

# **Advanced Practice Ergotherapeut/innen und Hebammen**

Innovationen in der ambulanten und stationären  
Versorgung – Literaturübersicht und Einschätzungen  
von Expert/innen

Laure Dutoit<sup>a</sup>, Kilian Künzi<sup>a</sup>, Jolanda Jäggi<sup>a</sup>

Unter Mitwirkung von Elisabeth Kurth<sup>b</sup> und Claudia Galli<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

<sup>b</sup> ZHAW Departement Gesundheit



# Inhaltsverzeichnis

<b>Management Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Ausgangslage und Fragestellung</b> .....	<b>8</b>
1.1 Ausgangslage .....	8
1.2 Fragestellungen .....	8
1.3 Aufbau des Berichts .....	9
<b>2 Methodisches Vorgehen, Informationsquellen</b> .....	<b>10</b>
2.1 Erarbeiten der Begriffsdefinitionen .....	10
2.2 Darstellung der Situation in der Schweiz .....	10
2.3 Situation in zwei ausgewählten fortgeschrittenen Ländern .....	10
2.4 Literatur- und Dokumentenanalyse .....	11
2.5 Expert/innengespräche .....	12
<b>3 Begriffe zur Advanced Practice</b> .....	<b>13</b>
<b>4 Aktuelle Situation in der Schweiz</b> .....	<b>16</b>
4.1 Advanced Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit in der Schweiz .....	16
4.2 Politik und Grundlagen im Umfeld der Advanced Practice .....	19
4.2.1 Bereich integrierte Versorgung .....	20
4.2.2 Bereich Gesundheitspersonal .....	21
<b>5 Advanced Practice in Grossbritannien und Schweden</b> .....	<b>23</b>
5.1 Situation in Grossbritannien .....	23
5.2 Situation in Schweden .....	26
5.3 Vergleichende Übersicht in Tabellenform .....	28
5.4 Ergänzung: Situation der Hebammen in Irland .....	33
<b>6 Literaturübersicht über Advanced Practice und Extended Scope of Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit im internationalen Kontext</b> .....	<b>35</b>
6.1 Advanced Practice und Extended Scope of Practice in der Ergotherapie .....	35
6.1.1 Rolle und Berufsbild in verschiedenen Ländern .....	35
6.1.2 Einsatzbereiche .....	36
6.1.3 Zusammenfassung .....	40
6.2 Die Advanced Practice in der Hebammenarbeit .....	40
6.2.1 Berufsbilder und Berufsbildung in verschiedenen Ländern .....	40
6.2.2 Einsatzbereiche .....	42
6.2.3 Zusammenfassung .....	44
<b>7 Ergebnisse aus den Expert/innengesprächen</b> .....	<b>45</b>
7.1 Vertreterin der Ergotherapie .....	45
7.1.1 Mögliche Entwicklung der Advanced Practice Ergotherapie in der Schweiz ....	45
7.1.2 Einsatzbereiche und Rollen von AP/ESP Ergotherapie: Übertragbarkeit auf die Schweiz .....	46
7.1.3 Zentrale Hindernisse und Herausforderungen für den Einsatz der Advanced Practice Ergotherapie in der Schweiz .....	46
7.1.4 Regulierung .....	47
7.1.5 Die Masterausbildung und die AP Ergotherapie in der Schweiz .....	48
7.2 Vertreterin der Hebammen .....	49

7.2.1	Mögliche Entwicklung der Advanced Practice Hebammenarbeit in der Schweiz.....	49
7.2.2	Einsatzbereiche und Rollen von AP Hebammen: Übertragbarkeit auf die Schweiz.....	49
7.2.3	Regulierung .....	50
7.3	Vertreterinnen der Gesundheitspolitik .....	51
7.3.1	Entwicklung der Advanced Practice von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der Schweiz .....	51
7.3.2	Substitution von Ärzt/innen und interprofessionelle Zusammenarbeit .....	52
7.3.3	Zentrale Hindernisse und Herausforderungen für den Einsatz von Advanced Practitioners in der Schweiz .....	53
7.3.4	Regulierung Advanced Practice, Zukunftsaussichten .....	54
7.3.5	Berufsausübungsrechte.....	55
<b>8</b>	<b>Schlussbemerkungen .....</b>	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>65</b>

## Management Summary

### Ausgangslage

Die Schweiz verfügt über eines der leistungsfähigsten Gesundheitsversorgungssysteme. Dieses steht jedoch auch vor grossen Herausforderungen. Der Bedarf an Gesundheitsversorgung und damit an Gesundheitspersonal dürfte sich in der Zukunft weiter erhöhen.

Wichtige Entwicklungen ergaben sich in den letzten Jahren auf der Ebene der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Im Zuge verschiedener Reformen wurden die Ausbildungen in Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme, Ernährung und Diätetik auf Fachhochschulstufe verankert. Teilweise existieren bereits konsekutive Masterstudiengänge oder sind in Vorbereitung. Insgesamt führt die Akademisierung zu hoch qualifizierten Fachleuten, die eine grosse Verantwortung und erweiterte Rollen im Versorgungsgeschehen übernehmen können.

Unter anderem vor diesem Hintergrund sieht sich die Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) veranlasst, die Entwicklung in den beiden Berufen Ergotherapie und Hebamme vertiefter analysieren zu lassen. Eine aktuelle Übersicht über die internationale Literatur zum innovativen Einsatz der beiden Berufe sowie Einschätzungen von Expert/innen sollen Möglichkeiten der Entwicklung und Einführung der «Advanced Practice» in der Schweiz aufzeigen.

### Methodisches Vorgehen

Zum einen wurden für die Studie vertiefte Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen durchgeführt. Zur Informationsbeschaffung wurde auch mit spezifischen Akteur/innen, insbesondere der Berufsverbände, im In- und Ausland direkt Kontakt aufgenommen. Zum anderen wurden mit Berufsvertreterinnen und Akteur/innen in der Gesundheitspolitik vier leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

### Ergebnisse

Die **Advanced Practice** (AP) beschreibt grundsätzlich eine Praxis entlang eines Kontinuums, in welchem Praktiker/innen ihre professionellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf hohem Niveau entwickeln. In Ergotherapie und im Hebammenberuf gibt es zurzeit keine international akzeptierte Definition für AP. Die Rollen und Einsatzbereiche sowie die Voraussetzungen bzgl. Ausbildung und Kompetenzen sind je nach Land verschieden.

In der Ergotherapie ist der sogenannte **Extended Scope of Practice** (ESP) v.a. in Grossbritannien weiter verbreitet als die Advanced Practice. Der ESP Ergotherapie ist eine Berufsausübung, die über die herkömmlichen beruflichen Grenzen hinausgeht und Fähigkeiten erfordert, die nicht zur qualifizierenden Berufsausbildung gehören.

In **Grossbritannien** ist die AP/ESP von den untersuchten Ländern am weitesten entwickelt. Es ist aber anzumerken, dass ein Unterschied besteht zwischen der Literatur bzw. Akademie, wo viel über Advanced Practice und Extended Scope of Practice diskutiert wird, und der Berufsausübung in der Praxis, wo diese Begriffe (noch) kaum eine Rolle spielen.

Aus der internationalen **Literaturübersicht** gingen verschiedene konkrete Einsatzgebiete von AP/ESP Ergotherapeut/innen und Hebammen hervor – v.a. in Grossbritannien, in den USA, Irland und Australien. Aussagen bzgl. Effektivität und Effizienz von Advanced Practitioners in solchen Einsatzgebieten sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da nur wenige randomisierte und kontrollierte Studien vorliegen.

## Ergebnisse zur Ergotherapie

Advanced Practitioners in der Ergotherapie sind in **Grossbritannien** Berufsleute mit vertiefter Erfahrung und Expertise, welche die gelernten Techniken in der Praxis erweitern und ergänzen. Voraussetzung ist eine Weiterbildung und die vertiefte Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken. Obwohl die Begriffe AP/ESP in der Praxis wenig verwendet werden, gibt es viele Funktionen, die als AP oder ESP betrachtet werden können, z.B. Ergotherapeut/innen mit Master, die als Ergotherapie-Leiter/innen, registrierte Spezialist/innen, Ergotherapie-Berater/innen («consultant») oder Professor/innen an der Universität arbeiten.

In **Schweden** wurde das Berufsbild Ergotherapie eher über Spezialisierungen weiterentwickelt als in Richtung AP oder ESP.

Aus der **internationalen Literaturrecherche** ergaben sich folgende Gebiete, in welchen ESP oder AP Ergotherapeut/innen mit ihren erweiterten Kompetenzen und Fähigkeiten die ärztliche Versorgung ergänzen oder ersetzen und zur Verringerung von Klienten-Wartelisten beitragen können: Handtherapie, Versorgung von Menschen mit Arthritis, neonatale Intensivstationen und Pädiatrie.

## Ergebnisse zum Hebammenberuf

AP Hebammen versorgen in **Grossbritannien** z.B. Schwangere mit Diabetes, führen operativ-vaginale Geburten und die Erstuntersuchung von Neugeborenen durch (Neugeborenen-Status), und sie unterstützen oder beraten andere Hebammen bei komplexen geburtshilflichen Situationen. In **Schweden** wird nicht von Advanced Practice gesprochen, obwohl die Geburtshilfe in physiologischen Situationen meist hebammengeleitet ist, weshalb sie z.T. auch als AP eingestuft werden könnte.

**Irland** hat seit 1999 die Entwicklung der Advanced Practice im Hebammenberuf gefördert. Für den AP-Titel werden eine Masterausbildung und 1'000 Stunden überwachter klinischer Praxis verlangt. Die erste AP Hebamme wurde hier im Jahr 2007 eingesetzt.

Die **internationale Literaturübersicht** hat gezeigt, dass AP Hebammen zu einer besseren Versorgung beitragen können (bzgl. Unterstützung der Patientinnen/Klientinnen; grösserer Anteil an Geburten ohne Komplikationen). Sie ermöglichen ein höheres Niveau an kontinuierlicher Betreuung, reduzieren Wartezeiten, arbeiten enger mit (werdenden) Eltern zusammen und erfüllen auch gegenüber Berufskolleg/innen wichtige Unterstützungsfunktionen.

## Situation in der Schweiz

In der **Schweiz** ist die Advanced Practice in der Ergotherapie und im Hebammenberuf noch relativ wenig entwickelt. Die im Rahmen der Studie befragten Expertinnen sehen aber eine wichtige Rolle für die beiden Berufsgruppen in der Zukunft; nicht nur durch die AP, sondern auch durch integrierte Versorgungsmodelle.

Eine Vertreterin des Hebammenberufes sieht frei praktizierende **Hebammen** bereits heute aufgrund ihrer verantwortungsvollen Funktion als Advanced Practitioners. Es fehle jedoch das Bewusstsein der Öffentlichkeit für deren Kompetenzen und Fähigkeiten. Innovative Rollen im Hebammenberuf, z.B. in der Gebärdabteilung (Dammrissnähen), in der pränatalen Versorgung von Frauen mit intrauteriner Wachstumsretardierung, in der Erstbehandlung von Schwangeren mit bestimmten Beschwerden oder in der Verordnung von Analysen sind bereits heute Funktionen von frei praktizierenden Hebammen. Die Versorgung von Schwangeren mit genitalen Verstümmelungen kann von spezialisierten Hebammen übernommen werden; die Betreuung von Schwangeren mit Diabetes könnte entweder eine Spezialisierung oder eine AP-Aufgabe werden. Die Expertinnen aus der Gesundheitspolitik sehen die Anpassung der Therapie oder der Medikation bei bestehenden Diagnosen als mögliche Rollenerweiterung von AP Hebammen.

Nach Einschätzung der befragten Vertreterin der **Ergotherapie** wären auch in der Schweiz Einsätze von AP Ergotherapeut/innen resp. Expert/innen in spezifischen Bereichen wie z.B. der Handtherapie denkbar. Funktionen in Lehre und Forschung werden von ihr hingegen weniger als Aufgaben von Advanced Practitioners gesehen, sondern verbunden mit einem Master of Science.

**Aktuell sind in der Schweiz die Rollen und Kompetenzen von Advanced Practitioners in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen noch nicht klar festgelegt.** Deshalb ist auch noch unklar, welche Voraussetzungen nötig sind, um als AP Ergotherapeut/in oder AP Hebamme zu arbeiten. Es besteht auch noch keine Klarheit darüber, ob ein künftiger AP-Titel an einen Masterabschluss gebunden sein soll oder nicht.

Die Ausbildungen, Profile und Kompetenzen müssen nach Einschätzung der Expertinnen aus der Gesundheitspolitik in erster Linie durch die Berufsverbände festgelegt werden – noch vor der Legifizierung. Klärungsbedarf besteht auch noch bezüglich Finanzierungsmodellen und Haftungsfragen.

Die zurzeit laufenden politischen Reformen im Gesundheitswesen betreffen auch die Advanced Practice in Ergotherapie und im Hebammenberuf. Das geplante Gesundheitsberufegesetz würde die Ausbildung und Berufsausübung der Gesundheitsberufe regulieren, d.h. damit hätte die Schweiz eine normative «kompetenzausgerichtete» Grundlage – es ist jedoch noch offen, ob darin auch die MSc-Stufe reguliert wird. Die auf Bundesebene (WBF) lancierte Initiative «Fachkräfte für die Schweiz» richtet sich an sämtliche Fachberufe. Die für 2014 geplante Gesundheitsberufekonferenz, in welcher auch die Ergotherapie und der Hebammenberuf vertreten sein werden, wird neue Zusammenarbeitsformen, Finanzierungsmodelle und Haftungsmodelle diskutieren und Projekte entwickeln, nicht zuletzt unter Einbezug der Fachhochschulen, woraus sich wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der AP-Berufsbilder von Ergotherapeut/innen und Hebammen in der Schweiz ergeben könnten.

## **Abkürzungsverzeichnis**

ANP	<i>Advanced Nursing Practice; Advanced Nurse Practitioner</i>
AP	<i>Advanced Practice</i>
APN	<i>Advanced Practice Nurse</i>
BAG	<i>Bundesamt für Gesundheit</i>
CMS	<i>Clinical Midwife Specialist</i>
CNS	<i>Clinical Nurse Specialist</i>
CT	<i>Controlled Trial</i>
EDI	<i>Eidgenössisches Departement des Innern</i>
ESP	<i>Extended Scope of Practice</i>
GDK	<i>Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren</i>
KLK	<i>Krankenpflege-Leistungsverordnung, Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>
KVG	<i>Bundesgesetz über die Krankenversicherung</i>
KVV	<i>Verordnung über die Krankenversicherung</i>
MVG	<i>Bundesgesetz über die Militärversicherung</i>
NP	<i>Nurse Practitioner</i>
Q	<i>Qualitative Study</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i>
SBFJ	<i>Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (bis 2012 BBT, Bundesamt für Berufsbildung und Technologie)</i>
UVG	<i>Bundesgesetz über die Unfallversicherung</i>
WBF	<i>Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (bis 2012 EVD, Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement)</i>



# 1 Ausgangslage und Fragestellung

## 1.1 Ausgangslage

Die Schweiz verfügt über eines der leistungsfähigsten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt: Die Lebenserwartung ist höher als in den allermeisten Ländern. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung garantiert allen Einwohner/innen ein Recht auf Gesundheitsleistungen und eine hohe Qualität der Versorgung. Das Gesundheitssystem steht jedoch auch vor grossen Herausforderungen. Unter anderem führen Veränderungen in der Arbeits- und Lebensweise und die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu einer steigenden Anzahl an Personen mit chronischen Krankheiten. Der Bedarf an Gesundheitsversorgung und damit auch an Gesundheitspersonal dürfte sich in der Zukunft weiter erhöhen. So wurde in zwei jüngeren Studien (GDK-OdASanté 2009, Jaccard Ruedin et al. 2009) denn auch eine Mangelsituation im Bereich der medizinisch-universitären (v.a. Ärztinnen und Ärzte) wie auch der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (insbes. Pflegefachpersonen) prognostiziert.

Wichtige Entwicklungen ergaben sich in den letzten Jahren auf der Ebene der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Mit der revidierten Bundesverfassung von 1999 erhielt der Bund die Kompetenz für sämtliche Berufsbildungsbereiche, u.a. auch für den bisher kantonale geregelten Bereich Gesundheit. Im Zuge verschiedener Reformen wurden auf der Sekundarstufe II neue Gesundheitsberufe geschaffen und die ehemaligen Diplomberufe als Tertiärberufe an Höheren Fachschulen und Fachhochschulen angesiedelt. Seit Inkrafttreten des neuen Berufsbildungsgesetzes und des revidierten Fachhochschulgesetzes 2004/05 werden die Ausbildungen in Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammenberuf, Ernährung und Diätetik ausschliesslich an Fachhochschulen angeboten. Für die Bachelorstudiengänge existieren zum Teil bereits konsekutive Masterstudiengänge oder sind in Vorbereitung. Insgesamt führt die Akademisierung der Gesundheitsberufe zu hoch qualifizierten Fachleuten, die eine hohe Verantwortung in der Berufspraxis und erweiterte Rollen im Versorgungsgeschehen übernehmen können.

Das Departement Gesundheit der ZHAW hat deshalb dem Büro BASS den Auftrag gegeben, die Entwicklung in der Ergotherapie und im Hebammenberuf vertiefter zu analysieren. Eine aktuelle Literaturübersicht über den innovativen Einsatz der Berufe Hebamme und Ergotherapeut/in sowie Einschätzungen von Expert/innen sollen Möglichkeiten der Entwicklung und Einführung der «Advanced Practice» – darunter ist die Praxis entlang eines Kontinuums zu verstehen, in welchem Praktiker/innen ihre professionellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf hohem Niveau entwickeln – in der Schweiz aufzeigen. Der vorliegende Bericht wurde in engem Austausch mit den Expertinnen der ZHAW-Institute, Dr. Elisabeth Kurth, Hebamme, und lic. phil. Claudia Galli, Ergotherapeutin, erarbeitet. Ihnen sei an dieser Stelle für ihre fruchtbare Mitwirkung gedankt.

## 1.2 Fragestellungen

Erstens soll die Studie die aktuelle Situation der Hebammen und der Ergotherapeut/innen in der Schweiz und in den umliegenden Ländern beschreiben mit Fokus auf die «Advanced Practice» im stationären und ambulanten Bereich. Im Vordergrund stehen dabei die neuen gesetzlichen Grundlagen, der politische Kontext sowie die verschiedenen Masterpläne in der Berufsbildung und im Gesundheitswesen. Zweitens soll die Studie einen Überblick über die internationale Literatur und die Situation in Ländern liefern, die im Vergleich zur Schweiz bereits über weitergehende Praxis im Einsatz der beiden Berufe verfügen. Drittens sollen zur Frage der Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus der Literatur auch Einschätzungen von ausgewählten Expert/innen eingeholt werden.

Die zu untersuchenden **Fragestellungen** lauten:

- Wie wird in der Literatur, in den verschiedenen Ländern «Advanced Practice» definiert, d.h. welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit man «Advanced Practitioner» wird (Ausbildung: MSc oder MAS oder andere Weiterbildungen? Berufserfahrung, bestimmte Inhalte in der Aus- und Weiterbildung)? Wer vergibt diesen Titel?
- Wie präsentiert sich die aktuelle Situation bei den Hebammen und Ergotherapeut/innen in der Schweiz in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen, den politischen Kontext und die Planung – unter besonderer Berücksichtigung der Advanced Practice im stationären und im ambulanten Bereich?
- Wie ist die entsprechende Situation in vergleichsweise fortgeschrittenen Ländern wie Grossbritannien bzw. dem Vereinigten Königreich (UK) und in einem skandinavischen Land?
- Bei den gesetzlichen Grundlagen ist vor allem von Interesse, was die Berufsausübungsbewilligung vorsieht in Bezug auf:
  - Erstbehandlungsrecht
  - Entschädigungsregelungen
  - Recht, Diagnostik zu verordnen (z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen etc.)
  - Recht, Therapien/ Medikamente zu verschreiben und Arbeitsunfähigkeitszeugnisse auszustellen.
- Welche (innovativen) Einsatzgebiete der Advanced Practice<sup>1</sup> Hebammen und Ergotherapeut/innen werden in der internationalen Literatur aufgeführt? Und wie werden die Effektivität (Gesundheits-Outcome) und die Kosten des Einsatzes von Advanced Practice Hebammen und Ergotherapeut/innen beurteilt?
- Welche Möglichkeiten des Einsatzes von Advanced Practice Hebammen und Ergotherapeut/innen sehen Expert/innen in Bezug auf die Schweiz?

### 1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt gegliedert: In Kapitel 2 werden das methodische Vorgehen und die beigezogenen Informationsquellen näher beschrieben. Kapitel 3 versucht, den Begriff der Advanced Practice als Erweiterung der herkömmlichen Berufspraxis entlang verschiedener Achsen genauer zu fassen. In Kapitel 4 werden der aktuelle Stand und die Situation der Advanced Practice von Ergotherapie und Hebammenberuf in der Schweiz dargestellt. Dabei werden u.a. gesetzliche Bedingungen und politische Reformen betrachtet. In Kapitel 5 wird die Situation (Ausbildung, Praxis) der Advanced Practice in den zwei vergleichsweise fortgeschrittenen Ländern Grossbritannien und Schweden beschrieben. Kapitel 6 fasst die Ergebnisse einer Literaturrecherche zu Advanced Practice in der Ergotherapie und Hebammenarbeit in internationalen Datenbanken zusammen. In Kapitel 7 werden die Resultate aus vier Gesprächen mit Expert/innen aus den beiden Berufsgruppen und aus der Gesundheitspolitik dargestellt. Darin wird vor allem auch der Frage nach der Übertragbarkeit der Befunde aus der internationalen Literatur auf die Schweiz nachgegangen. In Kapitel 8 schliesslich werden die Ergebnisse der Studie zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen.

---

<sup>1</sup> Ebenfalls mit einbezogen wird bei den Ergotherapeut/innen der Begriff Extended Scope Occupational Therapist.

## 2 Methodisches Vorgehen, Informationsquellen

Die Studie stützt sich auf zwei Hauptquellen der Informationsgewinnung:

- Zum einen wurden vertiefte Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen durchgeführt. Zur Informationsbeschaffung wurde u.a. auch mit spezifischen Akteur/innen, insbes. den Berufsverbänden, im In- und Ausland direkt Kontakt aufgenommen.
- Zum andern wurden mit Berufsvertreterinnen und Akteur/innen in der Gesundheitspolitik Experteninterviews durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde auf der Grundlage der Dokumentanalyse und der Evaluationsfragestellungen erarbeitet.

Die Vorgehensschritte und die entsprechenden Informationsquellen werden nachfolgend erläutert.

### 2.1 Erarbeiten der Begriffsdefinitionen

In einem ersten Schritt galt es, die verschiedenen relevanten Begriffe in Bezug auf die «Advanced Practice» in der Ergotherapie und Hebammenarbeit zu definieren und Unterschiede zwischen «Advanced Practice» (AP), «Extended Scope of Practice» (ESP), «Spezialist/in» und «Expert/in» herauszuarbeiten.

Als Quellen wurden hier vor allem die schweizerische und die internationale Literatur beigezogen. Die Resultate sind in Kapitel 3 dargestellt.

### 2.2 Darstellung der Situation in der Schweiz

Der zweite Teil analysiert den Stand der Advanced Practice von Ergotherapie und Hebammenarbeit in der Schweiz. Es wurde eruiert, unter welchen gesetzlichen Bedingungen sich die erweiterten Berufsbilder hierzulande entwickeln (können) und welche Ausbildungen (Msc, MAS), Weiterbildungen, Berufserfahrungen oder andere Voraussetzungen benötigt werden, um «Advanced Practitioner» zu sein. Hierzu wurden sowohl der politische Kontext als auch die Ausbildungspläne im Hinblick auf die Schliessung von Bedarfslücken untersucht.

Als Informationsquellen dienten Gesetzesgrundlagen und schweizerische Publikationen.

### 2.3 Situation in zwei ausgewählten fortgeschrittenen Ländern

In einem dritten Teil wurde untersucht, wie sich die Situation in zwei im Einsatz von Advanced Practitioners vergleichsweise fortgeschrittenen Ländern verhält. Ausgewählt wurden das **Vereinigte Königreich UK resp. Grossbritannien**<sup>2</sup> und **Schweden** als Beispiel eines skandinavischen Landes.

Es wurden die Voraussetzungen ermittelt, die es braucht, um den Titel Advanced Practice in diesen Ländern zu erwerben. Erste Abklärungen zeigten, dass die benötigten Informationen nicht allein aus Desktop-Recherchen gewonnen werden konnten, sondern dass direkte Kontakte mit entsprechenden Informationsstellen und -Fachpersonen (kurze telefonische Interviews, E-Mail-Korrespondenzen) in den betreffenden Ländern notwendig waren.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird für das Vereinigte Königreich (UK) die Bezeichnung Grossbritannien verwendet.

<sup>3</sup> Die Recherchen erfolgten in deutscher, englischer und französischer Sprache; Schwedisch konnte leider nicht berücksichtigt werden.

## 2.4 Literatur- und Dokumentenanalyse

In einem vierten Teil ging es darum, Innovationen in der Arbeit von Ergotherapeut/innen und Hebammen im ambulanten und stationären sowie allgemeinen und spezialisierten Versorgungsbereich breiter zu dokumentieren. Der Fokus der Literaturanalyse lag auf Fragen der Effektivität der Einsätze der Advanced Practice Ergotherapeut/innen und Hebammen im Sinne der Auswirkungen auf Gesundheits-Outcomes. Ebenfalls von Interesse waren die Kosten-Effektivität und die Zufriedenheit der Patient/innen und Klient/innen mit der Leistungserbringung.<sup>4</sup>

Die Situation wurde neben den bereits im vorangehenden Abschnitt angesprochenen Ländern UK und Schweden in folgenden Ländern resp. deren Literatur untersucht:

- Deutschland; Österreich; Frankreich;
- Holland;
- Dänemark, Finnland;
- USA;
- Kanada;
- Australien, Neuseeland;
- Irland;
- Punktuell weitere Länder.

Zu beachten ist dabei, dass es sich um Länder sehr unterschiedlicher Grösse und unterschiedlicher Gesundheitssysteme handelt, was Vergleiche allgemein schwierig macht.

Schwergewichtig wurden «peer-reviewed» wissenschaftliche Journals ausgewertet. Es konnte die **Literatur bis ca. Januar 2013** berücksichtigt werden.

Folgende **Datenbanken** wurden systematisch durchsucht (alphabetische Reihenfolge):

Public Health Professionals allgemein:

- CINAHL Database (Datenbank der National League for Nursing and the American Nurses' Association)
- Cochrane Library (Datenbank von führenden medizinischen Studien der Cochrane Collaboration)
- Medline bzw. PubMed (Datenbank der National Library of Medicine der USA)
- NHS Evidence (Datenbank wissenschaftlicher Literatur des Britischen National Health Service (NHS), betrieben durch das National Institute for Health and Care Excellence (NICE)).
- Saphir (Swiss Automated Public Health Information Resources)
- SpringerLink (elektronische Bibliographie weltweiter Literatur)
- Web Of Science (umfangreiche, multidisziplinäre, bibliografische Datenbank mit Artikelnachweisen aus Zeitschriften, Büchern, Proceedings, u.a. aus Naturwissenschaften und Sozialwissenschaften)<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Das Vorgehen orientiert sich weitgehend an jenem, das bereits bei der Obsan-Studie «Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute» (Künzi/Detzel 2007) angewendet wurde.

<sup>5</sup> Um sich zusätzlich abzusichern, wurde des Weitern eine Recherche in «Google Scholar» durchgeführt.

Spezifisch für Hebammen:

- MiDirs Maternity and Infant Care (elektronische Bibliographie weltweiter Literatur über den Hebammenberuf)

Spezifisch Ergotherapie:

- EPB-Datenbank (Datenbank für die Evidenzbasierte Praxis von Ergotherapeut/innen (EPB) des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V.)
- OT CATS (Occupational Therapy Critically Appraised Topics); durch den Ergotherapieverband Australiens (Occupational Therapy Australia) betriebene Literaturdatenbank
- OTseeker (weltweite wissenschaftliche Literaturdatenbank zur Ergotherapie)

Als **Suchstrategie** wurden die Berufe Ergotherapie und Hebamme mit dem Begriff «innovative Rollen» (Advanced Practice, Extended Scope, Specialist/in, Expert/in, innovativ) verknüpft. Berücksichtigt wurden die **Sprachen** Deutsch, Englisch und Französisch.

Zur groben methodologischen Einordnung der Studien werden folgende Eigenschaften ausgewiesen:

- Vergleichende Studien ohne zufällige Einteilung in Kontroll- und Referenzgruppe werden mit **[CT]** für «Controlled Trial» gekennzeichnet
- Erfolgt zudem eine zufällige Einteilung der verschiedenen Akteur/innen, wird die Studie mit **[RCT]** für «Randomized Controlled Trial» gekennzeichnet
- Qualitative Studien werden mit **[Q]** für «Qualitative Study» gekennzeichnet
- Bei Literaturanalysen oder deskriptiven Studien wird auf eine Bezeichnung verzichtet.

Anzumerken ist, dass die vorliegende Literaturübersicht **keinen Anspruch auf eine systematische Meta-Analyse** erheben will. Die beigezogenen Studien wurden nicht vertieft auf ihre Qualität (Forschungsdesign, Stichprobengrösse etc.) hin überprüft. Ziel war vielmehr, die Literatur zu den Fragestellungen zusammenzutragen und zu beschreiben.

**Suchergebnis:** Es zeigte sich, dass nicht zu allen der oben erwähnten Ländern Artikel zu Advanced Practice Ergotherapie oder Hebammenarbeit auffindbar waren. Zur Ergotherapie wurde vergleichsweise viel Literatur aus den USA und Grossbritannien gefunden. Zur Hebammenarbeit stammten die Artikel vor allem aus Grossbritannien, Irland und den USA; letztlich aus denjenigen Ländern, in denen die Advanced Practice grundsätzlich am meisten entwickelt ist.

Im Bereich Ergotherapie wurden mit den vorangehenden Suchbegriffen 59 Artikel gefunden. Nach einer ersten Auswertung wurden davon 27 ausgeschieden, weil sie nicht Advanced Practice- oder Extended Scope of Practice Ergotherapie thematisierten. Für den Hebammenbereich wurden in einem ersten Schritt 71 Artikel gesichtet. Auch hier wurden 35 ausgeschieden, weil sie sich nicht mit der Advanced Practice beschäftigten. In den verbleibenden **64 Artikeln** (Ergotherapie: 32, Hebammen: 36) werden die Definition/Regulierung von Advanced Practice Ergotherapie/Hebammenarbeit in verschiedenen Ländern und/oder ihr Einsatz oder ihre Effektivität (Qualität der Versorgung, Zufriedenheit der Patient/innen und Klient/innen, Gesundheits-Outcomes, Kosten) behandelt.

## 2.5 Expert/innengespräche

Die vier Expert/innengespräche, die im Rahmen der Studie durchgeführt werden konnten, dienten einer vertieften Darstellung der Situation und der Entwicklungsmöglichkeiten in der Schweiz. Insbesondere wurde versucht, die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus der Literatur auf die Verhältnisse hierzulande einzuschätzen.

Es wurden je 1 Expertin bzw. Verbandvertreterin eines Berufes und 2 Exponentinnen aus der Gesundheitspolitik (Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsdirektorenkonferenz) befragt (vgl. **Tab. 1**). Die Befragungen erfolgten – mit einer Ausnahme (tel.) – im Rahmen von Face-to-Face-Interviews. Als Erhebungsinstrument diente ein Gesprächsleitfaden. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgezeichnet und danach protokolliert. Die Protokolle wurden den Interviewpersonen zur Verabschiedung unterbreitet und anschliessend inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Tab. 1 Überblick über die im Rahmen der Evaluation durchgeführten vier Expert/innengespräche**

	Berufsverband	Gesundheitspolitik
Ergotherapie	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS)	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Hebammenarbeit	Schweizerischer Hebammenverband (SHV)	Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Quelle: Eigene Darstellung

### 3 Begriffe zur Advanced Practice

Eine der Aufgaben der Literaturübersicht bestand darin, «Innovationen» im Einsatz von Ergotherapeut/innen und Hebammen im Sinne einer erweiterten Rolle zu dokumentieren. Es fanden sich folgende Begriffe, die Innovationen als Erweiterung der herkömmlichen Berufspraxis beschreiben.

Der Begriff **Advanced Practice (AP)** beschreibt – auch wenn sich die Definitionen von Beruf zu Beruf z.T. unterscheiden – grundsätzlich eine Praxis entlang eines Kontinuums, in welchem Praktiker/innen ihre professionellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf hohem Niveau entwickeln. Damit sind sie befähigt, sicherer und wirksamer, in komplexeren Situationen und mit mehr Autonomie, klinischer Verantwortung und Rechenschaftspflicht zu handeln. Sie treten in verschiedenen Fachgebieten auf, in der allgemeinen Praxis wie auch im Rahmen unterschiedlicher Spezialisierungen (Council for Healthcare Regulatory Excellence 2009).

In der Krankenpflege haben viele Länder bereits eine erweiterte Berufspraxis entwickelt. Der International Council of Nurses (ICN) hat für die **Advanced Practice im Pflegebereich** eine internationale Rahmendefinition formuliert: «A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse<sup>6</sup> is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master's degree is recommended for entry level» (ICN 2009; vgl. auch Roulin 2007). Für die Schweiz wurde diese Definition folgendermassen angepasst: «[die] Advanced Practice Nurse [ist] eine diplomierte Pflegefachperson mit Grundausbildung, die Expertenwissen in einem Studium auf der Ebene Master of Science oder Doktorat erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt» (SwissANP 2012).

Im Gegensatz zur Krankenpflege gibt es in der Ergotherapie oder Hebammenarbeit keine offizielle internationale Definition der AP. In Grossbritannien sind Advanced Practitioners in der **Ergotherapie** Berufsleute mit erweiterter Erfahrung und Expertise, die die gelernten Techniken in der Praxis erweitern und ergänzen. Voraussetzung dafür ist eine Weiterbildung und die vertiefte Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken in der Praxis (Roberts 2002). Advanced Practice **Hebammen** sind Berufsleute mit hohen klinischen Fähigkeiten und hohen Kompetenzen für die autonome Entscheidungsfindung. In Grossbritannien brauchen AP Hebammen einen Masterabschluss sowie eine praktische klinische Weiterbildung (Department of Health, 2010), in Irland einen Mastertitel sowie mindestens

<sup>6</sup> In der englischsprachigen Literatur sind sowohl der Begriff Nurse Practitioner (NP) als auch Advanced Practice Nurse (APN) gebräuchlich, gelegentlich auch Advanced Nurse Practitioner (ANP).

sieben Jahre Berufserfahrung und einen spezifischen Kompetenznachweis. In Irland sind AP Hebammen (oder AMP, Advanced Midwife Practitioner<sup>7</sup>) u.a. in der Betreuung von Frauen mit besonderen Bedürfnissen in der Geburtshilfe oder als leitende Hebammen tätig und tragen bei zur Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis (Murphy 2012).

Der Begriff «Advanced Practice» ist von den Begriffen «Extended Scope of Practice» und «Spezialist/in» zu unterscheiden.

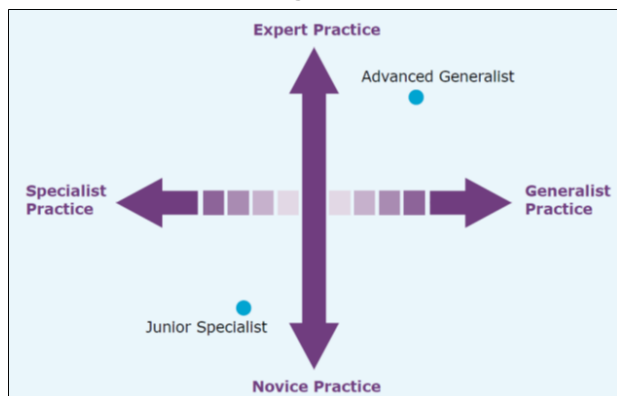
Der Begriff **Extended Scope of Practice (ESP)** betrifft klinische Spezialist/innen, die über den anerkannten Rahmen der Ausübung eines Berufs hinaus in innovativen oder nicht-traditionellen Rollen arbeiten, d.h. klinische Aufgaben oder Rollen übernehmen, die in der Regel anderen Berufen zugeordnet sind (Collins 2000). Den Extended Scope of Practice findet man generell in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (Council for Healthcare Regulatory Excellence 2009).

Auch in einer Informationsschrift «Briefing 14 – Extended Scope Practice»<sup>8</sup> des ErgotherapeutInnen-Verbands in Grossbritannien wird ESP als Berufsausübung definiert, die über die Grenzen des Berufsgebiets hinausgeht. Die dazu notwendigen Fähigkeiten sind ausserhalb der Kernkompetenzen von Ergotherapeut/innen angesiedelt und stehen in der qualifizierten Berufsausbildung nicht im Lehrplan.

In Kanada werden AP Ergotherapeut/innen als Berufsleute bezeichnet, «die weitergehende Kompetenzen haben und Verantwortung übernehmen, die über die traditionellen Grenzen der Ergotherapie hinausgehen» (ACE 2012), was eher der ESP als der AP entspricht. Der Unterschied zwischen Advanced Practice und Extended Scope of Practice ist also nicht immer klar.

Es besteht eine Debatte über die Frage, ob der Begriff **Spezialist/in** Rollen auf gleichem Niveau wie die Advanced Practice oder unterhalb beschreibt (NHS Scotland 2013, AANPE 2013, Brady Nevin 2006). Der Konsens scheint dahin zu gehen, dass «Spezialist/in» als Gegensatz zu «Generalist/in» verstanden wird und nicht auf der Achse «Einsteiger/in vs. Expert/in» zu verorten ist. In Grossbritannien geht man davon aus, dass Advanced Practice eher von der beruflichen Praxis als von der Funktion her definiert werden muss. Im Gegensatz zu Spezialist/innen, die in einem spezifischen Kontext (z.B. mit bestimmter Patientengruppe, mit besonderen fachlichen Kenntnissen oder in besonderer Organisationseinheit) tätig sind, haben Advanced Practitioners Expertise im gesamten Berufsfeld (NHS 2010). Das Verhältnis von Spezialisierung und Advanced Practice veranschaulicht **Abb. 1**.

**Abb. 1 Unterscheidung von Spezialist/in und Advanced Practitioner**



Quelle: National Leadership and Innovation Agency for Healthcare (2010)

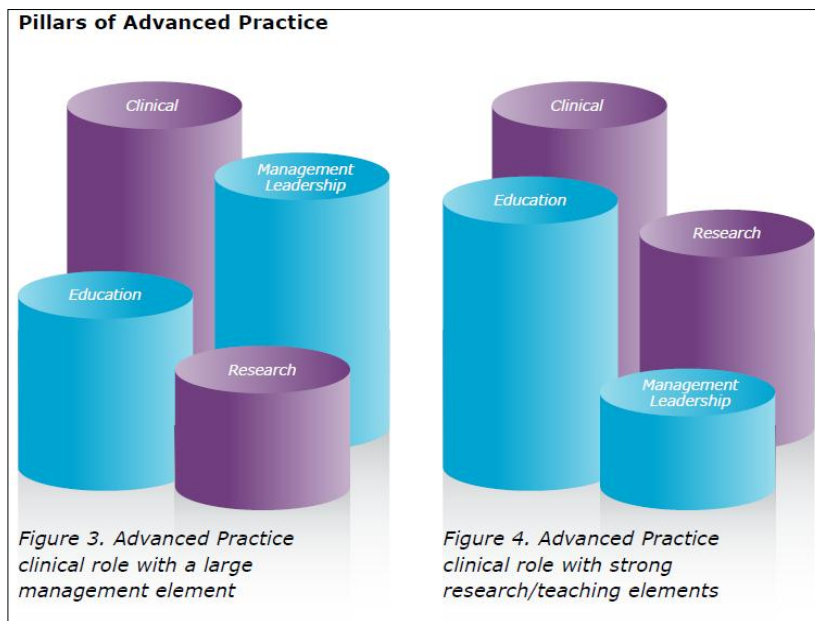
<sup>7</sup> Als Titel, analog zu (Advanced) Nurse Practitioner. Im Zusammenhang mit der Berufsbezeichnung ist auch APM (Advanced Practice Midwifery) gebräuchlich.

<sup>8</sup> Die Informationsschrift wurde uns nicht zur Verfügung gestellt, weil sie noch in Revision war. Jedoch wurde uns eine Zusammenfassung zugestellt (vgl. Anhang).

Spezialist/innen sind demnach Fachleute, die ihre Praxis auf ein bestimmtes Feld ihres Berufs konzentriert haben.

Advanced Practitioners können in den Bereichen Klinik, Ausbildung, Forschung und Management Aufgaben übernehmen, wobei es in der Praxis stets einen Mix von Tätigkeiten aus allen vier Bereichen gibt. **Abb. 2** zeigt, wie die vier «Pfeiler der Advanced Practice» je nach Funktion unterschiedlich gewichtet sein können – eine Person hat mehr Management Aufgaben, die andere ist mehr in Bildung und Forschung tätig. Sogenannte «**Consultant Practitioners**» müssen in allen vier Bereichen hohe Kompetenzen haben, da ihre Aufgabe die strategische und fachliche Entwicklung des Berufsfeldes ist.

**Abb. 2** Definition der Advanced Practice Funktionen durch vier Praxisbereiche



Quelle: National Leadership and Innovation Agency for Healthcare (2010)

Dass in beiden gezeigten AP-Profilen die Funktionen in der Klinik den grössten Anteil ausmachen, veranschaulicht, dass die Betreuung von Patient/innen und Klient/innen eine zentrale Aufgabe der Advanced Practitioners bleibt.

In diesem Rahmen ist es interessant, die Definition der Advanced Nursing Practice in der Schweiz nochmals genauer anzuschauen. Laut der SwissANP (2012) ist die ANP durch drei Charakteristika gekennzeichnet: die Spezialisierung (ANPs spezialisieren sich auf eine Patientengruppe oder ein Fachgebiet), die Erweiterung (die ANP erlaubt es, den Beruf zu erweitern und die Kompetenzen den veränderten Patientenbedürfnissen anzugleichen) und die Fortschritte (die Forschung wird in die Praxis eingeführt, um die Qualität der Pflege zu verbessern). Die Spezialisierung wird hier als Teil der Advanced Practice betrachtet. Die Frage ist jedoch, ob dies für die Advanced Practice auch in anderen Gesundheitsberufen in der Schweiz gelten soll, oder ob diese Definition ausschliesslich für den Pflegeberuf zutrifft. Denn im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, besonders Ergotherapie und Hebammenarbeit, existieren in der Pflege viele verschiedene Spezialisierungsdomänen, sodass Expertise, die das gesamte Berufsfeld umfasst (im Sinne der NHS-Definition), wohl gar nicht möglich ist.

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff **Expert/in** von Bedeutung. Es handelt sich in der Regel um Spezialist/innen, die in einem bestimmten Fachgebiet ein «Advanced Level», also eine AP erreicht haben. Sie haben sich auf einem Fachgebiet spezialisiert, auf welchem sie auf hohem Niveau und in komplexeren Situationen ihre hohen Kenntnisse und Fähigkeiten anwenden können.



Dem Begriff «**nichtärztliche Gesundheitsberufe**», wie er etwa im deutschsprachigen Raum verwendet wird, begegnet man in der englischsprachigen Literatur nicht im Sinne einer direkten Übersetzung. Bei den «**nichtärztlichen Gesundheitsberufen**» (z.T. auch «Medizinalfachberufe» genannt) bilden die «Pflegerischen Berufe», unter welche u.a. die Hebammen fallen, und die «Therapeutischen Berufe», unter welche u.a. die Ergotherapeut/innen fallen, grössere Unterkategorien. In der englischsprachigen Literatur findet sich häufig auch der Begriff «**Allied Health Professionals**». Dieser umfasst alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe **ausserhalb der Pflegerischen Berufe** (also auch ohne Hebammen). In Grossbritannien schliesst der Begriff «Allied Health Professionals» z.B. folgende Berufe ein: Kunst-Therapeut/in, Podologe/Podologin, Ernährungsberater/in, Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in, Orthoptist/in, Sanitäter/in, Röntgenassistent/in, Logopäde/Logopädin (Comans et al. 2011, NHS 2010).

## **4 Aktuelle Situation in der Schweiz**

In diesem Kapitel werden der Stand und die Situation der Advanced Practice von Ergotherapie und Hebammenarbeit in der Schweiz analysiert. Weiter wird versucht zu eruieren, unter welchen gesetzlichen Bedingungen sich die Advanced Practice hierzulande entwickeln könnte.

### **4.1 Advanced Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit in der Schweiz**

Wie bereits in Abschnitt 3 erwähnt, existiert zurzeit keine international gültige Definition der Advanced Practice in Ergotherapie oder Hebammenarbeit. Verschiedene Länder haben ihre eigenen Definitionen, in der Schweiz bestehen in beiden untersuchten Berufen noch keine Definitionen der Advanced Practice.

In **Tab. 2** werden verschiedene Aspekte der Ausbildungsmöglichkeiten, der Kompetenzen und der Berufsniveaus von Hebammen und in der Ergotherapie übersichtsartig dargestellt. Aktuell (Mai 2013) gibt es keinen eigenen schweizerischen Masterausbildungen für die Ergotherapie und die Hebammenarbeit. In der Ergotherapie können Studierende ihre Ausbildung auf Masterstufe fortsetzen mit dem European Master of Science in Occupational Therapy, an dem die Schweiz in Kooperation mit anderen europäischen Universitäten beteiligt ist<sup>9</sup>. Im Hebammenbereich gibt es den European Master of Science in Midwifery, der in Universitäten von fünf Ländern (darunter die HES-SO in Lausanne), absolviert werden kann. Für beide Berufe werden in der Schweiz jedoch Weiterbildungen (CAS) angeboten; MAS-Programme befinden sich im Aufbau.

Im Vergleich zum Hebammenbereich und der Ergotherapie ist die Advanced Practice in der Pflege in der Schweiz relativ weit entwickelt. Die Berufsverbände haben eine Definition der Advanced Practice festgelegt (vgl. Kapitel 3), es gibt Masterstudiengänge und die Möglichkeit zu doktorieren. Auch Hebammen nutzen hier z.T. diese Ausbildungsmöglichkeiten der Pflege (Eichenberger zur Bonsen 2011).

Die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** für die Ergotherapie und die Hebammenarbeit sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und vor allem in den kantonalen Gesetzen geregelt. Die Advanced Practice in der Ergotherapie oder der Hebammenarbeit ist in keinem Gesetz auf Bundesebene reguliert (vgl. Abschnitt 4.2).

---

<sup>9</sup> Seit 2010 beteiligt sich die ZHAW am European MSc in Occupational Therapy; im Juni 2013 erteilte das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF die Bewilligung. Damit ist der Studiengang bewilligt und Schweizer Studierende können nun zu regulären Studiengebühren am Masterprogramm teilnehmen.

Insbesondere bei frei praktizierenden **Hebammen** kann die reguläre Berufspraxis teilweise bereits als Advanced Practice betrachtet werden (vgl. Abschnitt 7.2). Luyben und Robin (2009) beschreiben in ihrem Bericht «Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie» die Regulierung der freischaffenden Berufsausübung von Hebammen. Eine Bewilligung ist dort notwendig, wo chirurgische, geburtshilfliche und gynäkologische Interventionen und auch die Verabreichung von Medikamenten zum Einsatz kommen. Um eine Bewilligung für eine selbständige Praxistätigkeit zu erlangen, verlangen einige Kantone neben dem Ausbildungsabschluss weitere Nachweise im Bereich Berufserfahrung. Die beruflichen Tätigkeiten und Ausübungsrechte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In fast allen Kantonen sind die Hebammen dazu befugt, die Betreuung in der Schwangerschaft und die Betreuung während der Geburt (als Hauptverantwortliche) wahrzunehmen. Damit verbunden ist die Pflicht, bei Komplikationen einen Arzt oder eine Ärztin beizuziehen und im Notfall eine Spitalüberweisung vorzunehmen. Hebammen werden für die folgenden Leistungen entschädigt: (1) die Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, (2) die Geburt zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus, (3) die notwendige Stillberatung und (4) die postpartale Versorgung von Mutter und Kind.
- Die Geburtsvorbereitung gilt in 8 Kantonen als eine spezifische Aufgabe von Hebammen.
- Im Kanton Zürich wird zudem der Beistand während einer Fehlgeburt als Aufgabe einer Hebamme beschrieben.
- In einer Minderheit der Kantone werden die folgenden Aufgaben als weitere Kompetenzen der Hebammen aufgeführt: Dammriss und Episiotomien nähen, Stillberatung, Berichtspflicht im Fall eines Todes, bei anormalen Befunden oder infektiösen Krankheiten.
- Bezüglich der Befugnis, Medikamente zu verschreiben, ist die Situation unterschiedlich: In 6 Kantonen (z.B. St. Gallen, Bern, verschiedene Zentralschweizer Kantone) haben die Hebammen vergleichsweise weit gehende Kompetenzen. In Graubünden können nur gewisse Medikamente verschrieben werden (gemäss Liste). In Zürich besteht kein Verschreibungsrecht.

Hebammen mit MSc sind an Fachhochschulen in der Lehre und Forschung tätig, sie übernehmen leitende Funktionen in Kliniken und Geburtshäusern und sind als Hebammen- oder Pflegeexpert/innen für die Umsetzung von evidenzbasierter Praxis und die Qualitätssicherung verantwortlich.

Für den Bereich der **Ergotherapie** listet ein unveröffentlichtes Arbeitsdokument der ZHAW auf, welche Aufgaben Schweizer Absolvent/innen des Europäischen Masters in Ergotherapie wahrnehmen.

- In Fachhochschulen übernehmen die Ergotherapie-Dozierenden Koordinationsaufgaben, die Leitung von Organisationseinheiten und den Aufbau und die Durchführung von (neuen) Bildungsangeboten.
- In Spitälern und Kliniken übernehmen Ergotherapeut/innen mit MSc die Funktion von Therapie-Expertinnen, setzen evidenzbasierte Praxis um und sind zuständig für Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit. Sie übernehmen auch Leitungsfunktionen, von kleinen Ergo-Teams bis hin zu Bereichsleitungen und der Mitgliedschaft in der Geschäftsleitung.
- In sozialmedizinischen Institutionen und im Bereich der selbständigen Praxistätigkeit wurden zudem folgende Aufgaben genannt: Beratung der Familienangehörigen der Klient/innen und der Arbeitskolleg/innen aus dem Berufsfeld der Heilpädagogik; Organisation und Durchführung von Kursen; juristische, soziale und berufsspezifische Beratungsdienste.

**Tab. 2 Aktuelle Situation der Ergotherapie und Hebammenarbeit in der Schweiz nach verschiedenen Kriterien im Bereich Ausbildung und Berufsausübungspraxis**

Schweiz	Ergotherapie	Hebammen
<b>Ausbildung</b>		
Mögliche national Ausbildungen	Bachelor, Weiterbildung (Certificate of Advanced Studies, Master of Advanced Studies im Aufbau).	Bachelor, Weiterbildung (Certificate of Advanced Studies, Master of Advanced Studies im Aufbau).
	in Kooperation	Europäischer Master of Science in Midwifery (HES-SO in Lausanne bietet ein Modul an)
Ausbildungsinstitution Bachelor	Fachhochschule	Fachhochschule
Ausbildungsinstitution Master	Fachhochschule; ZHAW in Kooperation im Rahmen des European MSc in OT.	Fachhochschule, HES-SO im Rahmen des European MSc in Midwifery
Gründe für Masterstudium	Vertiefung Fähigkeiten, persönl. Entwicklung, akademische Laufbahn, Lehre, Forschung.	Vertiefung Fähigkeiten, persönl. Entwicklung, akad. Laufbahn, Lehre, Forschung.
<b>Praxis (alle Ausbildungsniveaus)</b>		
Beruflicher Status	Angestellte in Spitälern, Rehakliniken, sozialmedizinischen Institutionen; selbständig erwerbende Ergotherapeut/innen.	Angestellte in Spitälern oder Geburtshäusern; frei praktizierende Hebammen.
Berufsausübungsbewilligung	Ausbildung und Anmeldung beim kantonalen Amt für Gesundheit, 2 Jahre Berufserfahrung.	Ausbildung und Anmeldung beim kantonalen Amt für Gesundheit, 2 Jahre Berufserfahrung.
Ist der Titel Advanced Practice relevant für den Berufsalltag?	Bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.	Bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.
Berufsausübungskriterien :		
- Erstbehandlungsrecht	Nein, es braucht eine ärztliche Verordnung.	Ja, bis zu 6 Untersuchungen per Schwangerschaft; Betreuung zu Hause bis 10 Tage nach der Geburt; insgesamt 3 Stillberatungen während der gesamten Stillzeit; Nachkontrolle Geburt. Für zusätzl. Untersuchungen braucht es eine ärztl. Verordnung.
- Entschädigungsregelungen	Ja, wenn von einem Arzt, einer Ärztin angeordnet (EDI, 2012). Abrechnung auch möglich über IV, UVG und MVG.	Ja, gemäss den Regelungen zu Hebammenbetreuung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in KVG (Art. 29) und KLV (Art. 16).
- Medikamentenverschreibung	Nein	Hängt von kantonalen Gesetzen ab.
- Diagnostikverordnung	Nein	Ja, für bestimmte Diagnosen EDI KLV (Art. 16).
- Ausstellen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse	Nein	Gesetzeslage nicht eindeutig; weder explizites Recht noch explizites Verbot
<b>Zusammenhang Ausbildungsniveau – Funktion</b>		
Verbindung zwischen dem Ausbildungsniveau und der Funktion	Für einige Funktionen wird ein Master verlangt (Lehre, Leitungsfunktionen, Therapieexpertin).	Generell keine direkte Verbindung zw. Ausbildungsniveau und Niveau der Funktion. Das Niveau der Funktion orientiert sich mehr an der Erfahrung, den Spezialkenntnissen und am Tätigkeitsfeld. Nur bei besonderen Funktionen wie Fachexpertin, oder wo es Leitungs- oder Unterrichtsverantwortung gibt, wird ein Master verlangt.
<b>Master / Advanced Practice / Extended Scope of Practice (Ergotherapie)</b>		
Tätigkeitsfelder von Fachpersonen mit einem Master in besonderen Funktionen	Dozierende an Fachhochschulen	Dozierende an Fachhochschulen
	Forschende	Forschende
	Geschäftsführerin Praxis für Handrehabilitation	Gründerin und Mitglied der Geschäftsleitung eines Geburtshauses
	Gründerin Privatpraxis	Expertin Hebamme im Spital
	Therapieexpertin	Pflegeexpertin im Spital
	Leiterin Ergotherapie	Hebammenexpertin für Pränatalabteilung
	Leiterin Ergotherapie Rehabilitationszentrum	Leitende Hebamme Spital
Leitung Ergotherapie Handrehabilitation	Leiterin Pflege Frauenklinik Bereichspflege-Fachverantwortliche	
<b>Quelle</b>	OFSP (2012), EDI (2012)	OFSP (2012); Tel .Interview mit M. Hiltbrunner; Luyben et al. (2009); EDI (2012); KVG (2012)

Darstellung BASS

Anzumerken ist: Auch wenn die Advanced Practice in Ergotherapie und in der Hebammenarbeit in der Schweiz noch nicht definiert und reguliert ist, gibt es bereits Praktiker/innen mit Masterausbildung, die auf einem «Advanced Level» tätig sind.

In den nächsten Abschnitten werden geplante Reformen untersucht, welche die gesetzliche Regulierung der Advanced Practice prägen könnten.

## **4.2 Politik und Grundlagen im Umfeld der Advanced Practice**

Eine von der OECD durchgeführte Analyse des Schweizer Gesundheitssystems (OECD/OMS 2011) ergab, dass das Schweizer System noch wenig bereit ist, um auf die anstehenden demografischen Veränderungen reagieren zu können. Das Angebot müsse sich noch verstärkter von einer Versorgung im Akutbereich auf eine Versorgung im Langzeitbereich und in der Prävention verlagern (anderes Angebot in Spitälern entwickeln, Grundversorgung erhöhen und nichtärztliches Personal miteinbeziehen). Ohne entsprechende Reformen würde sich das bereits heute vergleichsweise teure schweizerische Gesundheitssystem mit dem wachsenden Bedarf noch weiter verteuern. Ziel wird es sein, das System effizienter zu machen. Die Erhöhung des Bedarfs wird das Gesundheitspersonal unter Druck setzen. Es wird mehr Personal für die Grundversorgung benötigt werden (Hausärztinnen und Hausärzte wie auch spezialisierte nichtärztliche Berufsleute wie Pflegende, Hebammen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen etc.). Dabei ist nicht davon auszugehen, dass der Bedarf alleine durch die Einwanderung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland gedeckt werden kann, wie dies aktuell zu einem Grossteil geschieht, von verschiedenen Seiten jedoch kritisiert wird.<sup>10</sup>

Angesichts der verschiedenen Herausforderungen hat der Bundesrat eine mehrteilige Strategie in der Gesundheitspolitik entwickelt (EDI 2011). Ein erster Pfeiler soll über eine Stärkung der Aufsicht das Krankenpflegeversicherungssystem verbessern helfen. Ein zweiter Pfeiler zielt darauf ab, die Kosten des Systems einzudämmen. Die letzten Pfeiler bilden eine Reihe von mittel- bis langfristig angelegten Reformen, die das Gesundheitssystem für den zukünftigen Bedarf besser vorbereiten sollen.

Mit Blick auf den Bedarf an mehr Gesundheitsfachkräften beauftragte 2009 die damalige Vorsteherin des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF – bis 2012 Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD), BR Doris Leuthard, das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI – bis 2012 Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT), einen neuen Bericht über die Ausbildung in den Pflegeberufen zu verfassen und Lösungen zu präsentieren. Der Bericht (EVD 2010) schlug einen Masterplan «Bildung Pflegeberufe» vor, der die Lücke zwischen dem prognostizierten Pflegebedarf und der Anzahl Absolvent/innen der Pflegeausbildungen reduzieren sowie die Abhängigkeit von ausländischen Pflegefachkräften abschwächen sollte. In einer Antwort auf ein Postulat von NR Jacqueline Fehr (2011) über den vermehrten Personalbedarf in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen, anerkannte der Bundesrat zwar den zusätzlichen Bedarf in den medizinisch-therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, etc.), dies jedoch in deutlich geringerem Umfang als in den Pflegeberufen. Um den Mangel an Fachkräften allgemein – und damit auch an Gesundheitspersonal – zu verringern, erarbeitet der Bundesrat ein spezifisches Projekt, die EVD-Fachkräfteinitiative (EVD 2011).

---

<sup>10</sup> Siehe z.B. WHO, Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (Download unter [http://www.searo.who.int/entity/human\\_resources/topics/hrh\\_Global\\_Code\\_of\\_Practice/en/](http://www.searo.who.int/entity/human_resources/topics/hrh_Global_Code_of_Practice/en/), Stand 24.07.2013) und das von einer breiten Koalition von Berufsverbänden und Interessengruppen lancierte «Manifest Gesundheitspersonalmangel», unterzeichnet u.a. vom Hebammen- und ErgotherapeutInnen-Verband.

NR Jacqueline Fehr hatte bereits 2008 eine Motion eingereicht, um den Ärztemangel zu verhindern und die Hausarztmedizin zu fördern (Fehr 2008). 2010 wurde die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» ausgearbeitet. Der Bundesrat führte im Juni 2012 im Rahmen eines Gegenvorschlags «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» verschiedene Anliegen zusammen (BAG 2012). Der Masterplan Hausarztmedizin befasst sich in erster Linie mit der ärztlichen Ausbildung, jedoch werden auch integrierte Versorgungsmodelle thematisiert, die verschiedene nichtärztliche Gesundheitsberufe betreffen.

Als Reaktion auf die Ergebnisse der «Managed Care»-Abstimmung vom Juni 2012 reichte NR Ignazio Cassis das Postulat «Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen» ein (Cassis 2012). Das Postulat beinhaltet den Auftrag an den Bundesrat, das Potential von Task-Shifting in der Grundversorgung zwischen Ärztinnen und Ärzten und dem nichtärztlichen Gesundheitspersonal analysieren zu lassen. Die Lösung für die Schliessung der Lücke zwischen dem Versorgungsbedarf und dem Angebot an Gesundheitspersonal beruht auf Massnahmen auf der Ebene der Ausbildung und der Gesundheitsversorgung (z.B. Förderung von integrierten Versorgungsmodellen).

Der kurze Abriss verschiedener Entwicklungen zeigt, dass sich die Gesundheitsberufe und ihre Aufgaben in Zukunft wandeln werden, sowohl auf der Ebene der Praxis als auch auf der Ebene der Ausbildung. Reformen – resp. diesbezügliche Pläne – in der Ausbildung von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden sind vergleichsweise weit fortgeschritten. Ziel ist, in diesen zwei Berufen mehr qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen und die Ausbildungsmöglichkeiten zu erweitern. Die Entwicklungen in den anderen nichtärztlichen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen etc.) sind hingegen etwas weniger weit fortgeschritten.

Von den oben erwähnten gesundheitspolitischen Massnahmen resp. Reformen (EDI 2011) betreffen insbesondere zwei die Gesundheitsberufe und damit auch die Ergotherapeut/innen und die Hebammen: Reformen im Bereich «integrierte Versorgung» und Reformen im Bereich «Gesundheitspersonal».

#### **4.2.1 Bereich integrierte Versorgung**

Auch wenn die «Managed Care»-Vorlage vom 17. Juni 2012 von den Stimmenden abgelehnt wurde, wird das Ziel der integrierten Versorgung weiterverfolgt. Ziel der Reform ist «die Optimierung der Gesundheitsversorgung dank der verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer» (EDI 2011). Andere integrierte Modelle als das vorgeschlagene «Managed Care»-Projekt könnten dieses Ziel erreichen. Vor diesem Hintergrund hat, wie oben erwähnt, NR Ignazio Cassis das Postulat «Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen» eingereicht (Cassis 2012). Die Gründung einer neuen Arbeitsgruppe zur medizinischen Grundversorgung (Schibli 2012), in welcher der «Skill-Mix, d.h. Fragen der Rollen- und Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern» analysiert wird, verdeutlicht den Willen, die integrierte Versorgung weiter zu entwickeln.

Zurzeit besteht keine Gesetzesreform auf nationaler Ebene, welche die integrierte Versorgung in das Gesundheitssystem einzugliedern versucht. Auf kantonaler Ebene wurden verschiedene Schritte in Richtung integrierte Versorgung unternommen. Projekte in Ausbildungsinstitutionen und in der Praxis wurden lanciert, um die Zusammenarbeit und die Koordination zwischen den Gesundheitsberufen zu verbessern. So werden am Departement Gesundheit der ZHAW im Rahmen der Bachelorausbildung eine Vielzahl von interprofessionellen Modulen angeboten (Feusi 2011). In Zürich bietet z.B. das Bildungszentrum Careum ein Ausbildungsprogramm an, das die Förderung interprofessioneller Kompetenzen beinhaltet, und in Lausanne haben die Medizinstudierenden die Möglichkeit, an der Universitä-

ren Medizinischen Poliklinik (Policlinique Médicale Universitaire PMU) einen Kurs über die integrierte Versorgung zu belegen (Ninane et al. 2010). Solche Programme dürften dazu beitragen, dass sich integrierte Versorgungsmodelle in der Praxis einfacher umsetzen lassen. Allerdings liegt der Fokus aktuell vor allem auf Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonal. Hebammen, Ergotherapeut/innen und andere nichtärztliche Berufe sind noch kaum in diese Diskussion einbezogen.

#### **4.2.2 Bereich Gesundheitspersonal**

Reformen im Bereich Gesundheitspersonal zielen darauf ab, die Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung mit genügend und qualitativ hochstehendem Gesundheitspersonal sicherzustellen. Hierzu wurden in jüngerer Zeit, wie bereits erwähnt, ein «Masterplan Hausarztmedizin» (BAG 2012), die Teilrevision des Medizinalberufegesetzes sowie ein Masterplan «Bildung Pflegeberufe» erarbeitet. Bezüglich der Hebammen und Ergotherapeut/innen wie auch der anderen Gesundheitsberufe fallen die ergriffenen Massnahmen geringer und weniger spezifisch aus. Drei Pläne können hier erwähnt werden: die geplante Vernehmlassung über das Gesundheitsberufegesetz (GesBG), die EVD-Fachkräfteinitiative sowie jüngst die Gesundheitspolitische Agenda des Bundesrates (Gesundheit2020).

##### **Gesetzliche Grundlagen und Änderungen im Gesundheitsberufegesetz**

Die Erteilung der Bewilligung zur Ausübung eines Gesundheitsberufs untersteht den Kantonen. Im Gegensatz zu den medizinischen Berufen (Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, MedBG) und den Psychologieberufen (Psychologieberufegesetz, PsyG, in Kraft seit 1. März 2013), gibt es zurzeit kein Bundesgesetz, in welchem die Ausübung der Gesundheitsberufe geregelt wird. Die Kantone haben verschiedene gesetzliche Grundlagen, generell die Gesundheitsgesetze oder Verordnungen, im Kanton Zürich beispielweise GesG, LS 810.1, oder die Verordnung über die nicht-universitären Medizinalberufe (nuMedBV), im Kanton Bern z.B. die Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111). Um ihren Beruf selbständig ausüben zu können, müssen Ergotherapeut/innen und Hebammen eine Bewilligung vom jeweiligen Kantonsarztamt oder vom Amt für Gesundheit haben.

Das Gesundheitsberufegesetz (GesBG), das derzeit (Sommer 2013) in Vorbereitung ist, verfolgt gemäss Koch (2012) grundsätzlich das Ziel, ein dem MedBG und PsyG vergleichbares Gesetz zu schaffen. Es reglementiert die Berufsausübung der Gesundheitsberufe auf Fachhochschul-Stufe (BSc), Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammenberuf, Pflege und Physiotherapie gesamtschweizerisch. Die Struktur des Gesetzes könnte entsprechend dem MedBG die folgende sein:

##### ■ Ausbildung, u.a.:

- Grundsätze und Ziele der Ausbildung, Abschlusskompetenzen
- Prüfung und Diplome
- Akkreditierungskriterien
- Qualitätskontrolle

##### ■ Berufsausübung und Fortbildung, u.a.:

- Bewilligungspflicht
- Meldepflicht
- Bewilligungsvoraussetzungen
- Berufspflichten

Koch (2012) erklärt weiter, dass die tertiären Diplome (von Höheren Fachschulen, von älteren Diplombausbildungen und von den Fachhochschulen) in das GesBG integriert werden sollten. In Diskussion, aber umstritten, sind die Aufnahme der MSc-Stufe und die Festlegung der entsprechenden Abschlusskompetenzen.

### **Gesetzliche Grundlagen und Änderungen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe**

Mit der Revision der Bundesverfassung von 1999 wurden die Reglementierungs- und Aufsichtskompetenzen für die Ausbildung in den nicht-universitären Gesundheitsberufen von den Kantonen zum Bund verschoben. Durch das neue Berufsbildungsgesetz (BBG) 2004 und die Revision des Fachhochschulgesetzes (FHS) 2005 wurden die Gesetze im Ausbildungsbereich der Gesundheitsberufe in die Bundesgesetzgebung integriert und konkretisiert.<sup>11</sup> Das BBG reguliert die Berufsausbildung ausserhalb der Hochschulen. Verschiedene Reformen im Gesundheitswesen könnten einen Einfluss auf die Ausbildung der beiden untersuchten Gesundheitsberufe haben.

Ein wichtiger Reformschub ergab sich bereits Ende der 1990er Jahre, als mit dem neuen Gesundheitsberuf Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe; Sekundarstufe II) ein wichtiger Zubringer (via Berufsmaturität) zu den tertiären Gesundheitsberufen geschaffen wurde.

Durch das BBG und das FHS wurden verschiedene Reformen im Ausbildungsbereich der Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflegeberufe, in Richtung höhere Berufsbildung und Fachhochschulen unternommen. Von diesen sogenannten Masterplänen – «Masterplan Berufsbildung», «Masterplan Pflegeberufe» – sind die Ergotherapeut/innen und die Hebammen nicht oder nur indirekt betroffen. Der «Masterplan Fachhochschulen» wiederum ist eher ein Planungshilfsmittel, der die Festlegung der notwendigen finanziellen Mittel bestimmt. Er stellt in dem Sinne keine Reform der Gesetze in der Gesundheitsberufeausbildung dar.

Der Mangel an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitssystem ist grundsätzlich Teil eines allgemeinen Fachkräftemangels in der Schweiz. Vor diesem Hintergrund hat das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (ab 2013 Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF) die bereits erwähnte Initiative «Fachkräfte für die Schweiz» lanciert. Die Initiative zielte darauf, den Mangel an sämtlichem qualifizierten Personal zu bekämpfen. Es wurde versucht, (1) die Schweizer Bevölkerung mehr zu sensibilisieren und Fachkräfte zu mobilisieren, (2) die bereits verfügbaren Fachkräfte besser zu nutzen (Berufsverweildauer, Wiedereinstiege), (3) die Fortbildungen zu ermöglichen (EVD, 2011).

Aus den uns verfügbaren Informationen lässt sich schliessen, dass es derzeit keine konkreten Projekte oder «Masterpläne» gibt, um die Gesetze im Ausbildungsbereich der Ergotherapie und Hebammen zu ändern. Beide Berufsgruppen sind jedoch von der definitiven Ausgestaltung und Umsetzung des Gesundheitsberufegesetzes und durch die WBF-Initiative «Fachkräfte für die Schweiz» tangiert. Die Fachkräfte-Initiative befindet sich allerdings noch weitgehend in der Konzeptphase (vgl. Situationsanalyse und Massnahmenbericht vom Mai 2013, WBF 2013, sowie EVD 2011). Inwiefern und wann sich die Effekte dieser Initiative auf die Gesundheitsberufe und ihre Gesetzgebung auswirken wird, ist noch unklar.

---

<sup>11</sup> Rechtliche Grundlagen den Gesundheitsausbildungen, <http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01250Index.html?lang=de>, besucht am 11.10.2012.

## 5 Advanced Practice in Grossbritannien und Schweden

Nachfolgend wird die Situation der Advanced Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit in Grossbritannien und Schweden beschrieben. **Tab. 3** und **Tab. 4** in Abschnitt 5.3 fassen diese Situation überblicksartig zusammen.

### 5.1 Situation in Grossbritannien

#### Entwicklung AP Ergotherapie und Hebammenarbeit

In Grossbritannien gibt es schon viele Bereiche, in denen Advanced Practice Ergotherapeut/innen und Hebammen eingesetzt werden – auch wenn man sie selten als AP bezeichnet. Gemäss National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation NCCSDO (2006) ist der Extended Scope of Practice in der Ergotherapie wegen des holistischen Ansatzes schon weit verbreitet. Formell ist die Rolle der Advanced Practitioners aber noch nicht klar festgelegt und wird von den einzelnen Expert/innen unterschiedlich definiert (vgl. Tab. 3 und Tab. 4). Im beruflichen Alltag wird der Ausdruck «Advanced Practice» kaum verwendet, obwohl in der Literatur viel davon die Rede ist. Es gibt also in Grossbritannien einen Unterschied zwischen dem, was in der Literatur über AP besprochen wird, und der Relevanz dieses Begriffs in der Praxis (z.B. in Stellenausschreibungen).

Wie in Abschnitt 3 erwähnt, ist der Extended Scope of Practice der **Ergotherapie** als Berufsausübung definiert, die über die anerkannten Grenzen des Ergotherapie-Berufsbildes hinausgeht. In der Ergotherapie ist der Extended Scope of Practice weiter verbreitet als die Advanced Practice, was aber nicht heisst, dass es in diesem Bereich keine Advanced Practice gibt. Die ESP Ergotherapeut/innen wurden zuerst in Grossbritannien eingesetzt als Massnahme, um die Situation in den zunehmend überlasteten Gesundheits- und Sozialsystemen zu entschärfen, die Wartezeiten zu verringern, die Kontinuität und Qualität der Versorgung zu erhöhen und dem Personalmangel entgegenzuwirken (Dickson et al., 2008). Gemäss «Briefing 14 – Extended Scope of Practice» (vgl. Anhang) des ErgotherapeutInnen-Verbandes in Grossbritannien wird für die ESP keine Masterausbildung verlangt, sondern Ausbildungen in den Bereichen der Extended Practice.

In der **Hebammenarbeit** sind Advanced Practitioners Hebammen mit hohen klinischen Fähigkeiten und hohen Kompetenzen für die autonome Entscheidungsfindung in komplexen Situationen. Dazu braucht es eine Ausbildung auf Masterstufe sowie eine praktische klinische Weiterbildung (Department of Health, 2010). Es wird zwischen verschiedenen Formen von AP-Hebammen unterschieden:

- Hebammen mit einer akademischen Laufbahn haben eine vertiefte Ausbildung im Bereich der Forschung und verbinden die praktische Hebammenarbeit mit Forschung und Lehre.
- Hebammen mit Leadership- und Management-Aufgaben brauchen eine entsprechende Ausbildung und Weiterentwicklung der Kompetenzen, um Führungsrollen übernehmen zu können (z.B. im Gesundheitswesen, im Hebammenberuf oder als Leiter/in von Ausbildungsstätten im Gesundheitsbereich).
- Consultant Midwives haben eine strategische Rolle innerhalb des Berufsfeldes und können Einfluss nehmen auf die Berufspraxis (z.B. durch die Förderung von natürlichen Geburten, von hebammen-spezifischer Forschung, von evidenzbasierter Praxis). Diese Expertinnen erfüllen neben der Betreuung von Klient/innen auch eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung anderer Hebammen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Begriffe Advanced Practice und Extended Scope of Practice in der beruflichen Praxis weder von Hebammen noch von Ergotherapeut/innen häufig verwendet werden, auch wenn es in beiden Berufen verschiedene berufliche Niveaus und Funktionen gibt. Die Ad-



vanced Practice in diesen Berufen ist auf Gesetzesstufe erst ansatzweise oder gar nicht festgelegt (Büscher et al., 2010).

In Grossbritannien hat man im Jahr 2000 mit der Einführung und Regulierung der Advanced Practice in den Gesundheitsberufen begonnen, um auf die mangelhafte Qualität der Versorgung und Betreuung von Patient/innen zu reagieren (diese klagten über lange Wartelisten, unkoordinierte Behandlungspläne und unzureichende Behandlungen, vgl. Ruston, 2008). Die Revision der Gesundheitsberufe im NHS (National Leadership and Innovation Agency for Healthcare) sah die Neugestaltung und Festlegung verschiedener Karriereniveaus vor aufgrund von Kriterien wie Qualifikationen, Kompetenzen und Ausbildung. Diese Massnahme hat die Entwicklung der Advanced Practice gefördert.

Vor dem Hintergrund, dass an der University of Northumbria at Newcastle (GB) ein Masterprogramm für Hebammen aufgebaut werden sollte, versuchten Sookhoo et al. (1999) [Q] herauszufinden, was Advanced Practice in der Hebammenarbeit bedeutet. Da es seitens der Berufsverbände und der Gesundheitspolitik keine Leitlinien gab, befragten Sookhoo et al. Hebammen zu ihren Ansichten über die Advanced Practice. Aus dieser Befragung von etwa 20 leitenden Hebammen haben sich folgende Kriterien für das Berufsbild der Advanced Practice Midwifery (APM) ergeben:

- (1) APM sollten unabhängig von anderen Gesundheitsfachleuten Entscheidungen treffen können;
- (2) APM sollten sich nicht spezialisieren, sondern alle Gebiete der Hebammenarbeit einschliessen,
- (3) APM müssen die entsprechenden Kompetenzen haben (welche Kompetenzen genau, wurde in dieser Befragung jedoch nicht definiert),
- (4) die Ausbildung der APM auf Masterniveau soll nicht nur das erforderliche theoretische und forschungsbezogene Wissen vermitteln, sondern auch praxisorientiert sein.

Daneben werden in diesem Artikel auch Bedenken und Fragen zur Einführung des Masters und der APM formuliert:<sup>12</sup>

- (1) Advanced Practice sollte nicht mit erweiterten klinischen Kompetenzen verwechselt werden. Eine Erweiterung der Fähigkeiten, nur um Ärztinnen und Ärzte bei ihren Aufgaben entlasten zu können, sei ein zu wenig durchdachtes Ziel.
- (2) Es gab keinen Konsens über die konkreten Rollen, welche die APM wahrnehmen würden: Würden die APM eine andere Art von Geburtshilfe und Versorgung leisten? Wenn APM Forschung in der Hebammenarbeit betreiben, wird dies zu Änderungen in der Versorgung führen? Welches wären die Vorteile für die Arbeitgeber/innen, APM zu beschäftigen?
- (3) Es sei nicht klar, inwiefern die von APM betriebene Forschung für die Praxis nützlich sei (Forschung wurde eher als theoretisches Fundament betrachtet und weniger als ein Weg, die Praxis direkt zu beeinflussen).

Der vom britischen Gesundheitsministerium beauftragte Bericht «A High Quality Workforce» (DH 2008) analysiert, welche Veränderungen in der Berufspraxis verschiedener Gesundheitsberufe nötig sind und wie sich dies auf die Berufsbildung auswirkt. Vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute in interprofessionellen Teams beschreiben die Autor/innen Erweiterungsmöglichkeiten für die einzelnen Berufe. So genannte «allied health professionals», wozu auch die Ergotherapie zählt, werden in diesem Bericht als wesentlich für die integrierte Versorgung betrachtet. Der 2008 implementierte Plan zur Modernisierung nichtärztlicher Gesundheitsberufe flexibilisiert und erweitert Berufsbildung und Karrieremöglichkeiten in diesen Berufsgruppen. Damit wird anerkannt, dass Expert/innen in nichtärztlichen Gesundheitsberufen zunehmend auch über die Grenzen ihres Faches hinaus tätig sind und in integrierten Teams neue Funktionen übernehmen können. Für die Hebam-

---

<sup>12</sup> Anzumerken ist, dass heute ähnliche Bedenken auch in der Schweiz geäussert werden.

menarbeit sieht der Bericht folgende Entwicklungsmöglichkeiten: Erhöhung der Anzahl schwangerer Frauen, die Hebammen für eine Erstbehandlung kontaktieren, mehr Verantwortung in der Versorgung der Frauen, Weiterentwicklung der Dienstleistungen, Führungsfunktionen auf verschiedenen Stufen, Stärkung der Rolle der Hebammen im Qualitätsmanagement. Der Bericht erklärt weiter, dass die Ausbildung und Berufsbewilligung von Ergotherapie und Hebamme entsprechend den genannten Fähigkeiten angepasst werden sollen.

In einem weiteren Bericht liess das Gesundheitsministerium untersuchen, ob die Entwicklung der Advanced Practice in den Gesundheitsberufen theoretisch ein Risiko für Patient/innen darstellen könnte (Council for Healthcare Regulatory Excellence, 2009). Der Bericht hält fest, dass es Aufgabe der Aufsichtsbehörden ist, Standards für die Gesundheitsberufe zu erstellen, an Veränderungen in der Berufspraxis anzupassen und durchzusetzen. Die Aufsichtsbehörden können intervenieren, falls die Advanced Practice in einem Beruf ein Risiko für Patient/innen darstellt. Die Arbeitgebenden wiederum sind verantwortlich dafür, dass ihre Angestellten gemäss ihrer jeweiligen Funktion entsprechend qualifiziert sind.

Der Bericht «Midwifery 2020 – Delivering expectations» (DH, 2010) erstellt aufgrund des Regulierungsbedarfs in der AP-Hebammenarbeit einen Rahmen zur Erweiterung der Berufsbilder und Laufbahnstrukturen. Wie im Abschnitt 3 erwähnt, hat die NHS die Rolle von Advanced Practitioners in Gesundheitsberufen allgemein beschrieben (NHS, 2010). Der in «Midwifery 2020» skizzierte Rahmen definiert Advanced Practice Hebammen als Berufsleute mit vertiefter klinischer Expertise und Kompetenzen zur autonomen Entscheidungsfindung in verantwortungsvollen Rollen, und erläutert das Verhältnis von AMP und Spezialist/innen.

Die Einführung von neuen Rollen in Hebammenarbeit und Pflege in Nordirland wird von McKenna et al. (2006) [Q], (2008) [Q] und (2009) [Q] untersucht. In Gesprächen mit Verantwortlichen im Bereich Gesundheitsversorgung und durch einen Fragebogen an Pflegepersonal und Hebammen haben diese Studien evaluiert, welche Herausforderungen bei der Etablierung von Rollen wie z.B. Stationshebammen (Staff Midwife), Stationsleiter/innen (Ward Manager) und Gemeindehebammen (District Midwife) im Vordergrund stehen. Verantwortliche der Gesundheitsversorgung befürchteten, dass die APM und APN durch zusätzliche Aufgaben z.B. in der Beratung und Schulung von Berufskolleg/innen von ihrem Fokus auf die Betreuungsarbeit abkommen; die Anzahl verschiedener Berufstitel könne zu Verwechslungen und Verwirrungen führen. Ausserdem fehle eine gute Ressourcenallokation (z.B. Unterstützung durch ein Sekretariat); die Stellvertretung der APM/APN bei Abwesenheit sei ungelöst. Die Erhebung zeigte auch, dass die Unterstützung der Advanced Practice durch Manager und Kolleg/innen als nötig für deren Wirksamkeit eingeschätzt wird. Der Einfluss der neuen Rollen auf die Betreuung der Patient/innen und Klient/innen wurde positiv eingeschätzt (verminderte Wartezeiten und Anzahl Krankentage), besonders für Patient/innen mit chronischen Erkrankungen. Schliesslich haben die APM und APN ihre Arbeit als befriedigend eingeschätzt. Der Bedarf an weiterer Unterstützung für die Weiterentwicklung von solchen Rollen wurde anerkannt, wobei die (derzeit unsichere) Finanzierung einen grossen Einfluss auf die Zukunft der Advanced Practice im Gesundheitswesen haben werde. Es wurde kritisiert, dass es keine systematische Evaluation der neuen Berufsbilder gegeben habe, seitdem sie eingeführt wurden. Es mangle auch an weiteren Studien, welche die Effektivität der Versorgung und den Einfluss der Neuerungen auf die Behandlungsergebnisse untersuchten.

In Grossbritannien wächst das Interesse der Politik an Advanced Practice und Extended Scope of Practice; eine Regulierung der AP-Hebammen und –Ergotherapeut/innen ist jedoch noch nicht erfolgt. Stattdessen hat man auf der Ebene der Aufsichtsbehörden anerkannt, dass Advanced Practitioners dank hohen professionellen Kompetenzen die richtigen Entscheidungen zum Wohle der Patient/innen

und Klient/innen treffen können. Die regulatorischen Rahmenbedingungen konzentrieren sich daher auf die Kompetenzen, die es für eine fundierte Entscheidungsfindung braucht, und beschreiben nicht die Berufsausübungsrechte auf der Ebene von Einzeltätigkeiten (z.B. Verordnungsrecht), die in anderen Ländern oft im Zentrum der Debatte stehen (Büscher et al., 2010).

### **Einsatzbereiche von Advanced Practitioners in Grossbritannien**

Weil die Advanced Practice noch nicht reguliert ist, weil dieser Begriff in der Praxis kaum benutzt wird und weil die erweiterten Berufsprofile von Hebammen und in der Ergotherapie nicht direkt mit einer Masterausbildung verknüpft sind, war es nicht einfach, Informationen zu Einsatzbereichen von Advanced Practitioners in Ergotherapie und Hebammenarbeit zu finden. Tab. 3 zeigt (im letzten Teil), dass Ergotherapeut/innen mit einer Masterausbildung als Ergotherapie Leiter/innen, registrierte Spezialist/innen, Berater/innen («consultant») oder Professor/innen an der Universität arbeiten. AP Hebammen (vgl. Tab. 4) waren z.B. als Gründerin eines Geburtshauses, Leitende Hebamme in einem Spital, General Manager, freiberufliche Beraterin, local supervising authority midwifery officer, Dozentin, Professorin an der Universität und als Forscherin tätig.

In der Literaturübersicht in Abschnitt 5.4 werden weitere Einsatzbereiche von Advanced Practitioners in Grossbritannien diskutiert. Artikel von Ellis et al. (2001, 2002, 2005) und Rose et al. (2009) zeigen, dass Ergotherapeut/innen als Extended Scope Practitioners in der Handtherapie arbeiten. In der Hebammenarbeit wurden Advanced Practice Einsätze in mehreren Versorgungsbereichen gefunden, z.B. in der Versorgung von schwangeren Frauen mit Diabetes (Irwin 2010) und bei operativ-vaginalen Geburten (Black et al. 2013, Alexander et al. 2002). Vier weitere Studien besprechen die Beraterrolle der Hebammen, was darauf hinweist, wie wichtig die Rolle der «consultants» in Grossbritannien ist (Booth et al. 2006, Coster et al. 2006, Lathlean 2007 und Humphreys et al. 2007).

## **5.2 Situation in Schweden**

In Schweden ist die Advanced Practice nicht so weit entwickelt wie in Grossbritannien: In der Ergotherapie wurde das Gewicht eher auf Spezialisierung gelegt, und in der Hebammenarbeit wird nicht von Advanced Practice gesprochen – jedoch spielen Hebammen in der Versorgung der schwangeren Frauen eine gewichtige Rolle (vgl. **Tab. 3** und **Tab. 4**).

Die erste Ausbildung im Bereich **Ergotherapie** in Schweden wurde 1944 durch das Rote Kreuz durchgeführt. 1965 wurde daraus eine 3-jährige Ausbildung, 1993 kam die Einführung auf Universitätsstufe. Heute bieten die meisten Universitäten Master- und Doktoratsprogramme an. Ergotherapeut/innen stehen unter der Aufsicht des Gesundheitsministeriums (Socialstyrelsen), bei dem sie sich registrieren müssen, um eine Arbeitsbewilligung zu bekommen (SWOT 2011). 90% der Ergotherapeut/innen sind durch den nationalen Gesundheitsdienst angestellt und arbeiten z.B. in der Altenpflege, Behindertenbetreuung, Primärversorgung, Versorgung für Menschen mit Lernschwierigkeiten, Rehabilitation, Justizvollzugsanstalten und in der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung. Die übrigen 10% sind selbständig. Ergotherapeut/innen arbeiten auch in der medizinischen Versorgung als Berater/innen, Dienstleister/innen, Dienstleistungsentwickler/innen, Professor/innen oder in der Forschung (SWOT 2012, SACO 2013). Da fast alle Ergotherapeut/innen vom nationalen Gesundheitsdienst angestellt sind, bezahlen Patient/innen für die Behandlung eine Pauschalgebühr von etwa 10 Euro. Die privaten Praxen können eine Vereinbarung mit dem Gesundheitsdienst treffen, damit Patient/innen die Behandlungskosten ebenfalls erstattet bekommen. Ohne solche Vereinbarung müssen Patient/innen die Dienstleistungen selbst bezahlen.

In Schweden sah man die notwendigen Veränderungen des Ergotherapieberufes in Richtung einer Spezialisierung und nicht so sehr in der Entwicklung der Advanced Practice. Der Bedarf an Spezialist/innen im Bereich Ergotherapie wurde schon 1994 eruiert; 1998 wurden Richtlinien über die Entwicklung und Ausbildung von spezialisierten Ergotherapeut/innen erstellt (SWOT 2010). Der schwedische Verband der Ergotherapeut/innen entwickelte die Ausbildung für die klinische Spezialisierung; im Jahr 2002 wurde das erste Ausbildungsmodul «Die professionelle Rolle der Spezialist/innen» durchgeführt.

Die Ausbildung zur Ergotherapie-Spezialistin erfolgt in einem von vier Bereichen: Untersuchung, Intervention, Evaluation oder Beratung/Betreuung und wird mit bestimmten Fachbereichen kombiniert, z.B. Gesundheitsversorgung, Betreuung älterer Menschen, Rehabilitation, Behindertenbetreuung, Pflege und Gesundheitswesen. Die Spezialisierung setzt eine MSc-Ausbildung, eine Berufsausübungsbeurteilung und mindestens fünf Jahre Berufspraxis als Ergotherapeut/in voraus. Zurzeit gibt es in Schweden 59 spezialisierte Ergotherapeut/innen (SWOT 2013).

Haglund et al. (2010) haben eine Studie über die Effektivität dieser Spezialist/innen verfasst. Die Resultate zeigen, dass spezialisierte Ergotherapeut/innen andere Mitarbeitende vergleichsweise besser unterstützen und sich stärker in der Ausbildung angehender Ergotherapeut/innen engagieren. Zudem nehmen sie eine Vermittlerrolle zwischen Forschung und Praxis ein, und sie können spezielle Dienstleistungen anbieten für Patient/innen mit besonderen Bedürfnissen.

Die Professionalisierung der **Geburtshilfe** begann in Schweden bereits im 18. Jahrhundert (Högberg 2004). Heute erfolgt die Hebammenausbildung quasi als Spezialisierung nach einem (obligatorischen) 3-jährigen Bachelor in Krankenpflege. Diese anderthalbjährige Hebammenausbildung entspricht einem Bachelorabschluss; danach kann noch ein einjähriger Masterstudiengang absolviert werden (Karolinska Institutet 2013). Im Rahmen dieses einjährigen «Magister»-Programms wird in erster Linie eine Masterarbeit verfasst; dieser Magisterabschluss ist jedoch nicht als MSc einzustufen.<sup>13</sup>

In Schweden sind **Hebammen** die erste Wahl der Frauen für die Betreuung während Schwangerschaft und Geburt sowie für Familienplanung und andere Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit (UNFPA, 2011). Sie betreuen reguläre Geburten und führen geburtshilfliche Massnahmen durch (vaginal-operative Entbindungen), dürfen Antikonzeptiva verschreiben und Intrauterinpressare («Spiralen») einsetzen (Ny 2007, Kateman et al. 2005). In der Schwangerschaftsversorgung und Geburtshilfe haben die schwedischen Ärztinnen und Ärzte eine Beraterfunktion: Sie untersuchen die schwangeren Frauen auf Anzeichen von Anomalien und überlassen den Hebammen die Versorgung, solange keine medizinische Probleme entstehen. Hebammen überweisen die Frauen nur bei Komplikationen in ärztliche Behandlung. Diese gewichtige Rolle der Hebammen in Schweden wird vonseiten der Ärzt/innen laut Kateman et al. (2005) nicht infrage gestellt. Die Hebammen in Schweden könnten also bereits als Advanced Practitioners betrachtet werden. Da dieser Begriff, ähnlich wie in Grossbritannien, im Berufsalltag jedoch kaum relevant ist, wurde zur Advanced Practice Hebammenarbeit in Schweden nur sehr wenig Literatur gefunden.

Pränatale Versorgung wird durch Hebammen vor allem in Geburtskliniken geleistet. Die meisten dieser Kliniken sind staatlich, aber es gibt auch private Kliniken, die ebenfalls über die staatliche Krankenversicherung Leistungen abrechnen. Nur sehr wenige Hebammen in Schweden (ca. 1 %) sind frei praktizierend in der ausserklinischen Geburtshilfe tätig. Alle Leistungen von Hebammen oder Ärzt/innen in einer Geburtsklinik sind kostenlos. Hausgeburten sind in der Gesundheitsfinanzierung

---

<sup>13</sup> Telefonische Auskunft von Prof. Ulla Waldenström, Professorin am Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, 19.08.2013.

nicht eingeschlossen und müssen von den Frauen selbst bezahlt werden. Es existieren jedoch auch Sonderregelungen über die Entschädigung von Hebammen bei Hausgeburten (Kateman et al. 2005).

Fast alle Geburten erfolgen in Spitälern. Obwohl Geburtshelfer/Gynäkologinnen («obstetricians») für Frauen mit geburtshilflichen Risiken verantwortlich sind, führen Hebammen im Allgemeinen diese Geburten durch. Wenn eine Frau innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt nach Hause geht, hat sie Anrecht auf eine postpartale Folgeuntersuchung durch eine Hebamme aus der Geburtsklinik (Kateman et al. 2005).

Schweden hat Ende 19. Jahrhundert grosse Anstrengungen unternommen, um die Mütter- und Kindersterblichkeitsrate zu reduzieren, und erzielte dank der Versorgung von Frauen durch qualifizierte Hebammen auch in abgelegenen Gebieten eine Reduktion der Mortalitätsraten um zwei Drittel innerhalb weniger Jahrzehnte. Mit der modernen Geburtshilfe und der umfassenden Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Hebammen ist die Mütter- und Kindersterblichkeitsrate heute eine der tiefsten weltweit (UNFPA 2011). Als Beitrag zur sicheren Versorgung wurde im Jahr 2006 die Beschreibung der Anforderungen an die Hebammen aktualisiert, was die Rolle der Hebammenarbeit bestärkte und das Niveau der Fachkompetenzen bestätigte.

### **5.3 Vergleichende Übersicht in Tabellenform**

Die nachfolgenden Tabellen 3 und 4 geben einen Überblick über die Ergotherapie bzw. Hebammenarbeit in den beiden Ländern und in der Schweiz (für den Vergleich mit der Schweiz werden hier die Angaben aus Tabelle 2 nochmals aufgeführt).

**Tab. 3 Vergleichende Übersicht der Ergotherapie in Tabellenform**

<b>Ergotherapie</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Vereinigtes Königreich (UK)</b>	<b>Schweden</b>
<b>Ausbildung</b>			
Mögliche nationale Ausbildungen	Bachelor, Weiterbildung (CAS)	Bachelor, Master MSc, Doktorat, Weiterbildung (kein MAS), Weiterbildung während der Praxistätigkeit, um die Bedingungen des Regulators (HCPC) zu erfüllen (COTEC, 2011).	Bachelor, Master MSc, Doktorat
in Kooperation	European Master of Science in OT	European Master of Science in OT	European Master of Science in OT
Ausbildungsinstitution Bachelor	Fachhochschule	Universität	Universität
Ausbildungsinstitution Master	Fachhochschule; ZHAW in Kooperation im Rahmen des European MSc in OT	Universität; University of Brighton in Kooperation im Rahmen des European MSc in OT	Universität; Karolinska Institutet in Kooperation im Rahmen des European MSc in OT
Gründe für Masterstudium	Vertiefung der Fähigkeiten, persönliche Entwicklung, akademische Laufbahn, Lehre, Forschung.	Vertiefung der Fähigkeiten, Möglichkeit einer Laufbahn im akademischen Bereich (Lehre oder Forschung), persönliche Entwicklung.	Nötig, um die Ausbildung zum Ergotherapie-Spezialisten anzutreten, Vertiefung der Fähigkeiten, persönliche Entwicklung.
<b>Praxis (alle Ausbildungsniveaus)</b>			
Beruflicher Status	Angestellte in Spitälern, Rehakliniken, sozial-medizinischen Institutionen; selbständig erwerbende Ergotherapeut/innen.	Viele verschiedene: Occupational Therapist, OT specialist, OT team manager, OT advanced; OT consultant als höchstes Niveau. Vom National Health Service (NHS) definiert und in drei Kategorien geteilt: registered practitioners, advanced practitioners (clinical specialists and extended scope practitioners) und consultant practitioners (McPherson et al., 2004).	Angestellte, viel weniger Selbständige (SACO, 2013).
Berufsausübungsbewilligung	Ausbildung und Anmeldung beim kantonalen Amt für Gesundheit, 2 Jahre Berufserfahrung.	Ausbildung und Anmeldung beim Health and Care Professions Council (HCPC).	Ausbildung und Anmeldung beim Gesundheitsministerium (Socialstyrelsen, SWOT 2011).
Ist der Titel Advanced Practice Ergotherapie relevant für den Berufsalltag?	Bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.	Viele verschiedene Definitionen und Interpretationen in der Praxis (McPherson et al., 2004). Extended Scope of Practice weiter verbreitet als Advanced Practice.	Schwerpunkt ist nicht die Advanced Practice, sondern die berufliche Spezialisierung.
Berufsausübungskriterien :			
- Erstbehandlungsrecht	Nein, es braucht eine ärztliche Verordnung.	Ja, Patient/innen brauchen nicht erst zum Arzt zu gehen.	Ja (SWOT, 2011).
- Entschädigungsregelungen	Ja, wenn von einem Arzt, einer Ärztin angeordnet (EDI, 2012). Abrechnung auch möglich über IV, UVG und MVG.	Ja, durch den NHS.	Ja, für alle Angestellten des nationalen Gesundheitsdienstes und für alle Praxen, die eine Spezialvereinbarung haben.
- Medikamentenverschreibung	Nein	Nein	Nein
- Diagnostikverordnung	Nein	Sie können die Patient/innen einem Facharzt überweisen.	Normalerweise arbeiten Ergotherapeut/innen zusammen mit Ärzt/innen; diese können weitergehende Diagnostik anordnen und schreiben Arbeitsunfähigkeitszeugnisse.
- Ausstellen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse	Nein	Nein, das wird durch den Hausarzt gemacht.	

<b>Ergotherapie</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Vereinigtes Königreich (UK)</b>	<b>Schweden</b>
<b>Zusammenhang Ausbildungsniveau – Funktion</b>			
Verbindung zwischen dem Ausbildungsniveau und der Funktion	Für einige Funktionen wird ein Master verlangt (Lehre, Leitungsfunktionen).	Keine direkte Verbindung zwischen dem Ausbildungsniveau und dem Niveau der Funktion. Das Niveau der Funktion orientiert sich mehr an der Erfahrung, den Spezialkenntnissen und am Berufsfeld. Nur bei besonderen Funktionen, wo unterrichtet oder geforscht wird, z.B. beim OT consultant, kann eine Ausbildung verlangt werden (COTEC, 2011).	Für alle Leitungsfunktionen braucht man einen Master, für die höchste Leitungsfunktion in einem Spital braucht es einen PhD. Für andere Funktionen wird zwar kein Master verlangt, das Ausbildungsniveau ist jedoch lohnrelevant. Bestimmte Ausbildungs niveaus können verlangt werden, um eine bestimmte Funktion auszuüben (COTEC, 2011).
Advanced Practice / Extended scope of Practice (Ergotherapie)			
Definition		Extended Scope of Practice: Berufsausübung, die über die anerkannten Grenzen des Ergotherapie-Berufsbildes hinausgeht. Die dazu notwendigen Fähigkeiten sind auch ausserhalb der Kernkompetenzen von Ergotherapeut/innen angesiedelt und stehen in der qualifizierenden Berufsausbildung nicht im Lehrplan. ESP-Ergotherapeut/innen übernehmen Funktionen, die normalerweise von anderen Berufen wahrgenommen werden.	Es gibt keine so benannte Advanced Practice oder Extended Scope of Practice; hingegen gibt es spezialisierte Ergotherapeut/innen.
Regulierung		Keine Regulierung des Extended Scope of Practice. Alle Gesundheitsberufe – ob ESP oder nicht – müssen die Aufgaben in ihrem Gebiet sicher, kompetent und verantwortungsvoll erfüllen können.	Es gibt keine zusätzliche Regulierung für spezialisierte Ergotherapeut/innen.
Gefundene Einsätze von Fachpersonen mit einem Master in besonderen Funktionen	Dozierende an Fachhochschulen	Professionelle Leiterin für Ergotherapie	Professor/innen an der Universität
	Forschende, Professor/innen	Professor/innen an der Universität	Projektleiter/in am Zentrum für Hochschuldidaktik
	Geschäftsführerin Praxis für Handrehabilitation und Ergotherapie	HPC Registered Occupational Therapist Specialist	Forschung an der Universität
	Gründerin Privatpraxis		
	Therapieexpertin		
	Leiterin Ergotherapie		
	Leiterin Ergotherapie Rehabilitationszentrum		
	Leitung Ergotherapie Handrehabilitation		
<b>Quelle</b>	OFSP (2012), EDI (2012)	E-Mail Austausch mit Zoe Parker, Education Manager (Lifelong Learning) College of Occupational Therapists, London; E-Mail Austausch mit Jan Worledge, Professional Affairs Officer, College of Occupational Therapists, London; DH (2008); COT/BAOT Briefing 14 - Extended Scope OT; Mickel (2011), COT/BAOT (2011), COT(2012), COTEC (2011)	Telefoninterview mit Mona Eklund, Ergotherapie-Professorin, Department of Health Sciences, Lund University, COTEC (2011), SWOT (2011), SACO (2013)

Darstellung BASS

**Tab. 4 Vergleichende Übersicht der Hebammenarbeit in Tabellenform**

Hebammenarbeit	Schweiz	Vereinigtes Königreich (UK)	Schweden
<b>Ausbildung</b>			
Mögliche national Ausbildungen	Bachelor, Weiterbildung (Certificate of Advanced Studies, Master of Advanced Studies im Aufbau).	Bachelor, Master, Doktorat, Weiterbildung (kein MAS), Die Masterausbildungen sind eher auf fachliche und weniger auf akademische Tätigkeiten ausgerichtet; die Weiterbildung ist Pflicht (NMC, 2012 [3]).	Grundausbildung: Bachelor in Pflege und dann Graduate Diploma in Hebammenarbeit (1.5 Jahre); danach ist es möglich, einen «Magister» zu machen (1 Jahr), der nicht einem MSc entspricht aber Voraussetzung ist für ein PhD. Die Mehrheit der Hebammen macht einen Magister; ca. 1% hat einen Dokortitel.
in Kooperation	European Master of Science in Midwifery (HES-SO in Lausanne bietet ein Modul an)	European Master of Science in Midwifery	
Ausbildungsinstitution Bachelor	Fachhochschule	Universität	Universität
Ausbildungsinstitution Master	Fachhochschule, HES-SO in Kooperation im Rahmen des European MSc in Midwifery	Universität	Universität
Gründe für Masterstudium	Vertiefung der beruflichen Fähigkeiten, persönliche Entwicklung, akademische Laufbahn, Lehre, Forschung.	Vertiefung der beruflichen Fähigkeiten, Möglichkeit einer Laufbahn im akademischen Bereich (Lehre oder Forschung), persönliche Entwicklung.	Vertiefung der beruflichen Fähigkeiten, bessere Karriere-möglichkeiten (der Magister wird immer mehr verlangt), persönliche Entwicklung.
<b>Praxis (alle Ausbildungsniveaus)</b>			
Beruflicher Status	Angestellte in Spitälern; frei praktizierende Hebammen.	Viele verschiedene: Midwife entry level, midwife community, midwife higher level, midwife team manager, midwife consultant. Viele sind vom National Health Service definiert.	Die meisten (98%) Hebammen sind von Geburtskliniken angestellt. Frei praktizierende Hebammen gibt es nur sehr wenige.
Berufsausübungsbewilligung	Frei praktizierende Hebammen: Ausbildung und Anmeldung beim kantonalen Amt für Gesundheit, 2 Jahre Berufserfahrung.	Ausbildung und Anmeldung beim Nursing and Midwifery Council (NMC).	Ausbildung und Anmeldung bei der Nationalen Behörde (Socialstyrelsen).
Ist der Titel Advanced Practice Hebammen relevant für den Berufsalltag?	Bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.	Laut der Lead Midwife for Education der Royal College of Midwives hat AP bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.	Bis jetzt keine Bedeutung in der Praxis.
Berufsausübungskriterien :			
- Erstbehandlungsrecht	Ja, bis zu 6 Untersuchungen per Schwangerschaft; Betreuung zu Hause bis 10 Tage nach der Geburt; 3 Stillberatungen während der gesamten Stillzeit; Nachkontrolle Geburt. Für zusätzliche Untersuchungen braucht es eine ärztliche Verordnung.	Ja, Patient/innen brauchen keine ärztliche Verordnung.	Ja, Patient/innen brauchen keine ärztliche Verordnung, solange die Schwangerschaft unkompliziert ist. Bei Komplikationen muss die Frau einem Arzt überwiesen werden. Das heisst aber, dass die Hebammen und Ärzt/innen zusammenarbeiten, und nicht, dass der Fall an die Ärztin übergeben wird.
- Entschädigungsregelungen	Ja, gemäss den Regelungen zu Hebammenbetreuung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im KVG (Artikel 29).	Ja, durch den NHS.	Die Versorgung in Geburtskliniken ist durch den Staat gedeckt. Im Falle von Hausgeburten wird die Versorgung nur dann entschädigt, wenn die Hebamme eine Sondervereinbarung mit dem Staat hat.
- Medikamentenverschreibung	Hängt von kantonalen Gesetzen ab.	Ja, wenn die Hebamme als verschreibende Hebamme registriert ist. Es gibt eine Liste von Medikamenten, welche die Hebammen verschreiben dürfen. Braucht eine Frau aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen Spezialmedikamente,	Ja, es gibt eine Liste von Medikamenten, welche die Hebammen verschreiben dürfen (Socialstyrelsen 2013, Kateman et al. 2005); aber bei Komplikationen muss die Hebamme die Frau einer Ärztin/einem Arzt überweisen.



<b>Hebammenarbeit</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Vereinigtes Königreich (UK)</b>	<b>Schweden</b>
- Diagnostikverordnung	Ja, für bestimmte Diagnosen EDI KLV (Artikel 16).	Ja, aber nur für reguläre Schwangerschaften. Bei Komplikationen müssen Fachärzt/innen beigezogen werden.	Ja, aber komplizierte Fälle müssen an Ärzt/innen überwiesen werden.
- Ausstellen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse	Gesetzeslage nicht eindeutig; weder explizites Recht noch explizites Verbot	Nein, sie schreiben nur Schwangerschaftsbestätigungen.	Nein, nur Ärzt/innen können sie ausstellen. In der Regel stützen sie sich jedoch auf das Urteil der Hebammen.
<b>Zusammenhang Ausbildungsniveau – Funktion</b>			
Verbindung zwischen dem Ausbildungsniveau und der Funktion	Generell keine direkte Verbindung zw. dem Ausbildungsniveau und dem Niveau der Funktion. Das Niveau der Funktion orientiert sich an den Spezialkenntnissen und am Tätigkeitsfeld. Nur bei besonderen Funktionen wie Fachexpertin, oder wo es Leitungs- oder Unterrichtsverantwortung gibt, wird ein Master verlangt.	Für einige Funktionen wird von Hebammen eine Zusatzausbildung verlangt. Ansonsten hängt das Niveau der Berufstätigkeit von der Erfahrung ab. Für die Funktion Midwife Higher Level kann ein Master verlangt werden; für Midwife Team Manager wird eine Ausbildung in Teamführung verlangt (aber nicht unbedingt auf Masterstufe). Midwife Consultants sind in der Lehre und Forschung tätig und brauchen deshalb einen Master oder ein Doktorat.	Die Regulierung schreibt kein spezifisches Ausbildungsniveau für bestimmte Funktionen vor, ausser für Forschung und Lehre, wofür ein Master verlangt wird. Es wird auf die Kliniken vertraut, dass sie die passenden Fachleute mit den geeigneten Kompetenzen anstellen. In der Praxis verlangen Kliniken mehr und mehr einen Masterabschluss. Laut Prof. Ulla Waldenström ist die Berufserfahrung jedoch das entscheidende Anstellungskriterium.
Advanced Practice			
Definition		Hebammen mit hohen klinischen Fähigkeiten und hohen Kompetenzen für die autonome Entscheidungsfindung. Dazu braucht es eine Ausbildung auf Masterstufe sowie eine begleitete Kompetenzerweiterung in der Praxis.	Es gibt in Schweden kein Konzept der Advanced Practice für den Hebammenberuf; Hebammen haben jedoch generell eine starke Position und im Vergleich zu anderen Ländern sehr weit gehende Kompetenzen.
Regulierung		Keine aktuelle Regulierung der Advanced Practice (NMC, 2012 [2]); die Regulierung der ANP und der AMP wird gerade geprüft (NMC (2012) [1]).	
Tätigkeitsfelder von Fachpersonen mit einem Master in besonderen Funktionen	Dozierende an Fachhochschulen	Leiterin Hebamme Poole Hospital NHS Foundation Trust	Professor/innen an der Universität
	Forschende	Professorin - Lead Midwife for Education	Forschende an der Universität
	Gründerin und Mitglied der Geschäftsleitung eines Geburtshauses	Dozentin (lecturer practitioner, Baldwin, 2008)	Nach Auskunft von Prof. Ulla Waldenström haben Hebammen mit dem «Magister» keine zusätzlichen Berufsausübungsrechte. Für leitende Positionen sei die Berufserfahrung entscheidend.
	Hebammenexpertin im Spital	Independent Midwifery Consultant	
	Pflegeexpertin im Spital	General Manager, Woman and Child Service Unit, Peterborough and Stamford Hospitals NHS Foundation Trust	
	Hebammenexpertin für Pränatalabteilung Bereichspflege-Fachverantwortliche	Local Supervising Authority Midwifery Officer for Northern Ireland	
	Leitende Hebamme Spital Leiterin Pflege Frauenklinik	Gründerin eines Geburtshauses	
<b>Quelle</b>	OFSP (2012); Telefoninterview mit Maja Hiltbrunner; Luyben et al. (2009); EDI (2012); KVG (2012)	Telefoninterview mit Sue Macdonald, Lead Midwife for Education, The Royal College of Midwives ; NMC (2010);NMC (2012) [1]; NMC (2012) [2]; NMC (2012) [3]; Baldwin (2008), Pollard (2008).	Telefoninterview mit Kajsa Westlund, Association Secretary, The Swedish Association of Midwives; Telefoninterview mit Prof. Ulla Waldenström, Dept. of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet; Kateman et al. (2005), Socialstyrelsen (2013), Karolinska Institutet (2013).

Darstellung BASS

## 5.4 Ergänzung: Situation der Hebammen in Irland

Bei den Recherchen zur Situation in Grossbritannien und Schweden wurde eine Reihe von Informationen über Advanced Practice in der Hebammenarbeit in Irland gefunden, die hier ebenfalls präsentiert werden.

In Irland wurde die Entwicklung der Advanced Practice in Pflege und Hebammenarbeit stark unterstützt. 1999 gründete das Gesundheitsministerium den nationalen Rat für die berufliche Entwicklung der Krankenpflege und Hebammenarbeit (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, NCNM), um Karrieremöglichkeiten von Pflegenden und Hebammen zu überprüfen, deren berufliche Entwicklung zu fördern und Ausbildungskriterien sowie berufliche Kompetenzen festzulegen (Mac Lellan 2007). Gemäss DOHC (2011) gibt es mittlerweile ca. 2'200 Hebammen und Pflegefachpersonen, die als Advanced Practitioners arbeiten. Das Ziel der Einführung von AP war, unnötige Interventionen zu vermeiden und neue Kompetenzen zu entwickeln (Murphy 2012).

Begley et al. (2007) beschreiben die Entwicklung des Masterstudiengangs im Bereich Hebammenarbeit in Irland. Die Richtlinien des NCNM legen fest, dass die APN- und APM Ausbildung auf Masterstufe abgeschlossen werden und 1'000 Stunden überwachter klinischer Praxis beinhalten muss. Die Berufsverbände der Hebammen wollten ihre Unterstützung zur APM Ausbildung jedoch nicht geben, bevor die Rolle und das Berufsbild der APM nicht klar definiert waren. Bedenken wurden vorgebracht, dass sich die Spezialisierungen in der Hebammenarbeit, die (analog zur APN) eine klinischen Karriere und Fördermöglichkeiten bieten sollten, nachteilig auf die Entwicklung des Berufes auswirken würden. Es wurde vorgeschlagen, statt die Versorgung in spezialisierte Bereiche aufzuteilen und die bereits vorhandene Tendenz zur Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt zu verstärken, den Fokus mehr auf eine ganzheitliche Hebammen-Rolle zu legen. Das heisst, man sollte sich auf eine kontinuierliche Versorgung während der ganzen Schwangerschaft und auf die Natürlichkeit der Geburt konzentrieren (NCNM 2003, in Begley et al. 2007). Daraufhin wurde entschieden, das Masterprogramm in diese Richtung zu entwickeln. Um sicherzustellen, dass die neue Ausbildung den Bedürfnissen der Studierenden entsprach, wurden 38 Hebammen in den Entwicklungsprozess einbezogen. Sie setzten sich dafür ein, dass der Masterstudiengang auf Kernkompetenzen der Hebammenarbeit fokussiert und praxisorientiert ist und eine reflektierte, evidenzbasierte und Frauen-zentrierte Versorgung in den Vordergrund stellt. Insgesamt ergab sich eine Stärkung der Ausbildung: Seit 2006 ist die Hebammenausbildung in Irland auf Bachelor-, Master- und Doktoratsebene möglich, was die Kompetenzen von Hebammen massiv erhöhte (DOHC 2011).

2004 hat der NCNM die Kernkonzepte für neue Rollen erstellt und die Anforderungen für die Akkreditierung in den verschiedenen AP-Funktionen festgelegt (Mac Lellan 2007): clinical nurse specialist, clinical midwife specialist, advanced nurse practitioner (ANP) und advanced midwife practitioner (AMP). 2008 wurden das Konzept für Advanced Practice Rollen von Hebammen und Pflegefachpersonen aktualisiert und die Voraussetzungen, Kompetenzen und Akkreditierungsvorgehen neu festgelegt (NCNM 2008).

Laut NCNM sollte eine AMP Hebamme:

- (1) Autonomie in ihrer Berufsausübung zeigen,
- (2) eine Expertin sein,
- (3) Professionelle und klinische Führungsfunktionen haben, um Veränderungen in der Versorgung zu fördern,
- (4) Forschung durchführen.

Die AMP müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- (1) bei der Aufsichtsbehörde registriert sein;
- (2) mindestens einen Masterabschluss haben;
- (3) mind. 7 Jahre Berufserfahrung seit der Registrierung, davon mind. 5 Jahre im gewählten Praxisfeld;
- (4) eine bestimmte Anzahl Stunden unter Supervision auf der Advanced Practice Ebene aufweisen.

Sie haben:

- (5) die Kompetenz für komplexe Entscheidungsfindung und komplexe Urteile im klinischen Bereich;
- (6) regelmässig Nachweis über berufliche Fortbildung zu erbringen (An Bord Altranais 2011)

Die Akkreditierung muss alle fünf Jahre erneuert werden (Mac Lellan 2007).

2007 wurde die erste AMP in Irland offiziell akkreditiert. Seither sind weitere AMP-Rollen entstanden; parallel zu dieser Entwicklung wurden Hebammen mehr Aufgaben und Verantwortung übertragen: Hebammen erhielten Verschreibungsrechte, es entstanden von Hebammen geführte Versorgungseinrichtungen und Hebammen wurden vermehrt an der Koordination von Schnittstellen zwischen akuter Versorgung und Gemeindediensten beteiligt (An Bord Altranais 2011).

Um die Effektivität der AP Hebammen und Pflegefachpersonen zu eruieren, vergleichen Begley et al. (2010) [Q] und Begley et al. (2012) [Q] in einer Fallstudie die Rollen und Behandlungsergebnisse von Pflegefachpersonen und Hebammen, die seit mindestens einem Jahr entweder als «Clinical Nurse/Midwife Specialist» (CNS/CMS) oder als «Advanced Nurse Practitioner» (ANP) tätig waren.<sup>14</sup> Der Einsatz von CMS hat zu folgenden Ergebnissen geführt: reduzierte Morbidität, verringerte Wartezeiten, schneller Zugang zur Gesundheitsversorgung, verminderte Wiedereintritte, Stärkung der evidenzbasierten Praxis, erhöhte Kontinuität der Versorgung, erhöhte Zufriedenheit der Klient/innen, verbesserte Kommunikation mit Klient/innen und Angehörigen, Förderung des Selbstmanagements und der Eigenverantwortung (self care), erhöhte Verfügbarkeit von klinischen Abklärungen und Analysen. Zusätzlich betreuten CMS Hebammen eine höhere Anzahl Klient/innen, koordinierten innerhalb eines multidisziplinären Teams Behandlungspläne und entwickelten Behandlungsrichtlinien. Sie wiesen eine erhöhte Arbeitszufriedenheit auf und boten eine professionellere Führung. Die Versorgungskosten der neuen Berufsprofile waren nicht höher als bei den übrigen Gesundheitsberufen. Im Vergleich zu den CNS hatten ANP deutlich mehr Autonomie und Kompetenzen (v.a. im Bereich Leadership und Forschung), während sich die Rollen von CMS und ANP nicht so stark unterschieden. Die Autor/innen fordern eine verstärkte Entwicklung der in Irland noch verbreiteteren CNS/CMS-Rollen auf das Niveau der Advanced Practice.

---

<sup>14</sup> Zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie (2008) gab es noch keine AMPs, die schon seit länger als einem Jahr in dieser Funktion akkreditiert waren.

## **6 Literaturübersicht über Advanced Practice und Extended Scope of Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit im internationalen Kontext**

Die nachfolgend dargestellte Literaturübersicht ist das Ergebnis einer Internet- und Datenbankrecherche zu Advanced Practice in Ergotherapie und Hebammenarbeit (bzgl. methodisches Vorgehen, verwendeter Begriffe, konsultierter Literatur und Definitionen vgl. Abschnitt 2.4 und Kapitel 3).

### **6.1 Advanced Practice und Extended Scope of Practice in der Ergotherapie**

#### **6.1.1 Rolle und Berufsbild in verschiedenen Ländern**

Wie in Abschnitt 5.1 erwähnt, wurde der Extended Scope of Practice (ESP) Ergotherapie in Grossbritannien entwickelt, um das Gesundheits- und Sozialsystem zu entlasten und die Versorgungssituation zu verbessern (Dickson et al., 2008). Mittlerweile folgen mehrere Länder diesem Ansatz, besonders im englischsprachigen Raum (Kanada, USA, Australien).

In den folgenden Studien wurde die Rolle der Advanced Practice und des Extended Scope of Practice in nichtärztlichen Gesundheitsberufen eruiert, wozu auch die Ergotherapeut/innen gehören.

■ Gilmore et al. (2011) sehen die Erweiterung der Kompetenzen von nichtärztlichen Gesundheitsberufen als Mittel, um auf die Veränderungen im australischen Gesundheitswesen zu reagieren. Diese Erweiterung solle schrittweise erfolgen, wobei die Fähigkeiten im Rahmen des jeweiligen Berufes verbessert und danach die Kompetenzen über das Berufsgebiet hinaus erweitert werden sollen, so dass Advanced Practice Fachkräfte schliesslich gewisse Funktionen aus anderen Berufen übernehmen können. Dieses erweiterte Berufsbild verlangt eine Zusatzausbildung, die Entwicklung der Kompetenzen, gute klinische Erfahrung und die formale Anerkennung durch die «Peers». Gilmore et al. nennen folgende Bedingungen für die Einführung von ESP im Gesundheitswesen:

- ESP Therapeut/innen sollen Bedürfnisse der Patient/innen erfüllen, die nicht durch das traditionelle Gesundheitspersonal abgedeckt werden können.
- ESP soll nur eingeführt werden, wenn es einen Bedarf an Personal gibt; bereits gut funktionierende Teams sollten nicht unnötige und eventuell kontraproduktive Veränderungen mitmachen müssen.
- Die Kompetenzen und die damit verbundene Verantwortung müssen klar definiert sein.
- Die erforderliche Ausbildung muss klar festgelegt und durchgeführt werden.
- Die Gesetze müssen angepasst werden, um die neuen Rollen einzuschliessen.
- Die Einführung von ESP muss professionell angegangen und begleitet werden: Vorbereitung mit allen Interessengruppen; Erstellung eines Businessplans, um die Kosten der Einführung zu messen; Einführung von ESP in einem Pilotprojekt; Follow-up der Einführung durch eine Kontrollgruppe.

Diese Punkte sind den Empfehlungen sehr ähnlich, die für die Einführung der Advanced Practice Pflegeberufe erstellt wurden (De Geest et al. 2008).

■ Der Einsatz von AP in neun nichtärztlichen Gesundheitsberufen wurde von Comans et al. (2011) in einer Literaturübersicht evaluiert. Untersucht wurde u.a. die Zufriedenheit der Patient/innen, nicht aber die Effektivität der AP bezüglich Behandlungsergebnis: Die Literaturübersicht erlaubt es nicht auszuwerten, ob der Einsatz von nichtärztlichen Gesundheitsberufen gleich sicher und effektiv ist wie die traditionelle Versorgung. Viele Indikatoren waren ökonomisch orientiert und betrafen organisatorische

Aspekte des Einsatzes von AP (Auswirkungen auf Warteliste, Dauer des Aufenthalts, Kostensenkung etc.).

■ Eine andere Literaturübersicht von 21 Studien über die Einführung der ESP in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (Sanitäter/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Röntgenassistent/innen und Sprech- und Sprachtherapeut/innen) berichtet von zwei Publikationen über die ESP in der Ergotherapie (McPherson et al. 2006). Ergotherapeut/innen sahen ESP als Möglichkeit, ihre professionelle Autonomie und Fähigkeiten zu erweitern. Ärzte hingegen beurteilten die Notwendigkeit der Dienstleistung häufiger als Motivation für die Erweiterung der Kompetenzen von ESP Ergotherapeut/innen. Einige Ärzte befanden, dass die Qualität der Dienstleistungen in erster Linie vom angestellten Therapeuten abhängig sei. Die Studie stellt weiter fest, dass der Einfluss der ESP auf den Gesundheitszustand selten analysiert wurde; dasselbe gilt für mögliche Verbesserungen bezüglich Einführung, Ausbildung und Unterstützung von ESP Gesundheitspersonal.

### 6.1.2 Einsatzbereiche

Beschreibungen und Evaluationen von AP-/ESP-Ergotherapeut/innen wurden in den Bereichen Handtherapie, Arthritis, neonatale Intensivstationen und Pädiatrie, Ess- und Nahrungsstörungen, zerebrale Lähmung und in der psychiatrischen Versorgung gefunden.

#### Handtherapie<sup>15</sup>

■ Ellis et al. (2001) [Q] befragten 20 ESP Physiotherapeut/innen und 12 ESP Ergotherapeut/innen, die in Grossbritannien Handtherapie durchführten. Im Durchschnitt hatten sie 10.2 Jahre Erfahrung mit Handtherapie, als ESP Therapeut/innen waren sie zwischen 3 Monaten und 6 Jahren tätig. Die ESP Therapeut/innen arbeiteten in nicht-medizinischen oder nicht-chirurgischen Kliniken, in der Rheumatologie, im präoperativen Screening und in postoperativen Follow-up Kliniken. Ihre Aufgaben beinhalteten Diagnostik, Injektion, Wundversorgung und Gelenkpunktionen. In unterschiedlichem Umfang konnten sie auch ohne vorgängige Beratung mit einem Arzt oder einer Ärztin weitere Diagnosen anfragen (Blutuntersuchung, Röntgen, Chirurgie) und an weitere Verfahren überweisen (z.B. Karpaltunneldekompression). Die ESP Physio- und Ergotherapeut/innen übernahmen also Aufgaben, die traditionell in den Händen von Ärzt/innen und Pflegefachpersonen waren. Die befragten ESP Praktiker/innen erklärten, dass ihre Ausbildung vor allem empirisch geprägt war, d.h. durch die Beobachtung des entsprechenden Spezialisten über einen gewissen Zeitraum, gefolgt von einer Phase, in der sie durch den Spezialisten beaufsichtigt wurden.

■ In einem weiteren Artikel befragten Ellis et al. (2002) [Q] 17 britische Handchirurg/innen zur Rolle und zu den Dienstleistungen von in der Handtherapie arbeitenden Ergotherapeut/innen. Die Spezialisten wurden auch um ihre Einschätzung zu fördernden und hemmenden Faktoren für die Entwicklung und Einführung von ESP und die dazu notwendigen Kompetenzen, Ausbildungs- und Unterstützungsmassnahmen befragt. Als Hauptgrund für die Einführung von ESP in der Ergotherapie wurde die Verringerung der Warteliste – hier wurden positive Ergebnisse erzielt – und die Entlastung der Handchirurg/innen genannt; die Ausbildung basierte meistens auf Erfahrung. Bedenken über das ESP-Modell

---

<sup>15</sup> Handtherapie ist die Rehabilitation der oberen Extremität einschliesslich Hand, Handgelenk, Ellbogen und Schultergürtel und wird von Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen praktiziert. Mit speziellen Kenntnissen in der Evaluation, Planung und Behandlung führen Handtherapeut/innen Interventionen durch, um Funktionsstörungen zu vermeiden, Funktionen wiederherzustellen und pathologische Entwicklungen einzudämmen, damit die Fähigkeit der Patient/innen erhöht wird, Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen (HTCC 2009).

wurden ebenfalls benannt: professionelle Isolierung, ungeeignete Erweiterung der Kompetenzen und potenzielle Rechtsstreitigkeiten.

■ Ellis et al. (2005) [Q] untersuchten mittels einer Delphibefragung die Rolle von ESP Physiotherapeut/innen und ESP Ergotherapeut/innen, die in der Handtherapie in Grossbritannien arbeiten, und die notwendige Ausbildung und Kompetenzen, die sie dafür vorweisen müssen. ESP Physiotherapeut/innen und ESP Ergotherapeutinnen arbeiteten oft mit orthopädischen Chirurgen und Rheumatologen zusammen oder ersetzten einen Assistenzarzt. Nach Einschätzung der befragten Expert/innen waren mindestens drei Jahre klinische Erfahrung nötig, um erweiterte Kompetenzen im Sinne von ESP übernehmen zu können. Man war sich einig, dass ESP Therapeut/innen ihre traditionelle berufliche Rolle parallel weiterführen sollten, um ihre Kenntnisse zu teilen und nicht isoliert zu arbeiten. Die In-House-Ausbildung wurde viel besser eingestuft als eine höhere akademische Ausbildung, weil diese zu wenig praktische Fähigkeiten vermitteln könne. Grossen Wert legte man auf die Fähigkeit der ESP Therapeut/innen, klinische und diagnostische Entscheidungsfindungen durchführen zu können.

■ Rose et al. (2009) beschreiben die Gründung und Evaluation einer mit ESP Ergotherapeut/innen arbeitenden Klinik für Handleiden (Karpaltunnelsyndrom und karpometakarpale Osteoarthritis) in Grossbritannien. Schon frühere Studien über ESP Hand-Ergotherapie hätten gezeigt, dass diese Kliniken den Zugang zu Spezialisten erleichtert und die Kontinuität und Qualität der Behandlung verbessert haben. Für die Evaluation wurden 100 Spezialärzte für Karpaltunnelsyndrom und karpometakarpale Osteoarthritis ausgewählt, um die Klinik während einer Diagnose und der Durchführung eines konservativen Behandlungsprogramms zu prüfen. Sie befanden, dass die ESP Ergotherapeut/innen effektiv die Diagnose und die Behandlung von Patient/innen mit Karpaltunnelsyndrom oder karpometakarpaler Osteoarthritis übernehmen können – ohne erhöhte Nachfrage nach chirurgischen Stellungnahmen oder Verfahren. Dasselbe gilt auch bei der Diagnose von anderen Krankheiten wie der früh beginnenden Dupuytren'sche Krankheit, der Quervain-Krankheit, Nervenknotten und Schnellenden Fingern.

### **Arthritis<sup>16</sup>**

■ Lineker et al. (2011) [Q] haben untersucht, inwiefern kanadische Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen, die eine Advanced Practice Ausbildung absolviert haben (das Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Programm, ACPAC), in der Behandlung von Arthritis-Patient/innen anders arbeiten als erfahrene Therapeut/innen ohne solche Ausbildung. Den ESP Therapeut/innen wurden mehr Patient/innen zur Beurteilung undifferenzierter Arthritis überwiesen (52% vs. 14%), sie dokumentierten häufiger Komorbiditäten (90% vs. 66%), vertraten häufiger die Interessen der Patient/innen gegenüber der Familie und den Ärzt/innen (52% vs. 21%), machten häufiger Empfehlungen für Übungen, Haltung und den Umgang mit Schmerzen und verordneten öfter Hilfsmittel und diagnostische Tests. Die anderen Therapeut/innen machten hingegen häufiger auf Massnahmen zur Schonung von Gelenken und kommunale Dienstleistungseinrichtungen aufmerksam.

---

<sup>16</sup> Arthritis umfasst mehr als 100 verschiedene rheumatische Krankheiten und Beschwerden, von denen die häufigste die Arthrose ist. Andere häufig vorkommenden Formen der Arthritis sind die rheumatoide Arthritis, Lupus, Fibromyalgie und Gicht. Häufige Symptome sind Schmerzen, Steifheit und Schwellung in oder um die Gelenke (CDC 2013). Ergotherapeut/innen behandeln Personen mit arthritischen Beschwerden, um ihre Mobilität zu erhöhen oder zu erhalten, sodass sie in der Lage sind, nötige oder gewünschte Aktivitäten durchzuführen in Bereichen wie Körperpflege, Haushalt, Arbeit und Freizeit (Frost et al. 2011).

## Neonatale Intensivstationen und Pädiatrie<sup>17</sup>

- Die fortgeschrittenen Kompetenzen und Fähigkeiten, die in den USA verlangt werden, um in neonatalen Intensivstationen zu arbeiten, sind in einem Artikel von Vergara et al. (2006) beschrieben. Therapeut/innen müssen die komplexen medizinischen Bedürfnisse und Schwächen von akut kranken oder frühgeborenen Säuglingen erkennen können. In diesem Rahmen haben Ergotherapeut/innen die Kompetenz, wenig invasive Behandlungsmethoden vorzuschlagen. Des Weiteren haben sie Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Familienangehörigen, was in diesem Kontext wichtig ist. In den USA werden Ergotherapeut/innen in diesem komplexen Umfeld als Advanced Practitioners betrachtet, da in den NICUs eine kontinuierliche Evaluation der Situation und dynamische Konzepte für die Interventionsplanung notwendig sind. Dafür braucht es fortgeschrittene Kompetenzen im medizinischen und sozialen Bereich (Kenntnisse über medizinische Verfahren, allgemeine Fragen zur Gesundheit, soziale Strukturen, Umgang mit Trauer etc.).
- Auch Tanta et al. (2010) betrachten die therapeutische Arbeit in der NICU in den USA als Advanced Practice. Durch ihre Kenntnisse in psychosozialer Intervention und neuromuskulärer Physiologie seien Ergotherapeut/innen geeignet, um in NICUs eine AP-Rolle als Entwicklungstherapeut/in wahrzunehmen. So haben sie z.B. bei der Nahrungsintervention bei Neugeborenen einen umfassenderen Ansatz als Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal und erreichen damit verbesserte Behandlungsergebnisse. Gute Ergebnisse hat man auch beim Einsatz von Ergotherapeut/innen bei neuromuskulären Interventionen festgestellt. Schliesslich haben Ergotherapeut/innen in NICUs eine wichtige Rolle in der Information und Bildung der Eltern.
- Für die Pädiatrie hat Case-Smith (1994) in einer US-amerikanischen Studie untersucht, inwiefern sich die Selbstbewertung von AP- und regulären Ergotherapeut/innen bezüglich 94 Kernkompetenzen unterscheiden. Die grössten Unterschiede ergaben sich bei der Bewertung der sensorischen Verarbeitung und Integration, der Analyse der neuromotorischen Funktion und den Fähigkeiten in der Konsultation. Die AP Ergotherapeut/innen haben sich in diesen Tätigkeiten als kompetenter bewertet als ihre regulären Kolleg/innen.
- King et al. (2008) haben in Kanada mittels einer Befragung von Therapeut/innen (ein Teil davon Ergotherapeut/innen), Peers und Angehörigen von Patient/innen im Bereich der Pädiatrie ein Klassifizierungssystem für das Bewerten von Fachkenntnissen erstellt und drei Niveaus von Expertise definiert. Sie definieren Expertise als «die Fähigkeit, geeignete, aussergewöhnliche oder adaptive Leistungen zu zeigen in Situationen, die eine gewisse Unberechenbarkeit oder Unsicherheit enthalten, basierend auf einer Reihe von Kenntnissen, Fertigkeiten und persönlichen Qualitäten [...]». Die Fähigkeit zu lernen und sich zu verbessern, bedeute jedoch noch nicht, dass mit der Erfahrung alle zu Experten würden.

---

<sup>17</sup> Neugeborene, die akut medizinische Versorgung benötigen, werden oft in die Neugeborenen-Intensivstation (NICU) verlegt. NICUs können auch intermediär der Weiterversorgung von Babys dienen, die weniger krank sind, aber spezielle Pflege brauchen. Die neonatalen Intensivstationen verfügen über fortschrittliche Technologie und spezialisiertes Fachpersonal. Ergotherapeut/innen helfen bei der Anpassung oder Strukturierung der Umwelt des Neugeborenen, damit sich frühgeborene oder akut kranke Babys an das stressige und technologisch komplexe Umfeld der NICU gewöhnen können (LPCH 2013, Vergara et al. 2006). Im Bereich Pädiatrie helfen Ergotherapeut/innen den Kindern, das maximale Mass an Selbstständigkeit zu erreichen und praktische Alltagsfähigkeiten zu entwickeln, damit sie zu Hause und im Klassenzimmer mitmachen können. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit der Familie oder der Lehrperson beim Kind zu Hause oder in der Schule (NHS Foundation Trust 2013).

## Weitere Einsatzbereiche

- Mitchell et al. (2005) [CT] analysieren die Effektivität der AP Ergotherapie im ambulanten Bereich in Australien. Sie vergleichen die Arbeit von fünf Berufsanfängerinnen und fünf Expertinnen (mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung) während der Durchführung von Hausbesuchen, die auf Video aufgezeichnet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die weniger erfahrenen Ergotherapeutinnen mehr festgelegten Abläufen folgen und abhängiger sind von externen Strukturen wie Bewertungsformularen und -Kriterien. Die AP Therapeutinnen passen sich flexibler den Gegebenheiten der Situation an und brauchen weniger externe Strukturen für ihre Behandlung. Schliesslich sind sie auch eher bereit, heikle Themen anzusprechen.
- Eklund et al. (2001) [Q] untersuchten die verbalen Interaktionen zwischen Patient/innen und Ergotherapeut/innen, die in Schweden in der psychiatrischen Versorgung arbeiten und häufig eine zusätzliche Ausbildung in psychodynamisch orientierter Psychotherapie haben. In einer Befragung von 292 Ergotherapeut/innen stellten sie fest, dass verbale Interaktionen (therapeutisches Gespräch, verbale Interventionen, gesprächsbasierte Bewertungen bzw. «assessments») häufiger in der ambulanten Versorgung als in der stationären Behandlung stattfinden.
- In der Ergotherapie gibt es eine Debatte über die notwendige Menge von klinischer Erfahrung, die es braucht, um den Expertenstatus zu erreichen. Rassafiani (2009) analysiert den Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufserfahrung und dem Niveau der Fachkenntnisse der Ergotherapeut/innen im Bereich der zerebralen Lähmung. Die Auswertung von Daten aus zwei früheren australischen Studien zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dem Niveau der Fachkenntnisse, womit die Dauer der klinischen Erfahrung kein geeignetes Kriterium ist, um für eine Tätigkeit im Bereich der zerebralen Lähmung den Expertenstatus zu definieren.
- Cole (2011) bespricht die Kompetenzerweiterung der Ergotherapeut/innen im Bereich des Medikamentenmanagements in Grossbritannien. Dazu gehört nicht nur das Verschreiben von Medikamenten, sondern auch die Beratung von Patient/innen über die Verwendung und korrekte Aufbewahrung von Medikamenten (z.B. Information zur Benutzung eines Pillen-Spenders oder Aufklärung über die Folgen von falscher Lagerung). In dieser Funktion geben Ergotherapeut/innen auch Ärzt/innen ihre Einschätzung über die Angemessenheit eines Medikaments oder eines Hilfsmittels für einen bestimmten Patienten. Cole glaubt, dass AP Ergotherapeut/innen die Fähigkeiten haben, ein Medikamentenmanagement zu übernehmen, wenn sie durch ihre Berufsverbände, Arbeitgeber und Ausbilder unterstützt werden. Wenn sie diese Rolle übernehmen würden, könnten sie durch verbesserte Information der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte über die Patient/innen (Lebensstil und potentielle Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Medikamenteneinnahme) einen Einfluss auf die medikamentöse Behandlung haben.
- Clark et al. (2003) beschreiben die Kenntnisse und Fähigkeiten, die von Ergotherapeut/innen und Ergotherapie-Assistent/innen in den USA benötigt werden, um im Bereich der Ess- und Nahrungsstörungen auf Advanced Stufe zu praktizieren. Zu Ess- und Nahrungsstörungen gehören körperliche Schwierigkeiten, das Essen bis zum Mund zu bringen oder es im Mund zu verarbeiten, Dysphagie, psychosoziale Essstörungen und Dysfunktionen aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen. Gemäss den Autor/innen befähigt die akademische Grundausbildung zwar zu einer Tätigkeit in diesem Bereich, die Kompetenzen für erweiterte Funktionen werden jedoch erst mit der Erfahrung in der Arbeit mit Patient/innen erworben.



### 6.1.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zu Advanced Practice und Extended Scope Practice in der Ergotherapie können wie folgt zusammengefasst werden:

- Der Extended Scope of Practice in Ergotherapie wurde in Grossbritannien entwickelt, gefolgt von Kanada, USA und Australien.
- In nichtärztlichen Gesundheitsberufen wird für die Erweiterung der Rolle eine Weiterbildung, die Entwicklung der Kompetenzen, vertiefte klinische Erfahrung und die formale Anerkennung durch die «Peers» verlangt.
- In der Handtherapie könnten ESP Ergotherapeut/innen mit erweiterten Kompetenzen und Fähigkeiten einen Arzt als erste Ansprechperson ersetzen. Sie haben die Fähigkeit zur klinischen und diagnostischen Entscheidungsfindung und können zur Verringerung der Wartelisten beitragen. Bezüglich der Handtherapie scheinen praktische Erfahrung und klinische Ausbildung wichtiger zu sein als eine akademische Weiterbildung.
- In der Versorgung von Menschen mit Arthritis konnte gezeigt werden, dass ESP Ergotherapeut/innen eine verbesserte Betreuung von Patient/innen mit komplexen Krankheiten oder undifferenzierter Arthritis leisten können.
- ESP Ergotherapeut/innen können in neonatalen Intensivstationen zur optimalen Betreuung von Babys beitragen, z.B. indem sie wenig invasive Behandlungsmethoden vorschlagen. Sowohl in den NICUs als auch in der Pädiatrie können Ergotherapeut/innen wichtige Funktionen bei der Zusammenarbeit mit den Angehörigen übernehmen. In der Pädiatrie waren AP Ergotherapeut/innen in wichtigen Bereichen kompetenter und sicherer als reguläre Ergotherapeut/innen.
- Generell besteht noch wenig Forschung zu den Auswirkungen des Einsatzes von AP- oder ESP-Therapeut/innen auf den Gesundheitszustand der Patient/innen. Es ist auch anzumerken, dass viele Studien weder als «Randomized Controlled Trial» noch als «Controlled Trial» angelegt waren, weshalb die Aussagen zur Effektivität von ESP-Einsätzen vorsichtig interpretiert werden sollten.

## 6.2 Die Advanced Practice in der Hebammenarbeit

### 6.2.1 Berufsbilder und Berufsbildung in verschiedenen Ländern<sup>18</sup>

Auch für den Bereich Hebamme gibt es zurzeit keine international anerkannte Definition des Advanced Practice Berufsprofils (APM). Länderspezifisch wird diese Rolle definiert durch das Aufgabenprofil, die Verantwortung, die Ausbildung oder die Erfahrung, die verlangt werden, um eine solche Funktion auszuüben.

- Kanada: Die Regulierung des Hebammenberufes hat 1993 begonnen (MacDonald et al. 2005), jedoch haben noch nicht alle Provinzen den Beruf anerkannt (Smith et al. 2010). Angehende Hebammen studieren bis zum Bachelorabschluss und können dann in die Hebammentätigkeit einsteigen («direct-entry»). Es gibt zurzeit keine weitere Ausbildungsmöglichkeit; eine mit dem US-amerikanischen CNM (Certified Nurse Midwife) vergleichbaren Abschluss gibt es nicht (MacDonald et al. 2005, ACSF 2013). Ein nationales Konsortium hat einen Rahmen für die Kompetenzen der Hebammen in Kanada entwickelt, wo auch die erweiterten Kompetenzen von AP Hebammen beschrieben werden (diese werden aber nicht in allen Provinzen als AP anerkannt). Zur Advanced Practice in der

---

<sup>18</sup> Auf Grossbritannien und Schweden wird hier nicht nochmals eingegangen, vgl. dazu Kapitel 5.

Hebammenarbeit werden u.a. Monitoring von Epiduralanästhesie, Anwendung von Kopfhaut-Elektroden, Vakuum Extraktionen und Nähen von Risswunden dritten Grades gezählt (Smith et al. 2010).

■ Australien: Für Hebammen in Australien gibt es zwei verschiedene Titel: «direct-entry» Hebamme (nach einer 3-jährigen BSc-Ausbildung) oder «RN midwife», d.h. Pflegefachpersonen mit einer Zusatzausbildung für den Hebammenberuf. Letztere Ausbildung führt jedoch nicht zum AP Titel. Erst mit kontinuierlicher Berufserfahrung und Weiterbildung werden die Kompetenzen der Advanced Practice erlangt. Es gibt daneben auch die Möglichkeit, Spezialist/in zu werden und in einem spezifischen Bereich zu praktizieren (QNC 2005). In diesem Zusammenhang diskutieren Smith et al. (2010) die Notwendigkeit, in der Hebammenarbeit die Ausübungsrechte von «direct-entry» und RN-Hebammen zu unterscheiden, was auch die Einführung einer AP-Stufe erlauben würde. Zwar hat das Gesundheitsministerium Prinzipien zur Erweiterung der Rollen in der Advanced Practice der Hebammenarbeit und der Pflege formuliert (QNC 2005), aber vorerst ist die Entwicklung der Advanced Practice und die Unterscheidung der Ausübungsrechte aufgrund der noch nicht angepassten Ausbildung und der verschiedenen Geburtshilfe-Modelle beschränkt (Smith et al. 2010, Masterson 2010).

■ USA: In den USA existieren zwei Typen von Hebammen: «direct-entry» Hebammen und «certified nurse-midwives» (CNM). Erstere haben eine «reine» Hebammenausbildung gemacht, über eine Lehre oder einen Abschluss an akkreditierten Schulen. Die CNM haben eine Grundausbildung in Pflege und spezialisieren sich entweder in einem akkreditierten Ausbildungsprogramm oder mit einem Master in Midwifery auf Hebammenarbeit (letzteres ist weitaus häufiger, ca. 70% der CNM haben einen Masterabschluss, vgl. MacDonald et al. 2005). Die Spezialisierung als CNM ist also eine Erweiterung der beruflichen Rolle von Pflegefachpersonen und entspricht daher einer Advanced Practice Rolle im Bereich der Pflege und kann nicht verglichen werden mit einer rein auf Hebammenarbeit fokussierten Ausbildung mit BSc und Masterstufe, die für eine APM verlangt wird. Ausserdem ist der Titel CNM nicht an eine Masterausbildung gekoppelt. Daher können CNM nicht als Advanced Practice Hebammen betrachtet werden. Weil einige CNM in den USA jedoch auch ein Doktorat haben (5%), könnten diese Funktionen als AP übernehmen.

Nur ein kleiner Teil der Hebammen in den USA machen eine «direct-entry» Ausbildung. Die Mehrheit sind CNM und arbeiten in Spitälern, Geburtszentren und in ambulanten Praxen. 95% aller Geburten werden von CNM-Hebammen betreut, während die meisten Hausgeburten von «direct-entry»-Hebammen begleitet werden. Es besteht demnach in den USA eine klare Verbindung zwischen der Art der Ausbildung der Hebammen und den Funktionen, die sie ausüben (MacDonald et al. 2005).

In den folgenden Abschnitten wurden Studien über CNM einbezogen, auch wenn CNM eher als ANP und nicht als AMP zu betrachten sind. In diesen Studien wird die von CNM geleistete Versorgung mit der von «direct-entry»-Hebammen oder von Ärztinnen und Ärzten verglichen.

■ In vielen europäischen Ländern (z.B. Schweiz, Frankreich, Deutschland, Dänemark, Belgien) gibt es «direct-entry»-Ausbildungen, d.h. Hebammen machen eine berufsqualifizierende Diplom- oder Bachelorausbildung und müssen nicht vorgängig eine Pflegeausbildung absolvieren (dieser Weg ist jedoch ebenfalls möglich). In Neuseeland wird erst seit einigen Jahren eine «direct-entry»-Bachelorausbildung angeboten (MacDonald et al. 2005). In Deutschland waren Master-Hebammen massgeblich beteiligt an der Entwicklung neuer hebammengeleiteter Versorgungskonzepte. Seit 2003 wurden mittlerweile 14 Hebammenkreissäle etabliert, die Frauen die Möglichkeit bieten, auch in Kliniken während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett von Hebammen betreut zu werden. Die Hebammen leiten selbständig und eigenverantwortlich die Geburten; bei Komplikationen werden Ärzt/innen des (räumlich nicht getrennten) herkömmlichen Kreissaals beigezogen (vgl. Bauer et al. 2010).

## 6.2.2 Einsatzbereiche

### Behandlung von Frauen während Schwangerschaft und Geburt

- Das Department of Health and Children Ireland (DOHC 2011) beschreibt Rollen von Advanced Practice Hebammen (AMP) in Irland. Die Ausbildung besteht aus Workshops und Weiterbildungen an den Spitälern. Ein Einsatzbereich von AMP liegt in der Durchführung von detaillierten Untersuchungen der Neugeborenen in der Gebärabteilung, was sonst üblicherweise von Kinderärzt/innen gemacht wird. Die Untersuchungen können dadurch nach einem flexibleren Zeitplan erfolgen, und die AP Hebammen haben die Möglichkeit, rasch Massnahmen zu treffen (z.B. die Anordnung von weiteren Diagnosen, Referierung an Spezialisten etc.), wenn Komplikationen auftreten. Die Ausbildung für diesen AP-Bereich besteht aus Weiterbildungskursen, Supervision und begleiteten Praktika. Weitere Aufgabenbereiche von AP Hebammen sind z.B. Dammrisse nähen, CTG-Interpretation, Förderung der normalen Geburt mithilfe alternativer Gebärpositionen, Blutgasanalyse, Betreuung von Frauen mit Genitalverstümmelung.
- Als Folge einer erhöhten Geburtenrate in Australien haben die Geburtskliniken zunehmend Kapazitätsprobleme. Um die Dauer der Wartezeiten bei Konsultationen zu verringern, prüften Haxton et al. (2009) [Q] eine Massnahme, wo «Advanced Practice»-Hebammen – wobei die Autoren keine präzise Definition angeben – die Erstbehandlung von Schwangeren übernehmen, die unter verschiedenen Schwangerschaftsbeschwerden leiden (u.a. Erbrechen, Bauchschmerzen, Dehydration, Durchfall etc.) und sich für eine Konsultation ins Krankenhaus begeben. Diese Hebammen übernehmen die Arbeit von Ärzten – Diagnose stellen, weitere Tests in Auftrag geben, unabhängige Entscheidungen treffen – , wozu ein hohes Niveau an Erfahrung und Expertise gefragt ist. Die Massnahme vermochte den Druck auf die Gebärabteilungen zu vermindern (verkürzte Wartezeit), und die AP Hebammen ermöglichten eine bessere Versorgung als die regulären Hebammen, denen sie eine hilfreiche Unterstützung bieten konnten.
- Cragin und Kennedy (2006) [CT] vergleichen die perinatale Versorgung von Frauen mit geringem Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durch CNM Hebammen («Certified Nurse-Midwives») und Ärzt/innen auf einer grossen Geburtsstation in einem Spital in den USA. Die Autoren zeigen, dass die CNM mit weniger Technologie, minimaler Intervention und unter Berücksichtigung des sozialen und medizinischen Zustands der Frau zu den gleichen perinatalen Ergebnissen kommen wie die Ärzt/innen, d.h. den CNM werden letztlich optimalere Behandlungsverfahren attestiert.
- In einer Literaturübersicht vergleichen Johantgen et al. (2012) die Effektivität der von CNM Hebammen und von Ärzt/innen geleisteten Versorgung in den USA. In den zwischen 1990 und 2008 in den USA publizierten Studien lässt sich ein Unterschied zwischen Ärzt/innen und CNM hinsichtlich des Versorgungsverfahrens feststellen: Die Hebammen verlassen sich während der Wehen und der Geburt weniger auf Technologie (wie z.B. Epiduralanästhesie), erzielen aber gleiche oder bessere Ergebnisse. Die CNM greifen weniger auf Massnahmen wie Geburtseinleitung, Kaiserschnitt, Zange, Vakuum und Dammschnitte zurück. Diese Ergebnisse sind jedoch einem Selection Bias zuzuschreiben, denn Frauen, die «operative Geburten» brauchen, werden eher von Ärzt/innen betreut, während Frauen, die sich weniger Eingriffe wünschen, von einer CNM betreut werden. Kein Unterschied wurde bei den Neugeborenen festgestellt (z.B. niedriger Apgar-Score, niedriges Geburtsgewicht, Eintritt in neonatale Intensivstation). Perineale Verletzungen dritten oder vierten Grades waren selten. Frauen, die von CNM betreut wurden, haben häufiger gestillt.
- Watson et al. (2002) [Q] haben in Gesprächen mit Hebammen und schwangeren Frauen in Australien den Einsatz von AP Hebammen in zwei Institutionen im Akutbereich analysiert. Sie stellten fest,

dass das AP Modell ein hohes Niveau an kontinuierlicher Betreuung ermöglicht. Die AP Hebammen haben mehr Autonomie und Verantwortung am Arbeitsplatz und eine höhere Zufriedenheit.

### **Behandlung von Frauen mit einer Risikoschwangerschaft und Geburtskomplikationen**

- In einer Literaturübersicht von Irwin (2010) wird die Rolle von spezialisierten Hebammen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit Diabetes in Grossbritannien untersucht. Solche Schwangerschaften bergen hohe Risiken und brauchen deshalb die Versorgung von einem interdisziplinären Team mit einer auf Diabetes spezialisierten Hebamme. 77% der Geburtsabteilungen in Grossbritannien (ohne Nordirland und Schottland) haben Diabetes-Spezialist/innen. Die heutige Versorgungssituation für Diabetikerinnen wurde als unterschiedlich und fragmentiert beschrieben. Durch die steigende Anzahl von Frauen mit Diabetes besteht ein erhöhter Bedarf an spezialisierten Hebammen, aber auch Massnahmen in den Bereichen Infrastruktur, Richtlinien und Finanzierung müssten getroffen werden.
- CNM Hebammen in den USA übernehmen teilweise auch ärztliche Aufgaben, z.B. als Operationsassistent/innen bei Kaiserschnitten (Moes et al. 2001). Diese Praxis wurde 1998 vom American College of Nurse-Midwives als Advanced Practice eingestuft, denn dazu sind erweiterte Kompetenzen nötig. Die Assistenzfunktion wird von den Ärzt/innen geschätzt. Zudem lassen sich Kosten sparen, und die Zufriedenheit der Gebärenden ist höher, wenn die Hebamme zum Operationsteam gehört.
- Die pränatale Versorgung von Frauen mit intrauteriner Wachstumsretardierung durch CNM Hebammen bzw. Gynäkolog/innen in den USA wurde von Heins et al. (1990) [RCT] verglichen. Schwangere mit diesem Risikoprofil wurden zufällig einer CNM Hebamme oder einer Gynäkologin zugewiesen. Die CNM haben den Frauen besondere Unterstützungsmassnahmen geboten, u.a. Aufklärung zur Erkennung von Frühgeburtswehen, Stress-Reduktion durch soziale Unterstützung, Ernährungsberatung mit Schwerpunkt auf Gewichtszunahme und Beratung bei Drogenmissbrauch. Es gab aber keine signifikanten Unterschiede im Anteil an niedrigen Geburtsgewichten zwischen Frauen, die von CNM betreut wurden und solchen, die von Gynäkolog/innen versorgt wurden.

### **Einsätze bei vaginal-operativen Geburten**

- Alexander et al. (2002) [Q] analysieren in einer Befragung von britischen Hebammen, wie sich eine spezielle Weiterbildung für Vakuum-Extraktionen auf die Praxis auswirkt. Für diese Hebammen, die schon eine lange Erfahrung hatten (etwa 18 Jahre) und z.T. auch als Beraterinnen arbeiteten, hat die Ausbildung ihr Vertrauen in ihre Fähigkeiten erhöht, insbesondere bei der Bestimmung der Lage des Kindes. Durch die Anwendung der Saugglocke durch die Hebammen konnte vielfach eine Verlegung ins Spital vermieden werden.
- Black et al. (2012) [CT] vergleichen die Ergebnisse von operativ-vaginalen Geburten durch 330 spezialisierte Hebammen, 2'210 Ärzt/innen und Assistenzärzt/innen in Grossbritannien. Die Wahrscheinlichkeit für perineale Verletzungen dritten oder vierten Grades war nicht höher, wenn die Geburt durch Hebammen durchgeführt wurde; auch bzgl. Blutverlusts waren keine Unterschiede festzustellen.

### **Führung und Beratung**

- Die Beraterrolle («consultant») wird in Grossbritannien als das höchste Niveau klinischer Praxis betrachtet. Booth et al. (2006) [Q] beschreiben den Karriereschritt von Pflegefachpersonen und Hebammen zu Consultants in Schottland und versuchen, die Merkmale und Implementation dieser Rollen zu eruieren. In einem Fragebogen haben 13 Fachpersonen Auskunft gegeben über ihren Werdegang

und ihre Rolle als Berater/innen. Die Beratertätigkeit beruht auf vier Säulen: Expertise in der Praxis, professionelle Führung und Beratung, Ausbildung und Forschung sowie die Entwicklung der Dienstleistungen im Berufsfeld. Die Vorteile der Beraterrolle sehen die befragten Personen in der erhöhten Autonomie dieser Funktion, der Möglichkeit, in der klinischen Praxis zu bleiben, d.h. noch Kontakte mit Klientinnen zu behalten, und gleichzeitig die eigenen Fähigkeiten und Expertise weiterzuentwickeln.

■ Die Beraterrolle in Hebammenarbeit, Pflege und anderen Gesundheitsberufen wurde im Jahr 2000 in England zur Verbesserung der Versorgung und der Abläufe und für die Erweiterung klinischer Karrieremöglichkeiten eingeführt. Coster et al. (2006) [Q] haben 419 Berater/innen in einem Fragebogen ihre Tätigkeit einschätzen lassen. 55 bis 71% der Berater/innen schätzten nach einer zweijährigen Beratungstätigkeit die Wirksamkeit ihrer Arbeit als positiv ein: Mitarbeitende konnten besser unterstützt und die Bedürfnisse der Patient/innen besser erfüllt werden, Protokolle und Richtlinien wurden eingeführt und die Patient/innen waren besser informiert. Im Hebammenbereich hatten 48% der Berater/innen den Eindruck, das Niveau der Versorgung zu erhöhen.

■ Lathlean (2007) analysiert in einer Literaturübersicht die Rollen von Dozent/innen (lecturer practitioner), Hebammen-Berater/innen (consultant midwife) und Pflegeberater/innen (nurse consultant) in Grossbritannien. Diese Berufe waren eingeführt worden, um Mängeln im Gesundheitssystem zu begegnen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Auf dieser Stufe der Advanced Practice fehle es an klar festgelegten Aufgabenprofilen, und in der Praxis bestehen oft Unsicherheiten über Funktion und Aufgabengebiet, was die Akzeptanz unter Berufskolleg/innen erschwere. Nötig wäre deshalb eine klarere Unterstützung der neuen Rollen durch die Vorgesetzten (z.B. Spitaldirektion). Die als Consultant oder «lecturer practitioner» tätigen Fachpersonen bezeichneten es zudem als grosse Herausforderung, alle Aspekte ihres Tätigkeitsprofils – Lehr- und Beratertätigkeit, Forschung, klinische Tätigkeit – im Berufsalltag unterzubringen.

■ In Irland hat der NCMN zwar verschiedene Karrierestufen für AP Hebammen und Pflegefachpersonen entwickelt, die Beratungs- und Führungsfunktionen sind jedoch nicht immer klar definiert. Vor diesem Hintergrund versuchen Elliott et al. (2012) [Q] den Unterschied zwischen einer klinischen und einer professionellen Führung herauszuarbeiten. In der Fallstudie identifizieren sie sieben Schlüssel-Aktivitäten der klinischen Führung und drei der professionellen Führung. Klinische Führung wurde als «Aktivitäten, die die Entwicklung der Praxis innerhalb der Dienstleistung unterstützen» definiert, während professionelle Führung als «Aktivitäten, die die Entwicklung der Praxis ausserhalb der Dienstleistung unterstützen, auf nationaler oder internationaler Ebene» beschrieben wurde. Die professionelle Führung sei jedoch noch nicht so weit entwickelt wie die klinische.

### 6.2.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zu Advanced Practice in der Hebammenarbeit können wie folgt zusammengefasst werden:

■ In der Literatur ist der verbreitete Einsatz von Advanced Practice Hebammen in Kanada, Irland, Australien und Grossbritannien dokumentiert. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es nicht auch in anderen Ländern Advanced Practice gibt.

■ Die Ausbildungswege für Hebammen verlaufen in verschiedenen englischsprachigen Ländern bereits auf mehreren Stufen (direktes berufsqualifizierendes Bachelorstudium, weiterführendes Masterstudium, Masterstudium für Pflegefachpersonen), was sich z.T. auch in der Berufsausübungspraxis auswirkt. Für die Qualifizierung der AP Hebammen ist neben dem Masterabschluss auch die klinische Weiterbildung und die Erfahrung in der Praxis zentral.

- AP Hebammen können in gewissen Bereichen ärztliche Aufgaben übernehmen (z.B. Untersuchung von Neugeborenen, Erstbehandlung von Schwangeren in der Notfallaufnahme, Operationsassistent/innen bei Kaiserschnitten) und damit zu reduzierten Wartezeiten beitragen. Von APM Hebammen geleitete vaginal-operative Geburten unterscheiden sich bezüglich Behandlungsergebnisse nicht von ärztlich geleiteten Geburten.
- CNM Hebammen «verlassen» sich weniger auf Technologie als Ärzt/innen und erreichen damit die gleichen oder bessere Behandlungsergebnisse.
- Beratertätigkeiten (gegenüber Klient/innen und Berufskolleg/innen) sind ein wichtiger Bestandteil des Berufsprofils von AP Hebammen. Ein hohes Niveau an kontinuierlicher Betreuung, Vermittlung von Selbstpflegekompetenzen und Vermeidung von Komplikationen werden den AP Hebammen attestiert.
- Wie bei der Ergotherapie ist anzumerken, dass viele Studien qualitativ oder als Literaturübersicht angelegt sind, weshalb die Aussagen zur Effektivität der AP-Rollen vorsichtig interpretiert werden sollten.

## 7 Ergebnisse aus den Expert/innengesprächen

Nachfolgend werden die Resultate aus den Gesprächen dargestellt, die mit je einer Berufsvertreterin und zwei Exponentinnen aus der Gesundheitspolitik (Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsdirektorenkonferenz) geführt wurden. Im Zentrum standen die Einschätzungen der Expertinnen zur Übertragbarkeit des AP Konzepts auf die Schweiz hinsichtlich Einsatzbereiche und Berufsausübungsrechte, sowie Fragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zur Regulierung der AP.

### 7.1 Vertreterin der Ergotherapie

#### 7.1.1 Mögliche Entwicklung der Advanced Practice Ergotherapie in der Schweiz

Die Expertin sieht die Chancen für die Einführung von Advanced Practice Berufsrollen<sup>19</sup> in der Ergotherapie vor allem im Bereich der neuen Versorgungsmodelle. Im Kontext der integrierten Versorgung sollte gemeinsam mit AP aus anderen Gesundheitsberufen ein kompetentes Team an Fachleuten gebildet werden, das erweiterte Rollen wahrnehmen kann. Eine Einzelentwicklung, wie diese in anderen Berufsgruppen bereits beobachtet werden kann, dürfte für die Ergotherapie weniger realistisch sein. Der Berufsverband strebe die Einführung der Advanced Practice an, betont aber, dass die Entwicklung und Klärung der Rolle von AP Ergotherapeut/innen in Absprache mit anderen Berufsgruppen erfolgen muss. Die **interdisziplinäre Koordination** sei wichtig, da mit der Einführung von Advanced Practice keiner Berufsgruppe etwas weggenommen, sondern vielmehr die eigenen Kompetenzen aufgezeigt werden sollten. Zudem sei die Ergotherapie als kleine Berufsgruppe politisch chancenlos, wenn sie alleine vorgehen wolle. Eine gemeinsame Lösung für die Zukunft werde auch im SVBG (Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen) angestrebt, wo allerdings die Physiotherapie nicht vertreten sei.

Als Einsatzbereich für Advanced Practitioners in Ergotherapie wird die **Fallführung** im Rahmen eines interdisziplinären Teams (Hausarzt, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) genannt. Innerhalb des

<sup>19</sup> Die Definition von Advanced Practice/Extended Scope of Practice wurde in den Interviews nicht thematisiert. Es ist daher möglich, dass sich die Verwendung dieser Begriffe von der in Kap. 3 beschriebenen Begrifflichkeit unterscheidet.

Berufsverbandes werde diskutiert, ob eine Ausdifferenzierung von AP in Ergotherapie nach einzelnen Fachgebieten (AP in geriatrischer Ergotherapie, AP in pädiatrischer Ergotherapie etc.) Sinn mache, oder ob man eher eine fachübergreifende Rolle (AP in Alltagsbewältigung) anstreben soll.

Obwohl es in der Schweiz noch keine Definition und Regulierung der AP in Ergotherapie gebe, würden bereits heute Ergotherapeut/innen in **interprofessionellen Netzwerken** mit Ärzt/innen oder Physiotherapeut/innen relativ eng zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit erfolge jedoch auf persönlicher (Vertrauens-)Ebene, indem die Ärzt/innen erkennen, dass sie eine gewisse Verantwortung abgeben können. So bestehe etwa in der Klinik Valens kein hierarchisches Gefälle zwischen Ärzt/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen oder Logopäd/innen; jede Fachperson habe klar definierte Aufgaben und sei eine gleichberechtigte Partnerin im System.

### **7.1.2 Einsatzbereiche und Rollen von AP/ESP Ergotherapie: Übertragbarkeit auf die Schweiz**

Die in der Literaturrecherche beschriebenen Funktionen und Einsatzbereiche von AP- oder ESP Ergotherapeut/innen in Ländern wie den USA, Grossbritannien oder Schweden erachtet die befragte Expertin nicht durchweg als geeignet, um auf die AP Ergotherapie in der Schweiz zu übertragen:

- Ein Medikamentenmanagement durch AP Ergotherapeut/innen sei nicht realistisch und auch nicht sinnvoll. Diese Funktion liege ausserhalb der Grundkompetenzen der Ergotherapie und müsste daher neu aufgebaut werden. Die AP Ergotherapie solle nicht von anderen AP Kompetenzen übernehmen.
- Die Etablierung einer AP in Handtherapie sei eine sinnvolle Idee. Die Ergotherapie könne durch ihre Fachkompetenz in diesem Bereich den anderen Disziplinen gleichgestellt werden. Beispielsweise könnte einer AP im Fachgebiet Hand die gleichen Zugriffsrechte auf Patientenberichte etc. gewährt werden wie einem Chirurgen. Sinnvoll wäre insbesondere auch, dass eine AP in Ergotherapie die Fallführung übernehmen könne und dann den Arzt einsetzen, wo es ihn brauche – nicht umgekehrt.
- Die Erweiterung der Ergotherapie im Bereich psychiatrische Versorgung sei weniger einsichtig. Denkbar sei allenfalls eine erweiterte Rolle für einfachere psychotherapeutische Behandlungen und Begleitung der Patient/innen im Alltag; für komplexere Behandlungen, auch mit Medikamentenabgabe, seien die Ärzt/innen klar kompetenter.
- Für Expert/innen in Dysphagie (Schluckstörungen) sei es sinnvoll, wenn sie etwas mehr Kompetenzen haben, insbesondere was die Speiseleistungen betreffe. Allerdings stelle sich die Frage, ob die Etablierung einer Advanced Practice für eine so kleine Patientengruppe bzw. für derart kleine eingegrenzte Fachgebiete Sinn mache.
- Funktionen in Lehre und Forschung an Hochschulen oder Universitäten würden besser von Personen mit einem Master of Science-Abschluss wahrgenommen als von Advanced Practitioners. Kompetenzen im Bereich Evidence-Based-Practice und Forschung sieht die befragte Expertin nicht primär bei den eher praxisorientierten AP angesiedelt.

### **7.1.3 Zentrale Hindernisse und Herausforderungen für den Einsatz der Advanced Practice Ergotherapie in der Schweiz**

Als zentrale Herausforderungen für den Einsatz der Advanced Practice Ergotherapie in der Schweiz sieht die Expertin einerseits die Regelung des Verhältnisses von regulären und AP Ergotherapeut/innen, andererseits die Abgrenzung von Kompetenzbereichen mit anderen Berufsgruppen, sowie generell die Position der Ergotherapie an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen.

- Zentral ist aus Sicht der Ergotherapie, dass Bachelor-Absolvent/innen weiterhin auch als Selbständige tätig sein können. Die Einführung der AP dürfe nicht dazu führen, dass Funktionen, die bisher mit einem Bachelor ausgeübt werden durften und konnten, in Zukunft nur noch mit Master möglich seien. Für eine AP in Ergotherapie müssten demnach neue Rollen definiert werden. Ausserdem habe man in den letzten Jahren die berufliche Entwicklung darauf fokussiert, selbständig in eigener Praxis tätig zu sein und mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Das Berufsfeld mit den Ergo-Praxen, das auch eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor brachte, befinde sich noch in einer Konsolidierungsphase. Es bestehe die Gefahr, dass die Forcierung eines AP-Berufsbildes als Überforderung gesehen werden könnte und zu wenig Unterstützung bekomme.
- Die Ergotherapie habe mit der Physiotherapie und der Pflege zwei grosse «Gegenspieler», die die Entwicklung bestimmen können und auch in Kompetenzbereiche der anderen Berufsgruppen resp. der Ergotherapie vorstossen würden. Die Möglichkeiten und Kompetenzen der Ergotherapie seien bei den anderen Gesundheitsberufsgruppen und in der Gesellschaft noch zu wenig bekannt. Die «kleine» Ergotherapie laufe Gefahr unterzugehen, und es brauche Kraft, auf sich aufmerksam zu machen. Es sei unschön, dass in der gegenwärtigen Entwicklung grosse Berufsgruppen versuchen würden, möglichst rasch Stücke vom Kuchen für sich abzuschneiden und dabei anderen Berufsgruppen ihre Kompetenzen absprächen. Dieser Kampf um Zuständigkeiten sei aus Sicht des Gemeinwohls kontraproduktiv.
- Eine Schwierigkeit für die Ergotherapie bestehe auch in der Grenzziehung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsystem. Die Ergotherapie als Fachgebiet für die Alltagsbewältigung von Menschen arbeite oft an der Schnittstelle zwischen den beiden Systemen. Derzeit beschäftige sich die Ergotherapie weitgehend mit «kranken Menschen». Sie hätte jedoch viele Kompetenzen für die Arbeit mit «gesunden Menschen», in der Prävention oder dem Einbezug von Angehörigen bei der Bewältigung des Alltags bei Personen mit Beeinträchtigung. Für entsprechende Arbeiten bestehe im Tarifsysteem der Krankenversicherung jedoch keine Entschädigungsmöglichkeit. Hierfür müsste eine Finanzierungs- bzw. Entschädigungsregelung gefunden werden.

#### **7.1.4 Regulierung**

In der Schweiz besteht noch kein gesetzlicher Rahmen für die Regulierung der Advanced Practice im Bereich der Ergotherapie. Die befragte Expertin geht davon aus, dass das neue Gesundheitsberufegesetz eventuell nur bedingt diese Lücke füllen wird, da es vor allem um die Regelung der Bachelorstufe gehe. Die Relevanz dieses Gesetzes für die AP Ergotherapie hänge auch davon ab, wie die Ergotherapie diese Profile definieren wolle. Die Expertin plädiert für einen gesetzlichen Rahmen, der es den einzelnen Berufsgruppen ermöglicht, die erforderlichen Ausbildungskriterien für AP selbst festzulegen (z.B. ein MAS plus eine bestimmte Anzahl Jahre Berufserfahrung oder ein MSc und eine bestimmte Anzahl Jahre Berufserfahrung) und nur sehr allgemein z.B. eine minimale Anzahl erforderlicher Credits vorgibt.

Der Anstoss für die gesetzliche Regulierung müsse von den Bundesämtern kommen, die letztlich den Regelungsbedarf haben. Die Erarbeitung des Gesetzes müsse jedoch gemeinsam mit allen Berufsgruppen erfolgen. Nur so könnten Bestimmungen und Formulierungen gefunden werden, mit denen alle Gesundheitsberufsgruppen einverstanden seien und die nicht nur auf eine grosse Berufsgruppe wie die Pflege abzielten.

Zu einer möglichen Differenzierung von Ausübungsrechten zwischen regulären und AP Ergotherapeutinnen nahm die Expertin wie folgt Stellung:



- Ein **Erstbehandlungsrecht** sei weniger als «Recht» in Abgrenzung gegenüber anderen Disziplinen zu interpretieren als im Sinne eines interdisziplinären Teamansatzes: Diejenige Fachperson, die in einem betroffenen Bereich am meisten Kompetenzen hat, sollte als erstes den Patienten oder die Patientin anschauen können. Ebenso sollte diese Fachperson im interdisziplinären Team die Fallführung übernehmen, Verordnungen in eigener Verantwortung ausstellen und Informationen einholen und weitergeben können. Es könnte eine Differenzierung dahingehend stattfinden, dass auch AP in ihrem Fachgebiet Verordnungen von Diagnostik und von Behandlungen ausstellen dürfen.
- Eine **Verschreibung** von Therapien sei im oben gemeinten Sinn vorstellbar. Die Verschreibung von Medikamenten jedoch nicht, dazu seien Ergotherapeut/innen zu wenig ausgebildet.
- Hingegen sei die Einschätzung, wie und inwieweit eine Person mit einer Beeinträchtigung ihren Alltag oder ihr Arbeitsleben noch bewältigen kann, eines der Spezialgebiete der Ergotherapie, und es sei vorstellbar, dass eine AP in Ergotherapie **Arbeitsunfähigkeitszeugnisse** ausstelle oder das noch mögliche Arbeitsvolumen beurteile. Ein Arzt, der einen Patienten vielleicht 20 Minuten in der Praxis sieht, könne solche Grössen kaum beurteilen. Bereits heute würden Ergotherapeut/innen in Zusammenhang mit der Invalidenversicherung resp. der Frühinterventionen als Begleitung eingesetzt.
- **Haftungsfragen** seien kaum problematisch, da die Ergotherapie einerseits kaum in unmittelbar gesundheitsgefährdenden Situationen arbeite (z.B. falsche Medikation), andererseits bestehe bereits heute keine Haftung des verordnenden Arztes, falls eine Ergotherapeut oder eine Ergotherapeutin z.B. eine Hand fehlerhaft behandle.

### 7.1.5 Die Masterausbildung und die AP Ergotherapie in der Schweiz

Die Einschätzung der Expertin stimmt mit den Ergebnissen der Literaturübersicht überein, dass in den meisten Ländern die Berufserfahrung für die AP Ergotherapie ein grösseres Gewicht hat als ein Masterstudium. Die Advanced Practice in Ergotherapie solle nicht an einen Master of Science (MSc) anknüpfen, sondern an einen fachlichen Master bzw. Master of Advanced Studies (MAS) und an die Berufserfahrung. Ein Master of Science sei auf Wissenschaftlichkeit und Forschung (und nicht auf die Arbeit mit Patient/innen) ausgerichtet und habe seine Berechtigung in Feldern wie Evaluation, Entwicklung, Umsetzung von Therapiemethoden und –instrumenten. Für die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team sei jedoch genügend Berufserfahrung am Patienten nötig. Da es heute möglich sei, direkt nach dem Bachelorabschluss ohne zusätzliche Berufserfahrung ein Masterstudium aufzunehmen, sei ein MSc als Kriterium für eine AP Rolle eher ungeeignet.

- Fachleute mit einem MSc seien in grossen Kliniken, in der Ausbildung, Schulung und Forschung wichtig. Sie bringen Evidenz in ein Gebiet. Es gebe in der Schweiz erst wenige Zentren, die ergotherapeutisch forschen (z.B. die Klinik Valens).
- Für eine kleine Praxis mache es wenig Sinn, Ergotherapeut/innen mit MSc anzustellen. Die Lohnkosten dürften höher sein, bei gleichzeitig gleich hohen Taxpunkten wie bei einer BSc-Ergotherapeutin.
- Grundsätzlich sei es jedoch positiv, wenn ein Master of Science in Ergotherapie geschaffen werde. Es brauche Fachpersonen in einem Berufsfeld, die forschen. Aber diese Personen brauche es nicht in den Ergo-Praxen für die direkte Arbeit am Patienten. Im Moment gebe es in der Praxis kaum Tätigkeiten, von denen man das Gefühl habe, dass für ihre Ausführung ein MSc geeigneter wäre als ein BSc. Hingegen dürfte die Praxis von einem MAS mehr profitieren.

## 7.2 Vertreterin der Hebammen

### 7.2.1 Mögliche Entwicklung der Advanced Practice Hebammenarbeit in der Schweiz

Die Entwicklung der Advanced Practice in der Hebammenarbeit (APM) werde oft mit der schon vergleichsweise weit entwickelten Advanced Practice Nursing verglichen. Das Modell der APN zu übernehmen, wäre für die Entwicklung der Advanced Practice Hebammenarbeit jedoch nicht sinnvoll, da die Bedürfnisse dieser zwei Berufe sehr verschieden seien und sie sich insbesondere bezüglich der Unabhängigkeit ihrer Tätigkeit unterscheiden würden. Hebammen könnten im Gegensatz zu Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Verordnung arbeiten, und die Leistungen werden von Krankenkassen übernommen. Aufgrund ihrer verantwortungsvollen Funktion könnten frei praktizierende Hebammen also bereits als Advanced Practitioners betrachtet werden. Für die Anerkennung als AP fehle jedoch das Bewusstsein in der Öffentlichkeit über die Kompetenzen und Fähigkeiten der Hebammen; auch fehle die Vertretung der Berufsgruppe in entsprechenden Entscheidungsgremien.

Folgende Aspekte sollten nach Einschätzung der Expertin bei der Entwicklung der Advanced Practice Hebammenarbeit berücksichtigt werden:

- Die Forderung nach einer Masterausbildung für frei praktizierende Hebammen sei illusorisch, da deren Entlohnung sehr tief sei. Wichtig sei, dass der Master nicht nur das akademische und das forschungsspezifische Wissen fördere, sondern auch die praktischen Kenntnisse weiterentwickle. Gegenwärtig würden Personen mit Masterausbildung vor allem in leitenden Funktionen und im Management eingesetzt.
- Die Substitution von Ärzt/innen – bzw. Geburtshelfern/Gynäkologinnen – durch AP Hebammen wäre möglich. Dazu fehle jedoch der Wille, da die freie Berufsausübung ein hohes Gewicht habe und der Staat daher nur wenig mit Planungsmassnahmen eingreife. Die Übertragung ärztlicher Aufgaben an AP Hebammen wäre möglich, wenn es an Personal mangeln würde, was jedoch bzgl. Geburtshelfer/Gynäkologinnen zumindest in städtischen Regionen nicht der Fall sei.
- Neue Versorgungsmodelle: Teamarbeit zwischen Hebammen und Ärzt/innen – beziehungsweise Geburtshelfer/Gynäkologinnen – gebe es heute nur punktuell. Es wäre sicherlich interessant, Gruppenpraxen zu haben, die eine Betreuung durch Ärzt/innen, Gynäkolog/innen, Kinderärzt/innen und Hebammen anbieten könnten. Zurzeit gebe es in diesem Bereich keine solche Entwicklung. Ein möglicher Grund dafür sei das Bedürfnis der Frauen nach einem persönlichen Vertrauensverhältnis, das im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehe.
- Attraktivität des Berufes: Die Entlohnung der frei praktizierenden Hebammen stagniere seit 20 Jahren, während die Löhne in Spitälern gestiegen seien. Eine Erweiterung der Rolle sei nicht einfach, da es dem Beruf der frei praktizierenden Hebamme (die in gewissem Sinne bereits als AP zu betrachten seien) u.a. aufgrund der unregelmässigen Arbeitszeiten und der Schwierigkeit, eine berufliche Vorsorge (2. Säule) aufzubauen, an Attraktivität fehle.

### 7.2.2 Einsatzbereiche und Rollen von AP Hebammen: Übertragbarkeit auf die Schweiz

Die in der Literaturrecherche beschriebenen Funktionen und Einsatzbereiche von AP Hebammen erachtet die befragte Expertin nicht durchwegs als übertragbar auf ein AP Berufsprofil in Hebammenarbeit in der Schweiz:

- Assistentin bei Kaiserschnitten: Dies gehöre zum Bereich der Pathologie und sei eher eine Rolle von Pflegefachpersonen.
- Innovative Rollen in der Gebärdabteilung, z.B. Dammrissnähen: Hebammen, die eine entsprechende Ausbildung machen, können diese Funktion bereits heute selbständig ausüben.
- Die Versorgung von Schwangeren mit genitalen Verstümmelungen sei Teil einer Spezialisierung und nicht Teil der Advanced Practice.
- Die Versorgung von Schwangeren mit Diabetes könnte als eine besondere Kompetenz von Hebammen entwickelt werden. Es sei aber unklar, ob dies als eine Spezialisierung oder als Advanced Practice betrachtet werden solle. Gegenwärtig sei es so, dass Hebammen schwangere Frauen mit Diabetes entweder in Zusammenarbeit mit einem Arzt/einer Ärztin betreuen, oder aber den Fall vollständig an einen Arzt/einer Ärztin überweisen.
- Pränatale Versorgung von Frauen mit intrauteriner Wachstumsretardierung: Auf ärztliche Verordnung können Hebammen bereits heute die Betreuung solcher Frauen übernehmen. Hebammen mit viel Erfahrung in diesem Bereich sollten diese Funktion eigenverantwortlich und selbständig wahrnehmen können.
- Erstbehandlung von Schwangeren mit Symptomen wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Dehydration: Dies sei bereits Teil der (wenn auch eher peripheren) Aufgaben der Hebammen. Wenn eine Frau bereits 6 Hebammenkonsultationen in Anspruch genommen habe, brauche es für solche Behandlungen eine ärztliche Verordnung. Diese Funktion sei demnach v.a. eine Frage der Entschädigungsregelung, nicht der Fähigkeiten.
- Verordnung von Analysen (Laboruntersuchungen, Ultraschall, Blutuntersuchung, etc.): Heute können die Hebammen bereits eine Reihe von Analysen verordnen. Die Analysenliste des BAG sei aber ziemlich eingeschränkt. Hier könnten Hebammen noch mehr Kompetenzen zugesprochen werden.
- Medikamentenverschreibung: In manchen Kantonen gebe es eine Liste von Medikamenten, die von Hebammen verschrieben werden dürfen. Im Bundesgesetz über therapeutische Produkte sei dies nicht geregelt.
- Leitung einer Abteilung: Die Rolle der Leitenden Hebamme / Koordinatorin des Hebammendienstes existiere bereits.

Die Entwicklung der Rolle von Hebammen sieht die Expertin nicht so sehr in einer Erweiterung der Anzahl der Funktionen, die sie ausüben, als vielmehr in einer grösseren Anzahl Klientinnen, die sie betreuen. Denn zurzeit wüssten nur wenige Frauen, dass die gesamte Schwangerschaft von einer Hebamme begleitet werden könne.

### 7.2.3 Regulierung

Auf der Ebene der KVG könnten sich möglicherweise Änderungen über die Entschädigung von Leistungen ergeben. Bezüglich des Ausstellens von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen – was auf Bundesebene weder explizit erlaubt noch explizit verboten ist und z.B. im Kanton Genf akzeptiert werde – werde jetzt versucht, die Kompetenz der Hebammen zu erweitern. Die Praxis der Hebammen sei durch die Gesundheitsgesetze der Kantone geregelt. Da die meisten Kantone ihre Gesetze in den letzten 10 bis 15 Jahren revidiert hätten, werde wohl nicht erneut eine Revision in Angriff genommen.

Die Ausübungsrechte seien in der Schweiz, unabhängig davon, ob eine Hebamme freiberuflich oder in einem Spital arbeite, die gleichen. De facto könne der Arbeitsort jedoch einen Unterschied machen,

denn während die freiberuflichen Hebammen allein für ihre Arbeit verantwortlich sind, liege die Hauptverantwortung in den meisten Kliniken bei den Ärztinnen und Ärzten.

### **7.3 Vertreterinnen der Gesundheitspolitik**

Zur Kontextualisierung der Einschätzungen der Expertinnen aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) werden die Fragen aus dem Interviewleitfaden jeweils kurz zusammengefasst und den thematischen Abschnitten vorangestellt.

#### **7.3.1 Entwicklung der Advanced Practice von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der Schweiz**

*Die Advanced Practice in nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist in verschiedenen Ländern (z.B. USA, UK) weiter entwickelt als in der Schweiz. Wie schätzen Sie die Möglichkeit der Entwicklung von AP in der Ergotherapie und Hebammenarbeit ein?*

Die Vertreterinnen der Gesundheitspolitik sind überzeugt, dass die nichtärztlichen Gesundheitsberufe zukünftig eine wichtige Rolle übernehmen werden. Beide Expertinnen verweisen auf die Notwendigkeit, nebst der Advanced Practice innovative Versorgungsmodelle und Formen der Zusammenarbeit weiter zu entwickeln.

- Generell wachse im stationären und ambulanten Bereich sowie an deren Schnittstellen die Bedeutung der nicht-universitären Gesundheitsberufe (Hebammenarbeit, Ergotherapie, Pflege, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik). Dabei gehe es vor allem auch um eine Vorbereitung oder Reaktion auf die demografische Entwicklung und die damit verbundenen Probleme.
- Das BAG unterstütze die Entwicklung der Advanced Practice und plane voraussichtlich für das Jahr 2014 eine Gesundheitsberufekonferenz, um unter den betroffenen Berufen die Diskussion aufzunehmen, wie optimaler zusammengearbeitet werden könne. Wichtig sei, dass zuerst ein Diskurs zwischen den Berufsgruppen stattfinde, bevor ein Regulativ von oben komme.
- Die Ergotherapie und die Hebammen würden an dieser Konferenz sicher ebenfalls ein Thema sein. Es fehle jedoch an schweizspezifischen wissenschaftlichen Trägern für die Entwicklung der Hebammenarbeit oder der Ergotherapie – im Ausland erworbene Master seien oft zu wenig auf die Schweizer Verhältnisse zugeschnitten.<sup>20</sup> Aus Sicht des BAG wäre die Einführung eines Masters einer der ersten Schritte, die gemacht werden müssten. Es gehe nicht darum, alle zu akademisieren, aber es brauche auch akademisierte Berufsleute, die den Theorie-Praxis-Transfer gewährleisten, wissenschaftliche Erkenntnisse und Neuentwicklungen in die Praxis einbringen und im Kontext des Gesamtberufsfeldes erweiterte Funktionen übernehmen. In den spezifischen Berufsfeldern brauche es keine ärztliche Forschungsevidenz, sondern vorab eine ergotherapeutische, eine pflegerische oder eine hebammenorientierte Evidenz.
- Gemäss GDK braucht es neben einer Veränderung des bestehenden Gesundheitssystems auch eine Anpassung und Veränderung der Mentalitäten. Das Problem sei, dass man oft ausländische Systeme auf die Schweiz adaptieren wolle – aufgrund der föderalen Strukturen brauche es jedoch ein neues System. Dieses müsse sich durch Teamarbeit, Zusammenarbeit und Interdisziplinarität auszeichnen, um effizient zu sein. Der Ärztemangel werde eine Weiterentwicklung bewirken. Die Advan-

---

<sup>20</sup> Zum Zeitpunkt des Interviews war der MSc in Ergotherapie noch nicht bewilligt.

ced Practice in Ergotherapie, Hebammenarbeit und in den verschiedenen Gesundheitsberufen verspreche qualifizierteres Personal und daher eine bessere Qualität. Deshalb braucht es auf der einen Seite die Entwicklung der AP, auf der anderen Seite eine Entwicklung der integrierten Praxis. Ausserdem sollten sich auch die Versorgungsmodelle dahingehend verändern, dass es vermehrt die Praktiker/innen sind, die zu den Patient/innen gehen. Es brauche die richtigen Praktiker/innen am richtigen Ort.

*Bezüglich Advanced Practice ist der Bereich Pflege in der Schweiz am weitesten fortgeschritten. Sehen Sie Erkenntnisse aus diesem Berufsfeld, die für die generelle Entwicklung der Advanced Practice in nichtärztlichen Gesundheitsberufen genutzt werden könnten?*

Ja, meint die befragte Expertin des BAG. Ersichtlich werde vor allem der Weg, den die Pflege bzw. die ANP zurückgelegt hat: Die Pflegeberufe erkämpften in einem ersten Schritt die Masterstufe. Sie arbeiteten an ihren Profilen, schlossen sich über die Bildungsgrenzen (Universität/Fachhochschule) zusammen, um ihre Interessen besser einzubringen. Man versuche auch gemeinsam zu eruieren, wie viele ANP genau in der Schweiz tätig seien. Ersichtlich sei ausserdem, dass sich die Pflegenden viel im Ausland informierten und eine gute Vernetzung mit ausländischen Verbänden bestehe. Inwieweit dies bei den Hebammen oder der Ergotherapie der Fall sei, sei schwierig abzuschätzen.

### **7.3.2 Substitution von Ärzt/innen und interprofessionelle Zusammenarbeit**

*In verschiedenen Ländern werden Ärztinnen und Ärzte teilweise von Advanced Practitioners (v.a. aus der Pflege, aber auch aus anderen Gesundheitsberufen) substituiert. Unter welchen Bedingungen könnte dies auch in der Schweiz geschehen?*

Aus Sicht der Expertin der GDK ist die Substitution durch Advanced Practitioners problematisch, zumal seitens der Ärzteschaft die Bereitschaft, Aufgaben an andere Berufe abzugeben, kaum vorhanden sein dürfte, und dass daher aus solchen Bestrebungen Konkurrenz- und Konfliktsituationen entstehen könnten. Dagegen wird ein Task-Shifting seitens des BAG als notwendig erachtet, nicht zuletzt aufgrund der kritischen Situation in der Ärzteschaft, besonders in der ambulanten Versorgung. Dieses Task-Shifting könne jedoch nicht «von oben» verordnet werden, sondern müsse mit den Fachleuten, Berufsgruppen etc. angesichts der Entwicklungen in ihren Berufen geklärt und ausgehandelt werden. Eine wesentliche Bedingung sei die Qualität und das Niveau der Ausbildungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

■ Bei den in der Schweiz bereits bestehenden AP Berufsprofilen (Advanced Practice Nurses, die auf Masterstufe ausgebildet werden) sei fraglich, ob diese Ausbildung aktuell ein Qualifikationsniveau erreiche, um wirklich Ärzte substituieren zu können. Allenfalls sei bei APN in bestimmten klinischen Bereichen (Nierenerkrankungen, Pädiatriefragen o.ä.) ein teilweises Task-Shifting zu mehr Verantwortung beim nicht-ärztlichen Personal realisiert.

■ Im Vordergrund müssten Fragen nach den Kompetenzen stehen, die zur Ausübung bestimmter Funktionen verlangt werden. Eine Masterausbildung gewährleiste, dass Berufspersonen den ständigen Prozess von neuen Entwicklungen in einem Berufsfeld in die Praxis überführen können. Das Vorhandensein solcher Berufsleute wiederum sei die Voraussetzung dafür, dass die Berufe gemeinsam mit Blick auf den Versorgungsbedarf klären können, wie sie die Zusammenarbeit gestalten wollen.

*Wie weit ist die Zusammenarbeit in Teams zwischen Ärztinnen und Ärzten und nichtärztlichem Gesundheitspersonal in der Schweiz entwickelt?*

■ Die Frage nach der Zusammenarbeit stelle sich nicht nur zwischen Ärzt/innen und AP-Nichtärzt/innen, sondern betreffe auch weitere Berufe im Gesundheitswesen. Beispielsweise sollte in der gesamten Altersversorgungsdiskussion auch das Zusammenspiel zwischen der Ergotherapie und der FaBe (Fachfrau/Fachmann Betreuung) thematisiert werden. Teamarbeit bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen bedeute nicht, den Blick bzgl. Delegation nur nach oben zu den Ärzt/innen zu richten, sondern auch nach unten. Teamarbeit bedeute, Hierarchien generell zu relativieren und eine aus der Versorgungsaufgabe her abgeleitete Zusammenarbeit anzustreben.

■ Die Ausbildungspraxis sei insgesamt immer noch zu «silohaft» auf einzelne Berufe fixiert. Dabei bestehe eine grosse Chance gerade für die Fachhochschulen darin, auf der Masterstufe verschiedene Gesundheitsberufe mit Blick auf bestimmte Gesundheitsversorgungsprobleme zusammenzuführen. Zum Beispiel könnten anhand von Fallbeispielen optimale Zusammenarbeitsformen entwickelt werden. Erste solche Ansätze (u.a. in der Medical Education) in Richtung Campus-Situation der verschiedenen Gesundheitsberufe seien in den Ausbildungsstätten der Romandie sichtbar, wo man generell eine grössere Bereitschaft spüre als in der Deutschschweiz, nach neuen Modellen zu suchen – auch im Zusammenhang zwischen Fachhochschulen und Universitäten. Die Entwicklung brauche jedoch Zeit, und es müsse mit Informationen und Anreizen gearbeitet werden. Etwas helfen könnte dabei auch die sog. Feminisierung des Ärzteberufs resp. die Tatsache, dass man sich bei den Gesundheitsberufen in einem Feld der Frauenberufe befinde. Bei Frauen könnte das Verständnis für verschiedene Zusammenarbeits- und Organisationsformen (Familie, Vereinbarkeit mit Beruf etc.) grösser sein als bei Männern; nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund eines möglichen Arbeitskräftemangels.

### 7.3.3 Zentrale Hindernisse und Herausforderungen für den Einsatz von Advanced Practitioners in der Schweiz

*Welches sind die zentralen Hindernisse und Herausforderungen für den Einsatz der AP Gesundheitsberufe in der Schweiz – von innerhalb und ausserhalb der Berufsgruppen betrachtet?*

■ **Innerhalb der Berufsgruppen** ist es aus Sicht der Expertin des BAG wichtig, ein gemeinsames Selbstverständnis über alle Bildungsstufen hinweg aufzubauen und Überzeugungsarbeit zu leisten, dass neben dem Selbstbewusstsein als Praktikerin auch Akademikerinnen im Berufsfeld notwendig sind, um den Wissenstransfer voranzutreiben; dies könne nicht eine «Bacheloraufgabe» sein. Es sei auch keine versorgungsfremde Aufgabe, Wissen zu generieren und umzusetzen, Strukturen zu schaffen im stationären oder ambulanten Sektor, damit neue Erkenntnisse angewendet werden können.

Die Fachhochschulen müssten zudem erkennen, dass in ihren Gesundheitsberufen schon auf der Ebene der Ausbildung eine Kultur der Zusammenarbeit entwickelt werden sollte. Man könne nicht nur sagen: «Die Ärzte sollen!», sondern müsse die Prinzipien der Kommunikation, Zusammenarbeit, gemeinsamen Verantwortung, Absprache, des «Shared decision making» fördern.

■ Nach Einschätzung der befragten Expertin der GDK liegen die Herausforderungen bezüglich der Einführung der Advanced Practice innerhalb der Gesundheitsberufe in der mangelnden Definition der professionellen Rollen, der unklaren Trennung der Aufgaben und Kompetenzen entsprechend dem Ausbildungsniveau. Es fehle auch die Identifizierung des Mehrwerts der einzelnen Ausbildungsniveaus und die Entwicklung einer globalen Perspektive der Krankenversicherung. Eine weitere Herausforderung sei der generelle Mangel an Gesundheitspersonal.

■ **Ausserhalb der Berufsgruppen** sind aus Sicht der Expertin der GDK die limitierte Finanzierung, der Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Kostenindikatoren und die Effektivität der Advanced Practice, die fehlende politische Unterstützung und die fehlende Klarheit über die Rolle der

Advanced Practitioners (auch bzgl. Unterschied zwischen MSc- und BSc-Absolvent/innen) die gegenwärtigen Herausforderungen. Die AP könne sich sicher besser entwickeln, wenn sie den Politiker/innen als ein Gewinn an Sicherheit, Zufriedenheit und Qualität für die Patient/innen präsentiert werde, anstatt in Zusammenhang mit der Bekämpfung des Personalmangels oder mit der Kostendämpfung.

- Die Expertin des BAG verweist auf Behinderungen im Bereich der Regulierung und der Finanzierung. Im Bereich Berufsausübungsgesetzgebung existierten derzeit noch viele kantonale Regelungen, was man mit dem Gesundheitsberufegesetz auf Bundesebene zu vereinheitlichen versuche. Bezüglich Finanzierung sehe das heutige «arztlastige» Entschädigungssystem keine Pauschalvergütungen für Teamleistungen vor, wobei man hier die Spielräume, die das KVG lässt, noch besser nutzen könne. Es sei zwar verständlich, dass die neuen Berufe ähnlich wie Ärzte in Einzelleistungsmanier vorgehen wollten, langfristig scheine diese Finanzierungslösung jedoch nicht zielführend zu sein.
- Eine weitere Herausforderung bestehe in der Entwicklung neuer Versorgungsformen, welche Patient/innen und Angehörige integrieren. Eine Einzelberufs-Optik reiche nicht aus – notwendig seien Public-Health-Ansätze, die eine konkrete Versorgungsaufgabe unter Einbezug verschiedener Berufe zu bewältigen versuche.
- Die relativ kleine Anzahl an Masterabsolvent/innen könnte ein Problem bei der Einrichtung von Masterstudiengängen sein. Die Quantität allein solle jedoch nicht der Grund dafür sein, dass man spezialisierte Berufe, die in Zukunft gebraucht werden, bei ihrer fachlichen Weiterentwicklung nicht stütze.

#### **7.3.4 Regulierung Advanced Practice, Zukunftsaussichten**

*Verschiedene Länder (z.B. USA, Irland, Australien) haben gesetzliche Richtlinien für die Advanced Practice festgelegt. Bestehen Ihres Wissens zurzeit in der Schweiz Pläne, um einen solchen Rahmen (Gesetz, Richtlinien), insbes. bzgl. Ergotherapie und Hebammenarbeit zu erstellen? Wer wäre dafür primär verantwortlich?*

- Geplant sei, für die Fachhochschulberufe Gesundheit mit dem Gesundheitsberufegesetz eine normative «kompetenzausgerichtete» Grundlage zu schaffen, die schweizweit gilt. Das Gesetz hält die Erlaubnis zur Berufsausübung gemäss den Abschlusskompetenzen fest, die diese Berufe als allgemeine und berufsspezifische für sich definiert haben. Personen mit Bachelorabschluss werden ihren Beruf eigenverantwortlich ausüben können, mit den gleichen Berufspflichten, unter den gleichen Vorgaben fürs Disziplinarrecht und unter der gleichen Aufsichtspflicht der Kantone gegenüber diesen Berufen. Die Regelungen in den Kantonen werden aufgehoben. Angedacht sei die Weiterführung des Medizinalberuferegisters für sämtliche Abschlüsse. Aufgenommen werden könnte auch eine Weiterbildungspflicht.
- Das BAG und das SBFI haben vom Bundesrat den Auftrag erhalten, unter gemeinsamer Federführung zwischen Gesundheitspolitik und Bildungspolitik dieses Gesetz aufzubauen. Die Steuergruppe besteht aus BAG, SBFI, EDK und GDK. Angestrebt werde ein gesundheitspolitisch gesetztes Regulativ, dass die Versorgungszusammenarbeit ermögliche. Dabei sollen die Kompetenzen der nichtuniversitären Gesundheitsberufe mit denjenigen der universitären Medizinalberufe abgestimmt werden. Gerade allgemeine «abstrakte» Kompetenzen (Zusammenarbeit, Systemkenntnisse, Kommunikation, gemeinsame Verantwortung, gemeinsames ethisches Grundverständnis) bildeten zentrale Punkte für das Funktionieren im System. Hingegen könne der Wissensteil, der sich immer wieder erneuert, im Regulativ nicht genauer festgehalten werden. Die Vernehmlassung des Gesundheitsberufegesetzes sollte noch im Jahr 2013 eröffnet werden.

■ Bezüglich gesetzlicher Regelung der Advanced Practice stellt sich für die Expertin des BAG die Frage, ob im Gesundheitsberufegesetz eine Masterstufe im Sinne einer neuen Berufsausübungsqualität Expertin/Experte vorgesehen werden soll. Man diskutiere, für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe die abstrakte Möglichkeit eines Masters zu schaffen. Die Ausdifferenzierung auf zwei Berufsausübungsstufen über Profile mit klaren Kompetenzen müsse aber in erster Linie von den Fachverbänden erfolgen, und zwar vor der Legiferierung. Für die höhere Qualität der Berufsausübung (Experte, Expertin oder Advanced Practitioner) müsse auf Gesetzesebene eine zweite Berufsausübungsbewilligung definiert werden. Die befragte Expertin des BAG ist klar der Meinung, dass für die Expertenberufsausübung ein Masterabschluss erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund werde ein Abschluss auf Masterstufe auch für die Hebammen oder die Ergotherapeut/innen notwendig sein, um unter diese Regulierung zu fallen. Es sei aber noch unklar, wie die Verbände der Hebammen oder der Ergotherapie zu dieser Idee stehen.

■ Gemäss der befragten Vertreterin der GDK gib es in der Schweiz keine rechtlichen Grundlagen für die Advanced Practice, auch wenn die AP Krankenpflege (etwa 300 Personen) bereits existiert und ausgeübt wird. Die AP sollte also reguliert werden, wofür das BAG und das SBFI verantwortlich sind. In allen Berufen, wo sich eine AP entwickelt, gelte es, die Bewilligungen für die Praxen einzureichen und ein Kontrollsystem zu entwickeln, um die Sicherheit der Betreuung zu gewährleisten. Der Gesetzesvorschlag über die Gesundheitsberufe, welcher unter Vernehmlassung ist und Anfang 2014 besprochen wird, sei möglicherweise ein Schritt in diese Richtung.

*2012 hat der Bund Masterpläne für die Weiterentwicklung der Ausbildungen der (Haus)Ärztenschaft und der Pflegeberufe lanciert, u.a. um einen Mangel an Fachkräften in diesen Berufen zu verhindern. Es zeichnet sich auch in den anderen Gesundheitsberufen eine Mangelsituation ab. Welche gesundheitspolitischen Überlegungen sind bei den Ausbildungen in diesen Gesundheitsberufen, insbes. Ergotherapie und Hebammenarbeit, zurzeit in Diskussion?*

Das BAG sei bestrebt, den Masterplan Hausarztmedizin in einen Masterplan medizinische Grundversorgung, also ein erweitertes Setting, überzuführen. In Zusammenarbeit mit der GDK würden in einer Arbeitsgruppe neue Versorgungsmodelle diskutiert. Neben den Themen Hausarzt und Einbezug der Pflege dürfte als weiterer Schritt die Diskussion über den Einbezug der Pharmazie/Apothekerinnen anstehen. Danach würden auch Fragen des Einbezugs der anderen Gesundheitsberufe betrachtet werden. Das BAG begrüsse die Realisierung einer Gesundheitsberufekonferenz (Bund, Kantone, Berufsverbände, Versicherer, Spitäler), die verschiedene Punkte und Potentiale diskutiert, analysiert und (Pilot-)Projekte entwickelt: neue Zusammenarbeitsformen, Optimierungen, Finanzierungsmodelle, Haftungsmodelle etc.

### **7.3.5 Berufsausübungsrechte**

*In welchem Umfang wären differenzierte Berufsausübungsrechte zwischen der regulären Berufspraxis und der Advanced Practice in der Schweiz möglich, z.B. hinsichtlich Erstbehandlungsrecht, Entschädigungsregelungen, Recht, eine Diagnostik zu verordnen, Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, Haftung/Haftpflicht? Was wären die Vor- und Nachteile einer solchen Differenzierung?*

■ Gemäss der Vertreterin der GDK hätte eine Differenzierung der Ausübungsrechte den Vorteil, Klarheit in die Rollen und in die Kompetenzen der Advanced Practitioners gegenüber den regulären Berufsfachleuten zu bringen. Dies würde auch mehr Transparenz für die Patient/innen bedeuten. Dadurch würden die Kantone (welche die Praxisbewilligungen erteilen) auch eine erhöhte Kontrolle darüber haben, wer kompetent ist im welchen Bereichen.



Eine Differenzierung in allen genannten Bereichen wäre nach Einschätzung des BAG gut möglich – zentral seien letztlich die Kompetenzen, die in der Ausbildung erworben werden. Im Einzelnen:

- Es sei vorstellbar, dass die Advanced Practice einer Berufsgruppe das Recht erhält, bei einer bestehenden Diagnose die Therapie oder die Medikation anzupassen (Cholesterin, Übergewicht, Diabetes). Eine Ergotherapeutin dürfte eher wenig mit Medikamenten zu tun haben. Hier ginge es vielleicht um Fragen von Rollator-Techniken nach Hüftoperationen oder der Diagnostik von Gleichgewichtsproblemen etc.
- Entschädigungsregelungen seien wichtig. Mit dem Einsatz von AP könne jedoch nicht gewartet werden, bis die Finanzierung geklärt ist – dies könne auch in einem zweiten Schritt erfolgen. Idealerweise würde man auch im ambulanten Bereich DRG bzw. Pauschallösungen anstreben, die neben den kurativen auch präventive, rehabilitative und palliative Leistungen miteinbeziehen. Einzelleistungskataloge seien hier wenig zukunftsweisend.
- Die Ausstellung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses, bzw. die Beurteilung, ob ein Krankheitsfall vorliege oder nicht, gehört nach Ansicht der befragten Vertreterin der Gesundheitspolitik grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich eines Arztes, einer Ärztin.
- Die Frage nach der Haftung/Haftpflicht erscheine über die Berufshaftpflicht von Selbständigen lösbar. In ähnlichem Sinne könnten für die Teamarbeit kollektive Haftungsvorstellungen entwickelt werden, beispielsweise über die Rechtsform der AG oder ein ähnliches Haftungssubstrat (Spital, Gesundheitszentrum, Gesundheitsnetz etc.).

## 8 Schlussbemerkungen

Die Studienergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die **Advanced Practice** beschreibt grundsätzlich eine Praxis entlang eines Kontinuums, in welchem Praktiker/innen ihre professionellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen auf hohem Niveau entwickeln. In Ergotherapie und Hebammenarbeit gibt es zurzeit keine international akzeptierte Definition. Die beruflichen Rollen und Einsatzbereiche sowie die Voraussetzungen bezüglich Ausbildung und Kompetenzen sind je nach Land verschieden.

Advanced Practitioners in der **Ergotherapie** sind Berufsleute mit erweiterter Erfahrung und Expertise, welche die gelernten Techniken in der Praxis erweitern und ergänzen. Voraussetzung dafür ist eine Weiterbildung und die vertiefte Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken in der Praxis. Generell ist jedoch der Extended Scope of Practice in der Ergotherapie wichtiger als die Advanced Practice. ESP Ergotherapie ist eine Berufsausübung, die über die traditionellen beruflichen Grenzen hinausgeht und Fähigkeiten erfordert, die ausserhalb der Kernkompetenzen von Ergotherapeut/innen angesiedelt sind und nicht zur qualifizierenden Berufsausbildung gehören. Für ESP Ergotherapie braucht es nicht einen Mastertitel, sondern praktische klinische Ausbildungen.

Advanced Practice **Hebammen** sind Berufsleute mit hohen klinischen Fähigkeiten und hohen Kompetenzen für die autonome Entscheidungsfindung. In Grossbritannien brauchen AP Hebammen einen Masterabschluss sowie eine praktische klinische Weiterbildung; in Irland einen Mastertitel sowie mindestens sieben Jahre Berufserfahrung und einen spezifischen Kompetenznachweis. In Irland sind AP Hebammen (oder AMP, Advanced Midwife Practitioner) u.a. in der Betreuung von Frauen mit besonderen Bedürfnissen in der Geburtshilfe oder als leitende Hebammen tätig, und sie tragen bei zur Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis.

In **Grossbritannien** ist die AP/ESP bereits weit entwickelt. Es ist aber anzumerken, dass es einen Unterschied gibt zwischen der Literatur bzw. Akademie, wo viel über Advanced Practice und Extended Scope of Practice diskutiert wird, und der Berufsausübung in der Praxis, wo diese Begriffe (noch) kaum eine Rolle spielen (dies zeigt sich z.B. bei Stellenausschreibungen). Dennoch gibt es in der Praxis viele Funktionen, die als Advanced Practice oder Extended Scope of Practice betrachtet werden können, z.B. Ergotherapeut/innen mit einem Master, die als Ergotherapie-Leiter/innen, registrierte Spezialist/innen, Ergotherapie-Berater/innen («consultant») oder Professor/innen an der Universität arbeiten. AP Hebammen werden z.B. bei der Versorgung von Schwangeren mit Diabetes, bei operativ-vaginalen Geburten und bei der Verwendung von Saugglocken eingesetzt. Die Regulierung der AP/ESP Ergotherapie und Hebammenarbeit ist in Grossbritannien noch nicht erfolgt, aber es wird daran gearbeitet.

In **Schweden** wurden nur wenige Informationen über die AP gefunden, da das Konzept in der Praxis nicht sehr verbreitet zu sein scheint. In der Ergotherapie wurde das Berufsbild eher über Spezialisierungen weiterentwickelt als in Richtung Advanced Practice oder Extended Scope of Practice. In der Hebammenarbeit wird nicht von Advanced Practice gesprochen, obwohl die Geburtshilfe in physiologischen Situationen meist hebammengeleitet ist, weshalb sie z.T. auch als AP eingestuft werden könnte.

**Irland** hat seit 1999 die Entwicklung der Advanced Practice in der Hebammenarbeit gefördert. Für den AP-Titel werden eine Masterausbildung und 1'000 Stunden überwachter klinischer Praxis verlangt. Die erste Advanced Practice Hebamme wurde im Jahr 2007 eingesetzt.

Die **Literaturübersicht** in Kapitel 6 dokumentiert den Einsatz von AP/ESP Ergotherapeut/innen und Hebammen in verschiedenen Bereichen – vor allem in Grossbritannien, in den USA, Irland und Australien, was jedoch nicht bedeutet, dass es nicht auch in anderen Ländern Advanced Practice gibt. Die Studienergebnisse bzgl. Effektivität und Effizienz von Advanced Practitioners sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da es nur wenige RCT-Studien («randomized controlled trials») gibt und es generell noch wenig Forschung gibt zur Wirksamkeit des Einsatzes von AP/ESP Ergotherapeut/innen und Hebammen hinsichtlich Behandlungsergebnis.

Die Literaturlauswertung hat für den Bereich **Ergotherapie** folgende Resultate ergeben:

- In der Handtherapie könnten ESP Ergotherapeut/innen mit erweiterten Kompetenzen und Fähigkeiten einen Arzt als erste Ansprechperson ersetzen. Sie haben die Fähigkeit zur klinischen und diagnostischen Entscheidungsfindung und können zur Verringerung der Wartelisten beitragen.
- In der Versorgung von Menschen mit Arthritis konnte gezeigt werden, dass ESP Ergotherapeut/innen eine verbesserte Betreuung von Patient/innen mit komplexen Krankheiten oder undifferenzierter Arthritis leisten können.
- ESP Ergotherapeut/innen können in neonatalen Intensivstationen zur optimalen Betreuung von Babys beitragen und Funktionen bei der Zusammenarbeit mit den Angehörigen übernehmen. In der Pädiatrie waren AP Ergotherapeut/innen in wichtigen Bereichen kompetenter und sicherer als reguläre Ergotherapeut/innen.

Die Literaturlauswertung hat für den Bereich **Hebammenarbeit** gezeigt, dass AP Hebammen zu einer besseren Versorgung beitragen können (bzgl. Unterstützung der Klient/innen, höherer Anteil an Geburten ohne akute Komplikationen). Sie ermöglichen ein höheres Niveau an kontinuierlicher Betreuung, reduzieren Wartezeiten, arbeiten enger mit den (werdenden) Eltern zusammen und erfüllen auch gegenüber regulären Berufskolleg/innen wichtige Unterstützungsfunktionen.

In der **Schweiz** ist die Advanced Practice Ergotherapie und Hebammenarbeit noch vergleichsweise wenig entwickelt. Die im Rahmen der Studie befragten Expertinnen aus der Gesundheitspolitik sehen aber eine wichtige Rolle für die Ergotherapie und die Hebammenarbeit in der Zukunft; nicht nur durch die AP, sondern auch durch die integrierten Versorgungsmodelle. Laut der Expertin für Ergotherapie hätte die Entwicklung der AP in der Ergotherapie im Kontext der integrierten Versorgung eine reelle Chance. Die Expertin im Hebammenbereich sieht frei praktizierende Hebammen bereits heute aufgrund ihrer verantwortungsvollen Funktion als Advanced Practitioners. Es fehle jedoch das Bewusstsein der Öffentlichkeit für deren Kompetenzen und Fähigkeiten, und der Beruf müsse in Entscheidungsgremien besser vertreten werden.

Nach Einschätzung der befragten Expertin der Ergotherapie wären auch in der Schweiz Einsätze von AP Ergotherapeut/innen zum Beispiel in den Bereichen Handtherapie oder bei Schluckstörungen (Expert/innen in Dysphagie) denkbar. Funktionen in Lehre und Forschung werden von ihr hingegen nicht als Aufgaben von Advanced Practitioners gesehen. Innovative Rollen in der Hebammenarbeit, z.B. in der Gebärabteilung (Dammrissnähen), in der pränatalen Versorgung von Frauen mit intrauteriner Wachstumsretardierung, in der Erstbehandlung von Schwangeren mit bestimmten Beschwerden (Übelkeit, Dehydration etc.) oder in der Verordnung von Analysen sind bereits heute Funktionen von frei praktizierenden Hebammen. Die Versorgung von Schwangeren mit genitalen Verstümmelungen kann von spezialisierten Hebammen übernommen werden; die Betreuung von Schwangeren mit Diabetes könnte entweder eine Spezialisierung oder eine AP-Aufgabe werden. Die Expertinnen aus der Gesundheitspolitik sehen die Anpassung der Therapie oder der Medikation bei einer bestehenden Diagnose (Übergewicht, Diabetes) als mögliche Rollenerweiterung von Advanced Practitioners.

Die Rollen und Kompetenzen von Advanced Practitioners in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen sind in der Schweiz noch nicht festgelegt. Deshalb ist auch noch nicht klar, welche Voraussetzungen nötig sind, um als Advanced Practice Ergotherapeut/in oder Hebamme zu arbeiten. Es besteht noch keine Einigkeit darüber, ob ein künftiger AP-Titel für Ergotherapie und Hebammenarbeit an einen Masterabschluss gebunden sein soll. Die Schweiz beteiligt sich an den europäischen Masterstudiengängen in Ergotherapie / Hebammenarbeit, aber die Studiengebühren sind sehr hoch. Die befragten Expertinnen der Gesundheitspolitik sehen denn die Entwicklung eines «schweizerischen» Masters als wichtigen Schritt für die Entwicklung der AP und um den Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten. Anzumerken ist, dass das WBF im Juni 2013 den Masterstudiengang in Ergotherapie, an dem sich die ZHAW in Kooperation mit anderen europäischen Hochschulen beteiligt, anerkannt hat. Schweizer Studierende können nun zu regulären Studiengebühren am Masterprogramm teilnehmen. Die Ergotherapie-Expertin bevorzugt als Voraussetzung für AP anstelle eines MSc einen fachlichen Master (MAS) in Kombination mit Berufserfahrung. Angesichts der tiefen Löhne von frei praktizierenden Hebammen erachtet es die befragte Vertreterin der Hebammen zurzeit als wenig sinnvoll, einen Master als Voraussetzung für einen AP Titel zu verlangen.

Für die Einführung der Advanced Practice in der Schweiz müssten neben den spezifischen Voraussetzungen bezüglich Kompetenzen und Ausbildungsniveau auch die professionellen Rollen definiert werden. Es fehlt derzeit noch an einer klaren Trennung der Aufgaben und Kompetenzen entsprechend dem Ausbildungsniveau, um eine Differenzierung auf zwei Berufsausübungsstufen vornehmen zu können. Die Profile und Kompetenzen müssen nach Einschätzung der Expertinnen aus der Gesundheitspolitik in erster Linie durch die Fachverbände festgelegt werden – noch vor der Legiferierung. Klärungsbedarf besteht auch noch bezüglich Finanzierungs- und Haftungsmodell. Einigkeit ist noch nicht erzielt.

Die zurzeit laufenden politischen Reformen im Gesundheitswesen betreffen auch die AP Ergotherapie und Hebammenarbeit. Das geplante Gesundheitsberufegesetz würde die Ausbildung und Berufsausübung der Gesundheitsberufe regulieren, d.h. damit hätte die Schweiz eine normative «kompetenz-orientierte» Grundlage – es ist jedoch noch offen, ob darin auch die MSc-Stufe reguliert wird. Eine andere Reform, die die Ergotherapie und Hebammenarbeit zumindest am Rande betrifft, besteht in der WBF-Initiative «Fachkräfte für die Schweiz». Die für 2014 geplante Gesundheitsberufekonferenz, wo auch die Ergotherapie und der Hebammenberuf vertreten sein sollen, wird neue Zusammenarbeitsformen, Finanzierungsmodelle und Haftungsmodelle diskutieren und Projekte entwickeln, nicht zuletzt unter Einbezug der Fachhochschulen. Daraus könnten sich wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der Advanced Practice Berufsbilder von Ergotherapeut/innen und Hebammen in der Schweiz ergeben.

## 9 Literaturverzeichnis

- AANPE Advanced Nursing Practice (2013):  
<http://www.aanpe.org/AdvancedNursing%20Practice/tabid/721/Default.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- ACE Association canadienne des ergothérapeutes (2012): Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012, Association canadienne des ergothérapeutes
- ACSF Association canadienne des sages-femmes (2013): La pratique sage-femme – Formations sage-femme,  
<http://www.canadianmidwives.org/formation-sage-femme.html> (Stand am 15.02.2013)
- Alexander Jo, Tricia Anderson und Suzanne Cunningham (2002): An evaluation by focus group and survey of a course for Midwifery Ventouse Practitioners, *Midwifery*, Vol. 18, 165–172
- An Bord Altranais (2011): Midwifery practice is based on the best available evidence and involves advocacy for the individual woman and her family
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2012): Faktenblatt - Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung
- Baldwin Sheila (2008): The midwifery lecturer practitioner in practice, *Midwives online*
- Bauer, Nicola H., Hermann Pohlabein und Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2010): Hebammenkreissaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse, *Hebammenforum* 10(2010), 838–840
- BBT Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2012): Masterplan Berufsbildung. Strategische Ziele und benötigte Mittel
- Begley C, K. Murphy, A. Higgins, N. Elliott, J. Lalor, F. Sheerin, I. Coyne, C.M. Comiskey, C. Normand, C. Casey, M. Dowling, D. Devane, A. Cooney, F. Farrelly, M. Brennan, P. Meskell und P MacNeela (2010): Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Final Report, National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland, Dublin
- Begley C, N. Elliott, J. Lalor, I. Coyne, A. Higgins, und C.M. Comiskey (2012): Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, under revision
- Begley C.M, C. Oboyle, M. Carroll und D. Devane (2007): Educating advanced midwife practitioners: a collaborative venture, *Journal of Nursing Management*, Vol 15, 574–584
- Black M., E.Mitchell und P.J. Danielian (2012): Operative vaginal deliveries – are midwives safer practitioners? A retrospective cohort study, *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition*, Vol 97, Suppl\_1, A74-A75
- Booth Joanne, Catherine Hutchison, Christine Beech und Karen Robertson (2006): New nursing roles: the experience of Scotland's consultant nurse/midwives, *Journal of Nursing Management*, Vol. 14, 83–89
- Brady Nevin Caroline (2006): Advanced Practice. Thoughts behind the concept, *Win*, Vol. 14, No. 7, 26-27
- Büscher Andreas, Bente Sivertsen und Jean White (2010): Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009; World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Case-Smith Jane (1994): Defining the Specialization of Paediatric Occupational Therapy, *The American journal of Occupational Therapy*, Vol. 48, No. 9, 791-802
- Cassis Ignazio (2012): 12.3619- Task Shifting auch im schweizerischen Gesundheitswesen, eingereicht im Nationalrat am 15.06.2012; Antwort des Bundesrates, 29. August 2012
- CDC Center for Disease Control and Prevention (2013): Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Arthritis, <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/arthritis.htm> (Stand am 29.01.2013)
- Clark GF, W. Avery-Smith, L.S. Wold, P. Anthony und S.E. Holm (2003): Specialized Knowledge and Skills in Eating and Feeding for Occupational Therapy Practice, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 57, No. 6, 661-678
- Cole Julie (2011): Extending the role of the occupational therapist in the promotion of collaborative medication management to facilitate occupation, *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 74, No. 11, 540-542
- Collins K., M. L. Jones, A. McDonnell, S. Read, R. Jones und A. Cameron (2000): Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine?, *Journal of Nursing Management*, Vol. 8, 3–12

- Comans Tracy A., Michele J. Clark, Linda Cartmill, Susan Ash und Lorraine A. Sheppard (2011): How do Allied Health Professionals Evaluate New Models of Care? What Are We Measuring and Why? *Journal for Healthcare Quality*, Vol. 33 No. 4
- Coster Samantha, Sally Redfern, Jenifer Wilson-Barnett, Amanda Evans, Riccardo Peccei und David Guest (2006): Impact of the role of nurse, midwife and health visitor consultant, *Journal of Advanced Nursing* Vol. 55, No. 3, 352–363
- COT College of Occupational Therapists (2011): COT/BAOT Briefings 21: Consultant Occupational Therapist
- COT College of Occupational Therapists (2012): Occupational therapy Career Handbook 2013–2014
- COTEC Council of Occupational Therapists for the European Countries (2011): Summary of the occupational therapy profession in Europe
- Council for Healthcare Regulatory Excellence (2009): Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments
- Cragin Leslie und Holly P. Kennedy (2006): Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Vol. 35, 779-785
- De Geest Sabina, Philip Moons, Betty Callens, Chris Gut, Lyn Lindpaintner und Rebecca Spirig (2008): Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis, *Swiss Medical Weekly*, Vol. 138, 43-44
- DH Department of Health (2008): A High Quality Workforce NHS Next Stage Review
- DH Department of Health (2010): Midwifery 2020: Delivering expectations; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales
- Dickson Patricia und Lorna Bain (2008): Reflections on the Emerging Roles of Advanced Practice Occupational Therapists, *Occupational therapy now*, Vol. 10, No. 4, 21-23
- DOHC Department of Health and Children Ireland (2011): Strategic Framework for Role Expansion of Nurses and Midwives: Promoting Quality Patient Care, Dublin
- EDI Eidgenössisches Departement des Innern, Generalsekretariat (2011): Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik
- Eichenberger zur Bonsen Dorothee (2011): Stellungnahme der Berufskonferenz Hebamme BK-HEB FKG/ KFH und Hebammenexpertinnen (MSc Midwifery an Nursing) zum Entwurf der IG Swiss ANP- Positionspapier Expertengremium vom 18. August 2011
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2012) : Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, 832.112.31 (Stand am 1. September 2012)
- Eklund Mona und Ingalill Rahm Hallberg (2001): Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients, *Occupational Therapy International*, Vol. 8, No. 1, 1-16
- Elliott N., A. Higgins, C. Begley, J. Lalor, F. Sheerin, I. Coyne und K. Murphy (2012): The identification of clinical and professional leadership activities of advanced practitioners: findings from the Specialist Clinical and Advanced Practitioner Evaluation study in Ireland, *Journal of advanced nursing*, under revision
- Ellis Bridget und Paula Kersten (2001): An Exploration of the Developing Role of Hand Therapists as Extended Scope Practitioners, *British Journal of Hand Therapy*, Vol. 6, No. 4, 126-130
- Ellis Bridget und Paula Kersten (2002): The Developing Role of Hand Therapists within the Hand Surgery and Medicine Services: an Exploration of Doctors' Views, *British Journal of Hand Therapy*, Vol. 7, No. 4, 119-123
- Ellis Bridget, Paula Kersten und Andrew Sibley (2005): A Delphi Study of the Role Parameters and Requirements of Extended Scope Practice in Hand Therapy, *British Journal of Hand Therapy*, Vol. 10, No. 3/4, 80-86
- EVD Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (2010): Bericht EVD «Bildung Pflegeberufe», Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT
- EVD Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (2011): Fachkräfte für die Schweiz. Eine Initiative des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements, Bern
- Fehr Jacqueline (2008): 08.3608– Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, eingereicht im Nationalrat am 02.10.2008; Antwort des Bundesrates, 12. Dezember 2008
- Fehr Jacqueline (2011): 11.4019– Versorgungsbericht Gesundheitsberufe, eingereicht im Nationalrat am 30.09.2011; Antwort des Bundesrates, 16. November 2011
- Feusi Emanuel (2011). Shifting into Interprofessionality. Jubiläumsmagazin. 5 Jahre Departement G. Mit Hand und Fuss. Winterthur: ZHAW Gesundheit, S. 34.

- Frost Lenore und Fran Harmeyer (2011): Fact Sheet, Occupational Therapy's Role in Managing Arthritis, American Occupational Therapy Association, Bethesda, USA
- GDK-OdASanté (2009) : Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Bern
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011) : Leitfaden nicht-universitäre Medizinalberufe, Version vom Februar 2011
- Gilmore Lisa G., Joanne H. Morris, Karen Murphy, Karen Grimmer-Somers und Saravana Kumar (2011): Skills escalator in allied health: a time for reflection and refocus, *Journal of Healthcare Leadership*, Vol. 3, 53-58
- Haglund Lena und Christina Lundqvist (2010): The Value of Specialist Training for Occupational Therapists, *Swedish Association of Occupational Therapists*
- Haxton Jennifer und Kathleen Fahy (2009): Reducing length of stay for women who present as outpatients to delivery suite: A clinical practice improvement project, *Women and Birth*, Vol. 22, 119-127
- Heins H.C., N.W. Nance, B.J. McCarthy und C.M. Efid (1990): A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight, *Obstetrical & Gynecology*, Vol. 75, No. 3 Pt 1, 341-5
- HTCC Hand Therapy Certification Commission (2009): Who is a Certified Hand Therapist? <http://www.htcc.org/about/> (Stand am 28.01.2013)
- Humphreys A., S. Johnson, J. Richardson, E. Stenhouse und M. Watkins (2007): A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16, 1792-1808
- Högberg Ulf (2004): The Decline in Maternal Mortality in Sweden: The role of Community Midwifery, *Public Health Then and Now*, *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 8
- ICN International Council of Nurses (2009): Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics, Factsheet, Genf
- Irwin Jo-anne (2010): The future role for a diabetes specialist midwife, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 24, 653–662
- Jaccard Ruedin Héléne, France Weaver, Maik Roth und Marcel Widmer (2009) : Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, *Observatoire Suisse de la santé (OBSAN)*
- Johantgen M., L. Fountain, G. Zangaro, R. Newhouse, J. Stanik-Hutt und K. White (2012): Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008, *Women's Health Issues*, Vol. 22, No. 1, e73–e81
- Karolinska Institutet (2013): Study Programme in Midwifery, <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=19094&l=en> (Stand am 25.03.2013)
- Kateman Hanneke und Kathy Herschderfer (2005): Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study, *International Confederation of Midwives*
- King Gillian, Doreen J. Bartlett, Melissa Currie, Michelle Gilpin, Donna Baxter, Colleen Willoughby, Mary Ann Tucker und Deborah Strachan (2008): Measuring the Expertise of Paediatric Rehabilitation Therapists, *International Journal of Disability, Development and Education*, Vol. 55, No. 1, 5–26
- Koch Roswitha (2012): Nouvelle loi sur les professions de la santé. Réglementer la profession infirmière. *Soins infirmiers* 2/2012, 55
- Künzi Kilian und Patrick Detzel (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, *Obsan Arbeitsdokument* 27, Neuchâtel
- Lathlean Judith (2007): Researching the implementation of pioneering roles in nursing and midwifery Empirical insights about lecturer practitioners, consultant nurses and nurse registrars, *Journal of Research in Nursing*, Vol. 12, No. 1, 29–39
- Ledergerber Cécile, Jacques Mondoux und Beat Sottas (2009) : Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe Abschlussbericht und Anhang I, *Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH*
- Lineker Sydney C., Katie London, Rachel Shupak, Rayfel Schneider, Crystal MacKay und Nirupa Varatharasan (2011): Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice (An Exploratory Study), *Physiotherapy Canada*, Vol. 63, No. 4, 434-42
- LPCH Lucile Packard Children's Hospital at Stanford (2013): The Neonatal Intensive Care Unit (NICU), <http://www.lpch.org/DiseaseHealthInfo/HealthLibrary/hrnewborn/nicuintr.html> (Stand am 28.01.2013)
- Luyben A. und O. Robin (2009): Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie

- Mac Lellan Kathleen (2007): Expanding practice: developments in nursing and midwifery career pathways, *Nursing management*, Vol. 14, No. 3, 28-34
- MacDonald Marjorie, Rita Schreiber und Lyn Davis (2005): Exploring new roles for advanced nursing practice. A discussion paper. Canadian Nurses Association
- Masterson Abigail (2010): Core and developing role of the midwife: Literature Review, Final report to the Midwife Midwifery 2020
- McKenna H., R. Richey, F. Hasson, B. Poulton und M. Sinclair (2008): The managerial and development issues of nurses and midwives in new roles, *Scandinavian Journal of Caring Science*, Vol. 22, 227–235
- McKenna H., R. Richey, S. Keeney S., H. Kenna, F. Hasson, M. Sinclair und B. Poulton (2006): The introduction of innovative nursing and midwifery roles: the perspective of healthcare managers, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 56, No. 5, 553–562
- McKenna H., S.Keeney und F. Hasson (2009): Health care managers's perspectives on new nursing and midwifery roles: perceived impact on patient care and cost effectiveness, *Journal of Nursing Management*, 2009, Vol. 17, 627–635
- McPherson Kathryn, Paula Kersten, Steve George, Val Lattimer, Alice Breton, Bridget Ellis, Dawn Kaur und Geoff Frampton (2006): A systematic review of evidence about extended roles for allied health professionals, *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 11, No. 4, 240-247
- McPherson Kathryn, Paula Kersten, Steve George, Val Lattimer, Bridget Ellis, Alice Breton, Dawn Kaur und Geoff Frampton (2004): Extended Roles for Allied Health Professionals in the NHS
- MedBG Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz) 811.11, vom 23. Juni 2006 (Stand am 1. September 2007)
- Mickel Andrew (2011): Leading from the frontline, *OTnews*, April 2011, 38-39
- Mitchell Robyn und Carolyn A. Unsworth (2005): Clinical Reasoning during Community Health Home Visits: Expert and Novice Differences, *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 68, No. 5, 215-22
- Moes Carolyn B. und Frances Thacher (2001): The midwife as first assistant for caesarean section, *Journal of Midwifery & Women's Health*, Vol. 46, No. 5, 305-312
- Murphy Janet (2012): Evolution of the AMP. Successful midwifery practice requires focused leadership to meet the needs of women at all stages of pregnancy, *WIN*, Vol 20, No 8
- NCCSDO National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (2006): Briefing Paper. Extending the practice of allied health professionals in the NHS, London, UK
- NCNM National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2008): Accreditation of Advanced Nurse Practitioners and Advanced Midwife Practitioners, 2nd Edition, Dublin
- NHS Foundation Trust (2013): Paediatric occupational therapy, [http://www.royalfree.nhs.uk/paed\\_OT.aspx?top\\_nav\\_id=1&tab\\_id=897](http://www.royalfree.nhs.uk/paed_OT.aspx?top_nav_id=1&tab_id=897), am 29. Januar 2013 besucht.
- NHS National Leadership and Innovation Agency for Healthcare (2010): Framework for Advanced Nursing, Midwifery and Allied Health Professional Practice in Wales, Llanharan
- NHS Scotland (2013): Advanced Nursing Practise Toolkit, Specialist and Advanced Practice, <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/specialist-and-advanced-practice.aspx> (Stand am 23.01.2013)
- Ninane F., Daepfen J.-B., Bugnon O., Pécoud A. (2010): Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? *Revue Médicale Suisse*; 6: 2302-5
- NMC Nursing and Midwifery Council (2010): Standards for medicines management
- NMC Nursing and Midwifery Council (2012) [1]: Policy areas, <http://www.nmc-uk.org/About-us/Policy-and-public-affairs/Politics-and-parliament/Policy-areas> (Stand am 15.11.2012)
- NMC Nursing and Midwifery Council (2012) [2]: Role boundaries, <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Regulation-in-practice/Regulation-in-Practice-Topics/Scope-of-practice-/> (Stand am 15.11.2012)
- NMC Nursing and Midwifery Council (2012) [3]: Post registration education and practice, <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Regulation-in-practice/Regulation-in-Practice-Topics/Post-registration-education-and-practice-Prep-/> (Stand am 15.11.2012)
- Ny Pernilla (2007): Swedish Maternal health care in a multiethnic society – including the fathers, Malmö University Health and Society Doctoral Dissertation, Barmorskeförbundet, Malmö
- OECD Organization for Economic Cooperation and Development, OMS World Health Organization (2011): Résumé rapport OECD. Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse



- OFSP Office Fédéral de la Santé Publique (2012) : L'assurance-maladie obligatoire en bref, Vos questions, nos réponses, [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=fr)
- Pollard Katherine (2008): New midwifery students' views of their future role, *Midwives online*
- QNC Queensland Nursing Council (2005): Setting the Standards. Scope of practice – framework for nurses and midwives, Brisbane
- Rassafiani Mehdi (2009): Is length of experience an appropriate criterion to identify level of expertise? *Scandinavian, Journal of Occupational Therapy*, Vol. 16, 247-256
- Roberts Anne E.K. (2002): Advancing Practice through Continuing Professional Education: the Case for Reflection, *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 65, No. 5
- Rose Robyn-Lee und Sara Probert (2009): Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative, *Hand Therapy*, Vol. 14, 95-104.
- Roulin Marie-José (2007): La pratique infirmière avancée en soins intensifs, Congrès SSMI, Interlaken
- Ruston Sally (2008): Extended scope practitioners and clinical specialists: A place in rural health? *Australian Journal of Rural Health* 16, 120-123
- SACO Swedish Confederation of Professional Associations (2013): Occupational Therapist, <http://www.saco.se/en/omstart/Your-professioneducation-in-Sweden/Occupational-therapist/#> (Stand am 25.03.2013)
- Schibli Daniela (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», GDK/BAG, Bern
- Smith Rachel, Nicky Leap und Caroline Homer (2010): Advanced midwifery practice or advancing midwifery practice?, *Women and Birth*, Vol. 23, 117-120
- Socialstyrelsen (2013): Prescribing of licensed midwives, <http://www.socialstyrelsen.se/-ansokaomlegitimationochintyg/forskrivningsratt/barnmorskor> (Stand am 25.03.2013)
- Sookhoo M. und M.S. Butler (1999): An analysis of the concept of advanced midwifery practice, *British Journal of Midwifery*, Vol 7, No 11, 690-693
- SwissANP (2012): Positionspapier Advanced Nursing Practice in der Schweiz, [http://swiss-anp.ch/w/media/Aktuelles/Positionspapier\\_SZ-RS\\_2-4-2012.pdf](http://swiss-anp.ch/w/media/Aktuelles/Positionspapier_SZ-RS_2-4-2012.pdf)
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2010): Specialist Training in Clinical Competence
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2011): Occupational therapy in Sweden and our member association
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2012): Descriptions of professional requirements for occupational therapists, Nacka
- SWOT Swedish Association of Occupational Therapists (2013): Specialist, <http://www.fsa.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Specialistutbildning/> (Stand am 25.03.2013)
- Tanta Kari J. und Shelley Youngblood Langton (2010): NICU Primer for Occupational Therapists: Exploring the Needs of Fragile Infants, the Context in Which They Are Cared For, and the Role of OT in This Specialized Practice Area—Part I of II, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, Vol. 3, No. 2, 179-186
- UNFPA United Nation Population Fond (2011): The state of the world's midwifery 2011, Delivering health, saving lives – Part 1 Midwifery around the world
- Vergara Elsie, Marie Anzalone, Rosemarie Bigsby, Delia Gorga, Elise Holloway, Jan Hunter, Ginny Laadt, und Susan Strzyzewski (2006): Specialized Knowledge and Skills for Occupational Therapy Practice in the Neonatal Intensive Care Unit, 2005 Neonatal Intensive Care Unit Task Force, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 60, No. 6, 659-668
- Watson Jennifer, Bev Turnbull MNurs und Annie Mills (2002): Evaluation of the extended role of the midwife: the voices of midwives, *International Journal of Nursing Practice*; 8: 257–264
- WBF Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (2013): Fachkräfteinitiative - Situationsanalyse und Massnahmenbericht, Bern, 21.05.2013

## 10 Anhang

### Zusammenfassung des Berichts 14 «Briefing 14 – Extended scope practice Occupational therapy» der College of Occupational Therapists/British Association of Occupational Therapists

'Extended scope practice' or 'extended practice' indicates working outside or beyond the recognised elements of occupational therapy practice, using skills and techniques that are:

- not included in the defined core skills of an occupational therapist
- not included in the qualifying professional education curriculum for occupational therapists

This means that an OT may undertake roles which are more usually undertaken by someone from another profession (such as giving injections or medication) or when an experienced therapist uses a technique such as cognitive behavioural therapy or sensory integration for which they have had additional training. Of course very experienced therapists have always developed additional skills or specialized in particular fields of practice – but what is happening now in health and social care is new. The government is actively encouraging allied health practitioners (AHPs) to develop new skills which provide better, more accessible services for service users. Increasingly OTs are working in part of multi-disciplinary teams and are required to work in a more generic way – for instance assessing people's health status which may require taking blood or monitoring blood pressure – not traditional roles for OTs!

These changes have come about largely through changes in health and social care policy in the UK and also with the need to conserve resources in services where funding is limited.

The main drivers for this have been

- A High Quality Workforce: The NHS Next Stage Review recognises that allied health professionals (AHPs) will increasingly work across organisational boundaries and as part of integrated teams. Department of Health (2008)  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_085840](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085840)
- 'High Quality Care for All' acknowledges the unique role of individual professions and also recognizes that roles are changing across the pathway of care. 'Excellent quality of care' is the primary objective and all health and social care professionals need to work together to achieve this. Department of Health (2008)  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_085825](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825)
- Ten Key Roles for AHPs were designed to help AHPs improve service user care in the context of the NHS Plan. 'Ten Key Roles' supports the development of extended scope practice to provide services which focus on the needs of the user and which recognise and utilise competencies which may be shared between professional staff to improve service delivery and quality. Department of Health (2003) [http://www.acprc.org.uk/dmdocuments/10\\_key\\_roles.pdf](http://www.acprc.org.uk/dmdocuments/10_key_roles.pdf)
- 'New ways of working for everyone' sets out proposals for mental health. It aims to 'change the practice of the current workforce; developing extended roles beyond the scope of current professional practice'. Professional staff will work flexibly and undertake training to enhance their skills such as non-medical prescribing and physical health assessment. Department of Health (2007)  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_074490](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074490)

Our concern in all this is to ensure that OTs practice safely and effectively and are aware of their responsibility to ensure that they are trained and competent to undertake the new roles and tasks, and to support and encourage them to do this. There are many examples of extended scope roles for OTs and some of these I have mentioned already. These include:

- The prescription, administration and supply of medicine. This is to allow the prescription and supply of medication by AHPs working in collaboration with a medical practitioner and requires a complex piece of legislation and has not yet been fully implemented for OTs (Physiotherapists and Podiatrists are able to prescribe)
- 'Improving access to psychological therapies' (IAPT) This scheme promotes the training of OTs to deliver cognitive behavioural therapy (CBT) to clients with mental health difficulties. There have always been some OTs trained and skilled in this – but not many. This scheme encourages OTs to undertake further training to take on this new role.
- Acupuncture has been recognised and established as a valid technique to relieve pain (amongst other things) and many OTs are now trained in its use.