

Stellungnahme zum Arbeitspapier zum möglichen Aufgabenprofil für ein zukünftiges Berufsbild Advanced Practice Nurse (APN) in Deutschland

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon 030 284 447-404

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon 030 284 447-78
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 19.06.2024

Der Deutsche Caritasverband und seine beiden Fachverbände VKAD und Katholischer Krankenhausverband Deutschland bedanken sich für die Möglichkeit, schriftlich zum Arbeitspapier von BMG und BMFSFJ zu einem möglichen Aufgabenprofil für ein zukünftiges Berufsbild Advance Practise Nurse geben zu können.

Der Ausbau der Rollenprofile und Verantwortungsbereiche im Pflegeberuf beinhaltet die Implementierung von Rollen für Advanced Practice Nurses (APN) innerhalb der Regelversorgung. APNs spezialisieren sich als Nurse Practitioner oder Clinical Nurse Specialist auf spezifische Zielgruppen oder Gesundheitsprobleme. In vielen Ländern wie den USA, Kanada, Großbritannien, den Niederlanden und Finnland ist die eigenständige Ausübung von Heilkunde durch APNs bereits etabliert. Dies umfasst Untersuchungen, das Verschreiben von Heil- und Hilfsmitteln, Überweisungen sowie präventive Maßnahmen je nach fachlicher Ausrichtung.

In der Primärversorgung führen APNs international teilweise eigene Pflegesprechstunden durch, sind für die Gemeindepflege zuständig oder übernehmen die Patientensteuerung. Studien zeigen, dass APNs in bestimmten Bereichen eine vergleichbare Versorgungsqualität wie Ärzt*innen erreichen können. Die Umgestaltung der APN-Rolle darf weder substitutiv als Reaktion auf den Ärztemangel noch auf die Einschränkung anderer Gesundheitsprofessionen abzielen, sondern muss eine funktionale Aufgaben- und Verantwortungsteilung, situative Flexibilität und die Reduktion ineffizienter Arbeitsprozesse fördern. Die Pflege- und Versorgungsprozesssteuerung spielt dabei eine zentrale Rolle.

In Deutschland werden die Potenziale der erweiterten Kompetenzprofile von Advanced Practice Nurses (APNs) durch restriktive gesetzliche Vorschriften und berufsständische Blockaden bislang nicht genutzt. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert eine Neuregelung der berufs- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt*innen, sowie die Erweiterung der Finanzierungsmöglichkeiten für Leistungen von qualifizierten APNs.

1. Studiengänge: Welche Kompetenzen sollen auf welchem Niveau vermittelt werden

Die Präsentationen von Dr. Normann Müller (BIBB) und Prof. Dr. Bernd Reuschenbach (Kath. Stiftungshochschule München im Auftrag des BIBB) aus dem Workshop vom 12. Juni haben gezeigt, dass die bestehenden Studiengänge in Deutschland noch weit entfernt sind, Kompetenzen für die eigenständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde zu vermitteln. In der Wissenschaft gibt es nur wenige Studiengänge zum Master APN. Hier müssen Lehrstühle geschaffen und Professor*innen-Rollen in der Versorgung klar definiert werden, um die akademische Ausbildung und Forschung in diesem Bereich zu stärken. Voraussetzung sind vergleichbare Standards in der Ausbildung und die Erweiterung von Stellenprofilen in der Praxis.

Die erwartete Zunahme der Studierendenzahlen durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz führt zu einem gesteigerten Bedarf an Lehrkräften an Hochschulen und qualifizierten Praxisanleiter_innen in Praxiseinrichtungen. Daher müssen die Qualifikationsanforderungen für Lehrpersonal in der praktischen Ausbildung und den Praxisanteilen des Studiums angepasst werden. Zudem ist erweiterte Forschung zu Studiengangs- und Stellenprofilen für Studierende insbesondere APN in der Pflege notwendig.

Aus Sicht der Caritas sollten alle 8 von der Fachkommission nach § 53 PflBG vorgesehenen Module Gegenstand der Qualifizierung für die Ausübung erweiterter Versorgungsbereiche in der Regelversorgung sein. Dabei ist es für uns zentral, dass berufserfahrene Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen Pflegeausbildung bei entsprechender Weiterqualifizierung diese Aufgaben übernehmen können. Daher sollte es Pflegefachpersonen im Wege der Weiterqualifizierung grundsätzlich ermöglicht werden, pflegerische Vorbehaltstätigkeiten mit einer zusätzlichen Spezialisierung in einem oder mehreren Modulen wie z.B. chronische Wunden oder Diabetes auszuüben. Diese Qualifikationen können pauschal dem DQR-Niveau 6 zugeordnet werden. APN mit Masterabschluss müssten nach der Logik dieses Systems entsprechend DQR 7 zugeordnet werden. **Daraus folgt, dass sich die Aufgabenbereiche für die erweiterte Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zwischen weiterqualifizierten Pflegefachpersonen des DQR 6 von denen akademisch mit Masterabschluss ausgebildeter Pflegefachpersonen des Niveaus DQR 7 unterscheiden müssen.** Grundsätzlich setzt sich die Caritas für ein modular aufgebautes, gestuftes, durchlässiges Qualifikationssystem ein, das auch berufserfahrenen Pflegefachpersonen mit DQR 4 oder 6 den Aufstieg zur APN ermöglicht, zum Beispiel durch ein verkürztes Studium für Menschen mit Berufserfahrung und Fachweiterbildung. Dies könnte auch mögliche Akzeptanzprobleme aufgrund fehlender Praxiserfahrung mindern.

Sowohl die pflegerischen als auch medizinischen Studiengänge müssen zukünftig systematisch und verpflichtend auf **interprofessionelle Zusammenarbeit** ausgerichtet werden. **Gemeinsames interprofessionelles Lernen** in Theorie und Praxis muss verpflichtend in den jeweiligen Curricula und in der praktischen Ausbildung verankert werden.

2. Mögliche Aufgabenbereiche der APN

Das Arbeitspapier sieht als Kernaufgaben für APN insbesondere die eigenständige Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen sowie den Erstkontakt in hausärztlichen (Zweig-)Praxen. Dieser Ansatz ist noch nicht geeignet,

zwischen für die Heilkundeausübung weiterqualifizierten Pflegefachkräfte und APN zu differenzieren. Das zeigen auch die nachfolgend im Arbeitspapier drei genannten Aufgabenbereiche:

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Edukation, Schulung und Beratung sowie
- Erstverordnung von bestimmten Hilfs- und Pflegehilfsmitteln sowie Versorgung mit Medizinprodukten (Verbandsmitteln, Blut- oder Harnstreifen)

Alle drei Aufgaben gehören bereits zum Aufgabenspektrum von Pflegefachkräften mit DQR 4, denn sie entsprechen den Modulen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die genannten Aufgabenbereiche von APN müssten sich somit hinsichtlich in leistungsrechtlicher und haftungsrechtlicher Hinsicht von den Handlungsfeldern von DQR 4 oder 6 unterscheiden.

Unterscheidungskriterium in Bezug auf diese drei Aufgabenbereiche sollte sein, ob Pflegefachkräfte **eigenständig Therapieentscheidungen** zur Gesundheitsförderung und Prävention zur Vermeidung der Verschlimmerung von Einschränkungen in den genannten Handlungsfeldern treffen können, wie z.B. Verordnung von Physiotherapie bei Mobilitätseinschränkungen, Ergotherapie beim Training von Alltagskompetenzen oder Logopädie bei Schluckstörungen. Dafür sollte es, anders als im Arbeitspapier beschrieben, bei entsprechender pflegerischer Indikation keiner vorausgehenden ärztlichen Diagnose und Verordnung bedürfen.

Bei den Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung sowie Edukation, Schulung und Beratung sollten APN **spezifische Aufgaben in enger Kooperation mit der haus- und fachärztlichen Versorgung an der Schnittstelle zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt** zugeordnet werden, wie z.B. Gesundheitsförderung zu bestimmten Krankheitsbildern wie aus dem Spektrum der Onkologie, Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen. Ziel ist, die Liegedauer im Krankenhaus zu verkürzen, die Koordination der Diagnostik zu effizenzieren und die Patientenzufriedenheit zu verbessern. Ein weiterer großer Komplex aus dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind verhältnispräventionsorientierte Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensumfelds einschließlich Entwicklung von Gesundheitskompetenz, insbesondere von vulnerablen Personengruppen und Personen mit niedrigerem Bildungsniveau. APN können dabei in den Settings von **schoolnursing, family health-nursing oder community health-nursing** eingesetzt werden.

Ein Einsatzbereich von Family health nursing könnten die Lotsendienste in Geburtskliniken an der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB VIII sein. Ein Leuchtturmprojekt des Deutschen Caritasverbands ist das **Programm Babylotsen** zum präventiven Kinderschutz und zur frühen Gesundheitsförderung von Kindern. Die Babylotsin kennt das gesamte Spektrum der Frühen Hilfen und alle lokalen Anlaufstellen für Eltern mit Neugeborenen. Sie lotst die Familien je nach Bedarf durch einen für Laien oft undurchschaubaren Hilfsdschungel. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass dieses Angebot dringend einer Regelfinanzierung bedarf und die jüngsten Beschlüsse der GMK und JMFK nun zügig auf Bundesebene umgesetzt werden müssen. Family health nursing kann jedoch auch in der Langzeitpflege nützlich sein, beispielsweise, um Unterstützungsbedarf von Haushalten, in denen pflegebedürftige Menschen von live-in-Kräften betreut werden, zu identifizieren und durch Case- und Care-Management zu begleiten. Dass hier hoher Bedarf besteht, zeigt das Projekt **CariFair** des Caritasverbands Paderborn. Der Deutsche Caritasverband sieht aufgrund vielfältiger Praxiserfahrung einen hohen

Bedarf an wohnortnahen, niedrig schwelligen Zugängen von vulnerablen Gruppen zu unserem Gesundheitssystem. Aufgrund seiner positiven Erfahrungen z.B. mit dem **Gesundheitskiosk Essen** setzt er sich dafür ein, eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitskioske zu schaffen. Diese können insbesondere in Regionen, in denen viele Menschen in prekären Situationen leben, gesundheitliche Versorgung koordinieren, Prävention und Gesundheitsförderung anbieten und mehrsprachig beraten. Hierfür bietet der Ansatz von community-health-nursing eine ideale Grundlage. Im Bereich der Langzeitpflege steht die **rehabilitative Pflege** im Vordergrund. Dabei sind alle Bereiche der Langzeitpflege in den Blick zu nehmen (ambulante Pflege, stationäre Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege).

Konkret benannt werden sollte im Arbeitspapier der große Aufgabenbereich des **Health Assessment**. Dabei erstellen APN durch körperliche Untersuchungen, Tests oder Veranlassung von Laborwerten differenzierte Diagnosen im Rahmen von Risikoassessments zur Evaluation des Gesundheitszustands einer Person im gesundheitlichen Kontinuum von präventiven, kurativen, rehabilitativen, palliativen und sozialpflegerischen Maßnahmen einschließlich der psycho-sozialen Aspekte. Das Arbeitspapier sieht vor, dass die Durchführung bestimmter Untersuchungen (z.B. Durchführung von Verlaufskontrollen im Zuge des Krankheitsmanagements, bei DPM und in diesem Rahmen körperliche Untersuchungen, Veranlassung und Bewertung von Laborwerten, Veranlassung und Bewertung weiterführender Diagnostik oder Einholen von ärztlichen Konsilen) nur auf der Grundlage einer vorausgegangenen ärztlichen Diagnostik durchgeführt werden darf. Diese sollen eigenständig veranlasst werden können und den behandelnden Ärzten kommuniziert werden, damit diese - ggf. - weitere ärztliche Untersuchungen oder Interventionen ihrerseits veranlasst werden können. Bei diesem Spiegelstrich sollte zudem ergänzt werden, dass es sich bei der Durchführung oder Veranlassung von Untersuchungen oder Diagnostik um pflegerische Diagnosen handeln sollte. Das sei anhand des folgenden Beispiels illustriert:

Bewohnerin nach Schlaganfall mit PEG und Kachexie:

Bei der **Aufnahme führt eine Pflegefachperson eine Bewertung des Ernährungsstatus mithilfe des Instruments "Nutritional Risk Screening"** durch und stellte ein **erhöhtes Risiko für Mangelernährung fest**. Infolgedessen wird ein Pflegeexperte APN hinzugezogen, der eine weitere umfassende Einschätzung des Ernährungsstatus mittels des Assessment-Instruments PEMU (pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursache in der Häuslichkeit) durchführte. Diese Einschätzung ergab ebenfalls auffällige Befunde. Der Experte ließ daraufhin relevante Laborwerte wie Albumin und Protein bestimmen, welche auf eine drohende Mangelernährung hinwiesen, und erstellte darauf basierend einen individuellen Behandlungs- und Ernährungsplan für die Patientin. Dieser Plan wird unter Einbeziehung aller relevanten Berufsgruppen entwickelt, mit dem Ziel, dass die Pflegebedürftige während ihres stationären Aufenthalts ihr Gewicht halten konnte. Der Pflegeexperte APN berechnete den Tagesumsatz und passte die Therapie entsprechend an. Zusätzlich erhielten die Patientin und Angehörige Beratung über Möglichkeiten der oralen Ernährung bei Schluckstörungen, einschließlich der Verordnungsfähigkeit für Zusatznahrung im häuslichen Bereich. Während des stationären Aufenthalts führte der Pflegeexperte APN mehrere Konsultationen durch und stellte fest, dass sie den aufgestellten Plan erfolgreich umsetzen konnte, ihr Gewicht halten konnte und sich die Schluckstörungen verbesserten. Trotz dieser Verbesserungen konnte jedoch nicht auf die PEG-Sonde verzichtet werden, da die Patientin aufgrund der Schluckstörung ihre benötigte Tagesenergiemenge nicht oral aufnehmen konnte.

Begrüßt wird, dass klassische Aufgabenfelder mit heutigem Arztvorbehalt, nach dem Arbeitspapier künftig zu den Aufgabenbereichen von APN gehören können sollten:

- Zuständigkeit für, Beratung zu und Durchführung von Impfungen
- Feststellung von Arbeitsunfähigkeit oder Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes. Ergänzt werden sollte die Feststellung von Betreuungsbedürftigkeit in Bezug auf die mögliche Inanspruchnahme von Pflegeunterstützungsgeld bei akut auftretenden oder sich ändernden Pflegesituationen. Bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit sollte auf das Krankheitsspektrum von Bagatellerkrankungen, wie z.B. Infekten, die nur Behandlungspflege erfordern, begrenzt werden.

Anders als im Arbeitspapier vorgesehen, sollte eine APN auch **mehr Kompetenzen im Medikationsmanagement** erhalten.

- **Verordnung bestimmter Arzneimittel anhand einer Positivliste und Anpassung der Dosierung:** Hier sollte vorgesehen werden, dass APN Medikamente anhand einer Positivliste im Rahmen der heilkundlichen Module (z.B. Insulin bei Diabetes oder einfache Schmerzmedikamente wie Ibuprofen) eigenständig verordnen können sollen, Patient_innen über Medikamente und mögliche Neben- und Wechselwirkungen aufklären sollten sowie vor allem Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz der Patient_innen stärken sollten.

Während der COVID-19-Pandemie hat sich international gezeigt, dass Advanced Practice Nurses (APNs) in verschiedenen Schlüsselbereichen einen deutlichen Mehrwert erbracht haben. Diese bewährten Verfahren sollten in die Regelversorgung übernommen werden

- **Redeployment und Flexibilität:** APNs wurden schnell in Bereiche mit höherem klinischen Bedarf eingesetzt, insbesondere in Krankenhäusern und strukturschwachen Gemeinden. Dies schloss die Unterstützung von "Hospital-at-Home"-Modellen ein, bei denen ältere oder vulnerablere Patienten zu Hause versorgt wurden, um das Risiko einer COVID-19-Übertragung in klinischen Umgebungen zu minimieren. Diese Flexibilität zeigte den Mehrwert der APNs in der Anpassung an neue und unvorhergesehene Aufgabenbereiche während der Pandemie.
- **Zuordnung der Patient_innen zur richtigen Versorgungsebene und Versorgungsmanagement:** APNs spielten international eine Schlüsselrolle bei der Implementierung und Durchführung neuer Versorgungssysteme in Notaufnahmen und anderen Gesundheitseinrichtungen. Sie waren in der Lage, die Patientenversorgung effizient zu priorisieren und sicherzustellen, sodass akute medizinische Bedürfnisse auch unter Pandemiebedingungen erfüllt wurden. Dies führte zu einer verbesserten Patientenversorgung und einer Entlastung der überlasteten Gesundheitssysteme.
- **Führung und Schulung:** Während der Pandemie übernahmen APNs vermehrt Führungsrollen innerhalb ihrer Teams. Sie waren nicht nur für die direkte Patientenversorgung verantwortlich, sondern auch für die Schulung und Weiterbildung anderer Pflegefachkräfte. APNs spielten eine entscheidende Rolle bei der Bereitstellung von Schulungen zu neuen Verfahren wie der Fernberatung über Video, was zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Unterstützung des Gesundheitspersonals beitrug.

3. Diskussionsfragen des Arbeitspapiers

A) Ermöglichung eigenständiger Diagnosestellung bei bestimmten Erkrankungen anhand von standardisierten Protokollen in der Primärversorgung, z.B. Feststellung von Erkältungskrankheiten oder häufigen Begleiterkrankungen bei chronisch kranken Patienten

Wie oben schon ausgeführt, sollten APN grundsätzlich Bagatellerkrankungen oder häufige Begleiterkrankungen von chronischen Erkrankungen eigenständig feststellen können und dafür auch eine AU-Bescheinigung ausstellen können sowie eigenständig Medikamente verordnen können. Des Weiteren sollten APN auch auf der Grundlage einer ärztlichen Diagnose nicht nur Folge-Verordnungen von HKP, sondern **Erst-Verordnungen von HKP** ausstellen können.

Es ist zudem erforderlich, den Verordnungsprozess – auch mit Blick auf die VO von Pflegehilfsmitteln - generell zu erweitern und zu vereinfachen, sodass ähnlich wie im ärztlichen Bereich lediglich ein Rezept ausgestellt werden muss und nicht ein umfangreiches Formular mit verschiedenen Erläuterungen, Erklärungen und Begründungen erforderlich ist (vgl. Richtlinien gemäß § 40 Abs. 6 SGB XI). Gegenwärtig werden zudem die Empfehlungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI auf Produktgruppen 50-54 des Pflegehilfsmittelverzeichnis bzw. auf Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 5 Satz 1 SGB XI beschränkt. **Im Sinne der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben ist es nötig, die Richtlinien in Bezug auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel zu erweitern.**

B) Ableitung gemeinsamer Therapieempfehlungen mit anderen Berufsgruppen, z.B. Ärzt_innen

Im internationalen Kontext arbeiten Pflegefachkräfte eng mit anderen Gesundheitsfachberufen, wie Ärzt_innen oder Therapeut_innen zusammen. AP leiten eigene Einrichtungen wie Pflegepraxen, Gesundheitskioske, mobil-zugehende Gesundheitseinrichtungen oder Pflegekliniken. Wie oben gefordert, sollen künftig gemeinsames Lernen in Theorie und Praxis verpflichtender Bestandteil aller Ausbildungen in den Gesundheitsberufen werden. Daraus folgt, dass auch Therapieentscheidungen gemeinsam und interprofessionell gefällt werden sollten. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, interprofessionelle Fortbildungen zu fördern und gemeinsame Versorgungsstandards in der Praxis (Stichwort: interdisziplinäre Versorgungspfade) zu etablieren.

C) Abhängigkeit bestimmter Aufgaben vom Vertiefungsbereich bei einem generalistischen Berufsabschluss

Hier ist zwischen Nurse Practitioners, die generalistisch ausgebildet sind, und Clinical Nurse Specialists, die Spezialisierungsgebiete aufweisen, zu unterscheiden. Generell sollten alle generalistisch ausgebildeten Fachkräfte in allen Bereichen der breiten Versorgung der Bevölkerung, alle Aufgaben übernehmen dürfen, so wie es in der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz auch vorgesehen ist. Auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisierte APN sollten vor allem in diesen Feldern eingesetzt werden. Wichtig ist aber eine klare rechtliche Regelung, wer anhand welcher Kompetenzen was kann und entsprechend wo eingesetzt werden darf. Das muss sowohl im Leistungsrecht als auch im Haftungsrecht klar geregelt werden.

4. Was fehlt im Arbeitspapier?

- **Klarheit über Zugangsvoraussetzungen zum APN-Masterstudium:** Es muss Klarheit über die Zugangsvoraussetzungen zum Masterstudium der APN geschaffen werden, insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an bereits examinierte Pflegefachpersonen. Im Arbeitspapier bleibt unklar, ob das Masterstudium als konsekutives Studium auf die hochschulische Pflegeausbildung gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) aufsetzt oder ob zunächst ein APN-Bachelor und danach ein APN-Master erforderlich sind. Alle beruflich dreijährig examinierten Pflegefachpersonen sollten, unabhängig von ihrer vorherigen Schulbildung, entsprechend ihrer Berufserfahrung Zugang zu einem solchen Masterstudium erhalten können. Dies sollte sowohl den generalistischen Ansatz als auch die horizontale und vertikale Durchlässigkeit im Rahmen eines Bildungskonzepts für die Pflege gewährleisten.
- **Klare Regelungen für die Vergütung und Gleichwertige Abrechnung von Leistungen:** Zudem sind klare Regelungen zu den Abrechnungspraktiken von Leistungen durch APNs notwendig. International gibt es hierbei große Unterschiede, die oft mit dem Grad an Unabhängigkeit bei der Ausführung der Aufgaben zusammenhängen. In Australien erhalten Nurse Practitioners, die Einzelleistungen unabhängig von Ärzten erbringen und abrechnen, eine geringere Vergütung als Ärzte. In den USA können Nurse Practitioners, die in Gemeinschaftspraxen mit Ärzten zusammenarbeiten, im Namen der Ärzte abrechnen, wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen, und erhalten dann dieselbe Vergütung. Arbeiten sie jedoch in eigenen Praxen, ist dies nicht möglich und ihre Vergütung fällt geringer aus. Ziel sollte es sein, dass Leistungen durch APNs gleichwertig und eigenständig abgerechnet werden können

Zum Aufgabenprofil von APN gehören nicht nur die praxisbezogenen Einsatzfelder mit entsprechenden Kompetenz- und Aufgabenprofilen, sondern auch ganz wesentlich Aufgaben zur Weiterentwicklung der Profession in einem modularen, gestuften und durchlässigen Kompetenzsystem. Daher sind im Arbeitspapier folgende Aspekte zu ergänzen:

- **Leadership/Leitung, Kooperation, Professionsentwicklung:** APN übernehmen oft Leitungspositionen und sind für das Management der Einrichtung sowie die Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen und -einrichtungen verantwortlich. Sie streben eine patientenzentrierte Versorgung und eine gute interprofessionelle Kooperation an. Darüber hinaus engagieren sie sich für die professionelle Entwicklung der Pflege, die Integration der NP-Rolle in das Versorgungssystem und die Förderung evidenzbasierter Pflegepraxis sowie Forschung und Innovationen in der Pflege.
- **Lehre und Coaching:**
 - Lehre und Coaching (formell, informell) interdisziplinärer Teammitglieder im Hinblick auf das Management klinischer Pflege; Mitwirkung an der Leistungsbeurteilung des Pflegefachpersonals
 - Mitwirkung an Identifikation, Analyse und Interpretation der Entwicklung der Pflegeergebnisse und der professionellen Pflegepraxis zur Bestimmung von Prioritäten im Hinblick auf die Bildungsplanung
 - Mitwirkung an der Planung, Durchführung und Evaluation von Lernmitteln und Gesundheitsbildungsprogrammen für Bewohner, Familien und andere Entscheidungsträger d.

Förderung des Wissensaufbaus beim Pflegepersonal durch die Integration von Best Practices in die Pflege

- **Forschung**

- a. Kritische Beurteilung und Anwendung relevanter Forschung und Theorie bei der Erbringung von Leistungen (Abgrenzung zum BA-Abschluss und zur Ausbildung/ es braucht einen Kompetenzrahmen: wie beispielsweise EfCCNa – Intensivpflegekompetenzrahmen, um eine (inter)nationale Vergleichbarkeit der APN zu gewährleisten. Die eigenständigen Tätigkeitsbereiche sollten sich an internationalen Standards orientieren (ICN)
- b. Identifikation und Umsetzung von forschungsbasierten Innovationen zur Verbesserung der Pflege der Bewohner (Rehabilitative Altenpflege und Wiedererlangung der Gesundheit)
- c. Zusammenarbeit mit Mitgliedern des interdisziplinären Teams etc. zur Identifikation von Forschungsmöglichkeiten und zur Durchführung und/oder Unterstützung von Forschung d. Handeln als Change Agent durch die Übersetzung und Verbreitung von Wissen (z. B. in Form von Präsentationen, Publikationen, informeller Diskussionen und der Entwicklung von Best Practices und Verfahren)

Berlin/Freiburg, den 19.06.2004

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin
Deutscher Caritasverband

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Leitung Kontaktstelle Politik, Deutscher Caritasverband
Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

[REDACTED]