Schwerpunkt:

Pflege und Strukturveränderungen im Gesundheitswesen

Marcel Sachs

„Advanced Nursing Practice"-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege.

Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden

„Advanced nursing practice"-trends: implications for the German nursing scene. A review with examples from USA, UK. and the Netherlands

The necessity for Advanced Nursing Practice (ANP) is increasingly recognised by the Health policy in Germany. In this article a pragmatic review was carried out to clarify premises of developing ANP-roles in countries with different health care systems and professional characteristics as well as to identify consquences for German nursing practice.

Publications from the USA, Great Britain and the Netherlands were analysed considering the criteria evolution of role, type of work, education and legal conditions.

Strongest predictors for implementation ANP-roles seem to be linked to cost pressure, needs for integration services, shortage of medical staff and gain of power. Less meaningful are kind of health care system, type of health care and competitive orientation. Conclusions for advanced practice in Germany affecting changes in education, nursing research, organisation and policy.

Keywords
advanced nursing practice, new professional nursing roles, experts on nursing care, clinical nursing expertise, Germany

Die Notwendigkeit für eine Advanced Nursing Practice (ANP) wird zunehmend auch in der deutschen Gesundheitspolitik erkannt und diskutiert. Vor diesem Hintergrund wurde eine pragmatische Literaturrecherche durchgeführt, um zu klären, unter welchen Vorausset-

eingereicht: 22.2.2006
akzeptiert: 24.5.2006

zungen sich ANP in Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen entwickelt hat, welche beruflichen Merkmale sich ausgebildet haben und was daraus für die deutsche Pflegepraxis abzuleiten ist.

Publikationen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden wurden nach den Kriterien historische Entwicklung, Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofil, Ausbildung und akademische Abschlüsse, berufsrechtliche Bedingungen sowie Vergütung und versicherungsrechtliche Voraussetzungen analysiert.

Die stärksten Einflussfaktoren auf die Etablierung erweiterter pflegerischer Rollen scheinen in Verbindung mit Kostendruck, Erfordernissen zur Versorgungsintegration, Ärztemangel und Macht in der Gesundheitspolitik zu stehen. Weniger bedeutsam sind offenbar die Art des Gesundheitssystems, der Versorgungstyp und die Wettbewerbsorientierung. Schlussfolgerungen für die deutsche ANP betreffen Neuausrichtungen in Ausbildung, Forschung, Organisation und Politik.

Schlüsselwörter
Advanced Nursing Practice, neue berufliche Rollen in der Pflege, Pflegeexperten, klinische Pflegeexpertise, Deutschland

1. Erweiterte berufliche Rollen in der Pflege: Hintergrund und Begriffsbestimmung

Gesellschaftliche und epidemiologische Veränderungen stellen die Gesundheitssysteme der westlichen Industrieländer vor große Herausforderungen. Damit einher geht die Stärkung der Stellung der pflegerischen Profession unter den Akteuren[1] der Gesundheitsversorgung, die mit vielfältigen Erwartungen verknüpft ist: Koordination von kontinuierlichen Unterstützungs- und Versorgungselementen bei chronischer Krankheit, Entlassungsmanagement, Ausgleich von ärztlicher Unterversorgung, Gesundheitsförderung, Kostenreduktion und Qualitätsentwicklung (Carnwell & Daly 2003, Daly & Carnwell 2003; Eicher 2005; Hardy & Barrett 2003; ICN 2005; Laurant et al. 2005; Laurant et al. 2004; O,Brien 2003; Strömberg 2004; Taylor et al. 2005; Temmink et al. 2000b, 2000b).

Die Bundesregierung hat die wachsende Bedeutung der Pflegeberufe vorwiegend mit Blick auf den aktuellen Ärztemangel herausgestellt, in dem die stärkere Einbindung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte laut Koalitionsvertrag geprüft werden soll (SPD 2005).

Zur Diskussion steht, ob die erweiterten Dienstleistungen der Pflege ärztliche Behandlungen ersetzen oder ergänzen sollten, was hinsichtlich der beteiligten Akteure einigen politischen Zündstoff bietet. Eine Substitution wird als Verschiebung von Versorgungsverantwortung unter hoher Qualität und Kostenreduktion auf die am besten geeignete Berufsgruppe verstanden (Temmink et al. 2000a). Allerdings zeigt sich, dass der Versorgungsaufwand in vielen Fällen durch zusätzlich erschlossene Bedarfe zu-

1 Die männliche Form steht stellvertretend auch für die weibliche.

nimmt (Laurant et al. 2005) und dies, zumindest unter Pflegeakteuren, auch durchaus erwünscht ist (Offenbeek & Knipp 2004).

In diesem Zusammenhang steht die Entwicklung einer Advanced Nursing Practice (ANP) mit den Merkmalen Spezialisierung (auf spezifische Gesundheitsprobleme), Erweiterung (der klinischen Expertise und Angebot von traditionell ärztlichen Interventionen) und Fortschritt (durch Verbesserung der Patientenresultate) (American Nurses Association ANA 1995, zit. n. Spirig & De Geest 2004). Ausgehend vom angelsächsischen Raum sind eine Reihe von neuen Berufsrollen und Titeln entstanden, die allerdings durch die unklare Abgrenzung und Definition bei Behörden, Professionen und Arbeitgebern zuerst für ausgesprochene Verwirrung bezüglich Bedeutung, Handlungsspielraum (Autonomie) und Ausbildung gesorgt haben: z.B. Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNS), Advanced Nurse Practitioner (ANP), Higher Level Practitioner (HLP) und Nurse Consultant (NC) (Douglass 1996; Jones 2005). Inzwischen zeichnet sich für die oft synonym gebrauchten zentralen Rollen NP und CNS eine Klärung[2] ab: NPs sind vermehrt in die allgemeine gemeindenahe Versorgung eingebunden (generalists), während CNSs eher in der Akutversorgung verortet sind (specialists) (Carnwell & Daly 2003).

2. Fragestellung

Die epidemiologischen und gesellschaftlichen Herausforderungen sind auch im deutschsprachigen Raum evident und die Pflege befindet sich in der Professionalisierung. Deshalb nehmen die Diskussion um und die Veröffentlichungen zu einer Advanced Nursing Practice im deutschsprachigen Raum zu (vgl. Spirig & De Geest 2004). Der im Herbst 2006 gestartete Bachelor-Studiengang „Klinische Pflegeexpertise" des Fachbereichs 11 „Human- und Gesundheitswissenschaften" der Universität Bremen greift den Handlungsbedarf in diesem Feld auf. Die vorliegende Literaturstudie wurde im Auftrag der Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap, Leitung Prof. Dr. Stefan Görres), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), der Universität Bremen erstellt.

Ziel dieser Arbeit war ein Literaturüberblick zum Thema ANP, beispielhaft dargestellt an drei Ländern mit unterschiedlichem Etablierungsgrad, mit besonderem Fokus auf das Berufsbild *Nurse Practitioner*. Geklärt werden sollten die Fragen: Wie und unter welchen Voraussetzungen hat sich ANP in Gesundheitssystemen, die sich hinsichtlich Organisation, Finanzierung, Struktur und pflegerischer Professionalisierung unterscheiden, entwickelt und etabliert? Welches waren die finanziellen, rechtlichen, ausbildungstechnischen und praxisbezogenen Merkmale der etablierten ANP-Berufsrollen (i.e.S.NP)? Welche Erfordernisse lassen sich für eine Entwicklung von ANP in Deutschland bestimmen?

2 Im Folgenden steht der Begriff ANP-Experten für alle erweiterten und spezialisierten internationalen Berufsrollen. Hierzulande würde sich der Titel klinischer Pflegexperte anbieten.

3. Methode

Zur Klärung der beschriebenen Fragestellung wurde eine pragmatische Literaturrecherche durchgeführt, in der es weniger um das Auffinden des besten wissenschaftlichen Beweises, sondern um die Aufarbeitung des Entwicklungsprozesses und der Rahmenbedingungen in den ausgewählten Ländern ging. Zuerst erfolgte eine allgemeine Suche in PUBMED und COCHRANE LIBRARY zu systematischen Reviews und Meta-Analysen mit den Suchworten: *advanced nursing practice, advanced practice nurses, nurse practitioner, nurse-led, nurse-doctor substitution und clinical nurse specialist* (in PUBMED in Verbindung mit der Einschränkung Meta-Analysis). Im zweiten Schritt wurden spezifische Publikationen in PUBMED mit Bezug auf die Fragestellung zu folgenden Einschlusskriterien gesucht: Entwicklung der ANP-Rolle (*role development*[3] oder *evolution*), Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofil (*emloyment* oder *utilization*), Ausbildungsmerkmale und akademische Abschlüsse (*education* oder *training*), berufsrechtliche Bedingungen (*autonomy, legal conditions, registration* oder *regulation*), Vergütung und versicherungsrechtliche Voraussetzungen (*funding, financing, sourcing, reimbursement* oder *charge*). Weiterhin wurden die Literaturverzeichnisse der aufgefundenen Publikationen durchsucht. Drittens erfolgte eine Internet-Recherche auf den Web-Seiten von Pflege-Organisationen, Instituten und Behörden. Zusätzlich fand ein Expertengespräch mit einer ANP-Expertin aus den Niederlanden statt (N.N., MScN, Nurse Practitioner auf einer onkologischen Kinderabteilung), um die durch die Sprachbarriere (niederländische Publikationen) offen gebliebenen Fragen zu klären.

4. Ergebnisdarstellung

Für die Analyse wurden Veröffentlichungen (Artikel, Studien und Berichte) über den Stand der ANP-Situation in den USA (n = 8), in Großbritannien (n = 11) und in den Niederlanden (n = 8, ein Interview) sowie mit internationalem Bezug (n = 4) ausgewählt. Damit wurde gewährleistet, dass Erkenntnisse zur Entwicklung von ANP aus verschiedenen Gesundheitssystemen (Organisation, Struktur und Finanzierung) mit unterschiedlich ausgeprägter Professionalisierung und Autonomie der Pflegeberufe in die Betrachtung eingingen. Temmink et al. (2000a) schlagen zur Bewertung substitutionsbezogener Innovationen im Ländervergleich eine Kategorisierung nach Versorgungstypen vor und unterscheiden Länder mit Ausrichtung auf die generalisierte Grundversorgung (primary care), Länder mit Fokus auf die spezialisierte Sekundärversorgung (secondary care) (b) und Länder mit Mischsystemen. Mit den vorliegenden Länderbeispielen werden alle drei Kategorien abgedeckt.

Obwohl die Frage nach der Effektivität neuer Versorgungsformen aus dem ANP-Bereich nicht zur primären Fragestellung gehörte, zeigten zahlreiche Untersuchungen mit hoher Evidence (n = 6, davon zwei Meta-Analysen, zwei Systematische Reviews

3 Jeweils in Kombination mit den oben genannten Suchbegriffen.

und zwei RCTs[4]), dass ANP-Experten die erweiterten Aufgaben in bestimmten Versorgungsbereichen (Primary Care, Geriatrie, Rehabilitation und Notfallversorgung/Diagnostik) mit mindestens gleicher Qualität wie ihre ärztlichen Kollegen durchführen können (Bourbonniere & Evans 2002; Brown & Grimes 1995; Caine et al. 2002; Hardy & Barrett 2003; Laurant et al. 2005; Laurant et al. 2004). Überlegenheit zeichnete sich insgesamt bei Compliance, Patientenzufriedenheit und einzelnen Qualitätsindikatoren (Wiedereinweisungsraten und Verweildauern) ab (Bourbonniere & Evans 2002; Brown & Grimes 1995; Laurant et al. 2004). Umstritten waren die Bereiche Kosteneffizienz und Reduzierung des Arbeitsvolumens von Ärzten (Laurant et al. 2005; Laurant et al. 2004).

Die Ergebnisse für die USA werden im Folgenden ausführlich beschrieben, während die für Großbritannien und die Niederlande anschließend anhand der Ergebniskriterien nur umrissen werden, um den Rahmen dieses Artikels nicht zu sprengen.

4.1 Advanced Nursing Practice in den USA

Im US-amerikanischen Gesundheitswesen besitzen ANP-Experten im Ländervergleich den weitaus höchsten Etablierungsgrad und nehmen eine Schlüsselrolle unter den Anbietern von Gesundheitsdiensten mit weitreichendem Handlungsspielraum ein (O,Brien 2003; Richmond et al. 2000).

4.1.1 Historische Entwicklung

Unter Berücksichtigung der oben genannten epidemiologischen und gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere aber der Unterversorgung ländlicher Gebiete mit medizinischen Leistungen der Grundversorgung (Primary Care) hat die Pflege ihre Stellung seit den 1950er Jahren sukzessive ausgebaut (O,Brien 2003, auch das Folgende). Besonderes Merkmal der USA war (und ist) darüber hinaus die Unterversorgung durch den Mangel an sozialem Ausgleich, auf den in diesen Jahren mit den Medicare- und Medicaid-Programmen reagiert wurde. Durch den Zuwachs des Versicherungsumfangs entstanden zusätzliche Bedarfe, die durch die Pflege befriedigt wurden. Dies geschah selbstredend nicht ohne Widerstände aus der Medizin und auch aus der Pflege selbst. Der weitere Verlauf bis zur Anerkennung als eigenständiger Anbieter von Gesundheitsleistungen ist, so muss man konstatieren, durchaus eine bemerkenswerte Erfolgsgeschichte und war Resultat andauernder leidenschaftlicher Aktivitäten von ANP-Experten und ihrer Führungspersonen resp. Organisationen.

Seit den 1970er Jahren wurden systematisch Beweise für den qualitativen und kostenmäßigen Nutzen von ANP gegenüber ärztlicher Versorgung gesammelt, mit der Folge, dass eine größere Aufmerksamkeit erreicht wurde. Bis in die 1990er kam es zur Ausformung von Zertifikaten und Rechtsansprüchen durch die ANP-Organisationen

4 Randomisierte klinische Untersuchung.

(Lizenz, Registrierung und Regulation). Zahlreiche Gesetzesinitiativen, darunter der ‚Rural Health Clinic Act' 1977, der ‚Omnibus Budget Reconciliation Act' 1989 und schließlich der ‚Balanced Budget Act' 1997 führten zur Anerkennung der ANP-Experten als eigenständige Anbieter für alle Settings und geografischen Gebiete mit direkter Vergütung (provider status). Zu den Kernstrategien der ANP-Szene gehörten: Lobby-Arbeit (Kontakte zu höchsten politischen Kreisen, Fachreferententätigkeit im Kongress und in Komitees, Einflussnahme durch Pflegeorganisationen, Bekleidung von Ämtern in der Gesundheitspolitik), Basis-Arbeit (Unterstützung von ANP-Experten in der Praxis, Schaffung einer gemeinsamen Identität, Initiierung von Wirksamkeitsstudien, Öffentlichkeitsarbeit) und Koalitionsbildung [Zusammenschluss von Pflege-Organisationen in die ‚National Nurse Practitioner Coalition' (NNPC) und später in das ‚American College of Nurse Practitioners' (ACNP)].

4.1.2 Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofil

Die USA werden zu den Ländern mit sekundär orientierter Versorgung gezählt (Temmink et al. 2000a) und tatsächlich scheinen ANP-Experten (i.e.S.NPs) zu einem großen Teil in stationären Settings ansässig zu sein (Tab.1) (AANP 2004). Von den insgesamt 106.000 NPs sind jedoch 66% in einer Einrichtung der primären Grundversorgung (Arztpraxen und Gesundheitszentren) beschäftigt (AANP 2003; AANP 2004; O,Brien 2003). Die Aufgaben von ANP-Experten insgesamt beinhalten Forschung, Ausbildung, direkte klinische Pflege (je nach Spezialisierung) und Management sowie Case-Management, Assessment, Diagnostik und Beratung (ICN 2005). Besonderes Merkmal in den USA ist die Gate-Keeper-Funktion. 96,5% aller NPs verschreiben Medikamente und schreiben durchschnittlich 19 Rezepte pro Tag sowie über 494 Mio. Verschreibungen jährlich (AANP 2004).

Ein Nurse Practitioner ist „a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice" (ICN 2005). Das Aufgabenspektrum von NPs in den USA ist in der Tabelle 1 dargestellt (WomenHealthForum 2005).

4.1.3 Ausbildung

Die Grundausbildung zur anerkannten Pflegefachperson (‚registered nurse', RN) ist Voraussetzung für eine weitere Qualifizierung zu ANP-Experten und wird durch einen ‚associate degree in nursing' (ADN) (2 -3 Jahre), einen ‚bachelor of science degree in nursing' (BSN) (4-5 Jahre) oder ein Diplom-Programm (2-3 Jahre) erreicht (WomenHealthForum 2005). Der Abschluss als Nurse Practitioner erfordert eine postgraduierte Ausbildung meistens durch zweijährige Masters-degree-Programme, mindestens aber einen BSN (Auflagen für die Anerkennung als NP können je nach Ausbildungsprogramm schon während des RN-degree erfüllt werden) (Douglass 1996; O'Brien 2003).

Die meisten NPs besitzen einen Masters degree in der Pflege (MSN) (ca. 81,9%, andere MS 3,9%), nur wenige haben lediglich einen Bachelor's degree als höchsten Abschluss (6,7%) (AANP 2003). Sonstige Abschlüsse wurden durch ein Doktorprogramm (4,6%), ein Diplom (1,6%) oder ein ADN (1,2%) erreicht. Es werden 5000 - 6000 neue NPs pro Jahr ausgebildet und insgesamt sind 325 Programme akkreditiert (AANP 2004; O'Brien 2003).

4.1.4 Berufsrechtliche Bedingungen

Autonomie

Die ANP-Experten in den USA haben im Vergleich zu den beiden anderen analysierten Ländern UK und Niederlande die größte Handlungsfreiheit. Sie haben seit spätestens 1997 (Balanced Budget Act) das Recht die oben aufgeführten Maßnahmen bezüglich Diagnostik, Behandlung und Therapie in vollem Umfang (mit Variation zwischen den Bundesstaaten) in eigener Verantwortung auszuführen. 49 Staaten erlauben unabhängiges Ausstellen von Rezepten und in 21 Staaten können unabhängige Praxen betrieben werden (O'Brien 2003).

Registrierung und Regulation

Die Mehrzahl der ANP-Experten besitzen ein nationales Zertifikat des ‚National Council of State Boards of Nursing', der für die Regulation verantwortlich ist, des ‚American Nurses Credentialing Center', der ‚American Academy of Nursing Practitioners' (Unterorganisation der ANA) oder anderer ANP-Pflegeorganisationen (Douglass 1996; O'Brien 2003; WomenHealthForum 2005). Für die Zertifizierung ist ein BSN erforderlich, eine Prüfung, die periodisch (alle 5 Jahre) zu wiederholen ist und klinische Berufserfahrung. Die Lizenz erteilt der Bundesstaat, in dem praktiziert wird, mit jeweils eigenen Lizenzkriterien.

4.1.5 Vergütung und versicherungsrechtliche Bedingungen

Das Gesundheitswesen in den USA ist vor allem durch die Dominanz privatwirtschaftlicher Gesundheitsdienste und -träger gekennzeichnet. Über 1500 private Versicherungsgesellschaften teilen sich den Gesundheitsmarkt, während öffentliche Programme (Medicare, Medicaid) nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen (>65-Jährige und sozial Benachteiligte) und einen ausgewählten Leistungskatalog zur Verfügung stehen (More & Mandell 1997). Im Mittelpunkt steht eine Managed Care durch Health Maintenance Organizations (HMOs), die gleichzeitig Träger als auch Anbieter von Gesundheitsleistungen sind. Das oberste Ziel ist Kosteneffizienz und wird durch bestimmte Techniken (Case-Management, Disease-Management, Capitated Payment etc.) sowie die Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter erreicht.

Folgende Beschäftigungsmodelle gibt es zur Zeit insgesamt, hier am Beispiel der Pflegeheime dargestellt (Mezey et al. 2005) (Abb. 1):

1) ANP-Experten sind bei einem Allgemeinarzt oder einer Ärzte-Gruppe angestellt (60% aller ANP-Experten, fee-for-service/collaborative practice, 50% Medicare/50% MCO[5]).

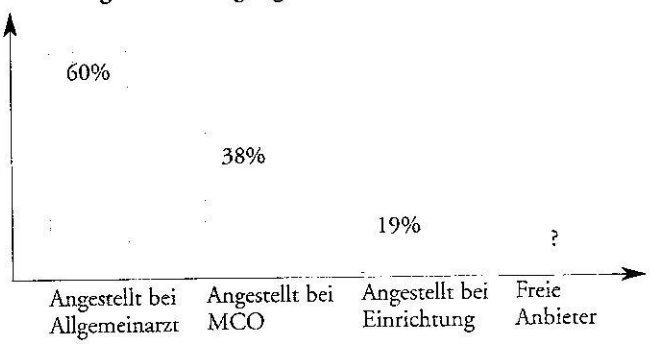
2) ANP-Experten sind bei einer MCO angestellt (38%[6] der ANP-Experten).

3) ANP-Experten sind bei einer Einrichtung angestellt (Pflegeheime, 19% der ANP-Experten).

4) ANP-Experten als freie Anbieter (% unklar).

Einen Anspruch auf eine Vergütung durch öffentliche Programme (Medicare, Medicaid) haben NPs, CNSs und Physician Assistants (PAs) und zwar im Umfang von 85% der üblichen Rate eines Arztes (Richmond et al. 2000). Voraussetzung für den Erhalt einer Rechnungsnummer ist ein Master's degree in der Pflege, eine Lizenz des entsprechenden Bundesstaates und die Zertifizierung einer berechtigten Nationalen ANP-Organisation. Einige Probleme bereiten nichtvergütungsfähige Leistungen wie Personalentwicklung, Angehörigenarbeit, Qualitätssicherung, Protokoll-Entwicklung etc. (Mezey et al. 2005). Das durchschnittliche Jahresgehalt eines NP in Vollzeit beträgt 73.620 $, mit einem Stundenverdienst von 36,44 $ (AANP 2004).

Abbildung 1: Beschäftigungsmodelle für NPs in den USA (in Pflegeheimen)



Prozentangaben größer 100, weil mehrere Modelle gleichzeitig genutzt werden.

4.2 Advanced Nursing Practice in Großbritannien

Die ANP-Rolle hat im britischen Gesundheitsdienst einen vergleichbaren Stand erreicht wie in den USA, wurde durch jahrelange Lobby-Arbeit des ‚Royal College of Nursing' (RCN) vorangetrieben und durch das Gesundheitsministerium (Department of Health, DoH) unterstützt (Barclay 2005; Carnwell & Daly 2003; Daly & Carnwell 2003).

5 Manged Care Organization.
6 Prozentangaben größer 100, weil mehrere Modelle gleichzeitig genutzt werden.

Tabelle 1: Merkmale von ANP-Experten (i. e. S. NPs) in den USA	
Settings	Primärversorgung (66% der NPs), Sekundärversorgung (Notfallversorgung, Chirurgie, Onkologie, Pädiatrie, Gerontologie, Psychiatrie und Pflegeheime)
Tätigkeitsprofil	- Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen (inklusive Überweisungen), - Diagnostik und Behandlung akuter Krankheit, Infektionen und Verletzungen, - Diagnostik, Behandlung und Monitoring chronischer Krankheit (z. B. Diabetes und Bluthochdruck), - Anamnese und körperliche Untersuchung, - Anfordern, Durchführen und Interpretation diagnostischer Tests (Laborwerte, Röntgen und EKG), - Verschreibung von Medikamenten, Physiotherapie und anderer rehabilitativer Maßnahmen, - Angebot von pränataler Versorgung und Familienplanung, - Kindergesundheitsdienste (Screening und Immunisierung) sowie - Gesundheitserhaltung bei Erwachsenen (jährliche Untersuchungen).
Ausbildung	RN, postbasic Training, klinische Berufserfahrung, mindestens BSN, meistens MSN
Behandlungs-autonomie	Recht auf Diagnostik, Behandlung und Therapie (Verschreibungen, diagnostische Tests und Überweisungen) (Balanced Budget Act 1997)
Regulation/ Registrierung/ Lizenzierung	Geregelt durch Bundesstaaten und Nationale ANP-Organisationen (Selbstverwaltung)
Vergütung	Anspruch auf direkte Vergütung, 85% der ärztlichen Rate (Medicare/Medicaid), Durchschnitts-Jahresgehalt 73.620 $
Arbeits-verhältnis	Angestelltenverhältnis bei GPs und Einrichtungen; selbständige Tätigkeit (nimmt zu)

Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofil: Der britische Gesundheitsdienst fällt nach Temmink et al. (2000a) in die Kategorie der überwiegend allgemein ausgerichteten Primärversorgung. Folglich wurden dort die ersten Arbeitsgebiete für NPs erschlossen[7] (Tab. 2) (Daly & Carnwell 2003; RCN 2002). Auch in der Sekundärversorgung kommen NPs zum Einsatz und übernehmen die Schlüsselfunktion in zahlreichen Spezialgebieten, wie etwa Orthopädie, Urologie und allgemeine Chirurgie. Weitere Einsatzfelder sind ländliche Gebiete sowie die Versorgung von Obdachlosen und Asyl suchenden Menschen. Das Aufgabenspektrum ist in Tabelle 2 dargestellt (Carnwell & Daly 2003; RCN 2002; Taylor et al. 2005).

Ausbildung: Grundsätzlich wird zwischen folgenden Berufsbildern unterschieden (Daly & Carnwell 2003):

- NP (*elementary Nurse Practitioner*): Grundausbildung zur RN in Form eines Diplom oder ‚Bachelor of Science' (BSc) mit Spezialisierung auf ein bestimmtes klini-

7 CNSs sind mehrheitlich in der sekundären und tertiären Versorgung angestellt (Daly & Carnwell 2003).

Tabelle 2: Merkmale von ANP-Experten (i. e. S. NPs) in UK

Settings	Primärversorgung (Allgemeinpraxen, Personal Medical Centers und NHS Walk-in Centers) Sekundärversorgung (Unfall- und Notaufnahme, Stationen für geringfügige Verletzungen, Orthopädie, Urologie, allgemeine Chirurgie)
Tätigkeitsprofil	- Professionelle autonome Entscheidungen, Diagnosestellung, - Begutachtung von Patienten, Assessment und Anamnese, körperliche Untersuchung, - Screening von Risikofaktoren und frühen Symptomen, - Erstellung von Pflegeplänen, - Anfordern von Untersuchungen (Interpretation von Laborwerten und Röntgenbildern), Durchführung von Behandlung (individuell oder im Team), Überweisung zu anderen Anbietern, Verschreibung von Behandlungen und Medikamenten, - Beratung und Gesundheitserziehung, - Recht der Aufnahme, Entlassung und Überweisung von Patienten, - Teamarbeit und Führung (wenn notwendig), Projektmanagement, Disease-Management chronischer Krankheiten, - Forschung und Rollenentwicklung sowie - Gate-Keeping.
Ausbildung	RN, mindestens ‚First degree', meist BSc oder MSc (evtl. Doktorat), Spezialisierung, mindestens 3 Jahre Berufserfahrung
Behandlungs-autonomie	Recht auf Diagnostik, Behandlung und Therapie (Verschreibungen bis auf einige kontrollierte Medikamente, diagnostische Tests und Überweisungen)
Regulation/ Registrierung	Zentral geregelt durch NMC (Selbstverwaltung)
Vergütung	Vergütung nach NHS-Whitley-Skala Grad G (23.860 - 29.035 Pfund) oder Grad H (26.650 - 31.960 Pfund)
Arbeits-verhältnis	Angestelltenverhältnis in GP-Praxen oder NHS-Trusts

sches Gebiet; Berufserfahrung als ‚Staff Nurse' (post registration period).

- CNS (*Clinical Nurse Specialist*): RN plus ‚First degree' bzw. ‚Masters degree' inklusive klinische Spezialisierung; 3-5 Jahre Berufserfahrung als ‚Ward Sister'/‚Charge Nurse' (post registration period).
- ANP (*Advanced Nurse Practitioner*)/NC (*Nurse Consultant*): Master- oder Doktorprogramm; 5-10 Jahre Berufserfahrung (post registration period) und spezielle Praxis inklusive Vorbereitung auf advanced practice.

Berufsrechtliche Bedingungen: Ab 2006 dürfen angemessen ausgebildete ANP-Experten eine große Auswahl von Medikamenten unabhängig verschreiben (Barclay 2005). Darüber hinaus haben sie das Recht zur Ausführung von Diagnose, Behandlung und Überweisung (Autonomie).

Der ‚Nursing & Midwifering Council' (NMC) reguliert Pflegende, Hebammen und nicht-medizinische Gesundheitsberufe in Selbstverwaltung (EU-Kommission 2000; NMC 2005). Eine Registrierung erfolgt sukzessive mit der steigenden Qualifikation beginnend ab RN .

Vergütung und versicherungsrechtliche Bedingungen: ANP-Experten sind entweder direkt bei einem NHS[8]-Trust, in einer Allgemeinarzt-Praxis oder in einer Gesundheitseinrichtung angestellt (Carnwell & Daly 2003). Das Jahresgehalt richtet sich nach der Qualifikation und ist in einer graduierten Skala des NHS festgelegt. In der Regel beträgt es 23.860-29.035 Pfund (Whitley Nurse Scale Grad G) oder 26.650-31.960 Pfund (Grad H) (Geneva Health International 2005).

4.3 Advanced Nursing Practice in den Niederlanden

Die niederländische Regierung verspricht sich von ANP-Experten eine Stärkung der Versorgungskontinuität, einen Ersatz für die abnehmende Zahl von Ärzten und die Verbesserung der Karrierechancen für Pflegende (Offenbeek, van & Knip 2004). Das erste Master-Programm für ANP entstand 1997 am Medizinischen Zentrum der Universität Groningen mit den Fachrichtungen Thoraxchirurgie, Neonatologie und Anästhesie (Hoed-Heerschop, van den 2005). Im Jahr 2003 boten mehr als 10 Universitäten einen Bachelor in ANP mit 301 Studierenden (0,2% der Pflegenden in den Niederlanden) an.

Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofil: Nach Temmink et al. (2000a) besitzen die Niederlande ein gemischtes Gesundheitssystem mit gleichzeitig primär und sekundär ausgerichteter Versorgung. Die ANP-Experten sind ausschließlich in Krankenhäusern angesiedelt und verfügen über das in der Tabelle 3 aufgeführte Tätigkeitsprofil (Hoed-Heerschop, van den 2005; Kamps et al. 2003; N .N. 2005; Offenbeek, van & Knip 2004; Vrijhoef et al. 2001).

Ausbildung: Nach der Berufsausbildung zur Pflegefachkraft (Verpleegkundige) ist der Zugang zu Spezialisierungskursen (post-basic) erlaubt (EU-Kommission 2000). ANP-Experten sind meist Absolventen von Master-Programmen die teilweise national validiert sind (N.N. 2005; Offenbeek, van & Knip 2004; Vrijhoef et al. 2001).

Berufsrechtliche Bedingungen: Die Ausübung von speziellen medizinischen Tätigkeiten (Autonomie) bedarf einer Delegation durch berechtigte Personen (Ärzte) (EU-Kommission 2000). Der Verantwortungsbereich für zentrale Aufgaben von NPs ist nicht festgelegt und variiert zwischen den Einrichtungen je nach Stellenbeschreibung (N.N. 2005).

Nur Pflegepersonen nach der Berufsausbildung werden registriert, ANP-Experten bisher nicht (EU-Kommission 2000). Allerdings bietet das Gesetz die Option der Registrierung, wenn Pflegefachverbände die dafür notwendigen Kriterien erfüllen.

8 Die Organisation des britischen Gesundheitswesens wird zum größten Teil durch den National Health Service (NHS) übernommen.

Tabelle 3: Merkmale von ANP-Experten (i. e. S. NPs) in den Niederlanden

Settings	Krankenhäuser und Krankenhaus-basierte Ambulanzen
Tätigkeitsprofil	- Organisation, Koordination der Versorgung, Case-Management (teilweise eingeschränkt, Co-Koordination) - Anamnese und spezielle Assessments (z. B. onkologisch), körperliche Untersuchung, Interpretation von Laborwerten und Verwaltung der Ergebnisse, Diagnostik (z. B. Knochenmarkpunktion, Lumbalpunktion und Venenpunktion), - Beratung, Aufklärung, Information, telefonische Rufbereitschaft, - Edukation für Professionelle und Patienten, - Gesundheitsförderung und Gesundheitsfürsorge inklusive Check-ups, - Hausbesuche und - Erst-Ansprechpartner
Ausbildung	Registrierte Verpleegkundige, postbasic Training inklusive Spezialisierung, Berufserfahrung
Behandlungs-autonomie	bisher keine erweiterten Befugnisse gesetzlich festgelegt, wird zur Zeit verhandelt
Regulation/ Registrierung	nur Verpleegkundige
Vergütung	tariflich abgestuft nach Qualifikation
Arbeits-verhältnis	Angestelltenverhältnis in Krankenhäusern, selten in Arztpraxen

Vergütung und versicherungsrechtliche Bedingungen: Das Arbeitsverhältnis von ANP-Experten ist meist eine Anstellung in einem Universitäts-Krankenhaus. Die Vergütung ist tariflich geregelt, abgestuft nach Qualifikation und bei NPs mit Master zwei- bis drei Gehaltsgruppen höher als bei Verpleegkundigen (keine genauen Angaben, N.N. 2005).

5. Diskussion: Erweiterte Pflegepraxis in Deutschland

Die epidemiologischen und gesellschaftlichen Veränderungen betreffen auch die Bundesrepublik und waren Gegenstand zahlreicher Gesetzesinitiativen (integrierte Versorgung, Gesundheitszentren, Hausarztmodell, Disease-Management-Programme, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit etc.) (Rosenbrock & Gerlinger 2004; Schaeffer, Moers, Rosenbrock 1994). In der Vergangenheit wurden außerdem zunehmend Wettbewerbselemente in der Erwartung einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung eingeführt: z.B. Kassenwettbewerb, Bonussysteme, Öffnung des Leistungskatalogs für Privatversicherungen (ebenda).

Parallel und in Verbindung mit dem Vorgenannten hat es seit den 1990er Jahren eine Entwicklung gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen wie Public Health, Rehabilitationswissenschaft und insbesondere der Pflegewissenschaft gegeben, die bezogen auf die letztere übereinstimmend als Erfolgsgeschichte gewertet wird (Bartholomeyczik 2002; Hasseler 2005; Schaeffer 2003). Allerdings existieren durchaus noch Defizite in Professionalisierung, Infrastruktur und Forschung (insb. anwendungsorientierte

und klinische Pflegeforschung sowie Spezialisierung entlang der unterschiedlichen Fachgebiete und Settings) (ebenda).

5.1 Chancen einer ANP-Entwicklung in Deutschland

Nach der Sichtung des gesamten Materials muss man feststellen, dass die stärksten Prediktoren zur Etablierung erweiterter pflegerischer Rollen in Verbindung mit Kostendruck (Rationalisierung), Erfordernissen zur Versorgungsintegration (Behandlungskontinuität, Stichwort: Case-Management), Ärztemangel und Macht im gesundheitspolitischen Akteursfeld stehen. Alle vier Faktoren sind mehr oder weniger durch die Pflege beeinflussbar und in Deutschland relevant.

Zu den wirksamsten Einflussgrößen gehört die Verknappung des medizinischen Personals. In Deutschland ist die Versorgungssituation durch eine Zunahme des Durchschnittsalters von ärztlichem Personal und einen Rückgang junger Ärzte gekennzeichnet (KBV & BÄK 2003). Dieser beunruhigende Trend, der jedoch nicht unumstrittenen wahrgenommen wird (vgl. z.B. AOK 2006), könnte für die Pflege eine besondere Professionalisierungsmöglichkeit im Sinne von ‚step into the breach' bieten, obwohl eine bloße Substitutionsfunktion nicht im Interesse einer modernen Auffassung von Pflege liegt. Voraussetzung dafür ist freilich ein Zuwachs an Kompetenzen und Einfluss im erweiterten Versorgungsfeld.

Weniger bedeutsam für eine Rollenevolution sind die Art des Gesundheitssystems (Organisation, Struktur und Finanzierung – denn sichtbar wurden erweiterte Berufsbilder in allen drei Systemen), der Versorgungstyp (primär, sekundär oder Mix) und die Wettbewerbsorientierung (z.B. zwischen Leistungserbringern oder Kostenträgern). Letztere könnte von Bedeutung sein, wenn das strategische Management von Versicherungsgesellschaften die Pflege als Anbieter qualifizierter Leistungen unter deutlich preiswerteren Bedingungen entdeckt (wie die HMOs in den USA). Jedoch sind Anreize zur Kostenminimierung auch unter mehr oder minder zentraler Verwaltung evident (vgl. NHS in UK).

5.2 Hindernisse für eine erweiterte Pflegepraxis

Die stärkste Barriere bildet wohl die gesetzlich fixierte Dominanz der Ärzteschaft in sämtlichen Bereichen der Krankenbehandlung bezüglich Diagnosestellung, Diagnostik/Assessment, Vorsorge, Behandlung, Verschreibung, Überweisung, Entlassung und Nachbehandlung (SGB 2006). Zum zweiten und natürlich in Verbindung damit besteht die Vormachtstellung der Ärzteschaft in der Selbstverwaltung der ambulanten und stationären Versorgung (KBV[9] bzw. LKGs/DKG[10]) neben den Krankenkassen und den Trägern und im Gemeinsamen Bundesausschuss (Rosenbrock & Gerlinger 2004). In keinem der genannten Gremien ist die Pflege vertreten.

9 Kassenärztliche Bundesvereinigung.
10 Landeskrankenhausgesellschaften und Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Im Vergleich zu den analysierten Ländern ist der politische Einfluss von Pflegeorganisationen in Deutschland äußerst marginal und hinsichtlich Regulation, Registrierung, Zertifizierung und Standardisierung von Ausbildung und Interventionen besteht Nachholbedarf.

5.3 Schlussfolgerung: Strategie zur Etablierung eines erweiterten Berufsbildes in der Pflege

Für die Entwicklung von ANP ist eine Bündelung von Aktivitäten, ein langer Atem und eine sukzessive Vorgehensweise erforderlich. Eine Etablierung muss sich vorerst provisorischer Hilfskonstruktionen bedienen: im Rahmen von klar definierten Algorithmen, Richtlinien oder Protokollen unter ärztlicher Verantwortung könnten Pflegefachpersonen medizinische Aufgaben übernehmen (z.B. Einstellung und Anpassung von Medikamenten). Eine stärkere Betonung kann bisweilen auf der Gesundheitsberatung, Edukation, Motivation und Koordination der Entlassung liegen. Für eine fortschreitende Rollen-Entwicklung sind nach den vorliegenden Erkenntnissen und in Anlehnung an Spirig & De Geest (2004) konzertierte Maßnahmen auf den nachstehenden Ebenen notwendig:

1) **Ausbildung**: Studiengänge mit klinischer Orientierung müssen Pflegeexperten auf die ANP-Rolle und -Position vorbereiten. Eine Spezialisierung in einem Fachgebiet ist Voraussetzung und kann durch die Hilfe von medizinischen Dozenten begonnen werden. Pflegeexperten werden eine Multiplikatorfunktion in der Praxis übernehmen, was hinsichtlich der erwartbaren Auseinandersetzung besonderer Vorbereitung und Unterstützung bedarf.

Ein Fokussierung auf die relevanten Fachgebiete wäre sinnvoll: chronische Krankheiten aus den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Pulmonologie, Endokrinologie, Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Möglicherweise könnte der erste Zugang in Krankenhäusern geschaffen und eine Ausrichtung auf Gesundheitsförderung, Risikofaktoren, Diagnostik/Assessment, Edukation, Beratung, Case Management und Entlassungsplanung gelegt werden. Ein weiteres Wirkungsfeld wäre die gemeindenahe Versorgung vor allem in ländlichen Regionen.

Ein Abschluss muss mindestens das Bachelor-Level erreichen. Insbesondere bei sukzessiver Übernahme größerer Verantwortung ist später eine Erweiterung auf Master-Niveau angemessen. Dabei gilt es eine Verwirrung durch unterschiedlichste Abschlüsse und Berufsbezeichnungen zu vermeiden, um Behörden, Arbeitgebern, benachbarten Disziplinen aber auch den eigenen Berufsangehörigen die Orientierung zu erleichtern.

Mit dieser Karriere-Option besteht überdies die Chance einer Qualifizierung für Pflegende in der klinischen Versorgung, was im Hinblick auf die bisherigen beruflichen Biografien mit der Fluktuation in praxisfremde Bereiche (Management, Lehre und Forschung) neuartig und notwendig ist.

2) **Forschung**: Von besonderer Bedeutung ist anwendungsorientierte und klinische Pflegeforschung für den Aufbau eigenen Wissens. Zudem müssen Belege für die Qualität der fortgeschrittenen pflegerischen Praxis gesammelt und veröffentlicht werden. Darunter fällt auch Evidence-based-Nursing. Pflegeexperten müssen in der Lage sein, Forschungsaktivitäten im Praxisfeld durchzuführen. Universitäre Einrichtungen und Pflegefachverbände sollten Evaluationsstudien fördern, sammeln, publizieren und für die politische Argumentation nutzen.

3) **Organisation**: Die Umsetzung von ANP-Modellen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bedarf einer besonderen und visionären Führung. Verantwortliche auf Leitungsebene müssen die organisatorischen Voraussetzungen schaffen und dürfen die Auseinandersetzung mit den beteiligten Berufsgruppen nicht scheuen. Mit Pilotprojekten auf Team- und Abteilungsebene können erste Erfahrungen gesammelt und Umsetzungsbedingen sowie Widerstände erfasst werden. Notwendig sind eine klare Definition der Rolle und Zuständigkeit eines Pflegeexperten, eine schriftlich fixierte Stellenbeschreibung und der feste Wille der Leitung.

4) **Politik**: Die wohl bedeutendste aber auch schwierigste Aufgabe ist die gesellschaftliche, gesundheits- und berufspolitische Einflussnahme. Hierbei muss die Mitarbeit an Gesetzesinitiativen und Richtlinien angestrengt werden, die sich auf die Autonomie der Pflege und auf Modellklauseln beziehen. Pilotprojekte können im Rahmen von gesetzlich gefassten Modellvorhaben initiiert werden. Politische Mitgestaltung impliziert Lobby-Arbeit mit Kontakten zu Entscheidungsträgern und Mitarbeit in Gremien, Basis-Arbeit zur Unterstützung, Motivation und Bündelung der Pflegeexperten vor Ort sowie eine Koalitionsbildung und Stärkung der Pflegeorganisationen. Hierher gehört auch die Forcierung der Diskussion um die Registrierung und Regulation der Pflegeberufe.

Literatur

AANP (American Academy of Nursing Practitioners) (2004): Nurse Practitioner Workforce Data Survey 2004. http://www.aanp.org/Education+and+Research/AANP+Reports+about+NPs/AANP+Reports+ about+NPs.asp. [Stand: 16.12.05]

AANP (American Academy of Nursing Practitioners) (2003): Report: NP Education. www.aanp.org/Education+and+Research/AANP+Reports+about+NPs/AANP+Reports+about+NPs .asp. [Stand: 16.12.05]

AOK (AOK-Bundesverband) (2006): Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Ärzteproteste wirklichkeitsfremd. http://www.g-k-v.com/index.php?idcatside=758&sid= 10fad15e8892130ce89720ea7a0e1fff. [vom 17.01.2006]

Barclay, L. (2005): „UK Expands Prescribing Powers for Nurses, Pharmacists." In: Medscape Medical News 21. Nov. 2005

Bartholomeyczik, S. (2002): „Editorial: Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland." In: Pflege 15 (6), 281-283

Bourbonniere, M./Evans L. K. (2002): „Advanced Practice Nursing in the Care of frail older adults." In: Journal of the American Geriatrics Society 50 (12), 2062-2076

Brown, S. A./Grimes, D. E. (1995): „A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care." In: Nursing Research 44 (6), 332-9

Carnwell, R./Daly, M. W. (2003): „Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles." In: Journal of Clinical nursing 12 (5), 630-42

Caine, N./Sharples, L. D./Hollingworth, W./French, J./Keogan, M./Exley, A./Hodgkins, D./Bilton, D. (2002): „A randomised controlled crossover trial of nurse-practitioner versus doctor-led outpatient care in a bronchiectasis clinic." In: Health Technology Assessment 6 (27)

Daly W. M./Carnwell R. (2003): „Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice." In: Journal of Clinical nursing 12 (2), 158-67

Douglas, L. M. (1996): The effective nurse: leader and manager. 5th ed. Mosby-Year Book Inc.

Europäische Kommission (2000): Study of Specialist Nurses in Europe. Brüssel

Eicher, M. R. E. (2005): „Pflegeexpertise bei Frauen mit Brustkrebs - Ein systematischer Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Interventionen durch spezialisierte Pflegende". In: Pflege 18 (6), 353-363

Geneva Health International (2005): Working in the National Health Service (NHS). http://www.genevahealth.co.uk/article42.html. [Stand: 28.07.2005]

Hardy, M./Barrett, C. (2003): „Interpreting trauma radiographs." In: Journal of Advanced Nursing 44 (1), 81-7

Hasseler, M. (2005): „Editorial: Pflegewissenschaft und Pflegeforschung – Quo vadis?" In: Pflege (18 (5), 279-280

Hoed-Heerschop, C. van den (2005): „Development of the Role of the Pediatric Oncology Nurse Practitioner in the Netherlands." In: Journal of Pediatric Oncology Nursing 22 (5), 258-260

ICN (International Council of Nurses) (2005): http://www.icn.ch/index.html. [Stand: 21.12.05]

Jones, M. (2005): „Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis." In: Journal of Advanced Nursing 49 (2), 191-209

Kamps, A. W. A./Brand, P. L. P./Kimpen, J. L. L./Maille, A. R./Overgoor-van de Groes, A. W./van Helsdingen-Peek, L. C./Roorda, R. J. (2003): „Outpatient management of childhood asthma by paediatrician or asthma nurse: randomized controlled study with one year follow up." In: Thorax 58 (11) 968-973

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2003): Das GKV-Modernisierungsgesetz in Stichworten. http://www.bnv-gz.de/~dr.propp/gkv.pdf. [Stand: 10.01.2006]

KBV & BÄK (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer) (2003): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung der KBV und der BÄK. http://www.aerztekammer-bw.de/20/aerztestatistik/20.pdf. [Stand: 10.01.2006]

Laurant, M./Reeves, D./Hermens, R./Braspenning, J./Grol, R./Sibbald, B. (2005): „Substitution of doctors by nurses in primary care." In: Cochrane database of systematic reviews (online) 18 (2), CD001271

Laurant, M./Hermens, R./Braspenning, J./Sibbald, B./Grol, R. (2004): Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial." In: British Medical Journal 328, 927-930

Mezey M, Greene Burger S, Bloom HG, Bonner A, Bourbonniere M, Bowers B, Burl JB, Capezuti E, Carter D, Dimant J, Jerro SA, Reinhard SC, Ter Maat M. (2005): „Experts recommend strategies for strengthening the use of advanced practice nurses in nursing homes." In: Journal of the American Geriatrics Society 53 (10), 1790-7

More, P. K./Mandell, S. (1997): Nursing Case Management: An Evolving Practice. The McGraw-Hill Companies

NMC (Nursing and Midwifery Council) (2005): http://www.nmc-uk.org/(4di1zl45d33dua55xthdbm3z)/aDefault.aspx. [Stand: 21.12.2005]

N. N. (2005): Telefonisches Expertengespräch mit einem Nurse Practitioner (MScN) auf einer onkologischen Kinderabteilung am 22.12.2005

O,Brien, J. M. (2003): „How nurse practitioners obtained provider status: lessons for pharmacists." In: American Journal of Health-System Pharmacy 60 (22), 2301-7

Offenbeek, M. A. G. van/Knip, M. (2004): „The organizational performance effetcs of nurse practitioner roles." In: Nursing and Health Care Management and Policy 47 (6), 672-681

RCN (Royal College of Nursing) (2002): Competencies in Nursing. Nurse Practitioners - an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval. http://www.nursepractitioner.org.uk/documents/NursePractitioners.pdf. [vom 07/2002]

Richmond, T. S./Thompson, H. J./Sullivan-Marx, E. M. (2000): „Reimbursement for acute care nurse practitioner services." In: American Journal of Critical Care 9 (1), 52-61

Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber Verlag: Bern; Göttingen; Toronto, Seattle

Schaeffer, D. (2003): „Editorial: Pflegeforschung erhält neue Impulse. In: Pflege 16 (6), 321-322

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed Sigma

SGB (Sozialgesetzbuch) (2006): http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php. [Stand: 19.12.2005]

SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. http://www.spd.de/servlet/PB/show/1589444/ 111105_Koalitionsvertrag.pdf. [vom 11.11.2005]

Spirig, R./De Geest, S. (2004): „Advanced Nursing Practice' lohnt sich." In Pflege 18 (6), 237-243.

Strömberg, A. (2004): „Von Pflegenden geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden". In: Pflege 17 (4), 237-42

Taylor, S. J./Candy, B./Bryar, R. M./Ramsay, J./Vrijhoef, H. J./Esmond, G./Wedzicha, J. A./Griffiths, C. J. (2005): „Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence." In: British Medical Journal 331, 485-492

Temmink, D./Francke, A. L./Hutten, J. B. F./van der Zee, J./Abu-Saad, H. H. (2000a): „Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective." In: Journal of Advanced Nursing 31 (6), 14449-1458

Temmink, D./Hutten, J. B. F./Francke, A. L./Abu-Saad, H. H./van der Zee, J. (2000b): „Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases." In: International Journal for Quality in Health Care 12 (2), 89-95

Vrijhoef, H. J. M./Diederiks, J. P. M./Spreeuwenberg, C./Wolffenbuttel, B. H. R. (2001): „Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatient." In: Journal of Advanced Nursing 36 (4): 546- 555

WomenHealthForum (2005): http://www.womenshealthchannel.com/nursepractitioner.shtml. [Stand: 19.12.2005]

Marcel Sachs
Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftler, Dipl.-Pflegewirt (FH), Krankenpfleger
Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, FB 11
Grazer Str. 6, 28334 Bremen, msachs@uni-bremen.de