

Personal- und Versorgungslücken: Neue berufliche Rollen und ihre Potenziale in der Pflege

Neue Rollen, neue Fertigkeiten, neue Perspektiven

Die Arbeitsteilung zwischen Pflege und Medizin schreitet rasch voran, einerseits getrieben durch den Mangel an ärztlichem Personal in der Primärversorgung und auf chirurgischen Spitalstationen. Andererseits erreichen international etablierte Rollen für Pflegefachpersonen die Schweiz, insbesondere Nurse Practitioner. Auch Physician Assistants sind hierzulande angekommen. Basierend auf einem Interview zwischen einer angehenden Pflegewissenschaftlerin und Nationalrat Dr. med. Ignazio Cassis werden diese Entwicklungen reflektiert.

Im Rahmen des pflegewissenschaftlichen Masterstudiums führte die Erstautorin im Sommer 2016 ein Experteninterview mit Nationalrat Ignazio Cassis zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen durch, u.a. zur parlamentarischen Diskussion des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) und zu neuen beruflichen Rollen in der Pflege. Als Mediziner und Präsident des Krankenkassenverbandes curafutura und sowie des Branchenverbandes CURAVIVA Schweiz ist er mit diesem parlamentarischen Geschäft bestens vertraut. Ergebnisse aus dem Interview sind in den folgenden Artikel integriert.

Die «Pflegelücke»

Im Jahr 2009 berechnete das Obsan einen Mehrbedarf von 13% oder 17 000 Vollzeitstellen im Pflegeleistungsbereich bis ins Jahr 2020, u.a. weil rund 60 000 Personen zusätzlich wegen Pensionierungen ersetzt werden müssen (Jaccard Ruedin, Weaver, Roth & Widmer, 2009). Inzwischen gehen Schätzungen bis ins Jahr 2030 sogar von einer Erhöhung um 244 000 Personen aus, was einer Zunahme von 36% entspricht (Merçay, Burla & Widmer, 2016). Dafür verantwortlich ist nicht nur der Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft und die Pensionierung von Pflegefachpersonen, sondern auch ein erhöhter «Dropout», d.h. der berufliche Ausstieg infolge Abwanderung in andere Branchen oder die vollständige Aufgabe des Berufs. Was sind Gründe dafür? Obwohl fast 90% der im Gesundheitsbereich tätigen Pflegefachpersonen zufrieden sind, zeichnen sich doch wichtige Unzufriedenheitsfaktoren ab: erschwerte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zu geringer Lohn, Gefühle der Erschöpfung, Arbeitsbelas-

tung oder fehlendes Mitspracherecht bei Entscheidungen (Addor et al., 2016).

Das SBFI (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation) begegnet dieser Pflegelücke mit einem Masterplan Pflege und erreichte in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Ausbildungsabschlüsse v.a. auf Sekundarstufe 2, d.h. bei den Fachfrauen und -männern Gesundheit und in einem geringeren Mass auch bei Pflegefachpersonen HF und FH. Doch die Differenz zwischen dem Nachwuchsbedarf und den erreichten Abschlüssen beträgt auf der Tertiärstufe immer noch 2400 Personen jährlich (SBFI, 2016). Zudem reicht die alleinige Erhöhung der Ausbildungszahlen nicht aus, es braucht auch bessere Rahmenbedingungen für eine längere Verweildauer oder einen Wiedereinstieg (Lobsiger, Kägi & Burla, 2016). Könnte nämlich die mittlere Berufsverweildauer um ein Jahr verlängert werden, liesse sich der jährliche Nachwuchsbedarf um rund 5 Prozent reduzieren (SBFI, 2016).

Nationalrat Dr. med. Ignazio Cassis sieht die Dringlichkeit des Wandels und des Bildungsbedarfs genau und meint zum Potenzial in der professionellen Pflege: «Es ist eine gute Sache, wenn die Pflege neue Rollen einnimmt, da sich die Bedürfnisse unserer Gesellschaft verändern, sie werden heterogener und individueller. Physician Assistants und Nurse Practitioner zum Beispiel sind Bestandteile neuer Versorgungsformen, die sich entwickelt haben, um den Bedürfnissen der Gesellschaft besser gerecht zu werden. In Zukunft werden sich noch mehr neue Berufsrollen entwickeln». Die gesetzliche Regelung – so Cassis – dürfe dabei kein starres

Korsett sein. Vielmehr sollen die beschrittenen Wege als «schöpferische, kreative Kraft» genutzt werden, um die neuen Berufsrollen weiter heraus zu kristallisieren. So werden neue Laufbahnen aufgrund einer beruflichen Durchlässigkeit und Flexibilität möglich, und junge Pflegefachpersonen können individuell ihren eigenen Weg suchen und finden (siehe Beispiel Interview 1).

Die «Ärztelücke»

Wie sieht die Situation bei den Ärzten aus? Der Ärztemangel zeigt sich vor allem als Mangel von in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in gewissen Fachrichtungen und Regionen sowie dem Ausstieg aus der kurativen Berufs-

Dr. med. Ignazio Cassis, Nationalrat, Präsident curafutura und Präsident Curaviva Schweiz



tätigkeit (BAG, 2011; Bolliger, Golder & Jans, 2016; SAMW, 2016). Bisher wurde der Mehrbedarf an ärztlichem Personal in den Spitälern, Kliniken und Arztpraxen vorwiegend über das Ausland rekrutiert, was jedoch gesellschaftsethisch kritisch beurteilt wird. Der Mangel in der Schweiz resultiert aber auch daraus, dass fast 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung über 60 Jahre alt sind, nur gerade ein Fünftel ist jünger als 45 Jahre. Damit zeichnet sich eine Ärztlücke in der Grundversorgung ab, dem der Bund mit einer Stärkung der medizinischen Grundversorgung, einer verbesserten Abgeltung und mehr finanziellen Mitteln für die Medizinausbildung begegnet (BAG, 2015).

Ignazio Cassis sieht den Diskurs um den Ärztemangel als eine zu relativierende Realität. Der Beruf des Hausarztes beruhe auf einer historischen Idee, wie sie in den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg konstant geblieben sei. Anreize für den Beruf des Hausarztes führten heute aber nicht zum Ziel, denn junge Ärzte wählten diese Spezialisierung kaum noch. Physician Assistants und Nurse Practitioner würden den Ärztemangel bis zu einem gewissen Grad beheben. Vor allem aber trage der heutige Ärztemangel wesentlich dazu bei, dass die historisch gewachsene Monopolstellung der Ärzte aufgeweicht und andere, neue Versorgungsangebote entwickelt und optimiert würden (siehe Interview 2).

Die «Versorgungslücke»

Längst ist von der OECD bekannt, dass das Schweizer Gesundheitswesen auf die stationäre Akutversorgung ausgerichtet ist, was jedoch den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen nicht genügend gerecht wird (OECD/WHO, 2011). Mit den gesundheitspolitischen Prioritäten 2020 anerkennt der Bundesrat, dass die Gesundheitsversorgung differenzierter auf die Sicherung von Lebensqualität, auf die Prävention vermeidbarer Krankheiten und auf die Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten ausgerichtet werden muss. Erreichen will er dies mit der Bildung integrierter Versorgungsmodelle in der Akutversorgung, in der Langzeitpflege bis hin zur Palliative Care (BAG, 2013). Eine integrierte Gesundheitsversorgung ist interprofessionell und sektorenübergreifend. Im Skillmix aller Gesundheits- und Medizinalberufe sind zwei Spielarten denkbar: Das Delegations- und das Substitutionsmodell. Ersteres heisst, dass bestimmte, traditionell ärztliche Aufgaben an ein entsprechend geschultes Personal, zum Beispiel an MPA (Medizinischen Praxisassistent/-innen) oder Pflegefachpersonen delegiert werden. Zweiteres orientiert sich stärker am Bedarf der



Patient/-innen, indem das fehlende Leistungsangebot durch Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss entwickelt und übernommen wird. In den angelsächsischen und skandinavischen Ländern haben beide Modelle eine lange Tradition (Djalali & Rosemann, 2015). In der Schweiz fanden und finden Projekte statt, in denen die neuen Berufsmodelle in der Akut- wie auch der Grundversorgung geprüft werden, z.B. Pflegeexpert/-innen ANP in Walk-in Kliniken (Kambli, Flach, Schwendimann & Cignacco, 2015).

Ignazio Cassis betont, dass sich die Menschen heute bis ins hohe Alter subjektiv relativ gesund fühlen. Was früher als Altersbeschwerden betrachtet wurde, sind heute medizinisch diagnostizierte, chronische Krankheiten. Daraus entwickelt sich – so Cassis – zukünftig der Bedarf neuer Versorgungsmodelle, die den Bedürfnissen der Kunden besser entgegenkommen. Cassis sieht die Zukunft ohne Hausärzte, aber in kleinen Organisationen von wenigen Personen, die medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnisse abdecken. Die Pflegeberufe werden sich nach seiner Einschätzung vor allem in der Grundversorgung in völlig neue Richtungen weiterentwickeln. Dazu brauche es weniger ein Professionalisierungsbestreben, sondern vielmehr einen Dienstleistungshabitus. Denn die professionalisierte Betreuung werde zukünftig kaum noch solidarisch finanzbar sein.

Die grosse gesellschaftliche Diskussion sei deshalb, was wir gemeinsam und solidarisch bezahlen, und was in der finanziellen Verantwortung der Individuen liege.

Ausblick

Ob und wie sich der Pflege- und Ärztemangel angesichts der Entwicklung neuer Berufsrollen in der Pflege zukünftig entwickelt, ist abhängig von mehreren Faktoren in der Gesundheitsversorgung: der Innovations- und Experimentierbereitschaft von Praxisbetrieben mit Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit, dem Pioniergeist von Studierenden und Ausgebildeten der Pflegewissenschaft, aber auch von Finanzierungsmodellen in der Primärversorgung jenseits der tradierten Einzelleistungstarife, die sich z.B. an netzwerkartigen Strukturen der nachbarschaftliche, familiale Hilfe in Kombination mit «Distance Caregiving» (Hilfe und Pflege über geographische Distanz) orientieren.

Wie die beiden Beispiele, die in den Interviews 1 und 2 festgehalten sind, zeigen, bietet zukünftig v.a. der Weg zur klinischen Pflegeexpertin viel Gestaltungspotenzial nahe an der Lebenswelt von Patientinnen und Patienten. Die allmähliche Etablierung dieser Rolle ebnet den Boden für die Aufnahme der Masterstufe im Rahmen einer Revision des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG).



Interview 1: Klinische Pflegeexpertin (engl. Nurse Practitioner)

Stefanie Brown, Kantonsspital Baden, Innere Medizin, ist Studentin MSc in Nursing Schwerpunkt «Clinical Excellence» an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit. Sie, die wir als Erste Pflegefachfrau begrüsst, führt aus: «Wir nennen die Rolle ‚klinische Pflegeexpertin‘, was einerseits auf mein klinisches Arbeitsfeld und andererseits auf meinen beruflichen Hintergrund und meine Erfahrung in der Pflege hinweist. Wir orientieren uns an der Rolle der Nurse Practitioner (NP), aber mit dem Zusatz «Swiss», denn

Stefanie Brown, Kantonsspital Baden,
Innere Medizin, Studentin MSc in Nursing
Schwerpunkt «Clinical Excellence», Kalaidos
Fachhochschule Gesundheit



meine Rolle unterscheidet sich hinsichtlich Medikamentenverschreibung oder Diagnosestellung von angelsächsischen NPs. Bisher sind Pflegeexpertinnen in der Schweiz traditionell eher in der Pflegequalität und -entwicklung involviert. Ich arbeite hingegen täglich und patientenzentriert eng mit der Ärzteschaft und der Pflege zusammen. Dazu erhebe ich z.B. bei regulär eintretenden Patientinnen und Patienten die Anamnese, mache den körperlichen Eintrittsstatus, dokumentiere alles und verschreibe die standardisierten Eintrittsverordnungen. Ich setze Prioritäten aufgrund der erhobenen Daten, die ich bei der täglichen Visite einbringe. Zu meinen

Daniela Holderegger, Kantonsspital Winterthur,
MSc Studentin in Pflege, FH Ostschweiz



Aufgaben gehören auch Tätigkeiten, die bis vor kurzem traditionell dem Arztdienst zugeteilt waren. Wir sind ja immer noch in der Rollendefinierung bzw. in der Rollenentwicklung, d.h. meine Aufgaben führe ich in Zusammenarbeit und in Absprache mit der behandlungsverantwortlichen Ärzteschaft aus. Ich bin in die Betreuung von Patient/-innen in stabilen und instabilen Krankheitssituationen involviert, übernehme in instabilen Situationen aber andere Aufgaben, v.a. die Edukation und dies auch für Angehörige. Die Pflege profitiert von meiner beruflichen Rolle, weil ich immer auf derselben Abteilung arbeite und sie in mir eine stabile Ansprech- und Auskunftsperson haben. Ich verstehe mich inzwischen auch als Kulturvermittlerin zwischen den Pflegekolleg/-innen und der Ärzteschaft. Das gilt auch für die Zusammenarbeit ausserhalb des Spitals mit Hausärzten oder Pflegeheimen. Dort sehe ich noch grosses Potenzial für den Einsatz von klinischen Pflegeexpert/-innen.»

Interview 2: Fachspezialistin Viszeralchirurgie (abgeleitet vom Profil Physician Assistant)

Daniela Holderegger, Kantonsspital Winterthur, MSc Studentin in Pflege an der FH Ostschweiz, beantwortete unsere Frage nach der Berufsrolle im Spital wir folgt: «Diese Rolle wird weiter entwickelt und eben erst umbenannt in ‚klinische Fachspezialistin‘. Ich ermögliche auf der Station eine Kontinuität für die Patientinnen und Patienten, aber auch für die Pflegefachpersonen und die Ärzte. Unsere Rolle ist sehr stark an die Ärzteschaft angelehnt. Da unsere Ärzte sehr oft im Operationssaal sind, übernehmen wir viele ärztliche Tätigkeiten alleine. Wir machen Visite und betreuen unsere Patientinnen und Patienten mit dem medizinischen Fokus. Die Versorgungsqualität erhöht sich, weil wir eine Stabilität in die Betreuung bringen und unsere Informationen auf der Station bleiben. Damit erhöhen wir auch die Sicherheit in der Versorgung. Was mir dafür fehlt ist manchmal der pflegerische Aspekt der Beratung, Edukation und Förderung des Selbstmanagements. Eine Mischung wäre super.

Die Chance in meiner beruflichen Rolle sehe ich im Blickwechsel, der deutlich ganzheitlicher und übergreifender geworden ist. Ich kann ärztliche Entscheide heute viel besser nachvollziehen. Ich sehe auch eine Chance darin, dass die Grenzen zwischen Medizin und Pflege zunehmend «osmotisch» und die Zusammenarbeit enger wird, was ich als zukunftsweisend ansehe.

Eine Grenze sehe ich momentan in den Karrieremöglichkeiten der jetzigen Rolle. Assistenzärzte machen diese Arbeit für eine bestimmte

Zeit im Rahmen ihrer Ausbildung. Ich aber bleibe in dieser Funktion. Wenn ich etwas Anderes machen will, muss ich eine neue Richtung einschlagen. Trotzdem sehe ich viel Potential und Perspektiven in der Grundversorgung der Zukunft. Es wäre toll, wenn wir unsere Kompetenzen zum Beispiel im Management, das spezifisches Wissen erfordert, im ambulanten Setting weiterführen könnten. Oder wenn wir in der Vorsorge tätig werden könnten, damit es in verschiedensten Situationen gar nicht erst zu Spitaleinweisungen kommen müsste.»

Autorinnen: Rachel Hediger MScN cand, Lehrperson für Pflege HF und Prof. Dr. Iren Bischofberger, Prorektorin Kalaidos Fachhochschulde Gesundheit & Programmleiterin «work & care» bei Careum Forschung/Forschungsinstitut der Kalaidos FH Gesundheit, Zürich, iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch

Literatur

– Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D., & Paignon, A. (2016). «Nurses at Work»– Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Zugriff am 13.Mai

2016, verfügbar unter http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-08_d.pdf.

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (Ed.) (2011). Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin. Bern. Zugriff am 15.Mai 2016, verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14201/?lang=de>.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit. (Ed.) (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern. Zugriff am 20.Februar 2016, verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (Ed.) (2015). Ärztliche Grundversorger sind zufrieden, warnen aber vor zu vielen unnötigen Leistungen. Bern. Zugriff am 06.Juli 2016, verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=59823>.
- Bolliger, C., Golder, L., & Jans, C. (2016). Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit: Schlussbericht. Bern: FMH Swiss Medical Association. Zugriff am 21.Oktober 2016, verfügbar unter http://www.fmh.ch/files/pdf18/FMH_VSAO_2016_Schlussbericht_mit_FB.pdf.
- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke: Hintergründe und Schlüsselemente. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Zugriff am 14.Mai 2016, verfügbar unter http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_45.pdf.
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., & Widmer, M. (2009). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

- (Obsan). Zugriff am 13.Mai 2016, verfügbar unter http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_fact_sheet1_09_d_erratum.pdf.
- Kambli, K., Flach, D., Schwendimann, R., & Cignacco, E. (2015). Health Care Provision in a Swiss Urban Walk-In-Clinic. Gesundheitsversorgung in einer städtischen Walk-In-Praxis in der Schweiz. Ist Advanced Nursing Practice ein neues Modell in der Grundversorgung? International Journal of Health Professions, 2(1).
- Lobsiger, M., Kägi, W., & Burla, L. (2016). Berufsaustritte von Gesundheitspersonal (No. 7). Neuchâtel. Zugriff am 10.Juli 2016, verfügbar unter http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-07_d.pdf.
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel. Zugriff am 19.Oktober 2016, verfügbar unter <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/gesundheitspersonal-der-schweiz>.
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. OECD Reviews of Health Care Systems. Paris: OECD Publishing.
- SBF, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (Ed.) (2016). Schlussbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe: Bericht des Bundesrates. Bern. Zugriff am 05.Juni 2016, verfügbar unter <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/42819.pdf>.
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Ed.) (2016). Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten (11; No. 11). Bern. Zugriff am 06.November 2016, verfügbar unter <http://www.samw.ch/de/Aktuelles/News.html>.



Wir bringen Leben in Ihre Vorsorge

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse des schweizerischen Gesundheitswesens bietet die SHP für jedes in diesem Bereich tätige Unternehmen, von Einzelfirmen bis zu Institutionen mit einigen hundert Versicherten, intelligente und preisgünstige Vorsorgekonzepte.

Sie möchten Ihre berufliche Vorsorge optimieren?

Dann kontaktieren Sie unsere Experten für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.