

Kurzfassung

Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020

- Ein Grundlagenbericht -

Soins infirmiers en Suisse: perspectives 2020

- une analyse approfondie -

Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN¹

Dr. phil. Peter Rüesch, Psychologe FSP²

René Schaffert, lic. phil., Soziologe, RN²

Dr. Romy Mahrer-Imhof, PhD, RN¹

Dr. rer. medic. André Fringer, RN¹

Carmen Kerker-Specker, BScN, RN¹

¹ Forschung und Entwicklung Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

² Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Kontaktadresse: ZHAW
Dr. L. Imhof
Technikumstrasse 71
Postfach
8401 Winterthur
lorenz.imhof@zhaw.ch

Zitation: Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A., Kerker-Specker, C. (2010). Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht. Winterthur: ZHAW.

Editorial Pierre Théraulaz (deutsch)

Die Diskussionen über das Gesundheitssystem der Schweiz sind geprägt von den aktuellen finanziellen Fragen und den potenziellen zukünftigen Herausforderungen. Stichworte wie die demografische Alterung, der gesteigerte Bedarf an Versorgungsleistungen, die Mengenausweitung beim medizinischen Angebot, der Personalmangel und vor allem die Kostenentwicklung stehen dabei im Zentrum. Verschiedenste Kreise skizzieren je nach Interessenlage unterschiedliche Ansätze zur Bewältigung der gegenwärtigen und vor allem der zukünftigen Probleme. Erste Ansätze, wie die leistungsbezogene Spitalfinanzierung über DRG (Diagnoses Related Groups) oder neue Finanzierungsmodelle für die stationäre Langzeitpflege und die ambulanten Pflegeleistungen stehen vor der Umsetzung. PolitikerInnen, der Bund, die Kantone, die Krankenkassen, Ärzteverbände, Träger von Institutionen oder GesundheitsökonomInnen werben für die aus ihrer jeweiligen Sicht sinnvollsten Lösungen.

Die professionelle Pflege ist das Rückgrat der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Pflegefachpersonen sind die grösste Berufsgruppe und erbringen einen beträchtlichen Anteil an Leistungen. Es ist an der Zeit, dass der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) als wichtigste Vertretung der professionellen Pflege zur zukünftigen Rolle der Pflege im Gesundheitssystem der Schweiz gehört wird. Gut ausgebildete professionelle Pflegefachpersonen können einen entscheidenden Beitrag zur Lösung der zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen der Schweiz leisten.

Die vorliegende Literaturarbeit ist der erste Schritt des SBK-Projektes „Professionelle Pflege Schweiz – Perspektive 2020“. Dieses Projekt setzt sich mit zukünftigen Rollen der Pflegefachpersonen auseinander – mit dem Ziel, die Sicht der Pflegefachpersonen selbst darzustellen. Es ist wissenschaftlich abgestützt und zieht viele verschiedene Akteure und Gruppen innerhalb der Pflege mit ein. Die Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege und die Abteilung Gesundheitswissenschaften der ZHAW erhielten den Auftrag, eine Literaturarbeit zu erstellen. Im Zentrum dieses Auftrages stehen die Beschreibung des zukünftigen Bedarfs an Gesundheits- und Pflegeleistungen, der Trends und Entwicklungen in der Pflege sowie die Skizzierung möglicher Lösungsansätze.

Diese Literaturarbeit ist für den SBK eine wichtige Grundlage für künftige Weichenstellungen und Entscheide. Endlich werden die verschiedenen Fragestellungen und möglichen Lösungsansätze aus Sicht der professionellen Pflege beschrieben. Die Erarbeitung des Dokumentes – über die Disziplinengrenzen und die Sprachgrenzen hinweg – erscheint uns wegweisend dafür, wie zukünftig die Aktivitäten im Gesundheitssystem wirksam und wirtschaftlich gestaltet werden könnten.

Ich bin überzeugt, dass es dem SBK gelingt, mit den hier erarbeiteten Grundlagen ein klares Profil zu zeigen und gegen innen und aussen sinnvoll zu kommunizieren, was professionelle Pflege bewirken kann. Es wird klar aufgezeigt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit professionelle Pflege ihre Wirkung entfalten und sich nachhaltig zum Wohl der Bevölkerung einbringen kann.

Pierre Théraulaz, Präsident SBK

Editorial L. Imhof und P. Rüesch (deutsch)

Die Diskussion rund um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz wirft die Frage auf, welche Aufgaben und Rollen das Pflegefachpersonal übernehmen soll und mit welchen Ressourcen die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen zu einer effizienten und effektiven Versorgung beitragen kann. Um die pflegerische Expertise in diese Diskussion einbringen zu können, wurde der vorliegende Bericht im Auftrag des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen¹ und Pflegefachmänner (SBK) erstellt. Er soll als Grundlagenpapier für zukünftige Diskussionen innerhalb des Verbandes dienen und allen Interessenten die Möglichkeiten professioneller Pflege aufzeigen.

Die Zahl an Publikationen zur Entwicklung des Pflegeberufes hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Negativschlagzeilen zum Pflegenotstand aus fast allen westlichen Ländern haben auch in der Schweiz eine politische Reaktion und eine öffentliche Debatte ausgelöst. Dabei wird oft *über* die Pflegefachleute aber kaum *mit* ihnen selbst gesprochen. Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die aktuelle Diskussion in der Schweiz aus Sicht der Pflege darzustellen. Wir erachten es als notwendig, dass sich Pflegefachleute – zusammen mit Fachleuten aus anderen Fachbereichen – vermehrt in aktuelle gesundheitspolitische Debatten einschalten und hoffen mit unserer Arbeit einen ersten Schritt in diese Richtung unternommen zu haben.

Die Frage nach den Entwicklungstendenzen der Pflege geht davon aus, dass diese Entwicklung vorhersagbar und vielleicht auch zu einem guten Teil planbar ist. Tausende von Publikationen versuchen international die Elemente einer solchen Planung darzustellen. Rund 260 dieser Arbeiten wurden für den vorliegenden Bericht verwendet. Die Auswahl war nicht einfach: Wollten wir doch die Diskussion in ihrer Gesamtheit darstellen und dabei möglichst konkret bleiben, sowohl internationale Diskurse als auch die Eigenheiten des föderalistischen Gesundheitssystems der Schweiz berücksichtigen, die Pflege als eigenständigen Beruf abbilden und zugleich die Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen darstellen. Dies machte eine Einschränkung in Bezug auf die Themenwahl und die Möglichkeit vertiefter Darlegungen einzelner Punkte notwendig. Wir erheben deshalb nicht den Anspruch, das Hauptthema dieses Berichts – die Entwicklung der professionellen Pflege in den nächsten Jahren – abschliessend behandelt zu haben.

Für die zukünftige Entwicklung der professionellen Pflege sind die (Gesundheits-)Politik und ihre Akteure von grosser Bedeutung. Es zeigte sich deshalb rasch, dass das Thema dieses Berichts durch die Verarbeitung von Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften nicht erschöpfend behandelt werden kann. Es galt auch den gesundheitspolitischen Diskurs um die Pflege, das „Agenda-Setting“ der relevanten Akteure abzubilden. Deshalb spielte die Berücksichtigung von sogenannter „grauer“ (und oftmals allein im Internet veröffentlichter) Literatur eine mindestens ebenso grosse Rolle. Diese Literatur zeichnet sich dadurch aus, dass die verwendeten Daten und Auswertungsmethoden nur zum Teil oder gar nicht transparent gemacht werden und oft nicht wissenschaftlichen Standards entsprechen. Dadurch neigen diese Berichte zu einer Mischung aus wissenschaftlicher Analyse und politischem Statement. Sie bilden mehr oder minder explizit die Interessenvertretungen im Gesundheitswesen durch die Auswahl der Fragestellungen ab, die bearbeitet oder eben nicht bearbeitet werden. Dies gilt ebenso für die Auswahl der „Expertinnen“, die in diese Diskussionen einbezogen wurden.

¹ Die weibliche Form steht in diesem Bericht immer stellvertretend für beide Geschlechter.

Im Rahmen der Untersuchung stellten wir auch fest, dass die Flut der Berichte und Stellungnahmen ein breites Fundament des Wissens suggeriert, das aber in Wahrheit wesentlich schmäler ist. D.h., immer wieder wurden gleiche Daten erneut publiziert, ohne dass eine vertiefte Analyse dies rechtfertigen würde. Deutlich wird dies in den vielen Statements, welche sich über die mangelnde Datenlage in der Schweiz beklagen und ihre Analyse durch heterogene Datensets erschwert sehen. Auch unsere Arbeit basiert nicht auf originären Forschungsarbeiten, sondern umfasst ebenfalls die Analyse bereits bestehender Daten. Sie ist jedoch insofern anders ausgerichtet, als diese Analyse aus der Perspektive jener Berufsgruppe vorgenommen wird, die sonst in der politischen Diskussion um die Entwicklung der professionellen Pflege kaum repräsentiert wird. Damit hoffen wir, neue Fragen zu stellen und konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Der Bericht hat dazu geführt, Grenzen zu überschreiten und Kooperationen einzugehen. Er ist das Produkt einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiterinnen der Gesundheitswissenschaften, bestehend aus Psychologinnen und Soziologinnen, und der Forschungsgruppe der Pflegewissenschaftlerinnen an der ZHAW. Er hat Vertreterinnen der Hochschulen aus der Romandie, Führungspersonen aus dem Tessin und der deutschen Schweiz und Vertreterinnen des SBK dazu gedrängt, über regionale und historische Unterschiede hinaus zu diskutieren, welche Themen für die Entwicklung der Pflege von Bedeutung sind. Somit hoffen wir, dass dieser Bericht auch ein gutes Beispiel dafür ist, dass die Pflege als kompetenter Partner in der Versorgungsdiskussion einbezogen werden soll und kann. Wir möchten aber auch ein Zeichen setzen, dass diese Diskussion sich professionell mit den Themen aus der Perspektive der Pflegeberufe beschäftigen muss. Der Auftrag des SBK, die Situation durch Pflegewissenschaftlerinnen einer Fachhochschule bearbeiten zu lassen, demonstriert das wachsende Selbstbewusstsein einer sich akademisierenden Profession, deren Standards sich mit denen anderer Berufe messen lassen kann.

Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN, Leiter Forschung und Entwicklung Pflege ZHAW

Dr. phil. Peter Rüesch, Leiter Fachstelle Gesundheitswissenschaften ZHAW

Dank

Besonders bedanken möchten wir uns für die fachliche Beratung, das kritische Feedback und das Einbringen von ergänzenden Informationen bei den folgenden Expertinnen: Yvonne Willem Cavalli (Ente Ospedaliero Cantonale, Direzione generale, Bellinzona), Prof. Philippe Lehmann (HES-SO, HECV-Santé, Lausanne), Prof. HES-SO Annie Oulevey Bachmann (Haute Ecole de la Santé - La Source, Lausanne), Roswitha Koch, MCommH (Leiterin Abteilung Pflegeentwicklung und Internationales SBK Geschäftsstelle SBK Schweiz) und den Mitgliedern des Steuergremiums des Fachbeirates für das Projekt „Perspektive 2020“. Die Expertise dieser Personen hat es uns u.a. ermöglicht, spezielle Aspekte und Sichtweisen der Romandie und des Tessins in diesen Bericht zu integrieren.

Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020

- Ein Grundlagenbericht -

Kurzversion (deutsch)

1. Ausgangslage und methodisches Vorgehen

Problemstellung, Zielsetzungen

Sowohl die Leitung als auch die Mitglieder des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) nehmen wahr, dass sich das Gesundheitssystem der Schweiz stark verändert hat und sich in den kommenden Jahrzehnten grossen Herausforderungen stellen muss. Der Zentralvorstand des SBK ist überzeugt, dass die professionelle Pflege für viele der zukünftigen Probleme im Gesundheitswesen wirksame und wirtschaftliche Lösungen anbieten kann. Um aber diese Ressourcen nutzen zu können, müssen sie benannt und in der Öffentlichkeit kommuniziert werden. Deshalb hat der Verband eine interne Diskussion mit dem Ziel lanciert, ein Positionspapier zu erarbeiten. Ausgehend vom zu erwartenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung im Jahr 2020 soll aufgezeigt werden, welche Angebote die professionelle Pflege leisten kann, um einen wesentlichen Beitrag sowohl für die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung als auch für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung leisten zu können.

Als Basis für dieses Vorhaben soll der vorliegende Grundlagenbericht dienen. Er möchte einen Beitrag zur Erarbeitung der politischen und fachlichen Positionen des SBK leisten. Im Zentrum des Berichts stehen drei umfassende Themenkomplexe:

- 1) Prognosen zum zukünftigen Bedarf an Gesundheitspersonal,
- 2) Darstellung zentraler Triebkräfte des Versorgungsbedarfs und der fachlichen Weiterentwicklung der professionellen Pflege,
- 3) Trends, Entwicklungen und neue Handlungsfelder der Pflege als Profession.

Methode

Der vorliegende Bericht basiert auf einer integrativen Literaturrecherche. Diese erfolgte in zwei Schritten:

- a) der Recherche der Websites von relevanten Akteuren, die im Rahmen der Themensammlung identifiziert wurden;
- b) der Verwendung von thematischen Schlüsselbegriffen in relevanten wissenschaftlichen Literaturdatenbanken (Medline, CINAHL).

Dieses Vorgehen stützte sich auf die Einsicht, dass eine umfassende Aufarbeitung der relevanten Themen nicht alleine auf der Grundlage von Artikeln in wissenschaftlichen Zeitschriften geleistet werden kann. Die Entwicklung der Pflege ist in bedeutendem Ausmass von gesellschaftlichen und (fach)politischen Diskursen geprägt. Die wissenschaftliche, in peer-reviewten Zeitschriften veröffentlichte Literatur vermag diese Diskurse nur eingeschränkt wiederzugeben. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde schrittweise ein Modell für die Integration der behandelten Themen entwickelt. Aufgrund von Ausschlusskriterien konnte die identifizierte Literatur von insgesamt 785 Referenzen zunächst auf rund 140 zentrale Publikationen reduziert werden. Diese Texte bildeten die Grundlage für die Arbeit an den zentralen Themen des vorliegenden Berichts. Bei der weiteren Bearbeitung der Themen zeigte sich jedoch, dass

sich die Komplexität der einzelnen Dimensionen auf der Grundlage der recherchierten Dokumente noch nicht ausreichend abhandeln liess. Deshalb mussten während der Analyse- und Berichterstattungsphase zusätzliche Referenzen eingebunden werden. Die abschliessende Literaturgrundlage, auf der dieser Bericht aufbaut, besteht deshalb aus rund 260 Publikationen.

Methodische Grenzen

Aufgrund der Komplexität des Gegenstandes und der grossen Zahl an Referenzen mussten bei der Auswertung der Literatur verschiedene Einschränkungen vorgenommen werden. Anstelle einer rein systematischen und kriteriengeleiteten Bearbeitung der Literatur musste eine inhaltlich-analytische Auswertung angewendet werden. Im Vordergrund der Analyse stand dabei die Frage nach den zentralen Diskursen und den wesentlichen Inhalten und Aussagen. In diesem Sinne stellt der Bericht, so umfassend wie im Projektrahmen möglich, die wichtigen Themen und Diskurse dar. Er soll als Ausgangspunkt für weitere Diskussionen dienen.

2. Zukunftsprognosen zum Arbeitskräftebedarf in der Pflege

Grundlegende Modelle und Studien

Im Jahre 2009 wurden in der Schweiz drei Berichte veröffentlicht, die Prognosen zum zukünftigen Bedarf an Personal in den Gesundheitsberufen vorlegen:

- 1) die Obsan-Studie „Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020“;
- 2) die weiterführende Careum-Studie „Ageing Workforce in an Ageing Society“;
- 3) der GDK-/OdASanté-Bericht „Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009“.

Alle drei Berichte sagen einen markanten Mangel insbesondere an Pflegefachpersonen für die Jahre 2020 bis 2030 voraus. Für die Einordnung und kritische Bewertung dieser Zahlen ist ein kurzer Überblick zu den „Werkzeugen“ der Prognoseerstellung im Gesundheitsbereich sinnvoll. Die Fachliteratur zeigt eine breite Palette von Ansätzen und Methoden zur Prognose des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen. Deutlich wird dabei, dass es bislang keinen „Gold-Standard“ zur Prognose des Bedarfs von Arbeitskräften gibt. Es lassen sich jedoch drei zentrale Ansätze der Prognoseerstellung identifizieren: angebotsorientierte Ansätze, nachfragebasierte Ansätze und Ansätze, die sich an den Gesundheitsbedürfnissen („health needs“) der Bevölkerung orientieren. Die Versorgungsplanung sollte sich nicht nur auf einen einzigen dieser Ansätze stützen, sondern i.d.R. verschiedene Ansätze und deren Ergebnisse miteinander kombinieren. Diese bilden dann die Bandbreite möglicher Szenarien ab. In der Vielfalt der Ansätze zeigen sich auch die Grenzen der einzelnen Verfahren.

Schweizer Prognosen

Unter den drei erwähnten Schweizer Studien zur Arbeitskräfteprognose im Gesundheitswesen liefert die Obsan-Studie die methodische Grundlage für die beiden anderen Berichte, welche ergänzende Analysen präsentieren. Die Careum-Studie (sie wurden von den Autorinnen der Obsan-Studie verfasst) dehnt den Prognose-Horizont auf 2030 aus. Der GDK-/OdASanté-Bericht differenziert im Bereich der Pflegeberufe nach verschiedenen Bildungsabschlüssen, ergänzt die Personalbedarfsszenarien mit dem zusätzlichen Einbezug der Berufsverweildauer und stellt den Nachwuchsbedarf dem aktuellen Output der Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitsbereich gegenüber. Die Obsan-Studie berechnete für die Schätzung des zukünftigen Personalbedarfs zwei Szenarien:

- das Referenzszenario geht für das Jahr 2020 von einer Verkürzung der Hospitalisationsdauer und einer Verschiebung der Inanspruchnahme von Langzeitpflege nach höheren Altersgruppen aus;
- das Alternativszenario postuliert, dass Hospitalisationsdauer und Inanspruchnahme von Langzeitpflege unverändert bleiben.

Dabei ergibt sich im Vergleich zum Basisjahr 2006 für das Referenzszenario insgesamt ein um 13% erhöhter Bedarf an Gesundheitspersonal und für das Alternativszenario ein um 24% gesteigener Bedarf. Die Prognosen der Obsan-Studie basieren auf Annahmen zur Entwicklung von Einflussfaktoren des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen, wobei primär zwei Einflussfaktoren berücksichtigt wurden: (1) die demografische Entwicklung und (2) die Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens. Dagegen wurden weitere wichtige Einflussfaktoren „konstant“ gehalten: z.B. Skill-/Grade-Mix (d.h. das Verhältnis der Stellen nach Bildungsniveau), Verhältnis zwischen Ressourcen und Leistungen (Produktivität), Beschäftigungsgrad usw. Ausserdem stellt die Obsan-Studie die zukünftige Nachfrage (Demand) an Gesundheitspersonal keiner Prognose zum Angebot (Supply) an Gesundheitspersonal gegenüber, das durch die Ausbildungsinstitutionen qualifiziert wird. Es werden somit keine Aussagen zur Grössenordnung einer zukünftigen Versorgungslücke gemacht.

Die Careum-Studie ist im Wesentlichen eine Fortschreibung der Obsan-Studie bis ins Jahr 2030. Dabei ergibt sich für das Referenzszenario ein weiterer Zuwachs des Personalbedarfs (im Vergleich zu 2020) um 12% auf rund 250'000 Personen und für das Alternativszenario um 16% auf rund 280'000 Personen. Die Autorinnen berechnen zudem eine Prognosevariante, wenn ein jährlicher Produktivitätsgewinn von 0.5% in den Gesundheitsinstitutionen erreicht werden könnte. Dieser Produktivitätsgewinn würde im Referenzszenario den Bedarf an zusätzlichem Personal für das Jahr 2020 im Vergleich zu 2006 auf 8% (gegenüber 13%) und für das Jahr 2030 auf 18% (gegenüber 25%) verringern. Integriert man Obsan- und Careum-Prognosen, so wird die Bandbreite möglicher Entwicklungen nach diesen beiden Studien deutlich: für das Jahr 2020 zeigt sich je nach Szenario ein erwarteter zusätzlicher Personalbedarf (im Vergleich zu 2006) von 8%–28% und für das Jahr 2030 von 18%–44%.

These 1: Prognosen zum zukünftigen Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen können keine punktgenauen Schätzungen liefern, sondern zeigen die Bandbreite möglicher Entwicklungen auf. Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger und Akteure müssen deshalb ihr Handeln auf ein ausreichend breites Spektrum von Zukunftsszenarien ausrichten und flexible Strategien entwickeln.

Auf der Grundlage der Prognosewerte der Obsan-Studie wurden im Versorgungsbericht der GDK-/OdASanté Hochrechnungen zum zusätzlichen Personalbedarf vorgenommen, die nach spezifischen Gesundheitsberufen differenzieren. Für die Pflege wird ein unterschiedliches Wachstum je nach Ausbildungsniveau prognostiziert: am niedrigsten fällt es bei Pflegefachpersonen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe aus mit einem Wachstum von rund 9% (Obsan-Referenzszenario) bis 21% (Alternativszenario). Die grösste erwartete Zunahme resultiert bei Pflegeabsolventinnen auf Assistenzstufe oder tiefer mit einem Wachstum von 27-36%. Um Aussagen zum Nachwuchsbedarf in den Gesundheitsberufen zu machen, haben die Autorinnen des Versorgungsberichts Annahmen zur Berufsverweildauer in der Pflege in ihre Modellrechnungen mit einbezogen. Um darzulegen, was diese Prognose für Konsequenzen für das Bildungssystem hat, stellten die Autorinnen den durchschnittlichen Nachwuchsbedarf pro Jahr dem tatsächlichen Output der Ausbildungsinstitutionen im Jahr 2008 gegenüber. Diese

Schätzungen ergeben für die Pflege (Ausbildungen auf Tertiär-, Sekundarstufe II und Assistenzstufe), dass im Jahre 2020 der jährliche Bedarf bei konstant bleibenden Output an ausgebildetem Personal nur noch rund zur Hälfte abgedeckt werden könnte.

Die hinter diesen Zahlen stehenden Annahmen und Berechnungen sind jedoch komplex und nicht einfach nachvollziehbar. Auch hier wäre es angemessener, eine Bandbreite der Entwicklungen aufzuzeigen.

These 2: Die Prognosen zum Bedarf an Gesundheitspersonal in der Schweiz werden in der Öffentlichkeit weitgehend unreflektiert verwendet. Es besteht die Gefahr, dass sie einem öffentlichen „Alarmismus“ des Personalmangels Vorschub leisten, der überhasst entwickelte und wenig durchdachte Lösungen produziert.

Internationale Prognosen

Ein Vergleich mit Prognoseszenarien aus anderen Ländern erweist sich als schwierig. Viele internationale Berichte, die sich mit dem zukünftigen Mangel an Gesundheitspersonal befassen, liefern nur partiell konkrete Zahlen zu diesen Vermutungen. Wenn Zahlen veröffentlicht werden, so liegen ihnen oft unterschiedliche Prognosemodelle, Kennwerte und Prognosezeiträume zugrunde. Einige Prognosen liefern lediglich Aussagen über die Entwicklung des Bestandes (supply) an Pflegepersonal, ohne diesen in Bezug zu einem Bedarf (demand, need) zu setzen. Andere tun dies zwar, ermitteln den Personalbedarf aber mit unterschiedlichen Methoden. Es kann deshalb nur sehr allgemein festgehalten werden, dass der Grundtenor auch in anderen Ländern dahin geht, dass ein steigender Bedarf an Pflegefachpersonen aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Gesellschaft zu erwarten ist und dieser durch die Ausbildungsinstitutionen nicht gedeckt werden kann. Es zeigen sich dabei aber auch z.T. markante nationale Unterschiede.

These 3: Die professionelle Pflege sollte sich nicht primär auf das Problem des Personal-Mangels konzentrieren, sondern sich vielmehr auf die qualitative und zukunftsfähige Entwicklung der Pflegeberufe ausrichten.

Fazit

Die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung ist in der Fachliteratur und unter Expertinnen nicht unumstritten. Befürwortende Stimmen weisen besonders auf die Vermeidung von Unter- und Überversorgung im Gesundheitswesen hin. Kritikerinnen stellen demgegenüber den Nutzen und die Praktikabilität einer umfassenden Versorgungsplanung zur Debatte. Die im Jahre 2009 veröffentlichten Studien und Berichte zum zukünftigen Bedarf an Gesundheitspersonal in der Schweiz haben in den Medien ein erhebliches Echo ausgelöst. Dabei wurden Zahlen aus statistischen Prognosemodellen allerdings weitgehend unreflektiert wiedergegeben, und die wiederholte Berichterstattung liess diesen Zahlen relativ rasch den Status objektiver Tatsachen mit einer quasi hundertprozentigen Eintretenswahrscheinlichkeit zukommen. Ein genaueres Studium der zugrunde liegenden Berichte und der im Ausland durchgeführten Analysen zeigt, dass die Gefahr einer Überschätzung der Genauigkeit der Prognosen zum zukünftigen Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen besteht. Es wäre angemessener, von sogenannten „zukünftigen Problemhorizonten“ auf dem Arbeitsmarkt für Pflegefachpersonen zu sprechen. Die politischen Entscheidungsträger sind u. E. gut beraten, sich nicht zu sehr auf ein bestimmtes Prognoseszenario zu „versteifen“, sondern sich einen ausreichend grossen Handlungsspielraum für eine nur begrenzt berechenbare Zukunft zu

bewahren und darüber hinaus nach Prognosemodellen zu verlangen, welche die Integration von gesundheitspolitischen Interventionen und deren Folgen erlauben.

These 4: Die meisten Zukunftsszenarien zum Personalbedarf erwähnen Produktivitätssteigerungen als mögliches „Heilmittel“ für Personalknappheit. Hier sollte sich die Pflege einschalten und innovative Ideen entwickeln, um zu vermeiden, dass primär ökonomische Kriterien als Leitplanken des Produktivitätsdiskurses vorgebracht werden.

3. Diskurse und Triebkräfte zur Entwicklung der Pflege

Die gesellschaftlichen Dimensionen, welche die fachliche Entwicklung der Pflege als Profession beeinflussen, sind mannigfaltig. In einer groben Einteilung können sie unterschieden werden nach:

- Einflüsse vonseiten der Politik,
- gesellschaftliche und demografische Faktoren,
- technologische Innovationen,
- Veränderungen auf globaler und ökonomischer Ebene,
- Wandel des Gesundheitssystems.

Internationale und nationale Politiken und Diskurse

Politische Auseinandersetzungen und Diskurse finden auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems statt und haben in unterschiedlichem Ausmass Konsequenzen für den Pflegebereich. Wie und in welchem Ausmass die angesprochenen Themen sich letztlich in der politischen Realität durchzusetzen vermögen und zu Veränderungen in der Praxis der Gesundheitsversorgung führen, lässt sich auf der Grundlage der analysierten Dokumente aber nicht abschätzen. Auf der globalen Ebene beschäftigt sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) intensiv mit dem Thema des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen und zukünftigen Engpässen werden mögliche Ursachen und Massnahmen diskutiert. Die formulierten Empfehlungen betreffen im Wesentlichen den Ausbau der Wissensbasis, die Förderung von Aus- und Weiterbildung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Optimierung der Arbeitsorganisation sowie die Anregung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Die WHO-Mitgliederländer werden aufgefordert, aus eigenen Kräften genügend Fachpersonal für ein nachhaltiges Funktionieren der Gesundheitsversorgung auszubilden und bei der Rekrutierung im Ausland ethische Richtlinien zu berücksichtigen.

In der Schweiz werden Entwicklungen des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen und von vielen Akteuren beeinflusst. Zur Koordination der Zusammenarbeit bestehen verschiedene Gremien und Plattformen. Der von der GDK und der OdASanté vorgestellte „Nationale Versorgungsbericht“ schlägt Massnahmen auf unterschiedlichen Handlungsebenen vor wie:

- Ausschöpfung des Rekrutierungspotenzials,
- Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials,
- optimierter Einsatz des Personals,
- Massnahmen zur Personalerhaltung,
- Massnahmen auf Steuerungs- und Planungsebene.

Auch in der parlamentarischen Politik ist der Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen ein Thema. Diese Auseinandersetzungen müssen allerdings nicht mit einer stärkeren Berücksichtigung von pflegespezifischen Anliegen einhergehen, wie die Ergebnisse einer Studie über die Debatten im Schweizer Nationalrat zur Finanzierung der Langzeitpflege zeigen: die Debatten waren von einer grossen fachlichen Unkenntnis über Aufgaben und Qualifikationen der Pflege geprägt, und Reformfragen wurden primär aus einer ökonomischen Logik vorangetrieben. Aktuell findet diese Tendenz ihren Ausdruck in der Form von Vorstössen, die den vermehrten Einbezug von wenig qualifiziertem Personal zur Entschärfung des prognostizierten Mangels an Pflegefachleuten fordern.

These 5: Die Personalfrage im Gesundheitswesen hat in der Politik an Bedeutung gewonnen. Dies eröffnet der Pflege einerseits die Chance, sich mit ihren Anliegen Gehör zu verschaffen, beinhaltet aber andererseits auch die Gefahr der überhasteten Umsetzung von wenig durchdachten und kurzfristigen Massnahmen, die der Professionalisierung der Pflege entgegenwirken.

Gesundheit in der Bevölkerung und demografische Entwicklung

Die demografischen Veränderungen stellen weltweit (v.a. für die reichen Staaten) eine Herausforderung für die Planung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen dar. Dabei gilt es, verschiedene Trends zu berücksichtigen:

- die Zunahme des Anteils der alten und sehr alten Personen in der Bevölkerung,
- die Abnahme der Zahl und des relativen Anteils von jungen Erwachsenen und Kindern,
- der Bedeutungszuwachs von chronischen Krankheiten,
- Veränderungen der Abhängigkeit im Alter,
- die Alterung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen.

Als Folge des technologischen Fortschritts und der Entwicklungen der öffentlichen Gesundheit zeigt sich eine Verschiebung von heilbaren Krankheiten (bspw. Infektionskrankheiten) hin zu einer Zunahme von chronischen Krankheiten. Eine steigende Zahl von Patientinnen lebt mit den Konsequenzen von Diabetes, Herzkrankheiten, Atmungserkrankungen, Schlaganfällen, Krebs sowie von anderen chronischen Leiden. Diese epidemiologischen Veränderungen ebenso wie die älter werdende Bevölkerung bewirken zusammen einen quantitativ höheren Bedarf an Arbeitskräften in der Pflege. Sie führen auch zu neuen Herausforderungen bezüglich des Inhalts und der Organisation der pflegerischen Arbeit.

These 6: Der wachsende Anteil älterer Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung eröffnen bei der Pflege und Begleitung von Patientinnen und ihren informellen Helferinnen neue Handlungsfelder und verstärken den Bedarf nach interprofessioneller Zusammenarbeit.

Gesellschaftlicher Wandel

Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen prägen die Pflege:

- Stabilität und Wandel von Geschlechterrollen,
- gesellschaftliche Individualisierung und wachsende Einflussnahme der Leistungsempfängerinnen im Gesundheitswesen,

- Bildungsexpansion und Weiterentwicklung der Dienstleistungsgesellschaft,
- gesellschaftlicher Bedeutungszuwachs der Gesundheit.

In westlichen Gesellschaften nimmt die Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen seit vielen Jahren zu. Trotzdem ist Pflege – sowohl informell als auch professionell – nach wie vor eine Tätigkeit von Frauen. Rund 90% der Pflegefachpersonen und eine grosse Mehrheit der informell Helfenden sind Frauen. Im Zuge der wachsenden Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen und zugleich kleiner werdenden Familien ergeben sich neue Herausforderungen bei der Pflege von Angehörigen: sie führen zu neuen Aufgaben für die professionelle Pflege, beispielsweise bei der Beratung und Unterstützung der informellen Helferinnen. Im Zuge der gesellschaftlichen Individualisierung erhöhen sich die Chancen zur Verwirklichung eigener, individueller Lebensentwürfe. Dies geht einher mit sich verändernden Einstellungen und Werten. Ein Ausdruck davon sind die steigenden Erwartungen der Leistungsempfängerinnen an das Gesundheitssystem. Darüber hinaus stellen Partizipation und Empowerment von Patientinnen weitere Aspekte dar, die an Bedeutung gewinnen werden.

Die Bildungsexpansion in der Gesellschaft resultiert u.a. in der Überführung der Pflegeausbildung auf die Tertiärstufe. Sie führt aber auch zu mehr gut ausgebildeten Patientinnen, die entsprechend kritischer dem Gesundheitssystem gegenüberstehen. Der gesellschaftliche Wertewandel (in den industrialisierten Ländern) manifestiert sich auch in einem Bedeutungszuwachs von Gesundheit in allen Bereichen des privaten und öffentlichen Lebens. Wir leben zunehmend in einer „Gesundheitsgesellschaft“, einer Gesellschaft in der Gesundheit zum Leitthema geworden ist. Gesundheit wird als Gut angesehen, das „machbar“ ist und immer weiter gefördert werden kann. Diese Entwicklung geht einher mit einem Wachstum der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens und -marktes und drückt sich in einer Mengenausweitung von Gesundheitsdienstleistungen aus. Die Vorstellung einer ständig verbesserbaren Gesundheit steht aber in einem Spannungsfeld mit der Zunahme von chronischen Krankheiten, mit denen sich Pflegenden häufig konfrontiert sehen.

These 7: Die informelle und die professionelle Pflege wird auch in naher Zukunft mehrheitlich von Frauen ausgeübt werden. Fragen zur gesellschaftlichen Verteilung der Pflegeaufgaben und zur Organisation der professionellen Pflege sind immer auch Genderfragen.

Technologische Innovationen

Durch neue Technologien verändern sich sowohl die Arbeitsumgebung wie auch die Tätigkeiten und Arbeitsfelder der Pflegefachpersonen. Technologische Entwicklungen stellen zusammen mit dem Wissenszuwachs eine der Triebkräfte für die zunehmende Spezialisierung und Differenzierung im Gesundheitswesen dar. Die sich entwickelnden Informationstechnologien führen zu besseren Informationsmöglichkeiten für Patientinnen und ebenfalls zu einer verbreiterten Wissensbasis für die professionellen Pflegefachpersonen. Im Rahmen von Telemedizin und e-health eröffnen sich z.B. neue Einsatzbereiche. Dabei gilt es zu beachten, dass die Einführung von neuen Technologien auch zu einer neuen Verteilung und Organisation der Tätigkeiten der Berufsgruppen im Gesundheitswesen führt. Rollen und Befugnisse müssen zwischen den Beteiligten neu ausgehandelt werden, wobei immer auch bestehende Machtverhältnisse von Bedeutung sind.

These 8: Die fachliche Differenzierung und Spezialisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege setzt sich fort. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist es wichtig, den Kern der pflegerischen Arbeit wie auch die Berufsrollen von Pflegefachleuten in Öffentlichkeit und Politik zu verdeutlichen.

Globaler Markt und internationale Migration

Die Globalisierung geht einher mit der zunehmenden Migration von Arbeitskräften und mit neuen Spielräumen für wirtschaftliche Interessen im Gesundheitsbereich. Die globale Migration wirkt sich dabei in unterschiedlicher Weise auf die Pflege aus: Neben den Herausforderungen, die sich beim kompetenten Umgang mit Patientinnen mit Migrationshintergrund stellen, hat die Migration von Arbeitskräften Konsequenzen für den Pflegebereich. Da in der Schweiz rund ein Drittel der Pflegefachpersonen von ausländischer Nationalität ist, besteht eine substantielle Abhängigkeit des Gesundheitssystems von politischen Veränderungen in den Herkunftsländern. Sollte es den Heimatländern ausländischer Pflegefachkräfte gelingen, durch gezielte Anreize ihre Gesundheitsfachleute im eigenen Land zu behalten, könnte dies die Personalknappheit in der Schweiz weiter verstärken.

Gesundheitssystem: Finanzierung und Arbeitsorganisation

Die Gesundheitssysteme stehen international unter Reformdruck. Dabei zeigen sich einerseits Entwicklungen hin zu einer Angleichung (Konvergenz) der Systeme, andererseits aber auch Beispiele für die Aufrechterhaltung von nationalen Eigenheiten. Eine Entwicklung, die in verschiedenen Staaten umgesetzt ist und auch in der Schweiz eingeführt wird, ist die Abrechnung der Leistungen in Spitälern nach DRG. In Deutschland hat dies zu einer höheren Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen und zu einem Rückgang der originär pflegerischen Tätigkeiten geführt. Im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen und mit einer international beobachtbaren Tendenz der Reduktion von Akutbetten und Aufenthaltsdauer der Patientinnen in Spitälern rückt die Frage nach den Arbeitsbedingungen des Personals in den Vordergrund. Wachsende wissenschaftliche Evidenz belegt die Auswirkungen der Personalzusammensetzung und des Verhältnisses der Anzahl Patienten pro Pflegefachperson auf Qualitätsaspekte wie z.B. Medikationsfehler, Stürze, Infektionen, Dekubitus und anderen Beschwerden der Patienten. Die Arbeitsbedingungen sind aber auch mit Blick auf die Rekrutierung und den Erhalt von Pflegefachpersonen von grosser Bedeutung. Die möglichen negativen Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib der Pflegefachpersonen im Beruf werden in zahlreichen Strategiepapieren als wichtiger Gegenstand von gesundheitspolitischen Interventionen identifiziert.

Fazit

Es ist schwierig zu beurteilen, inwieweit sich die in verschiedenen internationalen und nationalen politischen Gremien geführten Diskurse auf den Pflegebereich in der Schweiz auswirken werden. Es obliegt vor allem den Interessenvertreterinnen der Pflege, in geeigneter Weise eigene Vorstellungen in diese Diskurse einzubringen, damit pflegespezifische Anliegen mehr Gewicht erhalten. Die Auswirkungen der gesellschaftlichen Triebkräfte auf die Pflege lassen sich nicht eindeutig abschätzen. Zu erwarten sind aber steigende Anforderungen sowie eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung. Dies geht auch einher mit einer weiter wachsenden Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen. Die gesellschaftlichen Veränderungen eröffnen aber auch Chancen für die Entwicklung neuer Handlungsfelder der professionellen Pflege.

4. Neue Rollen und Aufgaben der Pflege

Der öffentliche Diskurs über den sich abzeichnenden Personalmangel in der professionellen Pflege ist nicht neu. In den letzten vierzig Jahren wurde immer wieder auf den zunehmenden Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen bei gleichzeitigem Mangel an Nachwuchs und begrenzten finanziellen Ressourcen hingewiesen. In der internationalen Diskussion wird daher nach neuen Rollen und Aufgaben der Pflege verlangt. Dabei stehen vier Themenbereiche im Vordergrund: 1) die zunehmende fachliche und berufliche Diversifizierung innerhalb der Pflege selbst; 2) die Rolle der professionellen Pflege als Co-Playerin in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen; 3) die Implementierung von spezialisierten Pflegefachpersonen (Advanced Nursing Practice=ANP) und 4) die Herausforderungen bei der Übernahme der neuen Rollen.

Zunehmende Diversifizierung innerhalb der Pflege

Die Regulierung der Pflegeausbildung hat in den letzten Jahren immer wieder Veränderungen erlebt. Die jüngste Entwicklung betrifft die zunehmende fachliche Diversifizierung innerhalb der professionellen Pflege. Auf der einen Seite wurden neue Berufsprofile wie Fachperson Gesundheit (FaGe) auf Sekundarstufe II oder die Attestausbildung bereits eingeführt oder stehen kurz vor der Umsetzung. Auf der anderen Seite wurden die Grundausbildung zur diplomierten Pflegefachperson auf die Tertiärebene angehoben und weiterführende Ausbildungen auf Masterebene entwickelt. Wie bereits 1961 bei der Einführung der „Krankenpflegerin FASRK“ wurde zu Beginn des neuen Jahrhunderts wiederum gegen den Willen der Berufsorganisationen eine weitere Diversifizierung im Pflegebereich eingeführt. Ein neuer Ausbildungsgang auf Sekundarstufe II zur Fachperson Gesundheit (FaGe) wurde entwickelt und etabliert; darüber hinaus soll die Pflegeassistentin zu einer Attestausbildung gewandelt werden. Dabei wird argumentiert, dass der Rückgang des Anteils junger Menschen in der Bevölkerung auch zwangsläufig zu einem verminderten Nachwuchs in der diplomierten Pflege führt. Ebenfalls in der Logik des „wir brauchen mehr Hände“ wurde kürzlich die Diskussion um Attestausbildungen bzw. die zweijährige Grundbildung „Gesundheit und Soziales“ eröffnet. Es wird argumentiert, dass es Ausbildungen im Pflegebereich braucht, die bildungsschwächere Jugendliche auf weniger komplexe Situationen in der pflegerischen Betreuung vorbereiten. Obwohl weder wissenschaftlich untersucht noch in andern Ländern Europas bestätigt, wird angenommen, dass der Einsatz von FaGe zu einer Entlastung der Diplomberufe führen werde. In der Tat sind aber Tendenzen erkennbar, dass die FaGe für viele junge Berufsangehörige lediglich als Durchgangsstation zur Pflegefachperson verstanden wird und viele den Beruf der FaGe wieder verlassen.

These 9: Eine maximale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungen kann die Attraktivität des Pflegeberufs vergrössern, aber auch zu langen Ausbildungswegen führen.

Bei den diplomierten Pflegefachpersonen war in den letzten Jahren mit der Einführung der Fachhochschulen eine Zunahme von Ausbildungen auf Tertiärstufe zu verzeichnen. Die Ausgestaltung wurde aber nicht in der ganzen Schweiz gleich umgesetzt: So bestehen in der Deutschschweiz – nicht aber in der Romandie – auf der Tertiärstufe zwei Angebote, die Höheren Fachschulen und die Fachhochschulen. Obwohl dies zu schwierigen Kompetenz- und Abgrenzungsdiskussionen führt, wird zurzeit diskutiert, die höhere Fachschulausbildung auf Tertiärstufe auch in der französischsprachigen Schweiz wieder einzuführen. Zentrales Argument des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT) ist auch hier, dem drohenden Pflegepersonalmangel könne nur begegnet werden, wenn auch Jugendliche mit basalem schulischem Hintergrund für den Pflegeberuf rekrutiert werden. Dies erleichtere den berufli-

chen Einstieg weiterer Personengruppen und der Pflegebereich werde attraktiver gemacht. Es wird dabei ausser Acht gelassen, dass die notwendige Koordination zwischen unterschiedlichen Personalkategorien in der Praxis viel Zeit und Energie kosten wird und gemeinsam mit dem Druck nach immer grösserer Effizienz in den Institutionen zu vermehrter funktioneller Arbeitsteilung in der Pflege führen kann. Das Anliegen einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung tritt dabei in den Hintergrund. Neben der Gefahr, die Arbeit im Pflegebereich für die Berufsleute unattraktiv zu machen, widerspricht dies auch einem weltweiten Trend, Pflegefachpersonen auf Hochschulebene auszubilden. In vielen europäischen Ländern konnte durch die Verlagerung der Pflege an die Hochschulen das Momentum der allgemein steigenden Bedeutung der Hochschulausbildung auch für die Pflege genutzt werden, und es liessen sich so gar Mehrzugänge im Pflegeberuf verzeichnen.

These 10: Pflegeausbildungsgänge auf Hochschulebene sind unerlässlich, um die pflegerische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Stand zu sichern und den Beruf für die abnehmende Zahl von Jugendlichen attraktiv zu gestalten.

Pflege als Co-Playerin in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Zentraler Aspekt für die Weiterentwicklung der professionellen Pflege ist die Frage, wie sich ihre Rolle als Co-Playerin in dem sich rasch verändernden, interdisziplinären Feld der Gesundheitsversorgung entwickeln soll. Neben der Befugnis speziell ausgebildeter Pflegefachleute selbstständig Therapien und diagnostische Massnahmen zu verordnen, wurde in einigen europäischen Ländern eine klare Delegation von Teilen der Grundversorgung an Pflegefachpersonen eingeführt. In der Schweiz wurde diese Diskussion über die Verschiebung von Berufsgrenzen zu Beginn des neuen Jahrtausends ebenfalls aufgenommen. Es wurde gefordert, dass die etablierte Aufgabenteilung, insbesondere zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen, kritisch überdacht werden muss. Im Zusammenhang mit dem sich ebenfalls abzeichnenden Mangel an Hausärztinnen wird die Verlagerung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen in Betracht gezogen. Dabei werden unterschiedliche Versorgungsmodelle vorgeschlagen: Während die einen an die Pflegefachpersonen als Assistenzberuf für Mediziner vermehrt ärztliche Tätigkeiten delegieren wollen, verlangen die anderen, dass spezialisierte Pflegefachpersonen im Rahmen von „Advanced Nursing Practice“ (ANP) eine eigenständige Rolle als Co-Playerinnen für die adäquate Versorgung der Bevölkerung übernehmen.

These 11: Die Eigenständigkeit der spezialisierten Pflege wird mit verschiedenen Playerinnen im Gesundheitswesen verhandelt werden müssen. Eigenständige Karrieremodelle in der Pflege sind zu fördern, durch die Berufsorganisationen zu reglementieren und zu überwachen.

Mit dieser Diskussion wird klar, dass berufliche und fachliche Grenzen fließend werden und unterschiedliche Berufsgruppen in Zukunft wahrscheinlich ähnliche oder nahezu gleiche Dienstleistungen anbieten werden. Der Koordinationsaufwand wird sich dadurch auch in der multidisziplinären Zusammenarbeit vergrössern.

These 12: Ausbildungsinhalte werden flexibel zu gestalten sein, um auf veränderte Situationen im Gesundheitswesen und in den Berufen reagieren zu können. Die Ausbildung wird für mehrere Disziplinen gemeinsame Grundlagen beinhalten und die Zusammenarbeit fördern.

Pflegefachpersonen mit erweiterter pflegerischer Praxis (Advanced Nursing Practice=ANP)

In der Schweiz wurden seit den 80er Jahren Pflegeexpertinnen in zweijährigen Weiterbildungen qualifiziert, um den gestiegenen Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen von Pflegefachleuten Rechnung zu tragen. Damit wurde ein Trend aufgenommen, der in den USA bereits in den 50er Jahren mit den Ausbildungen zur „Clinical Nurse Specialist CNS“ und zur „Nurse practitioner NP“ seinen Anfang nahm. Die CNS und NP können unter dem Begriff des „Advanced Nursing Practice“ zusammengefasst werden. Sie werden auf Masterebene ausgebildet. Mit der Ansiedlung der Pflegeausbildung auf Hochschulebene wird diese Entwicklung auch in der Schweiz fortgeführt. So werden in Zukunft Pflegeabschlüsse auf Masterebene an den Hochschulen Basel, Lausanne (Kooperation der Universität und der HES-SO), St. Gallen, Winterthur, Bern, (Kooperationsmaster von BFH, ZHAW und FHO) angeboten. In all diesen Masterabschlüssen werden zukünftige Fachleute für eine erweiterte pflegerische Praxis und damit auch auf eine eigenständige Rolle als Co-Player in der Versorgung vorbereitet.

These 13: Die Implementierung von ANP ist in allen Bereichen der Berufsausübung der Pflege sinnvoll. Die Schaffung von CNS (Clinical Nurse Specialist)- und NP (Nurse Practitioner)-Rollen erfordert eine Akkreditierung.

„Caring“ als eine zentrale Qualität in der Gesundheitsversorgung

Wenn sich die Diskussion um die Entwicklung des Pflegeberufs ausschliesslich auf die Übernahme von neuen Aufgaben aus anderen Gesundheitsberufen (z.B. Hausärztinnen) oder auf die Aufgabenteilung innerhalb der Pflegeberufe konzentriert, dann drohen spezifisch pflegerische Inhalte ausser Acht gelassen zu werden. Dazu zählen etwa die Begleitung von Patientinnen in der Bewältigung ihres Alltages, die Fürsprache für die Patientinnen, der Einbezug von persönlichen Ressourcen der Patientin, die Patientinnenedukation zur Gesundheitsförderung und die professionelle Fürsorge für die Patientin und ihre Angehörigen. Solche Aufgaben werden auch unter dem Begriff „Caring“ zusammengefasst. Diese zentralen pflegerischen Inhalte neigen dazu, unsichtbar zu sein. Gerade sie aber sollten bei der Übernahme von neuen Rollen im Gesundheitswesen mitgedacht werden, da sie durch die Beziehungsgestaltung das Resultat der Versorgung massgeblich beeinflussen.

Der Begriff des „Caring“ steht daher für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens birgt die Gefahr, dass „Caring“ als nicht messbares und somit als nicht sichtbares Element zugunsten einer effizienten Aufgabenerfüllung geopfert wird. Die Rolle der Pflege als Fürsprecherin der Patientinnen wird durch hierarchische Strukturen infrage gestellt und als pflegerische Arbeit abgewertet. Durch den weiteren Verlust von Beziehungsqualitäten mit den Patientinnen verkommen Pflegende zu Technikerinnen, die Handlungen erledigen, statt sich um Patientinnen zu sorgen. Dies würde zu Veränderungen der patientinnenorientierten Leistungen führen, in denen die Pflege nach wie vor eine zentrale Rolle einnimmt.

These 14: Einer sinnentleerten Technisierung der Gesundheitsberufe und speziell der Pflege gilt es entgegen zu wirken, um eine patientinnenorientierte wirksame Pflege zu garantieren.

Fazit

Die Diskussion über die zukünftigen Rollen und Aufgabengebiete der professionellen Pflege muss innerhalb des Berufsstandes und mit anderen Playern im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben werden. Es gilt daher, politische Positionen zu beziehen, die allenfalls auch innerhalb des Pflegeberufes kontrovers diskutiert werden und zu unterschiedlichen Positionen führen können. Eine Debatte um die Klärung von notwendigen Elementen der Pflege (vgl. „Caring“ als Element der Gesundheitsversorgung) muss dringend geführt werden – Dies nicht nur innerhalb oder zwischen den Berufen, sondern vermehrt auch mit Patientinnen und Patienten. Das führt dazu, dass die Versorgung nicht nur anhand quantitativer Parameter, sondern anhand qualitativer Kriterien zur Diskussion gestellt wird. Die Diversifizierung innerhalb des Pflegebereichs, aber vor allem auch innerhalb der professionellen Pflege, wird dazu führen, dass der Mythos des „wir alle können alles gleich gut“ brüchig wird. Die Anerkennung unterschiedlicher Fähig- und Fertigkeiten in der Pflege bedarf einer erhöhten Koordination. Neben dem drohenden „Kompetenzgerangel“ – um es pointiert zu umschreiben – kann diese Entwicklung auch als Chance genutzt werden, den Pflegeberuf durch die zunehmende Komplexität der Aufgaben, durch die Akademisierung der Ausbildung und den damit verbundenen Karrieremöglichkeiten attraktiver zu gestalten.

5. Weiterentwicklung der fachlichen Grundlagen der Pflege

Die Veränderungen im Gesundheitswesen führen dazu, dass sich auch die fachliche Basis der Pflege verändern wird. Es ist neues und mehr Pflegewissen notwendig, auf das sich die Pflegepraxis beziehen kann.

Die Pflege definiert sich selbst

Die Pflege muss nicht nur mehr Arbeit bewältigen, sie ist auch vermehrt in die Sicherung der Versorgungsqualität einbezogen. Dementsprechend ist Pflege kostenintensiver und auch zunehmend für ihre Qualität rechenschaftspflichtig. Prämissen zur politischen Gesundheitssystemsteuerung, welche die Prävention, die ambulante Versorgung oder die informelle Pflege priorisieren, beeinflussen auch die Dienstleistungen der professionellen Pflege. Diese Veränderungen verlangen die Anpassung oder die Entwicklung neuer, auf ihre Wirksamkeit hin überprüfter Pflegeinterventionen.

In vielen Ländern, in denen die Pflege in die Planung staatlicher Gesundheitspolitik eingebunden ist, wurden Aktivitäten zur Förderung einer evidenzbasierten Pflege systematisch gefördert. Diese Förderung wurde besonders in zwei Bereichen sichtbar: als Agenda der Forschung (Definition von Forschungsschwerpunkten als Teil der staatlichen Gesundheitspolitik) und als Aktionsplan (Massnahmen zur Unterstützung notwendiger Veränderungen in der pflegerischen Gesundheitsversorgung). Diese Kombination aus Forschungsagenda und Aktionsplan legt Prioritäten und Massnahmen so fest, dass die eingesetzten Ressourcen zur Wissensgenerierung und die Entwicklung der klinischen Praxis optimal aufeinander abgestimmt sind. In der Schweiz beeinflusst die professionelle Pflege die Gesundheitspolitik sowohl national als auch kantonal nur gering, und sie ist in die Steuerung zukünftiger Dienstleistungsangebote kaum involviert. Die Akademisierung des Pflegeberufs und der Ausbau der Pflegeforschung schaffen neue Grundlagen. Fachpersonen werden ausgebildet, um auch für die Belange der Pflege auf politischer Ebene argumentieren zu können. Und die Pflegeforschung wird das notwendige Wissen generieren, mit dem sie sich fundiert in die gesundheitspolitische Diskussion einschalten kann.

Wissensgrundlagen: Klinische Pflegeforschung und klinische Erfahrung

Basierend auf ausländischen Erfahrungen wurde auch in der Schweiz im Jahre 2006 die „Swiss Research Agenda for Nursing – SRAN“ entwickelt. Sie beinhaltet eine systematische und strukturierte Ausrichtung der Pflegeforschung auf sieben Schwerpunkte und sieben übergreifende Themen:

- Forschung zur Wirkung von Interventionen,
- Forschung zur Pflege in einem sich verändernden Gesundheitssystem,
- Forschung zur Identifikation wichtiger Phänomene der klinischen Praxis,
- Forschung zum Zusammenhang von Arbeitssituation und Pflegequalität,
- Forschung zur Bedeutung familialer Systeme,
- Forschung über die Bedeutung individueller Lebensumstände für den Pflegeprozess,
- Forschung zu ethischen Fragestellungen und Entscheidungsprozessen.

Dazu soll ein Bezug zu Pflege-theorien und Modellen, zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen, zum partnerschaftlichen Einbezug von Patientinnen, zum Erfassen von Risikofaktoren ebenso hergestellt werden wie zur Erprobung und Weiterentwicklung von Forschungsmethoden (u.a. Multicenterstudien, pflegewissenschaftliche Expertise in interdisziplinären Forschungsprojekten).

Handlungsgrundlagen: ein Aktionsplan der Pflege

Selbst die beste Forschungsagenda kann keine Veränderungen initiieren, ohne genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine nationale Verpflichtung zur Förderung der benötigten Mittel und der strategischen Zusammenarbeit als Aktionsplan definiert werden muss, um Veränderungen in der Gesundheitsversorgung einzuleiten. Ein solcher Aktionsplan würde es ermöglichen, wie Erfahrungen in Irland und in den USA zeigen, die Ressourcen der Pflege in die beschlossene Richtung zu lenken. Damit wird Pflege sichtbar – mit Forschungsagenda und Aktionsplan auch in den politischen Diskussionen präsent – und die gesellschaftliche Bewertung des Pflegeberufes verändert sich. Die steigende Zahl der akademisch gebildeten Pflegefachpersonen (MScN und PhD) in der Schweiz sowie das Potenzial der SRAN sollten für die Entwicklung eines Aktionsplanes genutzt werden. Dieser würde in der Schweiz neue Akzente setzen, die gesundheitspolitisch bedeutsam sind.

These 15: Die in Zukunft steigenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung werden auch die Rolle der Pflege grundlegend verändern. Veränderungen in diesem Ausmass sind am besten mit einem nationalen Aktionsplan zu bewältigen, der auf einem nationalen Konsens der Pflegevertreterinnen, Vertreterinnen der Medizin und den politischen Instanzen aufbaut.

Jeder Aktionsplan ist situationsspezifisch angelegt und spiegelt die gesundheitspolitischen Prioritäten eines Landes ebenso wie den Entwicklungsstand der Disziplin Pflege wider. Zentral ist dabei das Ziel der nachhaltigen Entwicklung durch die Förderung der Personalressourcen. Aktionspläne befassen sich deshalb mit der Schulung der benötigten Fachleute und der Entwicklung und Implementierung einer Karriereplanung für Pflegefachpersonen. In der Schweiz fehlen gut qualifizierte Fachkräfte vor allem für die Anleitung der Wissensbildung und Forschung. Pflegefachleute werden mangels Kapazitäten immer noch gezwungen, im Ausland zu promovieren. Die vertikale und horizontale Durchlässigkeit der Bildungsgänge ist nötig, um eine optimale Nachwuchsförderung zu ermöglichen und zusammen mit einer geziel-

ten Karriereplanung für Pflegefachleute eine nachhaltige Entwicklung der Profession zu ermöglichen und den Beruf attraktiver zu gestalten.

These 16: Die Weiterentwicklung der Pflege und speziell der Pflegewissenschaft hängt sowohl qualitativ wie quantitativ von den Ausbildungskapazitäten auf Hochschulstufe ab.

Ein Aktionsplan definiert neben der thematischen Festlegung auch die strukturellen Gegebenheiten der Forschungspraxis. So legen Aktionspläne fest, wer in die Diskussionen einbezogen werden soll, wer entscheiden muss und wie wichtige Entscheidungsgrundlagen erarbeitet werden können. Damit lassen sich unterschiedliche Interessen und Machtansprüche im Gesundheitswesen und in dessen Institutionen in einen konstruktiven Verständigungsprozess überführen. Neben der Definition von Mitwirkung auf der Ebene der einzelnen Pflegefachpersonen, der Ebene der Organisationseinheiten (Betriebe, Abteilungen) sowie auf der Ebene der politischen Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit werden auch die finanziellen Mittel bestimmt. Die aktuelle Debatte zur Finanzierung der Forschung der Gesundheitsberufe beim Nationalfond (SNF) ist auch für die Pflege ein wichtiger Gradmesser, ob Pflegewissen entwickelt werden kann oder nicht.

These 17: Die Pflegeforschung braucht genügend finanzielle Mittel, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Dazu gliedert sie sich in den bestehenden Wissenschaftsbetrieb auf nationaler Ebene ein.

Entwicklung der Organisationen und der Zusammenarbeit

Aber nicht nur die Entwicklung von Wissen, die Sicherstellung der akademischen Personalressourcen und die Finanzierung von Forschung sind von Bedeutung. Es braucht den Transfer von Wissen in die klinische Praxis und von Fragestellungen aus der klinischen Praxis in die Forschung. Kernelemente des Managements sind die Qualitätssicherung und Praxisentwicklung, die eng mit der Forschung verbunden sind. Deshalb muss Forschungsimplementierung als Bestandteil von Managementaufgaben auf allen Ebenen der Pflege entwickelt werden. Die Dissemination neuer Erkenntnisse auf die Schulung einzelner Pflegefachpersonen zu reduzieren, erzeugt keine nachhaltige Entwicklung.

These 18: Qualitativ gute Pflege verlangt evidenzbasierte Interventionen. Die Förderung der Pflegeforschung, die Anwendung von Forschungsergebnissen und die Anpassung der Praxisstrukturen und -prozesse zählen deshalb zu den Kernaufgaben der Pflegeleitungen auf allen Stufen.

Die Postulierung der Notwendigkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen reicht allein aber nicht aus. Weltweit warnen Kritikerinnen davor, evidenzbasierte Pflege auf die Produktion und Dissemination von wissenschaftlichem Wissen beschränken zu wollen. Eine Definition von evidenzbasierter Praxis, welche die Umgebungsfaktoren, die Präferenzen der Patientin und die klinische Expertise der Berufsleute nicht als Entscheidungsfaktoren berücksichtigt, wäre viel zu eng gefasst. Reflektierte klinische Erfahrung stellt eine wichtige Grundlage für die klinische Praxis dar. Vom Einbezug reflektierter Praxiserfahrung in einen Plan zur Wissenserschaffung und -dissemination kann die Pflege als Ganzes profitieren.

These 19: Neben den Forschungsergebnissen ist die Erfahrung der Pflegefachleute die bedeutendste Wissensbasis der Pflege. Ein Austausch von wissenschaftlichem Wissen und reflektierter Erfahrung ist entscheidend für die Entwicklung des Berufs und für die Sicherung der Qualität. Dieser Austausch muss systematisch geplant und gefördert werden.

Neben einem nationalen Konsens der wichtigen Vertreter der verschiedenen Gesundheitsberufe und der politischen Instanzen bedarf es einer Änderung im täglichen Funktionieren. Die Neugestaltung der beruflichen Rollen einer Disziplin tangiert auch die Rollen anderer Disziplinen und erhöht darüber hinaus den Koordinationsbedarf. Deshalb sind Modelle echter interdisziplinärer Kooperation zu entwickeln, Regeln in Verhandlungen festzulegen und deren Einhaltung zu überwachen.

These 20: Hierarchische Strukturen und kompetitive Finanzierungs- und Leistungskriterien im Gesundheitswesen behindern die Entwicklung interdisziplinärer Zusammenarbeit. Es ist Aufgabe der nationalen Berufsorganisationen, Regeln der Kooperation zu verhandeln, verbindlich festzulegen und deren Einhaltung zu überprüfen.

Fazit

Für die Entwicklung der Pflege als Disziplin bedarf es sowohl der Forschung, die zielgerichtet das prioritäre Wissen erzeugt, als auch eines Aktionsplanes, der diese Aktivitäten auf nationaler Ebene anleitet und steuern kann. Deshalb ist der Bedarf für eine nationale Planung, wie in vielen europäischen Ländern bereits umgesetzt, auch in der Schweiz vorhanden. Ein Aktionsplan wird von der EU-Gesundheitsministerkonferenz empfohlen, um eine forschungsbasierte Pflegepraxis zu etablieren. Ein Aktionsplan, und letztlich die forschungsbasierte Pflegepraxis selbst, wird als Grundlage für eine hohe gesellschaftliche Bewertung des Pflegeberufs und dessen Einbezug in Entscheidungen auf regionaler wie überregionaler Ebene erachtet. Die Eröffnung von Karrieremöglichkeiten und die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs wird als positiv angesehen und als Folge dessen eine verbesserte Patientinnenversorgung erwartet. Die Erarbeitung von Wissen und dessen Transfer in die Praxis erlauben, unterschiedliche Interessen und Machtansprüche in einen konstruktiven Verständigungsprozess zu überführen.

Dazu wird ein Aktionsplan vorgeschlagen, der Massnahmen zur Behebung des akuten Mangels an akademisch gebildeten Pflegefachpersonen mit Forschungserfahrung vorsieht und die Finanzierung der Pflegeforschung regelt. Veränderte Rollen und die enge Zusammenarbeit in der Praxis sprechen für vermehrte interdisziplinäre Forschung, die im heutigen Finanzierungssystem nur schwer umzusetzen ist. Deshalb soll der Aktionsplan Fördermöglichkeiten entwickeln, welche die Finanzierung sicherstellen und partnerschaftliche Forschungsk Kooperationen ermöglichen. Zusätzlich muss Pflegeforschung als Teil der Managementaufgaben in der Pflege etabliert werden. Anerkannte wissenschaftliche Erkenntnisse stehen der klinischen Praxis in der Pflege oft nicht zur Verfügung. Da pflegerische Entscheidungsprozesse neben wissenschaftlicher Evidenz auch klinische Erfahrung und Know-how einbeziehen, sollte ein Aktionsplan den Austausch dieses „klinischen“ Wissens ebenso fördern wie den Austausch wissenschaftlicher Resultate.

7 Referenzliste

1. Buchan, J. and L. Calman, *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles*, in *OECD Health Working Papers*. 2004, DELSA/ELSA/WD/HEA: F-Paris. p. 63.
2. Phillips, R., et al., *Can nurse practitioners and physicians beat parochialism into plowshares?* *Health Affairs*, 2002. 32(5): p. 133-142.
3. Dubois, C.A., M. McKee, and E. Nolte, *Human resources for health in Europe*, J. Figueras, et al., Editors. 2006, European Observatory on Health Systems and Policies: Maidenhead, Berkshire England. p. 1-276.
4. Grünig, A. and P. Dolder, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. 2009, GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren / OdASanté Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit: Bern.
5. Jaccard Ruedin, H., et al., *Gesundheitsberufe in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Entwicklung bis 2020*, in *Arbeitsdokument 35*. 2009, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel. p. 116.
6. Jaccard Ruedin, H. and F. Weaver. *Ageing Workforce in an Ageing Society*. 2009 [cited 2009 11.11.2009]; Available from: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/>.
7. Roberfroid, D., C. Leonard, and S. Stordeur, *Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball?* *Human Resources for Health*, 2009. 7(10).
8. Spycher, S., *Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz*. 2004, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Arbeitsdokument 5): Neuchâtel.
9. O' Brien - Pallas, L., et al., *Forecasting models for human resources in health care*. *Journal of Advanced Nursing*, 2001. 33(1): p. 120-129.
10. Künzi, K. and M. Schär Moser, *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Untersuchung im Rahmen des Projekts "Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP)". Synthesebericht*. 2002, Arbeitsgemeinschaft: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) / Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung (büro a&o): Bern.
11. OdA-Gesundheit-Bern, *Fachangestellte Gesundheit: Eine beliebte Generalistenausbildung mit Zukunft und Perspektiven*. 2009: Bern: OdA Gesundheit.
12. Anderegg, S., *Heimen und Spitälern geht das Personal aus*, in *Tages Anzeiger*. 2009.
13. NZZ, *Im Gesundheitssektor droht Personalmangel*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 25.02.2009: Schweiz p. S. 15.
14. NZZ, *Pflege bald auch auf Fachhochschulstufe Schule in Winterthur nimmt im Herbst den Betrieb auf*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 17.01.2006: Zürich und Region. p. S. 50.
15. O' Brien - Pallas, L., et al., *Nursing workforce planning: mapping the policy trail*, T.g.n.r. initiative, Editor. 2005, ICN: Genf. p. 1-44.
16. OECD, *OECD health policy studies. The Looming Crisis in the health Workforce. How can OECD countries respond?* 2008, OECD: Paris. p. 1-99.
17. World Health Organization, *Human resources for health in the WHO European Region*. 2006, WHO: Copenhagen. p. 1-28.
18. World Health Organization, *Working together for health: The world Health Report 2006*. 2006, WHO: Geneva. p. 1-237.
19. Simoens, S., M. Villeneuve, and J. Hurst, *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, in *OECD Health Working Papers*. 2005, OECD: Paris. p. 1-58.
20. Wanless, D., *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report*. 2002, HM Treasury (http://www.hm-treasury.gov.uk/consult_wanless_final.htm; Stand: März 2010): London.
21. Health Resources and Services Administration HRSA, *What is Behind HRSA's Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses?* 2006, U.S.Department of Health and Human Services HHS

- (<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/behindrnprojections/index.htm>, Stand: Februar 2010): USA.
22. Murphy, G.T., et al., *Tested solutions for eliminating Canada's registered nurse shortage* 2009, CNA Canadian Nurses Association: Ottawa (CAN).
 23. Birch, S., et al., *Human Resources Planning and the Production of Health: A Needs-Based Analytical Framework*. Canadian Public Policy 2007: p. 1-16.
 24. Schubert, M., *Planung des Pflegepersonalbedarfs in Europa durch präzise Vorhersagemodelle: RN4CAST*. Pflege, 2009(22): p. 251-253.
 25. Needleman, J., et al., *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. The New England Journal of Medicine, 2002. 346(22): p. 1715-1722.
 26. De Geest, S., M. Schubert, and R. Schwendimann, *RN4CAST-Studie. Prognosemodelle zur Einsatzplanung*. Krankenpflege, 2009(1): p. 26.
 27. Aiken, L.H. and K. Van den Heede, *RN4CAST Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*, in *RN4CAST stakeholders meeting, September 11, 2009*. 2009.
 28. World Health Organization, *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services*. 2002, WHO: Geneva. p. 1-28.
 29. World Health Organization, *The health workforce: current challenges*. 2004, WHO: Geneva. p. 1-16.
 30. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, in *Global Equity Initiative*. 2004, Harvard: Joint Learning Initiative.
 31. Friedli, D., *Die Schweiz holt Pflegepersonal im Ausland – und stösst auf Widerstand*, in *Tages-Anzeiger*. 2010, Tamedia: Zürich.
 32. WHO Europe. *Weltgesundheitsstag 2006 – Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe 2006* 08.03.2010]; Available from: <http://www.euro.who.int/whd06/home?language=German>.
 33. Rechel, B., C.A. Dubois, and M. McKee, *The health Care Workforce in Europe Learning from experience*. 2006, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen. p. 1-160.
 34. Kommission der europäischen Gemeinschaften, *Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa*. 2008: Brüssel. p. 1-16.
 35. ICN International Council of Nurses and WHO World Health Organisation, *Nursing regulation: A Futures Perspective*. 2005, ICN/WHO: Genf. p. 1-2.
 36. WHO Europe, *EFNNMA statement on Health Systems Stewardship*, in *12th Annual Conference*. 2008: Tashkent, Uzbekistan. p. 7.
 37. WHO Europe, *Report on a WHO meeting*, in *11th Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO*. 2007: Copenhagen, Denmark. p. 28.
 38. ICN International Council of Nurses, *The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention*, T.G.N.R. Initiative, Editor. 2006, ICN: Geneva. p. 1-63.
 39. Buchan, J. and L. Calman, *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*, T.g.n.r. initiative, Editor. 2004, ICN: Genf. p. 1-60.
 40. ICN International Council of Nurses, *Health Human Resources Development (HHRD)*. 2007, ICN International Council of Nurses: Genf. p. 1-4.
 41. OdA Santé. *Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. 2010 08.03.2010]; Available from: http://www.odasante.ch/06_plattform_versorgungsbereich.
 42. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2008) *Einladung zur 10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik*.
 43. Schibli, D., *10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik*, in *10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik*. 2008, GDK Bern.
 44. Schibli, D., *Zusammenfassung Workshop 2: In der Pflege eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln*, in *10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik*. 2008, GDK Bern.
 45. Arbeitsgruppe Berufsbilder SAMW, *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis*. Schweizerische Ärztezeitung, 2007. 88(46): p. 1942-1952.
 46. Künzi, K. and P. Detzel, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturbericht und Einschätzung*

- von Berufsvertreter/ innen. 2007, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Arbeitsdokument 27): Neuchâtel.
47. Humbel, R., *Interpellation: Massnahmen gegen den Pflegenotstand (Nr. 09.3512)*, D.B.-D.S. Parlament, Editor. 2009: Bern.
 48. FDP-Liberale Fraktion (2009) *Motion: Weiterbildungs- und Ausbildungsinitiative im Pflegebereich zur Integration arbeitsloser Personen (Nr. 09.4076)*.
 49. Guinchard, B., E. Hirsch Duret, and I. Valarino, *Remboursement paritel des soins: quel statut politique pour les soins dans l'assurance obligatoire des soins en Suisse (1998-2008)*. 2009, Haute Ecole de la Santé La Source: Lausanne.
 50. Tarricone, R. and A.D. Tsouros, *Home Care in Europe The Solid Facts*, ed. U.C.L. Bocconi. 2008, Copenhagen, Denmark: WHO Europe. 45.
 51. Hein, W., *Gesundheit, soziale Ungleichheit und Global Health Governance*, in *Soziologie der Globalen Gesellschaft*, F. Kolland, et al., Editors. 2010, Mandelbaum Verlag: Wien. p. 174-208.
 52. World Health Organization, *The global burden of disease: 2004 update*. 2008, World Health Organization: Geneva.
 53. World Health Organization, *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009, World Health Organization: Geneva.
 54. Monod-Zorzi, S., et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. 2007, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Arbeitsdokument 25): Neuchâtel.
 55. Höpflinger, F. and V. Hugentobler, *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. 2003, Bern: Huber (Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums).
 56. Kickbusch, I., R. Ospelt-Niepelt, and L. Seematter, *Alter*, in *Gesundheit in der Schweiz nationaler Gesundheitsbericht 2008*, K. Meyer, et al., Editors. 2009, Huber: Bern. p. 123-145.
 57. Waidmann, T.A. and K.G. Manton, *International Evidence on Disability Trends among the Elderly*. 1998, U.S. Department of Health and Human Services: Washington.
 58. Jacobzone, S., et al., *The Health of Older Persons in OECD Countries*, in *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 37*,. 1999, OECD Publishing.
 59. Lafortune, G., G. Balestat, and Disability Study Expert Group Members, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. 2007, OECD: Paris.
 60. Guilley, E., *Lebensdauer und Gesundheit*, in *Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*, P. Wanner, et al., Editors. 2005, Bundesamt für Statistik: Neuchâtel. p. 55-72.
 61. Tomblin - Murphy, G., et al., *Planning for what? Challenging the assumptions of health human resources planning*. *Health Policy*, 2009. 92: p. 225-233.
 62. De Geest, S., et al., *Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis*. *Swiss Med Wkly*, 2008. 138(43-44): p. 621-8.
 63. Matthews, Z., A. Channon, and W.V. Lerberghe, *Will there be enough people to care?* 2006, University of Southampton & World Health Organization: Geneva. p. 1-11.
 64. Wels, J.S. and I.J. Norman, *The Greying of Europe - Reflections on the state of nursing and nurse education in Europe*. *Nurse Education Today*, 2009. 29: p. 811-815.
 65. Buchan, J. and I. Seccombe, *Fragile future? A review of the UK nursing labour market in 2003*. 2004, Royal College of Nursing, Queen Margaret University College, Edinburgh: London. p. 1-54.
 66. Buerhaus, P.I., D.O. Staiger, and D.I. Auerbach, *Implications of an Aging Registered Nurse Workforce*. *JAMA Journal of American Medical Association*, 2009. 283(22): p. 2948-2954.
 67. Bischoff, C., *Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrollen u. Frauenberufstätigkeit im 19. u. 20. Jh.* 1984, New York: Campus Verlag.
 68. Gehrig, M., T. Oesch, and P. Stettler, *Pflegeausbildung und Pflegepersonal mangel im Kanton Graubünden. Empirische Analysen, ökonomische Bewertung und Politikempfehlungen. Schlussbericht*. 2010, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS: Bern.

69. Kesselring, A., *Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit*. Schweizerische Ärztezeitung, 2004. 85(10): p. 504-506.
70. Höpflinger, F. and V. Hugentobler, *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. 2005, Bern: Huber (Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums).
71. Fujisawa, R. and F. Colombo, *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. 2009, OECD: Paris. p. 1-62.
72. Bundesamt für Statistik, *Auf dem Weg zur Gleichstellung von Frau und Mann: Stand und Entwicklung*. 2008, BFS: Neuchâtel.
73. Borgetto, B. and K. Kälble, *Medizinsoziologie: Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. 2007, Weinheim: Juventa Verlag.
74. Sigrist, S., et al., *Health Horizons: Guide zu den neuen Gesundheitsmärkten*. GDI Studien. 2006, Zürich: Gottlieb Duttwiler Institut.
75. World Health Organization. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. 1986 [11.03.2010]; Available from: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.
76. Smoliner, A., et al., *Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital – Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen*. Pflege, 2009. 22: p. 411-419.
77. Bundesamt für Statistik, *Künftige Entwicklung des Bildungsniveaus der Bevölkerung in der Schweiz*; in *BFS Aktuell*. 2009, Bundesamt für Statistik [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/22/publ.Document.119048.pdf> eingesehen: 02.03.2010]; Neuchâtel.
78. Bundesamt für Statistik, *Maturitätsquote nach Maturitätstyp und Grossregion 1998-2008*. 2009, Bundesamt für Statistik [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/key/ind12.indicator.12106.1201.html> eingesehen: 01.03.2010]; Neuchâtel.
79. Kickbusch, I., *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. 2006, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
80. PricewaterhouseCoopers AG, *HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future*. 2005, PWC: Bern.
81. Brechbühler, M., *Private Pflegemöglichkeiten: Globaler Markt der teuren Dienstleistungen*. Krankenpflege, 2009(4): p. 12-15.
82. Loescher, L., *The Influence of Technology on Cancer Nursing*. Seminars in Oncology Nursing, 2000. 16(1): p. 3-11.
83. Kummervold, P., et al., *eHealth Trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey*. Journal of Medical Internet Research, 2008. 10(4).
84. Kalkhoff, S., *Krankenhausinformationssysteme: Wenn die Infos die Ordner sprengen*. Krankenpflege, 2005(3): p. 18-19.
85. Mahler, C.M., et al., *Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystemes auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen*. Pflege, 2003. 16(3): p. 144-152.
86. Niederberger-Burgherr, J., *Telehilfe und Telepflege*. PrInterNet, 2004(9): p. 483-485.
87. Arnet, B., *eHealth*, in *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009*, G. Kocher and W. Oggier, Editors. 2007, Verlag Hans Huber: Bern. p. 37-46.
88. Nicolini, D., *Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine*. Human Relations Volume, 2007. 60(6): p. 889-920.
89. Spitzer, A., et al., *The changing context of Western European healthcare systems: Convergence versus divergence in nursing problematics*. Social Science & Medicine, 2006. 63(7): p. 1796-1810.
90. OECD, *Immigrant Health Workers in OECD countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*. 2007, OECD: Paris. p. 161-228.
91. Bundesamt für Statistik. *Anteil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung*. 2009 [08.03.2010]; Available from: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>.
92. World Health Organization, *International recruitment of health personnel: draft global code of practice Report by the Secretariat*. 2009, WHO: Genf.

93. Little, L. and J. Buchan, *Nursing Self Sufficiency / Sustainability in the Global Context*. 2007, International Centre on Nurse Migration: Philadelphia.
94. ICN International Council of Nurses, *Nurse retention and migration*. 2007, ICN International Council of Nurses: Genf. p. 1-6.
95. European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition*. 2000, European Observatory on Health Care Systems. p. 1-82.
96. Ogier, W., *Internationale Vergleiche in Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009: Eine aktuelle Übersicht*, G. Kocher and W. Oggier, Editors. 2007, Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. p. 81-92.
97. Birch, S., et al., *Beyond demographic change in human resources planning: an extended framework and application to nursing*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2003. 8(4): p. 225-229.
98. Gobet, P., *Zum Verhältnis zwischen Pflegefachpersonen und FAGE Zusammenarbeit oder Konkurrenz?* *Krankenpflege*, 2007. 4: p. 19-21.
99. Lüthi, U., *Bezugspflege: Der neue Masstab der Verantwortung*. *Krankenpflege*, 2007(5): p. 16-17.
100. Study Group on Workforce Issues and Standing Committee of the Hospitals of the European Union, *The healthcare workforce in Europe: Problems and Solutions*. 2004, HOPE: Brussels. p. 1-29.
101. Greiner, A.C. and E. Knebel, *Health professions education: a bridge to quality*. 2003, Institute of Medicine of the National Academies [http://www.acme-assn.org/valuable_resources/IOM-ABridgetoQuality.pdf eingesehen: 03.02.2010]: Washington, DC.
102. Merino, E., R. Meyer, and C. Meier, *Adéquation de la formation aux besoins du marché du travail dans les professions réglementées de la santé, en particulier les soins*, H.S. SA, Editor. 2009, Harmony Solutions SA: Fribourg.
103. Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz, *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe - Abschlussbericht 2009*, Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz: Bern.
104. Tourangeau, A.E., et al., *Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 2007. 57(1): p. 32-44.
105. McGillis Hall, L., et al., *Indicators of nurse staffing and quality nursing work environments: a critical synthesis of the literature*. 2003, Faculty of Nursing, University of Toronto: Toronto. p. 1-13.
106. Kovner, C., et al., *Nurse Staffing and Postsurgical Adverse Events: An Analysis of Administrative Data from a Sample of U.S. Hospitals, 1990-1996*. *Health Services Research*, 2002. 37(3): p. 611-629.
107. Cho, S.-H., et al., *The Effect of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs*. *Nursing Research*, 2003. 52(2): p. 71-79.
108. Aiken, L.H., et al., *Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality*. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 2003. 290(12): p. 1618-23.
109. West, E., A.M. Rafferty, and A. Lankshear, *The future nurse: evidence of the impact of registered nurses*. 2004, London School of Hygiene and Tropical Medicine & Health Services Research Unit The University of York: London. p. 1-37.
110. Hickam, D.H., et al., *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report/Technology Assessment Number 74*. 2003, Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville.
111. Stone, P.W., et al., *Evidence of Nurse Working Conditions: A Global Perspective* *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2003 (4): p. 120-130.
112. Hasselhorn, H.M., P. Tackenberg, and B.H. Müller, eds. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. 2003, SALTSA Joint Programme for Working Life Research in Europe: Stockholm.
113. Künzi, K. and M. Schär Moser, *Unterbezahlt und überbelastet? Eine empirische Studie zur Arbeitssituation in der Pflege*. 2004, Bern: Haupt.
114. Schubert, M., et al., *RICh-Nursing Study: Rationing of Nursing Care in Switzerland; Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes*, B.f. Gesundheit, Editor. 2005, Institute of Nursing Science University of Basel: Basel. p. 1-95.

115. SBK (2009) *SBK Stellungnahme zur DRG-Petition: Qualifizierte Versorgung auch nach dem Spitalaustritt*. 2009.
116. Galatsch, M., et al., *Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege [The effects of DRG introduction on nursing]*. *Pflegezeitschrift*, 2007. 60(5): p. 272-276.
117. Bartholomeyczik, S., *Reparaturbetrieb Krankenhaus DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege in „Medizin und Gewissen“ der IPPNW 21. Oktober 2006*. 2007, Universität Witten.
118. Braun, B., S. Klinke, and R. Müller, *Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern*. *Pflege und Gesellschaft*, 2010. 15(1): p. 5-19.
119. Bundesministerium für Gesundheit (2009) *Pressemitteilung: Zweiter Pflegegipfel - Massnahmen für bessere Pflege im Krankenhaus vorgestellt*.
120. Eidgenössisches Departement des Innern, *Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen: Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland*. 2010, EDI: Bern.
121. Baumberger, D., et al., *Projekt SwissDRG und Pflege: Quantitative Analyse Pflegeaufwand*. 2009, SBK und SVPL: Bern.
122. Portenier, L., D. Baumberger, and M. Wittwer, *Projekt SwissDRG und Pflege: Pflegeleistungen sollen einbezogen werden*. *Krankenpflege*, 2009(12): p. 22-23.
123. Baumberger, J., *Managed Care*, in *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009: Eine aktuelle Übersicht* G. Kocher and W. Oggier, Editors. 2007, Verlag Hans Huber: Bern. p. 171-179.
124. Seematter-Bagnoud, L., et al., *Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz - Prognosen bis zum Jahr 2030*. 2008, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Arbeitsdokument 33): Neuchâtel. p. 123.
125. Cooper, R.A., *Health care workforce for the twenty-first century: the impact of non-physician clinicians*. *Annual Review of Medicine*, 2001. 52: p. 51-61.
126. Kleinpell, R.-., E. Ely, and R. Grabenkort, *Nurse practioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review*. *Critical Care Medicine*, 2008. 36(10): p. 2888-2897.
127. Oertle-Bürki, C., *Bildungsreformen in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 2009. 90(44): p. 1714-1717.
128. Oertle-Bürki, C., *Gesundheitsberufe studieren - Interview mit Cornelia Oertle Bürki*. *Frequenz*, 2009. 1: p. 4-5.
129. Oertle-Bürki, C., *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz: Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung*. 2008, Peter Lang: Bern.
130. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften - SAMW, *Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts* 2004, SAMW: Basel.
131. Ludwig, I., J. Mondoux, and M. Schaefer, *Referenzmodelle ausgewählter Gesundheits- und Sozialberufe: BBT Mandat*. 2007, WE'G & REF: Bern.
132. Guinchard, B., *Quelques paradoxes autour de la notion de "Paysage suisse des hautes écoles"*. *Perspective soignante*, 2007. 29(Septembre): p. 55-67.
133. Longerich, H., *Informationen über das Institut für Pflege*. 2006, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Winterthur.
134. Frank, J.R., *Le Cadre des compétence des médecins CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. 2005, le College royal des médcins et chirurgiens du Canada: Ottawa.
135. Projektteam Abschlusskompetenz, *Projekt Abschlusskompetenzen FH- Gesundheitsberufe*, A. BBT, Editor. 2009, KFH Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz: Bern.
136. Koch, R., *Eidgenössische Fachprüfungen für Fachpersonen Gesundheit*. 2010, statement paper: Winterthur.
137. RCN Royal College of Nursing, *The future nurse: the future patient*. 2004, RCN: London. p. 1-13.
138. Galli, C. (2008) *Wie erhöhen wir die Attraktivität der (nicht ärztlichen) Gesundheitsberufe?*
139. Nadot, M., ed. *La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel*. *Le savoir infirmier, au coeur de la discipline et de la profession*, ed. C. Dallaire. 2008, Gaetan Morin: Montréal.

140. Lanza, D., M. Berthoud, and D. L., *Nature et complexité du travail soignant au quotidien*. Perspective soignante, 2002. 114-15: p. 269-279.
141. Huwiler, E., *Information 2008/01*. 2008, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft: Rheinfelden. p. 1-16.
142. RCN Royal College of Nursing, *The future nurse: The RCN vision explained*. 2003, RCN: London. p. 1-13.
143. Strahm, R., *Gleichwertig und andersartig*, in *Bürgenstock-Konferenz der Schweizerischen Fachhochschulen*. 2010: Bürgenstock.
144. Lüthi, R., ed. *Psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Settings*. Psychiatrische Pflege-Verschiedene Settings, Partner, Populationen: Vorträge und Postre vom 2. Dreiländekongress in Bern, ed. C. Abderhalden and I. Needham. 2005, IBICURA: Unterobensdorf. 44-51.
145. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT, *Bildung Pflegeberufe: Bericht EVD*, S. Eidgenossenschaft, Editor. 2010, Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD: Bern.
146. Buchan, J. and M. Dal Poz, *Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence*. Bulletin of the World Health Organisation, 2002. 80(7): p. 575-580.
147. Buchan, J. and N. Edwards, *Nursing numbers in Britain: the argument for workforce planning*. BMJ: British Medical Journal, 2000. 320(7241): p. 1067-1070.
148. Abt, T., et al., *Der richtige Mix bringt's! Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung*. 2007: OdA Gesundheit beider Basel.
149. Warr, J., *Experiences and perceptions of newly prepared Health Care Assistants (Level 3 NVQ)*. Nurse Education Today, 2002. 22(3): p. 241-250.
150. Bosley, S. and J. Dale, *Healthcare assistants in general practice: Practical and conceptual issues of skill-mix change*. British Journal of General Practice, 2008. 58(547): p. 118-124.
151. Rhéaume, A., *The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick*. Journal of Advanced Nursing, 2003. 41(5): p. 435-443.
152. Huynh, T. and M. Nadon, *Collaboration between nurses and nurse's aides in wound care*. Perspective infirmiere, 2007. 5(1): p. 12-22.
153. Kleinmann, C. and S. Saccomano, *Registered nurses and unlicensed assistive personnel: An uneasy alliance*. Journal of Continuous Education in Nursing, 2006. 37(4): p. 162-170.
154. Spilsbury, K. and J. Meyer, *Use, mis-use and non-use of health care assistants: Understanding the work of health care assistants in hospital setting*. Journal of Nurse Management, 2004. 12(6): p. 411-418.
155. Nadot, M., ed. *Prendre soin, aux sources de l'activité professionnelle*. Le savoir infirmier, au coeur de la discipline et de la profession,, ed. D. C. 2008, Gaetan Morin: Montréal.
156. SBK, *Positionspapier des SBK zur Fachangestellten Gesundheit*. 2003, SBK: Bern.
157. OdASanté, *Einführung einer zweijährigen beruflichen Grundbildung im Gesundheits- und Sozialbereich*. 2008, OdASanté.
158. Lüthi, U. and M. Bachl, *Einheitliches Pflegediplom oder mehrere Abschlussniveaus? Krankenpflege*, 2008. 5: p. 12-15.
159. Bosch, G. and J. Charest, *Vocational training systems in ten countries and the influence of the social partners*, in *IIRA 14th World Congress*. 2006: Lima, Peru. p. 1-12.
160. Spitzer, A. and B. Perrenoud, *Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status*. Journal of Professional Nursing, 2006. 22(3): p. 162-171.
161. OdASanté. *Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. 2010 [08.03.2010]; Available from: <http://www.odasante.ch>.
162. World Health Organization, *Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region*, W.H.O.R.O.f.E. Copenhagen, Editor. 1999, World Health Organization: Copenhagen. p. 1-230.
163. World Health Organisation, *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. 2002, WHO: Geneva.
164. Daly, W.M. and R. Carnwell, *Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice*. Journal of Clinical Nursing, 2003. 12: p. 158-167.

165. McEwan, B., *Defining the scope of practice of enrolled nurses in medication administration in Australia: a review of the legislation*. Collegian, 2008. 15(3): p. 93-101.
166. Courtenay, M. and N. Carey, *The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2008. 17(15): p. 2001-13.
167. Courtenay, M. and N. Carey, *Nurse prescribing by children's nurses: views of doctors and clinical leads in one specialist children's hospital*. J Clin Nurs, 2009. 18(18): p. 2668-75.
168. Courtenay, M., N. Carey, and J. Burke, *Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies, 2007. 44(7): p. 1093-1101.
169. Courtenay, M., N. Carey, and J. Burke, *Independent extended nurse prescribing for patients with skin conditions: a national questionnaire survey*. J Clin Nurs, 2007. 16(7): p. 1247-55.
170. Maling, T., *Extended prescribing rights--a statutory right or hard-earned privilege?* N Z Med J, 2000. 113(1119): p. 410-1.
171. Manchester, A., *Nurses gain right to prescribe*. Nurs N Z, 1998. 4(5): p. 12.
172. Bauer, W., et al., *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis*. Schweizerische Ärztezeitung, 2007. 88(46): p. 1942-1952.
173. Giger, M. and S. De Geest, *Die Bedürfnisse der chronisch kranken und älteren Menschen von morgen fordern neue Versorgungsmodelle, Kompetenzen und Skill mix in der medizinischen Grundversorgung*. Schweizerische Ärztezeitung, 2009.
174. Santos-Eggimann, B., *Is there Evidence of implicit Rationing in the swiss health care system?* 2005, University of Lausanne Institute of Social and Preventive Medicine: Lausanne. p. 1-63.
175. Busse, R., et al., *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. 2002, The European Observatory on Health Care Systems: London. p. 1-129.
176. Koponen, P., S.L. Helio, and S. Aro, *Finnish public health nurses' experiences of primary health care based on the population responsibility principle*. J Adv Nurs, 1997. 26(1): p. 41-8.
177. Koponen, P. and H. Kalkas, *Practice patterns of Finnish public health nurses*. Int J Nurs Pract, 1997. 3(2): p. 97-104.
178. Manias, E., et al., *Agency-nursing work: perceptions and experiences of agency nurses*. Int J Nurs Stud, 2003. 40(3): p. 269-79.
179. Cox, C.L., *Advanced nurse practitioners and physician assistants: what is the difference? Comparing the USA and UK*. Hospital Medicine, 2001. 62(3): p. 169-171.
180. Laurant, M., et al., *Substitution of doctors by nurses in primary care*. The Cochrane Library, 2006(4).
181. Laurant, M., et al., *Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial*. British Medical Journal, 2004. 328: p. 927- 932.
182. Kocher, G. and W. Oggier, *Gesundheitswesen Schweiz 2007 -2009: Eine aktuelle Übersicht*. 2007, Bern: Huber.
183. Hughes, F.A., *Role of the government chief nurse in policy and the profession*. Nursing & Health Policy Review, 2002. 1(2): p. 93-101.
184. Shannon, V. and S. French, *The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes*. Nursing Inquiry, 2005. 12(3): p. 231-239.
185. Benner, P., *The phenomenon of care*, in *Handbook of phenomenology and medicine*, K.S. Toombs, Editor. 2001, Kluwer: Dordrecht, NL. p. 351-369.
186. Taylor, C., *Philosophical reflections on caring practices*, in *The Crisis of Care*, S.S. Phillips and B. Patricia, Editors. 1994, Georgetown University: Washington D.C. p. 174-187.
187. Benner, P., *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. 1984, Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
188. Benner, P., *The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge*, in *Philosophy in a time of pluralism: Perspectives on the philosophy of Charles Taylor*, J. Tully and D.M. Weinstock, Editors. 1994, Cambridge University: Cambridge, MA. p. 136-155.

189. Lane, C., A. Fernandes Antunes, and M. Kingma, *The nursing community, macro-economic and public finance policies: towards a better understanding*. 2009, WHO World Health Organization, ICN International Council of Nurses: Genf. p. 1-54.
190. Mahrer Imhof, R., *Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft?* Pflege, 2005. 18(6): p. 342-344.
191. Käppeli, S., *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft*. 2004, Bern: Hans Huber.
192. Phillips, S. and P. Benner, *The Crisis of Care: affirming and restoring caring practices in the helping professions*. 1994, Washington, D.C.: Georgetown University Press.
193. Willems, Y., *Nursing terapeutico basato sulla relazione: Della teoria alla pratica*. 2006, Medical Humanities: Belinzona.
194. Tarlow, B., *Caring, a negotiated process that varies*, in *Caregiving. Readings in knowledge, practice, ethics, and politics*, S. Gordon, P. Benner, and N. Noddings, Editors. 1996, Penn: Philadelphia. p. 56-82.
195. Halldorsdottir, S., *Implications of the Caring / Competence Dichotomy*, in *Nursing practice Knowledge and Action*, S.E. Thorne and V.E. Hayes, Editors. 1997, SAGE: London. p. 105-124.
196. Davies, C., *Political leadership and the politics of nursing*. Journal of Nursing Management, 2004. 12(4): p. 235-241.
197. Des Jardin, K.E. and K.E. Des Jardin, *Political involvement in nursing--education and empowerment*. AORN Journal, 2001. 74(4): p. 467-75; quiz 476-9.
198. Des Jardin, K., *Political involvement in nursing--politics, ethics, and strategic action*. AORN Journal, 2001. 74(5): p. 614-8.
199. Benner, P., et al., *Educating Nurses: A Call of Radical Transformation*. 2010, San Francisco: Jossey Bass.
200. DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. *DBfK fordert höchste Priorität für Reform der Pflegeausbildung*. 2009 [cited 2009 11.11.]; Available from: <http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=DBfK-fordert-hoehchte-Prioritaet-fuer-Reform-der-Pflegeausbildung.php&navid=100>.
201. Cohen, S.S., et al., *The synergy model and the role of clinical nurse specialists in a multihospital system*. American Journal of Critical Care, 2002. 11(5): p. 436-446.
202. de Witt, L. and J. Ploeg, *Critical Analysis of the Evolution of a Canadian Nurse Practitioner Role*. Canadian Journal of Nursing Research, 2005. 37(4): p. 116-137.
203. Lansley, A. and A. Milton, *The Future of Nursing: A consultation*. 2009, House of Common: London. p. 1-19.
204. ICN International Council of Nurses, *International survey of nurse practitioner/advanced practice nursing roles*. 2001, ICN: Genf.
205. Hamric, A.B., J.A. Spross, and C.M. Hanson, *Advanced Practice Nursing - An integrative approach*. 3rd ed. 2005, St Louis: Elsevier.
206. Spirig, R. and S. De Geest, *Editorial: "Advanced Nursing Practice" lohnt sich!* Pflege, 2004. 17: p. 233-236.
207. Kriegl, M., *Advanced Nursing Practice - Eine Chance für die Professionalisierung der Pflege*, in *Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft*. 2009, FH Krens University of Applied Science/ Austria: Ulm/Donau.
208. Imhof, L., *Abschlussarbeiten von HöfFall- und Masterabsolvierenden bis ins Jahre 2002*. 2005, VfP: Basel.
209. Pulcini, J. and M. Wagner. *Perspective on Education and Practice for Nurse Practitioners and Advanced Practice Nursing*. undated [1.3.2010]; Available from: International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network: www.icn.ch
210. Meleis, A.I. and K. Dracup, *The case against the DNP: History, timing, substance, and marginalization*. The Online Journal of Issues in Nursing, 2005. 10(3).
211. Dracup, K. and C.W. Bryan-Brown, *Doctor of nursing practice--MRI or total body scan?* Am J Crit Care, 2005. 14(4): p. 278-81.
212. Dracup, K., et al., *Reflections on the doctorate of nursing practice*. Nurs Outlook, 2005. 53(4): p. 177-82.
213. Edwards, S., *A professional practice-based doctorate: Developing advanced nursing practice*. Nurse Educ Today, 2009. 29(1): p. 1-4.
214. Ford, J., *NP hospitalists. A new niche for NPs*. Adv Nurse Pract, 2009. 17(2): p. 43-4, 46.

215. NZZ, *Machen Krankenschwestern künftig Hausarztmedizin? Akademisierung der Pflege gibt zu reden*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 31.10.2006: Inland. p. S. 14.
216. NZZ, *Perspektiven nach dem Studium Was bringt die Akademisierung der Krankenpflege? Chancen und Gefahren im Spektrum der Meinungen*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 31.10.2006. p. S. 85.
217. Tages Anzeiger, *Mit Akademisierung zu mehr Attraktivität*, in *Tages-Anzeiger*. 5. Januar 2009: GES. p. S. 15.
218. NZZ, *Krankenpflege als akademische Disziplin Am Basler Institut für Pflegewissenschaft wird gelehrt und geforscht*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 10.07.2006: Inland p. S. 9.
219. Tages Anzeiger, *Zu viel Papier, zu wenig Personal*, in *Tages-Anzeiger*. 18.1.2008: GES; SCHNEIDERS TELEVISIONEN. p. S. 23.
220. NZZ, *Teure Sendepause*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 17.12.2009: Zürich und Region. p. S. 19.
221. NZZ, *Miriam Schudel (Winterthur) Akademisierung fördert Pflegequalität*, in *Neue Zürcher Zeitung*. 03.03.2009: Briefe an die NZZ. p. S. 9.
222. Kesselring, A. and S. De Geest, *[Interdisciplinary cooperation. Medicine and nursing-- Siamese twins?]*. *Krankenpfl Soins Infirm*, 2002. 95(12): p. 17-9.
223. Kesselring, A., *Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege: Warum das Thema? Pflege*, 2005. 18: p. 143-145.
224. Kesselring, A., *Gemeinsam um das Wohl der Patienten besorgt*. *Krankenpflege*, 2005. 10: p. 18-20.
225. Bachl, M., *Die Wirksamkeit der Pflege beweisen*. *Krankenpflege*, 2003. 6: p. 13-15.
226. Merino, E., R. Meyer, and C. Meier, *Abstimmung der Ausbildung auf die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes in den reglementierten Gesundheitsberufen, namentlich Pflege*, A. BBT, Editor. 2009, Harmony Solution SA: Fribourg.
227. Bachl, M., *Wie wird die Pflege besser, effizienter und billiger?* *Krankenpflege*, 2008. 8: p. 14-17.
228. Spirig, R., et al., *Von der Fachperson zur Expertin*. *Krankenpflege*, 2010. 22: p. 22-23.
229. Rabenschlag, F., *Rollenklärung der psychiatrischen Pflege*. *Krankenpflege*, 2008. 12: p. 20-21.
230. Bergner, E., *Bis zum Rentenalter im Arbeitsprozess*. *Krankenpflege*, 2009. 10: p. 20-22.
231. Lüthi, U., *Erste Schritte hin zu einer vertieften Pflegepraxis*. *Krankenpflege*, 2009. 12: p. 20-21.
232. Bonsall, K. and F.M. Cheater, *What is the impact of advanced primary care nursing role on patients, nurses and their colleagues? A literature review*. *International Journal of Nursing Studies*, 2008. 45(7): p. 1090-1102.
233. Cody, W.K., *Interdisciplinarity and Nursing: "Everything is Everything," or Is it?* *Nursing Science Quarterly*, 2001 14(4): p. 274-280.
234. Phillips, A., *Realistic team building in a nurse managed clinic setting*. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 2009. 10(1): p. 1-14.
235. Grey, M. and C.A. Connolly, *"Coming together, keeping together, working together": Interdisciplinary to transdisciplinary research and nursing*. *Nursing Outlook*, 2008. 56(3): p. 102-107.
236. Adler, G. and J.-H. von dem Knesbeck, *Auf akademischen Wegen*. *Deutsches ärzteblatt*, 2010. 107(9): p. A386-A390.
237. Bryant-Lukosius, D., et al., *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 2004. 48(5): p. 519-29.
238. Gardner, A., et al., *From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice*. *Journal of Clinical Nursing*, 2008. 17(2): p. 250-258.
239. Benner, P., C.A. Tanner, and C.A. Chesla, *Pflegeexperten: Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*. 2000, Bern: Hans Huber.
240. Martin, J. and K. Altdorf, *Clinical leadership: Ein Ansatz zur Praxisentwicklung in der Pflege?* *Care Management*, 2008. 1: p. 8-10.
241. Sherman, R.O., *Factors influencing organizational participation in the CLINICAL NURSE LEADER project*. *Nursing Economic\$, 2008. 26(4): p. 236.*

242. LaSala, C.A., et al., *The role of the clinical nurse specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes*. Journal of Continuing Education in Nursing, 2007. 38(6): p. 262-270.
243. Gibbs, I., D. McCaughan, and G. M., *Skill mix in nursing: a selective review of the literature*. Journal of Advanced Nursing, 2006. 16(2): p. 242-249.
244. Bryant, R., *Regulation, roles and competency development*, T.g.n.r. initiative, Editor. 2005, ICN: Genf. p. 1-52.
245. Aiken, L.H., S.P. Clarke, and D.M. Sloane, *Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings*. Nurse Outlook. , 2002. 50(5): p. 187-194.
246. Kaufmann, Y. and B. Wapf, *Bedarfsklärung FH-Masterstudiengänge Fachbereich Gesundheit*. 2008, Bundesamt für Berufsbildung und Technologie: Zürich. p. 1-55.
247. RCN Royal College of Nursing, *The future nurse: the future for professional regulation* 2004, RCN: London. p. 1-17.
248. Kocher, G. and W. Oggier, *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006: Eine aktuelle Übersicht*. 2004, Bern: Hans Huber.
249. Imhof, L., *Pflegerische und ärztliche Expertise: Erfolgreich verhandeln: Das Beispiel der Reanimationsverordnungen*, in *Kongress des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. 2009, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Davos.
250. McLaughlin, R., *Preparation for negotiating scope of practice for acute care nurse practitioners*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2007. 19(12): p. 627-34.
251. Hofler, L.D., *Nursing education and transition to the work environment: a synthesis of national reports*. Journal of Nursing Education, 2008. 47(1): p. 5-12.
252. Trageser, J., et al., *Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care*. 2009, Infrac Bundesamt für Gesundheit: Bern. p. 1-12.
253. Registered Nurses' Association of Ontario, *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. . 2006, Registered Nurses' Association of Ontario: Toronto, Canada.
254. Warr, J., *Experiences and perceptions of newly prepared Health Care Assistants (Level 3 NVQ)*. Nurse Educ Today, 2002. 22(3): p. 241-50.
255. Buchan, J. and M. Dal Poz, *Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence*. Bull World Health Organ, 2002. 80(7): p. 575-80.
256. Spilsbury, K. and J. Meyer, *Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting*. J Nurs Manag, 2004. 12(6): p. 411-8.
257. D'Amour, D., et al., *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*. J Interprof Care, 2005. 19 Suppl 1: p. 116-31.
258. Rhéaume, A., *The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick*. J Adv Nurs, 2003. 41(5): p. 435-43.
259. Bosley, S. and J. Dale, *Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change*. Br J Gen Pract, 2008. 58(547): p. 118-24.
260. Weaver, T., *Enhancing multiple disciplinary teamwork*. Nursing Outlook, 2008. 56: p. 108-114.
261. RCN Royal College of Nursing, *The future nurse*, in *Interim report*. 2003, RCN: London. p. 1-18.
262. Opaschowski, H.W., *Deutschland 2020. Wie wir morgen leben - Prognose der Wissenschaft*. 2006, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
263. Schaeffer, D. and M. Ewers, *Ambulantisierung - Konsequenz für die Pflege*. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 2001. 1(1): p. 13-20.
264. Schaeffer, D. and M. Ewers, *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. 2002, Bern: Hans Huber.
265. Taft, S.H. and K.M. Nanna, *What are the sources of health policy that influence nursing practice?* Policy, Politics, & Nursing Practice, 2008. 9(4): p. 274-287.
266. National Institute of Nursing Research. *Developing knowledge for practice: Challenges and opportunities*. [Priority Expert Panel (PEP) Reports] 1993 [cited 2005 July 18]; Available from: <http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol1/index.html>.
267. Ross, F., et al. *Identifying Research priorities for nursing and midwifery service delivery and organisations*. [Study report] 2002 [cited 2005 July 18]; Available from: http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/nursingandmidwiferyscopingexercise_report.pdf.

268. Academy of Finland. *Nursing and caring sciences: Evaluation report 2003* [cited 2005 July, 25]; Available from: <http://www.aka.fi>.
269. Levin, R.F., P. Perry, and C. Gurney, *Designing a statewide agenda for nursing research*. Journal of the New York State Nurses Association, 2002. 33(2): p. 4-10.
270. National Institute of Nursing Research. *Long-term care for older adults*. [Priority Expert Panel (PEP) Reports] 1994 [cited 2005 July 18]; Available from: <http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol3/index.html>.
271. Scottish Executive Health Department. *Choices and challenges: The strategy for research and development in nursing and midwifery in Scotland*. 2002 [cited 2005 July 27]; Available from: <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/cac.pdf>.
272. Department of Health and Children. *A research strategy for nursing and midwifery in Ireland*. [Final report] 2003 July 20, 2005 [cited 2005 July, 21]; Available from: <http://www.doh.ie/pdfdocs/rsnw.pdf>.
273. World Health Organisation, *Report on a WHO meeting, in 11th Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO*. 2007, WHO Europe: Copenhagen, Denmark. p. 28.
274. Higher Education Funding Council for England (HEFCE). *Promoting research in nursing and the allied health professions*. [report] 2001 [cited 2005 July 18]; Available from: http://www.hefce.ac.uk/pubs/hefce/2001/01_64.htm.
275. Imhof, L., et al., *Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz*. Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift, 2008. 21: p. 252-261.
276. Kesselring, A., *[Nursing as an art in practice and science]*. Pflege, 1997. 10(2): p. 72-9.
277. Käppeli, S., *Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege?* Pflege, 1999. 12(4): p. 153-157.
278. Bartholomeyczik, S., *Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung.*, in *Handbuch Pflegewissenschaft*, B. Rennen-Allhoff and D. Schaeffer, Editors. 2000, Juventa: Weinheim. p. 67-106.
279. Mahrer-Imhof, R., *Cardiovascular nursing in Switzerland-a developing field*. Progress in Cardiovascular Nursing, 2008. 23(1): p. 45-48.
280. Mahrer-Imhof, R. and L. Imhof, *Forschungsprioritäten und Forschungsthemen im Bereich der kardiovaskulären Pflege: Die schweizerische Agenda für die Pflege [Research priorities and research topics for cardiovascular nursing: The Swiss Research Agenda for Nursing]*. Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift, 2008. 1(6): p. 404 - 422.
281. Shaha, M., et al., *Der Beitrag der Onkologiepflege zur Swiss Research Agenda for Nursing - SRAN [The Contribution of Oncology Nursing to the Swiss Research Agenda for Nursing - SRAN]*. Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift, 2008. 1(6): p. 385-403.
282. Cignacco, E., *[The development of a Nursing Research Agenda for Pediatrics for the years 2007 to 2017 as an integrative part of the national "Swiss Research Agenda"-project]*. Pflege, 2008. 21(6): p. 423-34.
283. Imhof, L., R. Naef, and R. Mahrer Imhof, *Forschungsprioritäten der gerontologischen Pflege [Swiss research agenda for gerontological nursing]* Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift, 2008. 21(6): p. 435-451.
284. Abderhalden, C., et al., *[Research priorities in psychiatric nursing]*. Pflege, 2008. 21(6): p. 453-77.
285. National Institute for Health and Clinical Excellence, *NHS Clinical Guideline 23*; 2007. p. 363.
286. Doran, D.M., ed. *Nursing-Sensitive outcomes. State of the science*. 2003, Jones and Bartlett: Boston.
287. Meleis, A.I., *Theoretical nursing: Development and progress*. 3rd ed. 2006, Philadelphia: Lippincott.
288. Hasselhorn, H.M., P. Tackenberg, and B.H. Müller, *[Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen]*. NIWL, 2003: p. 115-125.
289. RCN Royal College of Nursing, *The future nurse: trends and predictions for the nurse workforce*. 2004. p. 1-15.

290. Zurn, P., C. Dolea, and B. Stilwell, *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*, T.g.N.R. Initiative, Editor. 2005: Genf. p. 1-36.
291. Kopolu Munjanja, O., S. Kibuka, and D. Dovlo, *The nursing workforce in sub-Saharan Africa*, T.G.N.R. Initiative, Editor. 2005: Genf. p. 1-68.
292. ICN International Council of Nurses, *Overview Paper in 14th ICN Workforce Forum*. 2008, ICN International Council of Nurses: Silver Spring, Maryland USA.
293. Berkman, L.F., et al., *Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial*. Journal of the American Medical Association, 2003. 289(23): p. 3106-3116.
294. Bodenmann, G., *Die Bedeutung von Stress für die Partnerschaft*, in *Sozialpsychologie der Partnerschaft*, I. Grau and H.W. Bierhoff, Editors. 2002, Springer: Berlin.
295. Burke, M.M. and J.A. Laramie, *Primary care of the older adult: An multidisciplinary approach*. 2nd ed. 2004, St Louis: Mosby.
296. Gehring, M., et al., *Familienbezogene Pflege*. 2001, Bern: Hans Huber.
297. Lilly, M.L., *Gerontological family nursing*, in *Family health care nursing - Theory, practice & Research*, S.M. Harmon Hanson, V. Gedaly-Duff, and J. Rowe Kaakinen, Editors. 2005, F.A. Davis: Philadelphia. p. 375-392.
298. Stoltz, P., G. Uden, and A. Willman, *Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2004. 18(2): p. 111-9.
299. Meyer, P.C. and A. Zumbrunn, *Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege*, in *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006: Eine aktuelle Uebersicht*, G. Kocher and W. Oggier, Editors. 2004, Hans Huber: Bern.
300. Schelling, H.R., *Altern in der Schweiz: Bilder der Wirklichkeit*, in *La question des générations: Dimensions, enjeux et débats / Generationenfrage: Dimensionen, Trends und Debatten*, J. Fragnière, F. Höpflinger, and V. Hugentobler, Editors. 2002, INAG: Sion. p. 85-90.
301. Kesselring, A., et al., *Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission*. European Journal of Public Health, 2001. 11(3): p. 267-73.
302. Preusse, B., *Systemische Fragen in der familienzentrierten Pflege*, in *SBK-Kongress 09 (13.-15. Mai 2009, Davos)*. 2009: Davos. p. 5.
303. Coyne, J.C., et al., *Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure*. American Journal of Cardiology, 2001. 88(5): p. 526-529.
304. Ducharme, F., et al., *Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design*. Research in Nursing & Health, 2006. 29: p. 427-441.
305. Mahrer-Imhof, R., A. Hoffmann, and E.S. Froelicher, *Impact of cardiac disease on couples' relationships: An interpretive phenomenological study*. Journal of Advanced Nursing, 2007. 57(5): p. 513-521.
306. Orth-Gomer, K. and C. Leineweber, *Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study*. Biol Psychol, 2005. 69(1): p. 57-66.
307. Rohrbaugh, M.J., V. Shoham, and J.C. Coyne, *Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure*. American Journal of Cardiology, 2006. 98: p. 1069-1072.
308. Rohrbaugh, M.J., et al., *Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress*. Journal of Family Psychology, 2002. 16(1): p. 3-13.
309. Imhof, L., R. Mahrer-Imhof, and R. Naef, *Vernehmlassung, Stellungnahme zu den medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen „Reanimationsentscheidungen“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*. 2009, ZHAW: Winterthur.
310. Bartholomeyczik, S., *Die Schweizer Agenda für Pflegeforschung (SRAN) - Ein umsetzungswürdiger Rahmenplan*. Pflege, 2008. 21(6): p. 371-373.
311. Buchan, J., *Nursing Futures, Future Nurses*. 2008, Queen Margaret University: Edinburgh. p. 1-27.

312. Currie, K., D. Tolson, and J. Booth, *Helping or hindering: the role of nurse managers in the transfer of practice development learning*. Journal of Nursing Management, 2007. 15(6): p. 585-94.
313. Allied Health Professions. *Allied health professions research and development action plan*. 2004 [cited 2005 July 26]; Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Publications>.
314. Spichiger, E., et al., *Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition*. Pflege, 2006. 19: p. 45-51.
315. Pinkert, C., *Ohne Pflegewissenschaft läuft gar nichts mehr*. Krankenpflege, 2005. 4: p. 17-19.
316. Weidner, F. *Pflege auf dem Weg zur wissenschaftlichen Praxisdisziplin*. [website] 2002 [cited 2003 1. 20.]; Available from: <http://www.oegvp.at/2000g.pdf>.
317. Dewing, J., A. Titchen, and B. McCormack, *Practice development and the potential for integrating transformational practice with research: a response to Editorial: Thompson, D.R., Watson, R., Quinn, T., Worrall-Carter, L., Connell, B. 2008. Practice development: what is it and why should we be doing it? Nurse Education in Practice 8, 221-222.[comment]*. Nurse Education in Practice, 2009. 9(1): p. 1-4.
318. Dewing, J., *Implications for nursing managers from a systematic review of practice development*. Journal of Nursing Management, 2008. 16(2): p. 134-40.
319. Wallin, L., et al., *Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 2003. 41(5): p. 509-518.
320. de Jong, A., *Von der Praxis zur Theorie - Von der Theorie zur Praxis. Festschrift 10 Jahre Studium Pflegewissenschaft*. 2006, Institut für Pflegewissenschaft: Witten. p. 46-49.
321. Howaldt, J., R. Klatt, and R. Kopp, *Neuorientierung des Wissensmanagements. Paradoxien und Dysfunktionalitäten im Umgang mit der Ressource Wissen*. Vol. 1. 2004, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
322. DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. *Die Rahmenbedingungen der professionellen Pflege sind so gestaltet, dass die pflegerische Versorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht*. in *Aktionsprogramm 2010*. 2010. Berlin: DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
323. DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. *Weichen stellen für die Zukunft der Pflege*. in *Aktionsprogramm 2010*. 2010. Berlin: DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
324. Sitzia, J., *Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves*. Intensive and Critical Care Nursing, 2002. 18(4): p. 230-243
325. MacGuire, J.M., *Putting nursing research findings into practice: research utilization as an aspect of the management of change*. Journal of Advanced Nursing, 2006. 53(1): p. 65-74.
326. Funk, S.G., E.M. Tornquist, and M.T. Champagne, *Barriers and Facilitators of Research Utilization. An Integrative Review*. Nursing Clinics of North America, 1995. 30(3): p. 395-407.
327. Nagelkerk, J., *Evidence-Based Practice: Strategies for Nursing Leaders*, in *Leadership and Nursing Care Management*, D.L. Huber, Editor. 2005, Elsevier Health Sciences: Philadelphia. p. 154.
328. Rodts, M.F. and K.V. Lamb, *Transforming your professional self: encouraging lifelong personal and professional growth*. Orthopaedic Nursing, 2008. 27(2): p. 125-32; quiz 133-4.
329. Duffield, C. and H. Franks, *Career paths beyond nursing and the contribution of nursing experience and skills in attaining these positions* International Journal of Nursing Studies, 2002. 39(6): p. 601-609.
330. Hayes, L.J., et al., *Nurse turnover: A literature review*. International Journal of Nursing Studies, 2006. 43(2): p. 237-263.
331. Zabalegui, A., et al., *Changes in nursing education in the European Union*. J Nurs Scholarsh, 2006. 38(2): p. 114-8.
332. Cox, K.S., et al., *Nurses' work environment perceptions when employed in states with and without mandatory staffing ratios and/or mandatory staffing plans*. Policy, Politics, & Nursing Practice, 2005. 6(3): p. 191-197.

333. Edwardson, S.R., *Matching standards and needs in doctoral education in nursing*. J Prof Nurs, 2004. 20(1): p. 40-6.
334. Berlin, L.E. and K.R. Sechrist, *The shortage of doctorally prepared nursing faculty: a dire situation*. Nurs Outlook, 2002. 50(2): p. 50-6.
335. O'Neil Munding, M., *Who's who in nursing: Bringing clarity to the doctor of nursing practice* Nursing Outlook, 2005. 53(4): p. 173-176.
336. Jolley, J., *Choose your doctorate*. J Clin Nurs, 2007. 16(2): p. 225-33.
337. Marion, L., et al., *The Practice Doctorate in Nursing: Future or Fringe?* Topics in Advanced Practice Nursing 2003;3(2), 2003. 3(2).
338. Taylor, B., *Qualitative critical methodologies and postmodern influences*, in *Research in nursing and health care: evidence for practice*, B. Taylor, S. Kermode, and K.L. Roberts, Editors. 2006, Thomson Learning Nelson,.
339. ICN International Council of Nurses, *Country Overview Report*, in *ICN Workforce Forum*. 2005, ICN International Council of Nurses: Berlin.
340. Brühwiler, B., *Entwicklung des Gesundheitssystems und Personalbedarf. Erwartete Verschiebungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit*, in *10. Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik*. 2008, Universitätsspital Zürich: Bern.
341. Walsh, K., et al., *Designing an effective evaluation plan: a tool for understanding and planning evaluations for complex nursing contexts*. Contemporary Nurse, 2007. 25(1-2): p. 136-45.
342. ICN International Council of Nurses, *Overview Paper in 13th ICN Workforce Forum*. 2007, ICN International Council of Nurses: Dublin.
343. Meyer, P.C. and L. Imhof, *Boom der Pflegeforschung*. Krankenpflege, 2009. 3: p. 20-22.
344. Folkers, G., *Interdisziplinär forschen, aber wie?* horizonte, 2010(März): p. 33.
345. Graf, J., *The Innovation Promotion Agency CTI: Support for research projects at the Universities of Applied Sciences in Switzerland*, in *Specialised Conference in Health*. 2009: Bern.
346. Tabin, J.-P., *DORE Förderinstrument für praxisorientierte Forschung an Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen. Forschungsfinanzierung vor und nach 2012: Die SNF Perspektive*, in *Forschungstag Fachkonferenz Gesundheit*. 2009: Bern.
347. Meyer, P.C., *SNSF Funding of health research at Universities of Applied Sciences (UAS) after 2011. Main focus and scenarios of the specialized conference in health of the Swiss UAS*, in *Forschungstag der Fachkonferenz Gesundheit (FKG)*. 2009: Bern.
348. Schultz, A.A., *Role of research in reconstructing global healthcare for the 21st century*. Nursing Administration Quarterly, 2004. 28(2): p. 133-43.
349. Dobbins, M., et al., *A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice*. Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, 2002. 9: p. 7.
350. Redfern, S. and S. Christian, *Achieving change in health care practice*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2003. 9(2): p. 225-38.
351. Behrens, J. and G. Langer, *Evidence-based nursing and Caring. Interpretativ hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen, Vertrauensbildende Entzauberung der 'Wissenschaft'*. 2006, Bern: Huber.
352. Flyvbjerg, B., *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How it can Succeed Again*. 2001, Cambridge: Cambridge University.
353. Mahrer, R. and L. Imhof, *Pflegegeschichten - Erfahrungslernen im pflegerischen Alltag*, in *Pflege lehren und lernen: Pädagogische und fachdidaktische Impulse zur Ausbildung im Gesundheitswesen*, WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Editor. 2004, h.e.p.: Bern. p. 53-63.
354. Ding, S., *Bureau d'echange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins (BEST) - Presentation Project team*. 2009, CHUV / HES-FR / Hecv-santé / La Source.
355. Panfil, E.M. *FIT-Nursing Care: Entwicklung einer forschungs- und IT-gestützten Expertennetzwerkplattform zur Unterstützung von Evidence-based Nursing (wirksame Pflege)*. 2009 [cited 2009 05.11.]; Available from: <http://www.sbk-asi.ch>.
356. Schmid, A., et al., *Strategie "eHealth" Schweiz*, Eidgenössisches Departement des Innern: Bundesamt für Gesundheit BAG, Editor. 2007, Bundesamt für Gesundheit (BAG). p. 1-57.

357. Maas, M.L. and C. Delaney, *Nursing process outcome linkage research: issues, current status, and health policy implications*. Medical Care, 2004. 42(2 Suppl): p. 1140-8.
358. Estry-Béhar, M., *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. 2008, Presses de l'école des hautes études en santé publique.