

**Nurse Practitioner
Stellungnahme aus Sicht des DBfK**

**6. Fachgespräch Alumni Netzwerk „Pflege braucht Eliten“
Berlin, 08. Dezember 2006**

Der professionelle Kontext von Pflege wird begründet und normiert über das Gesundheits- und Sozialrecht (indirektes Berufsrecht, s. Igl/Welti 1998). Pflege ist in der Deutung und Begrifflichkeit implementiert in der Krankenversicherung (SGB V), in der Unfallversicherung (SGB VII), im Behindertenrecht (SGB IX), in der Pflegeversicherung (SGB XI) und in der Sozialhilfe (SGB XII). Es gibt demzufolge keinen pflegefreien Raum im Gesundheits- und Sozialwesen. Lenkend für das unmittelbare Handeln in der Pflegepraxis sind vor allem die Kranken- und Pflegeversicherung mit ihren vorgegebenen Leistungskatalogen.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte geht es u.a. auch darum, den veränderten Versorgungsnotwendigkeiten mit neuen Strukturen und Zuständigkeiten für die Gesundheits- resp. Heilberufe begegnen zu können. Aufgegriffen wird damit eine Empfehlung des SVR bereits aus dem Jahre 2000/2001. In seinem Gutachten 2007 wird sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) mit „Neuen Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“ auseinandersetzen. Dies geschieht aufgrund der Initiative aus dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): „Es ist zu prüfen, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in die Versorgungskonzepte einbezogen werden können“ (Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung v. 11.11.2005: 89).¹

Bereits heute kann die berufliche Pflege diesen Herausforderungen in allen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung nachkommen:

- Das Krankenpflegegesetz von 2004 vermittelt den Lernenden Kompetenzen, um präventives, kuratives, rehabilitatives und palliatives Pflegehandeln wissenschaftlich fundiert auszurichten.
- Berufliche Fort- und Weiterbildung befähigen zu einem elaborierten Wissen und Können in spezifischen Fachbereichen.

¹ Zu verweisen in diesem Zusammenhang ist auch auf den GMK-Beschluss vom 30.06./01.07.2005 in Erlangen: TOP 9.1. Bericht zur Qualifizierung für das Gebiet „Allgemeinmedizin“, Bericht der aufgrund des Beschlusses der 76. Gesundheitsministerkonferenz am 02./03.07.2003 in Chemnitz eingesetzten Projektgruppe: 6.2.2. *Es ist zu prüfen, inwieweit speziell qualifizierte Gesundheitsberufe entlastende Aufgaben in der Prävention, Betreuung sowie einfache medizinische Leistungen (in Verantwortung des Hausarztes) entlastend übernehmen können.* http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_78&id=78_09.01

- Die Angebote der Studiengänge bieten sowohl funktionsbezogene Qualifizierungen als auch eine Differenzierung und Vertiefung in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften.

Somit verfügt der Berufsstand Pflege heute und zunehmend über einen eigenen „Body of knowledge“, eigene wissenschaftliche Methoden und Konzepte. Auf dieser Basis kann er die Ausführung der Sozialgesetze interpretieren und die berufliche Realität beeinflussen. Das sich daraus entwickelte neue Selbst- und Pflegeverständnis erweitert die berufliche Perspektive und positioniert die Pflege im Kontext anderer Professionen neu. Die Kompetenzentwicklung in der Pflege und das Verharren in alten Strukturen stehen im Widerspruch zu einander. Es mangelt nach wie vor an neuen Strukturen, um die zugewiesenen eigenverantwortlichen und interdisziplinären Bereiche professionell auszugestalten!

Professionelle Pflege braucht

- die strukturelle und finanzielle Öffnung für pflegerisches Handeln insbesondere im Vertrags- und Leistungsrecht der Krankenversicherung,
 - Verschiebungen in den Hierarchieebenen, die zu einer Neubestimmung der Kompetenzen von z.B. Pflegenden im Verhältnis zu denen der Ärztinnen und Ärzte führt
- u n d
- eine Umgestaltung der Arbeitsorganisation für alle beteiligten Gesundheitsberufe, die auf eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu richten ist.

In Konsequenz verlangen diese Forderungen aus berufspolitischer Sicht, dass das über die Krankenversicherung etablierte ärztliche Versorgungsmonopol aufzubrechen ist, damit eine Verlagerung der fachlichen und wirtschaftlichen Verantwortungen erfolgen kann. Es geht hier um eine Differenzierung der vorhandenen Berufe, nicht um ein Mehr an unterschiedlichen oder neu zu schaffenden Berufen. Das Team gewinnt an Bedeutung. Das führt gleichzeitig zur veränderten Bedeutung des Wissens und Könnens Einzelner. Heute wissen wir, dass eine Vielzahl von Gesundheits- resp. Heilberufen ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten. Dieses Gefüge unterschiedlicher Qualifikationen gilt es, hin zu einem konsiliarischen und kollegialem Verhältnis in horizontaler Verantwortung zu entwickeln.

Überträgt man diese Forderungen aus berufspolitischer Sicht auf eine neu zugestaltende Berufsrolle der Pflegenden kann es nur um eine inhaltliche Neuordnung der Berufsfelder in der Gesundheitsversorgung und dabei um eine Optimierung der Versorgungsqualität gehen. Aus der Perspektive des DBfK heißt das aber auch, dass es nicht prioritär nach dem bekannten Prinzip gehen kann, unter dem Scheinargument „Pflege aufzuwerten“ und darüber einen „anderen“ Berufsstand zu entlasten (wie rückblickend ausreichend zu belegen ist, s. 70er Jahre), in dem z.B. ärztliche Tätigkeiten aus dem eigenen Berufsstand ausgegliedert und an die Pflege als ausschließlich arztersetzende Dienstleistung delegiert werden. Pflege verliert so ihren Professionsanspruch und Pflegenden werden über die Delegation beliebig ersetzbar sein. Für den Patienten ist das keine gute Lösung, davon bin ich überzeugt.

Genau aus diesem Grund bietet sich für den DBfK als Gestaltungsrahmen die europäisch und international erprobte Qualifizierung zur Advanced Nursing Practice (ANP) an:

- Hier folgt der DBfK der Definition des International Council of Nurses (ICN) in Genf:
*„Eine Pflegespezialistin (Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse) ist eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt.
Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Praxis zugelassen ist. Als Qualifikation wird ein Master-Grad empfohlen“* (ICN, <http://icn-apnetwork.org/09.6.2006>).
- Um mit der ICN-Definition auf europäischer Ebene anschluss- (bzw. konkurrenz)fähig zu werden, empfiehlt der DBfK - wie auch im neuen Konzept „Pflegebildung offensiv“ des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR) ausgewiesen - die Nurse Practitioner in der Qualifizierung entsprechend den neuen vereinbarten europäischen Bildungsstrukturen auf der Master-Ebene anzusiedeln.
- Innerhalb der erweiterten Berufspraxis sieht der DBfK - und das in Abstimmung mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) - den Neuzuschnitt der Aufgaben und Tätigkeiten und damit auch die Verantwortung ausgerichtet auf:
 - a. „medizinisch-technische Spezialisierung: insbesondere in den Funktionsbereichen der Kliniken übernimmt Fachpflegepersonal eigenständige Funktionen, beispielsweise Anästhesien (Parallelnarkosen) oder in der Intensivmedizin (Beatmungsregime). Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass es zu gleicher Versorgungsqualität kommt wie im traditionellen System, allerdings kostengünstiger ist.
 - b. Versorgungsangebote für definierte Klientengruppen, z.B. im Kontext Wunden, Sondenernährung, Schmerz oder Diabetes mellitus durch qualifizierte (und akkreditierte) Pflegeexperten.
 - c. Beratungs- und Trainingsangebote zur Vermeidung von frühzeitiger Pflegebedürftigkeit, Prävention und Stärkung der Selbstpflegekompetenz.
 - d. Zur Steuerung der Prozesse, einer effektiven Bettenbelegung und sektorenübergreifenden Vernetzung eignen sich die Qualifikationen des Pflegemanagements im Sinne eines Case-Managements.
 - e. Weitere Entwicklungsmöglichkeiten bestehen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. durch Familiengesundheitspflege und Primary Care. Gerade im Kontext, benachteiligte Gruppen und Gesundheit' kann Pflege einen substanziellen Beitrag leisten.
 - f. Eine mögliche neue Organisationsform der pflegerischen Leistungserbringung ist die Einrichtung von Pflegepraxen“ (DPR-Stellungnahme für Sachverständigenrat vom 20.09.2006, S. 5).

Wenn all das gelingen soll, bedarf es einer dezidierten Entscheidung in der Gesundheitspolitik und des Bundesgesetzgebers. Pflege darf nicht auf die Pflegeversicherung reduziert werden. Hier ist ein Umdenken gefordert: Pflege steht nicht

am Ende der Versorgungskette, sie ist vielmehr integraler Bestandteil aller Gesundheitsangebote. Fachkompetenz und Professionalität bedeuten aber auch, dass das Aufgabengebiet eines Berufes definiert ist und auch Grenzen zu artverwandten Berufen zu ziehen sind. Nur so können Pflegende aus der Nursing-Perspektive entscheiden, handeln und verantworten und Partner werden in Versorgungskonzepten. Die Pflegenden selbst sollten die Veränderungen als Chance nutzen ... neue Handlungs- und Arbeitsfelder und berufliche Eigenständigkeit für sich zu erschließen.

Gertrud Stöcker
Mitglied im DBfK-Bundesvorstand

Literaturhinweise

- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): ... fordert mehr pflegerische Kompetenzen im deutschen Gesundheitssystem, Pressemitteilung v. 08.06.2006, Berlin
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.) (2007): Pflegebildung - offensiv, Elvieser Urban& Fischer Verlag, Reutlingen
- de Jong, A. (2006): Mehr Verantwortung - Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, in Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 09/2006, Melsungen, S. 698-701
- DPR (Deutscher Pflegerat): Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen, Stellungnahme zur Anhörung beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin v. 20.09.2006
- Igl G, Welti F. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, ADS, BA, BALK, BKK, DBfK (Hrsg.) Eschborn, Göttingen, Hannover, Wiesbaden, Wuppertal
- RCN (Royal College of Nursing) (2005): Maxi Nurses: Nurses Working in advanced and extended roles promoting and developing patient-centred health care, London
- Sachs, M. (2006): Internationale Entwicklungstrends einer *Advanced Nursing Practice*: Perspektiven für die deutsche Pflegelandschaft, ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden, im Auftrag von Prof. Dr. S. Görres, Universität Bremen, Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Jena
- Schober, M., Affara, F. (2006): Advanced Nursing Practice, Hrsg: International Council of Nurses (ICN), Genf, www.icn.ch/bookshop.htm