



Click here for **ENGLISH**



Click here for **GERMAN**

Acadamisation of care



Pfalzkllinikum



ENGLISH

Acadamisation of care

Brigitte Anderl-Doliwa; BScN; M.A.

Holder of the endowed Chair Extended Psychiatric Care
Competences in Case of Long-Term Need for Care

Catholic applied University Mainz

Director of Nurse North-West-Region, Pfalzlinikum

b.anderl-doliwa@pfalzlinikum.de

Brigitte.Anderl-Doliwa@kh-mz.de

Introduction

Social and epidemiological changes present major challenges to the health systems of the Western industrial countries and, thus, also to the German health system. This goes along with the strengthening of the position of the care profession among the actors in the health care sector which gives rise to diverse expectations:

- The coordination of continuous assistance and care elements for chronically ill patients
- Discharge management
- Compensation of shortage of doctors
- Health promotion and prevention
- Growing patient-oriented control of care processes in out-patient and hospital settings

To meet these challenges care has to be professionalised.

Typical features of a profession are:

- Contradictory unity of scientific knowledge of rules and case-by-case practical knowledge
- Intervention often without previous detailed scientific explanation of the reasons
- Respect for the client's autonomy
- No complete standards of action, abstract knowledge
- Coping with complex decision-making situations
- Assumption of key competences (collegiality, reflection...)

One strategy of professionalisation is to upgrade the training to university level. Another strategy, the establishment of a chamber, has been well advanced in Rhineland-Palatinate and its realisation is planned for 2015.

In Europe, this strategy has already been implemented in most of the countries. Already 20 countries train nurses at university level (Hanika 2010).

Another key factor, especially to meet the need for care in Rhineland-Palatinate, however, is to organise the access to care professions as widely as possible.



The demographic and social change is expected to further increase the demand for professional assistance and care services.

In June 2011 on the occasion of an experts' workshop, the Institute for Economy, Work and Culture (IWAK) at the University of Frankfurt am Main presented the results of the "industry monitoring health professions", a regional key project of the health industry in Rhineland-Palatinate on behalf of the Ministry for Social Affairs, Work, Health and Demography (MSAGD) Rhineland-Palatinate.

In the course of this monitoring, a partly considerable need for specialists in health professions was established in various regions of Rhineland-Palatinate. The second part of the regional key project, i.e. the experts' report on the need for specialists in health professions, provides information on the demand for specialists in health professions in 2015, 2020 and 2025. These results also show an increasing demand for specialists in health professions.

In order to solve the already existing and the coming lack of qualified employees the State of Rhineland-

Palatinate started a comprehensive "Specialist and Qualification Initiative Health Professions 2012". This was launched at the end of 2011 and, among other things, its aims have been to raise the number of apprenticeship places in care, to recruit migrant workers and to increase the integration of unskilled care professions.

Academisation of care in Germany

The academisation of care in Germany is still in its infancy in contrast to many other European countries and even more in contrast to the United States of America and Canada.

The academisation did not start until the late 1980s and 1990s with degree programmes being primarily situated at universities of cooperative education or applied sciences as well as at technical colleges and dealing mainly with care management, care education and care science.

More than one third of all degree programmes is designed to be completed alongside work and, thus, does not enable a basic qualification at academic level.



Only recently have the degree programmes focused on direct patient care, in terms of in-depth expertise (Advanced Nursing Practice). Often these refer to acute care (intensive care medicine, anesthesia etc.).

However, when looking at the economic and health policy targets connected to the strengthening of care as actors in the health system, you observe that these refer especially to the care of chronically ill people and to primary health care.

Here is an urgent need for action at present, emerging especially in rural areas.

The most important challenges for a nationwide access to health services (even in rural areas) based on a care which is being professionalised are as follows:

- The changed demographic situation and, as a result, the importance of chronic diseases
- The high prevalence rates of mental and, thus, also chronic mental disorders
- A health policy debate associated with the demand for “patient orientation”, “prevention of disease” and “promotion of health”
- The problems with general physician and specialist care in rural areas
- The public interest of social insurance providers and public authorities in “cost containment” (compare Amelung et al. 2009, 52).

The situation of care in the landscape of mental health care

Psychiatric care in out-patient and/or cross-sectoral respectively ward-replacing settings is becoming more important in current psychiatric care.

Various health policy and social framework conditions lead to an intensified expansion of out-patient treatment and the care of persons suffering from mental disorders.

Worth mentioning are:

- Demographic and, thus, epidemiological changes resulting in a rising number of chronically ill persons.
- Epidemiological changes resulting in a rising number of persons with several psychiatric diagnoses and/or comorbidities.
- An increased utilisation of health services due to mental disorders (between 1990 and 2010 the number of days of hospital treatment due to mental disorders increased by 58% from 167 to 265 days per insured person). This was caused by the considerably larger number of people concerned. It raised from 3.73 per 1,000 insured persons in 1990 to 8.53 per 1,000 insured persons in 2010, i.e. in the last 20 years the number more than doubled (129%) (Barmer GEK Hospital Report 2011).
- The influence of psychiatric hospital treatment on the chronification of mental disorders. (Psychiatric hospital care has an important impact on a repeated in-patient treatment. Whoever seeks in-patient treatment for the second time is twice as likely to need in-patient care for another, then third time within the next 12 months as someone seeking in-patient treatment for the first time.)
- Difficulties in realising the psychiatric discharge management. (Particularly sensitive is the time following the discharge. About one third of all readmissions observed during 2 years after discharge takes place within the first 30 days, nearly half of them within the first 3 months. BARMER GEK Hospital Report 2011)

The rising importance of mental disorders in the world of work (incapacity to work and early retirement due to mental disorders).

The fact that mental health care in the immediate environment is perceived less paternalistically and rather cooperatively (and, thus, more efficaciously) by its recipients (Bee et.al 2007).

Since the care givers represent the largest professional group within psychiatry and coping of everyday life is the core competence of care the job and competence profiles of psychiatric care givers will undergo a change as a consequence of this development.

In contrast to other, for example English-speaking countries, mental health care in the patient's direct environment is still used rather seldom in Germany and the whole German-speaking area.

Legal and financial obstacles contributed to the fact that such offers could not establish themselves.

This seems to be changing at the moment: Many integrated care contracts, pilot projects and regional budget measures include out-patient mental health care either as an individual offer or as part of multidisciplinary offers (ACT, home treatment, crisis services and so on... survey pilot projects and regional budgets and psychiatric home care services).

Since the 1970's outpatient nurses in Great Britain, Ireland and partly also in the United States of America have played an increasingly central role in care. They perform quite specialised activities, they even independently prescribe medicine. (Gourney 2000; Zinkler 2006).

Community care has had an essential effect on the professionalisation of mental health care in the Anglo-Saxon countries, as well as, of course, the long tradition of academic training.

The potential of mental health care in an out-patient setting to innovatively contribute to a good, future-oriented and comprehensive (especially in the rural area) mental health care was examined early in theoretical works (Hitchcock 1971; Richie & Lusky, 1987).

In Germany, however, professional identity rather arose from working in an in-patient setting.

Consequently, when trying to answer the question of competences needed by care givers in mental health

care (and, thus, the curricula of training courses e.g. specialist training in psychiatry) primarily the requirements for the in-patient sector are taken into account.

Germany as well as many other countries does not offer specific education and training courses for psychiatric care in community as it is done in Great Britain.

Given the different developments, the different job profiles, role models and the different specific features of the pre-requisites regarding qualification and health systems in English-speaking countries it is not advisable to simply adopt the system without carrying out adjustments.

Action in the mental health care sector takes place in a set of interrelated environments each placing specific requirements and expectations on the actors (Birkenbach 2005).

As a consequence the demands and expectations regarding mental care gives change when care takes place in the patient's immediate environment.

Therefore a qualification demand for psychiatric home care is arising.

Endowed Chair in "Extended Psychiatric Care Competences in Case of Long-Term Need for Care"

In Rhineland-Palatinate two important service providers in the sector of mental health have launched and financed an outstanding innovation for solving such problems. (These service providers are Pfalzkrankenhaus AdÖR and Landeskrankenhaus AÖR).

In cooperation with the Catholic University in Mainz and the Foundation Council for Science, these two institutions endowed a chair in extended care competences (since October 2013 at the Catholic University in Mainz) especially for the care of people suffering from chronic mental disorders.

This degree course offers a dual academic care training leading to bachelor's and master's degrees, thus offering a qualification which takes into account several of the already discussed problems:

- Competences needed for the care of people with

chronic mental disorders and/or multi-morbidity (case management, recovery orientation, resource orientation, anti-stigma competence, promotion of social inclusion but also assessment and intervention competences in the sector of mental and physical health) are taught.

- Competencies are understood as: cognitive abilities and skills that individuals possess or can learn to solve particular problems and the associated motivational, volitional and social readiness and skills that enable them to use these solutions successfully and responsibly in a variety of situations (Weinert 2001).
- A key focus is on health promotion and prevention (behavioural and situational prevention as well as the promotion of resilience).
- A consistent inclusion of the concerned persons and the relatives' perspective is already practiced during the degree course, systematic interventions are taught.
- Generalists for the overall care chain and not compartmentalised specialists (e.g. for patients with dementia, children and adolescents, patients suffering from depression or psychoses, etc.) are trained.

The aim is to provide persons working in mental care with a foundation for participating innovatively and successfully in a good, future-oriented and comprehensive mental health care and in the prevention of mental disorders.

Outlook

The demographic change and the resulting lack of specialists will be the major driving force for the academisation of care with direct patient contact.

All developments in other European countries reveal that this development is a decisive factor for the strengthening of care professions regardless of the health system established in the country.

Here special attention is to be paid to the combination of theory and practice.

In a system in which only a few nurses with academic qualification and many vocationally trained care givers

work in direct patient contact, the motivational, the volitional and social readiness of the “pathfinders” is of particular importance so that the extended care competences can establish themselves in practice.

Apart from the care givers the employers’ commitment is also needed in order to grant the necessary support.

The endowers of the chair have developed a trainee programme dealing with precisely this problem for graduates to be completed already during their studies.

So if a practice well prepared for academic care meets care givers well qualified for practice it is to be expected that a real innovation for the outcome of patient care will occur.

Literature:

Amelung, V. 2009: Nur gute Versorgung macht Spaß. Das Gesundheitswesen zu steuern, ist eine reizvolle Aufgabe¹ Care Management 2009; Basel: EMH Schweiz. Ärzte 2009. Vol.2 (4): 31-32.

Amelung, V.; Wagner, Ch. 2009: Neue Versorgungsformen und Versorgungsmanagement² in: Brinkmann, V., Care Management 2009; 2: 169-200.

Barmer GEK Report Krankenhaus 2011³

Bee, Penny; Playle, John; Lovell, Karina; Barnes, Pamela, Gray, Richard; Keeley, Richard 2008: Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A Systematic review of empirical research in: International Journal of Nursing Studies 45(2008)

Birkenbach, K. 2005: Über das Messen von Kompetenzen: Herbsttagung der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der DGFE September 2005 in Erfurt⁴

Bomke, Paul 2013: Innovating mental health care, International Innovation: Health, December 2013 (Research Media, UK9, pp. 66-69: ISSN 2051-8501

Brieskorn-Zinke, Marianne et al. 2001: Zur Professionalisierung und Berufssituation von PflegewirtInnen mit generalistischer Ausbildung⁵ in: Pflege, No. 3: 100-108

Gournay, K; Gray, R.: Mental health nurse prescribing the research challenge

Hanika, Heinrich ohne Jahreszahl: Europa und die Pflegequalifikation in Deutschland, Power-Point-Präsentation Ludwigshafen⁶

Hibbeler, Birgit 2010 – Pflegekraft: Rückfall in alte Reflexe⁷ in: Dtsch. Ärzteblatt, 107 (18): A-833/B-729/C717

Hitchcock, J.E. 1997: Community mental health nursing: The innovative use of the nurse’s evolving role. Community Mental Health Journal, 1997, 7: 3-12

Lotting, Christian, Schulz-Salveter 2009: Zur Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege: Eine Notwendige Entwicklung⁸ in: Pflegezeitschrift 2009: Booklet 9 : 529

Reinhart, Dr. Margarete 2010, Pflegebildung⁹ in: Pflegekongress, “Pflege Macht Politik”¹⁰ am 28.10..2010, Abstract, Mainz

Nolan, Peter; Brimblecombe, Neil 2007: Survey of the Education of Nurses Working in Mental Health Settings in Twelve European Countries, in: Foundation Congress of HORATIO European Psychiatric Nurses; Mental Health in Europe the contribution of Psychiatric nursing practice and science (Congress March 2007); Edited by Ber Oomen

Richie, F.; Lusky, K. 1987: Psychiatric home health nursing: A new role in community Mental health: Community Mental Health Journal, 1987, 23: 229-235

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 1992: Pflege braucht Eliten¹¹

Sachs, Marcel 2007: Advanced Nursing Practice – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege¹² in: Pflege & Gesellschaft 12. JG. 2007 H. Schneider, Helga 2008: Akademisierung der Pflege Chancen und Risiken für die Zukunft der Pflegeberufe 13, Wien

Schulz, Michael; Behrens, Johann 2005: Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland in: Pflege Management, 07-08/05¹⁴

Weinert, F.E. 2001: Concept of competences: A conceptual clarification. In: Rychen Salganik (HG.): Key Competencies. Seattle: Hogrefe und Huber, pg. 45-66.

Zinkler, Martin 2006: Psychiatric nursing and community mental health care in London. In: Wiener medizinische Wochenschrift (1946) 156: 3-4 2006 Feb. Pg. 118-21

¹ Only good care is fun. Controlling the health system is an exciting task

² New forms of health care and care management

³ Barmer GEK Hospital Report 2011

⁴ About the assessment of competences: Autumn meeting of the section of vocational studies and economic education of the German Society of Science Education, September 2005 in Erfurt

⁵ About the professionalisation and vocational situation of graduated nurses with a general training

⁶ Europe and the care qualification in Germany, Power Point presentation in Ludwigshafen

⁷ Nurses: A step back to old reflexes

⁸ About the academisation of health care and nursing: a necessary development

⁹ Care education

¹⁰ Care Power Politics

¹¹ Care needs elites

¹² Trends: Implications for the German care

¹³ Academisation of care, opportunities and risks for the future of care professions

¹⁴ The development of community mental health care in Great Britain – Implications for Germany

Germany - promoting a healthier nation

Adjacent Government gives an overview of Germany's impressive healthcare system, and their priorities for improving wellbeing in the nation...

During a recent interview with the New Osnabrück newspaper in July, German Health Minister Hermann Gröhe praised the system for providing over all good quality, but added "even good things can be better." ¹

Germany certainly does boast an impressive healthcare system that is dedicated to improving the wellbeing of its citizens. In a recent report carried out by The Commonwealth Fund, Germany's healthcare system was ranked 5th out of 11 of the world's wealthiest country.²

Unlike the UK, healthcare in Germany is funded via insurance. This is paid via statutory contributions, although private insurance is also available. Payments are split between the employee and the employer. This grants citizens access to free healthcare through insurance funds. According to the figures, approximately 90% of Germans have statutory health insurance³.

Services are separated into inpatient and outpatient. Outpatient services are overseen by independent physicians who are contracted to statutory health insurers and practise on a freelance basis. They are registered with the regional Association of Statutory Health Insurance Physicians.

In Germany, hospitals can be broken down into 3 types: public, voluntary, and private. Public hospitals are the responsibility of local authorities, whilst voluntary facilities come under the remit of the church or non-profit organisations. Private hospitals are independently run, free commercial enterprises.

Undoubtedly, one of the things that makes Germany's healthcare system impressive is the governments willingness to embrace technology. As a country that boasts an incredible science base, it is little surprise that technology has been embraced and utilised in their health system.

Since taking power as Germany's Federal Minister for Health, Grohe has pushed technology in healthcare significantly. eHealth has become a huge field globally, one that is capable of revolutionising the way in which healthcare is delivered to people. Telemedicine and telematics, in particular, both have the ability to reduce costs, and remove pressure from key primary services.

Germany's eHealth Initiative aims to "enable broad access to medical expertise, especially also in rural areas," which will "ensure both the quality of care and the quality of the rural location in question." ⁴

However, despite the benefits of eHealth, Federal Minister Gröhe recognised that often telemedicine ideas were not able to develop past the funding point. To ensure the opportunities created by the industry were better utilised, Gröhe has worked to promote the field.

Under Gröhe, the Federal Ministry of Health introduced eHealth Cards, which stores the patient's administration information. The card works with the electronic healthcare network (telematics infrastructure) to gain patient information safely and rapidly. The card will eventually enable the safe exchange of medical data, no matter where the patient is in the country.

From the 1st January this year, every citizen wishing to use medical services in Germany was required to submit the card as proof of entitlement.

In the future, it is hoped that data relating to the patient such as pre-existing conditions or allergies can be uploaded to the card. In emergency situations doctors or paramedics would have instant access to this information, which could save lives. Patients will be able to choose how much or how little information is stored on the card.

Gröhe's ministry is also committed to looking beyond its own borders. Recognising the challenges brought by the increased mobility of people, goods, and services, the ministry notes the risk of failing to tackle health on a global level.

The ministry stated: "Globalisation promotes, on the one hand, the homogenisation of consumption habits and living conditions worldwide. On the other hand, this homogenisation is accompanied by a rising prevalence of chronic non-communicable diseases, especially among the middle class of many threshold and developing countries.

"Avoidable deaths from infectious diseases and, increasingly, from chronic non-communicable diseases exert a negative effect on economic growth and development opportunities as well as on the social and political stability of entire regions.

"They are a principal cause of poverty, lost development opportunities and the ensuing conflicts."⁵

Recently, epidemics and pandemics have shown just how important it is to look at healthcare on a global scale. Disease can spread rapidly, and can affect thousands of lives. The ministry recognised this, stating that: "Owing to international air traffic, travel and trade relations, new risks of infection are able to reach every corner of the earth within a few hours or days.

"In a very short space of time, epidemics are able to produce serious, protracted economic consequences."⁶

But Gröhe's ministry is also quick to note the positive outcomes of global health, such as access to medicines, new technologies, and knowledge – all of which have made research easier to conduct.

Global health policy in Germany focuses on 5 main areas. Protection against cross-border health risks, enabling the development of global healthcare systems, improving and expanding intersectoral cooperation, developing health research, and strengthening global health architecture.

Over the last 14 years, Germany has more than tripled its expenditure on bilateral and multilateral development cooperation in the health sector. Compared to its European neighbours, Germany is one of the leading donor countries, spending more than €700m per year on health.

Gröhe may have more to do in terms of developing healthcare in Germany, but it currently does many things well. The forward thinking of the minister will certainly enable the system to flourish and remain innovative. The continued use of technology in its services will undoubtedly improve and create a more effective service for the German people.

1 <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/interviews/noz-12714.html>

2 <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

3 <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=4.3571>

4 <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/english-version/health/the-electronic-health-card/background-material-on-the-e-health-initiative-of-the-federal-ministry-of-health.html>

5 <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/english-version/ministry/international-co-operation/global-health-policy.html>

6 <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/english-version/ministry/international-co-operation/global-health-policy.html>

Adjacent Government

editorial@adjacentgovernment.co.uk
www.adjacentgovernment.co.uk



GERMAN

Akademisierung der Pflege

Brigitte Anderl-Doliwa; BScN; M.A.

Holder of the endowed Chair Extended Psychiatric Care Competences in Case of Long-Term Need for Care

Catholic applied University Mainz

Director of Nurse North-West-Region, Pfalzkrlinikum

b.anderl-doliwa@pfalzkrlinikum.de

Brigitte.Anderl-Doliwa@kh-mz.de

Einführung

Gesellschaftliche und epidemiologische Veränderungen stellen die Gesundheitssysteme der westlichen Industrieländer, somit auch das deutsche, vor große Herausforderungen.

Damit einher geht die Stärkung der Stellung der pflegerischen Profession unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung, die mit vielfältigen Erwartungen verknüpft ist.

- Die Koordination von kontinuierlichen Unterstützungs- und Versorgungselementen bei chronisch kranken Menschen
- Entlassungsmanagement
- Ausgleich von ärztlicher Unterversorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention

- zunehmend auch die patientenorientierte Steuerung der Versorgungsprozesse sowohl im ambulanten Bereich wie auch im Krankenhaus.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden muss sich die Pflege professionalisieren.

Typische Merkmale für eine Profession sind:

- Widersprüchliche Einheit von wissenschaftlichem Regelwissen und fallspezifischem Handlungswissen.
- Intervention oft ohne vorherige eingehende wissenschaftliche Begründung
- Achtung der Autonomie des Klienten
- Keine vollständigen Handlungsstandards, abstraktes Wissen
- Meistern von komplexen Entscheidungssituationen
- Übernahme von Schlüsselqualifikationen (Kollegialität, Reflexion...)

Eine Professionalisierungsstrategie ist die Anhebung der Ausbildung auf das Hochschulniveau. Eine Weitere, die Errichtung einer Kammer, ist in Rheinland-Pfalz weit vorangeschritten und eine Realisierung für 2015 geplant.

In Europa ist diese Strategie bereits in den meisten Ländern umgesetzt, bereits 20 Länder bilden Pflegekräfte auf Hochschulniveau aus (Hanika 2010).



Katholische Universität angewendet

Ein weiterer Baustein, insbesondere zur Deckung des Pflegebedarfs in Rheinland-Pfalz, ist aber auch, den Einstieg in den Pflegeberuf möglichst breit zu gestalten.

Der demographische und soziale Wandel wird die Nachfrage nach professionellen Hilfs- und Pflegeangeboten weiter steigen lassen.

Im Juni 2011 präsentierte auf einem Expertenworkshop das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Universität Frankfurt am Main im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) Rheinland-Pfalz die Ergebnisse des "Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe", Landesleitprojekt der Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz.

Es wurde dabei in verschiedenen rheinland-pfälzischen Regionen ein teils erheblicher Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen festgestellt. Der zweite Teil des Landesleitprojekts, das Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen, macht Aussagen zum Bedarf an Fachkräften in den Gesundheitsfachberufen im Jahre 2015, 2020 und 2025. Die Ergebnisse weisen ebenfalls einen zunehmenden Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen aus.

Zur Lösung der bereits bestehenden und auf uns zukommenden Fachkräfteproblematik hat das Land Rheinland-Pfalz daher eine umfassende "Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012" gestartet. Diese ist Ende 2011 gestartet und hat u. a. eine Erhöhung der Ausbildungsplätze in der Pflege, die Gewinnung von MigrantInnen für den Pflegeberuf und die verstärkte Einbindung von Pflegehilfsberufen zum Ziel.

Akademisierung der Pflege in Deutschland

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland steckt, im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern und stärker noch im Vergleich mit den USA und Kanada, in den Kinderschuhen.

Die Akademisierung hat erst in den späten 1980iger und 1990iger Jahren begonnen, schwerpunktmäßig waren die Studiengänge an den Fachhochschulen angesiedelt und haben sich hauptsächlich mit dem Pflegemanagement, der Pflegepädagogik und der Pflegewissenschaft beschäftigt.

Mehr als ein Drittel aller Studiengänge ist berufsbeleitend aufgebaut und ermöglicht somit keine



Grundqualifizierung auf akademischem Niveau.

Direkte Patientenversorgung, im Sinne einer vertieften Expertise (Advanced Nursing Practice), kommt erst heute in den Fokus der Studiengänge. Häufig beziehen sich diese dann auf die Akutversorgung (Intensivmedizin, Anästhesie etc.).

Nimmt man aber die gesundheitspolitischen und ökonomischen Ziele in den Blick, die mit der Stärkung der Pflege als Akteure im Gesundheitssystem verbunden sind, beziehen die sich insbesondere auf die Versorgung im Bereich der chronisch kranken Menschen und auf die primäre Gesundheitsversorgung.

Hier besteht ein großer Handlungsbedarf, der sich im Moment besonders im ländlichen Bereich abzeichnet.

Die wichtigsten Herausforderungen für die flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsleistungen

durch eine sich professionalisierende Pflege, auch im ländlichen Bereich, sind:

- Die veränderte demografische Situation und die damit einhergehende Bedeutung chronischer Krankheiten
- Die hohe Prävalenzzahlen psychischer und damit auch chronisch psychischer Erkrankungen
- Eine gesundheitspolitische Debatte die mit Forderungen nach "Patientenorientierung", "Krankheitsprävention" und "Gesundheitsförderung" einhergeht
- Die Probleme mit der Fach- und Hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten
- Das öffentliche Interesse der Trägerorganisationen der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand an "Kostendämpfung" (vgl. Amelung et al. 2009, 52).

Die Situation der Pflege in der Psychiatrischen Gesundheitslandschaft

Die psychiatrische Pflege in ambulanten und/oder sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings gewinnt in der aktuellen psychiatrischen Versorgung an Bedeutung.

Verschiedene gesundheitspolitische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen führen zu einem verstärkten Ausbau der ambulanten Behandlung und Betreuung von Menschen mit seelischen Erkrankungen.

Zu nennen sind hier:

- Demographische und damit einhergehende epidemiologische Veränderungen zu mehr chronisch kranken Menschen.
- Epidemiologische Veränderungen zu mehr Menschen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen und/oder Komorbiditäten.
- Die größere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund von psychischen Störungen (zwischen 1990 und 2010 haben die Behandlungstage in Krankenhäusern aufgrund von psychischen Störungen um 58% von 167 auf 265 Tage je Versicherte zugenommen. Ursächlich dafür verantwortlich ist die sehr viel größere Anzahl der Betroffenen. Sie ist von 3,73 pro 1000 Versicherte im Jahr 1990 auf 8,53 pro 1000 Versicherte im Jahr 2010 gestiegen, also mehr als eine Verdopplung (129%) in den letzten 20 Jahren (Barmer GEK Report Krankenhaus 2011).
- Der Einfluss psychiatrischer Krankenhausbehandlung auf die Chronifizierung psychischer Störungen (die psychiatrische Krankenhausbehandlung hat einen bedeutsamen Einfluss auf eine erneute stationäre Behandlung. Wer sich zum zweiten Mal in stationäre Behandlung begibt hat eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit in den kommenden 12 Monaten ein weiteres, dann drittes Mal stationär behandelt zu werden wie ein erstmaliger Fall).
- Die Schwierigkeiten der Umsetzung beim psychiatrischem Entlassungsmanagement (besonders sensibel ist die erste Zeit nach der Entlassung, etwa ein Drittel aller in 2 Jahren nach der Entlassung beobachteten

Wiederaufnahmen erfolgt bereits innerhalb der ersten 30 Tage, knapp die Hälfte in den ersten 3 Monaten; BARMER GEK Report Krankenhaus 2011).

- Die zunehmende Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt (Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen aufgrund seelischer Erkrankungen).
- Die Tatsache, dass psychiatrische Pflege im direkten Umfeld von ihren Empfängern als weniger paternalistisch und eher partnerschaftlich (und somit wirksamer) wahrgenommen wird (Bee et.al 2007).

Da die Pflegenden die größte Berufsgruppe in der Psychiatrie darstellen und die Alltagsbewältigung die Kernkompetenz der Pflege ist, werden sich die Berufs/- und Tätigkeitsprofile der psychiatrisch Pflegenden mit dieser Entwicklung verändern.

Anders als z.B. im angelsächsischen Bereich wird die psychiatrische Pflege in Deutschland, und im gesamten deutschsprachigen Raum, im direkten Umfeld des Patienten eher noch selten eingesetzt.

Entsprechende Angebote konnten sich auch aufgrund rechtlicher und finanzieller Hürden nicht etablieren.

Dies scheint sich im Moment zu ändern, viele Integrierte Versorgungsverträge, Modellprojekte und regionale Budgetierungen beinhalten ambulante psychiatrische Pflege entweder als Einzelangebot oder als Teil von multidisziplinären Angeboten (ACT, Hometreatment, Krisendienste etc... Überblick Modellprojekte und Regionalbudgets und Ambulante Psychiatrische Pflegedienste).

Seit den 1970er Jahren haben ambulante Pflegekräfte in Großbritannien, Irland und zum Teil auch in den Vereinigten Staaten zunehmend die zentrale Rolle in der Versorgung eingenommen, sie führen relativ spezialisierte Tätigkeiten durch, bis hin zur selbstständigen Verschreibung von Medikamenten (Gourney 2000; Zinkler 2006).

Die in der Gemeinde operierende Pflege hat die Professionalisierung psychiatrischer Pflege im angelsächsischen Bereich, natürlich neben der langen Tradition akademischer Ausbildungen, wesentlich mit beeinflusst.

Das Potential der psychiatrischen Pflege im ambulanten Bereich, innovativ an einer guten, zukunfts-fähigen und flächendeckenden (insbesondere auch im ländlichen Bereich) psychiatrischen Versorgung mitzuwirken, ist schon früh in theoretischen Arbeiten untersucht worden (Hitchcock 1971; Richie & Lusky, 1987).

In Deutschland dagegen hat sich die berufliche Identität eher aus dem Wirken im stationären Bereich gebildet.

Auch die Frage der Kompetenzen die psychiatrisch Pflegenden brauchen (und somit natürlich auch die Curricula von Fortbildungen (z.B. psychiatrische Fachweiterbildung) orientieren sich in Folge hauptsächlich an dem, was im stationären Bereich notwendig ist.

Wie auch in Deutschland existieren in vielen Ländern, anders als in Großbritannien, keine spezifischen Aus- oder Weiterbildungen für die psychiatrische Pflege in der Gemeinde.

Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen, den unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen, Rollenbildern und den unterschiedlichen Spezifika der Voraussetzungen in Bezug auf Qualifikation und Gesundheitssystemen im angelsächsischen Bereich ist eine nicht angepasste Übernahme hier nicht sinnvoll.

Das Handeln im psychiatrischen Pflegebereich findet in einem Set von miteinander verbundenen Umwelten mit jeweils spezifischen Anforderungen und Erwartungen an die Akteure statt (Birkenbach 2005).

Folgerichtig verändern sich die Anforderungen und Erwartungen an psychiatrisch Pflegenden mit der Pflege im direkten Umfeld des Patienten.

Es entsteht in diesem Zusammenhang also ein Qualifizierungsbedarf für ambulante psychiatrische Pflege.

Der Stiftungslehrstuhl "Erweiterte Psychiatrische Pflegekompetenz bei langfristigem Versorgungsbedarf"

In Rheinland-Pfalz haben zwei große Anbieter für Dienstleistungen in Bezug auf seelische Gesundheit eine herausragende Innovation zur Lösung dieser Problematik auf den Weg gebracht und finanziert (Es handelt sich um das Pfalzkrankenhaus AdöR und das

Landeskrankenhaus AöR).

In Zusammenarbeit mit der Katholischen Hochschule in Mainz und dem Stiftungsrat für Wissenschaft haben diese beiden Träger einen Lehrstuhl für erweiterte Pflegekompetenz (seit Oktober 2013 an der Katholischen Hochschule in Mainz) insbesondere für die Versorgung chronisch-psychisch kranker Menschen gestiftet.

Dieser Studiengang bietet eine berufsintegrierte, akademische Pflegeausbildung auf Bachelor und Masterniveau, eine Qualifizierung die gleich mehreren bereits diskutierten Problemstellungen Rechnung trägt:

- Es werden Kompetenzen vermittelt, die für die Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität benötigt werden (Case-Management, Recoveryorientierung, Ressourcenorientierung, Antistigmakompetenz, Förderung der sozialen Inklusion aber auch Assessment und Interventionskompetenz im psychischen wie physischen Gesundheitsbereich)
- Kompetenzen werden verstanden als: die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können. (Weinert 2001).
- Es besteht ein stark gesundheitsfördernder und präventiver Schwerpunkt (Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie der Förderung von Resilienz).
- Ein konsequenter Einbezug der Betroffenen und der Angehörigenperspektive wird schon im Studium betrieben, systemische Interventionen werden gelehrt.
- Es werden Generalisten für die Gesamtversorgungskette ausgebildet und keine kleinteiligen "Spezialisten" (z.B. für Demenzkranke, Kinder- und Jugendliche, Depression, Psychosen etc.)

Das Ziel ist es, den psychiatrisch Pflegenden die Grundlage zu geben um innovativ und erfolgreich an einer guten, zukunfts-fähigen und flächendeckenden psychiatrischen Versorgung und der Prävention seelischer Störungen mitzuwirken zu können.

Ausblick

Der Demographische Wandel und der daraus resultierende Fachkräftemangel wird der größte Motor der Akademisierung der Pflege mit direktem Patientenbezug sein.

Alle Entwicklungen in anderen Europäischen Ländern zeigen, dass diese Entwicklung der entscheidende Faktor für die Stärkung der Pflegeprofession ist, unabhängig von dem Gesundheitssystem das im Land etabliert ist.

Ein besonderes Augenmerk ist hier allerdings auf die Verbindung von Theorie und Praxis zu legen.

In einem System in dem nur einige, wenige akademisierte Pflegekräfte und viele beruflich ausgebildete Pflegenden im direkten Patientenbezug arbeiten, sind die motivationalen, die volitionalen und sozialen Bereitschaften der "Pfadfinder" von besonderer Bedeutung, damit sich die erweiterten Pflegekompetenzen in der Praxis durchsetzen können.

Neben den Pflegenden sind hier auch die Arbeitgeber gefragt, die nötige Unterstützung zu leisten.

Die Stifter des Lehrstuhls haben, schon während des Studiums, eine Traineeprogramm für die AbsolventInnen entwickelt, das genau hier ansetzt.

Es ist somit zu erwarten, dass, wenn eine auf die akademische Pflege gut vorbereitete Praxis auf gut für die Praxis qualifizierte Pflegekräfte trifft, eine wirkliche Innovation für das Outcome in der Patientenversorgung entsteht.

Literatur:

Amelung, V. 2009: Nur gute Versorgung macht Spaß. Das Gesundheitswesen zu steuern, ist eine reizvolle Aufgabe. Care Management 2009; Basel: EMH Schweiz. Ärzte 2009. Bd.2 (4): 31-32.

Amelung, V.; Wagner, Ch. 2009: Neue Versorgungsformen und Versorgungsmanagement, in: Brinkmann, V., Case Management 2009; 2: 169-200.

Barmer GEK Report Krankenhaus 2011

Bee, Penny; Playle, John; Lovell, Karina; Barnes, Pamela, Gray, Richard; Keeley, Richard 2008: Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A Systematic review of empirical research in: International Journal of Nursing Studies 45(2008)

Birkenbach, K. 2005: Über das Messen von Kompetenzen: Herbsttagung der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der DGFE September 2005 in Erfurt

Bomke, Paul 2013: Innovating mental health care, International Innovation: Health, December 2013 (Research Media, UK9, pp. 66-69: ISSN 2051-8501

Brieskorn-Zinke, Marianne et al. 2001: Zur Professionalisierung und Berufssituation von PflegekraftInnen mit generalistischer Ausbildung, in: Pflege, Nr. 3: 100-108

Gournay, K; Gray, R.: Mental health nurse prescribing the research challenge

Hanika, Heinrich ohne Jahreszahl: Europa und die Pflegequalifikation in Deutschland, Power-Point-Präsentation Ludwigshafen

Hibbeler, Birgit 2010 – Pflegekraft: Rückfall in alte Reflexe in: Dtsch. Ärzteblatt, 107 (18): A-833/B-729/C717

Hitchcock, J.E. 1997: Community mental health nursing: The innovative use of the Nurse's evolving role. Community Mental Health Journal, 1997, 7: 3-12

Lotting, Christian, Schulz-Salveter 2009: Zur Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege: Eine Notwendige Entwicklung in: Pflegezeitschrift 2009: Heft 9 : 529 Reinhart, Dr. Margarete 2010, Pflegebildung, in: Pflegekongress, "Pflege Macht Politik" am 28.10.2010, Abstract, Mainz

Nolan, Peter; Brimblecombe, Neil 2007: Survey of the Education of Nurses Working in Mental Health Settings in Twelve European Countries, in: Foundation Congress of HORATIO European Psychiatric Nurses; Mental Health in Europe the contribution of Psychiatric nursing practice and science (Congress March 2007); Edited by Ber Oomen

Richie, F; Lusky, K. 1987: Psychiatric home health nursing: A new role in community Mental health: Community Mental Health Journal, 1987, 23: 229-235

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 1992: Pflege braucht Eliten.

Sachs, Marcel 2007: Advanced Nursing Practice – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege in: Pflege & Gesellschaft 12. JG. 2007 H. Schneider, Helga 2008: Akademisierung der Pflege Chancen und Risiken für die Zukunft der Pflegeberufe, Wien

Schulz, Michael; Behrens, Johann 2005: Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland in: Pflege Management, 07-08/05

Weinert, F.E.. 2001: Concept of competences: A conceptual clarification. In: Rychen Salganik (HG.): Key Competencies. Seattle: Hogrefe und Huber, S. 45-66.

Zinkler, Martin 2006: Psychiatric nursing and community mental health care in London. In: Wiener medizinische Wochenschrift (1946) 156: 3-4 2006 Feb. pg 118-21



Mental Health

acute and community based services for the Palatinate

