

Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc

Iren Bischofberger et al.



 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Hinweise zur Ausarbeitung dieses Berichts

Mehrere Schweizer Hochschulen haben in den letzten Jahren Masterstudiengänge zur Ausbildung von Nurse Practitioners (NP) und einen Zertifikationslehrgang zu Physician Assistants (PA) lanciert. Diese neuen Berufsprofile sollen einerseits die Patientenergebnisse verbessern (NP) sowie die Ärzteschaft entlasten (PA). Beide sollen auch dazu beitragen, das Gesundheitssystem wirkungsvoller und ressourcenschonender zu gestalten. Die Studienabgängerinnen und -abgänger benötigen im Rahmen der Aus-, bzw. Weiterbildung ein klinisches Mentorat in der Praxis, um ihre neu erworbenen Kompetenzen kundig einzusetzen. Bis ausreichend erfahrene Absolventinnen und Absolventen diese Aufgabe übernehmen können, liegt der hauptsächliche Aufwand für das klinische Mentorat bei der Ärzteschaft. Für diese ist die neue Aufgabe Ansporn und Herausforderung zugleich. Ansporn bietet vor allem die modern konzipierte interprofessionelle Zusammenarbeit, Herausforderungen gehen primär mit den benötigten Ressourcen einher.

In den letzten Jahren hat die SAMW mehrere Initiativen lanciert, um die Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu unterstützen. Dazu gehört der Auftrag (September 2016) an Prof. Iren Bischofberger, Programmleiterin bei der Careum Hochschule Gesundheit und SAMW-Vorstandsmitglied, den aktuellen Stand des klinischen Mentorats in der Schweiz zu untersuchen und dazu offene Fragen bezüglich Inhalt, Kosten, Personal und betrieblicher Organisation zu klären sowie Empfehlungen für Bildung, Praxis, Behörden und Politik zu formulieren. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit zwei Ärzten des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care in Luzern durchgeführt.

Die Datensammlung für diese Studie wurde im Frühling 2018 abgeschlossen. Die Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Masterstudiengängen und postgradualen Weiterbildungen mit integriertem klinischen Mentorat geht aktuell jedoch weiter. Jüngste Trends und Erkenntnisse konnten für die vorliegende Arbeit nicht mehr berücksichtigt werden.

Der Schlussbericht wurde von drei vom SAMW-Generalsekretariat benannten Expertinnen bzw. Experten geprüft: Prof. Manuela Eicher (Universität Lausanne), Prof. Urs Brügger (Berner Fachhochschule) und PD Dr. Peter Berchtold (College M). Der SAMW-Vorstand verabschiedete den Bericht am 4. Juli 2019 zur Veröffentlichung.

Iren Bischofberger, Andrea Käppeli
Stefan Essig, Stefan Gysin

Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc

Stand der Diskussion und
Erfahrungen aus der Praxis

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. phil. Iren Bischofberger, MScN, Careum Hochschule Gesundheit,
Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz
Andrea Käppeli, MScN, Careum Hochschule Gesundheit,
Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz
Dr. med. et phil. Stefan Essig, Institut für Hausarztmedizin und Community Care, Luzern
Dr. med. Stefan Gysin, Institut für Hausarztmedizin und Community Care, Luzern

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Umschlagbild

Stefan Wey, fotografiert im Kantonsspital Baden

Druck

Jordi AG, Belp
1. Auflage 2020 (1000 D)

Die gedruckte Publikation kann kostenlos bezogen werden: order@samw.ch



Copyright: ©2020 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution»
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf
uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden,
solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Bischofberger I, Käppeli A, Essig S, Gysin S (2020)
Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc.
Stand der Diskussion und Erfahrungen aus der Praxis.
Swiss Academies Communications 15 (1).

ISSN (print): 2297-1793; ISSN (online): 2297-1807
DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3355203>



SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

Mit dieser Publikation leistet die Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3:
«Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten
und ihr Wohlergehen fördern»

sustainabledevelopment.un.org
www.eda.admin.ch/agenda2030 → agenda 2030 →
→ 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Résumé	11
1 Ausgangslage	15
1.1 Historische Entwicklung im Ausland	15
1.2 Anforderungen für Ausbildung und Berufsausübung in der Schweiz	16
1.3 Das klinische Mentorat	17
2 Ziele und Fragestellung	19
3 Methodisches Vorgehen	20
4 Ergebnisse aus der Literatur- und Dokumentenanalyse	22
4.1 Bildungssystematik und Gesetzesgrundlagen	22
4.2 Entwicklung von Studiengängen mit klinischem Mentorat	26
4.3 Klinisches Mentorat für fachliche und professionelle Kompetenzen	29
4.4 Fortgeschrittene Berufsausübung von klinischen Pflegeexperten MSc	38
5 Interviewergebnisse zum klinischen Mentorat	42
5.1 Rolle der klinischen Mentoren	42
5.2 Strukturelle Merkmale	47
5.3 Betriebliche Einbettung	50
5.4 Aufwand, Finanzierung und Nutzen	52
5.5 Nutzen und Risiken	56
6 Diskussion	60
6.1 Ziele und Merkmale des klinischen Mentorats	60
6.2 Bedeutung des klinischen Mentorats für die Ärzteschaft	62
6.3 Mittel und Rahmenbedingungen für das klinische Mentorat	65
7 Schlussfolgerungen	68
8 Dank	71
9 Literaturverzeichnis	72

Vorwort

Klinische Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc werden in Zukunft auch in der Schweiz einen wichtigen Beitrag in der Gesundheitsversorgung leisten. Neue Berufsgruppen mit Kompetenzen, die zuvor andere hatten, kreieren immer auch Ängste und werden deshalb abgelehnt oder zumindest kritisch hinterfragt. Bereits bei der Ausbildung bzw. Erarbeitung der Curricula ist die Definition dieser Kompetenzen somit eine grosse Herausforderung: Bei «zu viel» Kompetenzübertragung werden sich die noch zahlreichen Kritiker vehement wehren; bei «zu wenig» bleibt nicht nur das Berufsprofil unattraktiv, sondern das Gesundheitswesen wird später gar nicht genügend von dieser neuen Berufsgruppe profitieren können.

Der Bund hält sich in dieser Diskussion vorerst zurück und definiert keine nationalen Richtlinien. Die Verantwortung liegt also bei den Institutionen, die diese Ausbildung anbieten. Dies hat den Vorteil, dass die Curricula während einer Experimentierphase verschieden sein können, bevor die beste Ausbildungsform als nationale Richtlinie festgelegt wird. Es braucht aber bereits in dieser Experimentierphase eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter, damit die klinischen Kompetenzen, die in der Praxis gefordert sind, von allen Studienabgängern auf gleichem Niveau beherrscht werden.

Eine entscheidende Rolle spielt auch das klinische Mentorat, d. h. die Ausbildung in der Praxis bei den Patientinnen und Patienten, weil die wirklichen Schwierigkeiten erst im klinischen Alltag unter Zeitdruck erlebt werden können. Der vorliegende Bericht zeigt einmal mehr, wie schwer wir uns mit dieser Form der Ausbildung tun. Alle wissen, dass sie unverzichtbar ist, aber eine Belohnung oder gar eine Bezahlung dafür gibt es nicht. Das sorgt für Unmut, denn selbstverständlich braucht das Mentorat Zeit und der Ablauf im eigenen Alltag verlangsamt sich, wenn man einer Auszubildenden alles erklären will. Die gleiche Herausforderung kennen auch zahlreiche Lehrbetriebe, und trotzdem ist das duale Ausbildungssystem ein Erfolgsmodell, auf das die Schweiz zu Recht stolz ist. Warum gelingt uns dies im akademischen Umfeld nicht? Guten Nachwuchs gibt es nur bei guter Ausbildung, die einen grossen Anteil von supervidiertem Arbeiten im späteren Umfeld mit einschliesst.

Im Sport ist es schon lange üblich, dass bei einem Vereinswechsel derjenige Klub entschädigt wird, bei dem die Ausbildung erfolgte. Vielleicht müssten wir im Gesundheitswesen über solche «Transfersummen» nachdenken. Dann könnten ein paar Gesundheitsinstitutionen, die den wichtigen Stellenwert klinischer

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc sehen, über den eigenen Bedarf hinaus ausbilden und von Ausbildungsgeldern derer profitieren, die diesen Trend verpasst haben.

Der vorliegende Bericht zeigt deutlich, dass es noch einiges zu tun gibt, weil grundlegende Aspekte ungeklärt sind. Es ist höchste Zeit, die Weichen zu stellen für den Erfolg eines vielversprechenden neuen Berufsprofils im Schweizer Gesundheitswesen.

Daniel Scheidegger
Präsident SAMW

Zusammenfassung

Ausgangslage

In der Schweiz haben sich die Gesundheitsberufe in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Berufsausübung stetig weiterentwickelt und ausdifferenziert. Dazu gehören seit wenigen Jahren auch die zwei Berufsprofile «Nurse Practitioner (NP)» und «Physician Assistant (PA)»¹, die aus dem Ausland in der Schweiz ankamen. Die Reichweite der Berufsausübung (scope of practice) dieser beiden Berufsprofile, die ausgehend von den USA und Kanada international bereits eine gut 50-jährige Geschichte haben, bedeutet für die Schweiz Neuland. Das Ziel der Berufsprofile ist eine besser zugängliche, qualitativ hochstehende und kostengünstigere Gesundheitsversorgung. Um dies zu erreichen, bedarf es klinischer und fachlicher Kompetenzen, die hierzulande aktuell in einer Experimentierphase ausgelotet werden. Diese Kompetenzen werden primär im klinischen Mentorat, also an der Schnittstelle zwischen Studium und Praxis, erworben bzw. vertieft. Das klinische Mentorat wird – analog zu den Anfangszeiten der Berufsprofile im Ausland – vorwiegend von langjährig erfahrenen Ärztinnen und Ärzten übernommen, bis dereinst eine genügend hohe Kompetenz- und Erfahrungsdichte bei den beiden Berufsprofilen aufgebaut ist, um diese Funktion (mehrheitlich) berufsintern sicherzustellen. Die aktuellen Erfahrungen bilden auch die Basis für zukünftige gesetzliche Regelungen.

Den internationalen Erfahrungen zufolge bedingt das klinische Mentorat Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit und bringt für die Schweizer Ärzteschaft neue Aufgaben in der Aus- und Weiterbildung mit sich; gleichzeitig erfordert die steigende Anzahl Medizinstudierender vermehrte ärztlich-klinische Ressourcen. Demgegenüber wollen Ärztinnen und Ärzte in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung zeitlich entlastet werden, Tätigkeiten delegieren und Effizienzgewinne realisieren. Die Voraussetzungen dazu sind jedoch erst nach einer mehrjährigen Investition in die Aus- und Weiterbildung der neuen Berufsprofile gegeben. Entsprechend befindet sich die Schweiz aktuell in einer Pionierphase, in der Pilotprojekte realisiert werden und weitere Innovationen aus der Bildung, Praxis und Politik nötig sind.

1 In diesem Bericht werden folgende deutschsprachige Begriffe verwendet: Für «Nurse Practitioner»: «Klinische/r Pflegeexperte/Pflegeexpertin MSC», und für «Physician Assistant»: «Ärztliche/r Assistent/in», abwechselnd in weiblicher und männlicher Form.

Ziel und Fragestellung

Ziel dieser explorativen Studie ist es, erste Erfahrungen zum klinischen Mentorat für die Pflegeexpertise MSc und die ärztliche Assistenz aufzuarbeiten und daraus Empfehlungen für die Praxis, Bildung und Politik abzuleiten. Im Zentrum stehen deshalb Fragen, wie sich das klinische Mentorat in der Schweiz entwickelt hat, wie die Ärzteschaft darin involviert ist und wie Aufwand und Kosten bzw. Finanzierungs- oder Vergütungsmodelle für die nachhaltige Umsetzung eingeschätzt werden.

Methodisches Vorgehen

Methodisch wurde in einem ersten Schritt eine Literatur- und Dokumentenanalyse zur Entwicklung des klinischen Mentorats durchgeführt. Parallel dazu erfolgten iterativ insgesamt 24 leitfadengestützte Experteninterviews mit klinischen Mentorinnen² sowie Schlüsselpersonen aus Bildung, Praxis, Behörden, Politik und dem Versicherungswesen. Inhaltstragende Passagen wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit einem vierköpfigen Ausschuss des SAMW-Vorstands in einem Validierungsworkshop diskutiert und Empfehlungen formuliert.

Ergebnisse

Die Entwicklung der heutigen Bildungssystematik und der gesetzlichen Grundlagen des Pflegeberufes geht bis in die 1970er Jahre zurück. Im Jahr 2000 wurde erstmals ein Masterstudium in Pflegewissenschaft an einer Schweizer Hochschule möglich. Ab 2013 wurde das klinische Mentorat in drei pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge und zwei postgraduale Weiterbildungen³ integriert. Die ärztliche Assistenz ist aktuell auf der Stufe eines Zertifikatskurses ohne klinisches Mentorat angesiedelt. Für beide Berufsprofile gibt es noch keine gesetzlichen Grundlagen im Gesundheitsberufegesetz (GesBG). Daher liegt die Verantwortung der Kompetenzentwicklung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit bei den Hochschulen und Leistungserbringern.

Das klinische Mentorat umfasst u. a. das Erlernen des klinischen Assessments und verschiedener Untersuchungstechniken (v. a. Inspektion, Palpation, Perkus-

2 In dieser Publikation werden abwechselnd männliche und weibliche Formulierungen verwendet, gemeint sind jeweils die Angehörigen aller Geschlechtergruppen.

3 Die Datensammlung für diese Studie wurde im Herbst 2018 abgeschlossen. Die Entwicklung von Masterstudiengängen mit klinischem Mentorat mit dem Ziel «Klinische Pflegeexpertin MSc» geht aktuell jedoch weiter. Diese Angaben konnten aus zeitlichen Gründen nicht mehr berücksichtigt werden.

sion, Auskultation), die in unterschiedlichen didaktischen Formaten (z.B. Ent-rustable Professional Activities EPA) vermittelt werden können. Je nach Curricu-lum der Aus- oder Weiterbildung der klinischen Pflegeexpertise findet das Men-toratsentweder in Praktika oder am Arbeitsort der Studierenden statt. Klinische Pflegeexperten MSc arbeiten zurzeit grösstenteils in stationären Einrichtungen, vermehrt aber auch in der medizinischen Grundversorgung. Ärztliche Assisten-tinnen sind bisher in einzelnen Krankenhäusern und Pflegeheimen tätig.

In den Interviewergebnissen wurden Merkmale der klinischen Mentoren und ihrer Mentees, zentrale Eckpunkte bei der Durchführung des klinischen Mentora-rats sowie dessen Einbettung im Betrieb, der Nutzen und die dafür benötigten Ressourcen hervorgehoben und die Konsequenzen für die Praxis und Bildung herausgearbeitet. Die Mentorinnen nehmen wegen der kurzjährigen Erfahrung eine heterogene Rolle ein. Sie setzt ein Mindestmass an Engagement zur Wei-tergabe von Wissen und Erfahrungen für andere Berufsgruppen voraus. Ideal erscheinen klinische Mentoren, die im Ausland bereits Erfahrungen mit NP/PA gemacht haben und daher nebst der ärztlichen Supervision auch zur Rol-lenentwicklung beitragen können. Speziell bei den hiesigen Mentees ist, dass sie, im Unterschied zu Medizinstudierenden, als Pflegefachpersonen oft bereits jahrelange Berufserfahrung haben, in der neuen Rolle jedoch wieder «Anfän-ger» sind. Inhaltlich dienen ihnen deshalb Standardsituationen (Standard Oper-ating Procedures, kurz SOP) als Ausgangspunkt im klinischen Mentorats, bevor sie komplexere Thematiken bearbeiten, wie sie z.B. bei multimorbiden, älteren Patientinnen mit der entsprechenden Pharmakologie und Pathophysiologie ge-geben sind. Die optimale Dauer des Mentorats ist momentan noch unklar und variiert je nach Ausbildungsinstitution (zw. 600 und 1000 Lernstunden). Gemäss den interviewten Personen bietet die Hausarztpraxis als Ort des Mentorats eine gewisse Breite und einen grösseren Handlungsspielraum, das Krankenhaus hingegen eine längere Tradition und Erfahrung in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen.

Die betriebliche Einbettung des klinischen Mentorats ist derzeit sehr unter-schiedlich. Auf der Mikroebene geht es um die Interaktion zwischen Mentor und Mentee, auf der Mesoebene um die Integration in betriebliche Prozesse und auf der Makroebene v. a. um das klinische Mentorats in der medizinischen Grund-versorgung. Das Mentorats bedeutet einen Zusatzaufwand an geleisteten Stunden und verlangsamt den klinischen Alltag. Deshalb dürfte in Zukunft ein höheres Investment seitens der Ärzteschaft erforderlich sein. Aktuell basiert die Mentora-ratsleistung häufig auf «Goodwill» einzelner Personen und Leistungserbringer.

Bei der zukünftigen Finanzierung ist zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zu unterscheiden. Während im Krankenhaus der Mentorsaufwand über die DRGs bzw. das Jahresbudget finanziert werden könnte, würde sich in der medizinischen Grundversorgung möglicherweise ein Modell ähnlich der ärztlichen Praxisassistenz eignen, bei dem der Kanton die Stellen mitfinanziert. Hier bedeutet die Abrechnung von ärztlichen Leistungen durch Gesundheitsberufe eine rechtliche Grauzone. Zur Effizienzsteigerung wären interprofessionelle Gruppen denkbar, die gemeinsam ausgebildet werden. Dies hätte zudem den Vorteil, dass diese Berufsgruppen mit-, über- und voneinander lernen können. Klinische Mentorinnen könnten auch über nichtmonetäre Anreize gewonnen werden, z.B. durch Prestige bei einer Anstellung an einer Hochschule. Mittel- bis langfristig kann die Ausbildung von klinischen Pflegeexperten für die Betriebe auch kostensenkend und effizienzsteigernd sein, namentlich durch vermehrte Leistungen wie z.B. präventive Hausbesuche, welche unnötige Hospitalisationen vermindern können. Zudem kann eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit die Attraktivität des Arbeitgebers steigern und die Patientensicherheit fördern.

Diskussion und Fazit

In den nächsten Jahren sind die Hochschulen zusammen mit Leistungserbringern gefordert, die Abschlusskompetenzen der klinischen Pflegeexpertise und der ärztlichen Assistenz zu schärfen und Struktur und Inhalte des klinischen Mentorats zu definieren. Zudem müssen sie die Umsetzung des klinischen Mentorats laufend begleiten, weiterentwickeln, koordinieren und bei einer wachsenden Anzahl Studierender finanziell abstützen. Sie sollten Anreize für die klinischen Mentorinnen und Mentoren schaffen und ausserdem Pioniere an Hochschulen und in der Praxis mit gezielten Anreizen unterstützen, z.B. durch Kantone, die das klinische Mentorat prüfen und analog zur ärztlichen Praxisassistenz fördern. Zudem können sie, ggf. in Zusammenarbeit mit Krankenversicherungen, Pilotprojekte von Hochschulen und Leistungserbringern realisieren. Kantone könnten ihre Gesundheitsgesetze oder der Bund das Gesundheitsberufegesetz zu fortgeschrittenen Berufsrollen der Gesundheitsberufe anpassen und darüber hinaus moderne, pauschalierte Vergütungssysteme mit integrierten klinischen Berufsrollen fördern. Deshalb sind in der laufenden Pionierphase alle Akteure gefragt, damit Early Adopters ihre klinischen Kompetenzen erlangen und ausbauen können. Zukünftige Studierende sollen ein attraktives Berufsumfeld vorfinden, in dem sie das klinische Mentorat erfolgreich absolvieren können.

Résumé

Situation initiale

En Suisse, les professions de la santé se sont constamment développées et spécialisées, tant au niveau de la formation que de la pratique. Les profils professionnels «Nurse Practitioner (NP)» et «Physician Assistant (PA)»¹ ont été introduits en Suisse il y a quelques années. Le champ d'action de ces deux professions, dont l'histoire internationale a débuté aux États-Unis et au Canada il y a plus de 50 ans, est pour la Suisse une terre inconnue. Leur objectif est de proposer une prise en charge médicale facilement accessible, de haute qualité et moins onéreuse. Pour atteindre cet objectif, des compétences cliniques et professionnelles, actuellement en phase expérimentale dans notre pays, sont indispensables. Celles-ci sont principalement acquises ou approfondies par le biais du mentorat clinique, c'est-à-dire à l'interface de la formation et de la pratique. Comme à l'étranger, le mentorat clinique est dans un premier temps assuré principalement par des médecins disposant de nombreuses années d'expérience, jusqu'à ce que les compétences et les expériences des NP et des PA soient suffisantes pour leur permettre d'assumer (majoritairement) eux-mêmes le mentorat clinique. Les expériences actuelles constituent également une base pour la future législation.

L'expérience internationale a montré que le mentorat clinique va de pair, pour les médecins, avec de nouvelles missions dans le domaine de la formation ainsi que des adaptations au niveau de la collaboration interprofessionnelle, alors que dans le même temps, le nombre d'étudiantes² en médecine augmente et le besoin en ressources médico-cliniques s'intensifie. De plus, les médecins des domaines stationnaire et ambulatoire souhaitent être libérés des contraintes de temps, déléguer des tâches et gagner en efficacité. Il faudra plusieurs années d'investissement dans la formation des nouveaux profils professionnels avant que les conditions puissent être remplies. La Suisse se trouve donc actuellement dans une phase pionnière; elle développe et réalise des projets pilotes qui exigent des innovations aux niveaux de la formation, de la pratique et de la politique.

1 Le Canada francophone utilise les termes suivants: pour «Nurse Practitioner»: «infirmière et infirmier praticien», et pour «Physician Assistant»: «adjointe ou adjoint au médecin». Le résumé garde les appellations anglaises.

2 La forme masculine et la forme féminine sont utilisées en alternance dans cette publication. Elles englobent les membres de tous les groupes sexuels.

Objectif et questions

L'objectif de cette étude exploratoire est d'analyser les premières expériences de mentorat clinique pour les NP et les PA et d'en déduire des recommandations pour la pratique, la formation et la politique. L'accent est donc mis sur les questions concernant le développement du mentorat clinique en Suisse, l'implication des médecins et l'estimation des coûts, respectivement des modèles de financement ou de remboursement pour une mise en œuvre durable.

Méthodologie

Dans un premier temps, une analyse de la littérature et de la documentation concernant le développement du mentorat clinique a été réalisée. Parallèlement, 24 interviews fondées sur un guide d'entretien ont été menées avec des mentors cliniques et des personnes clés des domaines de la formation, de la pratique, des autorités, de la politique et des assurances. Les passages importants ont été transcrits et évalués à l'aide d'une analyse qualitative du contenu. Les résultats ont ensuite été discutés avec un comité restreint de quatre membres du Comité de direction de l'ASSM dans le cadre d'un atelier de validation et, finalement, des recommandations ont été formulées.

Résultats

En Suisse, le développement de l'actuel système de formation et des bases juridiques des professions de soins remonte aux années 1970 et l'introduction du master en sciences des soins infirmiers à l'an 2000. À partir de 2013, le mentorat clinique a été intégré à trois masters en soins infirmiers et à deux formations postgraduées³. La formation de PA s'inscrit actuellement au niveau d'un cycle de formation certifiant sans mentorat clinique. À ce jour, il n'existe toujours pas de bases juridiques pour ces deux profils professionnels dans la loi sur les professions de la santé (LPSan). Ainsi, le développement des compétences, l'assurance de la qualité et la sécurité des patients relèvent de la responsabilité des hautes écoles et des fournisseurs de prestations.

Le mentorat clinique englobe, entre autres, l'apprentissage de l'évaluation clinique et de différentes techniques d'examen (notamment l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation), qui peuvent être enseignées dans divers formats didactiques (p. ex. Entrustable Professional Activities, EPA). En fonction

3 La collecte de données pour cette étude s'est achevée en automne 2018. Toutefois, le développement de cycles de formation Master incluant des stages pratiques en cliniques avec l'objectif de devenir NP se poursuit. Pour des raisons de temps, il n'a pas été possible de tenir compte de ces indications

du curriculum de la formation des NP, le mentorat se déroulera soit dans le cadre d'un stage pratique, soit sur le lieu de travail des étudiants. Actuellement, les NP travaillent majoritairement dans des institutions stationnaires, mais de plus en plus aussi dans le domaine de la médecine de premier recours. Quant aux PA, elles sont essentiellement actives dans des hôpitaux et des EMS.

Les résultats des entretiens mettent à jour les caractéristiques des mentors cliniques et de leurs mentees, les points clés de la mise en œuvre du mentorat clinique ainsi que son intégration dans l'institution, les avantages et les ressources nécessaires et les conséquences pour la pratique et la formation. Du fait de leur courte durée d'expérience, le rôle des mentors est hétérogène. Celui-ci suppose un minimum d'engagement pour la transmission de savoir et d'expériences à d'autres groupes professionnels. Dans l'idéal, les mentors cliniques se sont forgés à l'étranger une expérience avec les NP/PA leur permettant non seulement d'assurer la supervision médicale, mais également de participer au développement des rôles. Contrairement aux étudiants en médecine, les mentees ont souvent des années d'expérience professionnelle en tant qu'infirmiers, mais redeviennent des «débutants» dans leur nouveau rôle. Les situations standards («Standard Operating Procedures», SOP) servent alors de point de départ au mentorat clinique avant d'aborder des problématiques plus complexes, telles que les présentent par exemple des patientes âgées multimorbides avec une pharmacologie et une pathophysiologie correspondantes. La durée optimale du mentorat est actuellement encore imprécise et varie en fonction de l'institut de formation (entre 600 et 1000 heures). Selon les personnes interrogées, le cabinet du médecin généraliste, en tant que lieu du mentorat, offre une plus grande marge de manœuvre, tandis que l'hôpital dispose d'une tradition et d'une expérience plus longues dans la formation des professionnels de la santé.

L'intégration opérationnelle du mentorat clinique est actuellement très variable. Au niveau micro, il s'agit de l'interaction entre le mentor et le mentee, au niveau méso de l'intégration dans des processus d'exploitation et au niveau macro principalement du mentorat clinique en médecine de premier recours. Le mentorat implique un surplus d'heures de travail et ralentit le quotidien clinique. Par conséquent, cela pourrait exiger, à l'avenir, un investissement plus élevé de la part du corps médical. Actuellement, le travail de mentorat repose principalement sur la bonne volonté de personnes et d'institutions isolées.

Le futur financement devra distinguer entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire. Alors qu'en milieu hospitalier, les coûts du mentorat sont financés par les DRG ou le budget annuel, dans le domaine de la médecine de premier

recours, un modèle similaire à l'assistantat en cabinet médical, cofinancé par le canton, pourrait être approprié. La facturation des prestations médicales par les professionnelles de la santé constitue à cet égard une zone grise du point de vue juridique. Des groupes interprofessionnels bénéficiant d'une formation commune pourraient être envisagés pour améliorer l'efficacité avec l'avantage, pour ces groupes, d'apprendre les uns avec les autres et les uns des autres. Les mentors cliniques pourraient également être recrutés au moyen d'incitations non pécuniaires, par exemple par le prestige d'un emploi dans une haute école.

À moyen et à long terme, la formation de NP peut également permettre de réduire les coûts pour les entreprises et d'accroître l'efficacité en augmentant les services, tels que par exemple des visites préventives à domicile afin d'éviter des hospitalisations inutiles. Par ailleurs, une bonne collaboration interprofessionnelle peut augmenter l'attrait d'un employeur et améliorer la sécurité des patients.

Discussion et conclusion

Au cours des prochaines années, les hautes écoles et les fournisseurs de prestations sont appelés à renforcer les compétences des NP et des PA et à définir la structure et le contenu du mentorat clinique. Ils doivent, par ailleurs, assurer le suivi continu de la mise en œuvre du mentorat clinique, le développer et, compte tenu du nombre croissant d'étudiants et étudiantes, fournir un soutien financier, une coordination et des incitations pour les mentors cliniques. Il importe, en outre, de soutenir les pionniers dans les hautes écoles et dans la pratique avec des incitations ciblées; les cantons pourraient, par exemple, superviser et encourager le mentorat clinique de la même manière que l'assistantat en cabinet médical. Des projets pilotes de hautes écoles ou d'entreprises pourraient également être réalisés, éventuellement en collaboration avec les assurances maladies. Les lois cantonales sur la santé ou la loi fédérale sur les professions de la santé pourraient définir des rôles professionnels avancés pour les professions de la santé et promouvoir ainsi des systèmes de rémunération forfaitaires modernes avec des rôles professionnels cliniques intégrés. C'est pourquoi, dans la phase pionnière actuelle, la participation de tous les acteurs est nécessaire pour permettre aux «early adopters» d'acquérir et de développer leurs compétences cliniques. De plus, un environnement professionnel attrayant devrait être proposé aux futurs étudiants, leur permettant de réaliser leur mentorat clinique dans les meilleures conditions.

1 Ausgangslage

In der Schweiz haben sich die Gesundheitsberufe in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Berufsausübung stetig weiterentwickelt und ausdifferenziert (1). Dazu gehören seit wenigen Jahren auch die zwei Berufsprofile «Nurse Practitioner (NP)» und «Physician Assistant (PA)», die aus dem Ausland in der Schweiz ankamen (2). Die Reichweite der Berufsausübung (scope of practice) dieser beiden Berufsprofile bedeutet für die Schweiz Neuland.

1.1 Historische Entwicklung im Ausland

Historisch sind die beiden Berufsprofile aus unterschiedlichen Triebkräften entstanden, ausgehend von den USA und Kanada in den 1960er Jahren, als Reformen für einen besseren, schnelleren und kostengünstigeren Zugang zur Gesundheitsversorgung für breite Bevölkerungsgruppen angestossen wurden (3). Die erste NP-Ausbildung wurde von einer US-amerikanischen Public Health Nurse zusammen mit einem Kinderarzt entwickelt (4). Die Nurse Practitioners begannen ihre Tätigkeit vor allem in ländlichen Gebieten, wo der Zugang zur medizinischen Grundversorgung aufgrund eines Hausärztemangels und wegen der ungenügend ausgebauten gemeindenahen Gesundheitsversorgung erschwert war. Neben der klinischen Ausbildung umfasste dieser NP-Studiengang auch Kenntnisse zum Gesundheitssystem, zum kritischen Denken und zur patientenorientierten Gesundheitsversorgung. In Kanada begann eine ähnliche Entwicklung, die aufgrund regulatorischer Hürden in zwei Wellen in den 1960er und 1980er Jahren verlief (5). Der Bedarf von Physician Assistants zeigte sich zu Beginn der 1960er Jahre v. a. im Umfeld von erkrankten oder verunfallten US-Soldaten oder Veteranen. Um in kürzerer Zeit mehr medizinische – und v. a. auch chirurgische – Kompetenzen zu erlangen, wurde in einer medizinischen Fakultät ein kondensiertes Medizinstudium auf Bachelorstufe entwickelt, das sich an Krankheiten, Diagnosestellung und Therapien orientierte (6). Im Verlaufe der letzten Jahrzehnte entwickelten sich die beiden Profile in der Ausbildung und damit auch beim klinischen Mentorat (5, 7-9) sowie in der fortgeschrittenen Berufsausübung stetig weiter. Diese Entwicklung zeigt sich sowohl im stationären (10, 11) als auch im ambulanten Bereich (12-14). Die Versorgungsqualität (15-17) und die Nutzerzufriedenheit, die bereits seit mehreren Jahrzehnten im Vergleich mit jener der Ärzteschaft untersucht werden, sind bei beiden Berufsprofilen vergleichbar gut (18).

Im Verlauf der letzten 50 Jahre griffen weitere Länder die Berufsprofile auf, integrierten sie in die Bildungssystematik und passten die Reichweite der Berufsausübung länderspezifisch an. Dabei entstand eine vielfältige Entwicklung, vor allem in Ländern des Commonwealth, in den Niederlanden und in Skandinavien (19–23). Insofern schliesst die Schweiz an eine langjährige internationale Entwicklung an.

1.2 Anforderungen für Ausbildung und Berufsausübung in der Schweiz

Folgt man diesen internationalen Erfahrungen, gehen mit den beiden Berufsprofilen Nurse Practitioner und Physician Assistant weitreichende Anforderungen für die hochschulische Ausbildung und die fortgeschrittene Berufsausübung einher. Dabei ist ein Kompetenzenkatalog erforderlich, für den das klinische Mentorat unerlässlich ist. Diese Kompetenzen bilden die Grundlage für die Akkreditierung der Studiengänge. Für die Reglementierung der Berufsausübung ist relevant, welche klinischen Aufgaben und erweiterten Befugnisse das Patientenwohl und die Patientensicherheit gefährden könnten. Für diese Aufgaben muss das klinische Mentorat eine entsprechende Vorbereitung bieten.

Im Hinblick auf das Gesundheitsberufegesetz (GesBG)⁴ erfolgten in der Schweiz Vorarbeiten zur eidgenössischen Reglementierung der klinischen Pflegeexpertise, nicht aber für die ärztliche Assistenz (1, 24). Der Bundesrat empfahl im Frühling 2016 in seiner Botschaft ans Parlament⁵, die Masterstufe ausschliesslich für die Osteopathie zu regeln, nicht aber für die anderen Gesundheitsberufe. Das Parlament folgte dieser Empfehlung und regelte für die anderen sechs Berufe

4 Im GesBG sind folgende Berufe auf Bachelorstufe geregelt: Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, Ernährungsberatung und Diätetik, Optometrie. Auf Masterstufe ist die Osteopathie geregelt. Das GesBG tritt voraussichtlich im Januar 2020 in Kraft.

5 Siehe Botschaft des Bundesrates vom 18. November 2015 zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (15.077, www.gesbg.admin.ch/gesbg/de/home/loi/gesetzestext.html, Zugriff: 14.1.2019). Das eidgenössische Parlament verabschiedete im Herbst 2016 das GesBG, das voraussichtlich Anfang 2020 in Kraft tritt.

nur die Bachelorausbildung und die entsprechende Berufsausübung.⁶ Die Physician-Assistent-Ausbildung erfolgt international teils mit einem Bachelor-, Nachdiplom- oder Masterabschluss (22). In der Schweiz ist dieses Berufsprofil derzeit mit einem Zertifikatskurs⁷ möglich und ist im GesBG nicht geregelt.

In dieser sowohl für die klinische Pflegeexpertise als auch für die ärztliche Assistenz nicht reglementierten Situation existiert aktuell in allen Landesteilen ein reges Experimentierfeld, um die Kompetenzen, Aufgaben und Befugnisse der beiden Berufsprofile auszuloten. Dabei erfolgen pionierartige Umsetzungsschritte in Hochschulen mit neuartigen Aus- und Weiterbildungen (25–27) und in innovativen Projekten bei Leistungserbringern (28, 29), welche teils von der öffentlichen Hand und von Krankenversicherungen gefördert werden (30). Zudem gibt es seit 2016 unterschiedliche Reglementierungsaktivitäten.⁸ Beispielsweise nahm der Grosse Rat des Kantons Waadt im Jahr 2017 die «infirmière praticienne spécialisée» mit Masterabschluss ins kantonale Gesundheitsgesetz auf.⁹ In einem schweizweiten, selbstorganisierten Projekt mit breiter Trägerschaft wird ausserdem die Rolle der Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) reglementiert.¹⁰ Schliesslich gibt es betriebsinterne Regelungen für einzelne ärztlich delegierte Tätigkeiten an andere Gesundheitsfachpersonen. Dazu liess die SAMW ein Gutachten zur Verantwortungsübernahme erstellen (32).

1.3 Das klinische Mentorat

Angesichts dieser hohen Dynamik in der Ausbildung, Berufsausübung und Reglementierung zeichnen sich in der Schweiz verschiedene personelle, strukturelle und finanzielle Herausforderungen ab. Diese kristallisieren sich im klinischen Mentorat heraus.

6 Zusätzlich wurde die Berufsausübung für die Höhere Fachausbildung (HF) Pflege ins GesBG aufgenommen.

7 An der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW); dieser Zertifikatskurs umfasst 450 Stunden (15 ECTS). Details siehe klinischefachspezialisten.ch, Zugriff: 10.1.2019.

8 Auch im Ausland werden Befugnisse der Nurse Practitioner und Physician Assistant von Bundesstaaten oder Provinzen festgelegt, z. B. gibt es in den USA sog. rote, orange und grüne Staaten, wo je unterschiedliche Befugnisse gelten (www.aanp.org/advocacy/state/state-practice-environment, Zugriff: 3.2.2019).

9 Details siehe im kantonalen Gesundheitsgesetz (31): Gemäss Art 124b darf ein «infirmier praticien spécialisée» u. a. Diagnostika und Therapeutika verschreiben (<https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/800.01?key=1566327555533&id=258cb2db-b772-411c-b0c5-6ed80967c762>, Zugriff: 24.4.19). Details zur Gesetzesverordnung liegen zum Zeitpunkt des Schlussberichts noch nicht vor.

10 Im Jahr 2017 startete das Projekt «APN-Reglementierung» unter der Trägerschaft von Verbänden der Pflegepraxis und -wissenschaft sowie von Hochschulen. Im November 2019 wurde dazu ein Verein gegründet, der die Reglementierung «Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN» verantwortet. Details siehe: www.sbk.ch/bildung/karriere-in-pflege/advanced-practice-nurse-apn, Zugriff: 3.2.2019.

Das klinische Mentorat (engl.: clinical preceptorship) findet im Rahmen eines Masterstudiums in Pflegewissenschaft oder einer postgradualen Weiterbildung statt. Dabei arbeiten die Studierenden während mehreren Wochen in Praktika oder kontinuierlich an ihrem Arbeitsort, um die weitreichenden klinischen Kompetenzen bei realen Patientinnen und Patienten zu trainieren. Sie werden darin zur Qualitätssicherung von erfahrenen klinischen Mentorinnen und Mentoren begleitet. In der Schweiz sind dies – analog zu den Anfangszeiten der Berufsprofile im Ausland – vorwiegend erfahrene Ärztinnen und Ärzte, bis dereinst eine genügend hohe Kompetenz- und Erfahrungsdichte aufgebaut ist, damit die Berufsangehörigen das klinische Mentorat (mehrheitlich) selber übernehmen können.

Das klinische Mentorat ist an der Schnittstelle zwischen Studium und Praxis angesiedelt, wo je unterschiedliche Finanzierungs- und Regelungslogiken für Ausbildung und Berufsausübung gelten, was sich teils als Hürde für die Integration in die Praxis erweist. Gleichzeitig wird nach Hinweisen aus dem Ausland die Machbarkeit des klinischen Mentorats nach langjähriger Erfahrung kritisch reflektiert (33, 34). Dazu gehören zunehmend Produktivitätsanforderungen in der Gesundheitsversorgung, die Bildungsaufgaben in der Praxis erschweren. Auch steigende Studierendenzahlen und entsprechend mehr Mentoratsanfragen bei Leistungserbringern bei gleichbleibenden oder sinkenden Budgets und Personalressourcen sind herausfordernd. Ebenso verdrängt die stetige medizinische Spezialisierung den Erwerb von generischen und grundlegenden klinischen Kompetenzen.

Vor diesem Hintergrund ist das klinische Mentorat für die Schweizer Ärzteschaft herausfordernd. Zudem wollen Ärztinnen und Ärzte in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung vor allem zeitlich entlastet werden, Tätigkeiten delegieren und Effizienzgewinne realisieren. Die Voraussetzungen dazu sind jedoch erst nach einer mehrjährigen Investition in die Aus- und Weiterbildung der neuen Berufsprofile gegeben. Hier setzt das vorliegende Projekt an. Es nimmt frühzeitig Erfahrungen aus der Schweiz auf und berücksichtigt langjährige Erkenntnisse aus dem Ausland.

2 Ziele und Fragestellung

Anknüpfend an diese Herausforderungen wurden in diesem Projekt folgende Ziele verfolgt:

- Die ersten Erfahrungen zum klinischen Mentorat während der mehrjährigen Pionier- und Experimentierphase sollen aufgearbeitet werden, sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch in der fortgeschrittenen Berufsausübung der klinischen Pflegeexperten MSc und in der praktischen Tätigkeit der ärztlichen Assistenz.
- Die Ergebnisse sollen für Bildungsverantwortliche an Hochschulen, für Leistungserbringer und Verbände sowie für Entscheidungsträgerinnen bei Behörden und in der Politik Impulse vermitteln.

Vor diesem Hintergrund stehen folgende explorative Fragen im Zentrum:

- Wie ist die Ärzteschaft im klinischen Mentorat der neuen zwei Profile involviert? Welche Rolle nimmt sie in der aktuellen Experimentier- und Pionierphase ein?
- Welche Merkmale des klinischen Mentorats lassen sich heute erkennen?
- Wie werden Aufwand und Kosten dafür eingeschätzt und welche Finanzierungs-/Vergütungsmodelle sind dafür geeignet?¹¹

Die Datensammlung zur Beantwortung dieser Fragen war im Herbst 2018 abgeschlossen. Seither geht die Entwicklung von neuen Masterstudiengängen mit klinischen Praktika für die Rolle der Nurse Practitioner weiter. Diese Entwicklung konnte aus zeitlichen Gründen aber nicht mehr berücksichtigt werden.

Nicht eingehend bearbeitet werden Fragen der Befugnisse von klinischen Pflegeexperten MSc, denn ausser dem Gesundheitsgesetz des Kantons Waadt bestehen derzeit keine gesetzlichen Regelungen in Bezug auf die fortgeschrittene Berufsausübung. Insofern haben hier die Leistungserbringer für die Berufsausübung und die Hochschulen für die Aus- und Weiterbildung grosse Handlungsspielräume, die sie – orientiert an internationalen Standards – nutzen können.

11 Über diese Fragen hinaus ist auch das methodisch-didaktische Konzept für die klinische Aus- und Weiterbildung an den Hochschulen relevant. Dies wird jedoch in diesem Projekt nur am Rande berücksichtigt.

3 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen umfasste folgende aufeinander aufbauende Schritte:

- Eine Literatur- und Dokumentenanalyse zum klinischen Mentorat sollte Hintergründe und Merkmale zur Struktur sowie zu personellen und finanziellen Fragen liefern. Sie stützte sich auf Erfahrungen mit der «clinical preceptorship» in den ausländischen Aus- und Weiterbildungen der Nurse Practitioners und Physician Assistants. Auf diese Analyse aufbauend können für die hiesigen aktuellen oder zukünftigen Curricula und für die betriebliche Umsetzung Schlüsse gezogen werden.
- Basierend auf diesem Schritt wurden von drei Personen aus dem Projektteam 24 leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Einschlusskriterien für Interview-partnerinnen und -partner waren: a) ist verantwortlich für das klinische Mentorat in der Aus- oder Weiterbildung der klinischen Pflegeexpertinnen, b) ist informiert zur Umsetzung der beiden Berufsprofile in Betrieben, sowie c) hat Kenntnisse zu gesundheitspolitischen und ökonomischen Rahmenbedingungen.
- Ausgewählt wurden Personen, welchen vom Projektteam aufgrund ihrer zur Verfügung stehenden Informationen eine Expertenrolle zugeschrieben wurde (35). Diese Expertinnen und Experten waren: Bildungsverantwortliche zum klinischen Mentorat aus dem In- und Ausland, praktizierende Ärztinnen und Ärzte oder Nurse Practitioners als klinische Mentorinnen, Schlüsselpersonen aus Betrieben mit Erfahrungen zum klinischen Mentorat, Personen von Gesundheitsbehörden und -politik und von Krankenversicherungen.
- Die Rekrutierung der Interviewten erfolgte über persönliche Kontakte des interprofessionellen Projektteams sowie über das Schneeballverfahren (36) in der Deutschschweiz und in der Romandie.

Die Tabelle 1 zeigt die Details zu den Teilnehmenden an den Experteninterviews:

	Klinische Mentorin (N=7)	Schlüsselpersonen in Bildung und Praxis (N=9)	Schlüsselpersonen Behörden, Politik und Krankenversicherung (N=8)
Land	6 CH, 1 USA/CH	6 CH, 2 USA, 1 CH/CAN	alle CH
Arbeitsort/-feld	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Hausarztpraxis - 1 Geriatrie Akutspital - 2 Innere Medizin Kantons-/Universitätsspital - 1 Chirurgie Kantonsspital - 1 Walk-in-Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Hausarztmedizin - 1 Geriatrie akut - 4 Universität - 1 Freelance - 1 Akutspital Palliative Care 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Krankenversicherung (Firma, Verband) - 3 Gesundheitsbehörden (national, kantonale) - 1 Regionalspital - 1 Städtisches Pflegezentrum - 1 Gesundheitspolitik

Tab. 1: Übersicht Teilnehmende an Experteninterviews

- Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet. Unmittelbar nach der Durchführung wurde ein Interviewprotokoll erstellt. Danach wurden inhaltstragende Interviewpassagen von zwei Personen aus dem Projektteam transkribiert. Die Erst- und Zweitautorin werteten die Daten anhand deduktiver und induktiver Kategorienbildung qualitativ-inhaltsanalytisch aus (37).
- Im Rahmen eines Validierungsworkshops mit einem vierköpfigen Ausschuss des SAMW-Vorstands wurden die Ergebnisse im Zusammenhang diskutiert und Empfehlungen formuliert.
- Zum Schluss wurde die Synthese erarbeitet und der Bericht verfasst.

4 Ergebnisse aus der Literatur- und Dokumentenanalyse

Das folgende Kapitel zeichnet zunächst die historische Entwicklung der Pflegewissenschaft in der Schweiz nach und zeigt auf, wie das klinische Mentorat im Verlauf von rund 20 Jahren für die Masterausbildung immer bedeutsamer wurde. Danach werden die Masterstudiengänge und postgradualen Weiterbildungen mit integriertem klinischen Mentorat beschrieben, gefolgt von der fortgeschrittenen Berufsausübung der klinischen Pflegeexpertinnen MSc. Da im hiesigen Zertifikatskurs zur ärztlichen Assistenz während der Projektlaufzeit kein klinisches Mentorat integriert ist, fokussiert dieser methodische Schritt vorwiegend auf die Literatur zu den Nurse Practitioners.

4.1 Bildungssystematik und Gesetzesgrundlagen

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) war seit dem 19. Jahrhundert für die Aus- und Weiterbildung der hiesigen Gesundheitsberufe von grosser Bedeutung und führte auch mehrere eigene Ausbildungsstätten. Seit den 1970er Jahren bis in die frühen 2000er Jahre überwachte und regulierte das SRK im Auftrag der damaligen Sanitätsdirektorenkonferenz die Gesundheitsberufe (38). In den 1990er Jahren zeigte sich aufgrund vermehrter internationaler Verflechtungen der Bedarf einer umfassenden Bildungsreform mit dem Ziel der Regulierungshoheit durch den Bund, analog zur Berufsbildung und höheren Bildung für andere Branchen. Dies erforderte eine schrittweise Integration der Gesundheitsberufe in die Bundeskompetenz¹² und damit auch in den Zuständigkeitsbereich der kantonalen Erziehungsdirektoren (39). Diese hatten bis dahin kaum Erfahrung mit der Gesundheitsbildung.¹³ Gleichzeitig revidierte das eidgenössische Parlament das

12 Bis 2012 Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT), seit 2013 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

13 Neben den Kantonen mussten auch Organisationen der Arbeitswelt ihr Know-how aufbauen (z. B. Odasanté).

Berufsbildungsgesetz (BBG)¹⁴ und das Fachhochschulgesetz (FHG)¹⁵. In Letzteres wurden die Fachbereiche Gesundheit, Soziales und Künste aufgenommen. Ab dem Jahr 2005 waren demnach die Ausbildung und die Berufsausübung der Gesundheitsberufe im FHG geregelt. Vor diesem Hintergrund gilt heute folgende Bildungssystematik für die Ausbildungen der Gesundheitsberufe¹⁶.

- 14 Die altrechtlichen Pflegeausbildungen wurden in die Tertiärstufe B überführt (Allg. Krankenpflege AKP, Psychiatrische Krankenpflege PsyKP, Kinderkranken-, Wöchnerinnen- und Säuglingspflege KWS). Der entsprechende HF-Titel konnte ohne weitere Auflagen beim BBT beantragt werden. Mit dem sog. Verfahren «Nachträglicher Titelerwerb (NTE)» können diplomierte Pflegefachpersonen mit diesen Abschlüssen unter bestimmten Voraussetzungen und während einer befristeten Zeit zusätzlich den Bachelortitel FH beantragen. Im Jahr 2015 erliess das eidg. Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) eine entsprechende Verordnung. In den Westschweizer Kantonen wurde die Pflegeausbildung seit Anfang der 2000er Jahre aufgrund eines Entscheids der Westschweizer Erziehungsdirektoren bisher ausschliesslich an Fachhochschulen angeboten. Dies hat sich in jüngster Zeit geändert. So startete die Pflegeausbildung auch auf Stufe Höhere Fachausbildung (HF), z. B. im Jahr 2018 in Visp/VS.
- 15 Alle anderen altrechtlichen Tertiärausbildungen der Gesundheitsberufe (Physiotherapie, Hebammen, Ergotherapie, Ernährungsberatung & Diätetik etc.) wurden in die Tertiärstufe A überführt. Wer einen altrechtlichen Abschluss innehat, kann den Bachelortitel durch das NTE-Verfahren beantragen.
- 16 Aufgrund der historisch gewachsenen Entwicklung der Gesundheitsberufe der letzten Jahrzehnte und v. a. der Bildungsreform der 1990er Jahre sind in der Gesundheitsversorgung heute und für die nächsten Jahrzehnte Berufspersonen mit alt- und neurechtlichen Ausbildungsabschlüssen tätig. Diese Diversität sorgt in der Politik, in Betrieben, in der interprofessionellen Zusammenarbeit oder auch bei Patienten und Angehörigen zuweilen für Verwirrung und Unsicherheit in Bezug auf die Bezeichnung der Abschlüsse und der entsprechenden Fachpersonen. So hat sich etwa der Begriff «Advanced Nursing Practice» bzw. die Kurzform «ANP» zwar seit der Eröffnung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Basel in der Schweiz stetig weiter verbreitet, jedoch ist dieses Kürzel in der Schweizer Bildungssystematik und der zugrundeliegenden Gesetzgebung nicht zu finden. Entsprechend erkennen vor allem Gesundheits- und Bildungspolitikern, aber auch manche Vorgesetzte in Betrieben dahinter keinen Masterabschluss. Verstärkt werden diese Irritationen durch zahlreiche Weiterbildungsabschlüsse (und deren ebenso zahlreiche Abkürzungen) auf allen Bildungsstufen, z. B. Berufsprüfung (BP), Höhere Fachprüfung (HFP), Nachdiplomstudium HF (NDS HF), Certificate/ Diploma/Master of Advanced Studies (CAS/DAS/MAS, EMBA). Der Bund reglementiert dabei die eidgenössischen Prüfungen (BP, HFP), nicht aber die hochschulischen Weiterbildungen. Deshalb sind in den Betrieben Führungspersonen und Bildungsverantwortliche gefragt, welche die Hintergründe der Bildungsabschlüsse kennen und bei Mitarbeitenden die Fähigkeiten und Fertigkeiten eruieren können.

Bildungsstufe	Gesetz	Abschluss	Beispiele Ausbildungen
Sekundarstufe II (Berufliche Grundbildung)	Berufsbildungsgesetz (BBG)	Eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)	z. B. Medizinische Praxis- assistentin (MPA), Fachfrau Gesundheit (FaGe), Assistent Gesundheit und Soziales (AGS)
Tertiärstufe B (Höhere Berufsbildung)	Berufsbildungsgesetz (BBG)	Diplom Höhere Fachschule (HF)	z. B. Dentalhygienikerin HF, Pflegefachmann HF, Biomedizinischer Analytiker HF
Tertiärstufe A (Hochschule Bachelor)	Gesundheitsberufe- gesetz (GesBG)	Diplom Bachelor (BSc) Fachhochschule (FH) oder universitäre Hochschule (UH)	z. B. Physiotherapeut BSc, Ergotherapeutin BSc, Pflegefachfrau BSc ¹⁷
Tertiärstufe A (Hochschule Konsekutivmaster)	GesBG für Osteopathie Keine eidg. Gesetzes- grundlage für sechs Gesundheitsberufe	Diplom Master (MSc) Fachhochschule (FH) oder universitäre Hochschule (UH)	z. B. Hebamme MSc, Pflegeexpertin MSc, Osteopath MSc

Tab. 2: Heutige Bildungssystematik der Gesundheitsberufe

Unter Einbezug des CanMEDS-Bezugsrahmens¹⁸ wurden basierend auf dem FHG je für die Bachelor- und die Masterstudiengänge berufsspezifische Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe erarbeitet (41). Diese dienten als Grundlage für die eidgenössische Akkreditierung dieser Studiengänge. Anfang 2015 wurde das FHG vom Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz (HFKG) abgelöst. Seither sind die Hochschulen selber für die Programmakkreditierung der Studiengänge verantwortlich, mit Ausnahme derjenigen Berufe, deren Reglementierung wegen des Schutzes der Bevölkerung in der Kompetenz des Bundes liegt; namentlich die Medizinalberufe, die Psychologieberufe und die Gesundheitsberufe. Um die entstehenden Regelungslücken zu schliessen, wurden für diese Berufe je eigene Gesetze erlassen.¹⁹

- 17 Gemäss dem Bildungsprinzip «Kein Abschluss ohne Anschluss» können Absolventen der Pflege HF mit einem Höhereintritt das Bachelordiplom erlangen. Für die 180 ECTS eines Bachelorstudiums werden 90 ECTS für das HF-Diplom anerkannt. 60 ECTS werden an der Fachhochschule in Form von Modulen absolviert, und in einem Umfang von 30 ECTS wird die erweiterte Berufspraxis reflektiert. Der Höhereintritt ins BScN-Studium fokussiert auf hochschulische Kompetenzen, die über die Ausbildung Pflege HF hinausgehen. Dazu gehören z. B. vertiefte Kenntnisse mit entsprechenden wissenschaftlichen Grundlagen zur evidenzbasierten Pflege, klinisches Assessment und Vertiefung der Pathophysiologie sowie generell die Studierfähigkeiten gemäss den sog. Dublin-Deskriptoren, die im Rahmen der Bologna-Reform definiert wurden (http://ecahe.eu/w/index.php/Dublin_Descriptors, Zugriff: 17.2.2019).
- 18 Kanadisches Modell zur Beschreibung der zu erlangenden Kompetenzen im Medizinstudium mit sieben Rollen: Expertin, Kommunikator, Teammitglied, Managerin, Gesundheitsfürsprecher, Lehrende und Lernende, Professionsangehörige (40).
- 19 Medizinalberufegesetz (MedBG, für Human-, Zahn- und Tiermedizin, Chiropraktik, Apothekerinnen), Psychologieberufegesetz (PsychBG) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG).

Weil Bundesrat und Parlament die Masterstufe für die Pflegewissenschaft, bzw. das ANP-Profil, nicht ins Gesundheitsberufegesetz (GesBG)²⁰ aufnehmen wollten, fehlt aktuell eine gesetzliche Grundlage für die allgemeinen und berufsspezifischen Abschlusskompetenzen sowie die fortgeschrittene Berufsausübung der Masterabsolventinnen. Entsprechend diesem parlamentarischen Entscheid gibt es derzeit auch keine gesetzliche Grundlage für eine eidgenössische Akkreditierung der Masterstudiengänge. Für die Masterausbildung liegt die Verantwortung derzeit alleine bei den Hochschulen, während die Leistungserbringer für die Berufsausübung verantwortlich sind.

Im Jahr 2017 vergab das BAG im Rahmen des Vollzugs des GesBG ein Projekt an die Fachkonferenz Gesundheit (FKG)²¹. Darin wurden die berufsspezifischen Bachelor- und Masterkompetenzen aller Berufe im GesBG erarbeitet, obwohl darin die Masterstufe nur für die Osteopathie geregelt ist. Die FKG ihrerseits beauftragte die Berufskonferenzen²², diese Kompetenzen anhand des CanMEDS-Rahmenmodells auszuarbeiten. Dabei diente die Masterstufe einerseits dazu, die Abschlusskompetenzen zwischen Master- und Bachelorstufe sinnvoll abzugrenzen²³. Andererseits konnten die Fachhochschulen – auch zusammen mit den zwei universitären Hochschulen in der Schweiz mit Pflegemaster – hochschulübergreifend die Abschlusskompetenzen der Masterstudiengänge erarbeiten.²⁴ Die spezifischen Abschlusskompetenzen für die klinische Ausbildung, die für das klinische Mentorat zentral sind, und die über die Abschlusskompetenzen des Bachelorstudiums Pflege hinausgehen, wurden dabei jedoch nicht konsequent definiert, wie dies bspw. für das Masterstudium Medizin im PROFILES-Projekt ausgearbeitet wurde (42).

20 Reguliert wurde im GesBG neben der Berufsausübung der Bachelorabsolventinnen auch die Berufsausübung von Absolventen der Höheren Fachschule Pflege (HF).

21 Schweizweiter Zusammenschluss aller sechs Fachhochschulen mit einem Departement Gesundheit (Berner Fachhochschule BFH, Fachhochschule Ostschweiz FHO, Zürcher Fachhochschule ZFH, Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana SUPSI, Careum Hochschule Gesundheit, Teil der Kalaidos FH Schweiz).

22 Schweizweiter Zusammenschluss aller Studienverantwortlichen der Bachelor- und Masterstudiengänge in Gesundheitsberufen.

23 Die FKG als Auftragnehmerin übergab diese Masterkompetenzen im Frühling 2018 dem Auftraggeber bzw. dem BAG. Bis zur Finalisierung dieses Schlussberichts wurden die Masterkompetenzen noch nicht verabschiedet und veröffentlicht.

24 Diese könnten gemäss HFKG einer freiwilligen Programmakkreditierung zugrunde gelegt werden. Die Abnahme des Akkreditierungsberichts müsste von einem noch zu schaffenden Gremium, d. h. einer Akkreditierungsinstanz (analog dem Schweizerischen Akkreditierungsrat, www.akkreditierungsrat.ch), organisiert werden. Angedacht ist dazu im Rahmen des APN-Reglementierungsprojekts ein neu zu gründender Verein.

Zwischen dem Medizinstudium und dem Studium für die Gesundheitsberufe besteht ein zentraler Unterschied. Ersteres ist auf Masterstufe nach dem eidg. Staatsexamen für dipl. Ärztinnen und Ärzte in unselbständiger Arbeit berufsbefähigend. Für die sechs Gesundheitsberufe im GesBG ist die Berufsbefähigung in eigener fachlicher Verantwortung jedoch bereits auf Bachelorstufe geregelt. Deshalb muss für die Reglementierung dieser Berufe auf Masterstufe genau herausgearbeitet werden, welche Kompetenzen über den Bachelorabschluss hinaus für die Patientenbetreuung relevant sind. Im Zentrum dieser Kompetenzen steht das Wohlergehen der Patienten und damit primär die Patientensicherheit. Bezogen auf die erwähnten CanMEDS-Rollen sind deshalb nicht alle Rollen gleich relevant. Im Zentrum einer zusätzlichen Regelung dürften vorab die zwei Berufsrollen der Pflegeexpertise und der Kommunikation stehen. Die anderen fünf Rollen sind für die konzeptionellen und forschenden Aufgaben bzw. die Zusammenarbeit im Team bedeutsam. Diese Überlegungen sind zentral, um die im Rahmen des BAG-Projekts erarbeiteten berufsspezifischen Masterkompetenzen zukünftig zu straffen und zu bündeln. Damit wird Klarheit geschaffen für die klinische Ausbildung, inkl. dem klinischen Mentorat, sowie für die Reichweite der fortgeschrittenen Berufsausübung der klinischen Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc und der anderen Gesundheitsberufe.

4.2 Entwicklung von Studiengängen mit klinischem Mentorat

Die aktuelle Diskussion der klinischen Masterkompetenzen geht auf die historische Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen in der Schweiz zurück. Im Jahr 1990 initiierten der damalige Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Basel und die Pflegedirektorin des damaligen Kantonsspitals Basel Sondierungen für ein universitäres Programm in Pflegewissenschaft, weil sie den Mehrwert dafür im Ausland selber erlebt hatten.²⁵ Zehn Jahre später, nach langwierigen strategischen und operativen Vorarbeiten, wurde im Jahr 2000 das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel gegründet, strategisch ausgerichtet auf chronische Erkrankungen. Entsprechend sollte die klinische Pflegeexpertise im Masterstudium eine zentrale Rolle spielen, um dauerhaft und schwerwiegend erkrankte, oft diagnostik- und therapieintensive Patienten und deren Angehörige optimal zu betreuen. Für das Curriculum wurde entsprechend das Schirmkonzept «Advanced Nursing Practice» (ANP) herangezogen (43, 44). Es zielt mit seinem multiperspektivischen klinischen, forschenden und

25 Details siehe: <https://nursing.unibas.ch/de/ins/geschichte/prolog>, Zugriff: 13.1.2019.

berufsethischen Ansatz darauf hin, dass die Masterabsolventinnen ihre klinischen Kompetenzen für die fortgeschrittene Berufsausübung entscheidend auf- und ausbauen und so massgeblich zur Qualität und Patientensicherheit beitragen. Für die Schweiz war das ANP-Konzept somit curriculare Grundlage und strategisches Programm zugleich (43).²⁶

So startete im Frühling 2001 am Institut für Pflegewissenschaft in Basel erstmals für die Schweiz ein Modul «Klinisches Assessment». Damit wurde eine neue Ära der klinisch-pflegerischen Hochschulbildung eingeläutet. Ein Jahr später begannen die Bachelorstudiengänge Pflege an der Westschweizer Fachhochschule HES-SO, aber noch ohne klinisches Assessment. Als aber im Jahr 2006 auch die Deutschschweizer Fachhochschulen die Bachelorstudiengänge starteten und das klinische Assessment in ihre Bachelor-Curricula aufnahmen, begann ein hochschulübergreifendes, schweizweites Konsensus-Panel mit der Entwicklung eines Standards für die Bachelorkompetenzen (45, 46). Als Resultat wurde empfohlen, das klinische Assessment mit einem Mindestumfang von 150 Stunden (5 ECTS) in die Bachelorstudiengänge zu integrieren, mit zusätzlichen Stunden für die vorgängige Erarbeitung der pathophysiologischen Grundlagen. Die Studierenden erlangen so die Grundfähigkeiten für die systematische Körperuntersuchung, vorwiegend am gesunden Menschen, einschliesslich der Untersuchungstechniken, und lernen Abweichungen von der Norm zu erkennen. Sie können die erhobenen Daten korrekt beschreiben, dokumentieren und erste Schlüsse für die Pflegeplanung ziehen. Ebenfalls können sie ihre Ergebnisse sprachlich präzise an geeignete Fachpersonen, v. a. an die Ärzteschaft, weiterleiten.²⁷ Eine Routine ist im Rahmen der 150 Stunden im Bachelorstudium allerdings nicht möglich, v. a. auch, weil kein (oder kaum ein) klinisches Mentorat mit realen Patienten integriert ist, um die Basiskompetenzen zu trainieren.

Hier setzen seit 2013 drei Masterstudiengänge an (siehe Tab. 3), die ein klinisches Mentorat integrieren und Studierende auf die fortgeschrittene Berufsausübung der klinischen Pflegeexpertin MSc vorbereiten, orientiert am Nurse

26 Siehe dazu auch die Definition der Pflegeexpertin MSc/ANP des International Council of Nurses (ICN, <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>, Zugriff: 10.2.2019): «Eine Pflegeexpertin ist eine registrierte Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege gilt als Voraussetzung.»

27 Siehe dazu auch die Artikelserie zur Umschreibung der Bachelorkompetenzen in der Pflegepraxis (u. a. 47, 48).

Practitioner Profil.²⁸ Damit differenzieren sich die Masterstudiengänge aus bzw. ermöglichen nun unterschiedliche Schwerpunkte, die jeweils mehr auf steuernde, forschende oder klinische Funktionen vorbereiten. In den Studiengängen mit klinischem Mentorat wurden die klinischen Inhalte stark ausgebaut (siehe auch Kap. 4.3). Im klinischen Mentorat erweitern die Masterstudierenden mit Unterstützung von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten die Kompetenzen im realen Berufsumfeld, d. h., sie lernen klinische Zusammenhänge bei Patientinnen kennen und erfahren, wie die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen zusammenspielen. Ebenfalls erlangen sie das motorische Geschick und einen fließenden Ablauf für Untersuchungstechniken. Um dies mit realen Patienten trainieren zu können, ist das klinische Mentorat unerlässlich. Die Mentorinnen instruieren, beobachten, beurteilen und motivieren ihre Mentees in diesem Prozess im klinischen Alltag (49). Der zeitliche Umfang des Mentorats orientiert sich einerseits an Empfehlungen aus dem Ausland und andererseits an den Ressourcen, die sich in den Anfangsjahren erschliessen lassen.

Die folgende Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Masterstudiengänge:

Konsequenter Masterstudiengang (MScN)	Seit	Darin enthaltener Umfang (ECTS) in 2 Jahren
Schwerpunkt «ANP», Universität Basel (Vollzeit oder Teilzeit), wird unter Mitarbeit einer amerikanischen Nurse Practitioner ausgebaut, Gesamtstudiengang: 120 ECTS	2013	Schwerpunkt «Advanced Nursing Practice» (20 ECTS, 600 Std., inkl. supervidiertes Praktikum von 150 Std.)
Schwerpunkt «Clinical Excellence», Careum Hochschule Gesundheit (nur Teilzeit), wurde mit einer Nurse Practitioner der New York University Rory Meyers School of Nursing sowie dem Centramed-Ärztetz entwickelt, Gesamtstudiengang: 90 ECTS	2015	Studienbereich «Klinische Pflegeexpertise» (30 ECTS, 900 Std.), zusätzlich Mindestanstellung mit direktem Patientenkontakt von 30 % zum Trainieren am Arbeitsort und Kontakt zur Ärzteschaft
Maîtrise universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée (MScIPS), Université de Lausanne (nur Vollzeit), wurde in Zusammenarbeit mit einer kanadischen Nurse Practitioner entwickelt, Gesamtstudiengang: 120 ECTS	2018	Supervidiertes Praktikum im klinischen Setting (38 ECTS, 1140 Std.)

Tab. 3: Übersicht pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge mit integriertem klinischem Mentorat

28 Im Herbst 2019 begannen an der Berner Fachhochschule sowie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften je ein MSc in Nursing Studiengang, die zur Rolle der Nurse Practitioner vorbereiten. Details zur Ausgestaltung der praktisch-klinischen Ausbildung waren zum Projektende noch in Entwicklung und konnten aus zeitlichen Gründen nicht mehr eingearbeitet werden.

Zusätzlich zu diesen Masterstudiengängen bildeten sich in denselben Jahren – orientiert am Bedarf der Betriebe und der Masterabsolventen selber – auch zwei postgraduale Weiterbildungen heraus, in denen ebenfalls ein klinisches Mentorat integriert wurde. Ziel war es u. a., für diejenigen Masterabsolventinnen ein Angebot zu schaffen, die noch keine vertieften klinischen Kompetenzen erlangt hatten und dies bspw. im Rahmen eines Stellenwechsels mit mehr und umfangreicherer Patientenbetreuung nachholen wollten. Die folgende Tabelle 4 zeigt die beiden Weiterbildungen im Überblick:

Hochschulische Weiterbildungen	Seit	Darin enthaltener Lernumfang ECTS	Dauer
Diploma of Advanced Studies (DAS) «ANP plus», Universität Basel	2013	30 ECTS (900 Lernstunden), inkl. begleitete Praktika	1–2 Jahre
Diploma of Advanced Studies (DAS) «Complex Care», Careum Hochschule Gesundheit, Zürich	2015	30 ECTS (900 Lernstunden), inkl. Praktizieren am eigenen Arbeitsort, zusätzlich mind. 30 % erwerbstätig mit Patientenkontakt	2 Jahre

Tab. 4: Postgraduale Pflegeweiterbildungen mit integriertem klinischem Mentorat²⁹

Im folgenden Kapitel werden die strukturellen, personellen und didaktischen Details zum klinischen Mentorat präsentiert. Es zeigt sich deutlich, dass das klinische Mentorat ein wesentliches Merkmal der neuen Aus- und Weiterbildungsangebote bzw. der fortgeschrittenen Berufsausübung darstellt und dass für die nachhaltige Umsetzung bei Leistungserbringern noch weitere Entwicklungsschritte nötig sind.

4.3 Klinisches Mentorat für fachliche und professionelle Kompetenzen

Im klinischen Mentorat trainieren die Studierenden an der Schnittstelle zwischen Ausbildung und Berufsausübung in einem schrittweisen, aufbauenden Anleitungs- und Feedbackprozess ihre neu erlangten klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dieser Prozess wird durch klinische Mentoren qualitätsgesichert.

29 Details siehe Beschreibungen des DAS-Studiengangs «ANP Plus» des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel (<https://advancedstudies.unibas.ch/studienangebot/kurs/das-advanced-nursing-practice-plus-anpplus-19027>, Zugriff: 10.2.2019) und des DAS-Studiengangs «Complex Care» der Careum Hochschule Gesundheit (ehemals Kalaidos FH Gesundheit) (www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Departement-Gesundheit/Diploma-of-Advanced-Studies/DAS-in-Complex-Care, Zugriff: 10.6.2019).

Im klinischen Mentorat geht es in der Experimentierphase nicht nur um das Aufzeigen von korrekten Techniken und das Reflektieren von klinischen Zusammenhängen, sondern auch um die fachliche Qualität in der Patientenbetreuung durch den Rundumblick auf die Patienten- und Angehörigensituation. Darüber hinaus werden die Studierenden in ihren oft noch pionierhaften Berufsrollen unterstützt. Dabei ist auch die Vertrauensbildung bei weiteren Personen im Umfeld des klinischen Mentorats zentral, einschliesslich der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, um allfälligen Widerständen zu begegnen. Hier gilt es, die Studierenden durch den Zugewinn an klinischer Pflegeexpertise und besseren Patientenergebnissen zu motivieren (50).

Dauer und Ort

Je nach curricularer Struktur des Studiengangs findet das klinische Mentorat in Form mehrerer Praktika unterschiedlicher Länge statt oder ist integriert in die Berufstätigkeit bzw. den Arbeitsort der Studierenden. Ersteres braucht i. d. R. eine längere Vorbereitung und erfordert auch mehr Zeit für die Einführung der Studierenden in den jeweiligen neuen Praktikumsbetrieb (Personal, Dokumentation, Infrastruktur etc.). Letzteres erfordert weniger Vorausplanung, jedoch brauchen Studierende während des Studiums die Gewähr, dass sie am eigenen Arbeitsort genügend Einblicke in die unterschiedlichen fachlichen Situationen erhalten, und auch, dass sie am Arbeitsort dennoch als Studierende wahrgenommen und nicht zwischen betrieblichem Alltag und Studium aufgerieben werden. Empfohlen werden angesichts der zunehmenden Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung auch Praktika ausserhalb der Spitäler, d. h. in bevölkerungsnahen Settings, z. B. in Pflegeheimen (51) oder in der medizinischen Grundversorgung (52).

Der Umfang bzw. die Dauer des klinischen Mentorats oder der Praktika variiert beträchtlich. Empfohlen werden bspw. 500 Stunden in den USA (9) und England (8) bzw. 800 Stunden in Kanada (53). Darin enthalten sind sowohl die direkten Begegnungen zwischen Mentor und Mentee als auch die Vor- und Nachbereitungen der Studierenden. Letztere sind v. a. bei Patientinnen mit langen Krankheitsverläufen zeitaufwendig und intellektuell anspruchsvoll, um die Zusammenhänge von klinischen Daten und diagnostischen und therapeutischen Ansätzen zu verstehen und in die Pflege- oder Behandlungsplanung zu integrieren.

Dauer und Qualität des klinischen Mentorats werden als Hürden, aber auch als Anreize in der klinischen Praxis diskutiert. Hürden bestehen dahingehend, dass die Produktivität im Patientenalltag immer mehr im Zentrum steht, um

Einkommen für die Betriebe zu generieren. So bleibt den Mentoren kaum Zeit für Ausbildungsaufgaben, welche die Prozesse verlangsamen (54). Entsprechend fehlen Einnahmen bei weniger Patientenbetreuung. Auch wird in den USA in Nurse-Practitioner-Studiengängen das klinische Mentorat traditionell nicht vergütet, weil der Altruismus von Berufsangehörigen für die Nachwuchsförderung im Zentrum steht. Allerdings sind hier Erodierungstendenzen zu beobachten (33, 49). Erwähnt werden auch nichtmonetäre Anreize für die klinischen Mentorinnen oder die Betriebe, wie z. B. der Bibliothekszugang an Universitäten zu Volltextartikeln oder eine Position als Lehrbeauftragter an einer Hochschule.

Inhalte

Die Inhalte orientieren sich im Wesentlichen an den in den unterschiedlichen Ländern geltenden Abschlusskompetenzen oder Reglementierungsvorgaben. Dabei sind für das klinische Mentorat von klinischen Pflegeexperten MSc zwei wesentliche Kompetenzkategorien erkennbar (8, 9, 53):

- Zum einen geht es darum, das Wissen zu den «drei P» – **Physical assessment**, **Pathophysiologie** und **Pharmakologie** – im Vergleich zum Bachelorstudium deutlich zu vertiefen und Zusammenhänge zwischen diesen Wissensbeständen zu erweitern, sodass Krankheitsanzeichen zeitnah erkannt und eingeschätzt werden können, um die Patienten im Verlauf kompetent betreuen zu können. Dabei werden die vier Untersuchungstechniken für das klinische Assessment intensiv genutzt und verfeinert. So wird eine situative, datengestützte, reflektierte und fortgeschrittene Berufspraxis gefördert, die sich am wissenschaftlichen Denken orientiert, d. h. dem Abwägen von Daten und Fakten von allgemeinen Situationen, auch angesichts von Konflikten und schwierigen Lösungsprozessen (55). In diesen Situationen entstehen aber oft auch Widersprüche zwischen den Präferenzen von Patientinnen mit ihrem Lebensentwurf, ihren Vulnerabilitäten und Mehrfacherkrankungen einerseits und dem hektischen Betriebsalltag, Regulierungen sowie Kosten- und Produktivitätsdruck andererseits. All diese Dynamiken, Anforderungen und erlangten Fähigkeiten werden mit zunehmendem Mentoratsverlauf kombiniert.
- Zum andern geht es beim klinischen Mentorat um die Aneignung eines professionellen Verhaltens für eine fachlich überzeugende und menschlich empathische Beziehung zu den Patienten und Angehörigen und auch zu Akteurinnen entlang des Versorgungsverlaufes. Nur so können sich die klinischen Skills entfalten und zur Patientensicherheit beitragen. Die Tabelle 5 umfasst diese zwei Kompetenzkategorien:

Klinische Skills	Professionelles Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> - Korrekte und routinierte Anwendung von Untersuchungstechniken für Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts - Setzen von angemessenen Zielen für die Patientensituation und stetiges Anpassen der Ziele an anspruchsvollere Patientensituationen im Verlauf des Mentorats - Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen Symptomen, diagnostischen Massnahmen und Therapien bei somatischen, psychischen und kognitiven Risiken wie auch manifesten Anzeichen - Erkennen von Mustern und Ausprägungen von Symptomen, Zusammentragen und Interpretieren von Differenzialdiagnose und Assessmentdaten und Entwickeln von Arbeitshypothesen - Aufzeigen beweiskräftiger Entscheidungsfindung - Setzen von Prioritäten in der Behandlung und im Verlaufsplan und Wahl der korrekten Intervention(en) - Monitoring von instabilen Situationen und Vermeiden von Exazerbationen - Auf- und Ausbau kognitiver und psychomotorischer Fähigkeiten der Untersuchungstechniken 	<ul style="list-style-type: none"> - Achtsames Vor- und Nachbereiten von Begegnungen mit Patientinnen/Angehörigen - Reflexion professioneller Werte, Haltungen und des eigenen Verhaltens sowie klinisch-ethischer Fragen - Zielführendes Zeitmanagement, auch unter Zeitdruck - Fachliche Leadership im interprofessionellen Team - Gezieltes Navigieren von vorhandenen Ressourcen - Orientierung an Regularien und Standards - Kommunikation bei sensiblen Themen und krisenhaften Situationen - Präzise Dokumentation in der klinischen Fachsprache

Tab. 5: Klinische Skills und professionelles Verhalten als zentrale Inhalte im klinischen Mentorat

Anhand dieser Kompetenzkategorien zeigt sich die Kunst der Berufsausübung einer klinischen Pflegeexpertin MSc v. a. dann, wenn sie ihre kognitiven und empathischen Fähigkeiten, das psychomotorische Geschick und eine datenbasierte Entscheidung in einer Patientensituation ad hoc, vorausschauend und kommunikativ gewandt vereinen kann.

Didaktische Formate

Für das klinische Mentorat dienen didaktische Formate, bei denen der Komplexitätsgrad von Patientensituationen und auch Anforderungen an die klinischen Problemlösungen laufend erhöht werden (56). Klinische Mentoren lassen die Studierenden zunächst eine Patientensituation anhand von erhobenen objektiven und subjektiven Daten analysieren und mit ihren spezifischen Berufserfahrungen ergänzen und beurteilen. Danach stellen die Studierenden einzelne Beziehungen zwischen den gemachten Erfahrungen und den wissenschaftlich gesicherten Fakten her, und sie erläutern dazu den Know-how-Zuwachs aus dem klinischen Mentorat. Schliesslich diskutieren Mentorinnen und Mentees

zentrale Konzepte in der Patientenbetreuung (z. B. Palliation, Selbstmanagement, Partizipation) und verbinden so die praktische Erfahrung mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Das «Five-Step Microskills Model», auch als «One-Minute Preceptor (OMP)» bekannt, (57) bietet für diesen laufenden Kompetenzzuwachs fünf Stufen der Befähigung. Anhand der fünf zentralen Fragen in der Tabelle 6 wird das Vorgehen einer Lernsequenz zwischen Mentor und Mentee strukturiert:

Stufe	Inhalt	Zentrale Frage
1.	Auf individuelle Situation eingehen	«Was glauben Sie, was das Problem des Patienten ist?»
2.	Evidenz prüfen	«Warum denken Sie das?»
3.	Allgemeine Regeln lehren	«Wenn y geschieht, denken Sie an den Standard x.»
4.	Korrektes Handeln bekräftigen	«Sie haben xy sehr gut gemacht.»
5.	Fehler korrigieren	«Wenn y das nächste Mal geschieht, tun Sie x.»

Tab. 6: Befähigung auf fünf Stufen mit dem «Five-Step Microskills Model»

Zu diesem strukturierten Vorgehen gibt es bewährte Formate, z. B. das «Clinical Apprenticeship Model» (58) mit den folgenden graduell aufbauenden Stufen:

1. Mentees beobachten die Mentorinnen bei der klinischen Tätigkeit. Eine hilfreiche Methode dabei ist die «Thinking aloud»-Technik (59), bei der die Mentoren ihre Gedanken während des Arbeitens mit den Patientinnen laut artikulieren. So können die Studierenden den Gedankengängen folgen.
2. Mentees üben eine Aufgabe unter Supervision und erhalten konstruktives Feedback.
3. Mentees trainieren ihre Fähigkeiten und berichten ihren Mentoren in präziser klinischer Sprache.
4. Mentees übernehmen selbstständig Aufgaben mit und bei Patientinnen und fragen bei neuen Situationen gezielt ihre Mentoren, sie diskutieren spezifische Fragen aus ihrer eigenen Optik.
5. Mentees sind eigenständig fähig, Situationen in ihrem Berufsfeld zu meistern und diskutieren im interprofessionellen Team die Patientensituationen.

Diskutiert wird in jüngerer Zeit auch, ob Lernstunden in Simulationszentren an die erforderlichen klinischen Mentorsstunden angerechnet werden sollen, v. a. angesichts des Mangels an Praktikumsplätzen (60). Dies ist jedoch lediglich ergänzend zum Kompetenzerwerb mit realen Patientinnen gedacht und kann den direkten Kontakt nicht ersetzen.

Entrustable Professional Activities

Als Weiterentwicklung des CanMEDS-Modells, bzw. als Hilfestellung zur Überprüfung der Kompetenzen für die Berufsausübung, wird in Aus- und Weiterbildungen von Gesundheits- und Medizinalberufen vermehrt von «Entrustable Professional Activities» (EPA) gesprochen (61). Damit sind Aufgabenbündel gemeint, die im Berufsalltag oft ausgeübt werden und von klinischen Mentoren gut zu beobachten sind, sodass sie entlang des Kompetenzerwerbs darauf vertrauen können, dass ihre Mentees diese beruflichen Aktivitäten sicher und korrekt durchführen können. Das Konzept des Vertrauens für die eingeübte Berufsausübung ist ein zentrales Element. Dazu wurde ein fünfstufiges Vorgehen der Vertrauensbildung bei der Umsetzung der EPAs entwickelt (62):

Stufe	Vertrauenswürdige Durchführung der beruflichen Aufgabe
1	Beobachten ohne Ausführung (auch nicht bei direkter Supervision)
2	Durchführen mit direkter, proaktiver Supervision
3	Durchführung alleine mit Supervision in räumlicher und zeitlicher Nähe
4	Durchführung mit Supervision weiter entfernt, bzw. post hoc
5	Supervision durch den/die Mentee von jüngeren Studierenden/Kolleginnen

Tab. 7: Stufen zur Durchführung von «Entrustable Professional Activities»

In den vergangenen Jahren wurden schliesslich weitere Konzepte zum Gelingen des klinischen Mentorats diskutiert, die den personellen und betrieblichen Hürden besser gerecht werden sollen (49). Dazu gehört zum einen die Etablierung einer Akademie-Praxis-Partnerschaft, bei der zwischen Hochschulen und Leistungserbringern eine Arbeitsbeziehung und auch das Vertrauen für fachliche und betriebliche Fragen und Neuerungen aufgebaut wird. Ebenfalls gehört in grösseren Betrieben die Koordination der klinischen Mentorate dazu, damit der Aufwand und die Durchführung sowohl für die klinischen Mentoren als auch ihre Mentees koordiniert verlaufen. Dazu trägt z. B. eine betriebsinterne Buchungsplattform bei, in der das Angebot der klinischen Mentorinnen mit der Nachfrage der Mentees zusammengeführt wird.

Struktur

Die Struktur des klinischen Mentorats hängt von der curricularen Einbettung und von den zu erlangenden Kompetenzen ab. Zum einen – z. B. im oben genannten DAS ANP Plus – absolvieren die Mentees Praktika an verschiedenen Orten, an denen die klinischen Mentoren ihnen je spezifische Techniken oder Inhalte vermitteln, z. B. das geriatrische Assessment in einem Pflegezentrum oder die klinischen Überlegungen zu den langjährigen Patientenverläufen in

einer Hausarztpraxis. Zum anderen, z. B. im MScN-Schwerpunkt «Clinical Excellence», findet das Mentorat am Arbeitsort der MScN-Studierenden statt, weil der Studiengang berufsintegrierend ist. Die Mentees suchen sich deshalb am «Lernort Arbeitsort» langjährig erfahrene Ärztinnen und Ärzte, die sie auf dem Weg zur klinischen Pflegeexpertin MSc mit dem nötigen Know-how und den Erfahrungen begleiten. Denkbar ist aber auch, dass Studierende, die in einem Spital arbeiten, ein klinisches Mentorat in einem ambulanten Betrieb suchen, wenn sich der Ablauf dort besser eignet. Beispielsweise sind Kaderärztinnen auf chirurgischen Stationen oft nur schwer erreichbar, weil sie im Operationsaal oder in der ambulanten Sprechstunde arbeiten.

Klinische Mentoratspersonen

Zu Beginn eines Mentorats machen sich die klinischen Mentoren ein Bild der Kompetenzen ihrer Mentees und fragen sie spezifisch nach ihren Fähigkeiten, Unsicherheiten und Lücken. Anhand der Antworten setzen sie Ziele für das bevorstehende Mentorat. In diesem Prozess können die klinischen Mentorinnen auch das Zusammenhangswissen des klinischen Assessments mit der Pathophysiologie und Pharmakologie abfragen und Hinweise zur allenfalls nötigen Aktualisierung des Wissens geben. Auch die Studierenden identifizieren ihre Stärken und Defizite, insbesondere zur Handhabung der Untersuchungstechniken, verbunden mit der Interpretation der erhobenen Daten und Überlegungen zu medizinischen und pflegerischen Interventionen.

In den Anfängen des klinischen Mentorats in der Schweiz können aktuell drei Personengruppen Mentoratsaufgaben übernehmen:

- **Langjährig erfahrene Ärztinnen und Ärzte:** Primär sind dies Ärztinnen und Ärzte, bei denen Studierende ein Praktikum absolvieren, oder sie sind am Arbeitsort der studierenden Mitarbeitenden tätig. Idealerweise haben die klinischen Mentoren bereits Erfahrungen als Lehrärztinnen und -ärzte von Medizinstudierenden, so können sie auf mehrjährige Erfahrung im schrittweisen Vermitteln von klinischen Kompetenzen zurückgreifen. Ebenfalls ist es ideal, aber nur selten gegeben, dass diese ärztlichen Mentorinnen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Nurse Practitioners gemacht haben, z. B. während eines Auslandsaufenthaltes. Denn selbst wenn sich die Ärzteschaft auf das klinische Mentorat einlässt, kennt sie in der Regel das sich rasch entwickelnde Profil von klinischen Pflegeexperten MSc in der Schweiz nicht im Detail und muss zuerst ein Bild der «Next Generation»-Pflegerwissenschaft entwickeln (28).

- **Nurse Practitioners aus dem Ausland, die in der Schweiz arbeiten:** Allenfalls haben Studierende der Pflegewissenschaft Zugang zu einem der wenigen Nurse Practitioners, die aus den USA, Kanada oder anderen Ländern in die Schweiz gezogen sind und hierzulande fürs klinische Mentorat zur Verfügung stehen. Auch wenn ihre klinischen Befugnisse für die hiesige Berufsausübung rechtlich stark eingeschränkt sind, so können sie doch durch ihr Know-how für die Aus- und Weiterbildung einen deutlichen Mehrwert generieren.
- **Klinische Pflegeexpertinnen MSc, die in der Schweiz ausgebildet sind:** Schliesslich wird die Zahl der Absolventen von Aus- und Weiterbildungen mit klinischem Mentorat jährlich (langsam) steigen. Auch diese Personen können zunehmend das klinische Mentorat anteilig oder vollständig übernehmen.

Wie viele klinische Mentoratspersonen derzeit in der Schweiz nötig sind, hängt wesentlich von der Anzahl Studierender ab. Diese ist derzeit schwierig einzuschätzen. Bis Anfang 2018 waren es schweizweit geschätzt ca. 10 bis 15 Studierende pro Jahr. Die Anzahl wächst jedoch jährlich mit dem Beginn der neuen Masterstudiengänge im Herbst 2018 an der Universität Lausanne (63) und an mehreren Fachhochschulen ab Sommer/Herbst 2019. Die Zahl und der Anstieg hängen einerseits davon ab, wie stark die Profile der Absolventinnen in der Praxis nachgefragt sind, und andererseits, wie sich die klinische Ausbildung inkl. dem klinischen Mentorat mit ausreichenden Stunden in den Curricula strukturieren und finanzieren lassen.

Mentorat für Studierende der Pflegewissenschaft mit Berufserfahrung

Wenn Masterstudierende der Pflegewissenschaft bereits mehrere oder gar zahlreiche Jahre Berufserfahrung haben, resultiert daraus ein anderer Mentoratsbedarf als für Medizinstudierende oder Assistenzärzte frisch ab Staatsexamen. Diesen Unterschied bezeichnet ein ärztlicher Mentor einer MScN-Studentin als «interprofessionelles Experiment» und illustriert dies so:

«Eine Analogie gibt es in der Kommunikation: Das «thinking aloud» bei der Untersuchung, bei der diagnostischen Beurteilung und beim Therapieentscheid sowie die Instruktion und Supervision in der Untersuchungstechnik: Beide Tätigkeiten erfordern eine hohe Kommunikationskompetenz der angehenden Medizinerinnen oder Pflegeexperten. Die Unterschiede sind: Medizinstudierende sind mehr krankheitsbezogen, bringen mehr theoretisches Wissen mit und dursten nach praktischer Tätigkeit. Die Pflegeexpertin denkt bereits vernetzt, stellt kritische Fragen bzw. hinterfragt Prozesse. Dadurch kann sie neue, zusätzliche Aspekte in die Betreuung von Patienten – vor allem in komplexen Situationen – beitragen, was der Medizinstudent (und teilweise der Assistent in Weiterbildung je nach Ausbildungsstand) nicht kann.» (64).

Aus diesem Zitat geht auch hervor, dass die Berufsprofile der Medizin und der Pflegewissenschaft auf andere Ziele in der Patientenbetreuung ausgerichtet sind. Dies zu vermitteln dürfte im Zusammenhang mit dem klinischen Mentorat in der Schweiz in den nächsten Jahren eine ständige Reflexion erfordern, um die Berufsprofile zu schärfen.

Ärztliche Assistenz

Der an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW, Winterthur) seit 2017 angebotene Zertifikatskurs (Certificate of Advanced Studies, CAS) zur klinischen Fachspezialistin entstand in Zusammenarbeit mit dem Departement Chirurgie des Kantonsspitals Winterthur. Punktuell haben auch andere Spitäler oder Pflegeheime Tätigkeiten für ärztliche Assistenz definiert und delegieren etwa die Erfassung des Eintrittsstatus, teils das Durchführen von (postoperativen) Visiten, das Verfassen von Berichten und die Entlassung von Patienten.³⁰ Ein ärztliches bzw. klinisches Mentorat ist in der Weiterbildung bis Ende 2018 nicht integriert. Insofern unterscheidet sich die Weiterbildung nicht von anderen CAS-Angeboten an Fachhochschulen, die ein Modul klinisches Assessment ohne klinisches Mentorat enthalten (z. B. in Palliative Care, Onkologiepflege). Die Ärzteschaft engagiert sich während oder nach dem CAS zur klinischen Fachspezialistin ausserhalb des Curriculums mit einer «On-the-Job»-Instruktion zu klinischen Tätigkeiten (65), damit sie z. B. Aufklärungsgespräche vor geplanten Eingriffen durchführen oder den Austritt organisieren können. Die Ziele, Inhalte und der Umfang dieser Instruktion hängen von Ärztinnen und Ärzten am Arbeitsort der Studierenden ab und von den betriebsinternen Aufgaben, die an die ärztliche Assistenz delegiert werden. In den USA wird die

30 Exemplarisch erwähnt sei das Pflegezentrum Reusspark: www.reusspark.ch/pflege-und-betreuung/articles/medizin-und-diagnostik.

Rolle von Physician Assistants heute so definiert: «PAs are medical providers who diagnose illness, develop and manage treatment plans, prescribe medications, and often serve as a patient's principal healthcare professional.»³¹ In der Schweiz gibt es die berufliche Funktion mit dieser Reichweite der Berufsausübung bisher nicht.

4.4 Fortgeschrittene Berufsausübung von klinischen Pflegeexperten MSc

Parallel oder nachgelagert zu den pflegewissenschaftlichen Masterstudiengängen, die in der Schweiz seit rund 20 Jahren angeboten werden, sowie zu den neueren Aus- und Weiterbildungen mit klinischem Mentorat haben klinische Pflegeexpertinnen MSc zunehmend und pionierartig neue und innovative Positionen im Berufsfeld – ambulant wie auch stationär – erschlossen.³² Inzwischen entwickelte ein internationales Gremium mit mehrheitlich Schweizer Beteiligung auch einen Evaluationsrahmen, um diese vielfältigen Rollen in der Berufsausübung systematisch auswerten zu können (66). Dabei wurden Kriterien für die Einführung, die Umsetzung sowie die nachhaltige Etablierung der Rollen definiert. Diese verschiedenen Aufgaben und Rollen in der fortgeschrittenen klinischen Berufsausübung werden nun aufgezeigt.

Im stationären Bereich

Gemäss einer Umfrage unter Masterabsolventen (67) arbeiten über die Hälfte aller Pflegeexpertinnen in Krankenhäusern in unterschiedlichen Abteilungen von stationären Institutionen. In der Akutgeriatrie z. B. bieten sie nebst der betrieblichen Praxisentwicklung eine personenorientierte, erweiterte gerontologische Pflege an. Diese beschäftigt sich mit dem Management von Schmerzen, Demenz, Delir, Ernährung, Inkontinenz und Wunden/Dekubitus, aber auch mit der Förderung von Mobilität und der Sturzprävention. Oder sie fokussieren auf den fachgerechten Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten am Lebensende (Palliation) (68). Einige Pflegeexperten widmen sich spezialisierten Aufgabenbereichen, z. B. der Betreuung von Patienten mit Lungenkrebs auf onkologischen Abteilungen (69, 70), oder sie arbeiten an einem Epilepsie-Zentrum (71). In einer solchen Rolle der klinischen Pflegeexpertise MSc braucht es vertieftes klinisches

31 Details siehe: www.aapa.org/what-is-a-pa, Zugriff: 12.2.2019.

32 Dies zeigt auch die rege genutzte Stellenbörse des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft, wo monatlich mehrere neue Stellen an Hochschulen und in der klinischen Praxis aufgeschaltet werden. Details siehe: www.vfp-apsi.ch/aktuelles/stellenanzeiger, Zugriff: 31.5.2019.

und pharmazeutisches Wissen zu einem oder mehreren Krankheitsbildern, damit die Förderung des Selbstmanagements und letztlich der besseren Outcomes greifen. Zudem schulen und leiten sie Pflegefachpersonen im Team an, leiten Projekte, Fortbildungen und Teamsitzungen und beteiligen sich punktuell in Forschungsprojekten. Vereinzelt gibt es auch klinische Pflegeexpertinnen MSc in der stationären Langzeitpflege (72). Ihre Aufgaben umfassen insbesondere die Patientenbetreuung, z. B. zur Schmerzerfassung und -linderung, Erstversorgung bei Harnwegsinfekt sowie Beratungen von Heimbewohnern und deren Angehörigen zu spezifischen körperlichen, kognitiven oder psychischen Problemen. Nebst diesen klinischen Tätigkeiten sind sie oft auch für die Qualitätsentwicklung des Betriebs und die Fortbildung der Mitarbeitenden verantwortlich.

Im ambulanten Bereich

Die Anzahl der klinischen Pflegeexpertinnen MSc in der medizinischen Grundversorgung steigt laufend. Das Autorenteam schätzt die Zahl aufgrund diverser Projektarbeiten aktuell auf rund ein Dutzend Stelleninhaberinnen. Im Jahr 2011 wurde die erste klinische Pflegeexpertin MSc kurz nach dem Masterstudium im MediZentrum Schüpfen (BE), einem Zentrum mit allgemein- und spezialärztlichen, pflegerischen und physiotherapeutischen Leistungen, angestellt (73). Seit 2016 folgten Pilotprojekte in hauptsächlich ländlichen Regionen, die teils von den kantonalen Regierungen unterstützt und von Forschungsinstitutionen wissenschaftlich begleitet werden, wie z. B. das Projekt im Kanton Uri, in dem als Vergleich derzeit auch eine Hausarztpraxis in Bauma (ZH) evaluiert wird (74).

Die Rolle und Aufgabenbereiche der klinischen Pflegeexpertinnen MSc liegen in der medizinischen Grundversorgung primär in der Betreuung von älteren, dauerhaft und mehrfach erkrankten Patienten mit komplexen und mehrdimensionalen Bedürfnissen (75), sei dies in der Praxis oder bei Hausbesuchen. Dabei berücksichtigen sie die Perspektiven- und Akteursvielfalt (Angehörige, stationäre und ambulante Leistungserbringer, Kostenträger, Gemeinwesen etc.) und steuern den Prozess. Dabei sind neben gesundheitsfördernden und primärpräventiven immer auch sekundärpräventive Aspekte relevant, z. B. die Wohnverhältnisse und hier etwa die Lichtverhältnisse bei verminderter Sehkraft, um Stürze zu vermeiden. Die klinischen Pflegeexpertinnen MSc führen auch Visiten in Alters- und Pflegeheimen durch. Sie bieten Beratungsgespräche zur Stärkung der Medikamentenadhärenz und zur Förderung des Selbstmanagements an und übernehmen je nach Aufgabenprofil und Personalausstattung auch invasive Aufgaben wie Infusionen, Blutentnahmen, Wund-/Stoma-Management, Impfungen oder Ohrensäugungen. Sie führen Körperuntersuchungen oder einen Mentalstatus durch. Bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen, z. B. Fusschmer-

zen nach Fehltritt, führen sie ein initiales, klinisches Assessment durch und leiten erste Massnahmen ein (Röntgen, Labor etc.). In der kontinuierlichen Langzeitbetreuung von chronisch erkrankten Personen überprüfen sie auch Blutdruck- oder Blutzuckerwerte und passen ausgewählte Medikamentengruppen wie Schmerzmittel oder Diuretika selbstständig oder ggf. nach Rücksprache mit dem Hausarzt an. In mehreren Hausarztpraxen erfüllen sie zudem Aufgaben, für welche die Ärzte zu wenig Zeit und Kompetenzen haben, wie die Besprechung von Patientenverfügungen, ethische und psychosoziale Problemstellungen sowie praktische Tipps zur Bewältigung des Alltags, z. B. der Umgang mit Inkontinenz. Zudem führen sie Medikamenten-Checks durch, um die Patientensicherheit zu erhöhen.

In der medizinischen Grundversorgung nimmt die klinische Pflegeexpertin MSc somit eine Zwischenrolle und eine Brückenfunktion im interprofessionellen Team ein: Im Unterschied zu den medizinischen Praxisassistenten kann sie selbstständig(er) arbeiten und Hausbesuche übernehmen sowie insgesamt gemäss den Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW) Interventionen auswählen und evaluieren. Gegenüber der erfahrenen Hausärzteschaft gibt es fachliche und rechtliche Grenzen im Bereich komplexer medizinischer Diagnosen und der Einleitung entsprechender Therapien (76).

Seit einigen Jahren sind klinische Pflegeexpertinnen auch in der Spitex tätig, wobei dies nur einen kleinen Teil aller Pflegeexperten in der Schweiz ausmacht (3%). Einerseits geht es dabei um Aufgaben in der Teamleitung und -unterstützung, aber auch zu Hause bei Klientinnen. In der Funktion als klinische Pflegeexperten MSc arbeiten sie dann, wenn das bisherige Betreuungsteam fachlich an seine Grenzen stösst; zum Beispiel bei der Versorgung einer Patientin mit einer Tumorerkrankung im Endstadium oder mit mehreren, teils exazerbierenden geriatrischen Symptomen (77, 78). Sie dienen als Ergänzung zu bzw. als Bindeglied zwischen den Pflegefachpersonen HF oder BSc in der Spitex und den Hausärzten, Spezialistinnen und Apothekern. Durch ihre intensive klinische Ausbildung und die kommunikativen Fähigkeiten können sie in vielschichtigen Situationen für einen Rundumblick und somit für Orientierung und Sicherheit sorgen, insbesondere auch beim Zurechtkommen mit verschiedenen Therapien und Medikamenten (u. a. auch ein Abgleich mit der PRISCUS-Liste von ungeeigneten Medikamenten für ältere Menschen) (79). Konkret führen die klinischen Pflegeexpertinnen MSc ein geriatrisches Assessment durch, passen die Schmerzmedikation an, verabreichen Injektionen und Infusionen und besprechen Patientenverfügungen. Sie arbeiten so konsequent lösungsorientiert unter Beizung von Wissensquellen und Forschungsergebnissen (64). Weiter können

sie durch ihre evidenz-basierten Kenntnisse in Diabetes, Demenz oder Wundbehandlung Pflegesituationen von Klienten beobachten, einschätzen und optimieren. Durch regelmässige Kontrollbesuche und eine zeitlich und fachlich engmaschige Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen können sie ein optimales Pflegesystem aufgleisen und eine Betreuungskontinuität gewährleisten. Schliesslich sind sie auch massgeblich in optimierte Prozesse und Abläufe innerhalb des Betriebs und in der Qualitätssicherung sowie in der Weiterentwicklung der Spitexpflege involviert.

Grosses Potenzial besteht auch in ambulanten Walk-in-Kliniken: Es wird geschätzt, dass ca. die Hälfte aller Konsultationen von klinischen Pflegeexpertinnen MSc durchgeführt werden könnten. Durch diese Kompetenzen könnten sie vor allem Patienten mit Wunden, oberen Atemwegsinfekten, Ohrenschmerzen/Hörminderungen oder Harnwegsinfekten übernehmen (80).

Alle bisherigen Entwicklungen – und soweit vorhanden auch Evaluationsergebnisse – aus dieser Experimental- und Pionierphase dienen zukünftig der eidgenössischen und/oder selbstorganisierten Reglementierung der Berufsausübung von klinischen Pflegeexpertinnen MSc. Gleichzeitig bietet diese langjährige Testphase auch das Risiko von Unsicherheit und Friktionen, sowohl bei Fachpersonen aus anderen Gesundheitsberufen, bei Arbeitgebenden und nicht zuletzt bei Patienten und Angehörigen. Deshalb kommt der proaktiven und überzeugenden Kommunikation zu diesen Entwicklungen auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene grosse Bedeutung zu.

5 Interviewergebnisse zum klinischen Mentorat

Basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse der Experteninterviews lässt sich ein differenziertes Bild zum klinischen Mentorat und dessen Kontext nachzeichnen. Dazu gehören zunächst die Merkmale von klinischen Mentorinnen und ihren Mentees, ferner die Eckpunkte der Durchführung des Mentorats, seine betriebliche Einbettung und sein Nutzen, schliesslich die Konsequenzen für Praxis und Bildung wie auch für die benötigten Ressourcen.

5.1 Rolle der klinischen Mentoren

Die Erfahrungen mit dem klinischen Mentorat reichen in der Schweiz erst wenige Jahre zurück. Entsprechend ist die Rolle heterogen und noch wenig gefestigt. Zur Klärung der Rollen tragen Interviewdaten sowohl von hiesigen Ärztinnen und Ärzten als auch von ausländischen Nurse Practitioners bei, die die Schweiz aufgrund verschiedener Mandate kennen (siehe Tab. 1).

Rolle als Lehrende

Das Selbstverständnis der im Sample vertretenen ärztlichen Mentorinnen macht deutlich, dass die Weitergabe von Wissen und Erfahrung ein zentrales Merkmal ihrer Berufsausübung ist. Dies illustriert eine befragte Person so. **Zitat (H8)**³³: «Die Persönlichkeit des Arztes, Wissen weiterzugeben, ist absolut entscheidend.» Eine Person, die heute in leitender ärztlicher Position ist, erinnert sich, dass er «... bereits als Assistenzarzt sehr von nichtärztlichen Berufen profitiert» habe (**B2**). Insofern fördere er das Lernen bei angehenden klinischen Pflegeexpertinnen MSc, auch basierend auf seinen Erfahrungen vor 30 Jahren in den USA. Er engagiert sich für «... ein Lernen für ein hohes Mass an Selbständigkeit, das bringt viel zurück und gibt den Leuten eine befriedigende Position» (**B2**). Insofern schlägt eine befragte Person eine positive Selektion von klinischen Mentorinnen vor, die sich besonders engagieren möchten: «Man sollte mit wenigen Lehrärzten anfangen, denn wir brauchen die Motiviertesten am Anfang. Danach wird es einfacher.» (**W23**).

Eine befragte Person, die ebenfalls eine ärztliche Chefposition innehat, betont, dass er sich vor der Anfrage einige zentrale Fragen stelle, bevor er eine Mentoratsfunktion an ärztliche Mitarbeitende übertrage. **Zitat (H8)**: «Will die Person das? Ist es ihr wichtig? Ist die Person kompetent darin?» Einschrän-

33 Die Buchstaben und Zahlen zeigen die Codes für die interviewten Personen an.

kend sei dabei: «Wenn es der Person nicht wert ist, Wissen weiterzugeben, dann macht sie das auch nicht. Da nützt es auch nichts, wenn der Direktor dies vorgibt.» (H8). Insofern umfasst das Berufsethos zwar das klinische Mentorat, ein Mindestmass an Engagement muss jedoch vorhanden sein. Besonders in der fortgeschrittenen Laufbahn eines Arztes oder einer Ärztin wird klar, «... dass sie Bildungsaufgaben haben, und ob das für Assistenzärztinnen oder Pflegende ist, ist völlig egal.» (H8). Manche gehen gar noch weiter und vertreten die Meinung: «Mentoring ist ein zentraler Bestandteil jeder Kaderfunktion.» (B2).

Eine befragte Ärztin schränkt die Mentoratsrolle insofern ein, als eine Ärztin nicht die primäre Mentoratsperson von angehenden klinischen Pflegeexperten MSc sein könne, Zitat (S19): «... denn sie hat ja gar nicht dieselbe Berufsbiographie und Sozialisierung.» Sie spreche eher von Supervision in der Aus- oder Weiterbildung, damit die Studierenden die Techniken und Aufgaben gut und korrekt anwenden. Dies – so die befragte Person – sei dieselbe Funktion wie bei Assistenzärztinnen und -ärzten. Schwieriger oder gar unmöglich sei es hingegen, Unterstützung in der Rollenfindung zu geben.

In zwei Interviews zeigt sich, dass die Rolle als Lehrende oder Lehrender im Sinne einer «On-the-Job-Instruktion», als Vermittlung von selektiven klinischen Tätigkeiten an Pflegefachpersonen HF oder BSc in der Rolle der ärztlichen Assistenz wahrgenommen wird. Diese Vermittlung findet ausserhalb einer Weiterbildung, bzw. nur im Betrieb und mit klinikinternen finanziellen Mitteln statt. Zitat (R18): «Zwei oder drei zusammen kann man auch zusammen teachen und sie können sich gegenseitig weiterbringen. Eine alleine in einem neuen Job ist gefährlich.» Die Gefahr bestehe v. a. darin, dass diese Person – der Kontext ist hier die ärztliche Assistenz – mit niemandem einen Austausch zu den neuen Skills habe. Dazu gehören auch ausgewählte Untersuchungstechniken oder Verordnungsbefugnisse. Entsprechend sei der Beginn der Aufgabenteilung und Delegation zentral, um möglichst keine Einzelkämpfer zu haben. Zitat (R18): «Wenn diese erste Zelle funktioniert, kann man extrapolieren.» Das primäre Ziel der ärztlichen Assistenz ist die Delegation von bisher ausschliesslich ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen HF oder BSc. Federführend für diesen Wandel der beruflichen Tätigkeiten sind Kaderärztinnen im Topmanagement, die ausgewählte Aufgaben durch Delegation in ihrem Zuständigkeitsbereich neu verteilen.

Rolle als Coach

Eine befragte Person stellt aufgrund ihrer mehrjährigen Erfahrung in der Suche nach klinischen Mentoren bei der Ärzteschaft fest. **Zitat (K11)**: «Wir haben so ‹Champion-Personen›, die die Studierenden richtig gut betreuen.» Sie meint damit, dass die ärztlichen Mentorinnen den angehenden klinischen Pflegeexperten MSc auch für die Rollenfindung und die Position in der interprofessionellen Zusammenarbeit wertvolle Impulse geben. Ganz besonders vertritt auch diejenige Mentorin diese Position, die zuerst eine Pflegeausbildung absolvierte und dann ein Medizinstudium anschloss. Sie kennt die Denkweise der Ärzteschaft und sieht auch die Versorgungslücken, welche die klinische Pflegeexpertise füllen kann und muss. Sie spricht von einer «In-between-Funktion» (E5), die sie mit dem klinischen Mentorat fördert. Sie fordert die Studierenden auch explizit dazu auf, das klinische Know-how nicht nur für das Verständnis von Krankheiten und Medikamenten zu nutzen, sondern vor allem auch zugunsten der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Sie meint damit, dass sie ihre pflegerische Care-Arbeit nicht vernachlässigen sollten. Dazu ergänzt eine Person, die selber Nurse Practitioner ist, dass es im klinischen Mentorat nicht nur um die Fertigkeiten des klinischen Assessments und die immer wieder angesprochene Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten geht, sondern v. a. um die Rollenentwicklung auf Masterstufe, die eine bessere Patientenversorgung erlaubt. Insofern ist für sie das klinische Mentorat «... rather a means to the end, and not the end itself» (I9). Auch aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in den USA betont sie immer wieder, dass die Diagnostik und Therapie nur ein Teil des klinischen Mentorats seien, bzw. dass sie die Sicht auf den Patientenalltag im klinischen Mentorat und die Fragen, die dort angesprochen werden, in ihrer Rolle als Lehrende und Coach massgeblich fördert. **Zitat (I9)**: «What do patients really want and need? That is my focus.»

Rolle bei langjährig berufserfahrenen Mentees

Die befragten klinischen Mentorinnen und Mentoren berichten davon, dass ihre Mentees oft langjährige Berufserfahrung haben und dass sie sich im Gesundheitssystem sehr gut auskennen. Dazu gehören auch Kenntnisse zu den Werten und Normen der verschiedenen Berufsgruppen, und sie haben sich eine solide Vertrauensbasis geschaffen, insbesondere zur Ärzteschaft. Sie können für die Patientenversorgung auch auf ein Netzwerk von Kolleginnen inner- und ausserhalb von Institutionen zurückgreifen und so die Patientenprozesse gekonnt begleiten. Diese Navigationsfähigkeit im System zeigt sich daran, dass ein Mentor seine Mentee als «Kulturvermittlerin» (B2) bezeichnet. Sie sei im Verlauf des Studiums immer besser befähigt worden, mit ihren Vorkenntnissen und den zusätzlich erworbenen klinischen Kompetenzen Brücken zu bauen, die sowohl der

Pflege und Medizin als auch anderen Gesundheitsberufen die Kommunikation erleichtert und die Prozesse im klinischen Alltag verbessert und beschleunigt hätten.

Typisch für beruflich erfahrene Studierende ist auch, dass sie sich das klinische Mentorat aufgrund ihres betrieblichen oder beruflichen Netzwerks selber organisieren können und die Hochschule v. a. als Türöffnerin fungiert, die die nötige Information und Orientierung zum Berufsprofil bereithält, damit die von den Studierenden angefragten Mentoren zustimmen können. Insofern ist dieses Netzwerk auch eine Voraussetzung dafür, dass das klinische Mentorat bei guter Passung von Mentorin–Mentee zügig voranschreitet. **Zitat (J10):** «Das geht sehr schnell, denn sie sind hochmotiviert.»

Angesicht der langjährigen Berufserfahrung heutiger Studierender erwähnt eine befragte Person, die seit langem international in der Nurse-Practitioner-Ausbildung tätig ist, dass es für Studierende mit langjähriger Berufserfahrung oft schwierig sei, im klinischen Mentorat sowohl gegenüber Patienten und Angehörigen wie auch im Team oder in der interprofessionellen Zusammenarbeit wieder den Status einer Anfängerin zu haben. Sie seien in ihrer Berufstätigkeit oft sehr kompetent und ein angesehenes Teammitglied. In ihrem Land sprach man bei der schrittweisen Kompetenzerweiterung vom Bachelor zum Master deshalb auch begrifflich die stetig grössere Reichweite der Berufsausübung an. **Zitat (O15):** «We differentiated in the past the phases «extended», «expanded» and «advanced». ³⁴ It helps experienced nurse clinicians to recognize their way forward towards advanced clinical competencies.» Dieser prozesshafte Auf- und Ausbau der klinischen Pflegeexpertise dient langjährig erfahrenen Studierenden als Richtschnur. Den Wunsch nach laufend erweiterten klinischen Skills hat es gemäss einem langjährigen erfahrenen klinischen Mentor in den Pflegeberufen seit eh und je gegeben, bzw. von Personen, die fähig wären und mehr könnten, aber in der traditionellen «Box Pflege» an die Grenzen kommen (**B2**). Diese Personen hätten Frustrationspotenzial, wenn sie nicht gefördert würden und keine Perspektiven für ein höheres Mass an Selbständigkeit oder für andere Tätigkeiten erhielten. Es gelte, diese Personen zu selektieren. **Zitat (B2):** «Es braucht das Erkennen von Talenten. Das sind bis zu 10 % unserer Nurses.»

34 Diese laufend erweiterten klinischen Skills könnte man auf Deutsch so übersetzen: ausgedehnt, ausgebaut, fortgeschritten.

Schulung von klinischen Mentoren

Die Lehrpraktiker bzw. Lehrerinnen unter den befragten Personen, die für diese Funktion eine Weiterbildung absolviert haben, orientieren sich im klinischen Mentorat an Supervisionsstufen der praktischen Ausbildung von Medizinstudierenden oder Assistenzärzten. Je nach ihrer Einschätzung, ob die Arbeit bei Patientinnen korrekt geleistet wurde, ist der Schritt zur nächsten Stufe möglich, wobei dies je nach Schwierigkeitsgrad einer Situation zirkulär verläuft. **Zitat (F6):** «Beim Medizinstudenten ist es relativ einfach: Kann er eine Anamnese machen? Kann er die klinischen Untersuchungen? Zieht er die richtigen Schlussfolgerungen daraus? Ist er pragmatisch orientiert? Ist praktisches Talent vorhanden? Pragmatisches Vorgehen ist wichtig in der Hausarztpraxis. Sonst muss man ihn enger führen.» Ähnlich äussert sich eine befragte Person, die selber in universitärer Funktion in der Medizinausbildung tätig ist: Wenn das klinische Mentorat für klinische Pflegeexpertinnen MSc nachhaltig aufgebaut und etabliert werden sollte, brauche es für alle klinischen Mentoren eine Schulung. Einerseits könne so eruiert werden, wer dafür wirklich geeignet sei, andererseits könnten in der Schulung auch Informationen zu den Unterschieden der ärztlichen und pflegewissenschaftlichen Ausbildung integriert werden. Dies erläutert eine Person so. **Zitat (B2):** «Die Nurse Practitioner ist praxisnäher als der Assistenzarzt, aber auch weniger vertieft. Aber das ist halt ein anderes Curriculumziel.»

Um das Ziel der Aus- oder Weiterbildung für das klinische Mentorat bei Ärztinnen und Ärzten plausibel zu machen, damit sie sich zur Verfügung stellen und schulen lassen, muss «... ausreichend positives Messaging am Anfang stattfinden» (S19). Allerdings ist die Idee des klinischen Mentorats für viele noch fremd, und sie brauchen zuerst ein Bild einer klinischen Pflegeexpertin MSc. Dieses wiederum entsteht nur durch die Umsetzung, aus der Erfahrungen resultieren. Ohne dieses Bild im Kopf ist eine Umsetzung schwierig. **Zitat (R18):** «Diskutieren Sie das mal mit allen zum Voraus. Das interessiert ja gar niemanden zum Voraus.»

5.2 Strukturelle Merkmale

Aus den Interviewdaten wurden drei strukturelle Merkmale des klinischen Mentorats ersichtlich: Inhalte, Dauer und Ort.

Inhalte

Die erfahrenen Mentorinnen und Mentoren weisen darauf hin, dass das klinische Mentorat zunächst auf standardisierte Prozedere (Standard Operating Procedures, SOP) fokussieren sollte. Bei Studierenden im Spital seien dies z. B. Patienten mit elektiven Eintritten, bei Spitexmitarbeitenden seien es etwa Patientinnen mit vorhersehbaren Austrittssituationen aus dem Spital. **Zitat (I10):** «Ich lasse sie am Anfang die Anamneseübungen sehr ausführlich machen, damit sie auch keine Details übersehen.» So könnten die Studierenden Routine gewinnen, um die Körperuntersuchung und Anamnese, die diagnostischen und therapeutischen Prozedere sowie die klinische Fachsprache in der interprofessionellen Zusammenarbeit einzusetzen. Bei berufserfahrenen Studierenden kann dabei die Auswahl der Patienten gemeinsam anhand der Präferenzen der Studierenden stattfinden, damit sie gezielt und systematisch ihre Kompetenzen erweitern können. Es geht dabei v. a. darum, das teils fragmentierte klinische Wissen zu systematisieren. Dazu gehören auch Hinweise im klinischen Mentorat, die pathophysiologischen und pharmazeutischen Zusammenhänge korrekt und mit der Zeit immer rascher und routinierter erkennen und benennen zu können. Dabei stellt v. a. ein erfahrener klinischer Mentor fest, dass die Bedeutung der Pathophysiologie und der Pharmakologie noch deutlich ausgebaut und erweitert werden muss, um das nötige Niveau für die Patientenbetreuung zu haben. **Zitat (D4):** «Sie sind zum Teil ausgebildet auf einer ganz breiten Achse, die z. T. gar nicht in die Grundversorgung passt. Und die clinical skills lernen sie rudimentär, sind nicht anwendbar und es ist kein Erfahrungsschatz darin, auch zu wenig fürs Krankheitsverständnis und für Pharmakotherapie.» Um dies aufbauend zu gewährleisten, wählen die klinischen Mentorinnen für ihre Mentees nach den standardisierten Prozessen allmählich komplexe Patientensituationen, bei denen auch Multimorbidität, Hochaltrigkeit, soziale Benachteiligung sowie weitere Herausforderungen vorkommen sollten. **Zitat (I9):** «This complexity level is required for NP level nursing.» Dazu erwähnen die befragten Personen auch, dass die Routine für die generalistische Tätigkeit schwieriger zu erreichen ist, denn sie muss bei einem breiten Spektrum von Krankheitssituationen erlangt werden, was innerhalb des Studiums nur schwer erreichbar ist. Aber, **Zitat (D4):** «Demographisch gesehen braucht es am meisten Generalistinnen.» Die Spezialisierung mit weniger Heterogenität im Krankheits- und Symptomspektrum, die in Spitälern und Spezialarztpraxen häufiger ist, bietet mehr Möglichkeit für die Routine, jedoch in einem begrenzten Fachgebiet.

Sowohl bei mehr generalistisch als auch eher spezialisierten Arbeitsfeldern setzen die Mentoren und ihre Mentees zu Beginn eines Semesters oder Moduls Nah- und Fernziele, um Inhalte so auch variieren zu können. Dies ist in einem grösseren Spital möglich, in dem sich Studierende aus verschiedenen Studiengängen mit klinischem Mentorat bei einem Tutoriatsteam in regelmässig stattfindenden Zeitfenstern anmelden können. **Zitat (P16):** «Also die Studierenden kommen im Rahmen des Masterstudiengangs mit Inhalten auf die Tutoren zu.» Hier wird deutlich, dass die Studierenden auf Masterstufe proaktiv auf Mentorinnen zugehen und sich ihre Trainingsmöglichkeiten erschliessen.

Schliesslich stellt sich die Frage der inhaltlichen Kontinuität des klinischen Mentorats, bzw. ob die Mentoratsperson konstant bleibt und so die praktische Kompetenzentwicklung der Mentees unmittelbar beobachten kann. Diesbezüglich weist eine befragte Person darauf hin, dass ihr eine hochprozentige klinische Mentoratsfunktion, für die sie sich einige Monate zur Verfügung gestellt hatte, zu langweilig wurde. Deshalb wechselte sie mehr in die Patientenversorgung, was jedoch in Kontinuitätsunterbrüchen resultierte. **Zitat (J10):** «Als ich dann auch selber Patienten betreute, wurde es schwieriger, weil ich dann in meiner Arbeit unterbrochen wurde, manchmal gerade in heiklen Phasen. Wenn ich dann nicht gehen konnte oder nicht da war, dann haben sie [die Mentees] jemand anderen angerufen.»

Dauer

Wie hoch der Bedarf an Stunden und wie lange die Dauer des klinischen Mentorats sein soll, lässt sich aus den Interviewdaten nicht abschliessend eruieren. Dazu sind die Erfahrungen noch zu wenig lang und kaum evaluiert. Die Dauer des klinischen Mentorats wird im Wesentlichen von der jeweiligen Hochschule festgelegt und ist abhängig vom Aufbau des Curriculums und vom Ablauf des Mentorats. Eine allgemeine Orientierung bieten die Aussagen von befragten Personen, die mit dem Modell der ärztlichen Praxisassistenten vertraut sind, d. h. der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten in der Hausarztmedizin während rund 6 Monaten. Allerdings unterscheidet sich dieses Format insofern, als die Inanspruchnahme der Praxisassistenten ein abgeschlossenes Medizinstudium und den Beginn der ärztlichen Weiterbildung bedingt, hingegen ist das klinische Mentorat bereits innerhalb des Masterstudiengangs angesiedelt. **Zitat (G7):** «Denkbar wären aber auch neue Anstellungsformen, wenn es der Sache dient, z. B. Teilanstellungen im Spital mit klinischem Mentorat und in der Spitex ohne Mentorat.» Die Frage ist auch, wie intensiv das klinische Mentorat während des Studiums zu durchlaufen ist, bzw. ob es zeitlich weniger intensiv ist, aber dafür länger dauert, um so die nötige Lernzeit zu ermöglichen. Einen Hinweis dazu

gibt eine Hausärztin mit Erfahrung als klinische Mentorin. **Zitat (E5):** «Mit einem halben Tag [Anwesenheit in der Praxis] ist die Aufteilung besser, weil Studierende besser vor- und nachbearbeiten können als bei einem ganzen Tag. Der ist sehr voll, sodass man kaum alle Erkenntnisse aufnehmen kann.»

Ort

Ein beeinflussender Faktor ist auch, ob das Mentorat nur vor Ort in der unmittelbaren Patientenbetreuung stattfinden kann oder ob auch virtuelle Antworten der klinischen Mentorinnen an ihre Mentees Platz haben. Letzteres erwähnte eine befragte Person, die selber ein klinisches Mentorat organisiert. **Zitat (K11):** «Es muss auch möglich sein, Fragen via Mail, Skype oder Telefon zu beantworten. Nicht immer ist der persönliche Kontakt möglich.» Zudem ist je nach Vorkenntnissen im klinischen Assessment das Voranschreiten im Kompetenzzugewinn unterschiedlich rasch möglich. Ebenfalls ist relevant, ob die Studierenden Teilzeit oder Vollzeit studieren und ihnen so in ihrer Berufspraxis ausserhalb des klinischen Mentorats entsprechend viel oder wenig Zeit für das Training der neuen Kompetenzen zur Verfügung steht, sodass sie mehr oder weniger Routine gewinnen.

Bezüglich des Ortes bzw. des klinischen Settings des Mentorats gehen die Meinungen der befragten Personen auseinander. Einerseits wird das klinische Mentorat in einer Hausarztpraxis als ideal dargestellt. **Zitat (D4):** «Hier lernt man am besten alles Mögliche kennen. Oft ist es ja auch nicht planbar.» Deshalb können generalistische klinische Fragen hier am besten bearbeitet werden, und der Handlungsspielraum ist grösser als in Spitälern. Hier werden Gruppenpraxen als idealer als Einzelpraxen beschrieben. Denkbar wäre allerdings auch, dass sich mehrere Arztpraxen zusammen das klinische Mentorat aufteilen. **Zitat (G7):** «So kann auch der Austausch innerhalb der Praxen gefördert werden, wobei ein Arzt den Lead für das Mentorat übernimmt.» Generell wird von den befragten Personen im Sample der Bedarf für klinische Pflegeexperten MSc in der ambulanten Versorgung betont, v. a. von behördlicher und gesundheitsökonomischer Seite. **Zitat (M13):** «Wenn es einen Mehrwert für die Kantone bringt, sind sie auch bereit etwas zu bezahlen.» Das Spital ist für mehrere befragte Personen naheliegender als Ort des Mentorats, weil die hochschulische Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen traditionell eher an Spitälern stattfindet und die Ausbildungsfunktion im klinischen Alltag weitgehend bekannt ist.

5.3 Betriebliche Einbettung

Die betriebliche Einbettung des klinischen Mentorats ist bei den Leistungserbringern sehr heterogen. Die Aussagen der befragten Personen sind entsprechend breit gefächert und auf unterschiedlicher Ebene angesiedelt: die Mikroebene in der unmittelbaren Interaktion zwischen klinischer Mentorin und Mentee, die Mesoebene in der Organisation des Betriebs und die Makroebene mit den Veränderungen v. a. in der ländlichen Grundversorgung, in der zukünftig eine veränderte Arbeitsteilung und Zusammenarbeit nötig sind.

Mikroebene

Ein Mentor einer Grundversorgerpraxis, der seit mehreren Jahren Erfahrung im klinischen Mentorat von Pflegeexperten hat, ging die Entwicklung sehr pragmatisch an. **Zitat (D4):** «Wir sind kein Ausbildungsbetrieb, wir orientieren uns an der Versorgungsnotwendigkeit.» Dazu wägt er einerseits den Versorgungsbedarf für die individuelle Patientensituation ab und andererseits, welche Kompetenzen und Berufserfahrung eine Studentin mitbringt. Da sie keine Lehrinstitution seien, hätten sie freie Hand gehabt, die Kompetenzen und den Handlungsspielraum kontinuierlich auf- und auszubauen. So habe sich ergeben, dass Hausbesuche ein sinnvolles Aufgabengebiet im direkten Kontakt mit Patientinnen und Angehörigen geworden seien. Dabei seien Sicherheit und Kompetenzbereiche kontinuierlich gewachsen.

Bei dieser Entwicklung müssten – so eine befragte Person mit langjähriger Mentoratserfahrung – die klinischen Mentoren aufmerksam sein und das theoretische Wissen und die praktischen Erfahrungen gut überblicken. **Zitat (H8):** «Die Grenzen für die Aufgaben von klinischen Pflegeexpertinnen MSc werden in der direkten Patientenarbeit gesetzt. Den theoretischen Background bringen sie mit, sie lesen Fachbücher und sind hochinteressiert. Danach ist die Umsetzung in der Praxis und bei den Patienten: Was ist ein akutes Abdomen? Was ist das für ein Hautausschlag? Da braucht es einfach Klinik, und hier greift das Mentorat.»

Mesoebene

Die betriebliche Organisation des klinischen Mentorats wird von verschiedenen befragten Personen angesprochen, dabei zeigen sich unterschiedliche Herangehensweisen. In einem grösseren Spital werden Mentorate nur von Oberärzten bzw. leitenden Ärztinnen übernommen, da dies die nötige Qualitätssicherung biete. Gleichzeitig werden die Mentorate von einem Team geleistet, in dem auch klinische Pflegeexperten MSc tätig sind. Dieses Team, einschliesslich einer pensionierten Mentoratsperson, bietet in regelmässigen Abständen Mentorats-

stunden an, zu denen sich Bachelor- und auch Masterstudierende sowie auch Absolventinnen auf einem Zeitplan einschreiben können. **Zitat (P16):** «Vorrang haben die studierenden Mitarbeitenden, die in unserem Spital arbeiten. Das ist gut für unsere Patienten, aber auch ein Anreiz, uns als attraktiven Arbeitgeber zu positionieren.» Diese Termine seien sehr gut besucht, sodass die Suche nach geeigneten Mentorinnen und auch Räumen aufwendig seien.

Einen anderen Weg geht eine grosse Grundversorgerpraxis, in der Pflegefachpersonen angestellt sind. Ein Arzt in Kaderfunktion ist jeweils für einen Tag für das klinische Mentorat beauftragt, was die Planung vereinfacht. **Zitat (H8):** «Jeden Tag ist ein Arzt eingeteilt für die Pflege. Er ist 100 % abrufbar. Dann genügt ein Telefon. Das muss sehr niederschwellig sein, und das möchte ich auch.» Mit einem ähnlichen System der «Flying Docs» (I10), die pro Tag eingeplant sind, arbeitet eine andere grosse Grundversorgerpraxis. Inwiefern solche Ärztinnen auf Abruf von den Pflegefachpersonen zugezogen werden, hängt auch vom Habitus des jeweiligen Arztes ab, wie er sein Wissen weitergibt. **Zitat (H8):** «Wir haben etwa 30 Ärzte, die für diese Aufgabe zuständig sind. Sie sind sehr unterschiedlich in der Bereitschaft, Wissen weiterzugeben. Das kann auch zum Qualitätsproblem werden. Je mehr sie Wissen weitergeben, umso mehr werden sie auch geholt.» Diese Haltung wird von einem Mentor in hoher Kaderposition insofern unterstützt, als er die Leitung Pflege und Medizin für die Verantwortung des klinischen Mentorats in die Pflicht nimmt. **Zitat (B2):** «Es muss einfach oben angesiedelt sein.»

Zwei befragte Personen reflektieren im Interview auch darüber, weshalb das klinische Mentorat nicht zum Aufgabenspektrum der Berufsbildnerinnen im Betrieb gehört. **Zitat (W23):** «Bei der HF oder im Bachelorstudium gibt es in unserem Spital einen Ausbildungsauftrag und Zeit, die dafür definiert ist. Das müsste auch für das ANP-Mentoring eingesetzt werden.» Dann, so schlussfolgert die befragte Person, wäre das klinische Mentorat selbstverständlich im Betrieb verankert. Zudem würde diese Integration in den «Dritten Lernort» zum Profil von Fachhochschulen passen, die auf der Berufsbildung aufbauten. Insofern sollten sich – so eine weitere befragte Person – Betriebe und deren Ausbildungsverantwortliche auch für Studierende der Masterstufe von Gesundheitsberufen engagieren, bzw. hier die nötigen Strukturen für deren praxisbezogene Ausbildung im Betrieb aufbauen.

Makroebene

Dass das klinische Mentorat in der medizinischen Grundversorgung angesiedelt sein sollte, sieht eine befragte Person einer Krankenversicherung als Mehrwert für ländliche Regionen. **Zitat (A1)**: «Es ist daher wichtig, dass Leute ausgebildet werden, die zwischen den Grundversorgern Arztpraxis und Spitex generalistisch ausgerichtet sind.» Inwiefern die Politik bzw. die Gesundheitsbehörden für die medizinische Grundversorgung Anreize für das klinische Mentorat bieten, wird kontrovers beschrieben. Zum einen wird die kantonale oder kommunale Steuerung als nicht notwendig oder gar als «verlorene Zeit» bezeichnet (D4), denn die Grundversorger hätten selber genügend Ideen und Möglichkeiten, um dies eigenständig zu tun. Zum anderen wirkt eine moderne Gesetzgebung fördernd, damit Behörden diese Möglichkeiten initiieren und an die Grundversorger herantragen können, v. a. in ländlichen Regionen. **Zitat (G7)**: «Wir haben das nötige Gesundheitsgesetz dazu, um dies zu fördern.»

5.4 Aufwand, Finanzierung und Nutzen

Diverse Aussagen zum Aufwand, zu den Kosten und zur Finanzierung des klinischen Mentorats zeigen das Spannungsfeld zwischen der hitzigen Kostendiskussion in der Gesundheitsversorgung einerseits und dem Bildungs- und Entwicklungsbedarf für neue Berufsprofile andererseits.

Aufwand

Angesichts der langsam zunehmenden Anzahl von klinischen Aus- und Weiterbildungen der letzten Jahre und entsprechend dem steigenden Bedarf des klinischen Mentorats braucht es für die kommenden Jahre ein höheres Investment der Ärzteschaft. Dies betont auch eine befragte Person. **Zitat (E5)**: «Es braucht einen Initialaufwand.» Wenn diese Anfangsphase gut strukturiert und inhaltlich gut gefüllt ist, nimmt der Aufwand je nach Lern- und Mentoratserfolg bei den einzelnen Studierenden ab. **Zitat (B2)**: «Die Entwicklung geht sehr schnell, es braucht nicht einmal ein Jahr, aber kommt auch auf die Person an.»

Der Aufwand für das Mentorat bezieht sich einerseits auf die Stunden, die geleistet werden müssen, und andererseits auf die Verlangsamung des klinischen Alltags. Bezüglich des Stundenaufwands zeigt sich, dass die Bereitschaft, diesen zu leisten, einerseits vom Goodwill einzelner Personen oder Betriebe abhängt, andererseits auch davon, inwiefern der Aufwand finanziert ist bzw. als Teil der Anstellung verstanden wird. Dies illustriert eine befragte Person aus einem Spital so. **Zitat (W23)**: «Die Ausbildung soll stellenmässig ausgewiesen werden können. Zurzeit ist es

hobbymässig.» Deshalb sei sie im Dilemma, weil sie die Aufgabe zwar gerne übernehmen würde und so Nachwuchsförderung betreiben könnte. Aber in ihrem eng getakteten Alltag der Patientenbetreuung habe sie kaum Zeit. Zudem könne sie nicht mehr Zeit für diese Aufgabe investieren, da sie keine Überzeit machen dürfe.

In einem grossen Spital wird der Aufwand nur schon für Bachelorstudierende, für die das Spital aus eigener Initiative ein Tutorat eingerichtet hat, so ausgewiesen. **Zitat (P16):** «Zwei von vier Oberärzten unseres Departements sind an den zwei Nachmittagen alle zwei Wochen mit den Studierenden beschäftigt. Das Alltagsgeschäft geht nebenher, da wird niemand zusätzlich eingestellt.» Die Master- und Weiterbildungsstudierenden kommen noch hinzu. Die Ausbaumöglichkeiten seien jedoch sehr limitiert, u. a. wegen fehlender Räume, aber auch, weil andere Aktivitäten Vorrang hätten, z. B. die klinische Ausbildung der Medizinstudierenden oder die Forschung in universitären Einrichtungen.

Schliesslich lässt sich gemäss einer befragten Person der Aufwand fürs klinische Mentorat deshalb nicht genau quantifizieren, weil es in die ärztliche Alltagsarbeit integriert ist. **Zitat (E5):** «Das läuft ja wie mit, ich arbeite ja parallel.» Zudem lösen die erlangten Kompetenzen der angehenden klinischen Pflegeexpertinnen MSc einen – durchaus erfreulichen – Folgeaufwand aus, wie eine Person feststellte. **Zitat (H8):** «Der Aufwand für die Person in der MScN-Ausbildung ist nicht kleiner, weil sie schon mehr weiss, sondern weil sie viel mehr Fragen stellt.»

Finanzierung

Die befragten Personen zeigen Möglichkeiten der Finanzierung des klinischen Mentorats auf, teils unter der DRG-Finanzierung im Spital und teils unter der Tarifierung im ambulanten Bereich. In Ersterer hätten die Spitäler Spielraum im Rahmen ihrer Jahresbudgets, in Letzterer gebe es Grauzonen wegen der Einzelleistungen im TARMED, der nicht für andere Berufsgruppen ausserhalb der Ärzteschaft vorgesehen sei.

Zur Finanzierung des klinischen Mentorats im ambulanten Bereich spricht eine befragte Person die folgende Möglichkeit an. **Zitat (G7):** «Wenn die öffentliche Hand überzeugt ist, dass es ein zukunftsorientiertes und nachhaltiges System ist, dann könnte die Finanzierung wie bei der Praxisassistenten laufen.» Hier sei je nach kantonaler Regelung zu prüfen, wie die bestehenden Bestimmungen der ärztlichen Praxisassistenten für andere Berufsgruppen ergänzt oder geändert werden müssten. Denkbar sei auch, dass Kantone oder Gemeinden mit den jeweiligen Arztpraxen eine Vereinbarung eingehen, um den Ertragsausfall, der durch das klinische Mentorat resultiere, z. B. als Pauschale zu entschädigen. Dies seien

seines Wissens überschaubare Beträge, solange die Zahl der interessierten Studierenden noch klein sei. Generell, so schätzt es eine weitere befragte Person, braucht es einen Leidensdruck für neue Berufsprofile in der Gesundheitsversorgung. **Zitat (F6):** «Erst wenn ein Versorgungsengpass da ist, beginnen die Kantone oder Gemeinden zu bezahlen.»

Innerhalb von Betrieben gebe es die Möglichkeit der paritätischen Finanzierung durch die Budgets der Pflege- und Arztdienste. **Zitat (B2):** «Wichtig ist, dass es in die Ärzteschaft integriert ist. Die Verantwortung bleibt bei der Ärzteschaft. Das wäre nicht dasselbe, wenn die Person der Pflege unterstellt wäre. Die Akzeptanz ist grösser, auch die Bereitschaft, und die Anschubfinanzierung ist am besten mit paritätischer Finanzierung, geteilt durch Pflege und Medizin.» Dabei gelte es auch zu überlegen, ob die angehenden klinischen Pflegeexperten während der Aus- und Weiterbildung im ärztlichen Dienst angestellt sein sollten, damit das klinische Mentorat unkompliziert organisiert werden könne. Bei dieser betrieblichen Zuordnung sei auch die Akzeptanz bei der Ärzteschaft einfacher zu erreichen. Für manche Aus- oder Weiterbildungen ist es auch möglich, ein Stunden- oder Praktikumshonorar für die klinischen Mentorinnen zu bezahlen. **Zitat (K11):** «Wir bezahlen aber nicht mehr als CHF 2000 für das klinische Mentorat. Das ist ein kleines Honorar für die Aufgabe im Praktikum, die übernommen wird.» Gemäss den Nurse Practitioners bzw. Vertretern ausländischer Hochschulen im Sample wird das «clinical preceptorship» nicht vergütet. **Zitat (I9):** «We just never had a payment, it is just normal practice for us. But it is challenging to find placements and to count on altruism and goodwill from our colleagues. We need an excellent network with clinical sites.»

Auch in der Bildung macht eine befragte Person Effizienzpotenzial aus, die zur Finanzierung beitrage, bzw. er verweist auf die interprofessionelle Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen. **Zitat (U21):** «Wenn verschiedene Berufe sowieso dasselbe wissen müssen, warum muss man sie dann 3x1 Std. teachen, wenn man sie auch alle drei gemeinsam teachen kann? Dann wissen die anderen auch voneinander, es geht für mich in diese Richtung.»

Schliesslich seien der Aufwand und die Finanzierung auch in Relation zur Qualität und zum Ergebnis des klinischen Mentorats zu setzen, denn – so die Aussage einer befragten Person. **Zitat (M13):** «Durch das Mentorat entwickelt sich mehr Vertrauen der Ärzte in die Kompetenzen von Pflegeexpertinnen. Deshalb erhöht sich das Zutrauen, und daraus ergibt sich in der Zusammenarbeit eine neue Aufgabenteilung.» Eine andere befragte Person bringt den Aufwand zur Sprache und deutet gleichzeitig einen Nutzen für ihre Mentoratsarbeit an. **Zitat (E5):** «Ich

gebe den Mentees während dem Mentorat eine Aufgabe, dann braucht das zusätzliche Zeit und ich sitze abends länger am Schreibtisch. Aber ich bin dadurch vielleicht auch aufmerksamer für gewisse Sachen.»

Finanzierung der Leistungen von klinischen Pflegeexpertinnen MSc in der fortgeschrittenen Berufsausübung

Obwohl das vorliegende Projekt auf das klinische Mentorat fokussierte, gab es in den Interviewdaten doch verschiedentlich Hinweise auf die Finanzierung von Leistungen der klinischen Pflegeexpertinnen MSc nach der Aus- und Weiterbildung bzw. für die Berufsausübung. Dies bezieht sich sowohl auf die Finanzierung der Leistungen im Spital als auch in der ambulanten Versorgung, obwohl erstere durch die pauschalierte Spitalfinanzierung mehr Handlungsspielräume ermöglicht, letztere hingegen durch Einzelleistungstarife beschränkt ist. Gemäss den befragten Personen handelt es sich bei den Anstellungen in einer Arztpraxis bzw. in der medizinischen Grundversorgung immer um ein Teilzeitpensum, weil die Stelleninhaberinnen entweder noch eine Weiterbildung absolvieren, wegen der Familie kein Vollzeitpensum möchten oder weil ein Teilzeitpensum generell ihrem Lebensentwurf entspricht.

Eine befragte Person illustriert die Frage der Tarifierung für ambulante Leistungen so. **Zitat (A1)**: «Der Tarif muss wirtschaftlich und datenbasiert sein. Das heisst, man muss die Datenbasis oder das Geschäftsmodell zuerst kreieren. Das ist aber tägliches Brot für die Versicherungen, die auch andere Gesundheitsberufe tarifieren (berechnen, schätzen, evaluieren). Die Versicherer würden bestimmt Hand bieten, wenn ein Leistungserbringer anfragt, gute Ideen bringt. Da muss man einfach mal beginnen.» Seitens Krankenversicherung steht primär die Qualität im Zentrum, sodass die Nutzung des TARMED für die aktuelle Experimentierphase gewissermassen toleriert ist, wenn damit Verbesserungen in der Leistungserbringung erzeugt werden. Besonders pragmatisch sieht dies eine befragte Person. **Zitat (F6)**: «Drei bis vier Ärzte könnten gemeinsam eine Pflegeexpertin anstellen.» Die Finanzierung dazu wäre via TARMED über Effizienzgewinne und reibungslose interprofessionelle Kommunikation denkbar. Einen anderen Ansatz verfolgt ein Zentrum der medizinischen Grundversorgung. Die Finanzierung findet durch eine Querfinanzierung von technisch besser bezahlten TARMED-Positionen statt, was v. a. in grösseren Grundversorgerpraxen möglich ist. Dazu beschreibt eine befragte Person die Finanzierung der klinischen Pflegeexpertin MSc so. **Zitat (D4)**: «Das lohnt sich nur, wenn das Versorgungsmodell so ist, dass du in gut bezahlten Tarifstrukturen des Arztes arbeiten kannst. Durch den Shift im Grundversorgermodell hin zu mehr Diagnostik und Spezialärzten in unserem Zentrum bin ich in die technischen Bereiche hineingerutscht, wie

Endoskopie, Ultraschall. Die sind gut bezahlt, sonst wäre dies gar nicht möglich gewesen.» Damit verbunden sind auch erweiterte Kapazitäten, z. B. indem der klinische Pflegeexperte MSc Hausbesuche macht oder Visiten im Pflegeheim und so die ärztliche Sprechstunde nicht unterbrochen wird.

Chancen der Finanzierung bestehen auch dann, wenn diese in einem Projekt eruiert und evaluiert werden. Dazu denkt eine befragte Person nicht in Tarmed-Dimensionen, sondern an ein individuelles Globalbudget, das mit Krankenversicherern auszuhandeln ist. **Zitat (X24):** «On a besoin d'un tarif ouvert pour un nombre très limité, 10, 20, 30, de patients agés et aigus.» Eine andere befragte Person erwähnt ebenfalls, dass der klassische Einzelleistungstarif nicht die Lösung sein könne, sondern, **Zitat (M13):** «Das müsste in Pauschalen möglich sein, Jahres- oder Kopfpauschalen. Diese Pauschale muss diese speziell qualifizierten Pflegeexpertinnen einberechnen.» Überzeugend wäre auch, wenn die klinischen Pflegeexpertinnen MSc Versorgungslücken oder -defizite aufzeigen, für die sie eine Qualitätsverbesserung erbringen können. Wenn es dafür keine enorme Mehrleistung braucht, dann dürfte es – so wird unter vorgehaltener Hand aufgezeigt – auch etwas mehr kosten. Am allerwichtigsten sei aber, **Zitat (A1):** «Eine neue Berufsgattung on top [zu anderen Leistungserbringern], die Mehrkosten generiert, das wäre der Tod des Modells.»

5.5 Nutzen und Risiken

Eine eigentliche Kosten-Nutzen-Analyse aufgrund der erweiterten Kompetenzen liegt gemäss den befragten Personen bislang nicht vor, bzw. dazu wäre eine genügend grosse Anzahl Personen mit durchlaufenem klinischen Mentorat und entsprechender Berufsausübung im Arbeitsmarkt nötig. Allerdings gibt es in den Interviews diverse Hinweise zum Nutzen der im klinischen Mentorat bzw. in der dazugehörigen Aus- oder Weiterbildung erlangten Kompetenzen. Dabei wird der Nutzen auf vier Ebenen ersichtlich: Patienten, Betrieb, Mentorinnen selber und Gesundheitssystem.

Der **Nutzen für Patienten** lässt sich einerseits durch eine erhöhte Patientensicherheit erkennen. **Zitat (E5):** «Da gucken zwei Augen drauf, die wollen etwas lernen. Ich wäre zwar schneller, hätte aber möglicherweise auch etwas übersehen.» Auch die verringerte Wartezeit auf der Bettenstation und die bessere Kontinuität auf der Chirurgie oder in der Walk-in-Klinik werden wegen der ärztlichen Assistentinnen hervorgehoben. Zudem können Hausbesuche ein grosser Nutzen sein, v. a. für Patienten mit Gehbeeinträchtigung oder im schlechten Wetter im Winter.

Für den **Nutzen für den Betrieb** verweist eine befragte Person auf den zunehmenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern, indem innovative Angebote als Anreiz relevant(er) werden. **Zitat (M13)**: «Wenn ein Wettbewerbsvorteil besteht mit der Ausbildung der Person, dann bestehen gute Chancen, die Kosten dafür von den Praxen oder Spitälern zu übernehmen.» Auch die Delegation v. a. bei der Ärzteschaft auf der Chirurgie gilt als betrieblicher Nutzen. **Zitat (R18)**: «Im Prinzip sollte sie [die ärztliche Assistenz] auf der Abteilung alles machen können wie ein Assistenzarzt.» Damit könnten Überstunden von Assistenzärztinnen vermieden werden, und sie hätten mehr Zeit für ihre Weiterbildung. Erwähnt wird dazu auch, dass dies auf Kosten von Assistenzarztstellen gehen könne, aber dafür – auch dies ein Nutzen – neue Formen der Arbeitsteilung mit sich bringe. Diese Arbeitsteilung setzt ein Grundprinzip der Interprofessionalität voraus. **Zitat (U21)**: «Echte Interprofessionalität geht nur, wenn man auch etwas voneinander weiss.» Diese Aussage weist darauf hin, dass Arbeitsteilung nicht sofort erfolgen kann, sondern dass dies eine Auseinandersetzung mit den jeweiligen Berufen und ihren Aufgaben erfordert. Vor diesem Nutzen ist demnach zuerst ein Investment nötig. Und er ergänzt, dass der Begriff «voneinander» in seiner Aussage auch Folgendes heisst, v. a. wenn Gesundheitsfachleute zukünftig vermehrt in Gruppenpraxen zusammenarbeiten. **Zitat (U21)**: «Lernen quer über die Berufe. Da ist nicht nur gemeint, der Hausarzt bietet der Ergotherapeutin ein Mentorat, sondern die angehende Ergotherapeutin bringt auch dem Praxisassistenten etwas bei! Dort wird es dann ein spannender Aspekt.» In dieser Aussage klingt an, dass das Know-how und die erweiterten und fortgeschrittenen Kompetenzen auch eine neue Denkweise zur Interprofessionalität erfordern. Dies kann ein Nutzen sein, indem sich das Wissen aus unterschiedlichen Berufen potenziert. Schliesslich wird auch ein zeitgemäßes Berufsbild der Pflegewissenschaft als Vorteil beschrieben. **Zitat (P16)**: «Das klinische Mentorat wird aktiv genutzt, um Karrieren frühzeitig zu besprechen und gute Ressourcen ans Spital zu holen bzw. zurückzuholen.»

Für klinische Mentoren kann die Freude am Beruf und an der Nachwuchsförderung ein Nutzen sein. **Zitat (E5)**: «Es ist zwar anstrengender [mit einer Mentee], aber mir bereitet es Freude, das ist gleichzeitig Bestandteil des Lohnes. Der Bezahlungswert muss nicht gleich hoch sein wie für den Unterricht.» Damit geht auch einher, dass Mentees neue Informationen aus dem Studium in den Betrieb bringen. Auch wird die Anbindung an eine Hochschule als Prestigegegewinn verstanden, die allenfalls mit einer Auszeichnung dokumentiert wird. Oder sie dient den klinischen Mentorinnen als Beitrag für ein geplantes Doktorat oder für eine Habilitation. Am Ende der Laufbahn kann das klinische Mentorat in einer Arztpraxis dazu dienen, einen schrittweisen Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu erleichtern und den Praxisalltag bewusst langsamer zu gestalten.

Schliesslich ist der **Nutzen für das Gesundheitssystem** erkennbar. Hier betont eine Person aus einer Gesundheitsbehörde eine Erwartung aus dem klinischen Mentorat bzw. der damit einhergehenden Aus- oder Weiterbildung, **Zitat (M13)**: «Es geht darum, Leistungen zu erbringen, die fälschlicherweise bisher nicht erbracht wurden und im langfristigen Blick die Kosten senken.» Diese Person spricht hier an, dass die Kompetenzen der neuen Berufsprofile zu präventivem Handeln führen sollen, das v. a. für Menschen mit chronischen Krankheiten wichtig ist, z. B. damit sie ihre Herzinsuffizienz besser in den Griff bekommen und möglichst nicht hospitalisiert werden müssen.

Risiken

Aus den Interviews gehen auch einige Hinweise hervor, die aufgrund des klinischen Mentorats und daraus resultierender Aufgabenverschiebungen irritieren können. Ein langjähriger klinischer Mentor äussert sich zur Zusammenarbeit zwischen Ärztin, Pflegeexperte und Medizinischer Praxisassistentin. Der Durchschnitt der Pflege habe eine höhere Allgemeinbildung als die MPA, und im Management der Aufgaben und im logischen Denken gebe es grosse Unterschiede. **Zitat (H8)**: «Ich würde der MPA nie die Verantwortung geben, welche die Pflege hat.» Dies dürfe jedoch nicht zu Grabenkämpfen führen, denn die MPA habe eine lange und bewährte Geschichte der Zusammenarbeit mit der Ärztin. Dazu wird auch die seit einigen Jahren angebotene Berufsprüfung zum Medizinischen Praxiskoordinator klinische Richtung mehrfach erwähnt, und welche Verantwortung MPAs hier übernehmen können. Eine andere befragte Person, die keine Erfahrung im klinischen Mentorat und in der Zusammenarbeit mit klinischen Pflegeexpertinnen MSc hat, äussert sich kritisch zu neuen Berufsprofilen. Diese Person, die Mitglied eines Strategiegremiums bei einem Leistungserbringer ist und in dieser Rolle interviewt wurde, sieht für die interprofessionelle Zusammenarbeit keinen Unterschied zwischen klinischen Pflegeexperten MSc und MPAs und stellt lediglich erhöhte Kosten und fachlich keine Verbesserungen fest. Die Akademisierung sei eine Ursache für die Verteuerung von Pflegeleistungen. **Zitat (N13)**: «Je weniger akademisch dies läuft, umso günstiger wird das. Sobald man einen Titel dafür bekommt, kostet das einfach nur Geld.» Entsprechend könne eine MPA mit geeigneter Weiterbildung und als eingespielte und kostengünstigere Möglichkeit mit entsprechender Instruktion alle benötigten Aufgaben in der Hausarztpraxis übernehmen.

Insofern spricht ein klinischer Mentor in einer Topmanagementfunktion einen wichtigen Punkt an. Er betont, dass das klinische Mentorat auch mit unbequemen Prozessen einhergehen kann, wenn Aufgaben unter Fachleuten neu verteilt werden. Durch die neuen Berufsprofile – in seinem Fall v. a. die ärztliche Assistenz – könne es nicht darum gehen, mehr Personen in einem Betrieb anzustellen, sondern neue Wege zu beschreiten. **Zitat (R18):** «Die Neigung, mehr Leute ins System zu bringen, ist der bequeme Weg. Der unbequeme Weg ist, Prozesse zu hinterfragen.» Insofern resultieren die neuen Kompetenzen der beiden Berufsprofile sowohl im Nutzen als auch in der Irritation zugleich.

6 Diskussion

Anhand der Literatur- und Dokumentenanalyse sowie der Experteninterviews kristallisieren sich für die Diskussion drei zentrale Fragestellungen heraus:

1. Welches sind die Ziele und Merkmale des klinischen Mentorats?
2. Welche Bedeutung hat das klinische Mentorat für die Ärzteschaft und welche Konsequenzen hat es für die Gesundheitsversorgung insgesamt?
3. Welche Mittel und Rahmenbedingungen braucht es für die systematische Weiterentwicklung des klinischen Mentorats?

6.1 Ziele und Merkmale des klinischen Mentorats

Das klinische Mentorat ist in der Schweiz seit 2013 integrales curriculares Element in drei pflegewissenschaftlichen Masterstudiengängen (weitere sind derzeit in Entwicklung) sowie in zwei postgradualen Weiterbildungen für klinische Pflegeexpertinnen MSc (Diploma of Advanced Studies, DAS) (27–29). Zudem findet es für die Funktion der ärztlichen Assistenz seit einigen Jahren als On-the-Job-Instruktion in verschiedenen Betrieben statt (65). Ziel ist jeweils, die Reichweite der Berufsausübung auszudehnen (extended) und auszubauen (expanded) sowie bei der klinischen Pflegeexpertise auch als fortgeschrittene (advanced) Berufsausübung zu positionieren. Damit können die klinischen Pflegeexperten MSc und die ärztlichen Assistentinnen Aufgaben übernehmen, die in Betrieben zunehmend geschaffen werden.

Das klinische Mentorat findet in jedem Fall bei einem Leistungserbringer statt. Je nach Curriculum ist es entweder ein Praktikumsbetrieb für eine definierte Dauer oder der eigene Arbeitsort während der gesamten klinischen Ausbildung im Masterstudium. Für Mitarbeitende der ärztlichen Assistenz ist es immer der eigene Arbeitsort. Für klinische Pflegeexperten übernehmen vorwiegend langjährig erfahrene Ärztinnen das klinische Mentorat. Die praktische Umsetzung sollte – so die Empfehlung aus den Interviews – am Anfang des klinischen Mentorats auf standardisierte Prozesse der Patientenbetreuung fokussieren, um die Routine im alltäglichen klinischen Geschehen zu fördern (z. B. Gesundheits-Checks in der Arztpraxis, reguläre Spitaleintritte etc.). Dazu gehören Zusammenhänge zwischen objektiven Daten aus der Körperuntersuchung, je nach Betrieb auch kombiniert mit den Pflegediagnosen, um so spezifische Therapieansätze und pflegerische Interventionen einleiten zu können. Zu Letzterem gehört bspw. auch die Medikationssicherheit (81), einschliesslich u. a. der Nutzung der PRISCUS-Liste in Pflegeheimen (79) oder einer systematisch mit den Patienten erarbeiteten Me-

dikamentenliste in der Hausarztpraxis (82). Diese klinischen Kompetenzen zu erlangen kann für langjährig erfahrene Pflegefachpersonen im Studium schwierig sein, wenn sie dafür wieder die Position einer Anfängerin einnehmen müssen. Allerdings können sie aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung – so die Einschätzung von klinischen Mentoren – zum Beispiel gezielter und mehr Fragen stellen, und sie erfassen die gesamte Patientensituation rasch und zielführend.

Dauer und Umfang des klinischen Mentorats variieren je nach Curriculum, lehnen sich jedoch im Wesentlichen an internationale Empfehlungen an (8, 9, 53), d. h., hierzulande sind dies aufgrund der Interviewdaten während ein bis zwei Jahren mindestens 600 bis gut 1000 Lernstunden direkter und indirekter Supervision. Letztere bezieht sich darauf, dass die Studierenden zunehmend eigenständig Aufgaben der fortgeschrittenen Berufspraxis im Patientenkontakt übernehmen und eine Mentorin oder ein Mentor für Rückfragen auf Abruf verfügbar ist. Die Studierenden bereiten sich auf den direkten Kontakt mit den klinischen Mentorinnen vor, arbeiten ihre Erkenntnisse danach auf und üben ihre Kompetenzen ein. Im Verlauf der Aus- oder Weiterbildung erlangen die Studierenden ähnlich zu den Stufen der «Entrustable Professional Activities» immer mehr Vertrauen der Mentoren (61). Gerade wegen der oft langjährigen Berufserfahrung und der Reflexionsfähigkeiten sind Fortschritte rasch ersichtlich. Entsprechend werden während der Laufzeit des klinischen Mentorats zunehmend anspruchsvollere Patientensituationen besprochen mit dem Ziel, dass die angehenden klinischen Pflegeexpertinnen MSc v. a. für Menschen mit schwerwiegenden akuten oder dauerhaften Gesundheitsproblemen bis hin zum Lebensende wichtige Ansprechpartner sind.

Bei der ärztlichen Assistenz sind Inhalte und Umfang der On-the-Job-Instruktion von betrieblichen Notwendigkeiten getrieben und von der Delegation ausgewählter Tätigkeiten von der Ärzteschaft an die ärztliche Assistenz geprägt. Dies können u. a. Patientenvisiten sein oder das Verfassen von Austrittsberichten, derzeit vor allem erkennbar im Bereich von chirurgischen Abteilungen oder Walk-in-Kliniken.

In der aktuellen Experimentalphase lässt sich das klinische Mentorat im Sinne der Diffusionstheorie (83) als Neuerung verstehen, die es international bereits längst gibt, in der Schweiz jedoch erst vor einigen Jahren Einzug gehalten hat. Einige Akteure im Umfeld von Hochschulen und Betrieben treiben das klinische Mentorat im Sinne von Early Adopters voran. In dieser Phase gibt es üblicherweise keine umfassenden Regularien. Das ist hilfreich, um die Innovation bottom-up und unkompliziert zu erproben, zu entwickeln und ansatzweise zu etablieren. Denn regulieren kann auch «verriegeln» bedeuten. Gerade weil es in der Schweiz (noch) keine gesetzlichen oder reglementarischen Bestimmungen gibt, sind detaillierte Erkenntnisse dieser Experimentalphase sehr wichtig als Grundlage für eine zukünftige gesetzliche Reglementierung und Berufsausübungsbewilligung.

In diesem Diffusionsprozess des klinischen Mentorats geht es im Wesentlichen eher um eine inkrementelle (schrittweise) als um eine disruptive Innovation. Im Rückblick der letzten rund 20 Jahre Pflegewissenschaft in der Schweiz, wie sie in der Literatur- und Dokumentenanalyse beschrieben wurden, verlief die Reichweite der fortgeschrittenen Berufsausübung graduell. Das zeigt sich am deutlichsten bei der typischen pflegerischen Aufgabe der «Krankenbeobachtung» – und damit einer der vier Untersuchungstechniken (Inspektion). Die Krankenbeobachtung hat Florence Nightingale bereits vor 150 Jahren in ihren «Notes on Nursing» in einem eigenen Kapitel beschrieben (84). Die Pionierin der modernen Krankenpflege nutzte diese klinische Kompetenz im Lazarett, um sich mit der Ärzteschaft präzise und zeitnah zu verständigen. Insofern markiert das klinische Mentorat der letzten Jahre keinen Wendepunkt hin zu gänzlich neuen Berufsprofilen, sondern vielmehr eine graduelle Entwicklung auf dem Weg zur klinischen Pflegeexpertise MSc. Auch in der Berufsausübung der ärztlichen Assistenz deutet einiges auf einen Entwicklungsprozess hin, der sich in den nächsten Jahren fortsetzen dürfte.

6.2 Bedeutung des klinischen Mentorats für die Ärzteschaft

Derzeit gibt es für das klinische Mentorat in pflegewissenschaftlichen Studiengängen erst einen relativ kleinen Bedarf und entsprechend einen überschaubaren Aufwand für die Ärzteschaft. Der Aufwand dürfte allerdings aufgrund angekündigter höherer Studierendenzahlen (29) und weiterer Masterstudiengänge bald steigen. Die ärztliche Assistenz ist in einigen Betrieben angekommen, wo das klinische Mentorat mit je individuellem Umfang und ausgewählten Inhalten stattfindet.

Der steigende Bedarf ist auf zwei Trends zurückzuführen. Einerseits wollen klinische Pflegeexpertinnen MSc ihre fortgeschrittene Berufsausübung analog zur Entwicklung der Nurse Practitioners vorantreiben und suchen sich dazu hochschulische Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten mit klinischem Mentorat. Andererseits generiert die Ärzteschaft mit der ärztlichen Assistenz einen Bedarf in ihren eigenen Reihen. Für beide Trends war in den letzten Jahren ein ausgeprägter Pioniergeist bei klinischen Mentoren aus der Ärzteschaft und auch bei einigen Hochschulen und deren Studierenden zentral, um mit dem Format des klinischen Mentorats die Reichweite der Berufsausübung auszuloten und die gemachten Erfahrungen kontinuierlich zu reflektieren. Dies zeigt sich exemplarisch in der Einschätzung eines Mentors, der das klinische Mentorat als «interprofessionelles Experiment» bezeichnet (Zinnenlauf in (64)). Diese Aussage impliziert auch, dass in dieser Entwicklungs- und Diffusionsphase von den Beteiligten teils unbekanntes Terrain betreten wird. Die Rollen müssen auch gegenüber Patientinnen oder Angehörigen erläutert werden, bspw. wenn nicht der Hausarzt, sondern ein klinischer Pflegeexperte MSc eine Sprechstunde hält und dabei die Lunge auskultiert, oder wenn eine ärztliche Assistentin die Visite auf einer chirurgischen Abteilung durchführt und die Austrittsdokumente vorbereitet.

Für die klinischen Mentoratsaufgaben sind einige Ärztinnen und Ärzte in dieser Experimentierphase nicht nur als Lehrende für die Inhalte des klinischen Mentorats tätig, sondern auch als Coach bei der Begleitung von neuen Rollen und neuer Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung. In der gegenwärtigen Phase muss die Ärzteschaft gleichzeitig Vertrauen in die neuartige Zusammenarbeit mit angehenden klinischen Pflegeexperten MSc oder ärztlichen Assistentinnen aufbauen. Hier bietet der aktuelle Diskurs in der Schweiz zur interprofessionellen Zusammenarbeit hilfreiche Impulse, um die Erkenntnisse aus dem klinischen Mentorat zu verorten (85). Dazu wurde jüngst in der medizinischen Grundversorgung aufgezeigt, wie sich die Zusammenarbeit seit Ankunft der klinischen Pflegeexperten MSc gestaltet und welche Neuerungen sowohl in der pflegerischen als auch ärztlichen Berufsausübung erfolgen (75). Eindringlich wird dabei auch beschrieben, wie sich in diesem Prozess die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Generalistinnen und Spezialisten verändert hat. Im Vordergrund der neuen Arbeitsweise steht der fachliche Dialog zu konkreten Patientensituationen, in denen je aus den unterschiedlichen Professionen und Disziplinen das beste verfügbare Wissen zur Lösung für eine bessere Patientenbetreuung einfließt. Seit einigen Jahren verändert sich dabei auch die Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen in Zusammenarbeit mit ihren ärztlichen

Vorgesetzten, wenn die MPAs die seit wenigen Jahren verfügbare Berufsprüfung zur «Medizinischen Praxiskoordinatorin» absolvieren (86) und so koordinativ und fachlich zur verbesserten Patientenbetreuung beitragen.

Im gegenwärtigen Entwicklungsstand des klinischen Mentorats ist der Arbeitsaufwand für die klinischen Mentoren und auch für ihre Mentees teilweise erheblich, denn sie können sich im klinischen Mentorat nicht auf etablierte Dokumente und Prozesse stützen, sondern müssen anhand von ersten Vorgaben der Hochschulen oder bottom-up im Betrieb und aufgrund der gelebten Erfahrungen die Möglichkeiten fürs klinische Mentorat ausloten. Inwiefern der in einem Interview angesprochene Schulungsbedarf für klinische Mentorinnen aktuell besteht, um diese Funktion zu übernehmen, ist derzeit nicht klar zu beantworten. Zum einen ist das Konzept des klinischen Mentorats noch in Entwicklung bzgl. zu erwerbender Kompetenzen der Mentees, der Dauer, dem Umfang und der Finanzierung. Zum andern ist die Anzahl von Studierenden der Pflegewissenschaft oder Mitarbeitenden der ärztlichen Assistenz in Betrieben derzeit schwer abschätzbar. Insofern ist unklar, wie viele klinische Mentoren auszubilden wären. Und schliesslich ist das methodische Know-how von Lehrärztinnen und -ärzten auch für das klinische Mentorat der neuen Berufsprofile dienlich, sodass sich eine Schulung derzeit nicht aufdrängt. Wichtiger scheint zu sein, dass den Mentorinnen die derzeit bekannten Eckpfeiler der Berufsprofile vor Beginn des klinischen Mentorats erläutert werden (43, 65). Dabei ist auch eine Information zur Bildungsstufe der jeweiligen Mentees in der Schweizer Bildungssystematik hilfreich. Denn die Aussagen einer befragten Person zur Verantwortung, die an die Pflege übertragen wird – im Unterschied zur MPA –, sind mit Blick auf die Bildungssystematik zu verstehen und nicht als Auf- oder Abwertung einer spezifischen Berufsgruppe.³⁵

In den Interviews wird mehrmals die Bedeutung der Patientensicherheit angesprochen und es wird hervorgehoben, wie durch das klinische Mentorat der präzise Blick bspw. auf Risiken exazerbierender Symptomen oder der Problematik der Polypharmazie geschärft wird bzw. wie klinische Pflegeexperten MSc dank der fortgeschrittenen Berufspraxis im Informationsaustausch mit der Ärzteschaft dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Durch das klinische Mentorat wird auch das Mehr-Augen-Prinzip gefördert, mit dem Schwachstellen in der Patientenversorgung besser erkannt und interprofessionell Lösungen für klinische Probleme

35 Die Schweiz hat eine lange Tradition einer ausdifferenzierten und flexiblen Bildungssystematik mit der Prämisse «Kein Abschluss ohne Anschluss». So können bspw. MPA mit Berufsmaturität das Bachelorstudium und anschliessend das Masterstudium mit integriertem klinischen Mentorat absolvieren, um als klinische Pflegeexpertin MSc zu arbeiten (Details siehe: www.odasante.ch/bildungssystematik, Zugriff: 25.5.2019).

zeitnah erarbeitet werden können. Hier ist noch erhebliches Potenzial vorhanden, um diese positiven Konsequenzen und den Nutzen für die Patientensicherheit aufzuarbeiten, bspw. wie Patientensicherheit anhand von EPAs in die pflegewissenschaftliche Masterausbildung integriert werden kann (87).

Die Konsequenzen, die durch das klinische Mentorat für die Ärzteschaft bzw. in einem Betrieb durch neue Arbeitsteilungsformen entstehen, sind auch als Organisationsentwicklung zu verstehen. Das klinische Mentorat, das initiiert, erprobt, umgesetzt und etabliert wird, fördert die fortgeschrittene Berufspraxis und löst auch Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit aus. Teils geht dies bis hin zu einem Co-Management der pflegerischen und ärztlichen Patientenbetreuung in Spitälern (88) oder der ambulanten Versorgung (15). Gleichzeitig bergen innovative Prozesse auch das Risiko für Studierende, dass sie (allzu) stark als Systemveränderer involviert sind und dabei Gefahr laufen, nicht genügend Zeit und Ruhe für die zu erlernenden klinischen Kompetenzen zu haben und in ihre Berufsrolle hineinzuwachsen (51, 52). Idealerweise führt diese Entwicklung in Richtung «Brückenbauerin», wie eine klinische Pflegeexpertin MSc bezeichnet wurde, d. h., zwischen den Brückenpfeilern Pflege und Medizin spannt sich ein Geflecht von Wissens- und Kulturvermittlung der beiden Professionen.

6.3 Mittel und Rahmenbedingungen für das klinische Mentorat

Gemäss den Interviewergebnissen sind v. a. der Zeitaufwand und die Organisation des klinischen Mentorats im vielerorts hektischen Berufsalltag anspruchsvoll angesichts der zur Verfügung stehenden limitierten Arbeitszeit von langjährig erfahrenen Ärztinnen oder von klinischen Pflegeexperten MSc, die diese Aufgabe vereinzelt auch übernehmen. Vor allem ungeklärte oder ungenügende finanzielle Möglichkeiten, um diese Lehrleistung zu erbringen, werden mehrfach und eindringlich erwähnt. Entsprechend ist die Finanzierung von einer ausreichenden Anzahl klinischer Mentoratsstunden eine zentrale Herausforderung für die Entwicklung der neuen Berufsprofile.

Hier sind mehrere Lösungsansätze in den Daten erkennbar. Zum einen werden nichtmonetäre Anreize in den Daten ersichtlich, einerseits in Bezug auf einen attraktiven Arbeitsort, indem das klinische Mentorat als «Visitenkarte» und Rekrutierungsmöglichkeit für Mitarbeitende mit Interesse und Fähigkeiten für neue berufliche Entwicklungsmöglichkeiten verstanden wird. Andererseits ist die Anbindung der Mentorinnen an eine Hochschule dienlich, um nahe

am Puls der Bildungsentwicklungen zu sein oder weil dies mit einem Prestigegegewinn verbunden wird (49). Auch das betriebswirtschaftliche Denken und das Unternehmertum werden in den Interviews mit dem klinischen Mentorat und daraus resultierender Berufsausübung in Verbindung gebracht, etwa indem Wettbewerbsvorteile mit einem interprofessionellen Personalmix als Treiber für Innovationen genannt werden.

Auch wird geäußert, dass die Bildungsverantwortlichen in Betrieben für Masterstudierende der Pflegewissenschaft zur Verfügung stehen sollten, wie sie dies für andere Ausbildungen, namentlich die Bachelorausbildung in Pflege, bereits tun. Hier wäre demnach die fachliche und betriebliche Bildungsverantwortung bei den Leistungserbringern weiterzuentwickeln, insbesondere auch in Richtung interprofessionelle klinische Ausbildung von Gesundheitsberufen auf Masterstufe (89-92). Hierzulande besteht dazu quer durch alle Gesundheitsberufe auf Tertiärstufe hinweg Innovations- und Entwicklungsbedarf (90). Auch sind Vergütungsmöglichkeiten für Bildungsleistungen von Spitälern relevant, wobei dazu die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der nichtuniversitären Berufe im DRG-System in den Spitälern restriktiv geregelt sind (93).

Die Suche nach einem geeigneten Arbeitsort mit klinischem Mentorat – einem «Clinical Placement» – während des Nurse-Practitioner-Masterstudiums ist auch nach jahrzehntelanger Erfahrung in Herkunftsländern dieses Berufsprofils weiterhin eine Hürde (33, 49). Einerseits steigt der Druck auf die Produktivität der Nurse Practitioners, sodass weniger Zeit für das «clinical preceptorship» des NP-Nachwuchses bleibt. Auch ist die Vergütung des klinischen Mentorats in manchen Ländern unüblich (exemplarisch (33, 94)), weil die Nachwuchsförderung als altruistische berufliche Aktivität verstanden wird. Allerdings erodiert diese berufliche Haltung zunehmend. Sie können zudem, ggf. in Zusammenarbeit mit Krankenversicherungen, Pilotprojekte von Hochschulen und Betrieben realisieren. Kantone könnten ihre Gesundheitsgesetze oder der Bund das Gesundheitsberufegesetz zu fortgeschrittenen Berufsrollen der Gesundheitsberufe erlassen und moderne, pauschalierte Vergütungssysteme mit integrierten klinischen Berufsrollen fördern. Entsprechend kommen auch Hochschulen unter Druck, wenn sie das klinische Mentorat in subventionierten Masterstudiengängen finanzieren müssen. Hier werden in den Interviews erfahrene Ärztinnen und Ärzte nahe an der Pensionsgrenze erwähnt, die als Übergang zur (vollständigen) Pensionierung noch das klinische Mentorat übernehmen und so mit ihrem reichen klinischen Erfahrungsschatz den Nachwuchs in der klinischen Betreuung fördern.

Neben den Betrieben und Hochschulen kommt auch den Gesundheitsbehörden Bedeutung für das klinische Mentorat zu. Dazu gehören Pilotprojekte zusammen mit Leistungserbringern und Kostenträgern, z. B. das ANP-Projekt im Kanton Uri (95) oder das INTERMED-Projekt im Kanton Neuenburg (26), wobei Letzteres im Projektverlauf entschieden hat, die Stelle mit einer erfahrenen Pflegefachperson zu besetzen. Zudem können Kantone im Rahmen von Leistungsverträgen oder Bewilligungsverfahren mit Leistungserbringern Vorgaben für das Angebot des klinischen Mentorats machen. Des Weiteren können Kantone das Modell der Praxisassistenz für Assistenzärztinnen in Ausbildung zur Hausarztmedizin (96) weiterentwickeln, sodass das klinische Mentorat auch für andere Berufsgruppen ausserhalb der Ärzteschaft eine finanzielle Basis hat. Gemeinden können die medizinische Grundversorgung mit interprofessionellen Projekten in Hausarztpraxen oder der Spitex fördern und darin das klinische Mentorat durch die Hausärzteschaft integrieren.

Schliesslich dürfte kein Weg daran vorbeiführen, das klinische Mentorat und die Kompetenzen für die beiden Berufsprofile durch Hochschulen, Leistungserbringer und Verbände weiter zu schärfen und so mehr Klarheit zu schaffen für die fortgeschrittene Berufsausübung. Dies ist v. a. bei der klinischen Pflegeexpertise MSc zentral, um aufzuzeigen, welches die klinischen Kompetenzen sind, die über die Bachelorkompetenzen hinausgehen. Die allgemeinen BSc-Kompetenzen sind inzwischen im GesBG geregelt und die berufsspezifischen Kompetenzen in der Verordnung zum GesBG. Beides tritt am 1. Februar 2020 in Kraft. Diese Formulierungen und auch das Abstraktionsniveau geben für die Masterstufe einen hilfreichen Orientierungsrahmen, auf weiterführenden Kompetenzen das klinische Mentorat zusammen mit anderen Inhalten im MScN-Studium vorbereiten soll. Diese Kompetenzen können dann einer Akkreditierung der Masterstudiengänge zugrunde gelegt wie auch für die gesetzliche oder selbstorganisierte Reglementierung genutzt werden.

7 Schlussfolgerungen

Die letzten Jahre seit der Einführung des klinischen Mentorats zeigten ein beträchtliches Experimentier- und Pionierverhalten sowohl in Hochschulen, bei Leistungserbringern wie auch bei einigen Kantonen. Entsprechend ist die zukünftige Weiterentwicklung des klinischen Mentorats auf drei Ebenen wichtig, um die bisherige Erprobung zu festigen und das klinische Mentorat strukturell, personell und finanziell abzusichern und auszubauen.

Bei den **Hochschulen** bietet sich an, die Konzeptionen der verschiedenen klinischen Mentorats, die für pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge oder postgraduale Weiterbildungen entwickelt wurden, untereinander zu vergleichen (Inhalte, Ort, Dauer etc.). Auch die vertiefte Analyse der On-the-Job-Instruktion der ärztlichen Assistenz könnte hier aufschlussreich sein. Dies wäre ab ca. Herbst 2020 sinnvoll, wenn von allen bisherigen und neuen Masterstudiengängen ausreichend Dokumentationen und (erste) Erfahrungen vorliegen. Dabei wäre auch die interprofessionelle Ausbildung zu prüfen, und wie das klinische Mentorat von verschiedenen Gesundheitsprofessionen inkl. der Medizin (anteilmäßig) gemeinsam durchlaufen werden könnte (97). Zu diesem Vergleich sollten auch die jeweiligen Modulbeschreibungen beigezogen werden, anhand derer den Studierenden die absolvierten ECTS bescheinigt werden. Wichtig ist zudem ein schweizweiter Konsens für die klinischen Kompetenzen und das klinische Mentorat auf Masterstufe, ähnlich, wie zu Beginn der FH-Bachelorstudiengänge Pflege ein Konsens für das klinische Assessment gefunden wurde (45).

Eine Version von berufsspezifischen Masterkompetenzen der Gesundheitsberufe wurde im Rahmen des FKG-Projekts 2017/2018 erarbeitet und dem BAG im Schlussbericht übergeben. Da es auf Masterstufe im GesBG weder einen Gesetzestext noch eine Formulierung der allgemeinen Kompetenzen gab, war die Herleitung der berufsspezifischen Kompetenzen anspruchsvoll. Hier könnten in einem Folgeprojekt die Formulierungen und Inhalte präzisiert werden. Dies würde die Arbeit der klinischen Mentoren und ihrer Mentees massgeblich erleichtern. Die Hochschulen sind auch gefragt, um die Verortung des klinischen Mentorats in den Masterstudiengängen wissenschaftlich zu begleiten, die Erfahrungen der Studierenden zu dokumentieren und die Erkenntnisse zu bündeln. Dabei sind auch die Erfahrungen und Zufriedenheit der Patientinnen und Angehörigen zu berücksichtigen. Die internationale Literatur bietet hier reichlich Hinweise (21, 49).

Für die **Leistungserbringer** stellen sich aktuell primär Fragen der Machbarkeit des klinischen Mentorats angesichts steigender Studierendenzahlen in der Pflegewissenschaft und auch der Medizin sowie ungeklärter Kosten und Finanzierung des ärztlichen Zeitaufwands. Dies muss mit dem Nutzen verglichen werden, der aus dem klinischen Mentorat bzw. der entsprechenden Studiengänge resultiert. Hier sind Allianzen mit der Ärzteschaft wichtig, bis genügend eigene Kompetenzen in der klinischen Pflegeexpertise und ärztlichen Assistenz aufgebaut sind. Auch sollte geprüft werden, wie die Funktion der Berufsbildner in den Betrieben für MSc-Studierende und das klinische Mentorat interprofessionell weiterentwickelt werden können. Die Umsetzung für eine wachsende Anzahl Studierender sollte koordiniert und personell ausgebaut sein, und die Finanzierung mit Kantonen bzw. der betrieblichen Trägerschaft sollte gesichert sein. Hier sind weiterhin Pioniergeist von Mitarbeitenden, Führungskräften und Gesundheitsdepartementen gefragt, um das klinische Mentorat im hektischen Praxisalltag erfolgreich positionieren zu können (34).

Für **Kantone** ist das klinische Mentorat dann interessant, wenn es zur besseren Versorgungsqualität und Patientenbetreuung – insbesondere in der ambulanten und häuslichen Gesundheitsversorgung – beiträgt und durch attraktive Arbeitsbedingungen auch dem Fachkräftemangel entgegenwirkt. Für die Machbarkeit könnten Kantone prüfen, ob der Zugang zu bestehenden oder vergleichbaren Modellen der Praxisassistenz, die für Assistenzärztinnen in der medizinischen Grundversorgung geschaffen wurden, für das klinische Mentorat in anderen Gesundheitsberufen möglich wäre. Zudem können Kantone Pilotprojekte zwischen Hochschulen und Leistungserbringer fördern sowie die kantonale Gesetzgebung für erweiterte Berufsrollen ergänzen (analog Kanton Waadt). Zusammen mit Kantonen sind auch Versicherungen gefragt, um für die fortgeschrittene Berufsrolle angemessene Vergütungssysteme zu entwickeln, vorzugsweise ausserhalb des Einzelleistungstarifs. So kann die Innovationskraft, die aus dem klinischen Mentorat bereits hervorgeht, in weitere Reformvorhaben in der Gesundheitsversorgung übergehen (98). Generell müssen sich alle Kantone der Frage stellen, wie sie den Bedarf nach Fachkräften im Gesundheitswesen und insbesondere in der medizinischen Grundversorgung planen und steuern wollen, auch unter Einbezug der klinischen Pflegeexpertise und der ärztlichen Assistenz (21, 99).

Auf **Bundesebene** stellt sich die Frage, inwiefern klinische Pflegeexperten MSc basierend auf ihren Kompetenzen aus dem klinischen Mentorat neue, anspruchsvolle Aufgaben in der Patientenbetreuung übernehmen, die die Patientensicherheit fördern bzw. das Patientenwohl gefährden könnten. Dies wären Hinweise für eine zügige Aufnahme der Masterkompetenzen ins GesBG. Zudem stellt sich

die Frage, ob die Aufgaben der klinischen Pflegeexpertinnen MSc primär auf die optimale Patientenbetreuung ausgerichtet sind oder ob ihre Tätigkeiten v. a. der Entlastung der Ärzteschaft dienen. Wenn bei Letzterem v. a. administrative Aufgaben gemeint sind, so lassen sich diese viel eher mit digitalen Transformationen in der Gesundheitsversorgung bewältigen (100) als mit der Verschiebung von Personalressourcen in Zeiten des Fachkräftemangels.

Mittelfristig ist eine Konsolidierung all dieser Erkenntnisse aus der Experimentalphase erforderlich, um die Quintessenz für die Akkreditierung von Studiengängen und die gesetzliche oder selbstorganisierte Reglementierung der Berufsausübung zu beurteilen. Dabei darf nicht verkannt werden, wie wichtig und ergiebig die Erfahrungen und Erkenntnisse der Early Adopters derzeit sind.

Betrachtet man zum Schluss die mehrjährige Entwicklung des klinischen Mentorats in der Schweiz wie durch ein Brennglas, so erkennt man klar die Konturen einer inkrementellen (schrittweisen) Innovation. Das heisst, langjährige Erfahrungen aus dem Ausland werden hierzulande an einigen Hochschulen und bei Leistungserbringern übernommen, erprobt und etabliert. Die Innovation erfolgt dabei evolutionär und nicht radikal, bspw. dank internationalen Entwicklungen von Nurse Practitioners in der Primärversorgung (101). Dies ermöglicht, das klinische Mentorat und die Integration in Mastercurricula iterativ zu entwickeln. Um dem klinischen Mentorat weiter Auftrieb zu geben, sind nach den Early Adopters auch Early Majorities nötig. Sie verhelfen dazu, dass der Nutzen für breitere Gruppen zugänglich, besser sichtbar und letztlich auch messbar ist. Hier können Folgeprojekte zur wissenschaftlichen Begleitung des klinischen Mentorats ansetzen.

8 Dank

- Expertinnen und Experten für die Interviewzeit
- Validierungsworkshop mit dem SAMW-Vorstand: Prof. Dr. emer. Daniel Scheidegger, Präsident, Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer, Vorstandsmitglied, Dr. Hermann Amstad, ehem. Generalsekretär, Valérie Clerc, Generalsekretärin
- Für das Titelbild danken wir Stefanie Brown, MScN, klinische Pflegeexpertin, und Prof. Dr. Jürg Beer, Chefarzt Departement Innere Medizin, beide am Kantonsspital Baden (KSB). Jürg Beer engagierte sich von 2015–2018 als klinischer Mentor während des MScN-Studiums von Stefanie Brown, dies auch aufgrund seiner mehrjährigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Nurse Practitioners in den USA. Mit seinem Engagement ermöglichte er ein vergleichbares Aufgabenfeld am KSB
- Manuela Cerezo, Mitarbeiterin SAMW-Generalsekretariat, für die sorgfältige Begleitung des Manuskripts.

9 Literaturverzeichnis

- (1) Künzi K, Detzel P. **Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), Arbeitsdokument 27.** Neuchâtel: Observatorium Gesundheit; 2007.
- (2) Bischofberger I, Baumgartner U. **Neue Berufsprofile für die Praxis: «Nurse Practitioner» und «Physician Assistant» – Orientierung über neue Rollen im Gesundheitssystem.** Krankenpflege 2016; 109(9): 23–5.
- (3) Maioni A, Marmor T. **Health Policy Reform in North America.** In: Kuhlmann E., Blank R.H., Bourgeault I.L., Wendt C. (eds) *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance.* London: Palgrave Macmillan 2015. p. 222–37.
- (4) Ford LC. **Reflections on 50 years of change.** Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2015; 27(6): 294–5.
- (5) Kaasalainen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F, Carter N, DiCenso A. **A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada.** Nursing Leadership (Toronto Ontario) 2010; 23 (Special Issue): 35–60.
- (6) Carter R. **Physician Assistant History.** Perspective on Physician Assistant Education, 2001; 12(2): 130–2.
- (7) Physician Assistant Education Association. **Preceptor Orientation Handbook: Tips, tools, and guidance for Physician Assistant preceptors.** Alexandria; 2011. Available from: www.PAEAonline.org (Zugriff: 30.3.19).
- (8) Royal College of Nursing. **Advanced nurse practitioners: A guide to the advanced nurse practitioner role, competencies, and programme accreditation.** London: RCN; 2008.
- (9) The National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). **Partners in NP Education: A Preceptor Manual for NP Programs, Faculty, Preceptors, and Students.** 2nd Edition. Washington, DC: NONPF; 2015. Available from: www.nonpf.org/store/ViewProduct.aspx?id=3959622&hhSearchTerms=%2522preceptor+and+manual%2522 (Zugriff: 29.3.19).
- (10) Kelly Costa D, Wallace D, Barnato AE, Kahn JM. **Nurse Practitioner/Physician Assistant staffing and critical care mortality.** Chest 2014; 146(6): 1566–73.
- (11) Moote M, Krsek C, Kleinpell R, Todd B. **Physician Assistant and Nurse Practitioner utilization in academic medical centers.** American Journal of Medical Quality 2011; 26(6): 452–60.
- (12) Clawson DK, Osterweis M. **The roles of physician assistants and nurse practitioners in primary care.** Washington: Association of Academic Health Centres; 1993.
- (13) Hooker RS, McCaig LF. **Use of physician assistants and nurse practitioners in primary care, 1995–1999.** Health Affairs 2001; 20(4): 231–8.
- (14) Sox HC. **Quality of patient care by nurse practitioners and physician's assistants: A ten-year perspective.** Annals of Internal Medicine 1979; 91(3): 459–68.
- (15) Grant J, Lines L, Darbyshire P, Parry Y. **How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review.** International Journal of Nursing Studies 2017; 75(Oct): 51–7.
- (16) Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught, AJAH. **Nurses as substitutes for doctors in primary care.** Hoboken, NJ; 2018 Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271.

- (17) Martin-Misener R, Kilpatrick K, Donald F, Bryant-Lukosius D, Rayner J, Valaitis R et al. **Nurse practitioner caseload in primary health care: Scoping review.** *International Journal of Nursing Studies* 2016; 62(October):170–82.
- (18) Dill MJ, Pankow S, Erikson C, Shipman S. **Survey shows consumers open to a greater role for physician assistants and nurse practitioners.** *Health Affairs* 2013; 32(6):1135.
- (19) Cheng Y, Rosenberg MW, Wang W, Yang L, Li H. **Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China.** *Social Science & Medicine* 2011; 72(3):365–72.
- (20) Distler J. **Online nurse practitioner education: achieving student competencies.** *The Nurse Practitioner* 2015; 40(11):44–9.
- (21) Maier CB, Batenburg R, Birch S, Zander B, Elliott R, Busse R. **Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect?** *Health Policy* 2018; 122(10):1085–92.
- (22) Merkle F, Ritsema TS, Bauer S, Kuilman L. **The physician assistant: Shifting the paradigm of European medical practice?** 2011; HSR Proceedings in Intensive Care & Cardiovascular Anesthesia; 3(4):255–62.
- (23) Parker JM, Hill MN. **A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China.** *International Journal of Nursing Studies* 2017; 4(2):196–204.
- (24) Künzi K, Jäggi J, Dutoit L. **Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung: Aktualisierung des Obsan-Arbeitsdokuments 27; Schlussbericht.** Neuchâtel: Observatorium Gesundheit; 2013.
- (25) Bischofberger I, Essig S, Gysin S. **Eine neue Generation von PflegewissenschaftlerInnen: Klinische PflegeexpertInnen MSc [nach Call for Abstracts].** Bern: Kursaal; 2018 (FMC Symposium).
- (26) Bramaud-du Boucheron A, Giovannini M, Walger O. **Le Chronic Care Model appliqué au premier recours.** *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2017; 111(6):55–7.
- (27) Taillens F. **«Das Gesundheitssystem braucht neue Rollen».** *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2018; 112(11): 32–33.
- (28) Bischofberger I. **Die nächste Generation der Pflegewissenschaft; 2018.** Available from: <https://blog.careum.ch/msc-in-nursing-02> (Zugriff: 11.1.19).
- (29) Lendner I, Steinbrüchel-Boesch C, Staudacher D, Petry H. **ANP-plus: «Die Fäden in der Hand halten ...».** *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2018; 112(10):26–8.
- (30) Lüscher C, Arnold T, Merlo C, Gysin S, Sottas B. **Einsatz von «Nurse Practitioners» in der hausärztlichen Grundversorgung – Ein innovatives Urner Pilot-Projekt.** Erstfeld; 2018 (15. Urner Gesundheitskonferenz).
- (31) **Loi sur la santé publique vaudoise: LSP; 2018.** <https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/800.01?key=1566372904238&id=258cb2db-b772-411c-b0c5-6ed80967c762> (Zugriff: 1.3.19).
- (32) Burgat S, Guillod O. **Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit: Rechtsgutachten: Institut für Gesundheitsrecht im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften;** Bern: SAMW; 2015.
- (33) Danielsen RD. **The death of altruism, or, can I get a preceptor, please?** *Clinician Reviews* 2016; (April):10–4.
- (34) Staples E, Sangster-Gormley E. **Supporting nurse practitioner education: Preceptorship recruitment and retention.** *International Journal of Nursing Studies* 2018; 29(5):115–20.

- (35) Meuser M, Nagel U. **Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion**. In: Bogner A, Littig B, Menz W, (eds.). *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 35–60.
- (36) Flick U, von Kardoff E, Keupp H, von Rosenstiel L, Wolff S, editors. **Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen**. Weinheim: Beltz; 2012.
- (37) Mayring P. **Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken**. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz; 2015.
- (38) Bender P. **Chronik und Aspekte des Wandels 1976–2006: Ausbildung in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen**. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz; 2011.
- (39) Oertle Bürki C. **Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz: Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung [Dissertation]**. Zürich: Universität Zürich; 2008.
- (40) Frank JR, Snell L, Sherbino J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
- (41) Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. **Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht**. Bern; 2009.
- (42) Michaud PA, Jucker-Kupper P, and members of the Profiles working group. **PROFILES: Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland**. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2017.
- (43) DeGeest S, Moons P, Callen B, Gut C, Lindpaintner LS, Spirig R. **Introducing Advanced Practice Nurses/Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis**. *Swiss Medical Weekly* 2008; 138(43-44): 621–8.
- (44) Tracy MF, O'Grady ET (eds.). **Hamric and Hansons's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach**. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2018.
- (45) Lindpaintner LS, Bischofberger I, Brenner A, Knüppel Lauener S, Scherer T, Schmid A et al. **Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland**. *Journal of Nursing Scholarship* 2009; 41(3): 320–7.
- (46) Lindpaintner LS, Gasser J, Beer JH. **Optimierte Spitalentlassung: Richtungsweisende Pilotstudie EVA: Entlastung dank Verbesserung des Austrittmanagements**. *Care Management* 2009; 2(5): 25–9.
- (47) Knüppel Lauener S, Pantic M, Steudter E. **Gesundheit der pflegenden Angehörigen erhalten: Klinisches Assessment für die Pflegepraxis, Teil 3**. *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2014; 107(3): 18–21.
- (48) Steudter E, Knüppel Lauener S, Piller M, Schrimpf M, Zweifel A. **Mehr Handlungskompetenz in der Praxis: Klinisches Assessment für die Pflegepraxis, Teil 1**. *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2013; 106(11): 28–30.
- (49) Davis LF, Fathman AE. **Clinical education of nurse practitioner students: Identifying incentives, barriers, and working models to develop sustainable preceptorships**. *Journal of Nursing Education and Practice* 2018; 8(9): 18–24.
- (50) Buckingham Poronsky C. **A Literature Review of Mentoring for RN-to-FNP Transition**. *Journal of Nursing Education* 2012; 51(11): 623–31.
- (51) Mezey M, Mitty E, Burger SG. **Nursing homes as a clinical site for training geriatric health care professionals**. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 2009; 10(3): 196–203.
- (52) Drayton-Brooks SM, Gray PA, Turner NP, Newland J. **Building clinical education training capacity in nurse practitioner programs**. *Journal of Professional Nursing* 2017; 33(6): 422–8.

- (53) University of Toronto. **Nurse Practitioner Preceptor Manual 2018/2019, Revised. Toronto: University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing; 2018.** Available from: <https://bloomberg.nursing.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/08/NP-Preceptor-Manual-Revised-Aug-20-2018.pdf> (Zugriff: 4.5.2019).
- (54) Logan BL, Kovacs KA, Barry TL. **Precepting nurse practitioner students: One medical center's efforts to improve the precepting process.** *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2015; 27(12): 676–82.
- (55) Benner P, Tanner CA, Chesla CA, Dreyfus HL. **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics.** New York: Springer; 1996.
- (56) Bazzell AF, Dains JE. **Supporting nurse practitioner preceptor development.** *The Journal for Nurse Practitioners* 2017; 13(8): 375–82.
- (57) Parrott S, Dobbie A, Chumley H, Tysinger JW. **Evidence-based office teaching – The five-step microskills model of clinical teaching.** *Family Medicine* 2006; 38(3): 164–7.
- (58) Collins A, Brown JS, Holum A. **Cognitive apprenticeship: Making thinking visible.** *American Educator* 1991; 15(3): 38–46.
- (59) Van Someren MW, Barnard YF, Sandberg JAC. **The think aloud method.** A practical guide to modelling cognitive processes. London: Academic Press; 1994.
- (60) Rutherford-Hemming T, Nyeb C, Coram C. **Using simulation for clinical practice hours in nurse practitioner education in the United States: A systematic review.** *Nurse Education Today* 2016; 37(2): 128–35.
- (61) ten Cate O. **Entrustability of professional activities and competency-based training.** *Medical Education* 2005; 39(12): 1176–7.
- (62) ten Cate O. **Nuts and bolts of Entrustable Professional Activities.** *Journal of Graduate Medical Education* 2013; 5(1): 157–8.
- (63) Taillens F. **«Le système de santé suisse a besoin de nouveaux rôles»: Interview avec Gillies Lugin, directeur de L'IUFRS.** *Krankenpflege – Soins Infirmiers* 2018; 112(9): 58–9.
- (64) Bischofberger I. **Spitex – Anreize für Pflegeexpertise; 2018.** Available from: <https://blog.careum.ch/msc-in-nursing-03> (Zugriff: 1.2.2019).
- (65) Breitenstein S, Wepf M. **Schlüsselfunktion zwischen Arzt und Patient mit besonderen Aufgaben.** *Competence: hospital management forum* 2015; (11): 24–5.
- (66) Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M et al. **Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles.** *Journal of Nursing Scholarship* 2016; 48(2): 201–9.
- (67) Schwendimann R, Koch R. **Masterumfrage 2013. Basel, Bern; 2013 Mar 19.** Available from: <https://docplayer.org/911304-Masterumfrage-2013-diese-umfrage-wurde-unterstuetzt-durch.html> (Zugriff: 22.2.19).
- (68) Ulrich A, Hellstern P, Kressig RW, Eze G. **Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams.** *Pflege* 2010; 23(6): 403–10.
- (69) Büchler A, Müller-Chen M, editors. **Private Law: national, global, comparative [Festschrift für Ingeborg Schwenzer zum 60. Geburtstag].** Bern: Stämpfli; 2011.
- (70) Serena A, Castellani P, Fucina N, Griesser A, Jeanmonod J, Peters S et al. **The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based.** *European Journal of Oncology Nursing* 2015; 19(6): 740–6.
- (71) Müller M, Jaggi S, Kouriaichi C, Eggenschwiler P. **Praxistätigkeit einer Advanced Practice Nurse im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum.** *Pflege*; 23(6): 385–91.
- (72) Zúñiga F, Jenni G, Wiesli U, Schwendimann R. **Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz.** *Pflege* 2010; 23(6): 375–83.

- (73) Wyss C, Blunier HU. **Abgestufte Versorgung in der Praxis – Konzept und Werkstattbericht aus dem MediZentrum: APN in der Grundversorgung.** MediZentrum Schüpfen; 2015.
- (74) Wenger S. **Auf dem Land ist das Potenzial der Pflegeexpertin erkannt.** Schweizer Gemeinde; 2018; (5):34–7.
- (75) Sailer Schramm M, Brüngger B, Wyss C, Röthlisberger A, Kläy M, Triaca H, Grünig B, Schüller A, Blunier H. **Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten.** Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin 2019; 19(2):52–6.
- (76) Gysin S, Bischofberger I, Merlo C, Essig S. **The Role of Nurse Practitioners in Comparison to General Practitioners and Medical Practice Assistants in Swiss Primary Care.** Basel; 2018 (Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine und Innere Medizin SGAIM).
- (77) Imhof L, Abderhalden C, Cignacco E, Eicher M, Mahrer Imhof R, Schubert M et al. **Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz.** Pflege 2008; 21(4):252–61.
- (78) Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. **Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older.** Journal of the American Geriatric Society 2012; 60(12):2223–31.
- (79) Niederhauser A, Bezzola P. **progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen: Übersicht zum Thema Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation.** Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2015.
- (80) Kambli K, Flach D, Schwendimann R, Cignacco E. **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 2015; 2(1):64–72.
- (81) Meyer-Masseti C, Krummenacher E, Hedinger-Grogg B, Luterbacher S, Hersberger K. **Medikationssicherheit im Home Care Bereich: Entwicklung und Pilotierung eines Critical Incident Reporting Systems.** Pflege 2016; 29(5):247–55.
- (82) Mahler C, Freund T, Baldauf A, Jank S, Ludt S, Peters-Klimm F et al. **Das strukturierte Medikamentenmanagement in der Hausarztpraxis – ein Beitrag zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit.** Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2014; 108(5-6):258–69.
- (83) Rogers EM. **Diffusion of innovations.** 1st Edition. New York: The Free Press; 1962.
- (84) Nightingale F. **Notes on Nursing – What it is and what it is not.** London: Harrison; 1859.
- (85) Atzeni G, Schmitz C, Berchtold P. **Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW; 2017.** Bern: Swiss Academies Reports 2.
- (86) Schenk M, Quinto CB. **Neue berufliche Chancen im Kampf gegen den Nachwuchsmangel.** Schweizerische Ärztezeitung 2018; 99(9):262–4.
- (87) Wagner LM, Dolansky MA, Englander R. **Entrustable professional activities for quality and patient safety.** Nursing Outlook 2018; 66(3):237–43.
- (88) Norful AA, Ye S, van der Biezen M, Poghosyan L. **Nurse practitioner-physician comanagement of patients in primary care.** Policy, Politics and Nursing Practice 2018; (Dec.): [Epub ahead of print].
- (89) Harmon MT, Farrell CF, Carter V, Randall DA, Loeb A, Jain T. **Launching into interprofessional education: graduate students learning and growing together.** Journal of Interprofessional Care 2018; 16 (Nov.): [Epub ahead of print].

- (90) Ulrich G, Aeberhard R, Feusi E, Kaap-Fröhlich S, Panfil E, Witt CM. **Entwicklung einer interprofessionellen Ausbildungsstation am UniversitätsSpital Zürich.** In: Ewers M, Paradis E, Herinek D, (eds.). *Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis.* Weinheim: Beltz-Juventa; 2019, pp. 201–17.
- (91) Vyt A, Pahor M, Tervaskanto-Maentausta T, editors. **Interprofessional education in Europe: Policy and practice.** Antwerp: Garant Publishers; 2015.
- (92) WHO. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: www.who.int/hrh/resources/framework_action/en (Zugriff: 2.2.2019).
- (93) Stokar T von, Vettori A, Gschwend E, Boos L. **Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitalern: Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung.** Zürich: Infras; 2016.
- (94) Sax E. **A Directory of Preceptorship Programs in the Health Professions.** New York: National Health Council; 1975.
- (95) Essig S, Merlo R, Bischofberger I, Sottas B. **Interprofessional Primary Care – A Pilot Project in Canton Uri Involving General Practitioners And Nurse Practitioners [Posterpräsentation [Nach Call for Abstracts].** Bern; 2017 (SAMW-Symposium).
- (96) Häuptle C, Erlach M von, Bauer W, Brinkley B. **Koordination von Curricula (Rotationsstellen) und Praxisassistentenstellen: Bericht der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM).** Bern; 2014. Available from: www.whm-fmf.ch/media/bericht_koordination_curricula_und_pa.pdf (Zugriff: 3.2.2019).
- (97) Wilhelmsson M. **Developing interprofessional competence: Theoretical and empirical contributions.** Community Medicine Department of Medical and Health Sciences Linköping University; Linköping/Sweden; 2011.
- (98) Forum Managed Care. **Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025: Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das?** (Denkstoff No. 3). Unterägeri: FMC; 2017.
- (99) Ortiz J, Höfler R, Bushy A, Lin Y, Khanijahani A, Bitney A. **Impact of Nurse Practitioner Practice Regulations on Rural Population Health Outcomes.** *Healthcare* 2018;6(65): [Epub ahead of print].
- (100) Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Mehlich H, editors. **Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen – Impulse für die Versorgung.** Berlin: Springer; 2017.
- (101) Naylor MD, Kurtzman ET. **The role of nurse practitioners in reinventing primary care.** *Health Affairs* 2010; 29(5): 893–9.

