebe es in der Schweiz noch zu wenig APN, um sinnvolle Cluster zu bilden, meint Experte 1. Wichtig sei jedoch, dass in den APN-Modellprojekten Baseline-Daten zu Rollen und Tätigkeitsfeldern erhoben werden, um Versorgungs- und Evaluationsforschung zu betreiben und einen systematischen Überblick zur APN-Praxis in der Schweiz zu gewinnen.

■ **Rollen in der Neuausrichtung des Gesundheitssystems auf Gesundheitsförderung, Prävention und Vermittlung von Gesundheitskompetenz anstelle des rein kurativen Ansatzes:**

Diese Neuausrichtung brauche es unbedingt, meint Expertin 2, allerdings sei nach der Ablehnung des Präventionsgesetzes unklar, wie solche Leistungen in Zukunft finanziert werden sollen. Experte 1 weist darauf hin, dass APN als «Change Agents» nebst klinischer Expertise ein vertieftes Verständnis für System-

zusammenhänge, kommunikative Kompetenzen und die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit mitbringen müssen. Ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung sei das Vermitteln von Kompetenzen, wie Projekte zur Verbesserung der Versorgungsqualität aktiv gestaltet und umgesetzt werden können.

■ **Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams:**

Die Qualität und Effektivität der Zusammenarbeit möge unterschiedlich beurteilt werden, aber besonders in den Spitälern seien multi- und interdisziplinäre Teams die Regel, meint Experte 1. Auch in der Grundversorgung arbeiteten Hausärzte mit MPAs, Physiotherapeuten etc. zusammen. In interdisziplinären Behandlungsteams für bestimmte Patientengruppen könnten APN den Ärzten gewisse Betreuungs- und Beratungsarbeiten abnehmen, damit sich diese besser auf ihre Kernbereiche (z.B. Diagnostik) konzentrieren könnten. Expertin 2 sieht einen grossen Entwicklungsbedarf in diesem Bereich; die interprofessionelle Zusammenarbeit hänge in der Schweiz noch sehr stark von einzelnen Personen ab. Ansätze zur Interprofessionalität sieht sie jedoch z.B. in Bereichen wie der Intensivpflege oder der Palliative Care, wo sich verschiedene Berufsgruppen zu gemeinsamen Interessensverbänden zusammengeschlossen haben.

■ **Substitution / Übernehmen von ärztlichen Tätigkeiten:**

Eine arzt-ersetzende Rolle der APN, wie sie es z.B. in Kanada gibt, halten beide Expert/innen in der Schweiz nicht für sinnvoll. Im Vordergrund stehen die partnerschaftliche Zusammenarbeit und die Entlastung der Ärzt/innen, damit diese sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Die Pflegeexpert/innen sollen nicht als «Billig-Ärzt/innen» missbraucht werden, was auch gegenüber Patient/innen unfair wäre – die Schwerpunkte und Kompetenzen von Ärzten und Pflegenden seien unterschiedlich, und dies solle auch so bleiben, betont Expertin 2. Angesichts der neuen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung müssten die Aufgaben aber neu und besser verteilt werden, sodass die jeweiligen Kompetenzen der unterschiedlichen Health Professionals am besten genutzt werden können. APN, so Experte 1, könnten gemäss ihrer Ausbildung Aufgaben wie z.B. die systemische Anamnese übernehmen, die in der Tradition der Berufsausübung von Ärzt/innen durchgeführt werden. Die Zuordnung von Tätigkeiten zwischen und innerhalb der Berufsgruppen sei schon immer einem stetigen Aushandlungs- und Veränderungsprozess unterworfen gewesen. Expertin 2 weist darauf hin, dass sich die Aufgabenverteilung am Bedarf der Patient/innen, an der Qualität der Versorgung und den vorhandenen Kompetenzen orientieren müsse, nicht an standespolitischen Überlegungen.

4.3.3 Regulierung

Zum Schutz von Patient/innen und von APN-Pflegeexpert/innen gleichermaßen halten die Expert/innen eine gesetzliche Regulierung in Bezug auf Berufsausübungspflichten und Profil/Kernkompetenzen für unabdingbar. Experte 1 sieht darüber hinaus auch die Akkreditierung und Zertifizierung der Ausbildung selber für einen wichtigen Bestandteil der Regulierung, um die Einheitlichkeit der Ausbildungsabschlüsse und Fachkompetenzen zu garantieren. Denkbar wäre z.B. ein Staatsexamen für die Masterstufe.

Seitens des Verbandes wünscht man sich ein Niveau für die Diplome HF / FH (Bachelor) und ein zusätzliches Niveau für Pflegeexpert/innen APN. Die anderen, dazwischen angesiedelten Berufsniveaus (z.B. Spezialisierungen in Anästhesiepflege), könnte man auf demselben gesetzlichen Niveau wie Diplome HF / FH (Bachelor) ansiedeln und innerhalb dieser Struktur je nach Bedarf vertieft regulieren. Dies müsse nicht alles im Gesetz abgebildet werden, wichtig sei einfach, dass die einzelnen Spezialisierungen und auch die Selbständigen die Möglichkeit erhielten für eine separate Reglementierung.

Expertin 2 plädiert ausserdem für ein gemeinsames Register für alle Pflegefachpersonen mit einem speziellen Zusatz für Pflegeexpert/innen APN und einem Regulierungsorgan, das sich paritätisch aus Vertreter/innen der Behörden und der Berufsverbände zusammensetzt. So hätte man die Möglichkeit, je nach Beruf bzw. Fachgebiet mehr oder weniger differenzierte Reglementierungen vorzunehmen.

Die fehlenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen seien zwei Faktoren, welche die Entwicklung der ANP in der Schweiz derzeit stark bremsen, meint Expertin 2. Zwar unterstützen die Spitäler (und der Verband H+) den Einsatz von APN, da es aber noch kein offizielles Berufsprofil ist, werden diese nicht adäquat abgeregelt.

4.4 Zusammenfassung

In der Pflege besteht ein weitgehender Konsens, dass Advanced Practitioners eine Masterausbildung (MSc) sowie vertiefte klinische Praxiserfahrung brauchen – dies zeigt der Blick auf Länder, die bereits APN Rollen eingeführt haben, aber auch die Einschätzungen der Expert/innen in der Schweiz. Von den fortgeschrittenen Ländern hat einzig Grossbritannien die AP in den Gesundheitsberufen nicht reguliert, was in der Praxis jedoch zu (zusätzlichen) Unsicherheiten bezüglich Ausübungsrechten, Kompetenzen und Rollen führt. Viele Länder haben ein Berufsregister für Nurse Practitioners/APN; einige haben in den letzten Jahren zudem einen Titelschutz eingeführt. Beides wird auch in der Schweiz vom Berufsverband der Pflegenden für die Rolle der «Pflegeexpert/innen APN» gefordert.

Die Literaturübersicht zur Effektivität der AP-Rollen in der Pflege – APN, NP oder CNS (Clinical Nurse Specialist) genannt – zeigt, dass Pflegeexpert/innen mit erweiterten Kompetenzen die Qualität der Versorgung aufrechterhalten oder steigern können. Besonders gute Resultate konnten für die Rolle der CNS in multidisziplinären Teams gefunden werden: mit solchen Betreuungsmodellen konnte die Dauer des Spitalaufenthaltes sowie die Anzahl Komplikationen tendenziell verkürzt werden. In verschiedenen Studien konnte zudem gezeigt werden, dass auch der Zeitpunkt und die Häufigkeit von CNS-geleiteten Interventionen vor und nach dem Spitalaustritt entscheidend sind für positive Outcomes. Auch bei neuen Versorgungsmodellen (z.B. für multimorbide Patient/innen oder in Pflegeheimen) und neuen Rollen (Verordnung von Medikamenten) deuten erste Studien auf die Effektivität von APN-Einsätzen hin.

Das Profil und der Einsatzbereich von APN in der Schweiz liegt nach Einschätzung der Expert/innen in einer Erweiterung der Kompetenzen innerhalb eines multidisziplinären Teams, andererseits in der evidenzbasierten Weiterentwicklung der Pflegepraxis, der Anleitung und Beratung von Pflegenden, Patient/innen und Angehörigen. Den grössten Bedarf und das wichtigste Entwicklungspotential sehen sie in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker sowie im Bereich Langzeitpflege/Palliative Care. Hier könnten APN wichtige Rollen übernehmen in der Fallführung und Case Management und Ärzt/innen entlasten, damit sich diese auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren könnten. Die Rolle der APN könne und wolle keine Ärzt/innen ersetzen – anders als in anderen Ländern bestehe hierfür in der Schweiz kein Bedarf. Auch die Medikamentenverordnung durch APN, in einigen Ländern ein wichtiges Thema, steht in der Schweiz derzeit nicht im Vordergrund.

Die fehlenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen werden als grosses Hindernis für die Entwicklung von AP-Rollen erachtet. Eine Regulierung der AP-Stufe im Gesundheitsberufegesetz wäre aus Sicht der Expert/innen deshalb äusserst wünschenswert. Es braucht jedoch auch ein grösseres Bewusstsein und eine Bereitschaft in den Institutionen, die Kompetenzen der MSc-Absolvent/innen anzuerkennen und Modellprojekte zu entwickeln, um auf die Schweiz zugeschnittene APN-Rollen zu entwickeln und zu etablieren.

5 Hebammen

5.1 Literaturübersicht Advanced Practice im Hebammenberuf

Auch für den Bereich Hebamme gibt es zurzeit keine international anerkannte Definition des Advanced Practice Berufsprofils. Länderspezifisch wird diese Rolle definiert durch das Aufgabenspektrum, die Verantwortung, die Ausbildung und die Erfahrung, die verlangt werden, um eine solche Funktion auszuüben. Generell haben Advanced Practice Hebammen oder «Advanced Midwife Practitioners» (AMP) vertiefte und erweiterte klinische Fähigkeiten und verfügen über Kompetenzen für die autonome Entscheidungsfindung.

Die Literaturübersicht berücksichtigt Artikel, die auf die Erweiterte Rolle von Hebammen als AMP oder in einem innovativen interprofessionellen Setting Bezug nehmen. Die Recherche gemäss der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise ergab ein Total von 68 Artikeln und Studien. Nach einer ersten Auswertung wurden 42 Artikel ausgeschieden, da sie nicht dem thematischen Fokus entsprachen.

5.1.1 Regulierung und Standards

In einigen (v.a. englischsprachigen) Ländern ist der Hebammenberuf eng an die Pflege gekoppelt, weil ein grosser Teil der Hebammen zuerst eine Grundausbildung in Pflege absolvieren und sich erst mit einer Weiterbildung oder Spezialisierung für den Hebammenberuf qualifizieren. In den meisten Ländern sind jedoch beide Ausbildungswege möglich, und es gibt sowohl **«direct-entry»**-Hebammen als auch Pflegefachpersonen mit hebammenspezifischer Zertifizierung. Besonders englischsprachige Länder haben gemeinsame Regulierungsorgane für Hebammen, Pflegende und Advanced Practitioners beider Berufsgruppen.

■ In **Grossbritannien** müssen AP Hebammen einen Mastertitel sowie eine praktische klinische Weiterbildung vorweisen (Department of Health, 2010). Es wird zwischen verschiedenen AP-Profilen unterschieden: Hebammen, die nebst der klinischen Praxis auch in Forschung und Lehre tätig sind; Hebammen mit Leadership- und Management-Aufgaben (z.B. im Gesundheitswesen oder in Ausbildungsinstitutionen) oder Consultant Midwives, die eine strategische Rolle innerhalb des Berufsfeldes haben und auf die Berufspraxis Einfluss nehmen (z.B. durch die Förderung von natürlichen Geburten, hebammen-spezifischer Forschung und evidenzbasierter Praxis). Diese Expertinnen erfüllen neben der Betreuung von Klientinnen auch eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung anderer Hebammen.

■ In **Irland** wurde 2007 die erste Advanced Midwife Practitioner (AMP) akkreditiert. Voraussetzung für diesen Titel ist ein Masterabschluss sowie mindestens 7 Jahre Berufserfahrung und 1'000 Stunden klinische Praxis unter Supervision. AMP müssen ihre Registrierung bei der Aufsichtsbehörde (Irish Nursing Board/An Bord Altranais) alle 5 Jahre erneuern und sind zu regelmässiger beruflicher Weiterbildung verpflichtet. Parallel zur Entwicklung der AP-Rollen wurden Hebammen mehr Aufgaben und Verantwortung übertragen: Hebammen erhielten Verschreibungsrechte, es entstanden von Hebammen geführte Versorgungseinrichtungen und Hebammen wurden vermehrt an der Koordination von Schnittstellen zwischen akuter Versorgung und Gemeindediensten beteiligt (An Bord Altranais 2011). Die Berufsverbände der Hebammen haben bei der Entwicklung der AMP-Rollen und Masterstudiengänge gefordert, dass eine Spezialisierung und Aufteilung der Versorgung vermieden werden sollte, um die bereits vorhandene Tendenz zur Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt nicht noch zu verstärken. Stattdessen sollte die AMP den Fokus auf eine ganzheitliche Hebammen-Rolle legen und sich auf eine kontinuierliche Versorgung während der ganzen Schwangerschaft und auf die Natürlichkeit der Geburt konzentrieren (Begley et al. 2007). Der National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM) hat 2008 die Konzepte für Advanced Practice Rollen von Hebammen und Pflegefachpersonen

aktualisiert und die Voraussetzungen, Kompetenzen und Akkreditierungsvorgehen neu festgelegt. Zum Profil der AMP gehören u.a. Expertise und Autonomie in der Berufsausübung, Kompetenzen für komplexe Entscheidungsfindung, Forschungstätigkeit und professionelle und klinische Führungsfunktionen, um Veränderungen in der Versorgung zu fördern (NCNM 2008).

■ Für Hebammen in **Australien** gibt es zwei verschiedene Titel: «direct-entry» Hebamme (nach einer 3-jährigen BSc-Ausbildung) oder «Registered Nurse Midwife», d.h. Pflegefachpersonen mit einer Zusatzausbildung für den Hebammenberuf. Voraussetzung für die AP-Stufe sind kontinuierliche Berufserfahrung und Weiterbildung. Daneben gibt es auch die Möglichkeit, Spezialist/in zu werden und in einem spezifischen Bereich zu praktizieren (QNC 2005). In diesem Zusammenhang diskutieren Smith et al. (2010) die Notwendigkeit, in der Hebammenarbeit die Ausübungsrechte entsprechend der Ausbildungsprofile zu unterscheiden und die Kompetenzen der AP-Stufe zu definieren. Zwar hat das Gesundheitsministerium Prinzipien zur Erweiterung der Rollen in der Advanced Practice der Hebammenarbeit und der Pflege formuliert (QNC 2005), aber vorerst ist die Entwicklung der Advanced Practice und die Unterscheidung der Ausübungsrechte nicht zuletzt aufgrund der verschiedenen Geburtshilfe-Modelle beschränkt (Smith et al. 2010, Masterson 2010).

■ In den **USA** gibt es «direct-entry» Hebammen, die eine Lehre oder eine Ausbildung absolvieren, aber die Mehrheit der Hebammen sind «certified nurse-midwives» (CNM), die nach der Grundausbildung in Pflege ein akkreditiertes Ausbildungsprogramm oder einen Master in Midwifery machen. Letzteres ist weitaus häufiger, ca. 70% haben einen Masterabschluss (MacDonald et al. 2005). Dieser entspricht jedoch einer Advanced Practice Rolle im Bereich der Pflege und kann nicht verglichen werden mit einer rein auf Hebammenarbeit fokussierten Ausbildung mit konsekutiver Masterstufe. In der Literaturübersicht wurden Studien über CNM einbezogen, welche die von CNM geleistete Versorgung mit derjenigen von «direct-entry»-Hebammen oder von Ärztinnen und Ärzten vergleichen.

■ In **Kanada** werden Hebammen nach dem «direct-entry» Modell auf Bachelorstufe ausgebildet, einen mit dem US-amerikanischen CNM vergleichbaren Abschluss gibt es nicht (MacDonald et al. 2005, ACSF 2013). Ein nationales Konsortium hat einen Rahmen für die Kompetenzen der Hebammen in Kanada entwickelt und das Berufsprofil von AP Hebammen beschrieben (diese werden aber nicht in allen Provinzen als AP anerkannt). Zur Advanced Practice in der Hebammenarbeit werden u.a. Monitoring von Epiduralanästhesie, Anwendung von Kopfhaut-Elektroden, Vakuum Extraktionen und Nähen von Risswunden dritten Grades gezählt (Smith et al. 2010).

■ In **Deutschland** wurde 2009 im Berufsgesetz für das Hebammenwesen eine Modellklausel eingeführt, welche den Ausbau von Ausbildungsangeboten ermöglicht, die der Weiterentwicklung des Berufes dienen.¹² Anders als bei der Pflege ist in dieser Modellklausel jedoch auch bei einer Qualifizierung an Hochschulen keine Erweiterung der Aufgaben vorgesehen. Gemäss Wissenschaftsrat (2012) sollen mit den Modellvorhaben geprüft werden, ob die Hochschulbildung in den praktisch tätigen Berufen zielführend ist und gegebenenfalls mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht. Master-Hebammen waren massgeblich beteiligt an der Entwicklung neuer hebammengeleiteter Versorgungskonzepte. Seit 2003 wurden mittlerweile 14 Hebammenkreissäle etabliert, die Frauen die Möglichkeit bieten, auch in Kliniken während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett von Hebammen betreut zu werden. Die Hebammen leiten selbständig und eigenverantwortlich die Geburten; bei Komplikationen werden Ärzt/innen des (räumlich nicht getrennten) herkömmlichen Kreissaals beigezogen (vgl. Bauer et al. 2010).

■ In **Schweden** sind Hebammen die erste Wahl der Frauen für die Betreuung während Schwangerschaft und Geburt sowie für Familienplanung und andere Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit (UNFPA, 2011). Hebammen sind in Schweden verantwortlich für die Betreuung der Schwangeren, der Eltern und der neugeborenen Kinder. Sie betreuen reguläre Geburten und führen geburtshilfliche Mass-

¹² Analog auch in den Berufsgesetzen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

nahmen durch (Zange, Saugglocke), dürfen Verhütungsmittel verschreiben und intrauterine empfängnisverhütende Mittel verabreichen (Ny 2007, Kateman et al. 2005). Ärztinnen und Ärzte untersuchen die schwangeren Frauen auf Anzeichen von Anomalien und überlassen den Hebammen die Versorgung. Hebammen überweisen die Frauen nur bei Komplikationen in ärztliche Behandlung. Fast alle Geburten erfolgen in Spitälern. Obwohl Geburtshelfer/Gynäkologinnen für Frauen mit geburtshilflichen Risiken verantwortlich sind, führen Hebammen im Allgemeinen diese Geburten durch. Diese gewichtige Rolle der Hebammen in Schweden wird vonseiten der Ärzt/innen laut Kateman et al. (2005) nicht infrage gestellt. Die Hebammen in Schweden könnten also bereits als Advanced Practitioners betrachtet werden.

■ In der **Schweiz** bieten drei Fachhochschulen «direct-entry» Studiengänge an; zwei Fachhochschulen haben Programme für Pflegefachpersonen, die sich auf Hebammenarbeit spezialisieren möchten. Die Advanced Practice Berufsprofile von Hebammen sind noch nicht definiert und reguliert. Aktuell haben Hebammen die Möglichkeit, den European Master of Science in Midwifery zu absolvieren, an dem die HES-SO zusammen mit Universitäten aus vier anderen Ländern beteiligt ist. Teilweise wird auch das Ausbildungsangebot der Pflege (Master of Science in Nursing) von Hebammen genutzt (Eichenberger zur Bonsen 2011). Hebammen mit Masterausbildung sind in der Lehre und Forschung oder in leitenden Funktionen in Geburtshäusern und Kliniken tätig. Im Hebammenbereich gibt es diverse Weiterbildungen (CAS); MAS-Programme befinden sich im Aufbau.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Hebammenarbeit sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und vor allem in den kantonalen Gesetzen festgelegt. Luyben und Robin (2009) beschreiben in ihrem Bericht «Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie» die Regulierung der freischaffenden Berufsausübung von Hebammen. Um eine Bewilligung für eine selbständige Praxistätigkeit zu erlangen, müssen Hebammen in einigen Kantonen weitere Nachweise im Bereich Berufserfahrung erbringen. Die beruflichen Tätigkeiten und Ausübungsrechte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In fast allen Kantonen sind die Hebammen dazu befugt, die Betreuung in der Schwangerschaft und die Betreuung während der Geburt (als Hauptverantwortliche) wahrzunehmen. Damit verbunden ist die Pflicht, bei Komplikationen einen Arzt oder eine Ärztin beizuziehen und im Notfall eine Spitalüberweisung vorzunehmen. Hebammen werden für die folgenden Leistungen entschädigt: bis zu 6 Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft; die Geburt zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus; die Betreuung zu Hause bis 10 Tage nach der Geburt; insgesamt 3 Stillberatungen; die postpartale Versorgung des gesunden Neugeborenen.
- In einer Minderheit der Kantone werden die folgenden Aufgaben als weitere Kompetenzen der Hebammen aufgeführt: Dammriss und Episiotomien nähen, Berichtspflicht im Fall eines Todes, bei anormalen Befunden oder infektiösen Krankheiten.
- Bezüglich der Befugnis, Medikamente zu verschreiben, ist die Situation unterschiedlich: In 6 Kantonen (z.B. St. Gallen, Bern, verschiedene Zentralschweizer Kantone) haben die Hebammen vergleichsweise weit gehende Kompetenzen. In Graubünden können gewisse Medikamente verschrieben werden (gemäss Liste). In Zürich besteht kein Verschreibungsrecht.

5.1.2 Rollen, Effektivität und Einsatzbereiche

■ Das Department of Health and Children Ireland (DOHC 2011) beschreibt Rollen von **Advanced Practice Hebammen (AMP)** in Irland. Ein Einsatzbereich von AMP liegt in der Durchführung von detaillierten Untersuchungen der Neugeborenen in der Gebärdabteilung, was sonst üblicherweise von Kinderärzt/innen gemacht wird. Die Untersuchungen können dadurch nach einem flexibleren Zeitplan erfolgen, und die

AMP haben die Möglichkeit, rasch Massnahmen zu treffen, wenn Komplikationen auftreten (z.B. die Anordnung von weiteren Diagnosen, Überweisung an Spezialist/innen etc.). Weitere Aufgabenbereiche von AMP sind z.B. Dammriss nähen, CTG-Interpretation, Förderung der natürlichen Geburt mithilfe alternativer Gebärpositionen, Blutgasanalyse, Betreuung von Frauen mit Genitalverstümmelung. Die Ausbildung für diese Berufsprofile besteht aus Weiterbildungskursen, Supervision und begleiteten klinischen Praktika.

■ Die Beraterrolle in Hebammenarbeit, Pflege und anderen Gesundheitsberufen wurde im Jahr 2000 in England zur Verbesserung der Versorgung und der Abläufe und für die Erweiterung klinischer Karriere-möglichkeiten eingeführt. Die Funktion als **Consultant** wird in Grossbritannien als das höchste Niveau klinischer Praxis betrachtet. Booth et al. (2006) [Q] beschreiben den Karriereschritt von Pflegefachpersonen und Hebammen zu Consultants in Schottland. In einem Fragebogen haben 13 Fachpersonen Auskunft gegeben über ihren Werdegang und ihre Rolle als Berater/innen. Die Beratertätigkeit beruht auf vier Säulen: Expertise in der Praxis, professionelle Führung und Beratung, Ausbildung und Forschung sowie die Entwicklung der Dienstleistungen im Berufsfeld. Die Vorteile der Beraterrolle sehen die befragten Personen in der erhöhten Autonomie dieser Funktion, der Möglichkeit, in der klinischen Praxis zu bleiben, d.h. noch Kontakte mit Klientinnen zu behalten, und gleichzeitig die eigenen Fähigkeiten und Expertise weiterzuentwickeln. Die von Lathlean (2007) [Q] befragten Fachpersonen, die als Consultants oder «lecturer practitioner» tätig waren, berichteten jedoch, dass der Mangel an klar definierten Aufgabenprofilen die Akzeptanz unter Berufskolleg/innen erschwere und in der Praxis zu Unsicherheiten führe. Ausserdem bezeichneten sie es als grosse Herausforderung, alle Aspekte ihres Tätigkeitsprofils – Lehr- und Beratertätigkeit, Forschung, klinische Tätigkeit – im Berufsalltag unterzubringen.

■ In einer Literaturübersicht vergleichen Johantgen et al. (2012) die Effektivität der von **CNM Hebammen** und von Ärzt/innen geleisteten Versorgung in den USA. In den zwischen 1990 und 2008 publizierten Studien lassen sich gewisse Unterschiede zwischen Ärzt/innen und CNM hinsichtlich des Versorgungs-verfahrens feststellen: Die Hebammen verlassen sich während der Wehen und der Geburt weniger auf Technologie (wie z.B. Epiduralanästhesie), erzielen aber gleiche oder bessere Ergebnisse. Die CNM greifen weniger auf Massnahmen wie Geburtseinleitung, Kaiserschnitt, Zange, Vakuum und Dammschnitte zurück. Diese Ergebnisse sind jedoch auch darauf zurückzuführen, dass Frauen, die «operative Geburten» brauchen, eher von Ärzt/innen betreut werden, während Frauen, die sich weniger Eingriffe wünschen, von einer CNM betreut werden. Kein Unterschied wurde bei den Neugeborenen festgestellt (z.B. niedriger Apgar-Score, niedriges Geburtsgewicht, Eintritt in neonatale Intensivstation). Perineale Verletzungen dritten oder vierten Grades waren selten. Frauen, die von CNM betreut wurden, haben häufiger gestillt.

■ Hatem et al. (2009) haben in einer Analyse von 11 RCT-Studien anhand von verschiedenen medizinischen Indikatoren bei Mutter und Kind verglichen, inwiefern sich **hebammengeleitete Versorgungsmodelle** von anderen Modellen unterscheiden. Die Resultate sprechen für hebammengeleitete Modelle, sofern keine medizinischen Risikofaktoren oder Komplikationen vorliegen: Von den insgesamt 12'276 Frauen, die an den Studien teilnahmen, hatten diejenigen, die von Hebammen betreut wurden, weniger pränatale Spitalaufenthalte, brauchten weniger Schmerzmittel/Anästhesie, hatten weniger häufig Dammschnitte und vaginal-operative Geburten, erlitten weniger häufig Fehlgeburten vor der 24. Woche. Sie konnten häufiger natürlich gebären, und ihre Neugeborenen blieben durchschnittlich kürzer im Spital.

■ Um die **Effektivität der erweiterten Rollen in Pflege und Hebammenberuf** zu eruieren, vergleichen Begley et al. (2010) [Q] und Begley et al. (2012) [Q] die Rollen und Behandlungsergebnisse von Pflegefachpersonen und Hebammen, die seit mindestens einem Jahr entweder als «Clinical Nurse/Midwife Specialist» (CNS/CMS) oder als «Advanced Nurse Practitioner» (ANP) tätig waren.¹³ Der Einsatz von CMS hat zu folgenden Ergebnissen geführt: reduzierte Morbidität, verringerte Wartezeiten, schneller Zugang

¹³ Zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie (2008) gab es noch keine AMPs, die schon seit länger als einem Jahr in dieser Funktion akkreditiert waren.

zur Gesundheitsversorgung, verminderte Wiedereintritte, Stärkung der evidenzbasierten Praxis, erhöhte Kontinuität der Versorgung, erhöhte Zufriedenheit der Klient/innen, verbesserte Kommunikation mit Klient/innen und Angehörigen, Förderung der Gesundheitskompetenzen und erhöhte Verfügbarkeit von klinischen Abklärungen und Analysen. Zusätzlich betreuten CMS Hebammen eine höhere Anzahl Klient/innen, koordinierten innerhalb eines multidisziplinären Teams Behandlungspläne und entwickelten Behandlungsrichtlinien. Sie wiesen eine erhöhte Arbeitszufriedenheit auf und boten eine professionellere Führung. Die Versorgungskosten der neuen Berufsprofile waren nicht höher als bei den übrigen Gesundheitsberufen. Im Vergleich zu den CNS hatten ANP deutlich mehr Autonomie und Kompetenzen (v.a. im Bereich Leadership und Forschung), während sich die Rollen von CMS und ANP nicht so stark unterschieden. Die Autor/innen fordern eine verstärkte Entwicklung der in Irland noch verbreiteteren CNS/CMS-Rollen auf das Niveau der Advanced Practice.

■ Als Folge einer erhöhten Geburtenrate in Australien haben die Hebammen zunehmend Kapazitätsprobleme. Um die Dauer der Konsultationen zu verringern, prüften Haxton et al. (2009) [Q] eine Massnahme, wo AP Hebammen die **Erstbehandlung** von Schwangeren übernehmen, die unter verschiedenen Beschwerden leiden (u.a. Erbrechen, Bauchschmerzen, Dehydration, Durchfall etc.) und sich für eine Konsultation ins Krankenhaus begeben. Diese AP Hebammen übernehmen die Arbeit von Ärzten – Diagnose stellen, weitere Tests in Auftrag geben, unabhängige Entscheidungen treffen –, wozu ein hohes Niveau an Erfahrung und Expertise gefragt ist. Die Massnahme vermochte den Druck auf die Gebärdabteilungen zu vermindern (verkürzte Wartezeit), und die AP Hebammen ermöglichten eine bessere Versorgung als die regulären Hebammen, denen sie eine hilfreiche Unterstützung bieten konnten.

■ Cragin et al. (2006) [CT] vergleichen die **perinatale Versorgung** von Frauen mit geringem Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durch CNM Hebammen («Certified Nurse-Midwives») und Ärzt/innen auf einer grossen Geburtsstation in einem Spital in den USA. Die Autoren zeigen, dass die CNM mit weniger Technologie, minimaler Intervention und unter Berücksichtigung des sozialen und medizinischen Zustands der Frau zu den gleichen Ergebnissen kommen wie die Ärzt/innen, d.h. den CNM werden letztlich optimalere Behandlungsverfahren attestiert.

■ In einer Literaturübersicht von Irwin (2010) [Q] wird die Rolle von spezialisierten Hebammen bei der Versorgung schwangerer **Frauen mit Diabetes** in Grossbritannien untersucht. Solche Schwangerschaften bergen hohe Risiken und brauchen deshalb die Versorgung von einem interdisziplinären Team mit einer auf Diabetes spezialisierten Hebamme. 77% der Geburtsabteilungen in Grossbritannien haben Diabetes-Spezialist/innen. Die heutige Versorgungssituation für Diabetikerinnen wurde als unterschiedlich und fragmentiert beschrieben. Durch die steigende Anzahl von Frauen mit Diabetes bestehe ein erhöhter Bedarf an spezialisierten Hebammen, aber auch Massnahmen in den Bereichen Infrastruktur, Richtlinien und Finanzierung müssten getroffen werden.

■ CNM Hebammen in den USA übernehmen teilweise auch erweiterte Aufgaben im Gebärdsaal, z.B. als **Operationsassistent/innen** bei Kaiserschnitten (Moes et al. 2001). Diese Praxis wurde 1998 vom American College of Nurse-Midwives als Advanced Practice eingestuft, denn dazu sind zusätzliche Kompetenzen nötig. Die Assistenzfunktion wird von den Ärzt/innen geschätzt. Zudem lassen sich Kosten sparen, und die Zufriedenheit der Gebärdenden ist höher, wenn die Hebamme zum Operationsteam gehört.

■ Die pränatale Versorgung von Frauen mit **intrauteriner Wachstumsretardierung** durch CNM Hebammen bzw. Gynäkolog/innen in den USA wurde von Heins et al. (1990) [RCT] verglichen. Schwangere mit diesem Risikoprofil wurden zufällig einer CNM Hebamme oder einer Gynäkologin zugewiesen. Die CNM haben den Frauen besondere Unterstützungsmassnahmen geboten, u.a. Aufklärung zur Erkennung von Frühgeburtswegen, Stress-Reduktion durch soziale Unterstützung, Ernährungsberatung mit Schwerpunkt auf Gewichtszunahme und Beratung bei Drogenmissbrauch. Es gab aber keine signifikanten Unter-

schiede im Anteil an niedrigen Geburtsgewichten zwischen Frauen, die von CNM betreut wurden und solchen, die von Gynäkolog/innen versorgt wurden.

■ Alexander et al. (2002) [Q] analysieren in einer Befragung von britischen Hebammen, wie sich eine spezielle Weiterbildung für **Vakuum-Extraktionen** auf die Praxis auswirkt. Für diese Hebammen, die schon eine lange Erfahrung hatten (durchschnittlich 18 Jahre) und z.T. auch als Beraterinnen arbeiteten, hat die Ausbildung ihr Vertrauen in ihre Fähigkeiten erhöht, insbesondere bei der Bestimmung der Lage des Kindes. Durch die Anwendung der Saugglocke durch die Hebammen konnte vielfach eine Verlegung ins Spital vermieden werden.

■ Black et al. (2012) [CT] verglichen die Arbeit von 330 spezialisierten Hebammen und 2'210 Ärzt/innen und Assistenzärzt/innen bei **operativ-vaginalen Geburten** in Grossbritannien. Die Wahrscheinlichkeit für perineale Verletzungen dritten oder vierten Grades war nicht höher, wenn die Geburt durch Hebammen durchgeführt wurde; auch bzgl. Blutverlusts waren keine Unterschiede festzustellen.

5.2 Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP im Hebammenberuf

5.2.1 Profil und Ausbildung

Die Entwicklung der Advanced Practice im Hebammenberuf scheint der Expertin aus dem Hochschulbereich (Expertin 7) eine logische Schlussfolgerung der Tertiarisierung. Die aktive Besetzung von Hebammenkompetenzen in der Praxis hält sie in diesem Zusammenhang als ebenso wichtig wie die wissenschaftliche Evidenz für diese Kompetenzen. Allerdings erfordere die Akademisierung auch einen Paradigmenwechsel, und es werde noch 10, 15 Jahre dauern, bis die Bachelorausbildung, die es in der Deutschschweiz erst seit 2008 gibt, etabliert sei [in der Westschweiz ist das BSc-Studium bereits seit 2002 möglich]. In der Praxis sei zum Teil noch zu wenig bekannt, wie Bachelor-Absolventinnen eingesetzt werden können. Das Vorurteil, dass die praktische Ausbildung in diesen Studiengängen zu kurz komme, sei nicht haltbar: Die Absolvent/innen hätten ein hohes theoretisches Wissen und könnten dies auch gut verknüpfen. Möglicherweise bräuchten sie beim Berufseinstieg etwas mehr Anleitung, würden aber sehr schnell selbständig. Obwohl viele Kompetenzen bereits bei Hebammen mit BSc vorhanden seien, spricht sich Expertin 7 klar für eine AP-Stufe mit Vertiefungen und Spezialisierungen in den einzelnen Fachbereichen aus. Dazu brauche es eindeutig einen Mastertitel (ein konsekutiver Masterstudiengang ist in der Schweiz noch in Entwicklung), da vertiefte und erweiterte Kompetenzen einen mit Ärzt/innen vergleichbaren Abschluss erfordern. Sie erwartet, dass es mit dem Masterabschluss auch neue Handlungsfelder für Hebammen geben wird, hauptsächlich im Bereich der Physiologie, wo auch am meisten Bedarf bestehe (z.B. Familienplanung, vorgeburtliche Begleitung, Sexualität, Kommunikation). Andere Berufsfelder könnten jedoch auch erschlossen und aufgebaut werden, z.B. Beratungen im Bereich Pränataldiagnostik oder Suchtproblematiken.

Die Berufsvertreterin (Expertin 8) ist der Meinung, dass man vor der Entwicklung von AP Rollen im Hebammenberuf zunächst die vorhandenen Kompetenzen der Hebammen besser anerkennen sollte. Im Vergleich zu Pflegefachpersonen seien Hebammen bereits spezialisierte Berufsleute und viel unabhängiger in ihrer Berufsausübung. Frei praktizierende Hebammen arbeiten im physiologischen Bereich ohne ärztliche Verordnung, ihre Leistungen würden von Krankenkassen übernommen, und sie seien aufgrund ihrer verantwortungsvollen Funktion bereits als Advanced Practitioners zu betrachten. Für die Anerkennung als AP fehle jedoch nicht nur das Bewusstsein in der Öffentlichkeit über ihre Kompetenzen und Fähigkeiten; es mangle der kleinen (und mehrheitlich weiblichen) Berufsgruppe auch an politischem Gewicht. Ausserdem seien die Löhne von frei praktizierenden Hebammen sehr tief. Vor diesem Hintergrund hält Expertin 8 die Forderung einzelner Stimmen nach einer Masterausbildung für frei praktizierende Hebammen für illusor-

risch. Gegenwärtig seien Masterabsolvent/innen v.a. in leitenden Funktionen und im Management tätig, weniger im Hebammenberuf. Im Masterstudiengang sollte jedoch nicht nur das akademische, forschungsspezifische Wissen vermittelt, sondern auch die praktischen Kenntnisse weiterentwickelt werden.

5.2.2 Rollen und Einsatzbereiche

Insgesamt besteht laut Expertin 7 sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein grosses Potential für den Einsatz von AP-Hebammen. Durch die Einführung der Fallpauschalen sei im Übergang vom Spital in den häuslichen Bereich ein Vakuum entstanden, und momentan sei nicht gewährleistet, dass jede Frau, die aus dem Spital entlassen wird, bis 10 Tage nach der Geburt von einer Hebamme betreut werde. Eine Übertragung des britischen AP-Modells oder Konzepte nordischer Länder auf die Schweiz werde jedoch nicht möglich sein, da der Hebammenberuf in diesen Ländern generell eine andere Position habe. Für Expertin 8 liegt die Weiterentwicklung der Rolle von Hebammen nicht so sehr in einer Erweiterung der Anzahl Funktionen, die sie ausüben, sondern vielmehr in einer breiteren Etablierung der Hebammenarbeit. Beide Expertinnen weisen mehrfach darauf hin, dass nur wenige Frauen wissen, dass sie während der gesamten Schwangerschaft von einer Hebamme begleitet werden können.

■ Erhebung des Neugeborenen-Status:

Die Erstuntersuchung des Neugeborenen gehört nach Auskunft beider Expertinnen bereits zu den Kompetenzen der Hebammen. Die Ausweitung auf den Neugeborenen-Status (bis zum ersten Lebensjahr) hält Expertin 7 für ein mögliches Einsatzfeld von AP Hebammen.

■ Erweiterung der Rolle in der Gebärabteilung:

Assistierende beim Kaiserschnitt, Dammrissnähen etc. Kaiserschnitte gehören nach Ansicht beider Expertinnen in den Kompetenzbereich der Ärzt/innen; die Assistenzfunktion scheint ihnen keine geeignete Rolle für AP Hebammen. Dammrisse ersten und zweiten Grades würden von freischaffenden Hebammen oder bei hebammengeleiteten Geburten in Spitälern heute schon selbständig genäht. Diese Kompetenzen könnten jedoch noch ausgebaut werden.

■ Betreuung von Schwangeren mit genitalen Verstümmelungen:

Beide Expertinnen betonen, dass es hierzu eine Weiterbildung braucht, wobei Expertin 7 eine AP Rolle mit Fokus auf transkulturellen Kompetenzen als Entwicklungsmöglichkeit sieht, wobei die Betreuung von Frauen mit Genitalverstümmelungen eines von mehreren Teilgebieten wäre. Für Expertin 8 hingegen handelt es sich bei diesem Versorgungsbereich um eine Spezialisierung, nicht um einen Teil der AP.

■ Verordnung von Laboranalysen und Tests (Ultraschall, Blutuntersuchung etc.):

Für beide Expertinnen stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der innerberuflichen Differenzierung, da Hebammen bereits heute gewisse Analysen verordnen können. Diese Liste sei jedoch ziemlich eingeschränkt und die Veranlassung einer Verordnung durch den Arzt häufig umständlich, ja unnötig. Man müsse sich deshalb überlegen, welche Rechte man den Grundkompetenzen der Hebammen und welche den Kompetenzbereich der AP zuordnen wolle.

■ Versorgung von Frauen mit intrauteriner Wachstumsretardierung:

In der pränatalen und postnatalen Versorgung solcher Frauen sehen beide Expertinnen Entwicklungspotential von AP-Rollen. Expertin 7 verweist auf die Versorgungslücke nach dem Spitalaustritt, und Expertin 8 plädiert dafür, dass Hebammen mit viel Erfahrung in diesem Bereich ihre Funktion eigenverantwortlich und selbständig wahrnehmen können sollten, ohne wie bisher dafür eine ärztliche Verordnung zu benötigen.

■ Erstbehandlung von Schwangeren mit Beschwerden wie Erbrechen, Dehydration etc.:

Beide Expertinnen weisen darauf hin, dass Hebammen bereits heute die Kompetenz haben, Frauen mit problemlosem Schwangerschaftsverlauf zu betreuen und bei Komplikationen an den Arzt, die Ärztin zu überweisen. Für die Entwicklung der AP-Rolle in der Erstkonsultation brauche es einerseits eine andere

Entschädigungsregelung (heute braucht es für solche Behandlungen eine ärztliche Verordnung, wenn eine Frau bereits 6 Hebammenkonsultationen in Anspruch genommen hat), andererseits eine «Umsozialisierung», da heute die Schwangeren für Kontrollen und Beschwerden die Gynäkologin aufsuchten und nur 2–5% der Frauen wüssten, dass sie sich auch durch eine Hebamme betreuen lassen können.

■ **Leitung von Abteilungen, Ausbildung, Forschung, Weiterentwicklung der Praxis:**

Dass Geburtenabteilungen neu von Hebammen und nicht wie bisher von Ärzt/innen geleitet werden, ist ein grosses Anliegen des Berufsverbandes, der am Hebammenkongress 2013 begonnen hat, Unterschriften für eine entsprechende Petition zu sammeln, sagt Expertin 7. Forschung und Ausbildung gehört für sie zwar auch zur AP Rolle, jedoch eher als Teilbereich; wichtiger sei die Rollenklärung in der Praxis. Der Theorie-Praxis-Transfer erfolge bereits heute, da sich die Fragestellungen in Forschung und Ausbildung immer aus der Praxis speisten. Sie weist darauf hin, dass es schwierig sei, Forschungsgelder zu generieren für hebammenspezifische Interventionen, die nicht ein Krankheitsbild betreffen, sondern die Stärkung der Gesundheit. Sie habe auch den Eindruck, dass Forschungsgelder eher an Universitäten gehen als an Fachhochschulen.

■ **Substitution von Ärzt/innen:**

Expertin 8 hält eine Substitution von Geburtshelfern/Gynäkologinnen durch AP Hebammen prinzipiell für möglich, jedoch fehle dazu der politische Wille, da die freie Berufsausübung ein hohes Gewicht habe und der Staat daher nur wenig mit Planungsmassnahmen eingreife. Ein Mentalitätswandel diesbezüglich wäre möglich, wenn es an Personal mangeln würde, was jedoch bzgl. Geburtshelfer/Gynäkologinnen zumindest in städtischen Regionen nicht der Fall sei. Expertin 7 hält die Diskussion um Advanced Practice für eine gute Chance, gewisse Kompetenzen und Aufgaben, die ursprünglich Hebammen zugeordnet waren und mit der Einführung des Krankenkassenwesens sukzessive an die Ärzteschaft übergegangen sei, zu den Hebammen zurückzuführen. Dabei gehe es nicht darum, jemandem etwas wegzunehmen, sondern um eine Aufgabenteilung, welche die bestmögliche Betreuung von Mutter und Kind ermögliche. Mit der Technisierung der Geburtsmedizin, der Fertilitätsproblematik etc. würden gewisse Aufgabenbereiche auch weiterhin im Kompetenzbereich der Medizin bleiben; die physiologische Betreuung der Schwangeren sowie die Begleitung bei der Geburt und im Wochenbett gehörten in den Kompetenzbereich der Hebammen. Bei einer klaren gesetzlichen Verankerung dieser Kompetenzen, so die Erwartung von Expertin 7, würden sicher mehr Frauen bei Eintreten einer Schwangerschaft als Erstes die Hebamme aufsuchen und nicht eine Gynäkologin.

■ **Interprofessionelle Zusammenarbeit:**

Teamarbeit zwischen Hebammen und Ärzt/innen gebe es heute nur punktuell, meint Expertin 8. Gründe dafür sieht sie einerseits im Bedürfnis der Frauen nach einem persönlichen Vertrauensverhältnis im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, andererseits mangle es seitens der Ärzteschaft an Anerkennung der Kompetenzen nichtärztlicher Gesundheitsberufe und an der Bereitschaft, Aufgabenbereiche abzugeben. Ausserdem fehle in der Ausbildung das Training der interdisziplinären Zusammenarbeit. Als funktionierendes Beispiel solcher Zusammenarbeit nennt Expertin 7 Geburtshäuser oder Hebammenpraxen, die jeweils ärztliche Unterstützung beziehen, wenn Komplikationen auftreten. Allerdings stünden die Geburtshäuser seit der Einführung der DRG unter grossem Kostendruck, und die eher tiefe Nachfrage (geringer Bekanntheitsgrad) könne zum Teil nicht bedient werden, weil angesichts der tiefen Löhne die Hebammenstellen nicht immer besetzt werden könnten. Das Versorgungsmodell der kontinuierlichen Betreuung, das gemäss Studien zu besseren Outcomes bei Mutter und Kind führe, sei gefährdet.

5.2.3 Regulierung

Die Bedingungen und Handlungsfelder der Advanced Practice könnten zu einem grossen Teil im Gesundheitsberufegesetz geregelt werden, mit einer Bachelorstufe und dem Masterniveau, meint Expertin 7.

Allerdings sei das Profil von Master-Hebammen in der Praxis noch nicht klar definiert – daran arbeiteten derzeit die Berufskonferenz Hebamme der Fachhochschulen und auch der Hebammenverband. Es gebe jedoch auch viele Aspekte der AP, die in Zusammenarbeit mit den Akteuren im Gesundheitswesen (Krankenkassen, GDK, EDK u.a.) festgelegt werden müssten, z.B. die Finanzierung. Je nach Handlungsfeld oder Spezialisierung müssten auch die Entschädigungsregelungen angepasst werden. Bei der Differenzierung der Berufsprofile stelle sich grundsätzlich die Frage, was man als Basiskompetenz des Hebammenberufs definiere. Das Erstbehandlungsrecht im Sinne der Begleitung von Schwangeren gehöre z.B. zum Kernauftrag der Hebammen. Wenn am falschen Ort differenziert werde und dadurch die Handlungsfelder der Bachelorabsolventinnen eingeschränkt würde, könne sich dies nachteilig auswirken.

Die Berufspraxis der Hebammen sei durch die Gesundheitsgesetze der Kantone geregelt, sagt Expertin 8. Da die meisten Kantone ihre Gesetze in den letzten 10, 15 Jahren revidiert hätten, werde wohl nicht erneut eine Revision in Angriff genommen. Hingegen könnten sich auf der Ebene KVG Änderungen bezüglich der Entschädigung von Leistungen ergeben, und in einigen Kantonen werde versucht, die Kompetenz zum Ausstellen von Arbeitsfähigkeitszeugnissen in die Liste der Leistungen aufzunehmen.

5.3 Zusammenfassung

Der Zugang zum Hebammenberuf verläuft entweder nach dem «direct-entry» Modell oder als Spezialisierung für Pflegefachpersonen. Für die Qualifizierung als AP Hebamme werden in vielen Ländern ein Masterabschluss, klinische Weiterbildung und Praxiserfahrung verlangt. Die Literaturübersicht zeigt, dass AP Hebammen gewisse ärztliche Aufgaben übernehmen können, bei vergleichbarer Behandlungsqualität. Viele Studienergebnisse sprechen für eine Stärkung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle, die sich auf die Zufriedenheit der Klientinnen, die Gesundheit von Mutter und Kind und die Behandlungs- und Betreuungskosten positiv auswirken.

Die befragten Expertinnen waren geteilter Meinung, ob für ein AP Berufsprofil in der Schweiz eine Masterausbildung vorausgesetzt werden soll. Die Erweiterung und Vertiefung der Kompetenzen, hebammen-spezifische Forschungstätigkeit und ein mit Ärzt/innen vergleichbarer Abschluss sprächen dafür; die hohen Kosten für die Ausbildung bei (zu) tiefen Löhnen insbesondere für frei praktizierende Hebammen, die bereits einen mit AP vergleichbaren Status hätten, ist ein Argument dagegen. Dazu kommt, dass sich die Akademisierung des Berufes und die neue Bachelorausbildung in der Praxis erst noch etablieren müssen.

Mögliche Einsatzbereiche für AP Hebammen gäbe es sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sowie bei der Versorgung von Frauen nach dem Spitalaustritt. Im Vordergrund stehen nach Ansicht der befragten Expertinnen Handlungsfelder im Bereich der physiologischen Betreuung von Frauen und Neugeborenen, wo die Kernkompetenzen der Hebammen liegen. Zentrale Fragen im Zusammenhang mit der Entwicklung von AP Profilen sind deshalb, welche Kompetenzen und Ausübungsrechte (z.B. Verordnung von Tests) als Basiskompetenz der Hebammen definiert werden, welche der AP-Stufe zugeordnet und insbesondere wie die Aufgaben zwischen Ärzt/innen und Hebammen (neu) verteilt werden sollen. Wichtiger noch als die Erweiterung des Tätigkeitsbereichs auf AP Stufe sei die Stärkung der Rolle der Hebammen insgesamt – heute wissen die meisten Frauen gar nicht, dass sie sich durch Hebammen betreuen lassen können.

6 Physiotherapie

6.1 Literaturübersicht Advanced Practice / Extended Scope of Practice in der Physiotherapie

Literatur zu Advanced Practice oder Extended Scope of Practice im Bereich der Physiotherapie beschäftigt sich vielfach mit dem Thema der Erstbehandlung («direct access») durch AP- oder ESP-Physiotherapeut/innen. Das Erstbehandlungsrecht und Triagefunktionen sind wichtig, um Ärzt/innen zu entlasten.

Die Konzepte von Advanced Practice und Extended Scope Physiotherapie werden in den verschiedenen Ländern teilweise unterschiedlich definiert (was in Kanada als AP gilt, wird in Grossbritannien als ESP bezeichnet), und der Unterschied zwischen AP und ESP ist nicht immer klar. In dieser Literaturübersicht wird deshalb von AP/ESP Physiotherapeut/innen insgesamt gesprochen.

Die Literaturübersicht enthält Artikel über Advanced Practice, Extended Scope of Practice oder generell erweiterte Rollen in der Physiotherapie. Dazu wurde Literatur gesucht über neue Versorgungsmodelle mit Physiotherapeut/innen. Die Recherche gemäss der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise ergab ein Total von 44 Artikeln und Studien. Davon wurden 14 Artikel ausgeschieden, da sie nicht dem thematischen Fokus auf AP/ESP entsprachen. Die meisten Artikel betreffen die AP/ESP Physiotherapie in Grossbritannien und Kanada; ein Teil stammt aus Australien, einige Publikationen aus Holland.

6.1.1 Entwicklung von Advanced Practice / ESP in der Physiotherapie

Erweiterte Rollen wurden in der Physiotherapie erstmals in Grossbritannien und Kanada eingeführt, um den Zugang zu einer umfassenden Betreuung innert einer angemessenen Frist zu gewährleisten und eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Diese Neuausrichtung wurde zunächst von Australien und danach auch von weiteren Ländern übernommen. Bis heute gibt es jedoch keine internationalen Standards für die Terminologie, Ausbildung oder Beurteilung der ESP/AP Rollen in der Physiotherapie.

■ Anfang 2000 hat der National Health Service (NHS) in **Grossbritannien** die Entwicklung neuer Rollen in den Gesundheitsberufen initialisiert, um den Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Neu werden gewisse ärztliche Aufgaben von nichtärztlichen Gesundheitsfachkräften übernommen. ESP Rollen in der Physiotherapie wurden zuerst für Erkrankungen des Bewegungsapparates eingeführt. Der Verband der Physiotherapeut/innen (Chartered Society of Physiotherapy CSP) hat drei Niveaus der fortgeschrittenen professionellen Expertise definiert: klinische Spezialist/innen, ESP Physiotherapeut/innen und klinische Berater/innen. Klinische Spezialist/innen sind erfahrene Berufsleute mit vertieftem Wissen in einem spezifischen Fachgebiet, die neben der Arbeit mit Patient/innen auch praktischen Unterricht für Nachdiplomstudien anbieten (Ruston 2008). ESP Physiotherapeut/innen übernehmen nach gezielten Weiterbildungen und Schulungen Aufgaben und Rollen, die über den regulären Rahmen des Fachgebietes hinausgehen, z.B. Injektionstherapien durchführen, Röntgenaufnahmen anfordern, an Spezialist/innen überweisen (Kersten et al. 2007). Der ESP Titel ist nicht geschützt und die Voraussetzungen nicht reguliert, aber viele auf ESP Niveau tätige Physiotherapeut/innen haben einen Masterabschluss oder ein PhD. Um den Einfluss des Masterabschlusses auf den Karriereverlauf zu untersuchen, befragten Green et al. (2008) Physiotherapeut/innen, die in den letzten 10 Jahren eine Masterausbildung gemacht haben. Alle Befragten waren noch im Beruf tätig, 83% hatten klinische Aufgaben, 6.2% hatten eine Beraterrolle, 14.4% arbeiteten als ESP Physiotherapeut/innen und 16.6% als klinische Spezialist/innen.

ESP Physiotherapeut/innen sind in Grossbritannien in den Bereichen Trauma und Orthopädie, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Sport-Verletzungen, Palliativmedizin, Atemwegserkrankungen (respiratory care), Lernschwierigkeiten und psychische Gesundheit tätig. In verschiedenen Studien konnte gezeigt

werden, dass ESP Physiotherapeut/innen eine effektive und qualitativ hochstehende Versorgung bieten, die zur Entlastung der Ärzt/innen und zur Verringerung der Wartezeiten beiträgt und die Kosten reduziert; die Zufriedenheit der Patient/innen ist sehr hoch (Moore 2007, Yardley et al. 2008).

■ In **Kanada** werden Physiotherapeut/innen als Advanced Practitioners bezeichnet, wenn sie ein AP-Weiterbildungsprogramm absolvieren (z.B. in Rheumatologie und Orthopädie), das die klinischen Kompetenzen weiterentwickelt und sie dazu befähigt, auch Aufgaben ausserhalb der regulären Berufspraxis zu übernehmen (dies entspricht dem ESP in Grossbritannien). Wie in Grossbritannien gibt es auch in Kanada «clinical specialists», deren Rolle zusätzlich die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Praxis beinhaltet. In der Provinz Ontario, wo AP-Weiterbildungsprogramme entwickelt wurden, ist der AP-Titel auf institutioneller Ebene anerkannt, allerdings sind die Profile nicht überall einheitlich, und es fehlen eine Regulierung und nationale Standards für die Aus- und Weiterbildung sowie die Zertifizierung. Der Berufsverband in Ontario schlägt vor, AP als neue Berufsgruppe im Register aufzunehmen (Woodhouse 2006). In Kanada wird seit 2010 bereits für die reguläre Berufsausübung ein Masterabschluss verlangt (Yardley et al. 2008).

■ In **Australien** versteht man unter AP Rollen eine Berufspraxis, die zwar über den üblichen Tätigkeitsbereich hinausgeht, jedoch noch immer innerhalb des rechtlich definierten Rahmens angesiedelt ist. Dazu gehören Rollen in multidisziplinären ambulanten Versorgungseinrichtungen sowie von Physiotherapeut/innen geleitete Abteilungen für Triage- und Screening. ESP Physiotherapeut/innen könnten hingegen auch Aufgaben übernehmen wie z.B. Injektionen setzen, die zurzeit rechtlich nicht zum Handlungsbereich der Physiotherapie gehören (Moore 2007). Um ESP Rollen nach britischem Vorbild auch in Australien zu etablieren, bräuchte es eine Verbesserung der Laufbahnstrukturen und Karriereöglichkeiten, um die Attraktivität des Berufes zu steigern, sowie die bessere Anerkennung und Entlohnung von Physiotherapeut/innen, die erweiterte Funktionen erfüllen (Ruston 2008). Die Australian Physiotherapy Association (APA) sieht verschiedene Erweiterungsmöglichkeiten für ESP Rollen, besonders in unterversorgten ländlichen Gebieten: Verschreibungsrecht für gewisse Medikamente, für diagnostische Bildgebung und Pathologietests, selbständiges Setzen von Injektionen, kleine Wundnahten setzen und Nahtmaterial entfernen. Es wird erwartet, dass ESP durch die erweiterten Kompetenzen Wartezeiten reduzieren und durch die frühzeitige Intervention positive Auswirkungen auf den Krankheits- und Genesungsverlauf haben (Moore 2007).

6.1.2 Einsatzbereiche

Orthopädie und Erkrankungen des Bewegungsapparates

■ In einer systematischen Literaturübersicht eruierten Kersten et al. (2007) [Q] die Einsatzbereiche und die Beweggründe für die Einführung von ESP Rollen in mehreren Ländern. Die Mehrheit der 152 Studien (89%) stammte aus Grossbritannien, über die Hälfte thematisierten Einsätze von ESP Physiotherapeuten in den Bereichen Orthopädie und Muskelerkrankungen. In viele Studien wurden der Ärztemangel, lange Wartezeiten und eine steigende Nachfrage nach physiotherapeutischen Dienstleistungen als Gründe für die Einführung von ESP genannt.

■ Stanhope et al. (2012) [Q] beschreiben in einer Literaturübersicht Rollen und Kompetenzen der ESP Physiotherapeut/innen in der Orthopädie. Die Aufgabenprofile und der Grad der Autonomie waren in den berücksichtigten Studien sehr heterogen. ESP Physiotherapeut/innen hatten erweiterte Funktionen in der Therapie, Diagnostik und Beratung sowie im Management, machten Injektionstherapien, konnten diagnostische Tests anfordern (Röntgenaufnahmen, Bluttests u.a.) und Patient/innen an Spezialist/innen, andere Therapeut/innen, in Schmerzkliniken oder an Chirurgen überweisen. Die Fähigkeit zur Diagnosestellung bzw. deren Adäquatheit war bei ESP Physiotherapeut/innen vergleichbar mit Orthopäd/innen, bei tendenziell tieferen Kosten und kürzeren Wartezeiten. Allerdings seien diese Aussagen zur Effektivität von ESP

Physiotherapeut/innen mit Vorsicht zu interpretieren, da es nach wie vor an zu wenig qualitativ gute Studien in diesem Bereich gebe.

■ Oldmeadow et al. (2008) **[CT]** bemessen die Wirksamkeit und Qualität einer von Physiotherapeut/innen geführten Untersuchungsklinik für Erkrankungen des Bewegungsapparates in Australien. Die Physiotherapeut/innen (mit postgradualer Weiterbildung) haben eine Gate-Keeper-Funktion, indem sie Patient/innen mit nicht akuten Erkrankungen des Bewegungsapparats, die von Ärzt/innen in die Klinik überwiesen wurden, detailliert untersuchen und entscheiden, ob diese an einen orthopädischen Chirurgen überwiesen werden müssen. Fast zwei Drittel der 52 Studienteilnehmer brauchten keine Operation, sondern konnten durch physiotherapeutische Interventionen behandelt werden. Die Überprüfung der Diagnosestellung durch Orthopäd/innen zeigte, dass die Einschätzung und Behandlungspläne der Physiotherapeut/innen in 74% der Fälle mit der Beurteilung der Orthopäd/innen übereinstimmten. Diese Untersuchungsklinik erwies sich demnach als effizient (reduzierte Wartelisten) und von hoher Qualität; sowohl die orthopädischen Chirurgen als auch die Patient/innen waren mit diesem Versorgungsmodell zufrieden.

■ MacKay et al. (2007) **[Q]** vergleichen klinische Empfehlungen von spezialisierten Physiotherapeut/innen und von orthopädischen Chirurgen in Kanada, welche Patient/innen mit Knie- und Hüftproblemen bezüglich eines vollständigen Gelenkersatzes beraten. 62 Patient/innen wurden sowohl von spezialisierten Physiotherapeut/innen und orthopädischen Chirurgen gesehen. Orthopädische Chirurgen haben öfter einen vollständigen Gelenkersatz empfohlen als spezialisierten Physiotherapeut/innen; in 85% der Fälle war jedoch die Empfehlung gleich und in 69% der Fälle war die Diagnose beider Fachpersonen identisch.

■ Die Studie von Aiken et al. (2007) untersucht die Effektivität einer erweiterten Rolle von Physiotherapeut/innen in der ambulanten Versorgung von Patient/innen mit Hüft- und Kniebeschwerden in Kanada. Physiotherapeut/innen konnten die orthopädischen Chirurg/innen entlasten, indem sie die prä- und postoperative Betreuung von Patient/innen übernahmen. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle kamen die Chirurg/innen und die Physiotherapeut/innen zu gleichen oder ähnlichen Beurteilungen der Patient/innen. Mit diesem Versorgungsmodell konnten AP Physiotherapeut/innen dazu beitragen, die Wartelisten zu reduzieren, da die Chirurgen mehr Zeit hatten, um Operationen durchzuführen.

■ Nach Woodhouse et al. (2006) **[Q]** trägt der Einsatz von AP Physiotherapeut/innen in Kanada dazu bei, die Wartelisten für Hüft- und Knieoperationen (Gelenkersatz) zu verringern. Ausserdem spielen AP Physiotherapeut/innen Schlüsselrollen in multidisziplinären Versorgungsteams für Osteoarthritis, bei der Triage von Patient/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparats und bei der postoperativen Betreuung von Personen mit künstlichen Hüft- oder Kniegelenken.

■ Kennedy et al. 2010 **[CT]** untersuchten die Zufriedenheit von kanadischen Patient/innen, die nach einer Hüft- oder Kniegelenkersatzoperation entweder durch AP Physiotherapeut/innen oder durch orthopädische Chirurg/innen betreut wurden. Die Zufriedenheit der Patient/innen mit dem AP-Versorgungsmodell war hoch.

■ Die Literaturübersicht von Desmeules et al. (2012) **[Q]** zur Effektivität von AP und ESP Physiotherapeut/innen in der Betreuung von Erkrankungen des Bewegungsapparates zeigt kohärente Ergebnisse: Physiotherapeut/innen in erweiterten Rollen erbringen gleiche oder sogar bessere Leistungen als Ärzt/innen in Bezug auf die diagnostische Genauigkeit, die Behandlungseffektivität, die Verwendung von medizinischen Mitteln, die Kosten und die Zufriedenheit der Patient/innen.

Arthritis

■ Lunden et al. (2009) **[Q]** untersuchen, wie sich die Weiterbildung für die Versorgung von Patient/innen mit Arthritis (Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Programm, ACPAC) auf die Rollen in der klinischen Praxis auswirkt. Die klinischen Kenntnisse und Fähigkeiten wurden durch dieses Programm erhöht. Die neu ausgebildeten Physio- und Ergotherapeut/innen übernahmen mehr klinischen Aufgaben

und Verantwortlichkeiten in ihrer ESP Rolle, steigerten ihre Effizienz in der klinischen Praxis, übernahmen Rollen in der Beratung und Mentoring im Bereich der Arthritis Versorgung, verbesserten die interprofessionelle Zusammenarbeit und erleichterten den Zugang zur Versorgung, besonders für Patient/innen in abgelegenen Gebieten.

■ Lineker et al. (2011) [Q] haben untersucht, inwiefern kanadische Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen, die das Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Programm absolviert haben, in der Behandlung von Arthritis-Patient/innen anders arbeiten als erfahrene Therapeut/innen ohne solche Ausbildung. Den ESP Therapeut/innen wurden mehr Patient/innen zur Beurteilung undifferenzierter Arthritis überwiesen (52% vs. 14%), sie dokumentierten häufiger Komorbiditäten (90% vs. 66%), vertraten häufiger die Interessen der Patient/innen gegenüber der Familie und den Ärzt/innen (52% vs. 21%), machten häufiger Empfehlungen für Übungen, Haltung und den Umgang mit Schmerzen und verordneten öfter Hilfsmittel und diagnostische Tests. Die anderen Therapeut/innen machten hingegen häufiger auf Massnahmen zur Schonung von Gelenken und kommunale Dienstleistungseinrichtungen aufmerksam.

■ In Kanada wurde ein neues Versorgungsmodell in einem Orthopädie- und Arthritis-Zentrum entwickelt, wo AP Physiotherapeut/innen eine erweiterte Rolle übernehmen, um den Zugang und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Robarts et al 2008 [Q] beschreiben, wie die AP Physiotherapeut/innen Chirurg/innen entlasten, indem sie die Überweisung von Patient/innen für die chirurgische Konsultation managen und die post-operative Betreuung von Patient/innen nach Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen übernehmen. Das auf Zusammenarbeit basierende Versorgungsmodell konnte die Wartezeiten reduzieren, die Prozesse zur Beurteilung von Patient/innen und die Koordination der Versorgung verbessern.

■ Physiotherapeut/innen haben in verschiedenen Ländern (u.a. Grossbritannien, Kanada, Holland) ihre Rolle in der Versorgung von Arthritis-Patient/innen erweitert (Li et al. 2010) [Q]. Zu den Aufgaben und Kompetenzen von ESP Physiotherapeuten gehören die umfassende Untersuchung von Patient/innen, die Anordnung von Pathologietests und das Monitoring der Medikamenteneinnahme mittels Blut- und Urin- tests. Um diese Funktionen auszuüben, wurden in den einzelnen Ländern verschiedene Weiterbildungsangebote entwickelt (die von 3 Tage bis 10 Monate dauern).

Notfallstationen

■ In Grossbritannien wurden erweiterte Rollen für Physiotherapeut/innen in der Notaufnahme – genannt «Emergency Physiotherapists» – entwickelt, um auf die wachsende Nachfrage reagieren zu können und die Dienstleistungen zu verbessern (Crane et al. 2013). AP Physiotherapeuten betreuen in Notfallstationen Patient/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates selbständig vom Eintritt bis zur Entlassung, führen die Untersuchung durch und veranlassen ggf. eine Überweisung. In einer Literaturübersicht bewertet Bethel (2005) [Q] die Effizienz von solchen Rollen. Die grössten Beiträge wurden in der Verringerung der Warteliste und in der Befriedigung der Patient/innen gefunden. Der Nachteil dieser Rollen besteht in die geringen Anzahl Patient/innen in kleinen Notfallstationen, die sie betreuen können.

■ Smith et al. (2004) [Q] beschreiben die Entstehung von neuen Rollen für Physiotherapeut/innen in Notfallstationen in Grossbritannien. Bei akuten Knieverletzungen haben ESP Physiotherapeut/innen die Behandlung übernommen, wenn die Patient/innen keine orthopädische Intervention gebraucht haben. In diesem Rahmen konnten ESP Physiotherapeut/innen Röntgenaufnahmen und Magnetische Resonanzspektroskopie verordnen. ESP Physiotherapeut/innen waren in der Diagnose von Knieverletzungen effizienter als Ärzt/innen. Die Erstbehandlung durch ESP Physiotherapeut/innen wurde auch im Rahmen von Weichteilschädigungen eingesetzt.

■ In Australien wurden ESP Physiotherapeut/innen in der Notaufnahme und in orthopädischen Einheiten als effizient eingeschätzt, indem sie die Wartezeit reduzieren, die Anzahl betreute Patient/innen erhöhen, die Überweisung an andere Spezialist/innen und Gesundheitsdienste erleichtern und die Zufriedenheit der

Patient/innen erhalten konnten. Physiotherapeut/innen haben auch ESP Rollen in Radiographie übernommen, wo sie konventionelle Röntgenaufnahmen anordnen und interpretieren. Dadurch können sich die Radiolog/innen auf komplexeren Aufgaben konzentrieren (Ruston 2008) [Q].

■ Lau et al. (2008) [RCT] untersuchen den Effekt einer frühzeitigen physiotherapeutischen Behandlung bei 110 Patient/innen in Hong Kong, die mit akuten Rückenschmerzen eine Notfallstation aufsuchen. Die Hälfte der Patient/innen erhielt eine physiotherapeutische Intervention, die aus Information und Beratung, Beruhigung, Schmerzmanagement und Interferenztherapie, Mobilitäts- und Gehtraining sowie Gehhilfen bestand. Die Kontrollgruppe erhielt nur Gehtraining und ggf. Gehhilfen. Alle Teilnehmer erhielten zudem eine konventionelle medizinische Behandlung und ambulante Physiotherapie. Patient/innen in der Interventionsgruppe hatten sowohl beim Austritt aus der Klinik als auch bei der Anmeldung bei der ambulanten Versorgungsstelle nach einem Monat weniger Schmerzen. Allerdings war der Effekt der frühzeitigen physiotherapeutischen Behandlung nach 3 und 6 Monaten kaum mehr festzustellen.

■ Die Literaturübersicht von McClellan et al. (2010) [Q] zur Effektivität von ESP Physiotherapeut/innen, die in Notfallstationen Patient/innen vom Eintritt bis zur Entlassung selbständig betreuen, zeigt, dass Behandlungsergebnisse und die Kosten dieses Versorgungsmodells vergleichbar ist mit der Versorgung durch Ärzt/innen. ESP Physiotherapeut/innen halten sich an die standardisierten Abläufe in der Notaufnahme, verbringen jedoch mehr Zeit mit den Patient/innen, und die Zufriedenheit der Patient/innen ist höher, wobei die von ESP betreuten Patient/innen manchmal mehr Zeit brauchen, bis sie wieder ihre gewöhnlichen Alltagsaktivitäten aufnehmen können. Insgesamt empfehlen die Autor/innen den Einsatz von ESPs in dieser Rolle, da sie eine hohe und bezahlbare Versorgungsqualität bieten und dazu beitragen können, den Personalmangel in den Notaufnahmen zu entschärfen. Auch Anaf et al. (2007) kommen in ihrer Literaturübersicht zum Schluss, dass ESP Physiotherapeut/innen in Notfallstationen zu verringerten Wartezeiten und einer hohen Patientenzufriedenheit beitragen können.

Neue Versorgungsmodelle

■ Direkter Zugang: Der Begriff «direct access» (auch als «patient self-referral» bezeichnet) bezieht sich auf physiotherapeutische Dienstleistungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden können. Gegen dieses Modell werden zwei Hauptargumente vorgebracht. Erstens wird befürchtet, dass für Patient/innen ohne eine ärztliche Verordnung ein Sicherheitsrisiko besteht. Zweitens gibt man zu bedenken, dass dadurch deutlich mehr physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen würden. Diese Befürchtungen haben sich jedoch in den Ländern, wo der direkte Zugang möglich ist, nicht bewahrheitet. In der Hälfte der europäischen Länder ist der direkte Zugang möglich. Meistens werden die Leistungen in privaten Praxen erbracht (79%); in 58% der Fälle werden sie allerdings von der Krankenversicherung nicht übernommen. In einigen Ländern reicht eine physiotherapeutische Grundausbildung, um Patient/innen ohne Verordnung behandeln zu können; in anderen Ländern wird eine Masterausbildung und/oder die berufliche Weiterbildung oder die Supervision der Praxistätigkeit während einer gewissen Zeit verlangt. Physiotherapeut/innen, die ohne ärztliche Verordnung praktizieren, werden also nicht immer als AP/ESP betrachtet (WCPT 2011).

■ Maddison et al. (2004) [Q] beschreiben ein Triagekonzept, das in einem britischen Spital für Erkrankungen des Bewegungsapparates implementiert wurde, da die Anzahl Überweisungen durch Hausärzt/innen so stark angestiegen war, dass die Patient/innen sehr lange warten mussten. Zudem war die Koordination der vier zuständigen Abteilungen mangelhaft, und die interne Weiterverweisung der Patient/innen war häufig falsch oder geschah doppelt. Nebst der Einführung einer zentralen klinischen Triage wurden auch standardisierten Verfahren für die Überweisung an die Spezialabteilungen entwickelt, eines davon spezifisch für Patient/innen mit Rückenschmerzen, die von ESP Physiotherapeut/innen beurteilt werden. Ausserdem wurden drei ambulante Aussenstellen für Patient/innen mit leichten Erkrankungen

des Bewegungsapparates eingerichtet, die gemeinsam von Allgemeinärzt/innen und ESP Physiotherapeut/innen geleitet werden. Nach der Einführung dieser Massnahmen hat sich die Anzahl Überweisungen zwar erhöht, aber gleichzeitig konnten die Wartezeiten deutlich verringert werden, und es gab keine doppelten Überweisungen mehr. Zusätzlich wurden Schulungsprogramme für Hausärzt/innen geplant, damit diese ihre Patient/innen möglichst korrekt entweder an die Physiotherapie oder an Fachärzt/innen überweisen. Eine Befragung der Patient/innen hat gezeigt, dass diese mit dem neuen Service zufrieden sind.

■ In Australien ist die Wartezeit für Konsultationen mit Orthopädist/innen häufig sehr lange; Patient/innen, die operiert werden müssen, haben zusätzliche Wartezeit in Kauf zu nehmen, auch bei dringenden Operationen. Dies kann zu erhöhter Morbidität führen, da es meist keine Versorgungsangebote während dieser Wartezeit gibt. Morris et al. 2011 [Q] evaluieren den Effekt einer telefonischen Triage-massnahme, um diese Probleme zu entschärfen. Zwei Physiotherapeut/innen fragten die Patient/innen auf der orthopädischen Warteliste, ob sie an ihrem Termin festhalten wollten oder nicht, und sie konnten wählen, ob sie alternativ auch an eine neue multidisziplinäre Fachklinik oder an die Physiotherapie überwiesen werden wollten. 16.4% der Patient/innen sagten ihren Termin ab (vor Einführung der Massnahme: 0.1%), 18% wurden zur multidisziplinären Fachklinik überwiesen, 26% wurden an Physiotherapeut/innen überwiesen. Mit diesen Massnahmen konnten sowohl die Wartezeiten als auch die Behandlungskosten erheblich verringert werden.

■ Ein gemeindenahes interprofessionelles Netzwerk wurde in Holland für die Behandlung von Parkinson gegründet. Ärzt/innen in diesen Netzwerken überweisen Patient/innen mit Anzeichen der Parkinson Krankheit an die Physiotherapie. Munneke et al. (2010) [RCT] untersuchten die Effizienz dieses Netzwerks, wobei 699 Patient/innen zufällig zu diesem Netzwerk oder zur normalen Versorgung zugeteilt wurden. Zwar hatte das neue Versorgungsmodell keinen besonderen Effekt auf den Gesundheitszustand der Patient/innen, die Kosten konnten jedoch durch das Netzwerk reduziert werden.

6.2 Situation der Physiotherapie in der Schweiz

Die berufsqualifizierende Ausbildung für Physiotherapie wird seit 2004 nur noch an Fachhochschulen angeboten. 2010 startete der Masterstudiengang (MSc) in Physiotherapie, der von der Berner Fachhochschule in Zusammenarbeit mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften angeboten wird, 2012 wurde der MScPT durch das WBF akkreditiert. Physiotherapeut/innen MScPT können dank ihrer klinischen Expertise mit chronisch Kranken oder komplexen medizinischen Problemen arbeiten, Forschung betreiben, eine führende Rolle in der evidenzbasierten Weiterentwicklung der Praxis einnehmen, andere Physiotherapeut/innen beraten und in der Lehre tätig sein (Huber et al., 2011). Daneben gibt es auch die Möglichkeit, mit MAS, DAS oder CAS Ausbildungen das Wissen in einem bestimmten Bereich zu vertiefen und die Kenntnisse in wissenschaftlicher Methodik zu erweitern. Schon vor der Akademisierung der Laufbahnstrukturen habe es jedoch in der beruflichen Praxis der Physiotherapeut/innen eine «Kultur der Recherche» gegeben, initiiert v.a. von Expert/innen, die im Ausland einen MSc oder PhD gemacht haben (ebd.).

Der Berufsverband Physioswiss hat 2010 als Alternative zu den akademisch geprägten Karrieremöglichkeiten das Berufsprofil «Klinische/r Spezialist/in» entwickelt. Voraussetzung sind mindestens fünf Jahre Berufserfahrung (verteilt auf maximal 10 Jahre) im Fachbereich, eine aktuelle Berufstätigkeit von mindestens 30% sowie eine Weiterbildung und eine bestimmte Anzahl Stunden «reflektierter klinischer Arbeit». Es besteht die Möglichkeit, zwischen einem klinischen (grössere Anteile an reflektierter Praxis) und einem akademischen Ausbildungsweg zu wählen. Den Titel «Klinische Spezialistin, Klinischer Spezialist physio-

swiss» gibt es für die Fachbereiche Allgemeine Physiotherapie, Muskuloskelettal, Neuromotorik und Sensorik, Innere Organe und Gefässe, Pädiatrie und Geriatrie.¹⁴

Für die nahe Zukunft erwartet der Bericht «La physiothérapie en mutation» der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, dass der MSc, der gegenwärtig berufsbegleitend angeboten wird, auch in einem konsekutiven Vollzeitstudium gemacht werden kann. Die Erwartung ist, dass 20 bis 25% der Bachelor-Absolvent/innen einen Masterabschluss anstreben werden. Daneben wird auch die Möglichkeit, in der Schweiz zu doktorieren, angestrebt (Huber et al., 2011).

In der Schweiz werden physiotherapeutische Leistungen nur nach einer ärztlichen Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Dementsprechend gehen nur 6% der Patient/innen direkt in die Physiotherapie, wenn sie Rückenbeschwerden haben; die Mehrheit geht als Erstes in die allgemeinmedizinische Sprechstunde (59%), ein Teil der Patient/innen wenden sich an Chiropraktiker oder von den Versicherungen anerkannte alternative Dienstleister (z.B. Osteopathie). Gemäss einer Befragung würden 66% der Schweizer/innen jedoch gerne direkt zu Physiotherapeut/innen gehen; das Vertrauen in die Effizienz und Qualität der physiotherapeutischen Versorgung ist hoch (Huber et al. 2011).

6.3 Einschätzung von Expert/innen zu AP in der Physiotherapie

6.3.1 Profil und Ausbildung

Die Hochschulvertreterin (Expertin 10) sieht sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit für die Entwicklung von AP Rollen in der Physiotherapie, in erster Linie in der Funktion des Erstkontaktes und der Triage für Patient/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. In diesen Bereichen seien Physiotherapeut/innen kompetenter als die meisten Hausarzt/innen, die zudem häufig überlastet seien. Patient/innen müssten bei akuten Problemen oft lange warten, bis sie die hausärztliche Verordnung für Physiotherapie erhalten. Auch für die Gesundheit der Patient/innen wäre es deshalb sinnvoll, wenn sie die Möglichkeit hätten, direkt zur Physiotherapie zu gehen. Für diese Funktion des Erstkontaktes und der Beurteilung/Triage ist nach Ansicht von Expertin 10 ein Bachelorabschluss nicht ausreichend – es brauche dazu Berufserfahrung und eine Weiterbildung. Dies müsse jedoch nicht zwingend ein Master of Science sein, der auf Forschung und evidenzbasiertes Arbeiten fokussiere. Denkbar wäre auch ein MAS, der sich auf fachspezifische Aspekte konzentriert. Sinnvoll wäre es aus Sicht der Expertin 10, eine Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren als Zugangsvoraussetzung zum Masterstudium festzulegen, da die AP auf einen Bedarf der Praxis zugeschnitten sei, während die Entwicklung der Masterstudiengänge aus der akademischen Welt komme und der Logik der Bildungssystematik folge.

Expertin 10 weist darauf hin, dass es in der Berufswelt dringend Veränderungen brauche, damit sich die Weiterbildung auf Masterstufe für Physiotherapeut/innen auch lohne. Gegenwärtig sei es so, dass die Masterabsolvent/innen trotz enormem Wissens- und Kompetenzzuwachs häufig in der Praxis keine Erweiterung ihres Arbeitsbereiches erhalten. Vereinzelt würden sie in Forschungsprojekten eingesetzt oder in leitenden Funktionen, aber meistens ändere sich nichts, weder könnten sie spannendere Aufgaben noch eine verbesserte Position einnehmen, und der Lohn bliebe gleich. Daher sei der Master für Physiotherapeut/innen in vielen Fällen nicht sehr attraktiv.

Das Anbieten von physiotherapeutischen Leistungen mit Erstbehandlungsrecht («direct access») wäre in der Schweiz eine AP-Rolle, gehöre jedoch in etwa der Hälfte der europäischen Ländern zum regulären Berufsbild der Physiotherapie, sagt der Verbandsvertreter (Experte 9). In jenen Ländern könne man die Advanced Practice demnach von einer anderen Ausgangsbasis her entwickeln. Um Patient/innen ohne

¹⁴ <http://www.physioswiss.ch/swiss/weiterbildung/klinische-weiterbildung.htm> (Stand 15.08.2013).

ärztliche Verordnung behandeln zu können, brauche es Kompetenzen in der klinischen Entscheidungsfindung und die Fähigkeit, bestimmte Diagnosen ausschliessen zu können. Heute sei es so, dass Physiotherapeut/innen MSc in der Forschung, in der Lehre und in spezialisierten klinischen Bereichen tätig sind, was in Richtung einer Advanced Practice gehe. Für AP Rollen sei jedoch die klinische Expertise entscheidend, und dies könne im Masterstudiengang alleine nicht vermittelt werden. Aus seiner Sicht müsste der AP Titel daher nicht zwingend an ein MSc geknüpft sein. Manchmal sei ein MAS, der die klinischen Kompetenzen vertiefe, nützlicher. Es müsse auch unbedingt vermieden werden, dass Berufsleute, die viel Erfahrung und Expertise haben, von den neuen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden. Nicht zuletzt deshalb habe man den Titel «Klinische/r Spezialist/in» geschaffen.

Seitens des Berufsverbandes sieht man die Akademisierung und das Entwickeln neuer Versorgungsmodelle als wichtige Voraussetzung für die Entstehung von AP Berufsbildern. Für eine rechtliche Verankerung der neuen Berufsprofile sei es jedoch noch zu früh. Zuerst brauche es Zeit, um diese Profile aus der Praxis heraus zu entwickeln.

6.3.2 Rollen und Einsatzbereiche

Zu den in der internationalen Literatur gefundenen Rollen und Kompetenzen nehmen die Expert/innen wie folgt Stellung:

■ Erstbehandlung, Triage und Versorgung von Patient/innen:

In Bereichen wie Erkrankungen des Bewegungsapparates, Weichteilschädigungen, Rheumatologie, Handtherapie, bei motorische Lernschwierigkeiten, Sportverletzungen, Atemwegserkrankungen (respiratory care), neurologischen Problemen und Fragen der psychischen Gesundheit, so Expertin 10, seien Physiotherapeuten kompetent. AP-Physiotherapeuten könnten die Erstbeurteilung und Versorgung/Behandlungsplanung vornehmen. Experte 9 merkt an, dass bereits heute 90% der Verordnungen für Physiotherapie keine Diagnose enthalten, obwohl dies formell zum ärztlichen Verantwortungsbereich gehöre – Physiotherapeut/innen müssten hier heute schon selbständig über die Behandlung entscheiden. Da die Wartezeiten für Konsultationen bei Spezialärzt/innen und/oder chirurgische Eingriffe in der Schweiz nicht sehr lange seien, stehe die Triagefunktion, wie man sie z.B. in Grossbritannien entwickelt habe, nicht im Vordergrund.

■ Postoperative Betreuung von Patient/innen:

Da es einen Mangel an Spitalbetten gebe, werde das Niveau der Aktivitäten von Patient/innen vor dem Spitaleintritt von Physiotherapeut/innen evaluiert. Wenn das Niveau gut ist, werde die postoperative Rehabilitation zu Hause von Physiotherapeut/innen organisiert, sagt Experte 9.

■ Röntgenaufnahmen anordnen und interpretieren:

Physiotherapeut/innen hätten die nötigen Kompetenzen zu entscheiden, wann es eine Röntgenaufnahme braucht, sagt Expertin 10. Deren Interpretation gehöre jedoch nicht zum physiotherapeutischen Kerngebiet. Experte 9 hält einen Ausbau dieser Kompetenzen im begrenzten Rahmen für möglich, sofern sie der praxisbezogenen Entscheidungsfindung dienen.

■ Wundnahten setzen, Nahtmaterial entfernen, Injektionen setzen:

Diese Aufgaben gehören nach Ansicht der Expert/innen nicht zum Kerngebiet der Physiotherapie.

■ Verschreibung von diagnostischen Tests:

Für Expertin 10 ist etwas unklar, inwiefern das Arbeiten mit diagnostischen Tests und dem Monitoring der Medikamenteneinstellung zum AP-Profil gehören soll, welche Zusatzkompetenzen es dazu brauche und in welchem Umfang diese im Masterstudium vermittelt würden. Physiotherapeut/innen hätten zwar Grundkenntnisse der verschiedenen Verfahren und Tests, aber um Pathologietests oder diagnostische Bildge-

bungsverfahren anzuordnen und zu interpretieren, brauche es Spezialkenntnisse und eine intensive Weiterbildung. Sie sieht AP Rollen eher im Erstkontakt und in der Behandlung als im diagnostischen Bereich.

■ **Beratung und klinische Führungsfunktionen:**

Gemäss Expertin 10 leiten bereits heute viele Physiotherapeut/innen Forschungsprojekte, Teams oder Abteilungen. Die Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Berufspraxis werde besonders seit der Tertiärisierung der Ausbildung gefördert; auch in den Kliniken und Spitälern würden Forschungsergebnisse diskutiert und eingebunden. Diesbezüglich habe es eine Weiterentwicklung der Berufsgruppe insgesamt gegeben, solche Aufgaben seien nicht auf AP beschränkt. Experte 9 berichtet, dass es in den meisten Kliniken Formen des Mentorings gebe, wo erfahrenere Berufsleute die jungen Physiotherapeut/innen anleiten und unterstützen, um eine hohe Behandlungsqualität zu garantieren.

■ **Lehre und Forschung:**

Alle Dozierenden hätten heute einen Masterabschluss, aber nur sehr wenige arbeiteten parallel dazu auch mit Patient/innen, sagt Expertin 10. Die meisten seien nur noch an der Hochschule tätig.

■ **Substitution von Ärzt/innen:**

Beide Expert/innen erachtet die Substitution von Hausärzt/innen in Bezug auf Erstbehandlungs- und Überweisungskompetenz als wichtige Veränderung in der Gesundheitslandschaft der Schweiz, die zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen könnte. In gewissen Bereichen seien Physiotherapeut/innen mit ihrem vertieftem Wissen kompetenter als Hausärzt/innen, weshalb sie diese Aufgaben übernehmen können müssten. Voraussetzung dafür wäre gemäss Expertin 10 eine Regelung mit den Krankenversicherern sowie eine Diskussion und Einigung mit dem Ärzteverband darüber, wer welche Aufgaben übernehmen soll. Ziel sei es, das ganze System zu optimieren, möglichst ohne Konkurrenzkampf – es gehe nicht darum, jemandem etwas wegzunehmen, sondern um die bestmögliche Versorgungsqualität. Für Experte 9 wäre der direkte Zugang zur Physiotherapie als Entlastung von Allgemeinpraktikern auch im Kontext interprofessioneller Netzwerke eine wichtige Entwicklung. Diesbezüglich gebe es das Pilotprojekt eines St. Galler Netzwerks von Ärzt/innen und Physiotherapeut/innen, wo ein direkter Zugang möglich ist. Eine Konkurrenzsituation durch AP-Rollen sei vor allem bei den Spezialist/innen zu erwarten (z.B. Orthopädie), zu den Hausärzt/innen hingegen hätten Physiotherapeut/innen gute Beziehungen.

■ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:**

Im stationären Bereich, in der Rehabilitation und auch in der Geriatrie sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit schon weit entwickelt, könnte aber noch verbessert werden, meint Expertin 10. In der ambulanten Versorgung gebe es Kontakte zwischen Ärzt/innen und Physiotherapeut/innen für Fallbesprechungen, aber darüber hinausgehende Zusammenarbeit auch mit anderen Berufsgruppen (im Sinne von Managed Care) gebe es kaum. Dort gebe es viel Entwicklungspotential. Gemäss Experte 9 gibt es im ambulanten Bereich v.a. informelle Netzwerke, welche die Konsultationen bei den Allgemeinärzt/innen senken und die Interventionsdauer bei den Patient/innen verkürzen. Gewisse Fachbereiche wie die Pädiatrie würden komplett im Netzwerk funktionieren, und im CHUV (Lausanne) bestehe bei einigen Patientengruppen (z.B. Patient/innen mit Schwindel oder spastischen neurologischen Problemen, pädiatrische Rheumatologie) eine enge Zusammenarbeit mit gemeinsamen Konsultationen von Ärzt/innen und Physiotherapeut/innen.

6.3.3 Regulierung

Nach Ansicht der Expertin 10 braucht es für die AP-Stufe einen gesetzlichen Rahmen, der definiert, wer wofür verantwortlich wäre und mit welchen Kompetenzen, sowie eine neue Regelung mit den Krankenversicherern. Innerhalb der Berufsgruppe müsse jedoch erst definiert werden, welche Anforderungen bezüglich Weiterbildung und Berufserfahrung für den AP-Titel vorausgesetzt werden sollen, welche Kompetenzen damit verbunden sind und wie man die Leistung und Qualität der Berufsbezeichnung AP garan-

tieren kann (z.B. mit einer Prüfung). Die Differenzierung der Ausübungsrechte von Bachelor- und AP-Stufe sieht Expertin 10 insbesondere im Bereich Erstbehandlungsrecht – AP Physiotherapeut/innen sollten ohne ärztliche Verordnung Patient/innen behandeln können – und in Bezug auf die Entschädigung. Dies sei ein grosser Streitpunkt, aber Expertin 10 hält es für zentral, dass die Weiterbildung zur AP sich lohnt und die Erfahrung und das grössere Wissen zu höheren Tarifen führt als bei frisch Diplomierten.

Wie bereits erwähnt, erachtet der Experte des Berufsverbandes den Zeitpunkt für eine Regulierung der AP Stufe als verfrüht. Man müsse zuerst abwarten, welche Auswirkungen die Masterstufe hat, welche Kompetenzen neu dazukommen und welchen Platz die Physiotherapie künftig einnehmen soll. Die Dynamik sei ganz anders als in der Pflege, da Physiotherapeut/innen nicht so stark in hierarchische Strukturen eingebunden sind, sondern relativ eigenständig arbeiteten. Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Berufsbilder sei es einerseits zentral, den zukünftigen Bedarf an Physiotherapeut/innen zu eruieren – heute sei es so, dass die Anzahl Studierenden von der Anzahl Praktikumsstellen abhängig sei.¹⁵ Andererseits müsse die Ausbildung auf die neuen Rollen angepasst sein und die dazu notwendigen Kompetenzen vermitteln. Wer beispielsweise als Case Manager tätig sein wolle, brauche über die Fachkenntnisse hinaus auch versicherungstechnische und kommunikative Kenntnisse. Gleichzeitig bestehe die Gefahr, dass man die Ausbildungen zu sehr spezialisieren oder zu viele Spezialist/innen ausbilde – hier gelte es, ein ideales Verhältnis auch innerhalb der Berufsgruppe zu finden.

6.4 Zusammenfassung

Die erweiterten Rollen in der Physiotherapie wurden in Grossbritannien und anderen englischsprachigen Ländern eingeführt, um auf die erhöhte Nachfrage nach Dienstleistungen v.a. im Bereich der Orthopädie zu reagieren. Wie in vielen Studien gezeigt werden konnte, wurden die Ziele und Erwartungen, die mit der Entwicklung von AP/ESP Funktionen verknüpft waren, scheinbar durchwegs erfüllt: die effiziente und qualitativ hochstehende Beurteilung und Triage von Patient/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Arthritis führte zu einer Reduktion der Wartezeiten und Behandlungskosten sowie zu einer Entlastung der Spezialärzt/innen und einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit.

Obwohl es keine einheitliche Definition der AP- oder ESP Berufsbilder gibt, sind diese Berufsprofile in der Physiotherapie im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen vor allem auf die klinische Praxis fokussiert, während die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Berufspraxis in der Literatur kaum als Tätigkeitsfeld genannt wird. Zwar ist eine Weiterbildung in allen betrachteten Ländern Voraussetzung für AP und ESP Rollen, aber ein Master of Science ist nicht die Regel. Auch die befragten Schweizer Expert/innen sehen den Schwerpunkt einer künftigen AP Rolle in der klinischen Praxis. Die akademischen Laufbahnmöglichkeiten halten sie zwar für eine wichtige Entwicklung für den Beruf insgesamt, den Mastertitel als Voraussetzung für einen AP Titel festzulegen sei jedoch nicht sinnvoll. Mit der Akademisierung der Berufsbildung seit 2004 und einer bereits vorhandenen «Kultur der Recherche» scheint die Integration evidenzbasierter Praxis einerseits Bestandteil des regulären Berufsprofils geworden zu sein, andererseits gibt es gegenwärtig auch kaum Möglichkeiten für Masterabsolvent/innen des MScPT, Forschungs- und Lehrtätigkeiten mit erweiterten klinischen Funktionen zu kombinieren.

Ein wichtiges Thema für die Physiotherapeut/innen in der Schweiz ist die Möglichkeit, ohne ärztliche Verordnung Patient/innen behandeln und ggf. an Spezialist/innen überweisen zu können. In gewissen Bereichen (z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates) seien Physiotherapeut/innen ohnehin kompetenter als Allgemeinpraktiker/innen, und mit dem direkten Zugang könnten die Ärzte entlastet und die Versorgungsqualität erhöht werden. In der Hälfte der europäischen Länder ist der «direct access» bereits mög-

¹⁵ Laut Huber et al. (2011) kommen ca. 20% der Physiotherapeut/innen, die in der Schweiz arbeiten, vom Ausland.

lich, in gewissen Ländern sogar ab Diplomstufe. In der Schweiz wäre eine solche Erweiterung der Kompetenzen als Advanced Practice anzusehen und sollte nach Einschätzung der Expert/innen auch nur erfahrenen Berufsleuten nach einer Weiterbildung übertragen werden. Die Regelung von Zuständigkeiten und der Entschädigungstarife im Zusammenhang mit «direct access» steht für die Berufsgruppe offenbar im Vordergrund; nach Ansicht des Verbandsvertreters ist es auch noch zu früh für eine gesetzliche Regulierung der Advanced Practice. Man wolle zuerst abwarten, wie sich die Akademisierung und die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle auf die Berufspraxis auswirken. Ausserdem bestehe die Gefahr, mit zu hohen Voraussetzungen erfahrene Physiotherapeut/innen mit altrechtlichen Diplomen von den neuen Laufbahnmöglichkeiten auszuschliessen. Aus diesem Grund wurde der Titel «Klinische/r Spezialist/in physioswiss» geschaffen.

7 Ergotherapie

7.1 Literaturübersicht Ergotherapie

Im Gegensatz zur Pflege gibt es in der Ergotherapie keine offizielle internationale Definition der Advanced Practice. In Grossbritannien sind Advanced Practitioners in der Ergotherapie Berufsleute mit erweiterter Erfahrung und Expertise, welche die gelernten Techniken in der Praxis erweitern und ergänzen. Voraussetzung dafür ist eine Weiterbildung und die vertiefte Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken in der Praxis (Roberts 2002). Erweiterte Rollen in der Ergotherapie werden jedoch häufiger im Sinne des «Extended Scope of Practice» (ESP) entwickelt. Unter diesem Begriff versteht man Spezialist/innen, die über den anerkannten Rahmen der Ausübung eines Berufs hinaus in innovativen oder nicht-traditionellen Rollen arbeiten, d.h. klinische Aufgaben oder Rollen übernehmen, die in der Regel anderen Berufen zugeordnet sind (Collins 2000). Allerdings ist der Unterschied zwischen AP und ESP nicht immer klar. So werden etwa in Kanada AP Ergotherapeut/innen als Berufsleute bezeichnet, «die weitergehende Kompetenzen haben und Verantwortung übernehmen, die über die traditionellen Grenzen der Ergotherapie hinausgehen» (ACE 2012), was eher einer ESP-Rolle entspricht.

Die Literaturübersicht berücksichtigt Artikel, die auf die Funktion von Ergotherapeut/innen in einer Rolle als AP, ESP oder in einem innovativen interprofessionellen Setting Bezug nehmen. Die Recherche gemäss der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise ergab ein Total von 54 Artikeln und Studien. Nach einer ersten Auswertung wurden 34 Artikel ausgeschieden, da sie nicht dem thematischen Fokus entsprachen.

7.1.1 Regulierung und Standards: AP und ESP in der Ergotherapie

■ Die Rolle der ESP Ergotherapeut/innen wurde in **Grossbritannien** im Zusammenhang mit der Initiative des National Health Service (NHS) für die verstärkte Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe geschaffen. Damit reagierte man auf die Situation in den zunehmend überlasteten Gesundheits- und Sozialsystemen, um die Wartezeiten zu verringern, die Kontinuität und Qualität der Versorgung zu erhöhen und dem Personalmangel entgegenzuwirken (Dickson et al., 2008). In vielen Praxisbereichen werden Ergotherapeut/innen in ESP-Rollen eingesetzt, allerdings sind diese Rollen mangels einer gesetzlichen Regulierung nicht klar festgelegt. Im beruflichen Alltag und in Stellenausschreibungen ist der Ausdruck «Advanced Practice» (im Unterschied zur Diskussion in der Literatur) kaum relevant. Gemäss einem internen Arbeitspapier des britischen Ergotherapie-Verbandes¹⁶ könnten ESP-Rollen zusätzlich im Bereich der Medikamentenverordnung (in spezifischen Bereichen und in Kooperation mit Ärzt/innen), in der Akupunktur oder in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt werden.

■ In **Schweden** stehen Ergotherapeut/innen unter der Aufsicht des Gesundheitsministeriums (Socialstyrelsen), bei dem sie sich registrieren müssen, um eine Arbeitsbewilligung zu bekommen (SWOT 2011). 90% der Ergotherapeut/innen sind durch den nationalen Gesundheitsdienst angestellt und arbeiten z.B. in der Betagten- und Behindertenbetreuung, in der Primärversorgung, der Rehabilitation, in Justizvollzugsanstalten und in der psychiatrischen Versorgung; die übrigen 10% sind selbständig. Angesichts der zunehmenden Komplexität des Berufsfeldes hat man in Schweden schon Mitte der 1990er Jahre begonnen, die Ausbildung von spezialisierten Ergotherapeut/innen zu entwickeln; im Jahr 2002 wurden die ersten Ausbildungsmodulare angeboten (SWOT 2010). Die Ausbildung zur Ergotherapie-Spezialistin erfolgt in einem von vier Bereichen (Untersuchung, Intervention, Evaluation oder Beratung/Betreuung), in Kombination mit einem Fachgebiet wie z.B. Gesundheitsversorgung, Betreuung älterer Menschen, Rehabilitation, Behindertenbetreuung oder Pflege. Die Spezialisierung setzt eine Masterausbildung, eine Berufsausübungs-

¹⁶ Von diesem «Extended Scope Practice Briefing» wurde uns lediglich eine Zusammenfassung zur Verfügung gestellt.

bewilligung und mindestens fünf Jahre Berufspraxis als Ergotherapeut/in voraus. Haglund et al. (2010) haben die Rolle von Ergotherapie-Spezialist/innen in Schweden evaluiert. Sie unterstützen andere Mitarbeitende, engagieren sich in der Ausbildung angehender Ergotherapeut/innen, nehmen eine Vermittlerrolle zwischen Forschung und Praxis ein und können spezielle Dienstleistungen anbieten für Patient/innen mit besonderen Bedürfnissen. Gemäss dem beschriebenen Ausbildungs- und Tätigkeitsprofil könnten schwedische Ergotherapie-Spezialisten demnach als Advanced Practitioners gelten. Zurzeit gibt es in Schweden 59 spezialisierte Ergotherapeut/innen (SWOT 2013).

7.1.2 Einsatzbereiche

AP- oder ESP-Ergotherapeut/innen sind in den Bereichen Handtherapie, Arthritis, neonatale Intensivstationen und Pädiatrie, Ess- und Nahrungsstörungen, zerebrale Lähmung und in der psychiatrischen Versorgung tätig.

■ Ellis et al. (2001) [Q] befragten 20 ESP Physiotherapeut/innen und 12 ESP Ergotherapeut/innen, die in Grossbritannien **Handtherapie** durchführten. Im Durchschnitt hatten sie 10.2 Jahre Erfahrung mit Handtherapie, als ESP Therapeut/innen waren sie zwischen 3 Monaten und 6 Jahren tätig. Die ESP Therapeut/innen arbeiten in nicht-medizinischen oder nicht-chirurgischen Kliniken, in der Rheumatologie, im präoperativen Screening und in postoperativen Follow-up Kliniken. Zu ihren Aufgaben gehören Diagnostik, Injektionen, Wundversorgung und Gelenkpunktionen. In unterschiedlichem Umfang konnten sie auch ohne vorgängige Beratung mit einem Arzt/einer Ärztin weitere Diagnosen anfragen (z.B. Blutuntersuchung, Röntgen) und Massnahmen veranlassen (z.B. Karpaltunnel Dekompression). Die ESP Physio- und Ergotherapeut/innen übernehmen also Aufgaben, die traditionell von Ärzt/innen und Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Die erweiterten Fähigkeiten erlangten die befragten ESP Therapeut/innen durch klinische Praktika mit Supervision durch die entsprechenden Spezialist/innen. Durch den Einsatz von ESP Ergotherapeut/innen konnten die Wartezeiten verringert werden (vgl. Ellis et al. 2002).

■ Ellis et al. (2005) [Q] untersuchten mittels einer Delphybefragung die Rolle von ESP Physiotherapeut/innen und ESP Ergotherapeut/innen, die in der **Handtherapie** in Grossbritannien arbeiten, und die notwendige Ausbildung und Kompetenzen, die sie dafür vorweisen müssen. ESP Therapeut/innen arbeiten oft mit orthopädischen Chirurgen und Rheumatologen zusammen oder ersetzen einen Assistenzarzt. Nach Einschätzung der befragten Expert/innen waren mindestens drei Jahre klinische Erfahrung nötig, um erweiterte Kompetenzen im Sinne von ESP übernehmen zu können. Die praktische klinische Ausbildung wurde als viel wichtiger eingestuft als eine höhere akademische Ausbildung. Man war sich einig, dass ESP Therapeut/innen ihre traditionelle berufliche Rolle parallel weiterführen sollten, um ihre Kenntnisse zu teilen und nicht isoliert zu arbeiten. Grossen Wert legte man auf die Fähigkeit der ESP Therapeut/innen für klinische und diagnostische Entscheidungsfindungen.

■ Rose et al. (2009) [Q] beschreiben die Gründung und Evaluation einer mit ESP Ergotherapeut/innen arbeitenden Klinik für **Handleiden** (Karpaltunnelsyndrom und karpometakarpale Osteoarthritis) in Grossbritannien. Die Qualität der Diagnose und der Durchführung standardisierter Behandlungsprogramme durch ESP Ergotherapeut/innen wurde durch Fachärzt/innen überprüft. Sie befanden, dass die ESP Ergotherapeut/innen effektiv die Diagnose und die Behandlung von Patient/innen mit Karpaltunnelsyndrom oder karpometakarpaler Osteoarthritis übernehmen können – ohne erhöhte Nachfrage nach chirurgischen Konsultationen. Dasselbe gilt auch bei der Diagnose von anderen Krankheiten wie der früh beginnenden Dupuytren'sche Krankheit, der Quervain-Krankheit, Nervenknotten und Schnellenden Fingern.

■ Lineker et al. (2011) [Q] haben gezeigt, inwiefern sich eine AP Ausbildung für die Versorgung von Patient/innen mit **Arthritis** (Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Programm, ACPAC) auf die Berufspraxis von kanadischen Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen auswirkt.

■ Die fortgeschrittenen Kompetenzen und Fähigkeiten, die in den USA von Ergotherapeut/innen verlangt werden, die in **neonatalen Intensivstationen (NICU)** arbeiten, sind in einem Artikel von Vergara et al. (2006) [Q] beschrieben. In den USA werden Ergotherapeut/innen in diesem komplexen Umfeld als Advanced Practitioners betrachtet, da in den NICUs eine kontinuierliche Evaluation der Situation und dynamische Konzepte für die Interventionsplanung notwendig sind. Dafür braucht es fortgeschrittene Kompetenzen im medizinischen und sozialen Bereich. Ergotherapeut/innen müssen die komplexen medizinischen Bedürfnisse und Schwächen von akut kranken oder frühgeborenen Säuglingen erkennen können und haben die Kompetenz, wenig invasive Behandlungsmethoden vorzuschlagen. Ihre Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Familienangehörigen ist in diesem Kontext besonders wichtig.

■ Auch Tanta et al. (2010) [Q] betrachten die therapeutische Arbeit in der **NICU** in den USA als Advanced Practice. Durch ihre Kenntnisse in psychosozialen Interventionen und neuromuskulärer Physiologie seien Ergotherapeut/innen geeignet, um in NICUs eine AP-Rolle als Entwicklungstherapeut/in wahrzunehmen. So haben sie z.B. bei der Nahrungsintervention bei Neugeborenen einen umfassenderen Ansatz als Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal und erreichen damit verbesserte Behandlungsergebnisse. Gute Ergebnisse hat man auch beim Einsatz von Ergotherapeut/innen bei neuromuskulären Interventionen festgestellt. Schliesslich haben Ergotherapeut/innen in NICUs eine wichtige Rolle in der Information und Bildung der Eltern.

■ Mitchell et al. (2005) [CT] analysieren die Effektivität der AP Ergotherapie im ambulanten Bereich in Australien. Sie vergleichen die Arbeit von 5 Berufsanfängerinnen und fünf Expertinnen (mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung) während der Durchführung von **Hausbesuchen**, die auf Video aufgezeichnet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die weniger erfahrenen Ergotherapeutinnen mehr festgelegten Abläufen folgen und abhängiger sind von externen Strukturen wie Bewertungsformularen und -Kriterien. Die AP Therapeutinnen passen sich flexibler den Gegebenheiten der Situation an und brauchen weniger externe Strukturen für ihre Behandlung. Schliesslich sind sie auch eher bereit, heikle Themen anzusprechen.

■ In der Ergotherapie gibt es eine Debatte über die notwendige Menge von klinischer Erfahrung, die es braucht, um den Expertenstatus zu erreichen. Rassafiani (2009) [Q] analysiert den Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufserfahrung und dem Niveau der Fachkenntnisse der Ergotherapeut/innen im Bereich der **zerebralen Lähmung**. Die Auswertung von Daten aus zwei früheren australischen Studien zeigt jedoch zumindest für diesen klinischen Bereich keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dem Niveau der Fachkenntnisse.

■ Cole (2011) [Q] diskutiert die Möglichkeit einer Kompetenzerweiterung der Ergotherapeut/innen im Bereich des **Medikamentenmanagements** in Grossbritannien. Dazu gehört nicht nur das Verschreiben von Medikamenten, sondern auch die Beratung von Patient/innen über die Verwendung und korrekte Aufbewahrung von Medikamenten (z.B. Information zur Benutzung eines Pillen-Spenders oder Aufklärung über die Folgen von falscher Lagerung). In dieser Funktion geben Ergotherapeut/innen auch Ärzt/innen ihre Einschätzung über die Angemessenheit eines Medikaments oder eines Hilfsmittels für einen bestimmten Patienten. Cole glaubt, dass AP Ergotherapeut/innen die Fähigkeiten haben, ein Medikamentenmanagement zu übernehmen, wenn sie durch ihre Berufsverbände, Arbeitgeber und Ausbildner unterstützt werden. Wenn sie diese Rolle übernehmen würden, könnten sie durch verbesserte Information der verschreibenden Ärzt/innen über die Patient/innen (Lebensstil und potentielle Schwierigkeiten bei der Einnahme der Medikamenteneinnahme) einen positiven Einfluss den Erfolg der medikamentösen Behandlung haben.

■ Clark et al. (2003) beschreiben die Kenntnisse und Fähigkeiten, die von Ergotherapeut/innen in den USA benötigt werden, um im Bereich der **Ess- und Nahrungsstörungen** auf AP-Stufe zu praktizieren. Zu Ess- und Nahrungsstörungen gehören körperliche Schwierigkeiten, das Essen bis zum Mund zu bringen oder es im Mund zu verarbeiten, wie z.B. Dysphagie, psychosoziale Essstörungen und Dysfunktionen auf-

grund von kognitiven Beeinträchtigungen. Gemäss den Autor/innen befähigt die akademische Grundausbildung zwar zu einer Tätigkeit in diesem Bereich, die Kompetenzen für erweiterte Funktionen werden jedoch erst mit der Erfahrung in der Arbeit mit Patient/innen erworben.

■ In Schweden sind Ergotherapeut/innen auch in der **psychiatrischen Versorgung** tätig. Eklund et al. (2001) [Q] beschäftigen sich mit dem Spannungsfeld zwischen der Ergotherapie als handlungsorientiertes Tätigkeitsfeld und dem Stellenwert der verbalen Interaktion, die in diesem Versorgungsbereich besonders wichtig ist, weil Probleme im Alltag gerade bei Menschen mit psychischen (psycho sozialen, psychiatrischen) Problemen verknüpft sind. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren über 450 Ergotherapeut/innen in der psychiatrischen Versorgung tätig, die Hälfte davon arbeitete in multidisziplinären Teams in ambulanten Settings; über 60% haben eine Weiterbildung in Psychotherapie oder Ergotherapie absolviert, die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 12 Jahre.

7.2 Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP in der Ergotherapie

Wie man den Begriff Advanced Practice¹⁷ in Bezug auf die Ergotherapie in der Schweiz definieren soll und welche Rollen und Berufsprofile konkret damit verknüpft werden, ist derzeit Gegenstand der Diskussion. Die Vertreterin der Hochschule (Expertin 6) merkt an, dass der Begriff weder in der Ergotherapie noch in anderen Berufsgruppen einheitlich definiert sei und international sehr unterschiedlich in die Bildungssystematiken und Praxislandschaft eingepasst werde. Die Verbandsvertreterin (Expertin 5) weist darauf hin, dass das Ziel der beruflichen Entwicklung in den letzten Jahren auf die Möglichkeit der selbständigen Praxistätigkeit fokussiert habe und man sich derzeit noch in einer Konsolidierungsphase befinde. Es bestehe die Befürchtung, dass die Einführung von AP-Rollen dazu führe, dass die Berufsausübung als Selbständige und gewisse Tätigkeiten, die bisher mit einem Bachelorabschluss ausgeführt wurden, in Zukunft nur noch mit einem Master möglich wären. Eine klare Position müsse innerhalb der Berufsgruppe daher erst gefunden werden.

In beiden Gesprächen mit den Ergotherapie-Expertinnen wurde deutlich, dass die Ergotherapie als kleine und eher unbekanntere Berufsgruppe, deren Handlungsfeld an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt ist, mit besonderen Herausforderungen konfrontiert ist, wenn es um die Entwicklung von AP-Profilen geht.

7.2.1 Profil und Ausbildung

Advanced Practice Berufsrollen in der Ergotherapie sieht Expertin 5 vor allem im Bereich der neuen Versorgungsmodelle. Im Kontext der integrierten Versorgung sollte gemeinsam mit Advanced Practitioners aus anderen Gesundheitsberufen kompetente Teams an Fachleuten gebildet werden. In diesem Rahmen könnten AP Ergotherapeut/innen bei Patient/innen, deren Hauptproblem die Bewältigung des Alltags betrifft, die Fallführung übernehmen. Innerhalb des Berufsverbandes diskutiere man, ob die AP in Ergotherapie nach einzelnen Fachgebieten (AP in geriatrischer Ergotherapie, AP in pädiatrischer Ergotherapie etc.) differenziert oder eher in einem übergreifenden Profil (AP in Alltagsbewältigung) entwickelt werden solle. Für Expertin 6 sind AP-Profile in interdisziplinären Gesundheitszentren, im Case Management für Klient/innen mit komplexen Erkrankungen, in der beruflichen Rehabilitation, in der Prävention, der Abklärung/Begleitung von Patient/innen bei Spitalaustritt, im Kontext der integrierten Schule sowie in der Geriatrie denkbar.

¹⁷ Der Begriff bzw. das Konzept des Extended Scope of Practice wurde in den Expertinnengesprächen nicht thematisiert.

Die Entwicklung und Klärung der neuen Rollen müsse unbedingt in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfolgen, meint Expertin 5, aber jede Berufsgruppe müsse für sich selbst bestimmen können, welche Ausbildung oder Berufserfahrung für den AP-Titel vorausgesetzt werden soll. Es sei weder möglich noch sinnvoll, die Modelle anderer Berufsgruppen eins zu eins zu übernehmen. So bestehe grosse Skepsis, ob eine AP in Ergotherapie an einen MSc gebunden werden soll, wie dies in der Pflege der Fall ist. Geeigneter wäre aus Sicht der Expertin 5 ein fachlicher Master (MAS), da gemäss heutigem Aufbau der Masterstudiengang die Bachelor-Kenntnisse in Richtung Wissenschaftlichkeit erweitere, jedoch keine zusätzlichen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der praktischen, patientenorientierten Fähigkeiten biete.

Auch Expertin 6 ist der Meinung, dass die Berufserfahrung und die fachliche Spezialisierung für Advanced Practitioners wichtiger seien als ein Masterabschluss. Dennoch gehörten erweiterte wissenschaftliche Kenntnisse, die über das Bachelorniveau hinausgehen, zum Kompetenzprofil von APs. Sie weist jedoch darauf hin, dass der BSc in der Schweiz ein anderes Niveau habe als in den USA, wo der Masterabschluss berufsbefähigend sei. In der Schweiz den MSc als Voraussetzung für AP festzulegen, scheine vor diesem Hintergrund zu hoch gegriffen. Eine denkbare Lösung wäre es, für den AP-Titel den Besuch von ein, zwei Modulen zu verlangen, welche die wissenschaftlichen Kenntnisse vertiefen. Die Fähigkeit, Forschung zu betreiben und neue Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen, sei eines der wichtigsten Ausbildungsziele des kürzlich anerkannten MSc in Ergotherapie.¹⁸ Zudem werden Studierende auch befähigt, gesellschaftliche Entwicklungen zu analysieren und neue Arbeitsgebiete zu erkennen und erschliessen, die sich jedoch teilweise im Grenzbereich zwischen Gesundheits- und Sozialwesen befinden. Die Akademisierung habe den positiven Effekt, dass die Stellung der Gesundheitsberufe gegenüber den Ärzt/innen verbessert werde, weil man forschungsbasiert argumentieren könne, mit eigener Forschung das Wissen der Profession ausbaue und mehr Macht habe, aufgrund der Evidenz die Praxis weiterzuentwickeln. Die Vertiefung der Kompetenzen werde auch die Versorgungsqualität verbessern und Kosten einsparen dadurch, dass die Expertise in einem Feld direktere Diagnosen ermögliche, ohne dass man zuerst im Ausschlussverfahren eine Reihe von Tests durchführen müsse.

7.2.2 Rollen und Einsatzbereiche

Zu einzelnen, in der internationalen Literatur gefundenen Rollen und Kompetenzen nehmen die Expertinnen wie folgt Stellung:

■ Medikamentenmanagement:

Die Expertinnen sind sich einig, dass der Bereich Medikation ausserhalb der Kompetenzen der Ergotherapie liegt und kein geeignetes Entwicklungsfeld für AP-Rollen darstellt. Expertin 6 hält jedoch eine Kompetenzerweiterung im Verschreiben von Hilfsmitteln (z.B. Schienen, Prothesen) oder von Massnahmen zur Anpassung der Umgebung (Wohnung, Arbeitsplatz) für sinnvoll.

■ Handtherapie: Anordnung von Diagnosen/Analysen (Blutuntersuchung, Röntgen):

In diesem Bereich sehen beide Expertinnen Entwicklungspotential für AP-Rollen. AP Ergotherapeut/innen könnten durch ihre Fachkompetenz in diesem Bereich den anderen Disziplinen gleichgestellt werden, die gleichen Zugriffsrechte auf Patientenberichte bekommen und insbesondere auch die Fallführung übernehmen, meint Expertin 5. Für Expertin 6 ist gut vorstellbar, dass spezialisierte Handtherapeut/innen selbständig Röntgenbilder anfordern und diese auch interpretieren.

■ Psychiatrische Versorgung:

Die Rollenerweiterung im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist für Expertin 5 weniger einsichtig.

¹⁸ Seit 2010 beteiligt sich die ZHAW am European MSc in Occupational Therapy; im Juni 2013 erteilte das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF die Bewilligung. Damit können Schweizer Studierende nun zu regulären Studiengebühren am Masterprogramm teilnehmen.

Denkbar sei allenfalls eine erweiterte Rolle für einfachere psychotherapeutische Behandlungen und Begleitung der Patient/innen im Alltag; für komplexere Behandlungen, auch mit Medikamentenabgabe, seien Ärzt/innen klar kompetenter. Auch die Expertin 6 sieht eine AP-Rolle in diesem Bereich v.a. hinsichtlich der Unterstützung von (häufig chronisch kranken) Patient/innen im Selbstmanagement, im Umgang mit der Krankheit im Alltag und in der Früherkennung von Symptomen. Wenn sich ein Krankheitsschub ankündigt, könnten Ergotherapeut/innen statt Ärzt/innen für diese Personen erste Ansprechpersonen sein.

■ **Betreuung von Personen mit Ernährungs- und Fütterungsdysfunktion:**

Expertin 6 weist darauf hin, dass Ergotherapeut/innen heute schon in spezialisierten Kliniken mit Pflegefachpersonen, Physiotherapeut/innen und Logopädinnen zusammenarbeiten. Expertin 5 hielte es für sinnvoll, wenn Expert/innen für Dysphagie (Schluckstörungen) mehr Kompetenzen hätten, insbesondere was die Speiseleistungen betreffe. Allerdings stelle sich die Frage, ob die Etablierung einer AP-Rolle für eine so kleine Patientengruppe bzw. für derart kleine eingegrenzte Fachgebiete Sinn mache.

■ **Lehre und Forschung, Institutsleitung:**

Die Expertinnen sind sich einig, dass Funktionen in Lehre und Forschung an Hochschulen oder Universitäten besser von Personen mit einem MSc oder einem PhD wahrgenommen würden als von Advanced Practitioners. In diesen Funktionen seien eher Wissenschafts- und Management Skills gefragt, die bei den primär praxisorientierten Advanced Practitioners zwar auch vorhanden seien, aber nicht im erforderlichen Umfang.

■ **Substitution ärztlicher Aufgaben:**

AP Ergotherapeut/innen könnten Aufgaben im Bereich der fachlichen Fallführung übernehmen und in interdisziplinären Netzwerken die Betreuung von Patient/innen planen und koordinieren. Sinnvoll wäre gemäss Expertin 5, wenn immer diejenige Fachperson die Fallführung übernehme, die mit ihrem Fachwissen den grössten Teil des Falles abdecken könne. Auch Expertin 6 sieht Entwicklungsmöglichkeiten für AP-Rollen im Bereich Rehabilitations- und Case Management und in der Langzeitbetreuung. Ausserdem könnten AP-Ergotherapeut/innen Aufgaben im Bereich Befunderhebung/Diagnostik übernehmen, Abklärungen treffen und bei Bedarf an andere Fachpersonen überweisen. Voraussetzung dafür sei jedoch eine Gesetzesrevision, damit Ergotherapeut/innen gewisse Leistungen selbständig verordnen und abrechnen könnten.

■ **Interprofessionelle Zusammenarbeit:**

Beide Expertinnen kennen Beispiele, wo Ergotherapeut/innen eng mit anderen Berufsgruppen (Mediziner/innen, Physiotherapeut/innen, Logopäd/innen etc.) zusammenarbeiten, etwa in der Klinik Valens oder in Rehakliniken und deren Aussenstationen. Dort seien die Hierarchien eher flach, die Zusammenarbeit egalitärer und das Expertenwissen der Berufsgruppen werde besser genutzt als z.B. in Akutspitälern. Expertin 6 verweist auf Spitex-ähnliche Dienste in der Westschweiz, die auch Ergotherapeut/innen beschäftigen – ein Bereich, der auch in der Deutschschweiz noch ausgebaut werden könnte, da der Bedarf nach Beratung, Training von Fertigkeiten und Unterstützung in der Alltagsgestaltung für ältere Menschen oder Personen nach einem Spitalaufenthalt vorhanden sei.

7.2.3 Regulierung und Etablierung

Beide Expertinnen weisen darauf hin, dass die Klärung und Etablierung von Advanced Practice Rollen in Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen erfolgen sollte. Für Expertin 5 ist zentral, dass der gesetzliche Rahmen für die AP-Stufe in den Gesundheitsberufen sehr allgemein gefasste Regelungen enthält (z.B. eine minimale Anzahl erforderlicher Credits), damit jede Berufsgruppe selbst die Voraussetzungen in Bezug auf Ausbildung und Berufserfahrung festlegen kann. Beide Expertinnen verweisen auch auf die Notwendigkeit von Kontrollen, wobei es für Expertin 6 noch eine offene Frage ist, ob z.B. der Berufsverband, das SBFI oder der Schweizerische Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG

zuständig sein sollen für die Titelvergabe. Es brauche ausserdem auch eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes und eine Anpassung des Leistungsvertrages mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und – diesen Punkt betonen beide Expertinnen – eine Entschädigungsmöglichkeit für Leistungen im Bereich der Prävention. Damit die Rolle von AP Ergotherapeut/innen als Rehabilitations- und Case Manager/innen bei der beruflichen Reintegration ausgebaut werden könnte, sei eventuell auch ein spezifischer Auftrag an die Berufsgruppe im Rahmen einer IV-Revision notwendig.

Bezüglich Differenzierung der Ausübungsrechte von Ergotherapeut/innen auf Bachelor- und AP-Niveau sind sich die Expertinnen einig, dass ein Erstbehandlungsrecht im Sinne einer eigenständigen Planung und Durchführung von Therapien weiterhin mit FH-Abschluss möglich sein soll, die Verordnung von Leistungen und Therapien, die Durchführung von Diagnostik und die Überweisung an Ärzt/innen jedoch in den Kompetenzbereich der AP gehöre, die für die Fallführung in interdisziplinären Teams ein ausführliches Expertenwissen und umfassende Kenntnisse brauchen, um einen übergeordneten Behandlungsplan zu erstellen, der auch andere Berufsgruppen und das Umfeld der Klient/innen mit einschliesst.

Eine grosse Herausforderung für Advanced Practitioners im Allgemeinen sieht Expertin 6 im Vertrauensaufbau bei den Patient/innen und Klient/innen. Diese müssen sicher sein können, dass sie bei APs eine gleichwertige Behandlung bekommen wie z.B. bei der Hausärztin. Für die Etablierung von AP Rollen brauche es überhaupt ein grösseres Bewusstsein über die Expertise der Ergotherapie, damit die Möglichkeiten der präventiven Beratung wirksam ausgeschöpft werden könnten. Denn die Stärkung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und die Entwicklung niederschwelliger Behandlungsangebote könnten dazu führen, dass Leute schon zu einem frühen Zeitpunkt Rat suchen, statt einen Arztbesuch hinauszuzögern, bis sie wirklich ein medizinisches Problem hätten.

Beide Expertinnen erwähnen Ängste und Abgrenzungstendenzen innerhalb der Berufsgruppen, welche die Entwicklung der Advanced Practice bremsen. Es brauche viel Kraft, um sich als kleine Berufsgruppe Gehör zu verschaffen, sagt die Verbandsvertreterin, zumal man in der Physiotherapie und der Pflege zwei grosse «Gegenspieler» habe, die auch in den Kompetenzbereich der Ergotherapie vordringen. Dass jede Berufsgruppe ihre eigenen Interessen verfolge und Domänen zu verteidigen versuche, sei jedoch kontraproduktiv; nur gemeinsam könne man erreichen, dass nichtärztliche Gesundheitsberufe einen besseren Stand bekommen. Die Voraussetzungen dafür seien insbesondere an der Fachhochschule gegeben, sagt Expertin 6, z.B. mit interprofessionellen Ausbildungsmodulen.

7.3 Zusammenfassung

Die Literaturübersicht zeigt, dass ESP Ergotherapeut/innen in Bereichen wie Handtherapie, Arthritis, Ernährungs- und Fütterungsdysfunktion oder in neonatalen Intensivstationen eingesetzt werden. Sie haben vertiefte Fähigkeiten zur klinischen und diagnostischen Entscheidungsfindung und können in interdisziplinären Teams wichtige Inputs für die Optimierung individueller Behandlungspläne einbringen. Als Voraussetzung für AP- und ESP Rollen in der Ergotherapie scheint (neben der Berufserfahrung) die klinische Weiterbildung im gewählten Praxisfeld häufig wichtiger zu sein als eine akademische Weiterbildung. Zur Effektivität von AP/ESP Ergotherapeut/innen in Bezug auf Behandlungsergebnisse oder Gesundheitskosten liegen kaum Studien vor.

Entwicklungsmöglichkeiten von AP Rollen für Ergotherapeut/innen in der Schweiz sehen die befragten Expertinnen neben einigen in der Literatur gefundenen klinischen Bereichen vor allem in neuen Versorgungsmodellen, die auch an den Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung, zwischen Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt sind. In interdisziplinären Teams könnten AP Ergotherapeut/innen für Fallführungen und Case Management eingesetzt werden; in der (beruflichen) Rehabi-

litation, in der Begleitung von chronisch Kranken und in der Geriatrie könnte eine Stärkung der Rolle der Ergotherapie zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Dazu bräuchte es nicht nur eine gesetzliche Regulierung der AP Stufe mit erweiterten Rechten, um gewisse Leistungen selbständig verordnen und abrechnen zu können, sondern auch eine Finanzierungsmöglichkeit für Leistungen im Bereich der Prävention sowie ein grösseres Bewusstsein über die Expertise der Ergotherapie – in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen gleichermaßen.

Die Vertiefung der wissenschaftlichen Kenntnisse wird als wichtige Voraussetzung und Bestandteil des AP Berufsprofils angesehen, die Anbindung des AP Titels in Ergotherapie an den MSc-Abschluss halten beide Expertinnen jedoch nicht für sinnvoll. Im Vordergrund steht die klinische und praktische Expertise der Advanced Practitioners, und der auf Forschung ausgerichtete MSc wäre «zu hoch gegriffen». Ausserdem besteht die Befürchtung, dass der Masterabschluss im gleichen Zug auch als Voraussetzung für die selbständige Berufstätigkeit festgelegt würde – dass dies weiterhin auch für Bachelorabsolvent/innen möglich bleibt, ist den Expertinnen ein wichtiges Anliegen. Sie wünschen sich eine bessere Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, um Rollen und Aufgabenteilung von Advanced Practitioners zu klären. Jede Berufsgruppe soll jedoch für sich selbst die Voraussetzungen und Standards der AP Berufsprofile definieren können.

8 Ernährung und Diätetik

8.1 Literaturübersicht Ernährung und Diätetik

Literatur zur Advanced Practice im Bereich der Ernährung und Diätetik (englisch: dietitics; Berufsbezeichnung: registered dietitian RD) gibt es relativ wenig. Die Diskussion um die Fähigkeiten und Kompetenzen von «Advanced Practice RDs» steht in vielen Artikeln im Vordergrund, während Studien zur Effektivität bezüglich Behandlungsergebnissen oder Kosteneinsparung kaum zu finden sind. Extended Scope of Practice, d.h. das Übernehmen von Aufgaben aus anderen Berufsfeldern, scheint für die innovativen Berufsbilder im Bereich der Ernährung und Diätetik weniger relevant zu sein als die Entwicklung von Kompetenzen in spezifischen Settings wie z.B. Klinische Ernährung oder Diabetes, wo Spezialist/innen aus verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten, deren Knowhow, Fähigkeiten und Kompetenzen sich teilweise überschneiden.

Die ausgewertete Literatur beschränkt sich auf Artikel, die explizit auf die Funktion von Ernährungsberater/innen¹⁹ in einer Rolle als AP oder Spezialist/in oder in einem innovativen interprofessionellen Setting Bezug nehmen. Die Recherche gemäss der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise ergab ein Total von 35 Artikeln und Studien. Nach einer ersten Auswertung wurden 13 Artikel ausgeschieden, da sie nicht dem thematischen Fokus auf Advanced Practice entsprachen. Der überwiegende Anteil der verbleibenden 22 Artikel stammt aus dem englischsprachigen Raum (v.a. USA und UK); Aussagen zu Entwicklung, Stellenwert und Effektivität der Advanced Practice Ernährungsberatung in den übrigen Ländern sind daher kaum möglich.

8.1.1 Regulierung und Standards: Advanced Practice in der Diätetik

In den **USA** publiziert die American Dietetic Association regelmässig revidierte und nach Spezialgebieten unterteilte Berufsstandards für Ernährungsberater/innen (RDs), wobei klare Niveaus unterschieden werden: Berufseinsteiger/innen («generalist» bzw. neu: «competent»), Spezialist/innen in einem Praxisbereich («speciality» bzw. «proficient») und Advanced Practitioners («expert»). Die Unterscheidung zwischen Spezialist/innen und APs ist nicht immer klar; trotz AP- Berufszertifikaten und langjährigen Anstrengungen zur Weiterentwicklung und Etablierung der neuen Berufsbilder scheint die Anerkennung durch Institutionen, Arbeits- und Berufskollegium häufig noch zu fehlen.

■ Skipper et al. (2006) und Brody et al. (2012) enthalten Aktualisierungen der Standards von Advanced Practice in der Diätetik, wie sie von Bradley et al. (1993) formuliert wurden. Die Kriterien, Anforderungen und Charakteristika von Advanced Practitioners haben sich seither erstaunlich wenig verändert: Masterabschluss; mindestens acht Jahre Berufserfahrung; Fortbildung auf einem oder mehreren Spezialgebieten, praktische Weiterbildung in der Klinik («advanced practice residency»), zusätzliche Ausbildung im Bereich Forschung; Teilnahme an und Entwicklung von Forschungsprojekten; berufliche Position, die neben der Patientenversorgung auch komplexere fachliche oder Führungsfunktionen umfasst; professioneller Austausch mit einem breiten (internationalen) Netzwerk von Fachleuten inner- und ausserhalb der Diätetik; innovative, kreative und intuitive Lösungsansätze in der Patientenversorgung, die sich auf ein breites, vernetztes Wissen und die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit abstützt. Nach Skipper et al. gehört es zum Selbstverständnis der AP RDs, ihre Rollen nicht gemäss einer festgelegten Praxis auszufüllen, sondern diese individuell und aktiv in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld mitzugestalten. Eine vergleichbare Studie zur Rolle der AP RDs in Kanada bieten Wildish et al. (2010).

¹⁹ Es gibt im deutschsprachigen Raum keine einheitliche Berufsbezeichnung. In Deutschland lautet die Bezeichnung «Diätassistent/in», in Österreich «Diätologe/Diätologin».

■ Boucher et al. (2011) differenzieren die Standards und Berufsniveaus für den Bereich der Diabetesversorgung und illustrieren die Kompetenzunterschiede von Generalist/innen, Spezialist/innen und Advanced Practitioners an konkreten Beispielen. Ausbildungsstandards wie die Spezialisierung auf Diabetes (CDE, «certified diabetes management») oder die AP-Zertifizierung BC-ADM («Board certified advanced diabetes management») machen nur einen Teil der Einstufung aus; die Wege zur Qualifikation auf das Niveau AP sind vielfältig und nicht reguliert. Advanced Practitioners haben aufgrund ihrer breiten Kenntnisse und Erfahrungen ein «more intuitive understanding of diabetes care», ein umfassendes Verständnis der Krankheit, der Patienten und der Behandlungsstrukturen in multidisziplinären Teams, und nehmen eine aktive Rolle in der Anpassung und Weiterentwicklung der Praxis ein.

■ O’Sullivan Maillet et al. (2012) beschäftigen sich mit Advanced Practice RDs aus einer Arbeitsmarktperspektive. 2011 hatten 50% der US-amerikanischen RDs einen Master- oder Dokortitel; 15% hatten eine Zusatzqualifikation (Spezialisierung) und nur sehr wenige das Advanced-Level BC-ADM (ca. 100). Das geringe Interesse seitens Berufsleuten und Arbeitgebern liege nicht zuletzt daran, dass die Unterschiede bezüglich Kompetenzen und Verantwortung zwischen AP und Spezialist/innen in der Berufspraxis nicht klar seien. Potentielle Rollenkonflikte gebe es dadurch, dass zwei beliebte Spezialausbildungen, CNSC («certified nutrition support clinician») und CDE («certified diabetes educator»), auch anderen Berufsgruppen offenstehen. Angesichts der fehlenden Anerkennung von AP RDs – nicht zuletzt auch in finanzieller Hinsicht – stelle sich die Frage, ob sich die weiteren Anstrengungen zur Vereinheitlichung und Regulierung der Ausbildungsstandards für AP lohne. Wichtiger sei die Anerkennung der Expertise von Ernährungsspezialist/innen auf Gesetzesstufe (Verschreibungsrecht), in den Institutionen und im Arbeitskontext.

Für die beruflichen Standards in **Europa** hat die Europäische Föderation der Ernährungsberatungsverbände (EFAD) eine wegweisende Rolle. 2009 wurden die Abschlusskompetenzen für die primärqualifizierende Ausbildung verabschiedet (European Academic and Practitioner Standards for Dietetics, EDBS). 2012 hat die Arbeitsgruppe DIETS2²⁰ Ernährungsberater/innen aus 35 Ländern zu Kompetenzen und Indikatoren der Advanced Practice befragt und daraus ein Kompetenzprofil für die AP-Stufe entwickelt. Die European Dietetic Advanced Competences (EDAC) sollen als Grundlage/Minimalstandard gelten, auf der die länderspezifischen AP-Profile entwickelt werden (EFAD 2012). Voraussetzung für das AP-Niveau ist eine vertiefte Berufspraxis (dies kann, muss aber nicht eine Spezialisierung sein) sowie der Nachweis der notwendigen akademischen Kompetenzen (Module auf Masterstufe oder Masterabschluss). Auch andere Formen des «lifelong learning», z.B. Weiterbildungen und Kurse, sind Elemente, die zur AP-Stufe führen. Das europäische Kompetenzprofil der AP ist in vielen Bereichen ähnlich wie das amerikanische: vertieftes, umfassendes klinisches Wissen, evidenzbasierte Weiterentwicklung der Praxis, Qualitätssicherung, kommunikative Fähigkeiten, Fähigkeit zur Wissensvermittlung und zur interprofessionellen Zusammenarbeit, Forschungstätigkeit, Leadership und Management Skills, vernetztes Denken und innovative Problemlösung in komplexen Situationen. Neu am europäischen Modell ist der starke Fokus auf die Aufgabe von AP Ernährungsberater/innen, individuelle, psychosoziale und kulturelle Besonderheiten und gesundheitliche Ungleichheiten («health inequalities») zu berücksichtigen und die diätetischen Interventionen dementsprechend anzupassen (siehe dazu auch Jonsdottir et al. 2011).

Die EFAD unterscheidet vier Berufsfelder für Ernährungsberater/innen: «Administrative dietitians» sind zuständig für Ernährungsfragen in grösseren Institutionen, z.B. in Spitälern; «Clinical dietitians» arbeiten mit bestimmten Patientengruppen, «General dietitians» sind in der Grundversorgung tätig und «Public Health dietitians» erarbeiten Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention.

²⁰ Dietitians ensuring education, teaching and professional quality, www.thematicnetworkdietetics.eu.

In **Deutschland** werden «Diätassistent/innen» nicht wie die Physio-, Ergo- und Logotherapie den Therapieberufen zugeordnet, sondern den «anderen Berufen der Gesundheitsversorgung». Für diese Berufe gibt es bisher keine akademischen Qualifikationsmöglichkeiten, weder auf Bachelorstufe (im Sinne einer Berufsqualifizierung) noch auf Masterstudie (im Sinne einer erweiterten oder spezialisierenden Qualifikation). Die Diskussion und Entwicklung von Advanced Practice Rollen in Ernährung und Diätetik ist demnach – im Gegensatz zu anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen («Gesundheitsfachberufe») – praktisch noch nicht vorhanden, was jedoch nicht heisse, dass eine «Akademisierung» nicht in Betracht gezogen werden sollte (Wissenschaftsrat 2012, 12; 58).

■ Watling (2009) macht deutlich, dass die bereits vorhandene Expertise von spezialisierten Ernährungsberater/innen zu wenig genutzt wird. Auf Pädiatrie spezialisierte Ernährungsberater/innen («paediatric dietitians») müssten im klinischen Bereich besser in die interprofessionellen Teams eingebunden bzw. wahrgenommen werden. Diätetik-Spezialist/innen könnten dank der präzisen, fortlaufenden Anpassung der Nahrungswerte («nutritional assessments») oder durch das Wissen um die Wechselwirkung von Medikamenten mit gewissen Nahrungsmitteln entscheidend zu einem positiven Behandlungsergebnis und zu kürzeren Behandlungsdauer beitragen. Die Erweiterung der Rolle von Spezialist/innen liege einerseits im kommunikativen Bereich: die eigene Expertise sichtbarer vermitteln, aber auch das Bewusstsein um die Wichtigkeit und Kenntnisse diätetischer Interventionen in anderen Gesundheitsberufen verbessern. Andererseits müsse mit der Expertise auch entsprechende Verantwortung und Autonomie einhergehen (z.B. das Verschreibungsrecht bei künstlicher Ernährung). Dass erfahrene und spezialisierte Ernährungsberater/innen diese Funktion mit positiven Behandlungsergebnissen und kosteneffektiv ausführen können, ist verschiedenen Studien zu entnehmen (vgl. den nachfolgenden Abschnitt). Allerdings sei ausführlichere Forschung dringend notwendig: «There are significant gaps in the evidence base for paediatric dietetics». Diese Einschätzung widerspiegelt sich auch in den gefundenen Publikationen zur Effektivität der verstärkten Rolle von Ernährungsberater/innen: Meistens handelt es sich um qualitative Studien; CT- oder RCT-Studien konnten kaum gefunden werden.

8.1.2 Einsatzbereiche

Studien, die eine verstärkte oder erweiterte Rolle von Ernährungsberater/innen beschreiben, finden sich in verschiedenen Bereichen: Klinische Ernährung in der stationären und ambulanten Versorgung (Gastroenterologie, Onkologie, Neonatale Intensivstationen und Frühgeborene, Geriatrie), Diabetes, Medical Nutrition Therapy.

■ Peterson et al. (2010) [Q] untersuchen die Behandlungsergebnisse und Effektivität von Ernährungsberater/innen, denen autonome Kompetenzen in der Anordnung und Durchführung intravenöser Ernährung (parenteral nutrition, PN) gewährt wurden. In einer amerikanischen Klinik wurden zunächst Behandlungsleitlinien ausgearbeitet, und nebst der regulären Krankenakte wurden ausführliche Daten erhoben, um die Qualität und Effektivität der Behandlung genauer messen und verbessern zu können. Nach der Einführung des Verordnungsrechts wurde trotz des insgesamt höheren Patientenvolumens die Anzahl Verordnungsfehler bei intravenöser Ernährung deutlich reduziert, von 45 auf 27%, was einer Kosteneinsparung von 20% entspricht. Unterschiede in Bezug auf Spitalaufenthaltsdauer oder infektiöser Komplikationen gab es keine. Vor diesem Hintergrund empfehlen die Autor/innen klinischen Ernährungsberater/innen konkrete Schritte, wie sie solche erweiterte Funktionen anstreben können – offenbar wird hier die Entwicklung von innovativen Rollen und Zusammenarbeitsformen eher auf der Ebene einzelner Institutionen gesehen als auf Gesetzesstufe.

■ Braga et al. (2006) [Q] verglichen in einer amerikanischen Klinik die Krankenakten von Patienten, bei denen der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin nach der Anordnung der enteralen Ernährung die

Behandlungsempfehlungen der Ernährungsberater /innen berücksichtigte, mit solchen, wo diese Empfehlungen nicht beachtet wurden (was generell in über 50% der Fälle geschieht). Die Auswertung zeigte, dass die Empfehlungen der Ernährungsspezialist/innen zu signifikant höheren Albuminwerten, höherer Gewichtszunahme und kürzeren Spitalaufenthalten führte. Ursache für die Nicht-Beachtung der Empfehlungen sei ein mangelndes Bewusstsein seitens der Ärzteschaft um die vorhandene Expertise, was durch eine verbesserte Kommunikation verändert werden könne. Erstrebenswert und sinnvoll sei jedoch die schrittweise Erweiterung der Kompetenzen von Ernährungsberater/innen (Verschreibungsrecht für klinische Ernährung; Anordnen von Labortests).

■ Stanley et al. (2012) [Q] beschreiben erweiterte Funktionen von Ernährungsberater/innen für enterale Ernährung im ambulanten Versorgungsbereich in Grossbritannien («home enteral tube feeding», HETF). Fachkräftemangel – diese Funktionen waren vormals von Gemeindeschwestern erfüllt worden – war der Hauptgrund für die Entwicklung dieser Form von Advanced Practice. Mit den entsprechenden praktischen Fertigkeiten können ambulant tätige AP Ernährungsberater/innen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Grundversorgung beitragen und damit Kosten von vermeidbaren Spital- und Notfallaufenthalten einsparen. Rollenkonflikte gebe es angesichts des Fachkräftemangels kaum – am ehesten aber mit auf Ernährung spezialisierten Pflegefachleuten («nutrition nurse specialists»). Auch im klinischen Versorgungskontext übernehmen AP Ernährungsberater/innen Aufgaben wie das Legen von Sonden (Marsland 2010). Für eine Übersicht zu Advanced Practice Diätetik in der Gastroenterologie in Grossbritannien («consultant dietitians») siehe Lomer (2009).

■ Sneve et al. (2008) [Q] stellen in der rückwirkenden Analyse von Krankenakten einer neonatalen Intensivstation in den USA fest, dass die Einführung eines innovativen Versorgungskonzepts – ein multidisziplinäres Team, wo auch Ernährungsberater/innen eingebunden waren – signifikante Verbesserungen des Ernährungszustands der Früh- und Neugeborenen mit tiefem Geburtsgewicht brachten. Lasby et al. (2004) berichten von positiven Behandlungsergebnissen und der Kosteneffektivität (eines innovativen ambulanten Versorgungsmodells für Neugeborene mit einem tiefen Geburtsgewicht durch ein Team von Ernährungsberater/innen und AP Pflegefachpersonen («clinical nurse specialist»).

■ Gute Outcomes bei einer verstärkten Einbindung von (spezialisierten) Ernährungsberater/innen sind auch im Bereich der Onkologie festzustellen. Roberts (2008) [Q] stellt in einer retrospektiven Analyse fest, dass dank zwei Konsultationen mit der in einer britischen Klinik neu eingesetzten Spezialistin («upper gastrointestinal oncology dietitian») die Gewichtsabnahme von Patient/innen nach einer Magen- oder Speiseröhrentumorentfernung verringert werden konnte. Kiss et al. (2012) [Q] untersuchen in einer australischen Studie die Implementierung von Ernährungsberatung für Patient/innen mit Kopf-Hals-Karzinom, die häufig an Mangelernährung leiden, was sich negativ auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. In der neuen «dietitian-led clinic» konnten Krankenhauseintritte und der ungeplante Einsatz von nasogastralen Sonden um ca. die Hälfte verringert sowie der Übergang zur oralen Nahrungsaufnahme nach der Strahlentherapie erleichtert werden.

■ Betagte Menschen sind vielfach bereits beim Spitaleintritt unter- oder mangelernährt, was sich während des Aufenthalts häufig noch verschärft. Da die Aufenthaltsdauer immer kürzer wird, bleibt oft nicht genug Zeit, den Ernährungszustand zu verbessern. Eine dänische Studie (Beck et al., 2013) [RCT] zeigt, dass eine gezielte Intervention mit Ernährungsberatung und ärztlichen Nachkontrollen bei den Patient/innen zu Hause positive Effekte auf den Ernährungszustand und den funktionellen Status hat; auch der Bedarf an Unterstützung durch Sozialdienste (z.B. Mahlzeitenservice) wurde reduziert. Im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=79), die keine Ernährungsberatung erhielt, gab es bei der Interventionsgruppe (n=73) jedoch keine Unterschiede bezüglich des Risikos eines erneuten Spitaleintritts.

■ Worth et al. (2006) [Q] untersuchten die Effektivität eines von Ernährungsberater/innen geleiteten Diabeteszentrums («lipid clinic») in Grossbritannien, wo die Patient/innen Ernährungs- und Lifestyle-Beratung

kombiniert mit medikamentöser Behandlung erhielten. Die Zielwerte bezüglich Cholesterollipidwerte wurden bei 74% der Patient/innen nach drei Klinikbesuchen erreicht und konnten diese auch längerfristig halten (Follow-up nach 12 Monaten). Auch wurden keine negativen Outcomes als Folge der medikamentösen Behandlungen festgestellt.

■ Die Zusammenarbeit von auf Diabetes spezialisierten Ernährungsberater/innen und Krankenpfleger/innen («diabetes specialist dietician, diabetes specialist nurse») steht im Zentrum eines Konzepts zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz von Diabetes 1 Patient/innen in Grossbritannien (Ulahannan et al. 2007) [Q]. Ein Pilotversuch zeigte, dass mit geringem Ressourcenaufwand (zwei Input-Sessions in Gruppen à maximal 10 Personen) die durchschnittliche tägliche Insulindosis und HbA1c verringert werden konnten und sich die Blutzuckerkontrolle wie auch die Lebensqualität der Teilnehmenden verbesserten.

■ Ein Programm zur Gewichtsreduktion bei Diabetes 2 Patient/innen mit einer viermonatigen intensiveren Betreuung durch Ernährungsberater/innen zeigte in der britischen Studie von Cheyette (2007) [RCT] zwar kurzfristige Erfolge: Gewicht, Insulindosis, HbA1c konnten signifikant verringert werden, während die Kontrollgruppe (regulär: eine Diätetik-Konsultation pro Jahr) lediglich eine HbA1c Reduktion aufwies. Nach sechs bzw. zwölf Monaten waren jedoch keine Unterschiede zwischen der Standardversorgung und des Intensivprogramms mehr feststellbar.

■ Einen weiteren Einsatzbereich schildern Burton et al. (2007) [Q]. In der Behandlung von vererbten Stoffwechselkrankheiten werden in Grossbritannien multidisziplinäre Teams eingesetzt. Hier spielen spezialisierte Ernährungsberater/innen eine wichtige Rolle: Diät-Management, Prävention und Behandlung von akuten Stoffwechselstörungen, Beratungs- und Koordinationsaufgaben, Partizipation an klinischer Forschung.

8.2 Situation und Perspektiven: Einschätzung von Expertinnen zu AP in Ernährung und Diätetik

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der Rolle von Ernährungsberater/innen wird gemäss Auskunft der Expertinnen innerhalb der Berufsgruppe geführt; Publikationen, die sich mit AP-Rollen im Schweizer Kontext beschäftigen, konnten allerdings keine gefunden werden. Ein Blick auf die Berufsstatistik des Verbands der diplomierten Ernährungsberater/innen (SVDE) von 2010 zeigt jedoch, dass auch in der Schweiz bereits einige Fachleute mit einem (im Ausland erworbenen) Mastertitel praktizieren (eine Person mit PhD); gut ein Viertel der Befragten hat einen Weiterbildungslehrgang (CAS, DAS oder MAS) in Ernährung und Diätetik, Forschung, Psychologie, Erwachsenenbildung, Management oder Public Health absolviert. Von den 267 befragten Spital-Ernährungsberater/innen arbeiten 26% in einem Team für klinische Ernährung mit Ärzt/innen zusammen; 18% sind an Forschungsarbeiten und 4% an (interdisziplinären) Projekten z.B. im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt. Gleichzeitig ist der Anteil an Berufsleuten, die noch über wenig Erfahrung verfügen, relativ hoch. Als besondere Herausforderung für die Berufsentwicklung wird die Integration der jungen Berufstätigen und die Zusammenarbeit von Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus (seit 2006 wird nur noch auf FH-Stufe ausgebildet) genannt. Die Ernährungsberatung ist eine kleine Berufsgruppe (ca. 1000), der Frauenanteil beträgt über 95% und die meisten arbeiten Teilzeit, besonders in den Praxen mit eher kleinen Pensen unter 50% (Soguel Alexander 2010).

8.2.1 Profil und Ausbildung

Wenn man Advanced Practitioners definiert als jemand, der sich durch mehrere Jahre intensive Praxiserfahrung in einem Berufsfeld spezialisiert und in einer Weiterbildung zusätzliches Wissen und Kompetenzen erworben habe, seien in der Schweiz bereits einige Berufsleute auf AP Niveau tätig, meint die Expertin aus dem Hochschulbereich (Expertin 3). Es gebe seitens der Institutionen (Kliniken, Behandlungszentren

oder spezialisierte Praxen, z.B. für Gastroenterologie) auch eine Nachfrage nach Personen, die vertiefte Kenntnisse in einem Fachbereich mitbringen, Fallführungen übernehmen und sich an Forschungsprojekten beteiligen können.

Für beide Expertinnen ist unbestritten, dass es in der Ernährung und Diätetik eine Weiterentwicklung der akademischen Laufbahn auf Masterstufe braucht. Einen Masterabschluss als Voraussetzung für den AP-Titel festzulegen halten sie jedoch zumindest gegenwärtig nicht für sinnvoll, da man es sich als kleine Berufsgruppe nicht leisten könne, den erfahrenen Berufsleuten, die sich in ihrem Gebiet spezialisiert haben und bereits auf hohem Niveau praktizieren, das Nachholen eines Studiums aufzuzwingen. Die Expertin des Berufsverbandes (Expertin 4) weist darauf hin, dass man das US-amerikanische AP-Modell, das einen Masterabschluss vorsieht, nicht eins zu eins auf die Schweiz übertragen könne, da die Arbeitsweise der Ernährungsberater/innen in den USA weniger patientenzentriert sei. In der Schweiz sei es wichtig, gute Übergangsmodelle zu entwickeln, die die Berufserfahrung angemessen honorieren und realistische (in zeitlicher und finanzieller Hinsicht) Möglichkeiten zum Erwerb zusätzlicher Kompetenzen anbieten. Eine «Degradierung» der erfahrenen Berufsleute dadurch, dass man für AP (und die entsprechenden Entschädigungsregelungen) einen bestimmten Abschluss verlange, müsse unbedingt vermieden werden.

Beide Expertinnen sind sich einig, dass die Berufserfahrung für die Vergabe des AP-Titels eine grosse Rolle spielen muss. Expertin 3 plädiert für eine gewisse Offenheit der Ausbildungswege (MSc, MAS, andere Formen des «lifelong learning») und sieht in den MAS den Vorteil, dass sie berufsbegleitend gemacht werden können und ein spezifisches klinisches Gebiet fokussieren. Allerdings sei es schwierig, angesichts der kleinen Berufsgruppe genügend Kandidat/innen für solche Weiterbildungen zu finden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund begrüsst Expertin 4 die Entwicklung des Kooperationsmasters MSc unter Schweizer Beteiligung. Idealerweise wäre dieser nicht nur ein Forschungsmaster, sondern würde verschiedene Berufsfelder erschliessen, in denen sich Absolvent/innen positionieren könnten.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen, wo zunehmend Spezialist/innen gefragt sind, sowie die Akademisierung, die mit der Umstellung auf berufsbefähigende BA-Ausbildung begonnen hat, haben gemäss Auskunft von Expertin 4 in der Berufsgruppe grosse Unsicherheiten ausgelöst, zumal man sich während Jahrzehnten immer als Generalist/innen verstanden habe. Eine klare Definition der neuen Berufsbilder, finanzierbare Weiterbildungen und die angemessene Entschädigung der Spezialist/innen und Expert/innen wären entscheidend, um diesen Unsicherheiten zu begegnen.

8.2.2 Rollen und Einsatzbereiche

Als wichtigste Entwicklungsbereiche sehen die Expertinnen erweiterte Rollen in interdisziplinären Teams in Kliniken und Behandlungszentren, im Bereich Gerontologie sowie in der Prävention und Public Health. Welche Aufgaben genau von AP-Ernährungsberater/innen in der Schweiz übernommen werden können oder sollen, ist für Expertin 4 noch eine sehr hypothetische Diskussion, da die dafür notwendigen Spezialkenntnisse und Kompetenzen noch nicht definiert seien. Zu einzelnen, in der internationalen Literatur gefundenen Rollen und Kompetenzen nehmen die Expertinnen wie folgt Stellung:

■ **Verordnung und Anpassung von Medikamenten, Verordnung von klinischer Ernährung und Laboruntersuchungen:**

In Bereichen, die mit Ernährungstherapie oder ernährungsbezogenen Krankheiten zu tun haben, halten beide Expertinnen die Kompetenzerweiterung auf AP-Stufe für sinnvoll. In gewissen Bereichen, wo die Dosierung von Medikamenten von der Ernährung abhängig ist, hätten Ernährungsberater/innen gemäss Expertin 3 vielfach ein grösseres Wissen als z.B. ein Assistenzarzt, der die Verordnung ausstellt, oder als die Hausärztin, zu der man chronisch kranke Patient/innen für die Anpassung der Dosierung schicken

müsse. In einigen Kliniken seien Ernährungsberater/innen bereits heute schon relativ selbständig, ihre Empfehlungen für klinische Ernährung würden akzeptiert und ihre Vorschläge für Laboruntersuchungen ernst genommen. Eine Anpassung der rechtlichen Grundlagen, die diese Kompetenzen sichtbar machen würden, sei äusserst wünschenswert.

■ **Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams:**

In grösseren Kliniken gibt es laut Expertin 3 viele gut funktionierende multidisziplinäre Teams, in denen Ernährungsberater/innen eine entscheidende Rolle spielen (z.B. Gastroenterologie, Endokrinologie, Adipositas). Die Expertin 4 schätzt denn auch, dass dies einer der ersten Bereiche sein wird, in denen sich hierzulande AP-Rollen in Ernährung und Diätetik entwickeln werden. In kleineren Kliniken hingegen müssten sich die Ernährungsberater/innen bei der Zusammenstellung interdisziplinärer Teams proaktiv einbringen, da ihre Kompetenzen in anderen Berufsgruppen zu wenig bekannt und der Einbezug von Ernährungsberater/innen auch in innovativen Modellprojekten noch keine Selbstverständlichkeit sei. Interdisziplinäre Zusammenarbeit müsse mit einer Öffnung und teilweisen Überschneidung der Berufsfelder einhergehen. Eine Ernährungsberaterin müsse auch eine Magensonde legen können, umgekehrt sollten auch Pflegepersonen fähig sein, Berechnungen für parenterale Ernährung anzustellen. Nur so könne man effizient arbeiten und dem Personalmangel entgegenwirken.

■ **Fallmanagement, «dietitian-led clinics»:**

Vor allem in der Langzeitversorgung (chronisch Kranke; Alters- und Pflegeheime) sieht Expertin 3 die Möglichkeit, mit AP-Rollen und neuen Versorgungsmodellen Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

■ **Lehre und Forschung:**

Solche Funktionen gebe es bereits, meint Expertin 3, diese könnten aber noch ausgebaut werden. Die Nachfrage nach hoch qualifizierten Fachleuten, die sich im Bereich Ernährung für bestimmte Patientengruppen an Forschungstätigkeiten beteiligen, sei vorhanden. Viele Berufsleute, die in einem spezifischen Gebiet ein grosses Erfahrungswissen mitbringen und sich theoretisch vertieft haben, seien hinsichtlich ihres Wissens und Könnens auf AP-Niveau einzustufen. Allerdings fehle ihnen aufgrund ihres Curriculums die Erfahrung in der Forschung; die Dokumentation ihrer Tätigkeiten und die Suche nach Evidenzen sei noch kein selbstverständlicher Teil ihrer Arbeit. Die Kompetenzen für wissenschaftliches Arbeiten sollten von Fachleuten mit diesem Spezialisierungsgrad in Weiterbildungsmodulen nachgeholt werden können – dieser Aspekt ist für beide Expertinnen zentral. Expertin 4 erwartet jedoch, dass sich solche Problematiken mit dem zunehmenden Anteil an Bachelorabsolvent/innen entschärfen werden.

■ **Gesundheitsförderung und Prävention:**

Wegen der Berufstradition im klinischen Bereich werde dieses wichtige Berufsfeld noch zu wenig wahrgenommen. Zwar sind Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health Nutrition im berufsqualifizierenden Curriculum integriert, aber beide Expertinnen verweisen darauf, dass man sich als Berufsgruppe besser positionieren und sich diese Arbeitsfelder erschliessen müsse. Expertin 3 sieht besonders im Bereich der Alters- und Pflegeheime Entwicklungsbedarf. Hier könnten APs massgeblich zur Prävention von Mangelernährung und zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen, indem sie in Pflegeheimen den Ernährungsstatus der Bewohner beurteilen, Verordnungen machen und den für die Betreuung zuständigen FaGe gezielte Schulungen anbieten.

■ **Wissensvermittlung über Ernährung und Diätetik im interprofessionellen Umfeld:**

Die fachliche Wissensvermittlung sei bereits heute ein Bestandteil der Arbeit von Ernährungsberater/innen und werde auch von BA-Absolvent/innen übernommen, meint Expertin 3. Aber die Akzeptanz unter der Ärzteschaft und der Wissen um die beruflichen Fähigkeiten an sich sei erst teilweise vorhanden und müsse noch erhöht werden. Dass die Kompetenzen von Ernährungsberater/innen in der Öffentlichkeit, bei Ärzten und im Gesundheitswesen oftmals zu wenig bekannt oder unklar sind, führt Expertin 4 auch darauf zurück, dass die Berufsbezeichnung nur mit dem Zusatz «HF/FH» geschützt sei. Diesbezüglich müsse v.a.

seitens des Berufsverbandes Kommunikations- und Informationsarbeit geleistet werden; der gesetzliche Schutz des Titels «Ernährungsberater/in» sei jedoch auch im Sinne des Patientenschutzes anzustreben.

■ Substitution ärztlicher Tätigkeiten:

AP Ernährungsberater/innen könnten nach Einschätzung der Expertin 4 ärztliche Aufgaben übernehmen wie z.B. Anamnese, Checks, Kontrollen, Screening, Messungen (z.B. das Gewicht nehmen, Messung der Hautfaltendicke, kalorischen Bedarf ermitteln), um Hausärzte zu entlasten, die dafür oft keine Zeit haben. Dies jedoch nicht unbedingt im Sinne des Erstbehandlungsrechts, sondern als Diagnosestellung, die aufzeigt, welche Behandlungsmassnahmen getroffen werden sollten. Bevor man dafür jedoch neue Berufsprofile schafft, sollte eine Bestandsaufnahme der bereits vorhandenen Kompetenzen in den Gesundheitsberufen erfolgen und eine Analyse, wie man diese sinnvoll nutzen, einsetzen und allenfalls ausbauen könne. Expertin 3 plädiert dafür, dass Klient/innen, die ernährungsbezogene Unterstützung brauchen (z.B. bei Übergewicht, das gemäss Kriterienkatalog der Krankenkassen noch nicht als Adipositas eingestuft wird), ohne ärztliche Verordnung zur Ernährungsberatung gehen können. Dafür brauche es auch eine Anpassung der Entschädigungsregelungen bei den Krankenkassen.

8.2.3 Regulierung

Als kleine Berufsgruppe profitiere die Ernährung und Diätetik von der Diskussion um Advanced Practice, die vor allem von der Pflege vorangetrieben wird, meint Expertin 4. Die Berufsverbände seien miteinander vernetzt und der Erfahrungsaustausch wichtig. Allerdings sind Ernährungsberater/innen bei der Entwicklung von AP-Rollen mit ganz anderen Herausforderungen konfrontiert, sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Berufsgruppe, und auch die unterschiedlichen beruflichen Traditionen führen dazu, dass sich die Ernährung und Diätetik eher an europäischen und internationalen Trends innerhalb der Berufsgruppe orientiert als an die Erfahrungen mit APN-Rollen in der Schweiz.

Für Expertin 3 braucht es eine Diskussion und eine Einigung zwischen den Berufsgruppen, den Krankenkassen und dem BAG, was es in der Schweiz braucht und wie man sich positioniert. Erst dann könne eine Regulierung erfolgen. Von diesem Diskussions- und Klärungsprozess erwartet sie ein besseres gegenseitiges Verständnis unter den Berufsgruppen, was die Zusammenarbeit effizienter machen würde. Ausserdem dürften in diesem Prozess die Kompetenzen denjenigen zugesprochen werden, die sie auch tatsächlich haben (heute hätten Ärzte Verordnungsrechte im Bereich der Ernährung, wo Ernährungsberater/innen z.T. ein grösseres Fachwissen haben). Differenzierte Ausübungsrechte innerhalb des Berufes seien notwendig, wobei die Gefahr bestehe, dass man zu stark bürokratisiere und neue Formen von Doppelspurigkeiten schaffe. Beide Expertinnen sprechen sich für ein Erstbehandlungsrecht bereits ab Bachelorstufe aus; Diagnostische Aufgaben sowie die Verordnung von Medikamenten hingegen eher bei APs.

Expertin 4 spricht sich für eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene aus, die die Austrittskompetenzen für die Bachelorstufe und der AP-/Masterstufe festlegt. Dabei sei eine Anlehnung an die europäischen Profile (EFAD) wichtig, damit die Kompetenzen vergleichbar und die berufliche Mobilität gewährleistet bleiben. Je nach Versorgungsbedarf könnten anschliessend zusätzlich mittlere Berufsprofile (z.B. Spezialist/innen) eingegliedert werden. Die innerberufliche Klärung von Profilen ermögliche auch in Ernährungsberatungspraxen effizientere, für Klient/innen optimalere Strukturen der Arbeitsteilung, indem Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten klarer voneinander abgegrenzt sind. Auch die Expertin 4 erhofft sich von der Regulierung der AP ein grösseres Bewusstsein seitens der Ärzteschaft, welche Domänen von AP-Ernährungsberater/innen abgedeckt werden. Neben der Klärung und Etablierung der Berufsprofile müsse auch das Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Spezialist/innen und AP angemessen entlohnt werden sollten. Hier seien – für alle Gesundheitsberufe – noch keine realistischen Lösungsansätze in Sicht.

8.3 Zusammenfassung

Über die formalen Kriterien für Advanced Practice in Ernährung und Diätetik ist man sich in vielen englischsprachigen Ländern (v.a. USA) schon seit Jahren einig, dennoch ist in der Praxis weitgehend unklar, wer nun tatsächlich als AP gilt. Dies mag hauptsächlich damit zusammenhängen, dass Zusatzqualifikationen (Spezialisierung, Master, Berufserfahrung, Forschung etc.) nicht automatisch erweiterte Handlungskompetenzen mit sich bringen. Die Erweiterung von Rechten und Verantwortlichkeiten (z.B. Verschreibungsrecht) muss auf regulatorischer und/oder institutioneller Ebene erst durchgesetzt werden.

Die Unterscheidung zwischen Diätetik-Spezialist/innen und AP Ernährungsberater/innen ist kaum möglich, da die Spezialisierung auf ein bestimmtes Gebiet (in den USA häufig ebenfalls auf Masterstufe) Voraussetzung ist, um erweiterte Funktionen ausüben zu können. Bezüglich Ausbildungsniveau und Forschungstätigkeit sehen verschiedene Studien jedoch Handlungsbedarf: Zum einen wird ein «Practice Doctorate Degree» für Ernährung und Diätetik als sinnvoll erachtet, um Berufspraxis und berufliche Laufbahnen weiter zu entwickeln. Zum anderen fehlt es auch an wissenschaftlich hoch qualifizierten Berufsleuten, um die angewandte Forschung zur Effektivität von innovativen Behandlungsformen und –methoden voranzutreiben und die «Lücken in der Evidence Base» zu füllen. Die qualitativen Studien zur Effektivität einer verstärkten Rolle von Ernährungsberater/innen deuten besonders im klinischen Bereich auf positive Outcomes und Potential für Kosteneinsparung – dies müsste jedoch in CT- oder RCT-Studien noch verifiziert werden.

Innovationen sind in diesem Bereich hauptsächlich in Formen der Zusammenarbeit (multidisziplinäre Teams, ambulante Settings) angesiedelt. Ob es dafür in jedem Fall AP braucht, ist jedoch fraglich – viel könnte laut Studien schon gewonnen werden, indem die bereits vorhandene Expertise der Ernährungsberater/innen besser eingebunden würde. Das zeigen Fallstudien und Experteninterviews mit AP-RDs in Grossbritannien und den USA. Ein möglicher Ansatz wäre, die interprofessionelle Kooperation bereits auf der Ebene der Ausbildung zu verankern, wie dies auch vom Deutschen Wissenschaftsrat empfohlen wird (vgl. auch Mincher et al. 2012).

Aus den Gesprächen mit Expertinnen geht hervor, dass Weiterentwicklung der akademischen Laufbahn auf Masterstufe (MSc) begrüsst und als notwendig erachtet wird, um die Qualität der Versorgung bei gestiegenen Anforderungen und Komplexität zu gewährleisten. Einen Masterabschluss als Voraussetzung für Advanced Practice vorzusetzen, halten sie jedoch nicht als sinnvoll, weil angesichts der kleinen Berufsgruppe so die Gefahr bestünde, die erfahrenen und für AP infrage kommenden Ernährungsberater/innen auszuschliessen. Die Anerkennung der bereits vorhandenen Kompetenzen und der klinischen Expertise ist beiden Expertinnen ein zentrales Anliegen – nicht nur auf regulatorischer Ebene für eine zukünftige AP Stufe, sondern für die Berufsgruppe insgesamt. Im interprofessionellen Umfeld als auch in der Bevölkerung sind die Kompetenzen der Ernährungsberater/innen noch zu wenig bekannt.

Als Entwicklungsbereiche für AP Ernährungsberater/innen in der Schweiz werden erweiterte Rollen in verschiedenen klinischen Abteilungen (Medikamentenmanagement, Verordnungsrecht für klinische Ernährung, Forschungstätigkeit) genannt – hier ist auch Nachfrage vorhanden. Zusätzlichen Bedarf gebe es auch in den Bereichen Public Health, Gerontologie und Prävention. Nicht zuletzt, um die präventive Wirkung von Ernährungsberatung auszunutzen, sind die Expertinnen der Meinung, dass Klient/innen bei ernährungsbezogenen Problemen ohne ärztliche Verordnung Ernährungsberatung in Anspruch nehmen können sollten.

9 Schlussbemerkungen

Auf der Grundlage der Literaturanalysen und der Gespräche mit Expert/innen kann auf die in Abschnitt 1.2 aufgeführten Fragestellungen wie folgt Bezug genommen werden:

■ Seit dem Obsan Arbeitsdokument 27 von 2007 hat sich im Bereich der hoch qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufe einiges entwickelt und verändert – sowohl international als auch in der Schweiz. Politische Vorstösse und Reformprojekte, welche die Förderung von neuen Versorgungsmodellen, einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie Initiativen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals liefern wichtige Grundlagen für die Entwicklung von neuen Berufsprofilen für hoch qualifizierte Fachpersonen in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

■ Bereits heute sind in der Schweiz Fachkräfte teilweise in erweiterten Rollen tätig. Dies betrifft sowohl Pflegeexpert/innen mit Masterabschluss als auch erfahrene Berufsleute mit besonderer Expertise, die in interdisziplinären Teams eingebunden sind (z.B. Ernährungsberater/innen) oder in freiberuflicher Tätigkeit verantwortungsvolle Funktionen einnehmen, die dem Ansatz der Advanced Practice entsprechen (z.B. frei praktizierende Hebammen). Eine gesetzliche Regulierung des AP-Berufsprofils, beispielsweise im Gesundheitsberufegesetz, sowie eine Anpassung der Entschädigungsregelung werden von allen Berufsgruppen als notwendig erachtet. Ebenso wichtig scheint jedoch auch eine bessere Nutzung und Anerkennung der bereits vorhandenen Kompetenzen.

■ Mit der Stärkung der Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe erhofft man sich eine Verbesserung der Versorgungsqualität, nicht zuletzt auch dank einem vermehrt auf Vernetzung und Interdisziplinarität ausgerichteten Gesundheitssystem. Die Erweiterung der Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten wird ausserdem als Attraktivitätssteigerung für die Gesundheitsberufe betrachtet. Die Professionalisierung und Akademisierung schreitet in allen Gesundheitsberufen voran; eine besondere Herausforderung v.a. der kleineren Berufsgruppen ist es, Ausbildungsprogramme kostendeckend durchführen zu können. Angesichts der noch unregulierten neuen Berufsprofile und der teilweise hohen Kosten ist der Nutzen einer höheren Aus- oder Weiterbildung teilweise noch unsicher.

■ Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass sich mit einem Masterabschluss neue Berufsfelder und Handlungskompetenzen erschliessen. Zwar ist in den einzelnen Berufsgruppen umstritten oder noch unklar, ob die Advanced Practice mit einem MSc-Abschluss oder einem MAS verknüpft werden soll. Klar scheint jedoch, dass die vertiefte praktische Expertise sowie die umfassenden (auch wissenschaftlich fundierten) Kenntnisse im Berufsgebiet zu mehr Entscheidungskompetenzen und einer anderen Entschädigungsregelung führen sollen. Das Erstbehandlungsrecht bzw. die Fallführung im Kontext eines interdisziplinären Teams steht dabei im Zentrum. Gewisse zusätzliche Kompetenzen bei der Verordnung von Diagnostik, Hilfsmitteln oder Medikamenten wären allenfalls sinnvoll, stehen aber in der Schweiz (anders als in vielen Ländern, die bereits APs einsetzen) derzeit nicht im Vordergrund.

■ Die Höheren Fachprüfungen werden grundsätzlich nicht als Konkurrenz für die Advanced Practice Berufsprofile betrachtet, da erstere keine wissenschaftlichen Kenntnisse und Forschungskompetenzen – also zentrale Elemente der AP – voraussetzen.

■ Die Literaturanalyse hat gezeigt, dass Advanced Practitioners in sehr unterschiedlichen Fachbereichen und Versorgungsmodellen eingesetzt werden; häufig in neu geschaffenen Angeboten z.B. im Bereich Prävention, Rehabilitation oder im Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich. In vielen Studien zeigt sich, dass Advanced Practitioners auch einige bisher ärztliche Tätigkeiten übernehmen können und dabei vergleichbare Resultate erzielen. Bezüglich Kosten sind verallgemeinernde Aussagen schwierig; finanziell negative Outcomes konnten jedoch keine gefunden werden. Die Einführung des AP-Modells in der Schweiz wird von allen befragten Expert/innen befürwortet, wobei die Übertragbarkeit von Modellen anderer Länder angesichts der unterschiedlichen Ausbildungs- und Gesundheitssysteme begrenzt ist.

10 Literaturverzeichnis

- AANPE Association of Advanced Nursing Practice Educators, UK (2013):
<http://www.aanpe.org/AdvancedNursing%20Practice/tabid/721/Default.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- ACE Association canadienne des ergothérapeutes (2012): Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012
- ACSF Association canadienne des sages-femmes (2013): La pratique sage-femme – Formations sage-femme, <http://www.canadianmidwives.org/formation-sage-femme.html> (Stand 15.02.2013)
- Aiken A, Atkinson M, Harrison M, Hope J (2007): Reducing hip and knee replacement wait times, *Healthcare Quarterly* 10(2), 88–91
- Alexander J, Anderson T, Cunningham S (2002): An evaluation by focus group and survey of a course for Midwifery Ventouse Practitioners, *Midwifery* 18, 165–172
- An Bord Altranais (2011): Midwifery practice is based on the best available evidence and involves advocacy for the individual woman and her family
- Anaf S, Sheppard LA (2007): Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review, *Physiotherapy* 93, 243–252
- Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW (2007): Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis, *Schweizerische Ärztezeitung* 88(46), 1942–1952
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2012): Faktenblatt – Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2013): Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, Bern, Januar 2013. Online: www.gesundheit2020.ch
- Barandun Schäfer U, Hirsbrunner T, Jäger S, Näf E, Römmich S, Horlacher K (2011): Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu einer klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung, *Pflege* 24(1), 7–14
- Barry J (2013): Advanced Nursing Practice – International Trends in Regulation and Scope of Practice, Referat an der Hauptversammlung der SwissANP, 6. Mai 2013, download unter <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/downloads/literatur.php> (Stand 08.07.2013)
- Bauer Nicola H, Pohlabeln H, Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2010): Hebammenkreissaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse, *Hebammenforum* 10(2010), 838–840
- Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C (2013): Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation* 27(6), 483–493
- Begley C, Elliott N, Lalor J, Coyne I, Higgins A, Comiskey CM (2012): Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, under revision
- Begley C, Murphy K, Higgins A, Elliott N, Lalor J, Sheerin F, Coyne I, Comiskey CM, Normand C, Casey C, Dowling M, Devane D, Cooney A, Farrelly F, Brennan M, Meskell P, MacNeela P (2010): Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE), Final Report, National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland, Dublin
- Begley C, Oboyle C, Carroll Mund M, Devane D (2007): Educating advanced midwife practitioners: a collaborative venture, *Journal of Nursing Management* 15, 574–584

- Bethel J (2005): The role of the physiotherapist practitioner in emergency departments: a critical appraisal, *Emergency nurse* 13(2)
- Black M, Mitchell E, Danielian PJ (2012): Operative vaginal deliveries – are midwives safer practitioners? A retrospective cohort study, *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition* 97(Suppl_1), A74–A75
- Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC, Aiken LH (2011): A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness, *Psychiatric Services* 62(11), 2223–2231
- Bläuer C, Mahrer-Imhof R, Brunner-La Rocca H, Müller C, Eze G, Milbich I, Spirig R (2011): Entwicklung und Implementierung eines multidisziplinären pflegegeleiteten Programms zur stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: Das Basler HI-Programm, *Pflege* 24(1), 29–41
- Booth J, Hutchison C, Beech C, Robertson K (2006): New nursing roles: the experience of Scotland's consultant nurse/midwives, *Journal of Nursing Management* 14, 83–89
- Boucher JL, Evert A, Daly A, Kulkarni K, Rizzotto J, Burton K, Bradshaw BG (2011): American Dietetic Association Revised Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Generalist, Speciality, and Advanced) in Diabetes Care, *Journal of the American Dietetic Association* 111(1), 156–166
- Bradley RT, Young WY, Ebbs P, Martin J (1993): Characteristics of advanced-level dietetics practice: A model and empirical results, *Journal of the American Dietetic Association* 93(2), 196–202
- Braga J, Hunt A, Pope J, Molaison E (2006): Implementation of Dietitian Recommendations for Enteral Nutrition Results in Improved Outcomes, *Journal of the American Dietetic Association* 106(2), 281–284
- Brody RA, Byham-Gray L, Touger-Decker R, Passannante MR, O'Sullivan Maillet J (2012): Identifying Components of Advanced-Level Clinical Nutrition Practice: A Delphi Study, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(6), 859–869
- Burton H, Sanderson S, Dixon M, Hallam P, White F (2007): Review of specialist dietitian services in patients with inherited metabolic disease in the United Kingdom, *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 20(2):84–94
- Carberry M, Connelly S, Murphy J (2013): A prospective audit of a nurse independent prescribing within critical care, *Nursing in Critical Care* 18(3), 135–141
- Cassis Ignazio (2012): 12.3619- Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen, eingereicht im Nationalrat am 15.06.2012; Antwort des Bundesrates, 29. August 2012
- Chen C, McNeese-Smith D, Cowan M, Upenieks V, Afifi A (2009): Evaluation of a nurse practitioner-led care management model in reducing inpatient drug utilization and cost, *Nursing Economic\$* 27(3), 160–8
- Cheyette C (2007): Weight No More: a randomised controlled trial for people with type 2 diabetes on insulin therapy. *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiac Diabetes)* 24(9):450–456
- Clark GF, Avery-Smith W, Wold LS, Anthony P, Holm SE (2003): Specialized Knowledge and Skills in Eating and Feeding for Occupational Therapy Practice, *The American Journal of Occupational Therapy* 57(6), 661–678
- Cole J (2011): Extending the role of the occupational therapist in the promotion of collaborative medication management to facilitate occupation, *British Journal of Occupational Therapy* 74(11), 540–542

- Colligan M, Collins C, Foley B, Jones P, Miles J, Zeng I (2011): Emergency Nurse Practitioners: Do they provide an effective service in managing minor injuries, compared to emergency medicine registrars?, *The New Zealand Medical Journal* 124(1344), 74–80
- Collins K, Jones ML, McDonnell A, Read S, Jones R, Cameron A (2000): Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine?, *Journal of Nursing Management*, Vol. 8, 3–12
- Comans TA, Clark MJ, Cartmill L, Ash S, Sheppard LA (2011): How do Allied Health Professionals Evaluate New Models of Care? What Are We Measuring and Why?, *Journal for Healthcare Quality* 33(4)
- Council for Healthcare Regulatory Excellence (2009): Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments
- Cragin L, Kennedy H (2006): Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 779–785
- Crane J, Delany C (2013): Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education, *Physiotherapy* 99(2), 95–100
- DBfK Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (2013): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Grundversorgung. 3., überarbeitete Auflage, Berlin
- De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R (2008): Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis, *Swiss Medical Weekly* 138(43–44), 621–628
- Delamaire M, Lafortune G (2010): Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, *OECD Health Working Papers* 54, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> [Stand 23.05.2013]
- Department of Health (2010): Midwifery 2020: Delivering expectations; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales
- Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ (2012): Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review, *BMC Musculoskeletal Disorders* 13(107), 1471–2474
- Dickson P, Bain L (2008): Reflections on the Emerging Roles of Advanced Practice Occupational Therapists, *Occupational therapy now* 10(4), 21–23
- Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ (2009): Nurse practitioners substituting for general practitioners. Randomized controlled trial, *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 391–401
- DOHC Department of Health and Children Ireland (2011): Strategic Framework for Role Expansion of Nurses and Midwives: Promoting Quality Patient Care, Dublin
- EDI Eidgenössisches Departement des Innern, Generalsekretariat (2011): Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik
- EFAD (2012): European Dietetic Advanced Competences (EDAC), DIETS WP2
- Eichenberger zur Bonsen Dorothee (2011): Stellungnahme der Berufskonferenz Hebamme BK-HEB FKG/KFH und Hebammenexpertinnen (MSc Midwifery an Nursing) zum Entwurf der IG Swiss ANP- Positionspapier Expertengremium vom 18. August 2011
- Eklund M, Rahm Hallberg I (2001): Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients, *Occupational Therapy International* 8(1), 1–16

- Ellis B, Kersten P (2001): An Exploration of the Developing Role of Hand Therapists as Extended Scope Practitioners, *British Journal of Hand Therapy* 6(4), 126–130
- Ellis B, Kersten P (2002): The Developing Role of Hand Therapists within the Hand Surgery and Medicine Services: an Exploration of Doctors' Views, *British Journal of Hand Therapy* 7(4), 119–123
- Ellis B, Kersten P, Sibley A (2005): A Delphi Study of the Role Parameters and Requirements of Extended Scope Practice in Hand Therapy, *British Journal of Hand Therapy* 10(3/4), 80–86
- EVD Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartements(2010): Bericht EVD «Bildung Pflegeberufe», Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT
- EVD Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (2011): Fachkräfte für die Schweiz. Eine Initiative des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements, Bern
- Fehr Jacqueline (2008): 08.3608– Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, eingereicht im Nationalrat am 02.10.2008; Antwort des Bundesrates, 12. Dezember 2008
- Fehr Jacqueline (2011): 11.4019– Versorgungsbericht Gesundheitsberufe, eingereicht im Nationalrat am 30.09.2011; Antwort des Bundesrates, 16. November 2011
- Foreman D, Morton S (2011): Nurse-delivered and doctor-delivered care in an attention deficit hyperactivity disorder follow-up clinic. A comparative study using propensity score matching, *Journal Of Advanced Nursing* 67(6), 1341–1348
- Free B, Lee GA, Bystrzycki A (2009): Literature review of studies on the effectiveness of nurses ability to order and interpret X-rays, *Australasian Emergency Nursing Journal* 12(1), 8–15
- Gambino KK, Planavsky L, Gaudette H (2009): Transition toward a nurse practitioner-managed clinic, *The Journal Of Cardiovascular Nursing* 24(2), 132–9
- GDK-OdASanté (2009): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Bern
- Gerlach A ; Wiedemann R (2009): Breast Care Nurses – Pflegeexpertinnen für Brustkrankungen. Ein Weg zur «Advanced Nursing Practice» in Deutschland?, *Pflege* 23(6), 393–402
- Goldie CL, Prodahn-Bhalla N, Mackay M (2012): Nurse practitioners in postoperative cardiac surgery: are they effective?, *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 22(4), 8–15
- Green A, Perry J, Harrison K (2008): The influence of a postgraduate clinical master's qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom, *Manual Therapy* 13, 139-147
- Haglund L, Lundqvist C (2010): The Value of Specialist Training for Occupational Therapists, *Swedish Association of Occupational Therapists*
- Hales L, Lohan M, Jordan J (2010): «It's another way of standing outside the door. Supplementary prescribing and doctor-nurse partnerships», *Social Theory & Health* 8(2), 210–228
- Hannan J (2013): APN telephone follow up to low-income first time mothers, *Journal of Clinical Nursing* 22(1/2), 262–70
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S (2009): Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes: une revue systématique Cochrane, *Pratique et Organisation des Soins* 40(4), 267–274
- Haxton J, Fahy K (2009): Reducing length of stay for women who present as outpatients to delivery suite: A clinical practice improvement project, *Women and Birth* 22, 119–127
- Heins HC, Nance NW, McCarthy BJ, Efirid CM (1990): A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight, *Obstetrical & Gynecology* 75(3), 341–5
- Hoskins R (2011a): Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care, *Journal of Advanced Nursing* 68(8), 1894–1902

- Hoskins R (2011b): Evaluating new roles within emergency care: A literature review, *International Emergency Nursing* 19 (3), 125–140
- Huber F (2012): Empowerment für MAPs: Bedeutung für den Hausarzt, *PrimaryCare* 12(23), 447
- Huber OE, Monnin D, Paillex C, Boldi-Goetschy C, Oggier W (2011): La physiothérapie en mutation, *Cahiers d'études de la Société Suisse pour la politique de santé SSPS*, Bern
- Imhof L, Naef R, Mahrer-Imhof R, Petry H (2011): SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien, *Pflege* 24(1), 43–56
- Imhof L, Naef R, Wallhagen M, Schwarz J, Mahrer-Imhof R (2012): Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older, *Journal of the American Geriatrics Society* 60(12), 2223–2231
- Irwin J (2010): The future role for a diabetes specialist midwife, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 24, 653–662
- Jaccard Ruedin Hélène, France Weaver, Maik Roth und Marcel Widmer (2009) : *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*, Observatoire Suisse de la santé (OBSAN)
- Jessee BT, Rutledge CM (2012): Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24(12), 735–743
- Joder Rudolf (2011): 11.418 – Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege, *Parlamentarische Initiative*, eingereicht im Nationalrat 16.03.2011
- Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K (2012): Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008, *Women's Health Issues* 22(1), e73–e81
- Jonsdottir S, Hughes R, Thorsdottir I, Yngve A (2011): Consensus on Competencies Required for Public Health Nutrition Workforce Development in Europe – the JobNut Project, *Public Health Nutr* 14(8), 1439–1449
- Kateman H, Herschderfer K (2005): Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study, *International Confederation of Midwives*
- Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K (2009): Systematic review of the effectiveness of primary care nursing, *International Journal of Nursing Practice* 15(1), 16–24
- Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L (2010): Patients Are Satisfied with Advanced Practice Physiotherapists in a Role Traditionally Performed by Orthopaedic Surgeons, *Physiotherapy Canada* 62(4), 298–305
- Kersten P, McPherson K, Lattimer V, George S, Breton A, Ellis B (2007): Physiotherapy extended scope of practice – who is doing what and why?, *Physiotherapy* 93, 235–242
- Kiss NK, Krishnasamy M, Loeliger J, Granados A, Dutu G, Corry J (2012): A dietitian-led clinic for patients receiving (chemo)radiotherapy for head and neck cancer, *Supportive Care in Cancer* 20(9), 2111–2120
- Klaasen K, Lamont L, Krishnan P (2009): Setting a new standard of care in nursing homes, *Canadian Nurse* 105(9), 24–30
- Koch R (2012): Nouvelle loi sur les professions de la santé. Réglementer la profession infirmière, *Soins infirmiers* 2/2012, 55
- Kuethe MC, Vaessen-Verberne AAPH, Elbers RG, Van Aalderen WMC (2013): Nurse versus physician-led care for the management of asthma, *Chochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2013)

- Künzi K, Detzel P (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), Arbeitsdokument 27, Neuchâtel
- Lasby K, Newton S, von Platen A (2004): Neonatal transitional care, *Canadian Nurse* 100(8), 18–23.
- Lathlean J (2007): Researching the implementation of pioneering roles in nursing and midwifery Empirical insights about lecturer practitioners, consultant nurses and nurse registrars, *Journal of Research in Nursing* 12(1), 29–39
- Lau PM, Chow DH, Pope MH (2008): Early physiotherapy intervention in an Accident and Emergency Department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial, *The Australian Journal of Physiotherapy* 54(4), 243–249
- Li LC, Hurkmans EJ, Sayre EC, Vliet Vlieland TPM (2010): Continuing Professional development Is Associated With Increasing Physical Therapists' Roles in Arthritis Management in Canada and the Netherlands, *American Physical Therapy Association* 90(4), 629–642
- Lindpaintner L (2010): Skill Mix in der Grundversorgung, *Care Management* 3(6), 18f.
- Lineker SC, Lunden K, Shupak R, Schneider R, MacKay C, Varatharasan N (2011): Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice (An Exploratory Study), *Physiotherapy Canada* 63(4), 434–434
- Lineker SC, Lunden K, Shupak R, Schneider R, MacKay C, Varatharasan N (2011): Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice (An Exploratory Study), *Physiotherapy Canada* 63(4), 434–42
- Lomer MCE (2009): The Role of a Consultant Dietitian in Gastroenterology in the United Kingdom, *Nutrition Today* 44(4), 174–179
- Lunden K, Shupak R, Schneider R, Herold McIlroy J (2009): Development and Early Evaluation of an Inter-professional Post-licensure Education Programme for Extended Practice Roles in Arthritis Care, *Physiotherapy Canada* 63(1), 94–103
- Luyben A, Robin O (2009): Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie
- MacDonald M, Schreiber R, Davis L (2005): Exploring new roles for advanced nursing practice. A discussion paper, *Canadian Nurses Association*
- MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM (2007): Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 178–183
- Maddison P, Jones J, Breslin A, Barton C, Fleur J, Lewis R, McSweeney L, Norgain C, Smith S, Thomas C, Tillson C (2004): Quality improvement report. Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme, *British Medical Journal* 329, 1325–1327
- Marsland C (2010): Dietitians and Small Bowel Feeding Tube Placement, *Nutrition in Clinical Practice* 25(3), 270–276
- Masterson A (2010): Core and developing role of the midwife: Literature Review, Final report to the Midwife Midwifery 2020
- McClellan CM, Cramp F, Powell J, Bengner JR (2010): Extended scope physiotherapists in the emergency department: a literature review, *Physical Therapy Reviews* 15(2), 106–111

- Mendel S, Feuchtinger J (2010): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice, *Pflege* 22(3), 208–216
- Mincher JL, Leson SM (2012): Collaborative Training with Medical and Dietetic Students in a Community Healthcare Setting, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(9), A-69
- Mitchell R, Unsworth CA (2005): Clinical Reasoning during Community Health Home Visits: Expert and Novice Differences, *British Journal of Occupational Therapy* 68(5), 215–22
- Moes CB, Thacher F (2001): The midwife as first assistant for caesarean section, *Journal of Midwifery & Women's Health* 46(5), 305–312
- Moore B (2007): Extended scope practitioners: our changing role in rural practice, 9th National Rural Health Conference, March 2007, Albury NSW
- Moore J, McQuestion M (2012): The Clinical Nurse Specialist in Chronic Diseases, *Clinical Nurse Specialist* 26(3), 149–163
- Morris J, Grimmer-Somers K, Kumar S, Murphy K, Gilmore L, Ashman B, Perera C, Vine K, Coulter C (2011): Effectiveness of a physiotherapy-initiated telephone triage of orthopedic waitlist patients, *Patient Related Outcome Measures* 2, 151–159
- Müller M, Jaggi S, Kouriachi C, Eggenschwiler P, Mahrer-Imhof R (2010): Praxistätigkeit einer Advanced Practice Nurse im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum, *Pflege* 23(6), 385–391
- Munneke M, Nijkrak MJ, Keus SHJ, Kwakkel G, Berendse HW, Roos RAC, Borm GF, Adang EM, Overeem S, Bloem BR (2010): Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial, *Lancet Neurol* 9, 46–54.
- NCNM National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008): Accreditation of Advanced Nurse Practitioners and Advanced Midwife Practitioners, 2nd Edition, Dublin
- Ndosi M, Vinall K, Hale C, Bird H, Hill J (2011): The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies* 48(5), 642–654
- Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K, Johantgen M, Bass E, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs D, Heindel L, Weiner J (2011): Advanced Practice Nurse Outcomes 1990–2008. A Systematic Review, *Nursing Economic\$* 29(5), 1–22
- NHS Scotland (2013): Advanced Nursing Practise Toolkit, Specialist and Advanced Practice, <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/specialist-and-advanced-practice.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- Ninane F, Daeppen JB, Bugnon O, Pécoud A (2010): Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? *Revue Médicale Suisse* 6, 2302–5
- Ny P (2007): Swedish Maternal health care in a multiethnic society – including the fathers, Malmö University Health and Society Doctoral Dissertation, Barnmorskeförbundet, Malmö
- O'Sullivan Maillet J, Brody RA, Skipper A, Pavlinac JM (2012): Framework for Analyzing Supply and Demand for Specialist and Advanced Practice Registered Dietitians, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(3), 47–55
- Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, Smith JS, Leahy ES, Goldwasser M (2008): Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care, *Health Care* 186(12), 625–628
- Peterson SJ, Chen Y, Sullivan CA, Kinnare KF, Tupesis NC, Patel GP, Sowa DC, Lateef O, Sheean PM (2010): Assessing the Influence of Registered Dietitian Order-Writing Privileges on Parenteral Nutrition Use, *Journal of the American Dietetic Association* 110(11), 1703–1711

- QNC Queensland Nursing Council (2005): Setting the Standards. Scope of practice – framework for nurses and midwives, Brisbane
- Rassafiani M (2009): Is length of experience an appropriate criterion to identify level of expertise? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16, 247–256
- Raynel S, Marsden J (2010): Ophthalmic advanced practice nursing roles in New Zealand, *International Journal of Ophthalmic Practice* 1(1), 33–38
- RCN (Royal College of Nursing) 2012: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation, RCN Competencies 2012, http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf (Stand 08.07.2013)
- Robarts S, Kennedy D, MacLeod A, Findlay H, Gollish J (2008): A Framework for the Development and Implementation of an Advanced Practice Role for Physiotherapists That Improves Access and Quality of Care for Patients, *Healthcare Quarterly* 11(2), 67–75
- Roberts A (2002): Advancing Practice through Continuing Professional Education: the Case for Reflection, *British Journal of Occupational Therapy* 65(5)
- Roberts H (2008): A study of specialist dietetic input for patients requiring surgical resection for an oesophageal or gastric malignancy, *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 21(4), 401
- Rose R, Probert S (2009): Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative, *Hand Therapy* 14, 95–104
- Ruston SA (2008): Extended scope practitioners and clinical specialists: A place in rural health? Review article, *Australian Journal of Rural Health* 16, 120–123
- SBK (2013): Masterumfrage 2013, Bern/Basel, http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/2013_05_20_Masterumfrage_2013_Bericht_4S_final.pdf (Stand 04.08.2013)
- Schadewaldt V, Schultz T (2011): Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review, *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 9(3), 199–214
- Schalch E (2011): Nurse Practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin?, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(43), 1665–1667
- Schalch E (2012): Die kluge Wahl des Weges erleichtert das Erreichen des Ziels, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(8), 297f.
- Schibli Daniela (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», GDK/BAG, Bern
- Skipper A, Lewis NM (2006): Using Initiative to Achieve Autonomy. A Model for Advanced Practice in Medical Nutrition Therapy, *Journal of the American Dietetic Association* 106(8), 1219–1225
- Smith M, Buckley S (2004): Collaborative working, *Emergency nurse* 12(4), 16–18
- Smith R, Leap N, Homer C (2010): Advanced midwifery practice or advancing midwifery practice?, *Women and Birth* 23, 117–120
- Sneve J, Kattelman K, Ren C, Stevens DC (2008): Implementation of a multidisciplinary team that includes a registered dietitian in a neonatal intensive care unit improved nutrition outcomes, *Nutrition in Clinical Practice* 23(6), 630–634
- Soguel Alexander L (2010): Berufsstatistik über die Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungsberater/innen HF/FH. Resultate 2010, Carouge. Download unter <http://www.svde-asdd.ch/de/index.cfm?treeID=605> (Stand 06.08.2013)
- Spirig R (2012): Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten?, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(8), 295–297

- Spitz-Köberich C, Steinle-Feser B (2010): Ein Jahr Advanced Nursing Practice in der Kinderkardiologie – ein erster Rückblick, *Pflege* 23(6), 411–416
- Stanhope J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J (2012): Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature, *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 5, 37–45
- Stanley W, Borthwick AM (2012): Extended Roles and the dietitian. Community adult enteral tube care, *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2012
- SwissANP (2012): Positionspapier Advanced Nursing Practice in der Schweiz, http://swiss-anp.ch/w/media/Akuelles/Positionspapier_SZ-RS_2-4-2012.pdf
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2010): Specialist Training in Clinical Competence
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2011): Occupational therapy in Sweden and our member association
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2013): Specialist, <http://www.fsa.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Specialistutbildning> (Stand 25.03.2013)
- Tanta KJ, Youngblood Langton S (2010): NICU Primer for Occupational Therapists: Exploring the Needs of Fragile Infants, the Context in Which They Are Cared For, and the Role of OT in This Specialized Practice Area—Part I of II, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 3(2), 179–186
- Ulahannan TJ, Ross W, Davies FC (2007): Carbohydrate counting in type 1 diabetes: time to REACT: Award winning article in the 2006 Arun Bakshi Award for team-based innovation in diabetes care, *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiabetes)* 24(3):134–136
- Ullmann-Bremi A, Schläuer A, Finkbeiner G, Huber Y (2011): «Wie ein ANP-Team laufen lernt» – Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zürich, *Pflege* 24(1), 21–28
- UNFPA United Nation Population Fond (2011): The state of the world's midwifery 2011, Delivering health, saving lives – Part 1 Midwifery around the world
- Vaz F, Small S (2007): The Lead Cancer Nurse – an ill-defined role?, *Journal of Nursing Management* 15(9), 24–30
- Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, Laadt G, Strzyzewski S (2006): Specialized Knowledge and Skills for Occupational Therapy Practice in the Neonatal Intensive Care Unit, 2005 Neonatal Intensive Care Unit Task Force, *The American Journal of Occupational Therapy* 60(6), 659–668
- Vermunt PWA, Milder IEJ, Wielaard F, Baan CA, Schelfhout JDM, Westert GP, van Oers HAM (2012): Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care. Opportunities for intervention delivery, *BMC Family Practice* 13, Article No. 79
- Watling RM (2009): The positive impact of dietitians in paediatric health care, *Paediatrics and Child Health* 19(9), 400–404
- WCPT World Confederation for Physical Therapy (2011): Direct access – Patient self-referral within the ER, WCPT, September 2011
- Wildish DE, Evers S (2010): A Definition, Description, and Framework for Advanced Practice in Dietetics, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(1), e4–e11
- Wissenschaftsrat (2012), Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen Drs. 2411-12 vom 13.07.2012

- Woodhouse L (2006): Discussion paper: advanced practice physiotherapy in Ontario. A proposal for Registered Physiotherapist Extended Class—a musculoskeletal example, Ontario Physiotherapy Association – Advanced Practice Physiotherapy Task Force
- Worth JM; Davies RR; Durrington PN (2006): A dietitian-led lipid clinic is effective. *Practical Diabetes International (Incorporating Cardiabetes)* 23(5), 221–226
- Yardley D, Gordon R, Freeburn R, So C, Beauchamp D, Landry MD, Switzer-McIntyre S, Evans C, Brooks D (2008): Clinical Specialists and Advanced Practitioners in Physical Therapy: A Survey of Physical Therapists and Employers of Physical Therapists in Ontario, Canada, *Physiotherapy Canada* 60(3), 224–238
- Zúñiga F, Jenni G, Wiesli U, Schwendimann R (2010): Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz, *Pflege* 23(6), 375–383