



Um den gestiegenen Ansprüchen der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, braucht es eine erweiterte klinische Ausbildung von Pflegefachleuten auf Hochschulniveau.

Nurse Practitioner und Physician Assistant

Neue Berufsprofile für die Praxis

In der Herbstsession 2016 wird das Parlament voraussichtlich das Gesundheitsberufegesetz genehmigen, lehnt darin aber die Regulierung der MSc-Stufe ab. Gleichzeitig haben Betriebe Schwierigkeiten, ausreichend Pflegefachpersonen mit Masterabschluss zu finden. Neu tauchen Berufsprofile wie «Nurse Practitioner» und «Physician Assistant» auf, die eng mit der Bachelor- und Masterstufe verknüpft sind. Dieser Artikel gibt Orientierung zur aktuellen Diskussion.

Text: Iren Bischofberger, Ursina Baumgartner / **Fotos:** Fotolia, Werner Krüper

Vor rund 10 Jahren starteten die Schweizer Fachhochschulen mit den ersten Bachelorausbildungen. Damit endete eine kuriose Situation. Denn im Unterschied zum Bachelor waren Masterabschlüsse in der Praxis bereits seit 1996 bekannt. Der Kooperationsmaster mit der Universität Maastricht und später der Masterstudiengang an der Universität Basel ermöglichten je eigene, unkonventionelle Bildungswege und waren damit Vorreiter für die heutige Masterstufe an Fachhochschulen. Anfangs waren die MasterabsolventInnen v.a. für Stabsstellen in Spitälern und an Pflegeschulen,

später auch in Pflegeheimen und in der Spitex nachgefragt. Als das Fachhochschulgesetz 2005 in Kraft trat, etablierte sich der international übliche Weg auch in der Schweiz – zuerst der Bachelor, dann der Master of Science (MSc).

Flexible Bildungswege

Der Bachelor in Pflege ist heute als grundständiges FH-Studium oder als Aufbaustudium nach dem HF-Diplom, bzw. einem altrechtlichen SRK-Diplom, möglich. Das Bachelor-Aufbaustudium ist im Vergleich zu Hochschul-Weiterbildungen v.a. für jüngere Pflegefachpersonen HF

empfehlenswert, denn sie haben noch mehrere Jahrzehnte Berufslaufbahn vor sich. Betriebe und Studierende wählen aufgrund ihrer Spezialisierungsbedürfnisse allerdings häufiger die «sur dossier» Aufnahme in CAS/DAS/MAS Weiterbildungen als das Bachelor-Aufbaustu-

Autorinnen

Iren Bischofberger, Prof. Dr., Prorektorin, und **Ursina Baumgartner**, Prof., Rektorin, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, www.kalaidos-fh.ch

Kalaidos FH Gesundheit

Intensives Klinisches Assessment

Der Bedarf nach Routine und Sicherheit im klinischen Assessment steigt nach dem Bachelor-, Master- oder Weiterbildungsabschluss. Dazu bietet die Kalaidos FH Gesundheit zwei Möglichkeiten, je im Umfang von 30 ECTS: Den MScN Schwerpunkt «Clinical Excellence» (Anmeldeschluss 1.10.2016) oder den «DAS in Complex Care» (Anmeldeschluss 15.5.2017). Die Zulassung ist jeweils ein Bachelorabschluss. Das ärztliche Mentorat findet am Arbeitsort der Studierenden statt und wird individuell mit der Hochschule und dem Arbeitgeber organisiert.

dium. So fehlen der Bachelor in der Bildungsbiographie und auch Grundlagen für typische Hochschulkompetenzen (v.a. systematischer Umgang mit Literatur, Interpretation von Forschungsergebnissen, Stringenz im Denken und Schreiben). Ebenso ist der Zugang zum MScN- oder Doktoratsstudium erschwert. Interessanterweise fragen an der Kalaidos FH Gesundheit seit einigen Jahren vermehrt MAS-AbsolventInnen an, wie sie den Bachelor nachholen und/oder das MScN Studium absolvieren können. Die Hochschule stellt ihnen einen individuellen Studienplan für den angestrebten Abschluss zusammen. Seit 2015 sind zudem die Voraussetzungen des sogenannten Nachträglichen Titelerwerbs (NTE) bekannt, d.h. mit welchen Weiterbildungen Pflegefachpersonen mit altrechtlichem Pflegediplom den Bachelor-Fachhochschultitel beantragen können. Interessanterweise wird der Bachelor im Schlussbericht des Projekts «Masterplan Bildung Pflegeberufe» (SBFI, 2016) kaum diskutiert, und der MSc Abschluss bleibt nahezu unerwähnt. Just in derselben Zeit tauchen neue Berufsprofile auf, die eng mit dem Bachelor- und Masterstudium verknüpft sind: Nurse Practitioner (NP) und Physician Assistant (PA).

Nurse Practitioner

Vor 50 Jahren erkannten die Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Loretta Ford und der Kinderarzt Henry Silver den ungenügenden Zugang zur Gesund-

heitsversorgung v.a. für Familien mit Kindern in ländlichen Gebieten. Sie gründeten deshalb den ersten NP Studiengang (Ford 2015). Seit den 1990er Jahren wird das NP Profil v.a. bei alten Menschen mit chronischen Krankheiten am Übergang vom Spital nach Hause erforscht (exemplarisch Naylor et al., 1999). Daraus wurde das «Transitional Care» Modell unter Mitwirkung von NP entwickelt, um die Rehospitalisationsrate während den DRG-relevanten 30 postakuten Tagen zu senken. Kraft ihrer intensiven klinischen Ausbildung führen NP die Patientenanamnese mittels SOAP Schema routiniert durch, inkl. der Techniken zur Körperuntersuchung und/oder erfassen den Mentalstatus. Dabei fokussieren sie ihre Fragen und Beobachtungen v.a. auf die Funktionsfähigkeit im Alltag der PatientInnen. Die Symptome beschreiben und kommunizieren sie im interprofessionellen Team in der korrekten Fachsprache und anhand des ISBAR Modells (Marshall et al., 2009). Sie diskutieren subjektive und objektive Befunde zeitnah und stellen Zusammenhänge her zu pharmazeutischen und anderen therapeutischen Interventionen. Sie besprechen Medikamentenverordnungen mit PatientInnen und Angehörigen, integrieren die Therapien in alltags-

«Health Care entwickelt sich vom Einzelkämpfertum zum Teamspirit, und logischerweise sind neue Ausbildungsformen gefragt.»

Lyn Lindpaintner

taugliche Versorgungspläne und überprüfen diese engmaschig im Patientenalltag. Je nach Patientengruppe gehört auch Primärprävention (z.B. Impfen, Schulgesundheitsförderung (z.B. Männer- und Frauengesundheit) zum NP Profil. Diese Art der Patientenversorgung wird manchmal als Übernahme ärztlicher Tätigkeiten bezeichnet. Die Fähigkeiten werden jedoch mit entsprechender MScN Ausbildung und Gesetzgebung als Mehrwert für PatientInnen verstanden und weniger als zugehörig zu einer Profession. Heute ist das NP Profil in den USA eines von vier Pro-

filen unter dem Schirmbegriff «Advanced Nursing Practice (ANP)», wobei «Advanced» die Reichweite der Kenntnisse und Fähigkeiten meint und weniger einen Titel oder eine Funktionsbeschreibung.

ANP: Vorläufer für NP Curriculum

Das ANP Konzept ist in der Schweiz v.a. dank dem MScN Studium am Institut für Pflegewissenschaft in Basel bekannt. Dieser Studiengang hatte seit 2001 stets einen starken Forschungsfokus, im internationalen Vergleich aber einen geringen Anteil klinischer Ausbildung in der Pflegepraxis. Das NP Profil hingegen bringt keine Forschenden hervor, sondern klinische PflegeexpertInnen MSc für die evidenzbasierte Versorgung. Dazu durchlaufen NP mindestens 900 Lernstunden (30 ECTS) in klinischem Assessment und Intervention, inklusive ärztlichem Mentorat (in den USA auch durch erfahrene NP). Dies positioniert sie optimal in der pflegerischen Versorgung, v.a. von Patientengruppen mit anspruchsvollen gesundheitlichen Beschwerden. Die enge interprofessionelle Zusammenarbeit, v.a. mit der Ärzteschaft, bleibt seit Loretta Ford und Henry Silver ein zentrales Erfolgselement und wird heute auch in der Schweiz mit der SAMW Charta «Interprofessionelle Zusammenarbeit» (2014) ge-

fordert und gefördert. Lyn Lindpaintner, Pflegefachfrau und Geriaterin, die das klinische Assessment in der Schweiz massgeblich prägte, sagt heute: «Das Gesundheitswesen wird immer komplexer, Menschen leben länger, die gesellschaftlichen Ansprüche auf eine exzellente, gut koordinierte, lebenslange Betreuung erhöhen sich. Somit

entwickelt sich Health Care vom Einzelkämpfertum zum Teamspirit, und logischerweise sind neue Ausbildungsformen gefragt. Ich engagiere mich für die erweiterte klinische Ausbildung von Pflegefachleuten auf Hochschulniveau, weil ich seit über 30 Jahren die Vorteile solcher Fachkenntnisse für meine Patienten und deren Angehörige – in den USA und in der Schweiz – beobachten durfte.» (Zitat Webseite Kalaidos FH Gesundheit).

MScN orientiert am NP Profil

Die Kalaidos Fachhochschule Gesundheit bietet seit Sommer 2015 den zweiten

MScN Schwerpunkt «Clinical Excellence» an, der sich am NP Profil orientiert. Die klinische Ausbildung umfasst 30 ECTS – d.h. ein Drittel der gesamten Ausbildungszeit – und integriert ein kontinuierliches ärztliches Mentorat während einhalb bis zwei Jahren und ebenso ein Mentorat durch erfahrene PatientInnen und Angehörige. Die Studierenden arbeiten mind. 30% im direkten Patientenkontakt und führen mit ihren Arbeitgebern mehrjährige Praxisentwicklungsprojekte durch, um die Rolle der klinischen Pflegeexpertin MSc nachhaltig zu positionieren. Sie verfolgen bis zum Schluss des MScN Studiengangs das Ziel «fit for practice». Ein klinischer Beirat, insbesondere die Zusammenarbeit mit MaryJo Vetter, NP, klinische Professorin und Leiterin des Doctorate in Nursing Practice (DNP) an der New York University, unterstützt die Studiengangleitung und die Studierenden dabei.

Die klinische Ausbildung und das ärztliche Mentorat am «Lernort Arbeitswelt» erweisen sich als Mehrwert in der patienten- und angehörigenzentrierten Arbeitsweise. So sind PatientInnen kontinuierlicher betreut und gehen besser informiert vom Spital nach Hause. Die betrieblichen Prozesse verlaufen zügiger, weil Alarmzeichen von den angehenden klinischen PflegeexpertInnen MSc rascher erkannt und präziser kommuniziert werden, was insbesondere bei Zeitdruck hilfreich ist.

Physician Assistant

Die Physician Assistants (PA) Ausbildung gibt es in den USA ebenfalls seit 50 Jahren. Damals brauchte die Kriegschirurgie rasch und viele Mitarbeitende mit ärztlicher Assistenzfunktion. Die Navy entwickelte das PA Profil und verortete es im medizinischen Modell des Diagnostizierens und Therapierens. PA arbeiten Hand in Hand mit den ärztlichen Operateuren, v.a. in Universitäts- und anderen grösseren Kliniken, bereiten Operationen vor oder schliessen sie ab, während der Chirurgie bereits zum nächsten Operationstisch wechselt. PA übernehmen auch Anteile der postoperativen Nachsorge (inkl. Körperuntersuchung und Verschreibung unter ärztlicher Supervision). Insofern sind die jüngst in den (Fach-) Medien berichteten PA Aktivitäten am Departement für Chirurgie des Kantonsspitals Winterthur gut nachvollziehbar, denn sie machen internationale



Fit für die Praxis am Krankenbett: NP und PA können wichtige Beiträge für PatientInnen und Angehörige leisten.

Erfahrungen für die Schweiz nutzbar. Heute arbeiten PA international v.a. im chirurgischen Spitalsetting und in medizinischen Spezialisierungen, z.B. Ophthalmologie oder HNO. Auch Spezialarztpraxen, Notfallabteilungen oder die ambulante Chirurgie sind ein häufiger Einsatzort. PA wirken assistierend für die Ärzteschaft, bzw. übernehmen zu deren Entlastung ausgewählte Tätigkeiten, wie Austrittsplanung und -berichte. Gemeinsame Arbeitsorte von NP und PA können z.B. die Orthopädie im Akutspital sein, wenn bei operierten hochaltrigen und multimorbiden PatientInnen aufgrund ihrer Einschränkungen eine tageschirurgische Behandlung nicht angezeigt, aber eine erweiterte Nachsorgebetreuung nötig ist. Gemäss internationalen Erfahrungen arbeiten PA kaum je in der Palliative Care, in Pflegeheimen oder in der Spitex.

In den USA absolvieren PA üblicherweise einen Bachelor eines Gesundheitsberufs und einen MSc Abschluss in PA, in England haben «Physician Associates» einen Bachelor und ein Weiterbildungsdiplom in PA. Umgekehrt ist es auch möglich, mit einem PA Bachelor einen NP Master zu absolvieren. Vor diesem Hintergrund wird interessant sein, wie sich die PA Bildung in der Schweiz entwickelt.

Fazit

Die Ankunft von NP und PA Profilen ist für die Schweiz aus zwei Gründen interessant. Einerseits schärfen die beiden

Profile die Reichweite der jeweiligen Berufsausübung. Der NP-orientierte MScN Abschluss ist *populationsbezogen*, d.h. die klinischen Anzeichen und Therapien werden immer in einem psycho-sozialen und sozio-ökonomischen Gesamtbild der PatientInnen verstanden. Die Verlaufsplanung erfolgt ergänzend oder interagierend mit der Ärzteschaft und dem gesamten interprofessionellen Team. Die PA Qualifikation ist *professionsbezogen*, entlastet die Ärzteschaft meist rund um operative Eingriffe und ist damit im medizinischen Modell verortet.

Andererseits führen beide Profile zu fluiden Grenzen zwischen Professionen, v.a. für die Körperuntersuchung und Verschreibung von Leistungen. Spitäler, Spitex, Pflegeheime und Arztpraxen dürften sich in den kommenden Jahren mit ihren MScN AbsolventInnen mangels Reglementierung im GesBG je eigene Regeln für die Berufsausübung schaffen oder tun dies bereits. Diese praxiserprobten Regeln können für eine eventuelle Revision des GesBG genutzt werden.

Schliesslich muss das Ziel beider Qualifikationen die effizientere Gesundheitsversorgung sein. Dazu besteht gemäss den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates («Gesundheit 2020») noch erheblicher Handlungsbedarf. ■



Die Literaturliste ist auf der APP (reader.sbk-asi.ch) verfügbar oder kann bezogen werden bei: iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch