

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Ist es sinnvoll, die Rolle des Fallmanagers, wie sie im Berliner TransitionsProgramm beschrieben ist, als APN Rolle zu gestalten und wie könnte diese aussehen?

Eine Konzeptentwicklung

Would it be suitable to establish the role of the Case Manager as described in the Berliner TransitionsProgramm as an APN role, and if so, what would the profile look like?

A possible concept

Lina Baumgarten

Gutachterin: Prof. Dr. Susanne Schuster

Abgabetermin: 06.02.2021

Genderhinweis

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, diverser und weiblicher Sprachformen verzichtet. Dadurch gelten sämtliche Personenbezeichnungen gleichermaßen für alle Geschlechtsformen.

Zusammenfassung

Die Inzidenz der chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen steigt weltweit stark an. Davon betroffen ist auch das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I. Kinder sind bei ihren Pädiatern meist gut betreut. Allerdings muss mit dem Übergang ins Erwachsenenleben auch die Transition in der medizinischen Versorgung stattfinden. Oft verlieren die Jugendlichen dabei den Anschluss zu ihren Ärzten. Um dies zu vermeiden, gibt es sogenannte Transitionsprogramme, die beim Übergang begleiten sollen. In Deutschland wurde das Berliner Transitionsprogramm entwickelt. Dabei unterstützen Fallmanager die Jugendlichen bei ihrem Übergang in die Erwachsenenversorgung. Die Stelle des Fallmanagers wird allerdings mit unterschiedlichen Berufsgruppen besetzt.

So wurde in dieser Bachelorarbeit folgende Fragestellung bearbeitet: Ist es sinnvoll, die Rolle des Fallmanagers, wie sie im Berliner Transitionsprogramm beschrieben ist, als APN Rolle zu gestalten und wie könnte diese aussehen?

Zur Klärung dieser Frage ist in Anlehnung an Graf und Spengler ein Konzept für einen Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I erstellt worden. Dazu wurden verschiedene theoretische Hintergründe wie die Transitionstheorie nach Meleis, das Berliner Transitionsprogramm, das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I sowie das Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric herangezogen.

Herausgearbeitet werden konnte der Mehrwert, den ein Pflegeexperte APN für die Stelle des Fallmanagers mitbringt. Die Patienten profitieren durch das breite Kompetenzprofil des Pflegeexperten APN und das Programm kann besser an die Bedarfe der Jugendlichen angepasst werden. Im Rahmen der Konzeptentwicklung ist daher eine Stellenbeschreibung entstanden. Die Implementierung der erarbeiteten Rolle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I kann ein guter Weg hin zur ganzheitlichen Versorgung von Jugendlichen im Transitionsprozess sein. Allerdings gibt es noch einige Rahmenbedingungen, die bis zur endgültigen Umsetzung des Konzepts geklärt werden müssen.

Abstract

The incidence of chronic diseases in children and adolescents is increasing rapidly worldwide. This also affects type I diabetes. Children are usually well attended by their pediatric care teams, but with the transition to adult life, the transition from pediatrics to adult care must also take place. Often adolescents lose their connection to medical care during transition. To avoid this, so-called transition programs have been implemented to assist during this time. In Germany, the Berliner TransitionsProgramm has been developed. Within this program Case Managers support young people during their transition to adult care. However, the position of Case Manager is filled by different occupational groups.

Therefore in this bachelor thesis, the following question has been addressed: Would it be suitable to establish the role of the Case Manager as described in the Berliner TransitionsProgramm as an APN role, and if so, what would the profile look like?

In order to clarify this question, a concept based on Graf and Spengler has been created for an APN role as Case Manager for transitioning with type I diabetes. Various theoretical backgrounds such as Meleis' transitions theory, the Berliner TransitionsProgramm, the pathology of type I diabetes and Hamric's model of Advanced Nursing Practice have been used for this purpose.

The added value that an APN brings to the position of Case Manager has been outlined in this bachelor thesis. Patients benefit from the broad competence profile of an APN and the program can be better adapted to the needs of adolescents. As part of the concept development, a job description has therefore been created. The implementation of the created APN role as Case Manager for transitioning with type I diabetes could be a good way to provide holistic care for young people in the transition process. However, there are still some framework conditions that need to be clarified before the final implementation of the concept will be possible.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	II
Abstract.....	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung	1
1.1 Fragestellung	3
1.2 Methodisches Vorgehen.....	4
2. Theoretischer Teil	5
2.1 Transitionstheorie nach Meleis.....	5
2.2 Berliner TransitionsProgramm.....	8
2.3 Diabetes mellitus Typ I.....	11
2.4 Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric.....	13
3. Konzeptentwicklung nach Graf und Spengler.....	18
3.1 Vorbereitungsphase	19
3.2 Erarbeitungsphase	21
3.2.1 Wertanalyse	22
3.2.2 IST-Analyse: Stärken und Schwächen	24
3.2.3 Umweltanalyse: Chancen und Risiken	28
3.2.4 SOLL-Zustand: Zielbestimmung.....	34
3.2.5 Wege und Mittel der Umsetzung	35
3.2.6 Weitere Phasen der Erarbeitung	37
3.3 Umsetzung.....	38
3.4 Kontrolle und Fortschreibung	39
4. Schlussbetrachtung.....	39
Literaturverzeichnis	VII
Anhang.....	XI

Abkürzungsverzeichnis

ANP	– Advanced Nursing Practice - Kompetenzebene
APN	– Advanced Practice Nursing - Modellebene
APNs	– Advanced Practice Nurses - Rollenebene
BTP	– Berliner TransitionsProgramm
DRK	– Deutsches Rotes Kreuz
IGES	– Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric.....	15
Abbildung 2: Gegenüberstellung Tätigkeiten/Kompetenzen Fallmanager und Kompetenzen Pflegeexperte APN.....	22/23
Abbildung 3: Ressourcen und Kosten.....	25
Abbildung 4: Beziehung zu den Nutzern.....	25
Abbildung 5: Beziehung zur Öffentlichkeit und Fachbasis.....	26
Abbildung 6: Weitere Faktoren.....	26
Abbildung 7: Personal.....	27
Abbildung 8: IST-Analyse: Stärken und Schwächen.....	28
Abbildung 9: Sammlung von Stakeholdern.....	29
Abbildung 10: Qualifikation der Konkurrenten.....	30/31
Abbildung 11: Bruttoverdienst der Konkurrenten.....	31
Abbildung 12: Stakeholder-Analyse.....	32
Abbildung 13: SWOT-Analyse: Gegenüberstellung der Stärken und Schwächen sowie der Chancen und Risiken.....	34
Abbildung 14: Sachkosten.....	35
Abbildung 15: Personalkosten Pflegeexperte APN.....	36

1. Einleitung

Weltweit steigt die Inzidenz der chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stark (Mauz et al., 2017). Davon betroffen ist auch das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I. Bereits über eine Million Kinder und Jugendliche sind daran global erkrankt. In Deutschland lag die Prävalenz von Kindern bis 14 Jahren mit Diabetes mellitus Typ I im Jahr 2019 bei 17.200 Fällen, die Inzidenz bei 2.600 Kindern jährlich. (International Diabetes Federation, 2019, S. 49)

Kinder und Jugendliche mit Diabetes sind ebenso wie Erwachsene von Folgeerkrankungen bedroht. Mikro- und makrovaskuläre (die kleinsten und großen Blutgefäße betreffende) Erkrankungen, wie beispielsweise Retinopathie (Schädigung der Netzhaut), können schon im Kindesalter auftreten. Besonders Kinder in vulnerablen Familien müssen daher Unterstützung erfahren und von Fachpersonal gut begleitet werden. (International Diabetes Federation, 2019, S. 92)

Die Kosten für die Behandlung von Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus sind hoch. Sie machen über 50% der direkten Kosten für die Behandlung von Diabetes mellitus aus. (International Diabetes Federation, 2019, S. 93) Außerdem steigen die volkswirtschaftlichen Kosten, wenn infolge von Komplikationen Fehlzeiten im Beruf und eine frühzeitige Berentung nicht auszuschließen sind. Des Weiteren spielen Kosten für Krankenhauseinweisungen aufgrund von Komplikationen eine große Rolle. (Findorff et al., 2016, S. 17) So ergeben sich 3,6 mal höhere Kosten für Jugendliche mit mehreren Stoffwechsellentgleisungen als bei Patienten ohne Stoffwechsellentgleisungen (Icks et al., 2013).

In der Forschung und im Gesundheitswesen wird zwischen der Versorgung von Kindern und Erwachsenen unterschieden. Allerdings gibt es zwischen diesen beiden noch die Phase des Übergangs, in der sich Jugendliche befinden. Die Unterscheidung in nur zwei Patientengruppen wird den speziellen Bedürfnissen der Jugendlichen, besonders derer, die an einer chronischen Erkrankung leiden, nicht gerecht. (Weissberg-Benchell et al., 2007)

Kinder und Jugendliche werden meist durch Teams aus beispielsweise dem Kinderarzt, Diabetologen und Ernährungsberatung gut und umfassend betreut. Doch kommen die Jugendlichen in ein Alter, in dem sie nicht mehr pädiatrisch versorgt werden können, muss eine Transition in die Erwachsenenversorgung stattfinden. (Findorff et al., 2016, S. 8) Dabei verlieren 40% der Jugendlichen den Kontakt zur medizinischen Versorgung (van Wallegghem et al., 2011). Sie stellen sich dann oft erst bei Notfällen und Komplikationen wieder bei einem Spezialisten vor. Grund dafür sind zum einen die Unsicherheit bezogen auf die Weiterbetreuung durch die Erwachsenenspezialisten und das fehlende Vertrauen in die neuen Ärzte, eine typische Ablehnung von Hilfe durch die Eltern in diesem Alter sowie fehlende Kenntnis zu den

Abläufen im Gesundheitswesen. (Findorff et al., 2016, S. 3–4) Diese Herausforderungen kommen für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen zu dem ohnehin schon nicht leichten Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenleben hinzu. Jugendliche müssen lernen, selbst Verantwortung für ihre Erkrankung zu übernehmen, und über die nötigen Kenntnisse zum Umgang mit ihr verfügen. Auch für die Eltern ist es oft schwer, die Verantwortung an ihre Kinder abzugeben. (Findorff et al., 2016, S. 7) Neben medizinischen Herausforderungen begegnen den Jugendlichen auch psychosoziale Probleme und Fragen zu Sexualität, Alkohol, Rauchen und Drogen im Zusammenhang mit der Diabetes-Erkrankung (Peters & Laffel, 2011). Somit stellt die Transition eine kritische Phase dar, die gut durchdacht und geplant sein muss (Findorff et al., 2016, S. 3–4). Auch im Bereich der Prävention ist die Transition ein wichtiges Thema (Findorff et al., 2016, S. 7). Durch einen strukturierten Transitionsprozess könnten letztendlich die Kosten für die Krankenkassen reduziert werden (Findorff et al., 2016, S. 18).

Transition nach Blum et al. ist der zielgerichtete, geplante Übergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung (Blum et al., 1993).

Es wird unterschieden zwischen der Transitionsphase, die Vorbereitung und Nachbereitung einschließt, und dem eigentlichen Übergangszeitpunkt, dem sogenannten Transfer (Findorff et al., 2016, S. 7).

Den Transitionsprozess beschreibt auch Meleis mit ihrer Pflegetheorie mittlerer Reichweite. Darin sind verschiedene Transitions-Typen, Eigenschaften des Transitionserlebens, erleichternde und erschwerende Bedingungen, Prozessindikatoren, Indikatoren für das Outcome sowie mögliche Ansatzpunkte für die Pflege beschrieben. (Meleis et al., 2000) Einzelheiten dazu finden sich in Kapitel 2.1.

In Deutschland ist das Thema Transition für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen erst seit ein paar Jahren aktuell und es gibt noch keine einheitliche Vorgehensweise für den Transitionsprozess (Findorff et al., 2016, S. 22). Allerdings steht es seit mehr als zehn Jahren auf der Agenda der Gesundheitspolitik. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen befasste sich bereits 2009 in seinem Sondergutachten mit dem Thema der Transition. (Findorff et al., 2016, S. 4) Demnach sollen Modellversuche für Transitionsprogramme verstärkt gefördert werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009).

Durch Förderung der Robert Bosch Stiftung und die Zusammenarbeit der DRK Kliniken Berlin mit dem IGES Instituts konnte das Berliner Transitionsprogramm (BTP) entwickelt werden, bei dem Jugendliche mit chronischen Erkrankungen beim Übergang in die Erwachsenenmedizin

unterstützt werden. Das Programm wurde als Pilotprojekt in Berlin und Brandenburg entwickelt und durchgeführt. Es ist nicht auf ein Krankheitsbild festgelegt und kann an die jeweiligen Bedürfnisse der Jugendlichen angeglichen werden. (Findorff et al., 2016, S. 4)

Im Zentrum des BTP steht die Rolle des Fallmanagers, der unter anderem die Organisation des Transitionsprozesses übernimmt. Eingesetzt werden hierfür Menschen, die einen heilkundlichen oder gesundheitsnahen Berufsabschluss haben und im Bereich des Fallmanagements weitergebildet sind. Als Weiterbildung kann entweder ein zertifizierter Abschluss der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management oder ein ähnlicher akademischer Abschluss im Pflegemanagement oder der Pflegewissenschaft gelten. (Findorff et al., 2016, S. 58)

Es gibt also verschiedene Qualifikationen, mit denen die Stelle des Fallmanagers besetzt werden kann. Somit ist die Aufgabe des Fallmanagements nicht ausschließlich durch Pflegefachpersonen zu übernehmen und auch eine akademische Ausbildung ist nicht zwingend erforderlich. Außerdem ist ein Masterabschluss, wie beispielsweise in der erweiterten Pflegepraxis, nicht Voraussetzung zur Ausführung der Rolle.

Die erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Veränderungen im Gesundheitswesen und damit einhergehenden veränderten Bedürfnissen weiterentwickelt. Spezialwissen im Bereich der Pflege wird demnach immer wichtiger. (Schober & Affara, 2008, S. 36)

Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine examinierte Pflegefachperson mit Expertenwissen, die komplexe Entscheidungen trifft und über klinische Kompetenzen in der erweiterten Pflegepraxis verfügt. Die Merkmale der Kompetenzen sind je nach Land unterschiedlich definiert. Voraussetzung für die Ausübung ist dabei ein Masterstudium. (International Council of Nurses, 2002, zitiert nach Schober & Affara, 2008, S. 51)

1.1 Fragestellung

Aufgrund der Problemlage des in Deutschland nicht einheitlich gestalteten Übergangs von der pädiatrischen zur Erwachsenenversorgung für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und den in der Einleitung (Kapitel 1.) beschriebenen Auswirkungen wurde das Thema der Transition von der Autorin als wichtig erfasst.

Die Stelle des Fallmanagers im BTP konnte während der Recherche für diese Bachelorarbeit als komplex eingestuft werden. Dabei ist aufgefallen, dass, wie ebenfalls in der Einleitung (Kapitel 1.) näher beschrieben, die Qualifikation für die Rolle des Fallmanagers sehr unterschiedlich sein kann. Anlässlich der Komplexität der Rolle, auf die im Kapitel 2.2 weiter eingegangen wird, kam die Frage nach einer möglichen Besetzung durch einen Pflegeexperten APN auf.

Es konnten außerdem Parallelen der Kompetenzen eines Fallmanagers im BTP (Findorff et al., 2016, S. 58) und eines Pflegeexperten APN nach Hamric (Spross, 2014, S. 44) erkannt werden. Ein Mehrwert wird durch die Besetzung der Stelle des Fallmanagers durch einen Pflegeexperten APN vermutet. Genauere Erläuterungen dazu finden sich in Kapitel 3.2.1.

Somit lautet die Forschungsfrage: Ist es sinnvoll, die Rolle des Fallmanagers, wie sie im Berliner Transitionsprogramm beschrieben ist, als APN Rolle zu gestalten und wie könnte diese aussehen?

Um die Fragestellung noch weiter eingrenzen zu können, wird der Fokus auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I gelegt. Dafür spricht die erfolgreiche Erprobung des BTP an diesem Krankheitsbild. Bezuggenommen wird darauf in Kapitel 2.2.

1.2 Methodisches Vorgehen

Um die oben genannte Fragestellung zu beantworten, wird in dieser Bachelorarbeit ein Konzept erstellt. Gestaltet werden soll die Rolle des Pflegeexperten APN als Fallmanager für ein Transitionsprogramm für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I im Übergang von der pädiatrischen zur Erwachsenenversorgung in Deutschland.

Grundlage dafür sind verschiedene theoretische Hintergründe, die anschließend an dieses Kapitel vorgestellt werden.

Der Aufbau, die Methode sowie die Thematik der Arbeit machen es notwendig, bereits an dieser Stelle das methodische Vorgehen abzuhandeln, da das Kapitel der Methode an der sonst üblichen Stelle einer Bachelorarbeit den Lesefluss stören würde.

Vorbereitend für diese Bachelorarbeit wurde eine orientierende Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar durchgeführt.

Einige darüber entdeckte Artikel konnten über die Fernleihe der Hochschule bestellt werden, bei anderen war ein Zugriff auf die Volltexte online möglich. Recherchiert wurde darüber hinaus in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Zum Thema Transition konnten auch Abschlussarbeiten in der Hochschulbibliothek gefunden werden. Diese befassen sich allerdings nicht zusätzlich mit der Rolle des Pflegeexperten APN.

Das BTP als abgeschlossenes Pilotprojekt sowie die Transitionstheorie nach Meleis (2015, S. 364) bilden einen Teil der theoretischen Grundlage für diese Arbeit. Des Weiteren wird das Kompetenzprofil des Pflegeexperten APN nach Hamric (Spross, 2014, S. 44) und das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I näher beleuchtet. Auf alle vier Themen wird im Laufe der Bachelorarbeit immer wieder Bezug genommen.

Mit den gewonnenen Informationen wird, orientiert an den Richtlinien zur Konzeptentwicklung nach Graf und Spengler (2016), das Konzept für eine APN Rolle in der Transition entwickelt. Bearbeitet werden im Rahmen dieser Bachelorarbeit die Schritte der Vorbereitungsphase, der Erarbeitungsphase mit einer abgewandelten Wertanalyse, einer IST-Analyse, der Umweltanalyse, einem SOLL-Zustand, Wege und Mittel der Umsetzung und weitere Phasen der Erarbeitung sowie der Kontrolle und Fortschreibung.

2. Theoretischer Teil

Dieser Teil der Bachelorarbeit befasst sich mit den theoretischen Hintergründen, auf deren Grundlage in späteren Kapiteln das Konzept für den Fallmanager als APN Rolle entwickelt werden soll. Begonnen wird mit der Darlegung der Transitionstheorie nach Meleis (2015, S. 364). Diese wird beschrieben, um den Prozess der Transition mit seinen Phasen besser verständlich zu machen und eine pflegetheoretische Basis zu legen. Anschließend folgt die Vorstellung des BTP. Die Ursachen, Symptome und Therapie des Diabetes mellitus Typ I werden danach abgehandelt. Das letzte Unterkapitel befasst sich mit dem Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric (Spross, 2014, S. 44).

2.1 Transitionstheorie nach Meleis

Im 1986 erschienenen Buch „Nursing Research Methodology: Issues and Implementation“ legten Afaf I. Meleis und Norma Chick ihre Gedanken zum Thema Transition im Kapitel „Transitions: A Nursing Concern“ dar. Darin stellt Meleis auch erstmals ihre Transitionstheorie vor. (Chick & Meleis, 1986) Seitdem hat sie diese weiter überarbeitet und aktualisiert. Die vorliegende Bachelorarbeit nimmt Bezug auf die 2015 veröffentlichte Version. Eine Abbildung zur Theorie ist im Anhang A. einzusehen. Meleis Theorie (2015, S. 364) wird im Kapitel 3.2.6 zur fachlichen Ausarbeitung herangezogen.

Die Transitionstheorie nach Meleis wird in Politik, Forschung und in der evidenzbasierten Praxis zur Verbesserung der Pflege umgesetzt. Laut Meleis ist die Transition ein zentrales Phänomen der Pflege. (Meleis, 2015, S. 361–362)

Ihre Theorie befasst sich mit Menschen, die auf die unterschiedlichsten Arten mit einem Übergang konfrontiert sind. Diese Situationen verlangen neue Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Ziele. (Meleis, 2015, S. 363) Meleis unterscheidet dabei zwischen dem Transfer als Moment und der Transition als Phase (Meleis, 2015, S. 362).

Laut Meleis helfen Pflegefachpersonen ihren Patienten dabei, sich neue Rollen anzueignen oder zu ändern, indem sie ihre Verhaltensweisen formen, den Patienten Raum lassen, sich in der Rolle zurechtzufinden und dabei die nötige Unterstützung anbieten (Meleis, 2015, S. 362).

Vier Situationen sind nach Meleis **Auslöser für Veränderung** und regen somit einen Transitionsprozess an. Zur ersten gehören Veränderungen in der Gesundheit oder Krankheit, die beispielsweise einen langen Prozess der Diagnostik, viele Ungewissheiten oder Ängste mit sich bringen. Die Veränderungen gehen mit einer Anpassung des Verhaltens und einer Coping-Strategie einher. Die zweite Situation ist eine entwicklungsbedingte Veränderung, unter anderem zum Abschluss einer Lebensphase oder beim Einnehmen einer neuen Rolle. Diese Veränderungen beeinflussen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten eines Menschen. Situationsbedingte Veränderungen wie beispielsweise eine Entlassung aus dem Krankenhaus triggern ebenfalls einen Transitionsprozess. Der vierte Auslöser ist ein organisationsbedingter. Dazu zählt zum Beispiel die Einführung eines neuen Dokumentationssystems in der Pflege. (Meleis, 2015, S. 364–365)

Ein Transitionsprozess ist charakterisiert durch mehrere **Eigenschaften**. Relevant ist in diesem Zusammenhang die Zeitspanne, die eine Transition in Anspruch nimmt. Die Dauer einer Transition ist je nach Situation unterschiedlich und abhängig von verschiedenen Faktoren. Dabei ist das Ende oft nicht an einem Ereignis festzumachen, sondern fließend gestaltet. Eine weitere Eigenschaft einer Transition ist der Prozess. Die Trennung ist ebenso ein Charakteristikum. Dabei ist eine Transition immer mit einem Gefühl der drohenden oder tatsächlichen Trennung verbunden, das einhergeht mit dem Gefühl von Verlust und Unsicherheit. Das Bewusstsein sowohl für den Transitionsprozess, die auslösenden Situationen und das Erleben der Transition bestimmt gleichermaßen den Prozess. So sind das Definieren und Umdefinieren der Bedeutung für die betroffene Person sowie die Außenstehenden ein wichtiger Teil einer Transition. Um die einzelnen Phasen eines Transitionsprozesses zu verstehen, ist das Festlegen von Meilensteinen von großer Bedeutung. Diese können auch bei der Identifikation von Zeitpunkten für Assessments und Interventionen in der jeweiligen Transitionsphase helfen. (Meleis, 2015, S. 365)

Die Auslöser einer Veränderung bringen einen Prozess ins Rollen, der gekennzeichnet ist durch verschiedene Arten der Reaktionen auf diese Veränderungen. Sie können sowohl wahrnehmbar als auch nicht wahrnehmbar sowie geeignet oder ungeeignet sein. Die Reaktionen beginnen ab dem Zeitpunkt der auslösenden Situationen und werden von persönlichen, gemeinschaftlichen, gesellschaftlichen und globalen **Bedingungen** sowohl positiv als auch unter Umständen negativ beeinflusst. Die persönlichen Bedingungen sind beispielsweise Erfahrungen, Werte sowie das Wissen und die Fähigkeiten der betreffenden Person.

Gemeinschaftliche Bedingungen sind unter anderem Unterstützung von Partnern und Familien, vorhandene Ressourcen und Vorbilder sowie geltende Normen. Auch gesellschaftliche und globale Bedingungen haben einen Einfluss auf die Reaktionen einer Person im Transitionsprozess. (Meleis, 2015, S. 365–366)

Die **Muster der Reaktion** auf einen Veränderungsprozess aus der Pflegeperspektive sind nach Meleis in zwei Kategorien unterteilt. Zum einen gibt es die Prozessmuster, welche gemessen werden am Grad der Beteiligung an einer Veränderung, den Maßnahmen und Interventionen. Das Maß an Einbindung ist unter anderem zu erkennen an der Übereinstimmung von Maßnahmen und Zielen der betroffenen Person und der durch den Transitionsprozess leitenden Person. Weitere wichtige Punkte der Prozessmuster sind das Erkennen der Position in Beziehungen sowie im Gesundheitswesen und die Fähigkeit zur Interaktion. Außerdem spielt das Maß des Selbstvertrauens eine Rolle bei der Reaktion auf einen Veränderungsprozess. (Meleis, 2015, S. 366)

Fünf verschiedene Ergebnismuster sind nach Meleis definiert. Die Beherrschung der neuen Rolle ist gekennzeichnet durch die Ziele und Verhaltensweisen innerhalb der Rolle, das Selbstvertrauen, das Wissen sowie die Expertise. Allerdings geht die Beherrschung auch über die eigene neue Rolle hinaus und bezieht das Umfeld sowie die Nutzung von Ressourcen mit ein. Die dynamische und integrative Identität ist ein weiteres Ergebnismuster der Reaktion. Es ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Identitäten und Rollen während einer Transition hin und her zu wechseln. Außerdem ist das Reaktionsmuster der Interaktionen und Verbindungen für das Ergebnis einer Transition ausschlaggebend. So ist ein gutes soziales Netzwerk für eine Transition von großer Bedeutung und entscheidet mit über den Erfolg. (Meleis, 2015, S. 366–367)

Ziel der **Interventionen** während eines Transitionsprozesses ist die Förderung von gesunden Prozess- und Ergebnisreaktionen. Dabei sind Pflegemaßnahmen wie die Klärung der Rollen während einer Transition und der Bedeutung der Transition für den Patienten wichtig. Die Feststellung der Kompetenzen sowie des Fachwissens des Patienten haben dabei ebenso eine große Bedeutung wie das Besprechen von Zielen mit dem Patienten und dessen Angehörigen. Eine weitere Funktion von Pflegefachpersonen während der Transition ist die Festlegung von Meilensteinen und das Erkennen von kritischen Punkten aus der pflegerischen Perspektive. Außerdem ist es Aufgabe der Pflege, Fachwissen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren sollen Pflegefachpersonen andere Arten der Unterstützung für den Patienten vermitteln, bei der Formung der neuen Rolle des Betroffenen behilflich sein, die Erprobung dieser ermöglichen sowie den Zugang zu Vorbildern und Referenzgruppen sichern. Die letzte

wichtige Pflegeintervention ist die Nachbesprechung des Transitionsprozesses mit dem Patienten. (Meleis, 2015, S. 367–369)

Die Transitionstheorie nach Meleis wird in der Praxis von Pflegefachpersonen genutzt, um Patienten und deren Angehörige für eine Transition vorzubereiten, dabei zu begleiten und an Erlebnisse der Transition anzupassen. So kann mit Hilfe des theoretischen Rahmens ein holistischer Ansatz bei der Patientenversorgung angewendet werden. (Meleis, 2015, S. 370)

2.2 Berliner TransitionsProgramm

Das BTP ist ein sektorenübergreifendes Strukturprogramm für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen zur Transition in die Erwachsenenmedizin. Dabei ist das Programm nicht auf eine Diagnose festgelegt, sondern kann für unterschiedliche Erkrankungen angewendet werden. (Findorff et al., 2016, S. 22) Dabei soll das Programm die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in der Regelversorgung nicht ersetzen, sondern als Ergänzung der Behandlung um Informations- und Koordinationsleistungen gesehen werden (Findorff et al., 2016, S. 77).

Das Programm ist mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und der DRK Kliniken Berlin entstanden. Zur Gestaltung des Programms wurden der internationale Stand der Forschung betrachtet und analysiert sowie Fragen mithilfe von Fokusgruppen beantwortet. (Findorff et al., 2016, S. 4) Sowohl während als auch nach dem Transitionsprozess ist eine psychosoziale Betreuung der Patienten anzuraten. Gefördert werden sollte die Selbstständigkeit der Patienten bereits am Anfang des Transitionsprozesses, damit der Übergang in die Erwachsenenmedizin als weniger hart empfunden wird. (Findorff et al., 2016, S. 27–28) Die Patienten wünschen sich außerdem eine bessere Erreichbarkeit ihrer Versorger, zum Beispiel durch einen Rufdienst oder E-Mail (Findorff et al., 2016, S. 31). Daneben wurde von Fachleuten zu einem frühzeitigen Einsatz eines Fallmanagers als Ansprechpartner, Berater, Unterstützer und Koordinator geraten. Zu Beginn des Transitionsprozesses sollten Gespräche mit Patienten und deren Eltern getrennt stattfinden, um beide Seiten besser verstehen zu können. Des Weiteren ist ein starr festgelegtes Alter für die Transition nicht sinnvoll, da sich Jugendliche unterschiedlich schnell entwickeln. Von den Patienten und Angehörigen wird eine Informationsveranstaltung zum Thema Transition und dessen Prozess gewünscht. (Findorff et al., 2016, S. 35) Jugendliche würden sich gerne während des Transitionsprozesses mit gleichaltrigen Mitpatienten austauschen und brauchen oft Hilfe beim Ausbau ihres Selbstbewusstseins (Findorff et al., 2016, S. 40).

Zielgruppe für das BTP sind Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren mit einer chronischen Erkrankung, die noch in Betreuung bei ihrem Kinder- und Jugendspezialisten sind. Grundvoraussetzung ist außerdem die Bereitschaft der Jugendlichen, am Programm teilzunehmen. Des Weiteren sollte der Transfer in die Erwachsenenmedizin in den darauffolgenden 12 Monaten geplant sein. Die Einwilligung in den Datenaustausch zwischen den beteiligten Institutionen und die Kooperation mit der Krankenkasse muss ebenfalls erfolgen. (Findorff et al., 2016, S. 53)

Die Entwicklung und Erprobung des Programms begannen 2008 und die Pilotphase konnte 2011 erfolgreich abgeschlossen werden. Parallel zur Pilotphase wurde eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, die feststellen sollte, ob das BTP in Deutschland umsetzbar ist. Maßgeblich für eine erfolgreiche Evaluation war dabei der gesicherte Übertritt und das erfolgreiche Ankommen der Jugendlichen in der Erwachsenenversorgung. (Findorff et al., 2016, S. 49)

Getestet wurde das BTP in der Pilotphase an den Krankheitsbildern Diabetes mellitus Typ I und Epilepsie (Findorff et al., 2016, S. 4).

Für die Finanzierung konnten Verträge nach §140a SGB V zur integrierten Versorgung mit drei gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen werden. So wurden die während des Transitionsprozesses erbrachten Leistungen vergütet, da diese über die Regelversorgung nicht abrechenbar sind. (Findorff et al., 2016, S. 49)

Innerhalb des BTP stellt ein 6-stufiger Versorgungspfad das Einhalten des zeitlichen Ablaufs sicher. Außerdem werden die unterschiedlichen Aufgaben für die beteiligten Akteure dargelegt. Die einzelnen Phasen im Prozess sind: „Ansprache, Teilnahmeerklärung und Programmstart, vor Transfer, Transfer, nach Transfer, Abschluss“. (Findorff et al., 2016, S. 66) Das Ablaufschema ist im Anhang B. einzusehen.

Wie bereits in der Einleitung (Kapitel 1.) beschrieben, nimmt der Fallmanager im Laufe des Transitionsprozesses eine wichtige Rolle ein. Seine Aufgaben sind die Steuerung des Transitionsprozesses und die Anpassung des Programms an die Bedürfnisse des jeweiligen Jugendlichen und dessen Angehörige. So übernimmt der Fallmanager beispielsweise die „[...] Planung, Koordination, Kontrolle und Evaluation der Transitionsversorgung“. (Findorff et al., 2016, S. 56) Außerdem fungiert er als Ansprechpartner für die Jugendlichen, deren Eltern und die am Prozess beteiligten Therapeuten. Bei Bedarf berät und informiert er zu weiteren Spezialisten und kann gegebenenfalls dorthin weiterleiten. Voraussetzung für den Fallmanager ist eine spezielle Ausbildung im Themengebiet. (Findorff et al., 2016, S. 57)

Die Kontaktaufnahme zum Fallmanager kann bei Interesse durch den Kinderarzt oder die Eltern selbst erfolgen. Der Fallmanager prüft daraufhin die Teilnehmvoraussetzungen. Danach ist die Finanzierung des Programms zu klären. Falls der Patient bei einer Krankenkasse versichert ist, die nicht am Programm teilnimmt, muss ein Antrag zur Kostenübernahme gestellt werden. (Findorff et al., 2016, S. 67)

Bei Genehmigung durch die Krankenkasse kann der Transitionsprozess beginnen. Es wird ein Zeitpunkt für den Transfer festgelegt und es findet ein erstes Gespräch zwischen dem Spezialisten der Pädiatrie und dem Jugendlichen statt. Der Fallmanager stellt dafür die Materialien und Formulare zur Verfügung. Außerdem koordiniert er weitere Maßnahmen, zum Beispiel nötige Beratungen, oder vermittelt Anlaufstellen. (Findorff et al., 2016, S. 68–70)

Zum Zeitpunkt des Transfers ist der Fallmanager für die Organisation des Erstkontakts zwischen dem Patienten und dem Spezialisten der Erwachsenenversorgung verantwortlich. Zusätzlich kann der Fallmanager auch bei der Suche nach einem weiterbehandelnden Arzt sowie bei der Weitergabe aller notwendigen Befunde und Dokumente behilflich sein. (Findorff et al., 2016, S. 68–70)

Nach dem Transfer ist es die Aufgabe des Fallmanagers, die Formulare für das Gespräch beim Erwachsenenspezialisten sowie Informationen bereitzustellen, eventuell nötige Beratungen zu planen, Hilfestellung bei der Einhaltung der Termine zur Verfügung zu stellen, die Umsetzung weiterer Transitionsgespräche zu kontrollieren und gegebenenfalls zu unterstützen bei der Planung einer Fallkonferenz. (Findorff et al., 2016, S. 71–72)

Zum Ende des TransitionsProgramms findet ein Abschlussgespräch zwischen dem Erwachsenenspezialisten und dem Patienten statt. Auch dafür stellt der Fallmanager wieder das nötige Material zur Verfügung und bietet erneut die Planung weitergehender Beratung an. Außerdem werden die durch die Fragebögen und Checklisten aus den Transitionsgesprächen gewonnen Daten vom Fallmanager für den Evaluationsprozess aufbereitet. (Findorff et al., 2016, S. 69–73)

Eine spezielle Software dient dem Fallmanager im Rahmen des BTP als wichtiges Hilfsmittel. Darin werden alle Informationen und Unterlagen für die jeweiligen Patienten gesammelt und so der Prozess koordiniert. (Findorff et al., 2016, S. 57)

Am Übergangsprozess im Rahmen des BTP sind nicht nur Pädiater, Spezialisten aus der Erwachsenenversorgung, die betreffenden Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen sowie deren Eltern und ein Fallmanager beteiligt, sondern auch eine sogenannte Transitionsstelle (Findorff et al., 2016, S. 47). Diese wurde eigens für das Programm aufgebaut und ist zuständig für die Weiterentwicklung des Programms sowie den Aufbau eines Netzwerkes aus Leistungserbringern. Außerdem führt sie Verhandlungen mit den jeweiligen Kostenträgern und regelt die Abrechnung. (Findorff et al., 2016, S. 77) Zu den Aufgaben gehört ebenso die

Entwicklung von Material, Abläufen und Maßnahmen (Findorff et al., 2016, S. 47). Des Weiteren ist die Transitionsstelle für die Gewährleistung des Fallmanagements verantwortlich. Sie ist selbst kein Leistungserbringer nach dem SGB V, sondern kümmert sich um die Organisation des TransitionsProgramms. (Findorff et al., 2016, S. 77) Dabei agiert sie regional und überregional sowie indikationsübergreifend (Findorff et al., 2016, S. 47).

Das erstellte Rahmen- und Interventionskonzept des BTP, welches Vorgaben der Struktur- und Prozessqualität enthält, kann je nach Bedarf und unter Einbeziehung neuester medizinischer Standards an unterschiedliche Patientengruppen und verschiedene Versorgungsstrukturen angepasst werden (Findorff et al., 2016, S. 77). Veröffentlicht wurde das Konzept zum BTP, mit Hinweisen und Materialien zur Implementierung 2016 im De Gruyter Verlag, um den Aufbau von weiteren Transitionsstellen zu erleichtern.

Die mit dem BTP kooperierenden Kostenträger erhoffen sich, dass das erstellte Konzept auch in anderen Bundesländern umgesetzt wird (Findorff et al., 2016, S. 97). Neu entstandene Transitionsstellen können sich dazu mit Hilfe des Vereins Berliner TransitionsProgramm e.V. akkreditieren lassen. Somit kann eine vergleichbare Qualität der verschiedenen Stellen gewährleistet werden. (Findorff et al., 2016, S. 99)

So wird das BTP beispielweise in der KUNO Klinik St. Hedwig in Regensburg fachübergreifend angeboten (KUNO Klinik St. Hedwig Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg).

2.3 Diabetes mellitus Typ I

Da der Fokus der Konzeptentwicklung in der vorliegenden Bachelorarbeit aus den in Kapitel 1.1 dargelegten Gründen auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I gelegt werden soll, wird dies nun genauer beschrieben.

Diabetes mellitus Typ I ist die häufigste Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen (Danne & Kapellen, 2019, S. 129) und Folge einer Autoimmunreaktion, bei der die Inselzellen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse) angegriffen werden. Als Folge wird nur noch sehr wenig bis kein Insulin mehr gebildet. Symptome für einen Diabetes mellitus können Polydipsie (vermehrter Durst) sowie Polyurie (erhöhte Urinausscheidung), plötzliche Gewichtsabnahme, Fatigue (andauernde Müdigkeit) und ständiger Hunger sein. Die Ursache für diese Immunreaktion ist noch nicht abschließend geklärt, allerdings geht die Wissenschaft davon aus, dass genetische Disposition sowie Umweltfaktoren Auslöser sein können. Die Erkrankung tritt meistens im Kinder- und Jugendalter auf, kann aber auch danach noch ausbrechen. (International Diabetes Federation, 2019, S. 13–14)

Für die Therapie des Diabetes mellitus Typ I sind anerkannte evidenzbasierte Leitlinien, die sogenannten S3-Leitlinien, vorhanden (siehe Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG], 2018). Die Behandlung hat das Ziel, schwere Stoffwechsellstörungen und Folgeerkrankungen zu verhindern und damit eine Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Betroffenen möglichst zu vermeiden. Folgeschäden können mikro- und makrovaskuläre (die kleinsten und großen Blutgefäße betreffende) Erkrankungen sein. (Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG], 2018, S. 13)

In der Therapie wird auf einen individuell festgelegten HbA1c-Zielwert hingearbeitet und versucht, diesen Wert möglichst stabil zu halten (DDG, 2018, S. 13). Der HbA1c-Wert ist der sogenannte Langzeitblutzuckerwert (Robert Koch Institut, 2019, S. 40). Dieser gibt Auskunft über den durchschnittlichen Blutzuckerwert des Patienten während der letzten drei Monate. Damit lässt sich nachvollziehen, ob die durchgeführte Insulintherapie angemessen ist. Der für Diabetiker meistens angestrebte Wert liegt bei $<7,5\%$. (Wood & Peters, 2018, S. 3)

Therapiert wird der Diabetes mellitus Typ I mit täglichen Insulininjektionen und regelmäßigen Blutzuckerkontrollen (International Diabetes Federation, 2019, S. 13). Außerdem spielt Patientenedukation eine große Rolle in der Behandlung. Dabei werden beispielsweise Themen wie der Zusammenhang zwischen der Ernährung und der Insulingabe sowie die Selbstkontrolle der Blutzuckerwerte aufgegriffen. (DDG, 2018, S. 20) Dennoch bleiben die Erkrankung und der Umgang mit ihr für Kinder und Jugendliche eine Herausforderung (International Diabetes Federation, 2019, S. 13).

Zu den Schwierigkeiten des Diabetesmanagements kommen während der Pubertät die in dieser Phase üblichen physiologischen, psychologischen und emotionalen Veränderungen hinzu. Hormonelle Umstellungen wirken auf die Insulin-Sensitivität und den Glukosestoffwechsel. Dies alles führt häufig zu erhöhtem Stress für die Jugendlichen und deren Familien sowie zu schlechten Blutzuckerwerten mit anschließenden Kurzzeit- und Langzeitkomplikationen. (Trast, 2014)

Vor allem für junge Mädchen ist das Diabetesmanagement erschwert, da die Hormonschwankungen während des Menstruationszyklus einen weiteren Einfluss auf die Insulin-Sensitivität sowie die Blutzuckerwerte haben (Trast, 2014).

Jugendliche mit Diabetes wollen außerdem nicht von ihren Freunden ausgeschlossen werden. So kann es dazu kommen, dass sie Autoritäten in Frage stellen, auch diese, die sie bei ihrem Diabetesmanagement unterstützen. Der Druck von Peergroups, kann zu riskantem Verhalten führen, wie beispielsweise Drogen- und Alkoholkonsum, ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder das Ignorieren der Krankheit, um sich normal fühlen zu können. Somit ist es wichtig, diese Themen mit Jugendlichen mit Diabetes mellitus zu besprechen, um Folgeschäden zu vermeiden. (Trast, 2014)

In dieser Zeit spielt die Pflegefachperson eine zentrale Rolle, um die Jugendlichen und deren Familien zu begleiten sowie über die Folgen der Pubertät auf die Insulin-Sensitivität und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Diabetesmanagement aufzuklären. Emotionale und verhaltensbetreffende Veränderungen sind ebenso wichtige Themen. Das Verständnis für die Veränderungen und ihre Folgen können zur besseren Bewältigung der Herausforderungen sowie Kontrolle der Blutzuckerwerte beitragen. (Trast, 2014)

2.4 Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric

Für die Entwicklung einer APN Rolle ist es unerlässlich, nach theoretischen Grundlagen zu forschen. Das folgende Kapitel widmet sich deshalb dem Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric (Spross, 2014, S. 44). Das Modell wird in späteren Kapiteln zur Konzeptentwicklung herangezogen und für die fachliche Ausarbeitung in Kapitel 3.2.6 verwendet.

Bei der Beschäftigung mit der erweiterten Pflegepraxis gilt es zunächst, die genutzten Begrifflichkeiten und deren Unterscheidung näher zu betrachten. So finden die Bezeichnungen Advanced Practice Nursing (APN), Advanced Nursing Practice (ANP) und Advanced Practice Nurse (APNs) Verwendung. (Ullmann & Ullmann, 2011b, S. 20)

Der Begriff **APN** bezeichnet die Modellebene, da er die beiden anderen Begriffe ANP und APNs sowie alle beruflichen, organisatorischen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen beinhaltet (Ullman, 2011, S. 23).

APNs stellt die Rollenebene dar. Dabei handelt es sich um die Bezeichnung einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson mit Masterabschluss, die in der direkten Pflege mit dem Patienten arbeitet. Die Arbeit kann allein oder durch Leitung eines APN Teams erfolgen. (Ullmann & Ullmann, 2011a, S. 33)

Die Kompetenzebene, **ANP**, beschreibt die Kompetenzen und Fähigkeiten einer Advanced Practice Nurse (Haynert, 2011, 49).

Eines der ersten Modelle für ANP, das sich allgemeingültig auf verschiedene APN Rollen übertragen lässt, wurde von Hamric 1996 entwickelt. Das Modell ist in eigener Darstellung als Abbildung 1 in dieser Bachelorarbeit hinterlegt. Hamric schlägt damit eine konzeptionelle Definition und bestimmende Eigenschaften der erweiterten Pflegepraxis vor. Dazu zählen die Primärkriterien, die Zentralkompetenz, die Kernkompetenzen sowie die Umweltfaktoren. Das Modell wurde in den vergangenen Jahren ständig überarbeitet, allerdings sind die Kernpunkte stets gleich geblieben. Dies verdeutlicht die Stabilität und Praktikabilität des Modells. (Spross, 2014, S. 44–45) Ein stabiler Rahmen ist hilfreich bei der Entwicklung von Curricula und einer

professionellen Rollenidentität (Hamric, 2014, S. 68). Laut Hamric ist die erweiterte Pflegepraxis eine bedeutsame Idee, deren konzeptionelle Definition ein nachhaltiges Verständnis für alle Pflegeexperten APN zur Verfügung stellt. Außerdem fördert sie das Erreichen von verbesserten Pflegeergebnissen sowie die Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen. (Hamric, 2014, S. 67)

Unterschieden werden sollte zwischen einer durch Weiterbildung spezialisierten Pflegefachperson und einem Pflegeexperten APN mit Masterabschluss. Die erweiterte Pflegepraxis beinhaltet zwar auch eine Spezialisierung, allerdings wird einem Pflegeexperten APN umfassenderes Wissen zugeschrieben. (Hamric, 2014, S. 68–69)

Bestimmte **Primärkriterien** müssen für eine Rolle als Pflegeexperte APN erfüllt sein. Dazu zählen zum einen eine abgeschlossene akademische Ausbildung mit dem Schwerpunkt der erweiterten Pflegepraxis sowie eine Spezialisierung auf eine bestimmte Patientengruppe. Die Ausbildung kann zum Master oder Dokortitel führen. Die zweite Voraussetzung ist die Zertifizierung, die einen einheitlichen Standard gewährleisten und die Anerkennung des Titels fördern soll. (Hamric, 2014, S. 71–73)

Die Primärkriterien liefern zwar eine gute Grundlage für die erweiterte Pflegepraxis, sind aber nicht ausreichend, um diese zu definieren. Deshalb stellt Hamric in ihrem Modell zusätzlich die Zentralkompetenz sowie die Kernkompetenzen dar. (Hamric, 2014, S. 75)

Die **Zentralkompetenz** der erweiterten Pflegepraxis ist die direkte klinische Praxis. Sie ist Teil der Kernkompetenzen und bildet dabei die Grundlage, sodass alle anderen Kompetenzen darauf Bezug nehmen. (Hamric, 2014, S. 75) Die direkte klinische Praxis ist wichtig, um zu beraten, mit anderen Professionen, Patienten und deren Angehörigen zusammenzuarbeiten sowie Personal und Programme zu leiten (Tracy, 2014, S. 147). Beschrieben werden sechs Charakteristika der direkten Pflegepraxis: Nutzung einer holistischen Perspektive und einer reflektiven Praxis, Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zum Patienten, Nutzung von Evidenz als Leitfaden für die Praxis und von unterschiedlichen Herangehensweisen für das Gesundheits- und Krankheitsmanagement sowie die Ausführung von fachlichen klinischen Leistungen (Tracy, 2014, S. 150).



Abbildung 1: Advanced Nursing Practice Modell nach Hamric (eigene Darstellung in Anlehnung an Spross, 2014, S.44)

Die sechs **Kernkompetenzen** gelten auch als essenziell für die erweiterte Pflegepraxis (Hamric, 2014, S. 76).

Dazu zählt unter anderem die **Beratung/Konsultation**. Diese hat im Rahmen des Profils des Pflegeexperten APN in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Gemeint ist dabei nicht unbedingt die Beratung von Patienten durch einen Pflegeexperten APN, sondern auch die Beratung von Kollegen in der direkten Patientenversorgung. So soll der Pflegeexperte APN mit seiner Expertise die Versorgung von Patienten verbessern und positive professionelle Beziehungen fördern, um optimale Ergebnisse für den Patienten zu erzielen und effektive Zusammenarbeit zu gewährleisten. (Vosit-Steller & Morse, 2014, S. 213–215)

Auch die Kernkompetenz der **Führung** nimmt stetig an Wichtigkeit zu. Ständige Veränderungen im Gesundheitswesen machen Führungsqualitäten notwendig, um eine erfolgreiche erweiterte Pflegepraxis zu gewährleisten. Mentoring, Innovation und Aktivismus sind im Kontext der APN Rolle die definierenden Charakteristika. So muss der Pflegeexperte APN in der Lage sein, das Mikrosystem, in dem er agiert, einzuschätzen. Daneben ist es essenziell, die Makrosysteme zu verstehen, welche kleinere Systeme beeinflussen. Außerdem sollte er die Notwendigkeit der Umgestaltung zur Verbesserung der Sicherheit, Qualität und Stabilität erkennen. Zur Führung zählt ebenfalls die Evaluation gewonnener Ergebnisse. Dabei spielt die Zusammenarbeit mit Kollegen eine wichtige Rolle. APNs wenden die Kernkompetenz der Führung auf lokalen, regionalen und nationalen Ebenen sowie in der klinischen Praxis mit Patienten und Kollegen, in Organisationen, den Gesundheitssystemen und gesundheitspolitischen Einrichtungen an. Unterscheiden lassen sich drei Arten von Führung. Die klinische Führung definiert APNs als Fürsprecher für Patienten und deren Familien sowie für Kollegen, als Leiter von Gruppen und Systemen. Für die professionelle Führung sind Empowerment, Mentorat und aktive Beteiligung besonders wichtig. So ist es auch Aufgabe eines Pflegeexperten APN, Entwicklung von anderen Pflegefachpersonen zu ermöglichen. Im Rahmen der Systemführung können APNs beispielsweise Teams leiten und Projekte organisieren, die die direkte Pflege am Patienten verbessern oder die Arbeit von Kollegen erleichtern. (Tracy & Hanson, 2014, S. 266–270)

Mit der Kernkompetenz **Leitung und Training** kann ein Pflegeexperte APN seinen Patienten leiten und dabei mithelfen, dessen Bedürfnissen gerecht zu werden. Der Patient und seine Angehörigen werden mit der Kompetenz der Leitung durch Kommunikation mit aus Assessments gewonnene Informationen sowie Erfahrung unterstützt. Dabei geht es beispielsweise um die Ergründung der Ressourcen, Motivationen und Möglichkeiten des Patienten. Ziele der Leitung im Sinne einer APN Rolle sind unter anderem, Bewusstsein zu schaffen, Verhaltensänderungen anzubahnen, umzusetzen und zu festigen oder auf einen Übergang vorzubereiten. Unter Training im Rahmen einer APN Rolle ist ein zielgerichteter, komplexer, dynamischer, gemeinschaftlicher und holistisch zwischenmenschlicher Prozess zu verstehen. Er zielt darauf ab, Patienten und deren Familien bei gesundheitsbezogenen Situationen sowie bei einem Übergang zu unterstützen und zu fördern. (Spross & Babine, 2014, S. 185–186)

Die Kernkompetenz **Zusammenarbeit** ist für einen Pflegeexperten APN essenziell. Sie hat unmittelbare Auswirkungen auf den Patienten und seine Pflege. Zusammenarbeit beschreibt positive Beziehungen zwischen Fachleuten, Patienten und Gemeinschaften. Falls Konflikte auftreten, wird gemeinsam an deren Behebung gearbeitet, bis alle Seiten mit dem Ergebnis zufrieden sind. Zusammenarbeit ist ebenso ein interpersoneller Prozess, der ständig im

Wandel begriffen ist. So werden zur Zusammenarbeit gute Kenntnisse in Kommunikation vorausgesetzt. Oft nutzt ein Pflegeexperte APN diese Kompetenz parallel zu andern Kernkompetenzen. Hauptsächlich findet Zusammenarbeit mit Patienten, Familien oder Kollegen während der Betreuung eines Patienten statt. Außerdem braucht ein Pflegeexperte APN diese Kernkompetenz beispielsweise bei seiner Arbeit mit Teams oder Gruppen. So spielen APNs eine Schlüsselrolle in der Leitung von interdisziplinären Teams. Auch außerhalb der direkten Patientenversorgung oder Gruppenleitungen müssen APNs Zusammenarbeit praktizieren. Die Kooperation mit Organisationen und politischen Entscheidungsträgern ist ebenso wichtig. Des Weiteren spielt globale Zusammenarbeit eine immer größere Rolle. (Hanson & Carter, 2014, S. 299–302)

Eine weitere Kernkompetenz nach Hamric ist die **ethische Entscheidungsfindung**. Von APNs wird erwartet, dass sie in ethischen Dilemmata die Führung übernehmen. Sie müssen entsprechende Situationen erkennen und lösen können, Umgebungen schaffen, in denen Diskussionen über moralische Probleme stattfinden können sowie soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen fördern. (Hamric & Delgado, 2014, S. 328)

Für die klinische Entscheidungsfindung hat sich die **evidenzbasierte Praxis** zu einer bewährten Strategie entwickelt. So ist sie mit ihren drei Ebenen auch eine der Kernkompetenzen des Pflegeexperten APN nach Hamric. Ein Pflegeexperte APN soll die Prinzipien der evidenzbasierten Praxis in individuellen Situationen der klinischen Entscheidungsfindung und zur Festlegung von Richtlinien für die Patientenversorgung interpretieren und anwenden. Daneben ist die evidenzbasierte Praxis zur Evaluation von klinischen Verfahren zu nutzen. (Gray, 2014, S. 237)

Alle Pflegeexperten APN besitzen die gleichen Kompetenzen und Primärkriterien, obwohl sich die klinischen Fähigkeiten je nach Fokussierung auf verschiedene Patientengruppen unterscheiden. Dabei handelt es sich um pflegespezifisches Wissen und Pflegetätigkeiten, nicht um ärztliche Praxis. (Hamric, 2014, S. 70) So hat jeder Pflegeexperte APN zusätzlich zu den durch Hamric definierten Kernkompetenzen weitere spezifische Anforderungen, die für den jeweiligen Fachbereich notwendig sind (Hamric, 2014, S. 76).

APNs arbeiten in unterschiedlichen Bereichen im Gesundheitswesen. Die verschiedenen Stellen bringen so auch eine Vielzahl von kritischen Faktoren mit sich, die die Arbeit eines Pflegeexperten APN beeinflussen. Laut Hamric gehören diese Umweltfaktoren eigentlich nicht zur Definition der erweiterten Pflegepraxis, allerdings müssen sie von einem Pflegeexperten APN bedacht und in das Handeln einbezogen werden. Manchmal ist es auch notwendig, gegen die **Umweltfaktoren** vorzugehen und an die Bedarfe anzupassen, um eine reibungslose Praxis

zu gewährleisten. So hat Hamric diese Faktoren mit in ihr Modell aufgenommen. Zum einen müssen Vergütungsmechanismen und wirtschaftliche Aspekte gesteuert werden, zum anderen sind das Marketing und Vertragsschließungen zu bedenken. Auch rechtliche und behördliche Anforderungen sowie Qualitätsanforderungen beeinflussen die Arbeit. Wichtig ist außerdem, die Gesundheitspolitik zu verstehen und darauf Einfluss zu nehmen. Auch müssen Organisationsstrukturen und -kulturen gestärkt werden, um die erweiterte Pflegepraxis zu unterstützen. Der letzte Umweltfaktor in Hamrics Modell bezieht sich auf die Ergebnisevaluation und die Prozessverbesserung, die gewährleistet sein sollen. (Hamric, 2014, S. 80–81)

3. Konzeptentwicklung nach Graf und Spengler

Nach Abschluss der Darlegung des theoretischen Hintergrunds soll dieser nun als Grundlage für die folgende Konzeptentwicklung des Fallmanagers als Pflegeexperte APN dienen. Dazu wird wie von Graf und Spengler (2016) erörtert vorgegangen.

In ihrem Buch beschreiben die Autoren Varianten der Konzeptentwicklung und Konzeptualisierung vor allem in sozialen Einrichtungen und Non-Profit-Organisationen (Graf & Spengler, 2016, S. 11).

Laut Graf und Spengler ist eine Konzeptentwicklung geprägt durch einen Prozess, der nicht geradlinig erfolgt, sondern einzelne Komponenten immer wieder aufeinander bezieht und anpasst (Graf & Spengler, 2016, S. 79). Damit ist eine Konzeptentwicklung im sozialen Bereich als ein „[...] spiralförmig verlaufender Lern- und Entwicklungsprozess und damit [...] als ein dynamisches ‚System‘ [...]“ zu verstehen (Graf & Spengler, 2016, S. 80).

Ausgehend von der Rolle des Fallmanagers im BTP und unter Einbeziehung des Advanced Nursing Practice Modells nach Hamric (Spross, 2014, S. 44) wird ein Konzept erstellt, in dem die Rolle des Fallmanagers von einem Pflegeexperten APN eingenommen wird.

Begonnen wird dabei mit der Betrachtung der IST-Situation, auf die dann das Formulieren von Zielen und der damit verbundenen SOLL-Situation folgt. Anschließend werden die Möglichkeiten der Umsetzung des Erarbeiteten eruiert. Dieser Dreischritt liegt jedem Planungsvorhaben zu Grunde. (Graf & Spengler, 2016, S. 78)

In Anlehnung an Graf und Spengler wird dabei zuerst der Punkt der Vorbereitung bearbeitet. Dem schließt sich die Betrachtung der Erarbeitungsphase an. Danach folgt die Bearbeitung der Umsetzungsphase. Abgeschlossen wird die Konzeptentwicklung mit der Phase der Kontrolle und Fortschreibung. (Graf & Spengler, 2016, S. 81)

3.1 Vorbereitungsphase

Weil die Vorbereitungsphase bei einer Konzeptentwicklung für das Gelingen des Vorhabens ausschlaggebend ist (Graf & Spengler, 2016, S. 83), wird in folgendem Kapitel besonders darauf eingegangen.

Offizieller Auftrag sowie Projekt- oder Steuerungsgruppe

Um eine Konzeptentwicklung erfolgreich durchführen zu können sowie die nötige Zeit dafür zur Verfügung gestellt zu bekommen, braucht es einen offiziellen Auftrag zur Erstellung des Konzepts. So wird sichergestellt, dass die Vorgesetzten hinter der Entwicklung stehen und eine Veränderung anstreben. (Graf & Spengler, 2016, S. 83–84)

Im vorliegenden Fall der Konzeptentwicklung einer APN Rolle als Fallmanager eines Transitionsprogramms gibt es keinen offiziellen Auftrag, allerdings wird der Auftrag zum Verfassen einer Bachelorarbeit als solcher betrachtet. Gründe für die Erarbeitung des Konzeptes wurden bereits in den Kapiteln 1. sowie 1.1 beschrieben. Nach Rücksprache mit der betreuenden Professorin dieser Bachelorarbeit kann das Konzept wie geplant erstellt werden.

Eine Projekt- oder Steuerungsgruppe, die möglichst aus allen betreffenden Abteilungen einer Organisation zusammengesetzt ist, bildet laut Graf und Spengler eine gute Möglichkeit zur Steuerung des Entwicklungsprozesses (Graf & Spengler, 2016, S. 84).

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit besteht die Projekt- oder Steuerungsgruppe alleinig aus der Verfasserin.

Ausstattung

Eine wichtige Voraussetzung zum Gelingen einer Konzeptentwicklung ist eine dafür angemessene und ausreichende Ausstattung. Dies bezieht ein Budget, die passende Infrastruktur, die Motivation aller Beteiligten sowie die ausreichend zur Verfügung gestellte Zeit ein. (Graf & Spengler, 2016, S. 84)

In Bezug auf die Rollenentwicklung eines Pflegeexperten APN als Fallmanager im BTP sind die Ausstattung und die Räumlichkeiten durch eine Transitionsstelle zu gewährleisten. Diese kann bereits bestehen, wird an eine Institution angegliedert oder in Zusammenhang mit der Rollenentwicklung aufgebaut.

Das Budget, mit dem eine Umsetzung gelingen kann, sollte von den gesetzlichen Krankenkassen gestellt werden. Dafür müssen Verhandlungen geführt werden. Auf das Thema der Finanzierung wird im Kapitel 3.2.5 weiter eingegangen.

Die Initiatoren des BTP veröffentlichten die entstandenen Materialien wie Fragebögen, Checklisten, Evaluationsbögen und Ablaufpläne, um eine Grundlage zur Verbreitung des Programms zu legen. So besteht die Möglichkeit der Nutzung und Weiterentwicklung durch den Pflegeexperten APN als Fallmanager.

Eine Software zur Dokumentation des Transitionsprozesses ist ebenso wichtig. Dafür kann das durch die Entwickler der Synectic Software & Service GmbH für das BTP entwickelte Programm verwendet werden.

Damit verbunden sind auch die richtige Hardware wie Drucker, PC und Internetanschluss, Telefon sowie Büromaterialien, wie beispielsweise Papier und Stifte.

Für Schulungen, Beratungsgespräche und Gruppentreffen unter der Leitung eines Pflegeexperten APN werden des Weiteren Infomaterialien zum Thema Diabetes mellitus Typ I und zu den Auswirkungen der Pubertät auf die Erkrankung benötigt. Diese werden von dem Pflegeexperten APN mit Hilfe von aktueller Fachliteratur erstellt. Dafür muss ein Zugriff auf beispielsweise Bibliotheken und wissenschaftliche Datenbanken gewährleistet sein.

Außerdem ist das Aufbauen von Netzwerken aus Pädiatern, Erwachsenenmedizinern und weiteren Berufsgruppen zum reibungslosen Einsetzen eines Pflegeexperten APN notwendig.

Gesetzliche Verankerung

Vor der Einführung eines Pflegeexperten APN als Fallmanager im Transitionsprozess müssen außerdem die rechtlichen Grundlagen hierfür in Deutschland näher betrachtet werden.

Durch den Gesetzgeber ist die strukturierte Transition in Deutschland noch nicht schriftlich festgehalten (Müther et al., 2018). Transitionsprogramme werden bisher nicht flächendeckend genutzt (Danne & Kapellen, 2019, S. 136) und es fehlt an länder- und fächerübergreifenden Strukturen, die die Transition absichern und eine Vergütung festlegen (Müther et al., 2014).

Bereits 2009 wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten eine Empfehlung zur gesetzlichen Verankerung der Transition von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin ausgesprochen (Dörr, 2015).

Die gesetzlichen Regularien, die für die Beschäftigung eines Pflegeexperten APN in Deutschland als Grundlage gelten, sind zum einen das Pflegeberufegesetz (PflBG), die Heilkundeübertragungsrichtlinie (§63 Abs. 3c SGB V), das Delegationsrecht sowie das Haftungsrecht (Thissen, 2011, S. 26).

In der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Heilkundeübertragungsrichtlinie (§63 Abs. 3c SGB V) sind abschließend ärztliche Tätigkeiten aufgeführt, die an Kranken- und Altenpflegekräfte im Rahmen eines Modellvorhabens zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausführung übertragen werden können. Außerdem werden die Art und der Umfang der übertragenen Tätigkeiten sowie die jeweils dafür notwendigen Qualifikationen dargelegt. Bei der Umsetzung dieser Tätigkeiten übernimmt die ausführende Pflegefachperson die dafür notwendige fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung. Übertragene Tätigkeiten sind nur auf Grundlage einer ärztlichen Diagnose und Indikation auszuführen. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 3)

Im Anhang C. findet sich eine Aufstellung aller vom Bundesausschuss festgelegten ärztlichen Tätigkeiten, die an Pflegefachpersonen im Rahmen eines Modellvorhabens übertragen werden dürfen. Dabei wurden für die vorliegende Arbeit nur die Tätigkeiten aufgeführt, die sich auf das hier behandelte Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I beziehen.

Begriffsdefinition

Für die Erarbeitung einer Rolle als Pflegeexperte APN im Transitionsprozess ist es sinnvoll, zuerst einen Begriff für diese Rolle festzulegen.

Im Rahmen des BTP wird von der Rolle des Fallmanagers gesprochen (Findorff et al., 2016, S. 57). Bereits in den Kapiteln 1., 1.1 und 2.2 wird auf den Fallmanager Bezug genommen. Dabei werden der Begriff definiert und die Aufgaben beschrieben. Die Bezeichnung Fallmanager allein beinhaltet allerdings für das hier geplante Konzept die Weiterqualifikation mit einem Masterstudium ANP nicht und auch eine genau festgelegte Spezialisierung im Bereich der Pflege ist damit nicht festgelegt.

Für den Zweck der Konzeptentwicklung im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird daher ein neuer Begriff vorgeschlagen: „Pflegeexperte APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I“. Dieser wird im weiteren Verlauf verwendet. Damit kann sowohl der Qualifikation mit einem Master in der erweiterten Pflegepraxis als auch der Spezialisierung im Bereich Transition sowie im genannten Krankheitsbild Rechnung getragen werden.

Prozessplan

Am Ende der Vorbereitungsphase steht laut Graf und Spengler die Erstellung des Prozessplans, um einen groben Überblick über das Konzeptentwicklungsvorhaben zu erhalten (Graf & Spengler, 2016, S. 85–86). Der Prozessplan für die Konzeptentwicklung dieser Bachelorarbeit ist aus Gründen der Übersichtlichkeit im Anhang D. zu finden.

3.2 Erarbeitungsphase

Den Hauptteil der Konzeptentwicklung stellt die Erarbeitungsphase dar (Graf & Spengler, 2016, S. 85). In dieser Bachelorarbeit wird nur auf die Punkte der Wertanalyse, IST-Analyse, Umweltanalyse, SOLL-Zustand, Wege und Mittel der Umsetzung, weitere Erarbeitungsphasen, Umsetzung sowie Kontrolle und Fortschreibung eingegangen, um den Rahmen nicht zu sprengen.

3.2.1 Wertanalyse

Begonnen wird die Erarbeitungsphase nach Graf und Spengler mit einer Wertanalyse, die die verschiedenen Wertvorstellungen von Mitarbeitern einer Organisation darstellen soll (Graf & Spengler, 2016, S. 86).

Da das Konzept in dieser Bachelorarbeit nur von der Verfasserin entwickelt wird und somit die Wertanalyse nur sehr einseitig aufgezeichnet werden kann, wird darauf verzichtet.

Vielmehr widmet sich dieses Kapitel dem Vergleich der Kompetenzen des Fallmanagers im BTP mit denen einer APN nach Hamric (Spross, 2014, S. 44). Außerdem sind die Kompetenzen den Tätigkeiten eines Fallmanagers im BTP gegenübergestellt.

Dieser Schritt zu Beginn ist für die Erarbeitung des Konzepts einer APN Rolle als Fallmanager durchaus als relevant zu betrachten. Damit soll geklärt werden, ob ein Pflegeexperte APN überhaupt für die Stelle geeignet ist beziehungsweise, ob die Rolle einen Mehrwert für die Stelle darstellen kann.

Für die Gegenüberstellung in Abbildung 2. sind die Tätigkeiten und Kompetenzen eines Fallmanagers im BTP der Veröffentlichung von 2016 (Findorff et al., 2016, S. 58–60) entnommen, wobei die Tätigkeitsdarstellung hier gekürzt aufgeführt wird. Die Kompetenzen des Pflegeexperten APN sind dem Modell nach Hamric (Spross, 2014, S. 44) entnommen.

Tätigkeiten Fallmanager im BTP	Kompetenzen Fallmanager im BTP	Kompetenzen Pflegeexperte APN
<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche und mündliche Information zum BTP • Beschaffung des Arbeitsmaterials zum BTP • Absprache des Ablaufs und des Unterstützungsbedarfs • Bereitstellung von zusätzlichen Informationsmaterialien, ggf. auch mehrfach • Einbindung des Hausarztes • Vermittlung eines Erwachsenen-Spezialisten, ggf. mehrfach • Sicherung einer Epikrise • Überprüfung der Terminwahrung in der Pädiatrie für TG1/in der Erwachsenenmedizin für Probetermin(e), TG2 	<p>Fachliche Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufliches Selbstverständnis (Patienten- und „Kundenorientierung“, Ressourcenorientierung, Bereitschaft, Arbeitszeiten auf die tel. Erreichbarkeit von Patienten und Kooperationspartnern einzustellen) • Sach- und Systemkompetenz (Erklärungs- und Handlungswissen: Wissen über Zielgruppen, Lebenslagen und Lebensumstände, soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit, Kenntnisse der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur, arbeitsfeldspezifisches Wissen) • Methoden- und Verfahrenskompetenz (Networking, Ansprechpartner und Koordinator für Kooperationspartner, 	<p>Kernkompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung/ Konsultation • Führung • Evidenzbasierte Praxis • Ethische Entscheidungsfindung • Zusammenarbeit • Leitung und Training <p>Zentralkompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direkte klinische Pflege

<p>und alle Sprechstundentermine</p> <p>Administrative Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschaffung der Materialien • Anpassung der Arbeits- und Verwaltungssoftware • Pflege der Arbeitsstrukturen • Zuarbeit zur Weiterentwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung des BTP <p>Netzwerkarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktpflege mit potenziellen und tatsächlichen Kooperationspartnern (d. h. Spezialisten der Kinder- u. Jugendmedizin sowie der Erwachsenenmedizin) • Kontaktpflege zu Einrichtungen der altersgerechten Unterstützung (d. h. Jobcenter, Schulen, Unis, Sozialarbeiter, Psychologen etc.) • Kontaktpflege zu Kostenträgern 	<p>Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring, Wissensmanagement und Präsentation, EDV- und Medienkompetenz, Evaluationskompetenz bei: Erfassung der projektspezifischen Kennzahlen, Prozesskennzahlen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kompetenz (Kommunikations- und Koordinationskompetenz, Kooperative Handlungskompetenz, Kritik- und Konfliktfähigkeit, Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit) 	
---	---	--

Abbildung 2: Gegenüberstellung Tätigkeiten/Kompetenzen Fallmanager und Kompetenzen Pflegeexperte APN

Sichtbar wird bei diesem Vergleich, dass die Rolle des Pflegeexperten APN durchaus einen Mehrwert für die Stelle des Fallmanagers darstellt.

So lässt sich im Profil des Fallmanagers im BTP kein Tätigkeitsbereich für Beratung und Konsultation erkennen. Auch die evidenzbasierte Praxis, die ethische Entscheidungsfindung und die direkte klinische Pflege sind nicht im Tätigkeits- sowie Kompetenzprofil des Fallmanagers zu finden. Dabei sind die Aufgaben im BTP eher administrativer Natur und haben wenig mit der direkten Pflege zu tun.

Durch den Einsatz eines Pflegeexperten APN kann das Angebot des Fallmanagers erweitert und besser auf die Bedürfnisse von Jugendlichen angepasst werden. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, haben Jugendliche mit Diabetes mellitus einen großen Beratungsbedarf. Außerdem sind Pflegeexperten APN in der Lage, eigene Forschungen anzustellen beziehungsweise anderen Forschungen zuzuarbeiten. So können sie durch Evaluationen die Qualität ihrer Arbeit verbessern. Eine wichtige Kompetenz eines Pflegeexperten APN ist außerdem die Leitung und das Training. Damit qualifizieren sich Pflegeexperten APN sehr gut für die Stelle des

Fallmanagers. Die Fähigkeit, Patienten zu führen und bei Veränderungen zu unterstützen, eignet sich dafür hervorragend.

3.2.2 IST-Analyse: Stärken und Schwächen

Nach Klärung der Sinnhaftigkeit der Besetzung der Rolle des Fallmanagers mit einem Pflegeexperten APN kann die IST-Situation analysiert werden.

Nach Graf und Spengler ist dies der nächste Schritt in einer Konzeptentwicklung. Dabei werden die gegenwärtige Situation sowie die Stärken und Schwächen beschrieben und später im Zusammenhang mit der Umweltanalyse mittels SWOT-Analyse betrachtet. (Graf & Spengler, 2016, S. 88)

International, vor allem im englischsprachigen Raum, gibt es bereits verschieden ausgearbeitete und aufgebaute Transitionskonzepte (Findorff et al., 2016, S. 20–26). Beispielsweise wurde das Programm „Ready Steady Go“ im Vereinigten Königreich implementiert (Nagra et al., 2015).

Oft fehlt es allerdings an ausreichender Evaluationsforschung zu den implementierten Programmen (Findorff et al., 2016, S. 41–42).

In Deutschland ist das BTP das erste Transitionsprogramm mit einem strukturellen Ablauf. Allerdings gibt es auch verschiedene Einzelinitiativen, wie Schulungen oder gemeinsame Sprechstunden für unterschiedliche Erkrankungen. (Findorff et al., 2016, S. 22–23) So wurde zum Beispiel mit dem „ModuS-Projekt“ ein Schulungskonzept für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen veröffentlicht (Ernst & Bomba, 2016).

Informationssammlung

Zur Informationssammlung bezüglich des IST-Zustands wird das von Graf und Spengler vorgeschlagene Instrument von Beck (1998): „Strategische Erfolgsfaktoren für Einrichtungen der Wohlfahrtspflege“ abgewandelt verwendet (Graf & Spengler, 2016, S. 160).

Veranschaulicht wird die Informationssammlung anhand der Abbildungen 3-7.

Auf die anschließende Darstellung von subjektiven Wahrnehmungen wird an dieser Stelle verzichtet, da im Rahmen dieser Bachelorarbeit keine Diskussion mit Beteiligten möglich ist.

Ressourcen und Kosten	
Erfolgsfaktoren	IST-Zustand
Personal	Eine festgelegte Personalanzahl gibt es nicht. Personal müsste je nach Auslastung der Transitionsstelle berechnet werden. Diese hängt von der Größe des Einzugsgebietes ab. Zur Berechnung kann die EXCEL-Tabelle des IGES Institutes genutzt werden (siehe Kapitel 2.2).
Räume	Räumlichkeiten müssten bei der Implementierung einer neuen Transitionsstelle gefunden werden. Dies ist wiederum an die personelle Situation gebunden. Momentan gibt es keine festen Räumlichkeiten. Bei der Anbindung an beispielsweise ein Gesundheitsamt könnten die Räumlichkeiten unter Umständen mitgenutzt werden.
Inventar	Das Inventar ist ebenso von der personellen Situation abhängig. Eine Festlegung hierfür gibt es daher nicht.
Methoden	Als Richtlinie der Methode kann der Transitionsablauf, wie im BTP beschrieben, genutzt werden (siehe Anhang B. und Kapitel 2.2). Darauf aufbauend können noch weitere Tätigkeitsfelder für den Fallmanager erschlossen werden.
EDV	Das BTP schlägt die eigens dafür entwickelte Software von Syntect Software & Service GmbH vor.
Technologie	Die Technologie in Form der Software ist bereits vorhanden. Computer, Telefone usw. müssten bei der Implementierung der neuen Transitionsstelle angeschafft werden.
Finanzierung/Kostenträger	Die Finanzierung der Transition durch Fallmanager ist bereits mit mehreren Krankenkassen vereinbart. Allerdings beinhalten die Vereinbarungen keine Anstellung eines Pflegeexperten APN.
Nachfrage	Der Bedarf für eine strukturierte Transition ist vorhanden (siehe Kapitel 1.).

Abbildung 3: Ressourcen und Kosten (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck [1998] in Graf und Spengler, 2016, S. 160)

Beziehung zu den Nutzern	
Erfolgsfaktoren	IST-Zustand
Ruf bei den Patienten	Die Patienten sind mit dem Angebot des BTP zufrieden, wünschen sich jedoch in manchen Punkten noch bessere Betreuung (Findorff et al., 2016, S. 117).
Bekanntheit	Die Rolle des Fallmanagers ist in Deutschland, auch im Rahmen des BTP bekannt. Allerdings ist die Besetzung der Stelle mit einem Pflegeexperten APN nicht üblich.
Örtliche Erreichbarkeit	Ist noch nicht gegeben. Hängt von den Räumlichkeiten der Transitionsstelle ab.
Technische Erreichbarkeit	Ist noch nicht gegeben. Hängt von der technischen Ausstattung der Transitionsstelle sowie den Öffnungszeiten ab.
Einbezug der Angehörigen	Ist gegeben laut des Transitionsablaufplans des BTP.

Abbildung 4: Beziehung zu den Nutzern (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck [1998] in Graf und Spengler, 2016, S. 160)

Beziehung zur Öffentlichkeit und Fachbasis	
Erfolgsfaktoren	IST-Zustand
Ruf in der Öffentlichkeit	Der Ruf in der Öffentlichkeit ist positiv.
Bekanntheit in der Öffentlichkeit	Die Bekanntheit in der Öffentlichkeit ist eher gering, was auch an den wenigen Angeboten von Transitionsprogrammen liegt.
Bekanntheit in Fachkreisen	Das BTP ist in Fachkreisen bekannt, auch durch einige Veröffentlichungen.
Präsenz in der Öffentlichkeit	Die Präsenz in der Öffentlichkeit ist noch gering. Zwar ist die Notwendigkeit eines strukturierten Übergangs in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen bekannt, aber es gibt keine gesetzlichen Regelungen und nur wenige Angebote. Durch das BTP und die damit verbundenen Veröffentlichungen konnte die Aufmerksamkeit für die Transition erhöht werden.
Fachliteratur zur Stelle	Da die Stelle noch nicht mit der Rolle des Pflegeexperten APN besteht, gibt es diesbezüglich noch keine Literatur. Literatur zum BTP ist allerdings vorhanden.

Abbildung 5: Beziehung zur Öffentlichkeit und Fachbasis (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck [1998] in Graf und Spengler, 2016, S. 160)

Weitere Faktoren	
Erfolgsfaktoren	IST-Zustand
Transitionsstellen	Sind bereits vorhanden in Berlin und in Darmstadt. Bei einer Implementierung einer neuen Transitionsstelle müssten neue Räumlichkeiten gefunden werden.
Fallmanager Berufsgruppen	Laut dem Kompetenzprofil für den Fallmanager im BTP könne diese Berufsgruppen die Aufgaben ausführen: Case Manager, Pflegewissenschaftler, Pflegemanager.
Berliner TransitionsProgramm	Das BTP gibt es seit 2009 (siehe Kapitel 2.2). Die Pilotphase konnte erfolgreich abgeschlossen werden.
Tätigkeitsbereiche	Tätigkeitsbereiche des Fallmanagers im BTP sind im Kapitel 3.2.1 beschrieben.
Kompetenzen	Kompetenzen des Fallmanagers im BTP sind im Kapitel 3.2.1 beschrieben.
Arbeitszeiten	Die Arbeitszeiten werden sich nach der Größe des Einzugsgebietes der Transitionsstelle, der personellen Situation sowie der Auslastung richten. Eine Festlegung hierfür gibt es noch nicht. Allerdings werden die Arbeitszeiten geregelt sein und keinen Schichtdienst beinhalten.

Abbildung 6: Weitere Faktoren (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck [1998] in Graf und Spengler, 2016, S. 160)

Personal	
Erfolgsfaktoren	IST-Zustand
Potenzielle Fluktuation	Die Fluktuation wird als gering vermutet, da die Arbeitszeiten nicht in Schichten eingeteilt sind und der Fallmanager keinen physischen Belastungen, wie sonst in der Pflege üblich, ausgesetzt ist. Dies trägt zur Attraktivität der Stelle bei.
Personalbeschaffung	Dies ist noch nicht geregelt.
Stellvertretungen	Die Frage der Stellvertretung ist noch nicht geregelt. Dies hängt von der personellen Situation und der Auslastung ab. Eine Stellvertretung wäre aber sinnvoll, um auch in Krankheitsfällen oder bei Urlaub das Programm nicht unterbrechen zu müssen.
Qualifizierte Nachfolger	Da sich das Kompetenzprofil des Fallmanagers im BTP nicht nur auf eine Berufsgruppe bezieht, ist die Gewährleistung von Nachfolgern höher. Allerdings ist die Bereitstellung von Nachfolgern in Form von Pflegeexperten APN noch unsicher.
Kooperationen mit Pädiatern	Bei der Implementierung einer neuen Transitionsstelle müssten Kooperationen aufgebaut werden.
Kooperationen mit Erwachsenenspezialisten	Bei der Implementierung einer neuen Transitionsstelle müssten Kooperationen aufgebaut werden.
Konfliktmanagement	Bei Konflikten ist Hilfe durch den Verein Berliner TransitionsProgramm e.V. gegeben.
Arbeitsplatzgestaltung	Die Arbeitsplatzgestaltung richtet sich nach den Räumlichkeiten. Es wird von einer guten und modernen Ausstattung ausgegangen.
Evaluation der Leistungserbringung	Die Evaluation der Leistungserbringung kann durch die Pflegeexperten APN durchgeführt werden.
Fort-/ Weiterbildungsmöglichkeiten	Durch den Verein Berliner TransitionsProgramm e.V. kann man an einer Ausbildung zum „Transitionsmanagement nach BTP“ teilnehmen. Ansonsten gibt es noch keine einheitlichen Vorgaben.
Auslastung des Personals	Die Auslastung des Personals hängt vom Einzugsgebiet der Patient ab.

Abbildung 7: Personal (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck [1998] in Graf und Spengler, 2016, S. 160)

Stärken und Schwächen

Aus der Sammlung an Informationen wird nun die IST-Analyse in Abbildung 8 aufgezeigt. Dabei wird der gegenwärtige Zustand in Stärken (Strengths) und Schwächen (Weaknesses) unterteilt dargestellt (Graf & Spengler, 2016, S. 168).

Die Abbildung 8 ist an dieser Stelle lediglich zum Teil ausgefüllt. Im anschließenden Kapitel wird sie vervollständigt.

Gegenwärtiger Zustand	Blick in die Zukunft
Stärken (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene EXCEL-Tabelle zum Ausrechnen des Personalbedarfs • Richtlinie für Transitionsablauf vorhanden • EDV vorhanden • Hoher Bedarf stetig vorhanden • Patienten, Angehörige, Ärzte sind mit BTP grundlegend zufrieden • Andere Transitionsstellen bereits vorhanden • Kompetenz- und Tätigkeitsbereich sind formuliert • Hilfe durch Verein Berliner Transitionsprogramm e.V. gegeben 	Chancen (Opportunities)
Schwächen (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten und Inventar sind nicht vorhanden • Keine einheitlichen Qualifikationen • Verhandlungen mit Krankenkassen sind nicht in Bezug auf die Rolle des Pflegeexperten APN geführt • Transition mit einem Pflegeexperten APN ist in Deutschland nicht bekannt • Ruf und Bekanntheit von Transitionsprogrammen noch gering • Keine gesetzlichen Regelungen • Kooperationen müssen noch aufgebaut werden 	Risiken (Threats)

Abbildung 8: IST-Analyse: Stärken und Schwächen

3.2.3 Umweltanalyse: Chancen und Risiken

Im Anschluss an die IST-Analyse folgt die Umweltanalyse mit den Chancen und Risiken. Mit nach außen gerichtetem Blick gilt es, die Umwelt einer Organisation zu erfassen und Entwicklungen zu erkennen. Durch die Betrachtung der Chancen und Risiken für die Zukunft kann ein Unternehmen Strategien zu deren Nutzung beziehungsweise Bewältigung ableiten. Die Umwelt einer Organisation ist in Stakeholder und verschiedene Einflüsse unterteilt. (Graf & Spengler, 2016, S. 89–90)

Zuerst wird in diesem Kapitel die Stakeholder-Analyse dargelegt. Anschließend folgt die Umweltanalyse mit der Gegenüberstellung der Stärken und Schwächen sowie der Chancen und Risiken (SWOT-Analyse).

Analyse der Stakeholder

Der Begriff Stakeholder beschreibt laut Graf und Spengler Akteure, die ein Interesse an einer Organisation haben, von deren Tätigkeiten betroffen sind und diese beeinflussen können. Die Analyse der Stakeholder soll alle beteiligten Akteure ordnen und deren Forderungen und

Vorstellungen sowie deren Beitrag für die Organisation darstellen. Dabei sind die internen Stakeholder die Verantwortungsträger einer Organisation. Primäre Stakeholder stehen in direktem Kontakt mit der Organisation und sekundäre Stakeholder fassen all diejenigen zusammen, die indirekten Einfluss haben oder durch die Organisation beeinflusst werden. (Graf & Spengler, 2016, S. 90)

In der folgenden Abbildung 9 sind die Stakeholder für diese Konzeptentwicklung dargelegt.

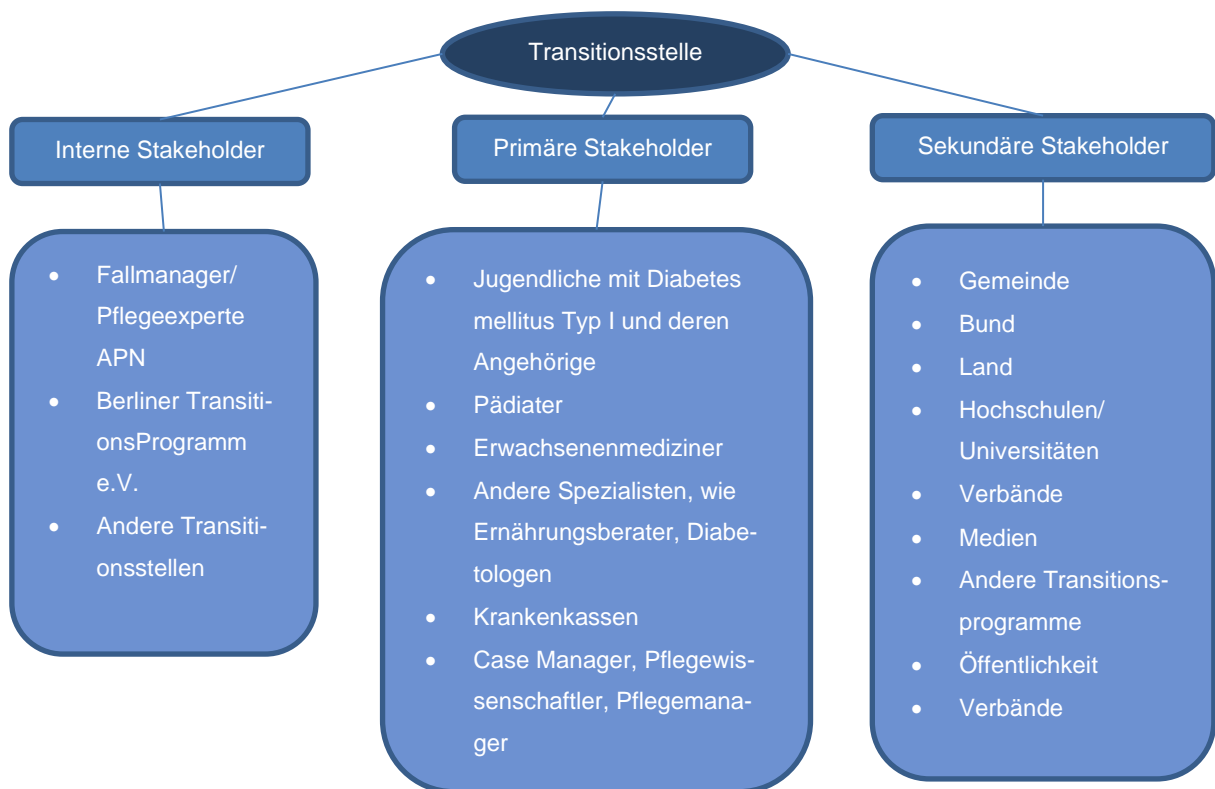


Abbildung 9: Sammlung von Stakeholdern (eigene Darstellung in Anlehnung an Graf und Spengler, 2016, S. 145)

Im Folgenden wird auf die primären Stakeholder eingegangen.

Durch die Implementierung einer APN Rolle für die Stelle des Fallmanagers werden andere Berufsgruppen für die Stelle ausgeschlossen, die diese bis jetzt noch besetzen können. Da ein Einsetzen des Pflegeexperten APN somit zu Konflikten führen kann, soll an dieser Stelle eine Auflistung der laut BTP einsetzbaren Berufsgruppen stattfinden. In Abbildung 10 sind die Qualifikationen der Konkurrenten abgebildet und in Abbildung 11 die Verdienste. Die Bruttogehälter sind an den Daten von verschiedenen Onlinebewerbungsportalen orientiert und bilden Richtwerte.

Qualifikation	
Case Manager	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossenes humanwissenschaftliches Studium und mindestens einjährige Berufserfahrung oder • Abgeschlossenes nichthumanwissenschaftliches Studium und mindestens zweijährige Berufserfahrung (humandienstlich) oder • Abgeschlossene Ausbildung im Sozial- oder Gesundheitswesen an einer Fachschule und mindestens dreijährige Berufserfahrung oder • Abgeschlossene andere Ausbildung im Sozial- oder Gesundheitswesen und Beschäftigungsförderung und mindestens sechsjährige Berufserfahrung (humandienstlich) <p>(Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, 2011)</p>
Pflegewissenschaftler	<ul style="list-style-type: none"> • Als Bachelor oder Master möglich • Je nach dem sind unterschiedliche Qualifikationen notwendig (Heitmann & Reuter, 2019) • Allgemeine Hochschulreife/Abitur oder • Fachgebundene Hochschulreife/Fachabitur mit • Abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich der Pflege oder • Abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege, Heilerziehungspflege oder als Hebamme und • Mindestens dreijährige Berufserfahrung (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe b) • Manchmal reicht der Nachweis eines Ausbildungsvertrags in der Pflege • Abgeschlossenes Bachelorstudium im Bereich der Pflege für den Master (Heitmann & Reuter, 2019)
Pflegemanager	<ul style="list-style-type: none"> • Als Bachelor oder Master möglich • Je nach dem sind unterschiedliche Qualifikationen notwendig (Heitmann & Reuter, 2019) • Allgemeine Hochschulreife/Abitur oder • Fachgebundene Hochschulreife/Fachabitur mit • Abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich der Pflege oder Gesundheit oder • Abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege oder Gesundheit und • Mindestens dreijährige Berufserfahrung (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe a)

	<ul style="list-style-type: none"> • Manchmal reicht der Nachweis eines Ausbildungsvertrags in der Pflege • Abgeschlossenes Bachelorstudium im Bereich der Pflege für den Master (Heitmann & Reuter, 2019)
--	--

Abbildung 10: Qualifikation der Konkurrenten

Verdienst	
Case Manager	<ul style="list-style-type: none"> • 2.200 Euro bis 3.000 Euro
Pflegewissenschaftler	<ul style="list-style-type: none"> • Einstiegsgehalt mit Bachelor: 3.000 bis 3.500 Euro im Monat • Einstiegsgehalt mit Master: 3.500 bis 4.000 Euro im Monat
Pflegemanager	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Bachelor: zwischen 2.900 bis 3.900 Euro • Mit Master: um die 4.000 Euro im Monat

Abbildung 11: Bruttoverdienst der Konkurrenten

Aus dieser Auflistung der Konkurrenten um die Stelle des Fallmanagers im BTP wird deutlich, dass die drei Berufsgruppen, die diese potentiell besetzen können, mit einer großen Varianz an Voraussetzungen die jeweiligen Abschlüsse erlangen.

So ist die Stelle des Fallmanagers beispielsweise durch eine Hebamme oder einen Heilerziehungspfleger mit Weiterbildung im Case Management genauso zu besetzen wie durch einen Pflegemanager mit Masterabschluss.

Die Verdienste der genannten Berufsgruppen sind hier aufgelistet, um eine Vergleichsgrundlage für die in Kapitel 3.2.5 aufgestellte Personalkostenrechnung für den Pflegeexperten APN darzustellen. Dies wird in Kapitel 4. aufgegriffen.

Nach der Diskussion der Konkurrenten um die Stelle des Fallmanagers im BTP als primäre Stakeholder lässt sich im Folgenden in Abbildung 12 eine Stakeholder-Analyse erstellen, die die Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats) beschreibt. Dabei wurden auch noch weitere primäre Stakeholder und deren Bedeutung für den Pflegeexperten APN im Rahmen der Transition betrachtet. In dieser Bachelorarbeit richtet sich die Stakeholder-Analyse nach Graf und Spengler (2016, S.146-147). Sie fällt allerdings weniger aufwendig aus, um den Rahmen der Bachelorarbeit nicht zu überschreiten.

Stakeholder	Welchen Nutzen erwarten sie?	Was tragen sie bei?	Welche Chancen und Risiken zeichnen sich ab?
Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Betreuung • Strukturierte Transition 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit Pflegeexperte APN • Bereitschaft zur Transition • Motivation • Einhalten von Terminen und Absprachen 	Risiko: <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Bereitschaft und Motivation Chance: <ul style="list-style-type: none"> • Optimal gestaltete Transition ohne Versorgungsbrüche
Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Betreuung • Strukturierte Transition 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Verantwortungsübertragung • Motivierung der Jugendlichen • Unterstützung bei Selbstmanagement 	Risiko: <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige geben Verantwortung nicht ab an Jugendliche Chance: <ul style="list-style-type: none"> • Jugendliche können Management der Erkrankung erlernen
Konkurrierende Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung des beruflichen Blickwinkels 	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis • Fachlicher Austausch • Bewusstsein für Qualitätssicherung in der Transition 	Risiko: <ul style="list-style-type: none"> • Unverständnis Chance: <ul style="list-style-type: none"> • Generierung von Mitarbeitern

Abbildung 12: Stakeholder-Analyse (eigene Darstellung in Anlehnung an Graf und Spengler, 2016, S. 146-147)

Erfolgsrelevante Umweltfaktoren

Nach der Darstellung der IST-Situation mit den Stärken und Schwächen und der Stakeholder-Analyse werden weitere Umweltfaktoren, die in der Zukunft einen Einfluss auf den Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I haben können, aufgeführt. Dabei kommt es zur näheren Betrachtung der gesellschaftlichen, politisch-rechtlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen sowie sozialen Problemlagen. (Graf & Spengler, 2016, S. 91)

Gesellschaftliche Entwicklungen

Wie bereits in Kapitel 1. beschrieben, steigt die Anzahl chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Transitionsprogrammen für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I weiter zunehmen wird (Müther & Findorff, 2016).

Die Komplikationen, die durch eine nicht ausreichend begleitete Transition in die Erwachsenenmedizin entstehen, belasten das deutsche Gesundheitssystem. Durch ein strukturiertes

Transitionsprogramm können diese verringert und so das Gesundheitssystem entlastet werden. (Müther et al., 2018)

Politisch-rechtliche Entwicklungen

Für die politisch-rechtliche Entwicklung ist die Implementierung des Pflegeexperten APN näher zu betrachten. Immer mehr Hochschulen und Universitäten bieten den Masterstudiengang ANP an und das Thema gewinnt im deutschen Gesundheitssystem an Gewicht. In Zukunft wird der Ausbau von Stellen für Pflegeexperten APN weiter vorangetrieben werden. Dies wird zu einer neuen Aufmerksamkeit auf diese Rolle und zur Erschließung neuer Stellen führen. Bereits mit der Heilkundeübertragungsrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011) wurde ein Grundstein für die Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten als Pflegefachperson gelegt. Diese eröffnet neue Handlungsspielräume, ist aber noch nicht ausreichend, um ein eigenständiges Arbeiten eines Pflegeexperten APN zu ermöglichen. Dazu fehlt noch die gesetzliche Verankerung in Deutschland. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK, 2020)

Wirtschaftliche Entwicklungen

Der Abschnitt der gesellschaftlichen Entwicklungen sowie Kapitel 1. legen dar, dass die Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem aufgrund von Komplikationen und Folgeerkrankungen steigen. Deshalb werden die Prävention und die Gesundheitsförderung immer wichtiger. (Hartmann et al., 2016)

Soziale Problemlagen

Chronische Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ I, sind eine zusätzliche Belastung für Jugendliche in sozial schwierigen Situationen. Gerade jene brauchen eine gute Begleitung beim Übergang ins Erwachsenenleben. (International Diabetes Federation, 2019, S. 92) Auch laut der Transitionstheorie nach Meleis beeinflussen persönliche wie gesellschaftliche Bedingungen die Reaktionen auf einen Veränderungsprozess. Zu den Bedingungen können Wissen und Fähigkeiten sowie das soziale Umfeld mit Unterstützung und Ressourcen zählen. (Meleis, 2015, S. 365–366)

Aus den nun gesammelten Informationen lässt sich die SWOT-Analyse in Abbildung 13 weiter vervollständigen.

Gegenwärtiger Zustand	Blick in die Zukunft
<p>Stärken (Strengths)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene EXCEL-Tabelle zum Ausrechnen des Personalbedarfs • Richtlinie für Transitionsablauf vorhanden • EDV vorhanden • Hoher Bedarf vorhanden • Patienten, Angehörige, Ärzte sind mit BTP zufrieden • BTP ist bekannt • Andere Transitionsstellen bereits vorhanden • Kompetenz- und Tätigkeitsbereich sind formuliert • Hilfe durch Verein Berliner TransitionsProgramm e.V. gegeben 	<p>Chancen (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besetzung der Stelle des Fallmanagers mit der Rolle des Pflegeexperten APN • Zahl der Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen steigt • Bedarf an Beratung steigt • Möglichkeiten für eine geregelte Finanzierung • Anzahl an Pflegefachpersonen mit Masterabschluss steigt • Jugendliche erlernen Selbstmanagement ihrer Erkrankung und gewinnen Selbstvertrauen
<p>Schwächen (Weaknesses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten und Inventar sind nicht vorhanden • Keine einheitlichen Qualifikationen • Verhandlungen mit Krankenkassen sind nicht in Bezug auf die Rolle des Pflegeexperten APN geführt • Transition mit einem Pflegeexperten APN ist in Deutschland nicht bekannt • Ruf und Bekanntheit von Transitionsprogrammen noch gering • Keine gesetzlichen Regelungen • Kooperationen müssen noch aufgebaut werden 	<p>Risiken (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterhin keine Finanzierung und rechtliche Rahmenbedingungen geklärt • Starre Strukturen • Eventuell Skepsis der Öffentlichkeit und Beteiligten beim Einsetzen des Pflegeexperten APN • Andere beteiligte Berufsgruppen fühlen sich in ihrem Arbeitsethos übergangen

Abbildung 13: SWOT-Analyse: Gegenüberstellung der Stärken und Schwächen sowie der Chancen und Risiken

3.2.4 SOLL-Zustand: Zielbestimmung

Als entscheidendsten Schritt in der Konzeptentwicklung sehen Graf und Spengler die Zielbestimmung. Dazu zählen geplante Leistungen, das Auftreten der Organisation gegenüber Stakeholdern sowie die gewünschte Wirkung einer Organisation. (Graf & Spengler, 2016, S. 93)

Das Hauptziel der Konzeptentwicklung im Rahmen dieser Bachelorarbeit ist die Erstellung einer APN Rolle für die Stelle des Fallmanagers im BTP. Die damit verbundenen Ziele sind:

1. Die Stelle des Fallmanagers im BTP ist durch einen Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I besetzt.
2. Es gibt ein einheitliches Konzept zur Transition von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I.

3. Eine strukturierte Transition in die Erwachsenenmedizin ist für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I gesichert.
4. Das Leistungsangebot des BTP ist erweitert.
5. Eine Anregung zur Entstehung von APN Rollen für weitere Krankheitsbilder ist gegeben.

3.2.5 Wege und Mittel der Umsetzung

Nach Graf und Spengler sollen an dieser Stelle der Konzeptentwicklung die Wege und Mittel zur Erreichung der gesetzten Ziele herausgearbeitet werden. Zu den Mitteln für die Umsetzung des Konzepts zählen die zur Verfügung stehenden Ressourcen. (Graf & Spengler, 2016, S. 97–98)

In dieser Bachelorarbeit wird besonders auf die mögliche Finanzierung eingegangen.

Für die Erstellung dieses Konzepts fallen keine Kosten an, da sie im Rahmen einer Bachelorarbeit erfolgt. Die Finanzierung beginnt also erst mit der Umsetzung des Konzepts.

Die Kosten setzen sich aus Sachkosten, die einmalig oder laufend getätigt werden müssen, sowie aus Personalkosten zusammen (Güse, 2018).

Im Folgenden findet sich eine Auflistung der zu bedenkenden Kosten bei der Umsetzung des Konzeptes.

Die Sachkosten hängen davon ab, ob und inwieweit der Pflegeexperte APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I in einer bereits existierenden Transitionsstelle implementiert wird oder ob eine neue aufgebaut wird. So sind in Abbildung 14 die möglichen Posten lediglich aufgeführt, wobei die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Einmalige Sachkosten	Laufende Sachkosten
<ul style="list-style-type: none"> • Raumausstattung (Möbel) • Technische Geräte (Telefon, Computer usw.) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Miete für die Transitionsstelle • Nebenkosten • Internet- und Telefonzugang • Infomaterial • ...

Abbildung 14: Sachkosten

Der Berechnung der Personalkosten liegt das Gehalt eines Pflegeexperten APN zu Grunde. Da es noch keine einheitlichen Strukturen für dieses Berufsbild in Deutschland gibt und somit auch keine genauen Angaben zum Verdienst eines Pflegeexperten APN, ist die folgende Rechnung nur eine mögliche Auflistung der Personalkosten (Deutscher Berufsverband für

Pflegeberufe DBfK, 2020). Außerdem ist das Gehalt vom Arbeitgeber abhängig und kann je nach Träger variieren.

Ein kommunaler Träger für die Transitionsstelle ist eine gute Option, da so eine Angliederung der Stelle an das Gesundheitsamt möglich wäre. Dies hätte den Vorteil der bereits vorhandenen Räumlichkeiten und Ressourcen. Der Bund als Arbeitgeber kann allerdings ebenfalls in Betracht gezogen werden, da so die Versorgung von Jugendlichen während der Transition bundesweit einheitlich geregelt werden könnte.

Für die vorliegende Berechnung in Abbildung 15 wird von einem kommunalen Arbeitgeber ausgegangen und somit muss die Entgelttabelle TVöD VKA (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst – Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände) herangezogen werden (Mai, 2020).

Da in diesem Konzept die Stelle des Fallmanagers mit einem Pflegeexperten APN besetzt werden soll und dieser einen Masterabschluss voraussetzt, wie in den Kapiteln 1. sowie 2.4 beschrieben, stehen die Entgeltgruppen 13-15 zur Einordnung zur Verfügung. Außerdem wurde diese Entgelttabelle gewählt aufgrund der in Kapitel 2.4 gelisteten Kompetenzen eines Pflegeexperten APN. Bei der Implementierung der neuen Stelle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I wird von einem Pflegeexperten APN ohne Vorkenntnisse ausgegangen, sodass mit Stufe 1 der Entgeltgruppe 13 gerechnet wird. Das monatliche Gehalt beläuft sich demnach auf 4.056,62 € brutto. (Mai, 2020)

Pflegeexperte APN	
Arbeitnehmerbrutto (pro Jahr)	48.679,44€
+ 20% (Sozialversicherungsabgaben)	9.735,89€
= Arbeitgeberbrutto	58.415,33€
Arbeitgeberbrutto/52 Wochen	58.415,33€ / 52 Wochen
= Arbeitgeberbrutto (pro Woche)	1.123,37€
Bruttoarbeitszeit (pro Woche)	38,5 Stunden
-20% (Krankheitsausfall, Urlaub, Weiterbildung)	7,7 Stunden
= Nettoarbeitszeit	30,8 Stunden
Arbeitgeberbrutto (pro Woche)/Nettoarbeitszeit (pro Woche)	1.123,37€/ 30,8 Stunden
= Personalkosten	36,47€/ Stunde

Abbildung 15: Personalkosten Pflegeexperte APN (eigene Darstellung in Anlehnung an Prof. Dr. Güse, 2018, Modul 3.6 Managementinstrumente)

Somit lassen sich die Personalkosten für einen Pflegeexperten APN auf 58.415,33€ brutto im Jahr berechnen.

Wie viele Fallmanager in Deutschland notwendig sind, um alle Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I während der Transition zu betreuen, lässt sich mit der eigens vom IGES Institut für das BTP erstellten EXCEL-Tabelle berechnen (Findorff et al., 2016, S. 87–89). Für diese Bachelorarbeit wurde eine Anfrage auf Zusendung der EXCEL-Tabelle beim IGES Institut gestellt. Leider blieb diese ergebnislos, da die zugesagte Rückmeldung nicht erfolgte. Deshalb kann diese Berechnung nicht stattfinden.

Für die aktuelle Stelle des Fallmanagers im BTP gibt es, wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, Verträge mit einigen Krankenkassen. Allerdings muss die Finanzierung der Stelle des Pflegeexperten APN noch verhandelt werden.

3.2.6 Weitere Phasen der Erarbeitung

Die folgenden Phasen der Erarbeitung werden lediglich zusammengefasst dargelegt, um die Bachelorarbeit auf die festgelegte Seitenzahl zu reduzieren. Graf und Spengler sehen die zeitliche Planung, die fachliche Ausarbeitung sowie die redaktionelle Überarbeitung als nächste Arbeitsschritte an (Graf & Spengler, 2016, S. 98–99).

Zeitliche Planung

Der Umsetzung des Konzepts muss eine zeitliche Planung vorausgehen. Da es für das in dieser Bachelorarbeit erstellte Konzept noch keine Zustimmung zur Umsetzung gibt, wird die Planung hier nicht ausgearbeitet. Dies muss nach Genehmigung der Implementierung noch erfolgen.

Fachliche Ausarbeitung

Im Rahmen der fachlichen Ausarbeitung wurde eine mögliche Stellenbeschreibung des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I erstellt. Diese ist im Anhang E. einzusehen und angelehnt an die Darstellung einer Stellenbeschreibung von Ulmer (2019, S. 27).

Die darin enthaltenen Kompetenzen und Aufgaben sind zusammengestellt aus den Kernkompetenzen nach Hamric (Spross, 2014, S. 44), den Kompetenzen und Tätigkeiten des Fallmanagers im BTP (Findorff et al., 2016, S. 59–60) und der Transitionstheorie nach Meleis (2015, S. 364).

Wie bereits in Kapitel 2.1 näher erläutert, gibt Meleis mit ihrer Theorie einen Rahmen für den Transitionsprozess vor und definiert in diesem Zusammenhang Aufgaben für die Pflege. Da die Jugendlichen durch entwicklungsbedingte Veränderungen mit der Transition konfrontiert werden, müssen sie neue Fähigkeiten erlernen und sich in ihrer neuen Rolle zurechtfinden. Durch das Setzen von Zielen und Meilensteinen kann die Pflegefachperson dabei unterstützen. Außerdem sind Bedingungen herzustellen, die sich positiv auf den Transitionsprozess auswirken, beispielsweise durch das Schaffen von Vorbildern und den Aufbau von sozialen Netzwerken. Durch Gespräche mit dem Jugendlichen soll dessen Maß an Einbindung im Transitionsprozess gefördert werden. Dabei ist auch das Selbstvertrauen zu stärken. Des Weiteren kann der Pflegeexperte APN dem Jugendlichen helfen, dessen Position im Gesundheitswesen zu erkennen. Auch das Nutzen von vorhandenen Ressourcen wird durch die Pflege vermittelt und die Kompetenzen sowie das Fachwissen der Jugendlichen ausgebaut. (Meleis, 2015, S. 362–369)

Mit der Heilkundeübertragungsrichtlinie ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine festgelegte Liste an Tätigkeiten, die spezifisch für das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I bereits jetzt an Pflegefachpersonen übertragen werden können, erstellt worden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Die Auflistung dieser Tätigkeiten ist im Anhang C. einzusehen. Auch sie bilden eine Grundlage für die Stellenbeschreibung.

Redaktionelle Bearbeitung

Die redaktionelle Bearbeitung findet statt, sobald alle nötigen Schritte für die Konzeptentwicklung bearbeitet wurden und die Umsetzung kurz bevorsteht. Eine Überarbeitung der erstellten Entwürfe vor der Veröffentlichung und Vorstellung vor dem Beschlussgremium sind hier eingeschlossen. (Graf & Spengler, 2016, S. 99–100)

Durch den bereits in Kapitel 3.1 erwähnten Mangel an weiteren Erarbeitungsmitgliedern sowie einer Steuerungsgruppe wird dieser Schritt in der Bachelorarbeit nicht bearbeitet.

3.3 Umsetzung

Die Phase der Umsetzung des erarbeiteten Konzepts findet während dieser Bachelorarbeit nicht statt. Da es keinen Auftraggeber für die Erstellung des Konzepts gibt und die Rolle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I lediglich für die Bachelorarbeit geplant wurde, ist eine Umsetzung durch die Autorin nicht vorgesehen.

Eine Möglichkeit der Umsetzung im Rahmen des BTP kann gegeben sein, wenn Interesse durch den Berliner TransitionsProgramm e.V. besteht.

Nach Graf und Spengler ist die Phase der Umsetzung entscheidend für den weiteren Verlauf des Konzepts. Es liegt an den Mitgliedern der Organisation, ob und wie erfolgreich die Umsetzung stattfindet. Vor allem Führungskräfte spielen eine große Rolle, da sie unter anderem die Mittel zur Verfügung stellen müssen und mit ihrem Verhalten den Ausgang der Implementierung des Konzepts mitbestimmen. (Graf & Spengler, 2016, S. 100)

3.4 Kontrolle und Fortschreibung

Nach einer erfolgreichen Umsetzungsphase muss alle zwei bis vier Jahre eine Evaluation des Konzepts erfolgen (Graf & Spengler, 2016, S. 101).

Diese sollte unter Einbeziehung der festgesetzten Ziele, wie in Kapitel 3.2.4 aufgelistet, geschehen. Für das hier erstellte Konzept kann eine Evaluation in Form von Datenauswertungen stattfinden. Dazu stellen die erhobenen Daten mittels der Dokumentationssoftware, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, eine mögliche Quelle dar.

Außerdem kann der Bedarf an Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I mit Hilfe der EXCEL-Tabelle des IGES Institutes regelmäßig kontrolliert und so die Stellen angepasst werden.

Des Weiteren ist eine Befragung der Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I sowie deren Angehörigen in Bezug auf Zufriedenheit mit den Angeboten des Pflegeexperten APN eine Möglichkeit. Auch Netzwerkpartner wie Pädiater und Erwachsenenmediziner können diesbezüglich befragt werden.

Mit Hilfe der Netzwerkpartner ließe sich auch die Auswertung der HbA1C-Werte der Jugendlichen realisieren. Damit kann sichergestellt werden, dass die Jugendlichen nicht wie in Kapitel 1. erwähnt, in eine Versorgungslücke fallen, sondern dass deren Werte stabil bleiben und somit der Transitionsprozess erfolgreich durchlaufen werden konnte.

Der Pflegeexperte APN kann die Evaluationen selbst durchführen, da er laut Hamric auch für wissenschaftliche Tätigkeiten geschult ist (Spross, 2014, S. 44).

4. Schlussbetrachtung

Nach der Vorstellung der Konzeptentwicklung widmet sich das folgende Kapitel dem Fazit, der Diskussion sowie dem Ausblick.

Fazit

In dieser Bachelorarbeit wurde aufgrund von in Kapitel 1. näher erläuterten Problemen in der Transition von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I ein Konzept für die Rolle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I erstellt. Angelehnt ist die Rolle an das

BTP. Das Konzept wurde unter Hinzuziehung der Veröffentlichung von Graf und Spengler „Leitbild- und Konzeptentwicklung“ von 2016 sowie den Vorlesungsunterlagen von Prof. Dr. Güse zum Modul 3.6 „Managementinstrumente“ von 2018 an der Evangelischen Hochschule Nürnberg erstellt. Die in den Kapiteln 2.1, 2.2, 2.3 und 2.4 beschriebenen theoretischen Hintergründe bilden die Grundlage für das entstandene Konzept.

Begonnen wurde die Konzeptentwicklung, nach abgeschlossener Darlegung des theoretischen Rahmens, mit der Überprüfung des Mehrwerts eines Pflegeexperten APN in der Rolle des Fallmanagers. Dies wurde anhand eines Vergleichs der Kompetenzen und Aufgaben eines Fallmanagers im Rahmen des BTP mit den Kompetenzen eines Pflegeexperten APN nach Hamric (Spross, 2014, S. 44) dargelegt. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass ein Pflegeexperte APN mit seinen Kompetenzen durchaus einen Mehrwert für die Stelle des Fallmanagers darstellt.

Mit der Darlegung der IST-Situation in Kapitel 3.2.2 und der Umweltfaktoren in Kapitel 3.2.3 wurde deutlich, welche Stärken und Schwächen momentan vorliegen und mit welchen Chancen und Risiken bei der Implementierung der neuen APN Rolle zu rechnen ist. So konnte herausgestellt werden, dass mit dem BTP eine gute Grundlage bereits vorhanden ist und der Bedarf an Transitionsprogrammen weiter steigen wird.

Allerdings ist auch deutlich geworden, dass die nötigen gesetzlichen Grundlagen und die Regelungen für die Finanzierung noch fehlen.

Durch den Vergleich der laut dem BTP für die Stelle des Fallmanagers einzusetzenden Berufsgruppen konnten deren Unterschiede hervorgehoben werden. Mit dieser Varianz an Berufsgruppen lässt sich das Ziel der einheitlichen strukturierten Transition nur schwer erreichen. Zwar sind im Vergleich der Verdienste des Pflegeexperten APN (Abbildung 15) und dessen konkurrierende Berufsgruppen (Abbildung 11) diese teilweise finanziell günstiger, allerdings bringt ein Pflegeexperte APN auch ein breiteres Kompetenzprofil für die Stelle mit.

Aufbauend auf die IST-Analyse konnten die Ziele, welche die Autorin mit der Erstellung des Konzeptes verfolgt, dargelegt werden.

Bezugnehmend auf die in Kapitel 3.2.4 formulierten Ziele wurden in Kapitel 3.2.5 die Wege und Mittel für die Umsetzung des Konzepts eruiert. So konnten auch eine mögliche Finanzierung und eine Berechnung der eventuellen Personalkosten aufgezeigt werden. Diese sind allerdings noch als sehr ungewiss anzusehen, da die Finanzierung von unterschiedlichen Faktoren wie dem Arbeitgeber, der Einordnung in die Entgelttabelle und den Vorkenntnissen des Pflegeexperten APN abhängig ist.

Mit der Stellenbeschreibung, welche im Anhang E. einzusehen ist, zeigt die Verfasserin dieser Bachelorarbeit, wie die Stelle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I in Zukunft aussehen kann.

Diskussion

Das geplante Konzept konnte nicht vollständig wie von Graf und Spengler (2016) beschrieben erstellt werden. Einige Arbeitsschritte sind nur teilweise bearbeitet, andere wurden ausgelassen. Gründe dafür sind zum einen der fehlende Auftrag für die Erstellung des Konzepts, der Mangel an weiteren Erarbeitungsmitgliedern sowie der zeitliche Rahmen der Bachelorarbeit.

Durch die Konzepterstellung wurde deutlich, dass auf Grundlage des BTP und durch den Einsatz von Pflegeexperten APN eine Erweiterung des Tätigkeitskataloges des Fallmanagers durchaus vorstellbar ist. Damit kommt man dem Ziel einer strukturierten und einheitlichen Transition für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I näher. Allerdings müssen für dieses Vorhaben die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen noch ausgebaut werden.

Der Einsatz von Pflegeexperten APN im Bereich der Transition kann ein guter Weg sein hin zur ganzheitlichen Versorgung von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen während der Transition von der pädiatrischen zur Erwachsenenversorgung. Somit ist die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit positiv zu beantworten.

Ausblick

Schon lange spielt in anderen Ländern die Pflegefachperson eine wichtige Rolle in der Transition (Betz & Coyne, 2020, S. 3). Sie nimmt dabei durch ihre Unterstützung der Jugendlichen eine Schlüsselrolle ein, schlägt eine Brücke von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung und schafft so Kontinuität (Kelly, 2014).

In Deutschland verändert sich die Pflegelandschaft und Studiengänge werden ausgebaut. Warum sollte man sich nicht ein Beispiel an anderen Ländern nehmen und die Fähigkeiten des Fachpersonals nutzen?

Pflegeexperten APN sind mit ihren umfangreichen Kompetenzen unter anderem für die Entwicklung von Leitlinien verantwortlich, können die Rolle eines Change Agents einnehmen und so die Qualität, Effektivität und Effizienz sowie die Kontinuität der Pflege sichern. Außerdem spielen sie eine große Rolle in der Prävention und der Gesundheitsförderung. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK] et al., 2013)

All diese Fähigkeiten können zum Erfolg eines Transitionsprogramms beitragen und es weiter voranbringen. Außerdem ist damit eine neue Beschäftigungsmöglichkeit für Pflegeexperten APN geschaffen, die die Bedeutung der Pflege betonen kann.

Zur Implementierung des Pflegeexperten APN kann auf das PEPPA Framework (participatory, evidence-based, patient-focused process for Advanced Practice Nursing (APN) role development, implementation and evaluation) von Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) verwiesen werden. In diesem Rahmenkonzept werden bei der Implementierung einer APN Rolle die Stakeholder aktiv mit einbezogen und durch einen zielgerichteten Prozess sowie ein flexibles, für die Einrichtung angemessenes Vorgehen, das Vorhaben erleichtert. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Entwicklung der Rolle des Pflegeexperten APN für Transition bei Diabetes mellitus das Potential bietet, zukünftig umfassend und flexibel auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten zu reagieren. Darüber hinaus bietet sie die Möglichkeit, Orientierung für die Versorgung von chronisch kranken Jugendlichen auch anderer Krankheitsbilder zu geben.

Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Reduzierung vermeidbarer Kosten für Folgeerkrankungen geleistet und die Lebensqualität der Patienten verbessert werden, wodurch das Gesundheitssystem entlastet wird.

Literaturverzeichnis

- Betz, C. L. & Coyne, I. T. (2020). Healthcare Transition: An Overview and Introduction. In C. L. Betz & I. T. Coyne (Hg.), *Transition from Pediatric to Adult Healthcare Services for Adolescents and Young Adults with Long-term Conditions: An International Perspective on Nurses' Roles and Interventions* (S. 1–17). Springer Nature Switzerland AG.
- Blum, R. W. M., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P. & Slap, G. B. (1993). Transition from Child-Centered to Adult Health-Care Systems for Adolescents with Chronic Conditions: A Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health, 14*(7), 570–576.
- Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing, 48*(5), 530–540.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In P. L. Chinn (Hg.), *Nursing research methodology: Issues and Implementation* (S. 237–257). Aspen Publications.
- Danne, T. & Kapellen, T. (2019). Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hg.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020: Die Bestandsaufnahme* (S. 128–141). Kirchheim + Co GmbH.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (Hg.). (2018). *S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes* (2. Auflage). AWMF online. online verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/057-013.html>, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK. (2020). *Positionspapier Advanced Practice Nursing*.
- Dörr, H. G. (2015). Editorial. *Glandulinchen - Magazin für Kinder- und Jugendendokrinologie*(6), 1.
- Ernst, G. & Bomba, F. (2016). *Fit für den Wechsel: Erwachsenwerden mit chronischer Krankheit: Transitionsmodul im Modularen Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ModuS*. Pabst Science Publishers.
- Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe a. *Gesundheits- und Pflegemanagement (B.A.)*. online verfügbar unter: https://www.evh-bochum.de/ba_gesundheits-_und_pflegermanagement.html, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe b. *Pflegewissenschaft (B.A.)*. online verfügbar unter: <https://www.evh-bochum.de/pflegewissenschaft-ba.html>, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Findorff, J., Müther, S., Moers, A. von, Nolting, H.-D. & Burger, W. (2016). *Das Berliner Transitions-Programm: Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin*. De Gruyter.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V: (Richtlinie nach §63 Abs. 3c SGB V)*. online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Graf, P. & Spengler, M. (2016). *Leitbild- und Konzeptentwicklung* (6. überarbeitete Auflage). Walhalla Fachverlag.
- Gray, M. (2014). Evidence-Based Practice. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 237–265). Elsevier/Saunders.
- Güse, C. (2018). *Vorlesungsmaterial Modul 3.6 Managementinstrumente*. unveröffentlichtes Material der Evangelischen Hochschule Nürnberg.
- Hamric, A. B. (2014). A Definition of Advanced Practice Nursing. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 67–85). Elsevier/Saunders.
- Hamric, A. B. & Delgado, S. A. (2014). Ethical Decision Making. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 328–358). Elsevier/Saunders.
- Hanson, C. M. & Carter, M. (2014). Collaboration. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 299–327). Elsevier/Saunders.
- Hartmann, J., Jacobs, S., Eberhard, S., Lengerke, T. von & Amelung, V. (2016). Analysing predictors for future high-cost patients using German SHI data to identify starting points for prevention. *European Journal of Public Health*, 26(4), 549–555.
- Haynert, H. (2011). Advanced Nursing Practice (ANP). In Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hg.), *Positionspapier Deutschland* (48-51).
- Heitmann, D. & Reuter, C. (2019). Was soll ich studieren? *Heilberufe*, 71(9), 55–57.
- Icks, A., Strassburger, K., Baechle, C., Rosenbauer, J., Giani, G., Beyer, P. & Holl, R. W. (2013). Frequency and Cost of Diabetic Ketoacidosis in Germany - Study in 12.001 Paediatric Patients. *Experimental & Clinical Endocrinology & Diabetes*, 121(1), 58–59.
- International Council of Nurses. (2002). *Definition and characteristics of the role*.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas: Ninth edition 2019*.
- Kelly, D. (2014). Theory to reality: the role of the transition nurse coordinator. *British Journal of Nursing*, 23(16), 888–894.
- KUNO Klinik St. Hedwig Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg. *Transition - Erwachsenwerden in der Kinderklinik*. online verfügbar unter: <https://www.barmherzige-hedwig.de/patienten-besucher/ganzheitliche-unterstuetzung/transition-erwachsenwerden-in-der-kinderklinik.html>, zuletzt geprüft: 05.02.2021

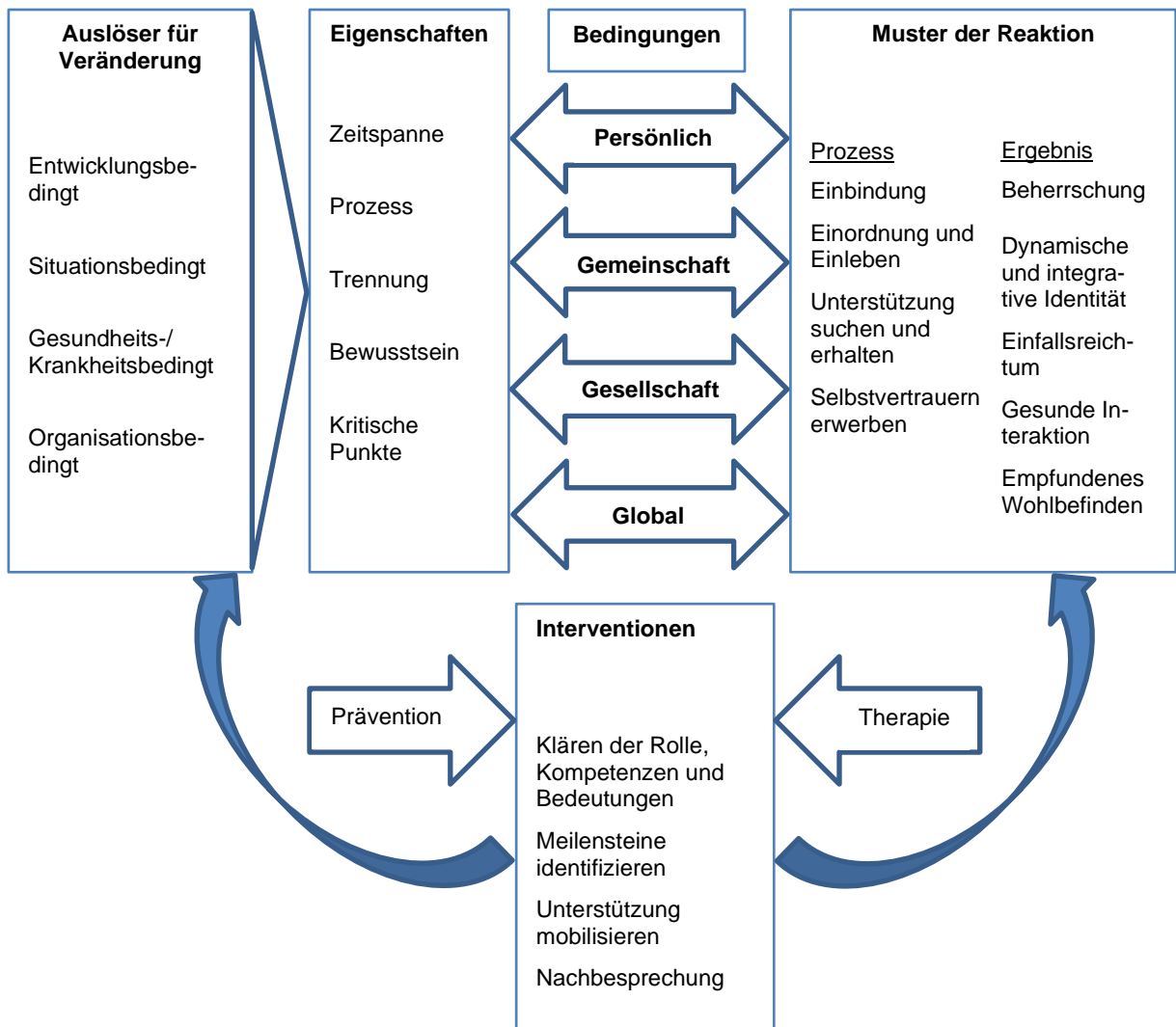
- Mai, J. (2020). *TVöD: Alle Tabellen, Entgeltgruppen & Eingruppierung*. Karrierebibel. online verfügbar unter: <https://karrierebibel.de/tvoed/>, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Mauz, E., Schmitz, R. & Poethko-Müller, C. (2017). Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 45–65.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Hg.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4. Aufl., S. 361–380). F. A. Davis Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Müther, S. & Findorff, J. (2016). Berliner Transitionsprogramm: Sektorenübergreifendes Strukturprogramm für die Transition Jugendlicher mit chronischer Erkrankung. *Pädiatrie & Pädologie: Österreichische Zeitschrift für Kinder- & Jugendheilkunde*, 51(1), 25–29.
- Müther, S., Oldhafer, M. & Siegmund, B. (2018). Transitionsmedizin – strukturelle Lösungsansätze [Transition medicine-structural solutions]. *Internist*, 59(11), 1128–1132.
- Müther, S., Rodeck, B., Wurst, C. & Nolting, H.-D. (2014). Transition von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin: Aktuelle Entwicklungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162(8), 711–718.
- Nagra, A., McGinnity, P. M., Davis, N. & Salmon, A. P. (2015). Implementing transition: Ready Steady Go. *Archives of Disease in Childhood. Education & Practice Edition*, 100(6), 313–320.
- Peters, A. & Laffel, L. (2011). Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems: A position statement of the American Diabetes Association, with representation by the American College of Osteopathic Family Physicians, the American Academy of Pediatrics, the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Osteopathic Association, the Centers for Disease Control and Prevention, Children with Diabetes, The Endocrine Society, the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, Juvenile Diabetes Research Foundation International, the National Diabetes Education Program, and the Pediatric Endocrine Society (formerly Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society). *Diabetes Care*, 34(11), 2477–2485.
- Robert Koch Institut. (2019). *Diabetes in Deutschland: Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Sondergutachten 2009: Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transitional Care)*. online verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=22>, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Schober, M. & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)* (1. Aufl.). *Pflegepraxis*. Huber.
- Spross, J. A. (2014). Conceptualizations of Advanced Practice Nursing. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O’Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 27–66). Elsevier/Saunders.

- Spross, J. A. & Babine, R. L. (2014). Guidance and Coaching. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 183–212). Elsevier/Saunders.
- Thissen, K. (2011). Recht. In Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hg.), *Positionspapier Deutschland* (S. 26–31).
- Tracy, M. F. (2014). Direct Clinical Practice. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 147–182). Elsevier/Saunders.
- Tracy, M. F. & Hanson, C. M. (2014). Leadership. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 266–298). Elsevier/Saunders.
- Trast, J. (2014). Diabetes and Puberty: A Glycemic Challenge: How the physical and psychological aspects of adolescence affect self-management. *The American journal of nursing*, 114(7), 26-36.
- Ullman, P. (2011). Advanced Practice Nursing (APN). In Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hg.), *Positionspapier Deutschland* (S. 23–25).
- Ullmann, B. & Ullmann, P. (2011a). Advanced Practice Nurse (APN,s). In Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hg.), *Positionspapier Deutschland* (S. 33–47).
- Ullmann, B. & Ullmann, P. (2011b). Begriffsklärung. In Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (Hg.), *Positionspapier Deutschland* (S. 20–21).
- Ulmer, G. (2019). *Führen mit Rollenbildern: Neue Stellenbeschreibungen für die Führungspraxis* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Springer Gabler.
- van Wallegghem, N., MacDonald, C. A. & Dean, H. J. (2011). The Maestro Project: A Patient Navigator for the Transition of Care for Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 24(1), 9–13.
- Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. (2011). *Änderung der Zulassungsregelungen zur zertifizierten Case Management Weiterbildung*. online verfügbar unter: https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/zulassungsregelungen_07_2011.pdf, zuletzt geprüft: 05.02.2021
- Vosit-Steller, J. & Morse, A. B. (2014). Consultation. In A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy & E. T. O'Grady (Hg.), *Advanced practice nursing: An Integrative Approach* (5. Aufl., S. 213–236). Elsevier/Saunders.
- Weissberg-Benchell, J., Wolpert, H. & Anderson, B. J. (2007). Transitioning From Pediatric to Adult Care: A new approach to the post-adolescent young person with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(10), 2441–2446.
- Wood, J. & Peters, A. (2018). *The Type 1 Diabetes Self-Care Manual: A Complete Guide to Type 1 Diabetes Across the Lifespan for People with Diabetes, Parents and Caregivers*. online verfügbar unter: <http://main.diabetes.org/dorg/PDFs/living-with-diabetes/T1DSelfCareManual.pdf>, zuletzt geprüft: 05.02.2021

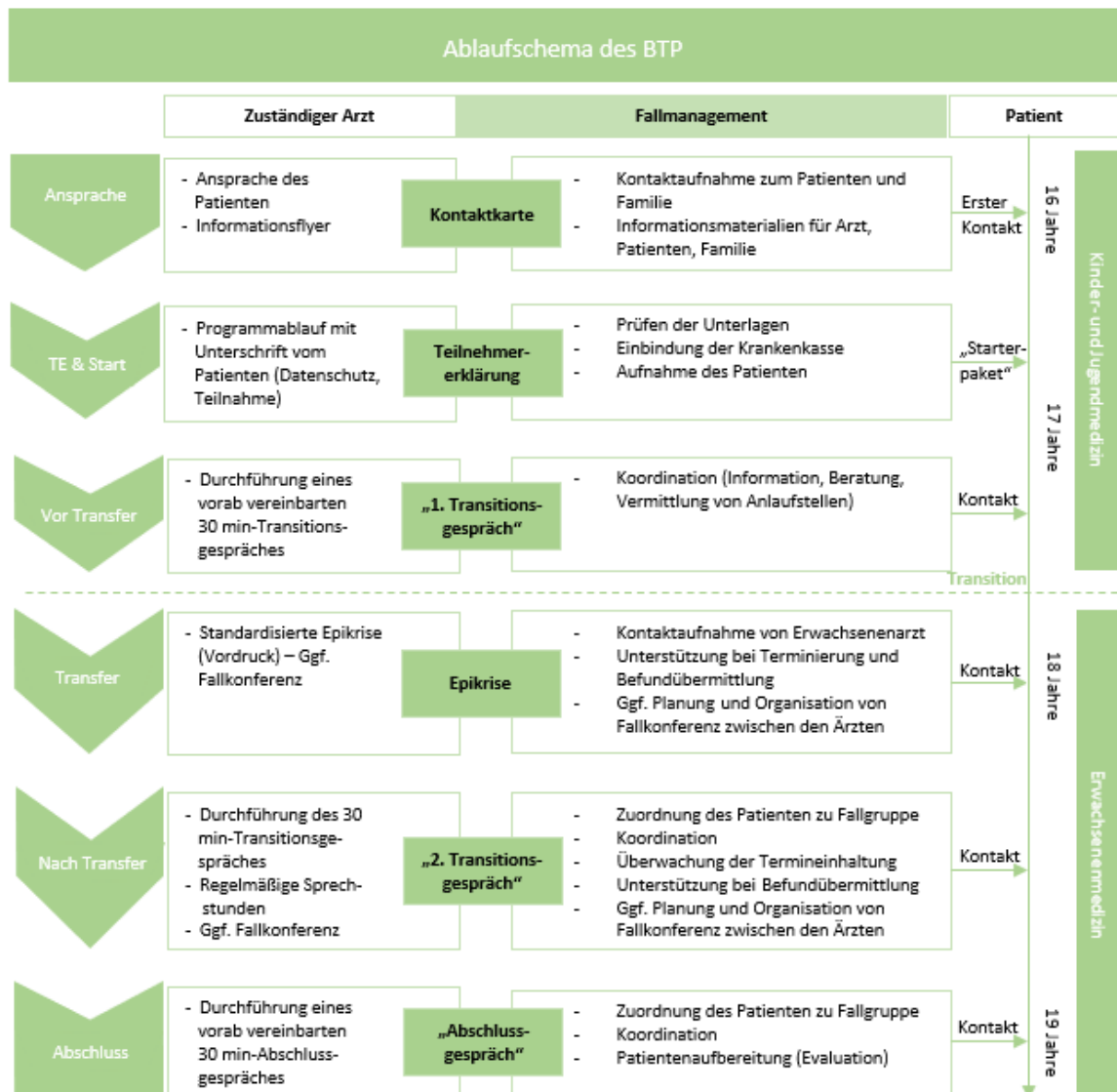
Anhang

A. Transitionstheorie nach Meleis.....	XII
B. Ablaufschema des Berliner TransitionsProgramms.....	XIII
C. Heilkundliche Tätigkeiten bezogen auf Diabetes mellitus Typ I in der Heilkundeübertragungsrichtlinie.....	XIV/XV
D. Prozessplan.....	XVI
E. Stellenbeschreibung.....	XVII/XVIII
Danksagung.....	XIX
Eidesstattliche Erklärung.....	XX

A. Transitionstheorie nach Meleis (eigene Darstellung in Anlehnung an Meleis, 2015, S. 364, weiterentwickelt von Transitionstheorie nach Meleis et al., 2000)



B. Ablaufschema des Berliner TransitionsProgramms (eigene Darstellung in Anlehnung an Findorff et al., 2016, S. 54)

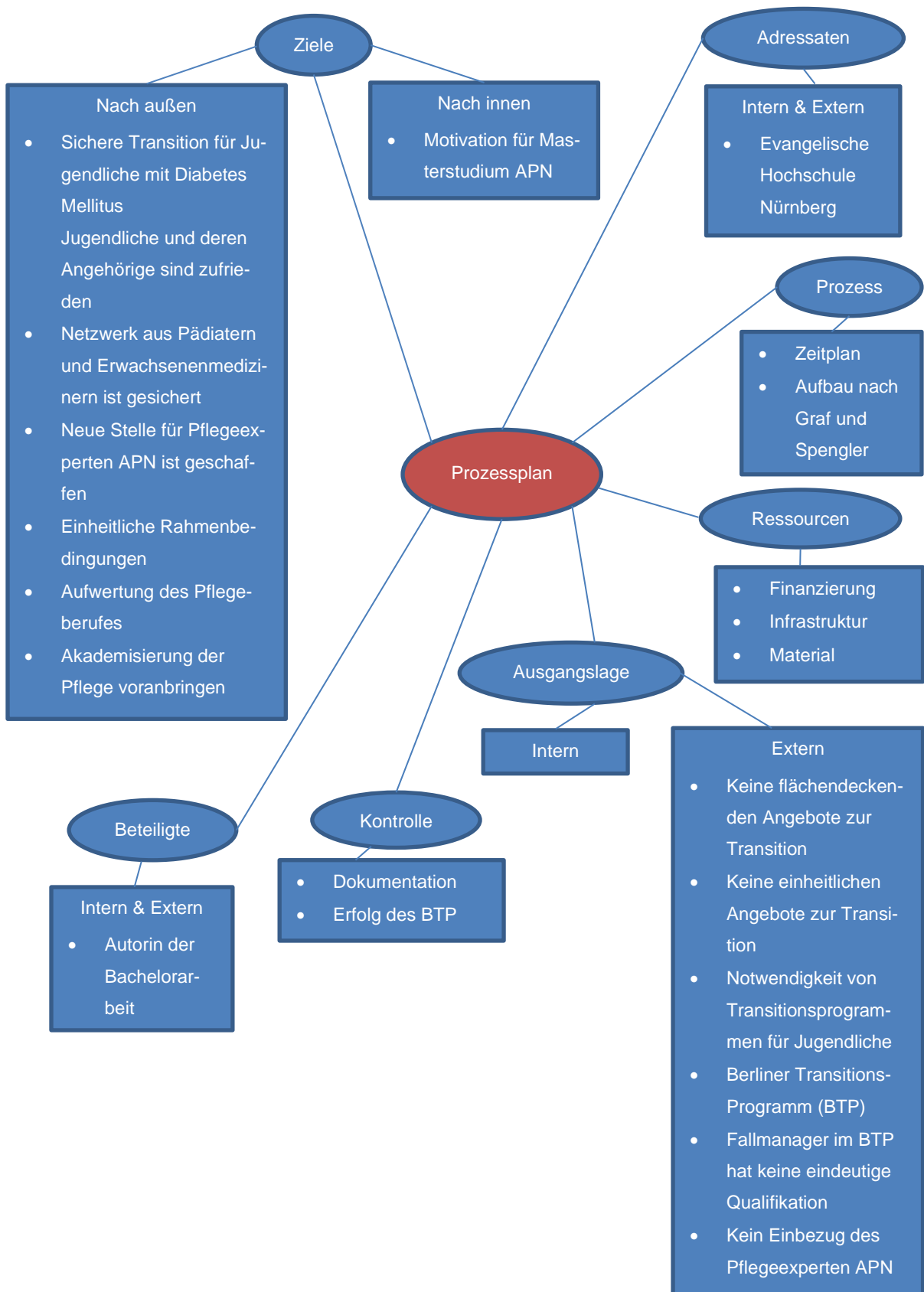


C. Heilkundliche Tätigkeiten bezogen auf Diabetes mellitus Typ I in der Heilkundeübertragungsrichtlinie (eigene Darstellung in Anlehnung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, 2011)

Diagnose	Übertragbare ärztliche Tätigkeiten	Definition von Art und Umfang	Qualifikation nach § 4 Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz
Diabetes mellitus Typ 1	Assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Blutentnahmen kapillär sowie venös zur Routinediagnostik bzw. Verlaufskontrolle, körperliche Untersuchungen (u.a. Hautzustand der Extremitäten-Spritzstellen, BZ-Stichstellen, insb. Füße, Funktionsfähigkeit/genauigkeit BZ-Gerät sowie des Schuhwerks oder Wundzustandes) insbesondere im Kontext eines routinemäßigen Therapiemonitorings (inkl. Führen des Diab. Pass/HbA1c-Wert, Aceton, Insulininjektion, BZ-Werte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen um Pathophysiologie, Diagnostik, Prävention und Therapie sowie Notfallmanagement der verschiedenen Diabetes Mellitus-Typen und ihrer Folgeerkrankungen (u.a. diabetesassoziierte Endorganschäden) - Wissen um Varianten der körperlichen Untersuchungen im Kontext der Hauptdiagnose sowie ihrer Begleit- und Folgeerscheinungen und Wissen um Assessmentinstrumente (z.B. Schmerzeinschätzungsskala wie Numerische Rating-Skala Schmerz) - Wissen um die Wirkzusammenhänge (nicht) medikamentöser bzw. (nicht)invasiver Interventionen
Diabetes mellitus Typ 1	Planung einzuleitender Interventionen (Algorithmus/ Behandlungspfad)	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung des Patienten und aller am Prozess Beteiligten sowie des multiprofessionellen Teams über die notwendigen diagnoseabhängigen Interventionen und Maßnahmen und ihre Alternativen (Shared-DecisionMaking-Process) - Monitoring der Füße - Erfassung und Analyse der Medikation(snebenwirkungen) - Ernährungsberatung - Hautpflege: insb. Füße und Hände - Schulung sowie Folgeverordnungen gemäß „Häuslicher KrankenpflegeRichtlinie“ (HKP-RiLi §37 SGB V) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen um verschiedene (nicht)medikamentöse sowie (nicht)invasive Therapiemöglichkeiten des Diab. mell. Typ I und deren Konsequenzen sowie Umsetzung daraus ableitbarer heilkundlicher Maßnahmen (u.a. Verordnungen und Wundversorgung) - Wissen zu Beratung und Anleitung zur gesundheitsfördernden Lebensführung (u.a. Ernährung und Bewegung, Sportschulung, Schule und Kindergarten) - Wissen um und Umsetzung von Schulungen (u.a. mit/ohne Insulinbehandlung; mit/ohne Insulinpumpen; Fußpflege; Schmerzen bzw. bezogen auf Nebendiagnosen (wie z.B. Hypothyreose, Zöliakie) sowie Anleitungen zum Selbstmanagement

			<p>(insbesondere hinsichtlich Compliance)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissen um Versorgungsstrukturen und -angebote (Case Management)
Diabetes mellitus Typ 1	Umsetzung des Therapieplans	<p>Prozesssteuerung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen sowie deren Beurteilung, u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Diab. Typ I assoziierten klinischen Werte (siehe Assessment) - der geplanten Interventionen - Information, Beratung und Anleitung von Patienten und anderer am Prozess Beteiligten im persönlichen Umfeld sowie - Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen (inkl. Monitoring der Füße) insbesondere im Kontext nachstationärer Versorgung (einschließlich ggf. notwendiger podologischer Verordnungen) - in Kooperation mit dem Patienten und aller am Prozess Beteiligten frühzeitige Abstimmung des voraussichtlichen Entlassungstermins sowie die erforderlichen nachstationären Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen um Aufgabenprofile und Aufgabenbereiche der an der Diab. mell. Typ I Versorgung beteiligten Akteure und Fähigkeit zur Koordination der Leistungen - Wissen um und Kompetenz zur Beurteilung klinischer Werte als Ergebnis therapeutischer Interventionen insbesondere im Kontext diabetesassoziierter möglicher Folgeschäden - Wissen um Grundlagen, Auswahl, Anwendung und Evaluation von heilkundlichen Interventionen (u.a. Medikamentenwechselwirkung) - Kompetenz zur Koordination (Case Management) der häuslichen Pflege und Versorgungssituationen (u.a. verordnete Hilfsmittel) sowie zur Veranlassung vertragsärztlicher Überweisung an Fachärzte - Fähigkeit zu Information, Beratung und Anleitung (u.a. hinsichtlich möglicher Folgeschäden) - Wissen um die Gestaltung einer bedarfsgerechten Entlassung

D. Prozessplan (eigene Darstellung in Anlehnung an Graf und Spengler, 2016, S. 85)



E. Stellenbeschreibung

Stellenbeschreibung Pflegeexperte APN für Transition bei Diabetes mellitus Typ I

Aufgaben

- Koordination des Transitionsprozesses von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I
- Selbstständige Planung, Durchführung, Evaluation und Dokumentation des Transitionsprozesses
- Gesundheitliche Versorgung im Rahmen der Heilkundeübertragungsrichtlinie
- Früherkennung von möglichen Komplikationen und Risiken
- Information, Beratung, Schulung und Anleitung der Jugendlichen
- Gestaltung von Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Unterstützung beim Selbstmanagement der Jugendlichen
- Organisation von Veranstaltungen zum Austausch von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I
- Kooperation mit Netzwerkpartnern, wie Pädiatern und Erwachsenenexperten
- Kooperation mit Kostenträgern
- Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Transitionsprozesses
- Ansprechpartner für alle am Transitionsprozess beteiligten Personen

Arbeitsziele

- Eine gesicherte, strukturierte und erfolgreiche Transition von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung

Voraussetzungen

- Abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder Pflegefachmann/-frau
- Abgeschlossenes Masterstudium im Bereich der Advanced Nursing Practice (ANP)
- Berufserfahrung mit dem Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I von mindestens 5 Jahren

Kompetenzen

- Berufliches Selbstverständnis
- Expertenwissen zum Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ I und den Auswirkungen von Pubertät auf die Krankheit
- Wissen zum Thema Transition
- EDV-Kenntnisse
- Empathie
- Selbstständigkeit
- Wissenschaftliches Arbeiten/Forschungsfähigkeiten
- Planungs- und Steuerungskompetenz
- Kommunikations- und Koordinationskompetenz
- Kooperative Handlungskompetenz
- Kritik- und Konfliktfähigkeit
- Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit
- Beratung und Konsultation
- Teamfähigkeit
- Leitungs- und Trainingskompetenzen
- Fähigkeit zur evidenzbasierten Praxis
- Fähigkeit zur ethischen Entscheidungsfindung
- Ganzheitliche Sichtweise

Beziehung zu anderen Stellen

- die Arbeit wird größtenteils selbstständig erfolgen
- Kooperation mit Netzwerkpartnern, wie Pädiatern, Erwachsenenmediziner, Therapeuten und Kostenträgern
- Kooperation mit anderen Transitionsstellen
- Vorgesetzter ist das Gesundheitsamt

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Themenfindung sowie während der Bearbeitungszeit meiner Bachelorarbeit unterstützt haben.

Zuerst bedanke ich mich bei Frau Prof. Dr. Schuster, die bei Fragen immer anzusprechen war und viel Verständnis und Geduld mit mir hatte.

Vielen Dank an meine Korrekturleser Maria Hofbeck, Katharina Vesper, Ulla Baumgarten und Anne Ehrhardt.

Danke auch für das Lesen meines Abstracts an David McNaughtan und Tanja Bauer.

Außerdem geht ein großer Dank an meine Familie und Freunde.

Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin