



Projekt „Machbarkeitsstudie Erweiterte Pflegepraxis nach § 63 3 c SGB V“

Nadine Schüßler,
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg,
Department für Pflege und Management

Hintergrund

- Gesetzlichen Grundlagen zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung der Heilkunde:
Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008
- **Heilkundeübertragungsrichtlinie** (Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c)
 - § 2(1): Ausübung von Heilkunde, die auf wissenschaftlicher Basis gegründet ist
 - (2): Übernahme beinhaltet fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortungsübernahme
 - § 3(1): Voraussetzung: Diagnose & Indikationsstellung durch Arzt



Heilkunde

Ausübung von Heilkunde ist die auf wissenschaftliche Erkenntnis gegründete, praktische, selbständige oder im Dienst anderer ausgeübte Tätigkeit zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden.

Versorgungsstärkungsgesetz

Artikel 9:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss **kann** für die Tätigkeiten nach § 63 Absatz 3c standardisierte Module entwickeln, die auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens genehmigt werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor seiner Entscheidung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverstand hinzuzuziehen sowie der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig.“

§ 14 PfIBG- Entwurfssfassung

- (4) **Fachkommission kann zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln**, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam **auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens** nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können.
- (5) Die Ausbildungsdauer nach § 6 Absatz 1 ist nach Maßgabe der genehmigten Lehr- und Ausbildungspläne entsprechend zu verlängern.
- (6) Die staatliche Abschlussprüfung erstreckt sich auch auf die mit der zusätzlichen Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen.

Mehrperspektivische Methodik zur Machbarkeit

Ebene des betroffenen Patienten

Wo genau besteht Bedarf für die Maßnahme in Hamburg und in ländlichen Gebieten Norddeutschlands?	Welche Vorteile ergeben sich für die Bürger anhand von vergleichbaren internationalen Ergebnissen?
Literaturrecherche und Expertenkonferenz	Literaturrecherche

Ausbildungs- und Versorgungsebene

Wie können die Qualifikationsanforderungen der G-BA-Richtlinien in einem Bildungskonzept umgesetzt werden?	Wie werden erweitert ausgebildete Pflegende in bestehendes Leistungsgeschehen integriert?
Literaturrecherche und Expertenkonferenz	Expertenkonferenz

Gesellschaftlich-politische Ebene

Liegen gesellschaftliche Interessen vor, die die Umsetzung verhindern/fördern?
Stellungnahmen durch Verbänden und Interessenvertretungen



ERGEBNISSE

Versorgungssituationen

Hamburg

- Bundesweit höchste Arztdichte, derzeit kein Mangel
Aber: mehr Frauen, mehr Teilzeit (KVHH 2008)
- Zuzug aus ländlichen Regionen (KVHH 2008)
- Versorgungsbedarf und -angebot schwankt stark stadteil- und milieuspezifisch: Morbiditätsraten und Arztdichte abhängig von sozio-ökonomischer Lage und Altersstruktur (Erhart et al. 2013)
- Durchschnittsalter der Hausärzteschaft: 2009 = 53,15 J. (Kopetsch 2010)

Mecklenburg-Vorpommern

- Nachbesetzungsschwierigkeiten Hausarztpraxen
- Deswegen: Neuartige Versorgungsmodelle gefördert und umgesetzt (s. AGnES) (Hoffmann et al., 2011, Siewert et al. 2010)
- Eine der ältesten Altersstrukturen Deutschlands (Wegziehen der jungen Bevölkerung, Urbanisierung). Ländliche Gebiete besonders betroffen, hoher Anteil allein Lebender (Gaidys 2013)
- Dadurch Anstieg der Patientendichte sowie der Krankheitslast (Siewert et al. 2010; Schmitt-Sausen 2008)

Hausärztliche Versorgung in HH

- 1 Hausarzt auf:
 - 3401 Einwohner* in Hausbruch
 - 2053 Einwohner* in Farmsen-Berne
 - 1208 Einwohner* in Kleiner Grasbrook, Steinwerder, Veddel, Wilhelmsburg
- Das **Durchschnittsalter** der (Vertrags-)Ärzte ist von 47,46 Jahre (1993) auf 52,11 Jahre (2009) gestiegen.
- Der **Anteil an über 60-jährigen** Vertragsärzten ist von 9,2 % (1995) auf 19,6 % (2009) gestiegen.
- Der **Anteil von unter 35-jährigen Vertragsärzten** ist von 28,4 % (1995) auf 16,6 % (2009) gesunken.

Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung in Deutschland,
Bundesministerium für Gesundheit 2013

* Stichtagbevölkerung ab 18 Jahren zum 31.12.11

Bildungsanforderungen

Symptomüberwachung, Risikomonitoring, Gesundheitsförderung, medikamentöse Behandlung, multiprofessionelle Zusammenarbeit (Kendrick et al., 2006, Taylor et al., 2005, Tappenden et al., 2012)

Vermittler-, Advokaten- und Lotsenfunktion zwischen Patient und medizinischen sowie pflegerischen Experten und Fachärzten im Krankenhaus (Latour et al., 2007, Taylor et al., 2005, Health Care Ontario 2013, Tappenden et al., 2012)

Förderung von Compliance (Latour et al., 2007)

Förderung von Selbstmanagement-Kompetenzen, psychosoziale Unterstützung (Latour et al., 2007)



Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen (Taylor et al., 2005)

Mitentwicklung, Nutzung und multiprofessionelle Abstimmung von Entscheidungsalgorithmen/ Protokollen zur Adaption/Veränderung von medikamentöser Therapie (Clark et al., 2010, 2010a, Health Care Ontario 2013)

Individuelle Behandlungspläne entwickeln und multiprofessionell abstimmen (Chan et al., 2009, Latour et al., 2007, Taylor et al., 2005)



Hausbesuche (Latour et al., 2007, Taylor et al., 2005, Health Care Ontario 2013, Tappenden et al., 2012)

Pflegegeleitete Sprechstunden (Clark et al., 2011)

Case Management (Taylor et al., 2005)

Koordination der Versorgung (Health Care Ontario 2013, Lewis et al., 2008)

Expertenkonferenz

Generelle Anforderungen

- patientennah arbeiten
- Bedarf an hochqualifizierter und selbstständig arbeitender Pfleger ist v.a. im ambulanten Sektor im ländlichen Bereich vorhanden
- Erweitertes Case-Management für den ambulanten Bereich
- entscheidungsbefugte Pfleger nötig

Praxisbezug der Ausbildung bzw. Nachweis von Praxiserfahrung

- erfahrene Experten in der Praxis sollten sich ebenfalls qualifizieren können
- Forderung nach vielfach wiederholter Ausübung von Tätigkeiten in der Praxis
- Akademische Verortung der Ausbildung zur erweiterten Pflegepraxis
- Es wird die Gefahr von theoretisch hochspezialisierten, aber praktisch unerfahrenen Pflegenden gesehen
- Vertrauen in die Qualifikation selbstständig arbeitender Pfleger muss bestehen



BILDUNGSKONZEPT

Schlussfolgerungen für das Bildungskonzept

- verdichtete Ausbildung zu Diagnostik und medizinischer Therapie,
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel,
- medizinische Symptomüberwachung, Risikomonitoring, Gesundheitsförderung.

- Vertiefte Expertenkompetenz zu den Diagnosegruppen der G-BA-Richtlinie,
- Protokolle zur Adaption/Veränderung medikamentöser Therapie anhand vordefinierter Anlässe

Dualer Studiengang Pfleger (BA)

- Sekundär- und Tertiärprävention und Einschätzen eines Präventionsbedarfs,
- Steuerung und Koordination komplexer Pflege- und Behandlungsleistungen
- Beratung themen- und settingspezifisch

- ambulante, vor allem ländliche Versorgung
- Brücke zwischen versch. Ärzten, Angehörigen und Pflegebedürftigen/Patienten
- wohnortnah und aufsuchend

Schlussfolgerungen für Ausbildung und Prüfung

- Sowohl aus Sicht der Expertentagung, als auch anhand der Literatur wird deutlich, dass die **Kompetenzen zur Übernahme von EHT transparent nachgewiesen** werden müssen.
→Damit wird Vertrauen in der Zusammenarbeit erreicht.
- Praxiserfahrung zur Arbeit in der Häuslichkeit, mit niedergelassenen Ärzten und Pflegespezialisten zu den relevanten Themen gehört ebenfalls zur Anforderung an die Ausbildung
- Kompetenz in übertragbaren Tätigkeiten (v.a. für Teil 2 der Heilkundeübertragungsrichtlinie) durch häufiges nachgewiesenes Durchführen einüben nachweisen

Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Kompetenz		Fachkompetenz			Personale Kompetenz		
		Wissen	Fertigkeiten			Haltung	
Entwicklung	Professionelle Handlungskompetenz	a) Kenntnis Verständnis Erkenntnis	b) Analyse	c) Planung	d) Durch- führung	e) Evaluation	f) Professionalität
	Niveau- Stufen						
Zunahme von Kompetenzen im Hinblick auf...							
	BA-Level	➔					
Komplexität der Handlungen							
	MA-Level	➔					
Selbständigkeit und Verantwortung							
	Promotion	➔					
Wissenschaftsorientierung							

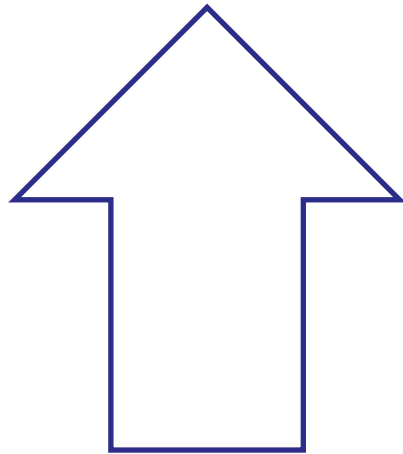


Qualifikationsziele für EHT

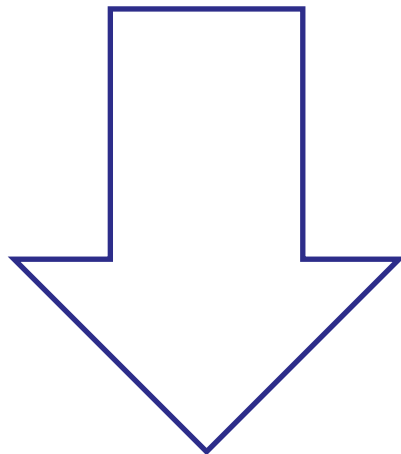
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

eigenverantwortliche, selbständige sowie wissenschaftsbasierte und kritisch-reflexive	Analyse von medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen, deren Nebenwirkungen und potentiellen Wechselwirkungen sowie selbständige Einleitung von Abstimmungsprozessen bei problematischen Analyseergebnissen.
	Analyse von Fallverläufen und -steuerung mit dem Ziel Versorgungsdefizite aufzudecken.
	anlassbezogene Initiierung und bedarfsbezogene Planung, Durchführung und Evaluation von pflegespezifischen Beratungs-, Anleitungs- und Schulungsprozessen für Patienten/Bewohner und Angehörige.
	Erfassung von speziellem Pflege-, Therapie- und Diagnostikbedarf bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen, Hypertonus (außer Gestationshypertonus), chronischen Wunden, Diabetes mellitus Typ 1 und 2.
Eigenverantwortliche und eigenständige Durchführung	ärztlich veranlasster Maßnahmen und von in Verfahrensbeschreibungen und Algorithmen abgestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Ziel höchstmöglichen Lebensweltbezug und Sicherstellung der Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten.
Umfassende fachliche Zusammenarbeit hinsichtlich	der Veranlassung medizinischer Diagnostik und Therapie.
	mit niedergelassenen Ärzten und Praxismitarbeitern im Rahmen der Erstellung von Verfahrensbeschreibungen und Algorithmen für die Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeit in Kooperation mit der ärztlichen und pflegerischen ambulanten Praxis für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung.

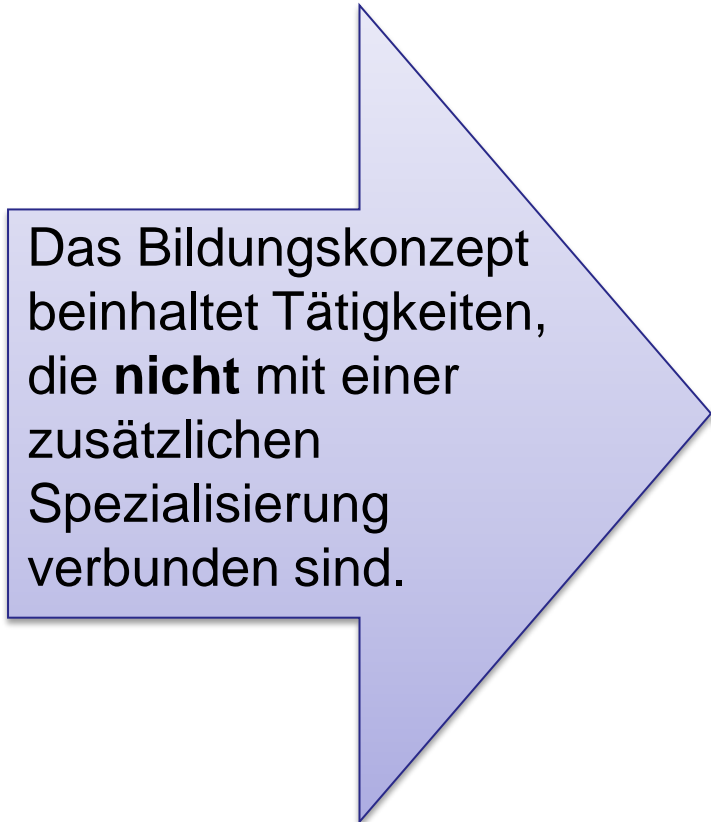
Herausforderung 1



Spezialisierung
erfordernde Tätigkeiten,
z.B. Wundmanagement,
Ernährungsberatung bei
Kindern mit Diabetes
Mellitus Typ 1 soll
übernommen werden

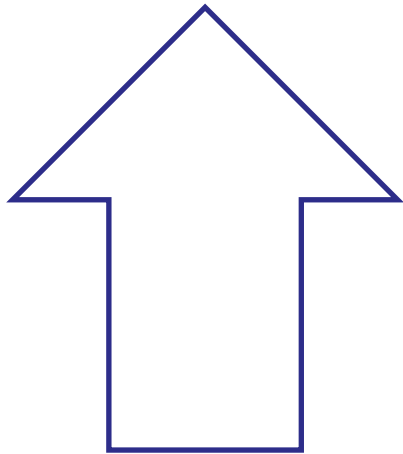


Studiengang ist für die
grundständige
Berufsqualifizierung
ausgerichtete, nicht für
Advanced Nursing
Practice, spezialisierte
Experten

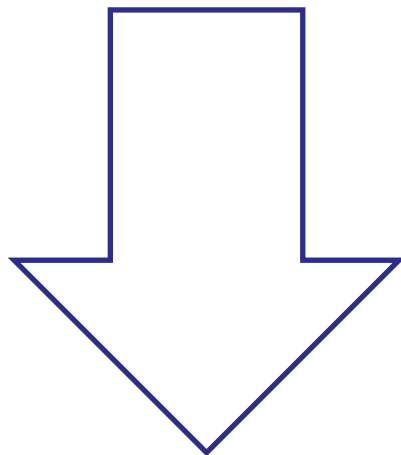


Das Bildungskonzept
beinhaltet Tätigkeiten,
die **nicht** mit einer
zusätzlichen
Spezialisierung
verbunden sind.

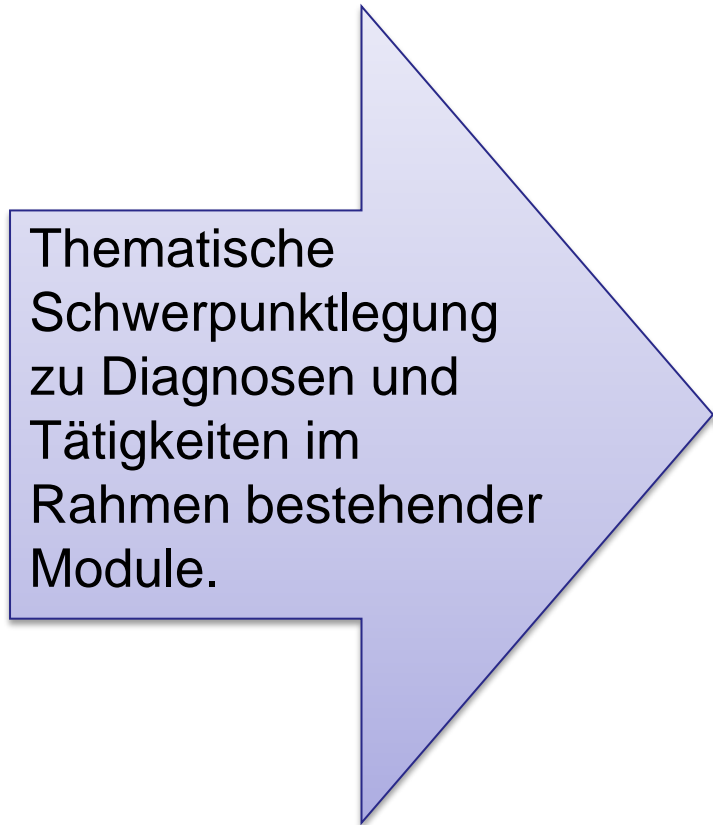
Herausforderung 2



Erweiterte Pflegepraxis
erfordert Intensivierung
einzelner Themen im
Rahmen der
praktischen,
berufsschulischen und
akademischen Teile

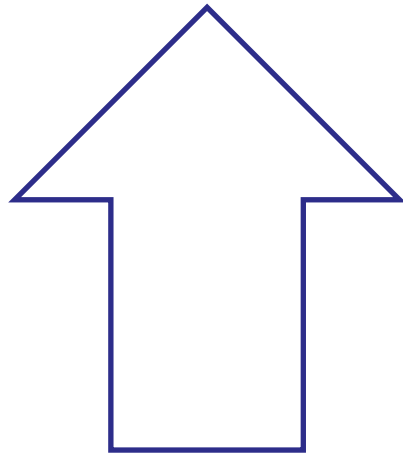


Dualer
Pflegerstudiengang auf
8 Semester komplett
ausgelastet, keine
zusätzlichen Module
integrierbar

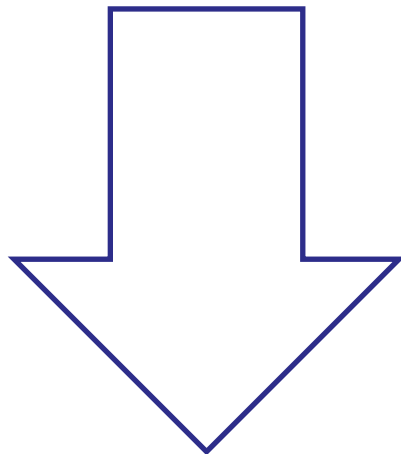


Thematische
Schwerpunktlegung
zu Diagnosen und
Tätigkeiten im
Rahmen bestehender
Module.

Herausforderung 3



Veränderte
Anforderungen an das
Lernen/Lehren in der
Praxis:
Praxiscurriculum muss
überarbeitet werden.



begrenzte
Möglichkeiten der
Erweiterung von
Lernen/Lehren in der
Praxis durch



Eine vermehrt
Integration von
Praxisanleitern im
ambulanten Bereich
ist erforderlich

Verortung der Qualifikation im Dualen Studiengang Pflege



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

- Fallbasierte E-Portfolio-Arbeit über alle Semester zu Diabetes mell. Typ 1 und 2, Hypertonus sowie Demenz und chronischen Wunden.
- Modulintegriert und -begleitend eingesetzt
- Mit jedem Bearbeitungsschritt wird die Komplexität der Anforderung gesteigert.
- Alle Fälle sind in der ambulanten Versorgung angesiedelt, praktische Umsetzungen sollten vor allem im ambulanten Bereich eingeübt werden.

Fallarbeit im Studienverlauf

- Jeder Studierende bearbeitet über 8 Semester 3 Fälle mit komplexen Versorgungs- und Therapieanforderungen
- Die Modularbeit wird in Teilen durch Modulverantwortliche, die Praxisanleiter und eine POL-Koordinatorin bewertet und moderiert.

Integration in	theoretische Ausbildung	praktische Ausbildung
Modul 2: Propädeutik: Literaturrecherche	Rechercheaufträge zu Hypertonus und Demenz	Erarbeitung von Lernzielen für die praktischen Einsätze in der Kardiologie und gerontologischen Bereichen, dort Bearbeitung mit den Praxisanleitern.
Modul 3: Anatomische und physiologische Grundlagen der Pflege	Bauchspeicheldrüse und endokrinologisches System	Einordnung Frau Häusling und Theodor im Rahmen der Pathophysiologie des D.m.
Modul 6: Prinzipien pflegerischen Handelns (Grundlagen und Prinzipien pflegerischen Handelns A)	diagnostische und therapeutische Besonderheiten beim Altersdiabetes und juvenilen Diabetes	Erlernen Prozeduren-Kompetenzen (i.v-Injektion und VWK, arterielle Punktion) Skills-Lab, Praxisanleitung im ambulanten Setting

Diskussion: Integration in bestehende Praxis

- Notwendigkeit einer Veränderung der Arbeitsteilung zwischen Pflege und Medizin wird gesehen und dafür herrscht Bedarf (s. auch SVR-Gutachten 2014)
 - Die Ausweitung pflegerischer Verantwortungsübernahme und selbständiger Durchführung von Heilkunde muss erprobt werden.
 - Notwendigkeit hochqualifizierter + selbstständig arbeitender Pfleger
 - Erweitertes Case-Management für den ambulanten Bereich
- Kompetente, entscheidungsbefugte Pfleger nötig
- Substitution muss möglich gemacht werden
- Für Substitution muss ausgebildet werden

Diskussion

- Das HAW Hamburg Bildungskonzept zur Übernahme von EHT beinhaltet **keine Segmentierung der Studienkohorten**: Alle Absolventen werden die geschilderten Aspekte lernen und darin Prüfungen ablegen. Damit wird vermieden, dass in der Praxis noch eine weitere Qualifikationsstufe in den Pflegeberufen entsteht.
- GBA-Richtlinie bleibt auf **Tätigkeitsebene**. Dadurch bleibt offen, wo der selbstständige Verantwortungs- und Entscheidungsbereich der erweiterten Pflegepraxis genau liegen soll!
- Eine **modulartige Zusatzqualifikation** ist nicht möglich, wenn nicht andere Inhalte in grundständigen Ausbildungsabläufen weggelassen werden sollen.
- Umsetzung der ANP-Bestandteile muss auf Masterniveau angesiedelt werden (s. auch DPR, 2014).



Prognosen zur Weiterentwicklung

- Neues Pflegebildungsgesetz und darin zu findende Standpunkte für die Übernahme von erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten bietet keine Festlegung, ob akademisch oder nicht →
Umsetzungsbemühungen in beiden Feldern in Gang
- Anknüpfung an die vorhandene Praxis: Anerkennung von Praxiskompetenz und ANP-Qualifikationen bleibt offen →
verschiedenste Modell in Planung.
- Berufspolitische Haltungen und Meinungsmache werden eine Umsetzung torpedieren, trotz Bedarfsäußerungen durch die Basis.

SVR-Gutachten 2014:

Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen durch
Förderung der Professionalisierung,
Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Bezahlung.

Vielen Dank!





Literatur 1

- Erhart, M., Hering, R., Schulz, M., & Stillfried, D. G. von. (2013). *Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in HH – erstellt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg*. Berlin. Retrieved from [://www.hamburg.de/contentblob/4133362/data/morbiditaetsatlas.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4133362/data/morbiditaetsatlas.pdf)
- Siewert, U., Fendrich, K., Doblhammer-Reiter, G., Scholz, R., Schuff-Werner, P., & Hoffmann, W. (2010). Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern – ein interdisziplinärer Ansatz zu flächendeckender Versorgungsplanung. *Deutsches Ärzteblatt*, 107.Jg(18), 328–334.
- Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! - Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung* (5th ed.). Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf
- KVHH (Hrsg.) (2008): *Ambulante Versorgung in der Medizinmetropole Hamburg, Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, 2008*. Abrufbar im Internet. URL: http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/09/28/versorgungsbericht_internet.pdf. Stand 21.04.2014
- Gaidys, Uta (2013): *Gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein* (unveröffentlicht)
- Schmitt-Sausen, N. (2009). Hausärztemangel – Weil der Nachwuchs fehlt: Der Ruhestand muss warten. *Dtsch Arztebl*, 106(36), A 1701.
- Hoffmann, W., Dreier, A., & van den Berg, N. (2011). Arztlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co. In *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen* (pp. 227–238). Stuttgart: Schattauer.
- Clark, C. E., Smith, L. F. P., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2010a). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, no–no. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x
- Clark, C. E., Smith, L. F. P., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2010). Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c3995.
- Health Quality Ontario. (2013). Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary-care setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 13(10), 1–66.
- Latour, C. H. M., Bosmans, J. E., van Tulder, M. W., de Vos, R., Huyse, F. J., de Jonge, P., ... Stalman, W. A. B. (2007). Cost-effectiveness of a nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 363–370. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.10.016
- Taylor, S. J. C. (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*, 331(7515), 485–0. doi:10.1136/bmj.38512.664167.8F
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(20), 1–72. doi:10.3310/hta16200
- Chan, D., Harris, S., Roderick, P., Brown, D., & Patel, P. (2009). A randomised controlled trial of structured nurse-led outpatient clinic follow-up for dyspeptic patients after direct access gastroscopy. *BMC Gastroenterology*, 9(1), 12. doi:10.1186/1471-230X-9-12



Literatur 2

Lewis, R., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., ... Weller, D. (2009). Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 706–723. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04927.x

Kendrick, T. (2006). Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 50–59. doi:10.1192/bjp.bp.105.012435

Dangel, B., Dütthorn, N., Fesenfeld, A., Greb, U., Hülsken-Giesler, M., Korporal, J., ... Sieger, M. (2013). Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung (FQR Pflege 6-8). In *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung* (pp. 1–38). Berlin: Puschke + Hensels.

Deutscher Pflegerat, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2014): Muster für ein Modell gem. § 63 Abs. 3c SGB V (3c) SGB V zum Bereich Chronische Wunden. online unter:http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/ag-dpr-63_3c-mustermode--text-2014-09-10-out.pdf