

Advanced Nursing Practice:

die Chance für eine bessere
Gesundheitsversorgung in
Deutschland



Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

**Agnes-Karll-Gesellschaft für
Gesundheitsbildung und Pflegeforschung gGmbH**

Salzufer 6
10587 Berlin

Telefon: +49 (0)30-21 91 57 0
Telefax: +49 (0)30-21 91 57 77
E-Mail: dbfk@dbfk.de
Internet: www.dbfk.de

Redaktionelle Bearbeitung: Andrea Weskamm, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband

© 2007 Alle Rechte vorbehalten

Herausgeber: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
Druck: Druckpunkt Druckerei & Repro GmbH, Wrangelstr. 100, 10997 Berlin
Bezug über: DBfK-Verlag, Hauptstraße 90, 65812 Bad Soden
verlag@dbfk.de



Die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung ist eng verbunden mit dem Wunsch der Versicherten nach hoher Qualität, transparenten Strukturen und menschenwürdiger Behandlung. Dies gilt es mit den aktuellen Herausforderungen zu vereinen: die absehbare demografische Entwicklung und die Veränderung des Morbiditätsspektrums erfordern eine effizientere Leistungserstellung. Durch die Zunahme von kognitiven Beeinträchtigungen und die fortschreitende Arbeitsteilung sowie Spezialisierung wird dies noch dringlicher. Prävention und Gesundheitsförderung sind zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen geworden. Das gilt gleichermaßen für den stationären wie für den ambulanten Bereich; für die Kurzzeit- ebenso wie für die Langzeitpflege. In allen Sektoren müssen bestehende Angebote überprüft, angepasst und weiter entwickelt werden.

In den Krankenhäusern stellt der hohe ökonomische Druck bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität die Pflegenden vor große Herausforderungen und verlangt nach einem neuen Zuschnitt von Aufgabenfeldern. In der gemeindenahen Pflege werden intelligente Lösungen zur Gestaltung reibungsarmer Übergänge sowie der Sicherung der ambulanten Versorgungsstrukturen benötigt. Besonders der große Anteil älterer Menschen – den aktuellen Hochrechnungen zufolge wird bis 2050 die Zahl der 65-jährigen und Älteren auf 30% der Bevölkerung ansteigen – wirft die Frage auf: »Wer kümmert sich um mich, wenn ich pflegebedürftig werde?« Der erfreulichen Tatsache der steigenden Lebenserwartung steht die Sorge um die Versorgung im Alter gegenüber. Sowohl in ländlichen als auch städtischen Regionen kommt es durch das Wegbrechen familiärer Strukturen zu Vereinzelung älterer Menschen. Zudem wächst der Bedarf an medizinisch-pflegerischen Gesundheitsdiensten, denen ein beginnender Mangel hausärztlicher Versorgung gegenübersteht. Das führt zu einer drohenden Unterversorgung und wirft die Frage nach einer Um- bzw. Neuverteilung der Aufgaben auf. Diese Problematik greift der Sachverständigenrat (SVR) in seinem Gutachten 2007 zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf und empfiehlt die stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Er konstatiert: »Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrecht erhalten und verbessert werden soll« (SVR, 2007).

Der DBfK als größter Berufsverband der Pflege in Deutschland weist seit langem darauf hin, dass im Sinne einer zunehmenden Patientenorientierung und einer optimalen Ressourcenallokation die derzeit praktizierte Aufgabenzuordnung keine Berechtigung mehr hat. International wird bereits eine erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) besonders in angelsächsischen Ländern, Skandinavien und den Niederlanden praktiziert: Pflege agiert dort als gleichberechtigter Partner im System. Deutlich soll hier betont werden, dass ANP sich nicht gegen die ärztliche Profession richtet. Es zeigte sich jedoch in der Vergangenheit, dass die erfolgreiche Einführung von ANP einer dezidierten politischen Willensbekundung bedurfte und gegen den Widerstand der Ärzte eingeführt wurde.

Mit dieser Broschüre nimmt der DBfK eine Standortbestimmung vor und schafft die Diskussionsgrundlage für eine Neuverteilung der Aufgaben einschließlich der damit verbundenen Handlungsautonomie. Die Empfehlungen des SVR sind eindeutig: im Interesse der Patienten nimmt der DBfK die Herausforderung zur Weiterentwicklung der Pflege an und setzt sich für einen Rollenwandel mit konsequenter Kompetenzerweiterung in der pflegerischen Praxis ein.

Gudrun Gille, 1. Vorsitzende
August 2007

Inhaltsverzeichnis

1 Herausforderungen an die Pflege	5
2 Advanced Nursing Practice (ANP)	9
2.1 Aufgaben und Tätigkeiten einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland	13
2.2 Was ist neu an ANP?	17
2.3 Chancen für eine ANP-Entwicklung in Deutschland	17
2.4 Relevante Aspekte der Pflegebildung	20
3 Notwendige Veränderungen zur Etablierung von ANP	21
Fazit	24
Literaturhinweise und Internetseiten	25

1 Herausforderungen an die Pflege

Sowohl aus gesundheitspolitischer Sicht als auch vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen stellt sich die Frage, wie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten ist. Die Herausforderungen in Gegenwart und Zukunft erfordern ein grundsätzliches Umsteuern bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Hierbei muss es vor allem darum gehen, die Unterschiede im Grad der Autonomie auf den Prüfstand zu stellen.

So hat sich in den letzten Jahrzehnten in den Krankenhäusern die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten grundlegend geändert. Mit der Einführung der DRGs als stark ausdifferenziertes Fallpauschalen-Vergütungssystem werden starke Anreize zur maximalen Effektivität und Effizienzsteigerung gesetzt. Dieses, sowie die Auswirkungen der ärztlichen Tarifreform von 2006, belasten die Pflege enorm: Zum kontinuierlichen Pflegepersonalabbau, der Verdichtung der Arbeit infolge eines schnelleren Durchlaufes, der stetig wachsenden Zahl von Patienten¹ mit chronischen und Mehrfacherkrankungen kommt die Übernahme ärztlicher Aufgaben. Ohne Entlastung an anderer Stelle kann dies mit den vorhandenen Personalkapazitäten kaum noch bewältigt werden. Auch das Selbstverständnis der Pflege als Profession hat sich grundlegend verändert. Es gilt, die eigene Position in der Versorgungskette innerhalb des Unternehmens und an den Schnittstellen neu zu betrachten und zu definieren. Daher stellen sich die Fragen: Wo liegen die Kompetenzen, welches Profil gewinnt Pflege und welche Aufgabe wird die Pflege zukünftig übernehmen (DBfK, 2006).

Auch im ambulanten Bereich hat die Verringerung der ökonomischen und personellen Ressourcen für Veränderung gesorgt:

- Die zunehmende Verlagerung von bisher stationären Fällen in den ambulanten Bereich erfordert auch hier die Überprüfung bisheriger Arbeitsprozesse und Aufgabenverteilungen.
- In den Ballungsräumen besteht nach wie vor eine hohe Dichte von (Fach-)Arztpraxen sowie eine Fokussierung der ärztlichen Versorgung auf Akuterkrankungen. Demgegenüber ist die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten, drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit sowie Maßnahmen der Prävention und/oder Rehabilitation noch stark verbesserungsbedürftig ist.

So empfahl der Sachverständigenrat (SVR) bereits 2000/2001 in seinem Gutachten zu Änderungen der Qualifikationen der Gesundheitsberufe im Hinblick auf die Pflege- und Sozialberufe:

- die Überwindung der Trennung der Berufsgruppen weiter voranzutreiben,
- die Ausbildungsinhalte zu modernisieren,
- in der Ausbildungsreform den Übergang von handwerklich-technischer Orientierung zur individualisierenden, wissenschaftlich begründeten Bezugspflege zu realisieren sowie
- die Integration der Grundausbildung in den Pflegeberufen in das tertiäre Bildungssystem zu prüfen (SVR 2000/2001).

2003 konstatierte der SVR, dass Pflege nach allgemeiner Einschätzung in immer höherem Ausmaße zu einer der wichtigsten Leistungen des Staates an seine Bürger wird und wies darauf hin, dass diese Leistungen ein hohes Qualifikationsniveau erfordern (SVRKAiG 2003).

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird für die Personen und Gruppen die männliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen

Im Gutachten zur Entwicklung des Gesundheitswesens 2005 konstatierte der SVR, dass es noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität durch Beseitigung von Fehl-, Unter- und Überversorgung gibt:

- Vergleichszahlen der OECD² und BÄK³ zeigen eine enorme Ärztedichte im Vergleich zu anderen europäischen Ländern⁴;
- die derzeit erreichten gesundheitlichen Outcomes lassen sich nach Einschätzung des SVR auch mit einem geringeren Ressourceneinsatz und/oder mit den eingesetzten Mitteln ein höheres Outcome-Niveau realisieren;
- die Versorgung sollte nach Empfehlung des SVR zum richtigen Zeitpunkt, (z.B. präventiv), am richtigen Ort (z.B. zu Hause durch den am besten geeigneten Leistungserbringer), sowie in der richtigen Art und Weise, d.h. bedarfsgerecht, dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend und wirtschaftlich (§ 70, Abs. 1 SGB V) erfolgen.

In der Gesundheitsversorgung zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab: Gegenüber der bisherigen Fokussierung auf eine medizinlastige Behandlung von Akuterkrankten wird die Versorgung von Patienten mit chronischer Krankheit oder drohender bzw. bestehender Pflegebedürftigkeit immer wichtiger. Die Stärkung präventiver und rehabilitativer Anteile einschließlich der Förderung von Eigenverantwortung in der Patientenversorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es gilt die sozialpolitischen Grundsätze »Prävention vor Kuration«, »ambulant vor stationär« und »Rehabilitation vor Pflege«⁵ zu verwirklichen.

Dem folgt auch die Enquetekommission III zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW und beklagt in ihrem Gutachten die immer noch klare Dominanz der somatisch orientierten Kuration und die Ausrichtung am Reparaturparadigma. Die seit Jahren bekannten Ansätze in der Prävention, Rehabilitation und Qualitätsorientierung werden nur allzu zögernd gefördert und in die Praxis umgesetzt. Insgesamt leidet das System an:

- Intransparenzen,
- Starrheiten und
- Abschottungen sowohl der Disziplinen untereinander als auch zwischen den verschiedenen Institutionen und Sektoren.

Neue Impulse erhält die gesundheitspolitische Entwicklung durch den Auftrag des Koalitionsvertrags der Bundesregierung und durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG): »Es ist zu prüfen, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in die Versorgungskonzepte einbezogen werden können« (Koalitionsvertrag der Bundesregierung v. 11.11.2005).

2 OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

3 BÄK (Bundesärztekammer)

4 Deutschland liegt mit einem Arzt auf 298 Einwohner auf Rang 21 von 186 Staaten. Andere Quellen weisen für Großbritannien 180 Ärzte (stat. und amb.) pro 100 000 Einwohner aus, während es in der Bundesrepublik 340 Ärzte auf 100 000 Einwohner sind. Davon sind 162 Ärzte ambulant tätig und 178 Ärzte stationär tätig (BÄK, OECD). Angesichts der Vergleichszahlen ist zu hinterfragen, ob diese hohe Ärztedichte erforderlich ist, denn internationale Daten zeigen, dass die medizinische Versorgung (Outcomes) im Ausland nicht schlechter ist als in Deutschland. (Lexas-Daten, 2006, BÄK, OECD; Bundesamt für Statistik).

5 Der Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« ist aus pflegerischer Sicht kritisch zu beurteilen, da dem ein sequenzieller Gesundheitsbegriff zu Grunde liegt, der Pflege auf das Ende der Versorgungskette reduziert.

Das Gutachten des SVR zu Kooperation und Verantwortung von 2007 erörtert erneut die derzeitige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und fragt nach dem optimalen Einsatz der personellen Ressourcen, um die Potenziale der unterschiedlichen Berufsgruppen für eine effizientere und effektivere Leistungserstellung zu nutzen. Die Empfehlung einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation setzen allerdings »klar geregelte Verantwortlichkeiten voraus, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen...Beteiligten Rechnung tragen« (SVR, 2007). Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfangreiche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig.

In diesem Zusammenhang gewinnt besondere Bedeutung:

- das multiprofessionelle Team in der ambulanten Versorgung,
- das Case Management in der transsektoralen Versorgung und
- die hochspezialisierten Behandlungsteams im Krankenhaus (SVR, 2007).

Im Sinne von Advanced Nursing Practice empfiehlt der SVR eine verstärkte pflegerische Verantwortung modellhaft zu erproben. »Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie Advanced Nursing Practice (z.B. Nurse Practitioners) ist zu prüfen« (SVR, 2007). In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit der Qualifizierung durch Akademisierung verwiesen. Demnach sollte »in Zukunft die Pflege eigenständig erstens die Einschätzung des pflegerischen Bedarfs, zweitens die Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen und drittens die Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden (SVR 2007, S.23).

Effekte von Advanced Nursing Practice

Die Einführung einer erweiterten Pflegepraxis kann die Fehl- und Unterversorgung im Gesundheitswesen beheben. Vor dem Hintergrund der epidemiologischen und demografischen Entwicklung sowie den veränderten Erwartungen der Menschen an die Gesundheitsversorgung ist die erweiterte Pflegepraxis analog international praktizierter ANP ein zukunftsweisender Ansatz. ANP reguliert nachhaltig anstehende Versorgungsengpässe – auch vor dem Hintergrund von drohenden Versorgungslücken im ländlichen Bereich.

Des Weiteren wird die primäre Prävention als zentrales Handlungsfeld in der Gesundheitssicherung betont. Die nach wie vor bestehende Unterversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen betrifft hauptsächlich vulnerable Gruppen, wie z.B.:

- arbeitslose Menschen,
- sozial benachteiligte ältere Menschen,
- Obdachlose und
- von HIV/Aids betroffene Menschen.

Der SVR regt zur systematischen Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen eine notwendige, neue Schwerpunktsetzung in der Gesundheitspolitik an. Das empfohlene Anknüpfen der Interventionen an die jeweiligen Lebenswelten (settings) der Gruppe wird – wie unter 2.3 ausgeführt – bereits durch das Modell der Familiengesundheitspflege erprobt.

Auch der Deutsche Pflegerat (DPR) positionierte sich in einer Stellungnahme vom 20.09.2006 zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eindeutig: »Deutschland erwartet angesichts der demographischen und epidemiologischen Trends eine deutliche Zunahme an Versorgungs- und Betreuungsbedarf (...).

Unser Angebotssystem ist dabei immer noch fokussiert auf Akuterkrankungen und dominiert von Ärzten.

Es besteht eine Unterversorgung bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Hier werden die Kompetenzen und die Ressourcen der Pflege nicht genutzt.« Denn Pflege befasst sich mit den Auswirkungen von Krankheit, Beschwerden oder Behinderung auf die Alltagsgestaltung des Menschen und bezieht neben der kurativen Versorgung auch die Gesundheitsförderung des gesunden Menschen sowie präventive und rehabilitative Maßnahmen ein. Neben der medizinischen Versorgung erfasst der mehrdimensionale Blickwinkel der Pflege auch die Lebenssituationen der Menschen, ihre sozialen Zusammenhänge und potenziellen Bewältigungsstrategien.

Die professionelle Pflege mit ihrer evidenzbasierten Grundlage und originären wissenschaftlichen Methoden ist integraler Bestandteil der Versorgung. Bei der angestrebten und vom SVR-Gutachten 2007 explizit empfohlenen anstehenden Neuregelung der Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen ist die professionelle Pflege geradezu prädestiniert, eine erweiterte Rolle im Versorgungsgeschehen zu übernehmen. Aus dem Halbgott in Weiß muss der Kooperationspartner und Dienstleister werden. Die Welt wird immer arbeitsteiliger, Kooperation/Koordination müssen ausgebaut und im Rahmen einer teilweise gemeinsamen Ausbildung der Gesundheitsberufe gefördert werden. Hier kann der Blick ins Ausland ausgesprochen hilfreich sein, da die professionelle Pflege als Ressource bereits in vielen Ländern besser genutzt wird als in Deutschland. Wie mit hoher Evidenz belegt, können Pflegefachkräfte⁶ erweiterte Aufgaben mit mindestens ebenso hoher Qualität wie Ärzte durchführen; Überlegenheit zeichnet sich gar bei Compliance, Patientenzufriedenheit, Beratungsleistung, Wiedereinweisungsraten und Verweildauer ab.⁷

⁶ Unter Pflegefachkraft werden hier die bundesrechtlich geregelten Berufe wie die Gesundheits- und Krankenpflegerin, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und die Altenpflegerin verstanden.

⁷ Nach Sachs, 2006: Bourbonniere & Evans 2002, Brown & Grimes 1995, Caine et al., 2002, Hardy & Barrett 2003, Laurant et al., 2004 und 2005 in (Sachs, 2006). Dazu auch Cline 1998, Ekman 1998, 2000 sowie Strömberg 2003 in Strömberg 2004.

2 Advanced Nursing Practice (ANP)

Die Praxis einer erweiterten Pflege⁸ durch speziell qualifizierte Pflegefachkräfte bewährt sich in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien, den Niederlanden und vielen anderen Ländern seit Jahren. Dort hat sich unter dem Oberbegriff ANP eine erweiterte pflegerische Praxis durch den Einsatz von Nurse Practitioner (NP) /Advanced Practice Nurse (APN) etabliert. Begünstigt wurde die Entwicklung von ANP u.a. durch einen beginnenden Ärztemangel in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Besonders in dünn besiedelten Gebieten der USA, wo es kaum Ärzte gab, übernahmen Pflegenden die Versorgung, hielten Sprechstunden ab und entschieden, ob es notwendig war einen Arzt aufzusuchen. So etablierte sich Rural Nursing speziell für die Versorgung der ländlichen Bevölkerung; Rural Nurse Practitioner spezialisieren sich auf die Versorgung der Bevölkerung in abgelegenen Gebieten, führen Beratungen zur Gesundheitsförderung durch, diagnostizieren und behandeln alltägliche und chronische Krankheiten und entscheiden, ob ein Arztbesuch nötig ist (ICNA, 2007).

Generell sind laut Definition des International Council of Nurses (ICN) unter Nurse Practitioner Pflegefachkräfte mit akademischer Zusatzqualifikation zu verstehen, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen sind. Nurse Practitioner verfügen neben einem grundständigen Pflegestudium oder Pflegeausbildung zur Registered Nurse (RN) über Berufserfahrung und eine weitere akademische Qualifikation (in der Regel ein berufsbegleitendes Bachelor- oder Masterstudium).

NP sind spezialisiert auf ein Teilgebiet der Pflege, z.B. Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie etc.. Sie sind in allen pflegerischen Arbeitsfeldern tätig, angefangen von der Pflege älterer und chronisch kranker Menschen bis hin zu Akut- und Intensivpflege. Charakteristisch ist die erweiterte, vertiefte und spezialisierte Pflegepraxis (Spirig et al., 2004).

Im vorliegenden Positionspapier bezieht sich der DBfK auf die obige Definition des ICN. Angesichts der Begriffsvielfalt und unterschiedlichen Entwicklungsgeschichte der Berufsbilder sei jedoch folgendes erläutert: Ausgehend vom angelsächsischen Raum sind eine Reihe von neuen Berufstiteln und Rollen entstanden, die durch unklare Abgrenzung und Definition bei Behörden und Arbeitgebern für Verwirrung bezüglich Bedeutung, Handlungsspielraum und Ausbildung gesorgt haben. So gibt es neben den synonym verwendeten NPs/APNs auch

- Clinical Nurse Specialists (CNS),
- Higher Level Practitioners (HLP),
- Nurse Consultants (NC),
- Public Health Nurses (PHN).

Diese Berufsgruppen sind nicht sauber voneinander abgegrenzt, es zeichnet sich jedoch für die Unterscheidung zwischen NP/APN und den Clinical Nurse Specialists eine Klärung ab: NP/APN sind vermehrt in die allgemeine gemeindenahere Versorgung (Generalists) eingebunden, während CNS eher in der Akutversorgung (Specialists) verortet sind. Als Oberbegriff hat sich die Bezeichnung Advanced Nursing Practice (ANP) etabliert⁹ (Sachs 2006).

⁸ Der Begriff der erweiterten Pflegepraxis leitet sich aus dem Englischen Advanced Nursing Practice her. Die Übersetzung erfolgte wortgetreu, jedoch weist der DBfK darauf hin, dass der englische Fachbegriff vorläufig in Ermangelung einer treffenderen deutschen Übersetzung Anwendung findet.

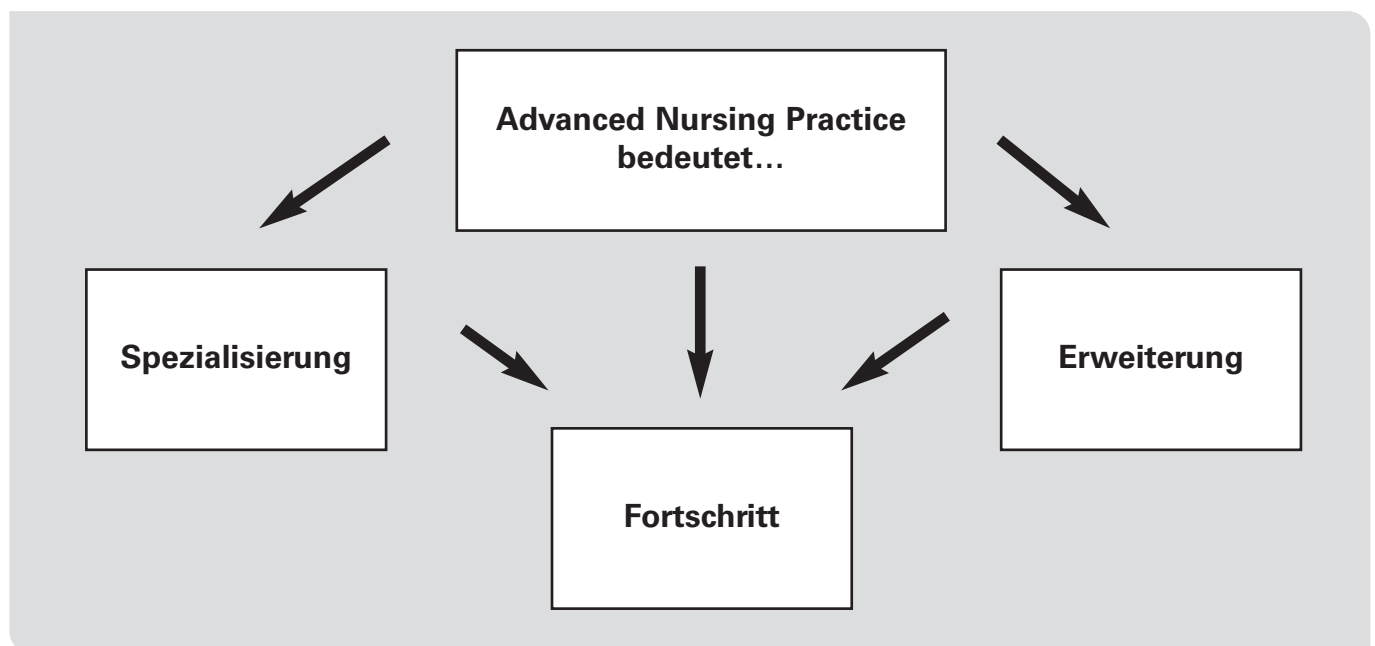
⁹ In dem vorliegenden Positionspapier werden die Begriffe NP und ANP-Spezialist synonym verwendet.

Das Arbeits- und Tätigkeitsfeld der ANP-Spezialisten ist abhängig von der gesundheitspolitischen Ausrichtung des jeweiligen Landes. Unterschieden werden kann hier nach Temmink et al. (2000) eine Kategorisierung nach Versorgungstypen mit der Ausrichtung auf die generalisierte Grundversorgung (Primary care), der spezialisierten Sekundärversorgung (Secondary care) und Ländern mit Mischsystemen¹⁰. Hiernach fällt der National Health Service in die Kategorie der überwiegend allgemein ausgerichteten Primärversorgung. Folglich wurden die ersten Arbeitsgebiete von NP's in der Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten erschlossen. Die USA wird eher zu den sekundär orientierten Ländern gezählt. Dadurch ergibt sich dort eher eine Fokussierung der NP's auf Notfallversorgung, Chirurgie oder Onkologie. Die Niederlande haben ein Mischsystem mit primär und sekundär ausgerichteter Versorgung; hier gewinnt erst in jüngster Zeit der Einfluss der NP's in der gemeindenahen Versorgung mehr Bedeutung.

Eine vom Royal College of Nursing in 2004 vorgenommene Befragung von 758 Pflegefachkräften in einer erweiterten, spezialisierten Pflegepraxis (Nurses in advanced-specialist roles) identifiziert drei Hauptkategorien, in denen der überwiegende Teil der Pflegefachkräfte tätig war:

- Case Management einschließlich Einweisung und Entlassung (develop plans in collaboration with others, coordinate programmes of care, admit/discharge patients)
- Diagnostik (undertake physical examination, make diagnoses, screen patients, order investigations) und
- Organisationsentwicklung (which includes leadership, educating staff and initiating research) (RCN, 2005).

Aus dem zuvor Gesagten zeichnen sich für ANP als autonomes Arbeitsfeld der Pflege drei Charakteristika ab:



¹⁰ Indikatoren für die Kategorisierung der Gesundheitssysteme sind das Verhältnis von Allgemein- zu Fachärzten, die Ausgaben für die ambulante Versorgung im Verhältnis zu den Gesamtausgaben für Gesundheit, die Ausgaben für die Akutversorgung im Verhältnis zu den Gesamtausgaben für Gesundheit, die Anzahl der Betten in der Akutversorgung etc.

ANP bedeutet Spezialisierung: Nurse Practitioner spezialisieren sich auf die Gesundheitsprobleme einer bestimmten Patientengruppe bzw. eines relevanten Fachgebietes, z.B. chronische Krankheiten aus den Bereichen Kardiologie, Onkologie, Pulmonologie, Endokrinologie, Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie. Sie verfügen über zusätzliche solide Fachkenntnisse aus den Bereichen Pathophysiologie, Pharmakologie und anderen relevanten Therapien sowie der Genetik.

Die klinische¹¹ Arbeit der NP umfasst nicht die traditionelle stations- bzw. schichtbezogene Arbeit, sondern findet überall dort statt, wo spezielle Expertise notwendig ist. So kann eine ANP-Spezialistin im Bereich HIV sowohl im Ambulatorium als auf der Station Patienten pflegen und Angehörigen die notwendige Unterstützung anbieten (Spirig et al., 2004). Auch die in den USA sich etablierenden MinuteClinics¹² bieten für Patienten eine niedrigschwellige Möglichkeit, zu alltäglichen Beschwerden den Rat von medizinisch geschultem Personal einzuholen: NPs diagnostizieren und behandeln alltägliche Krankheiten wie Halsentzündungen, Bronchitis und Mittelohrentzündung. Dieser Erstkontakt wird bei Bedarf durch den Besuch bei einem Arzt ergänzt.

ANP bedeutet Erweiterung der Pflegepraxis: Dies ist Ausdruck der dynamischen Entwicklung von Gesundheitsberufen, welche sich an den Bedürfnissen von Patienten und den damit verbundenen Berufskompetenzen orientiert. NP-Spezialisten dehnen die Pflegepraxis aus und passen sie den Bedürfnissen der Patientengruppe an (Spirig et al., 2004). Sie haben die Fähigkeiten, die Kompetenzen der Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken und in ihrer Selbstkompetenz zu fördern. Dieses erweiterte Rollenkonzept umfasst Aufgaben wie Bildungs- und Erziehungsstrategien und Beratungsinitiativen und fördert interdisziplinäres Handeln (Seidl, 2004).

Dadurch werden neue Handlungsfelder für die Pflege erschlossen. NP besetzen häufig Schnittstellen im Versorgungssystem und sind eigenständige Organisatoren interdisziplinärer Zusammenarbeit. Hierzu gehören z.B. Erstkontakte mit Patienten in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen zwecks erster Einschätzung und die anschließende Steuerung der weiteren Versorgung. Weiterhin umfasst eine erweiterte Pflegepraxis Interventionen, welche traditionellerweise nicht zur Pflege gehören, (z.B. klinisches Assessment, körperliche Untersuchung, Familienintervention) Dadurch steht nicht mehr der Patient, sondern die Familie in dem Mittelpunkt der Pflege (Spirig et al., 2004).

ANP bedeutet Fortschritt: »Die Kombination von Spezialisierung und Erweiterungen führt zu Fortschritten, mit denen die Pflege – auch in einem interdisziplinären Kontext – nachhaltig, breitflächig und zukunftsorientiert verbessert werden kann« (Spirig et al., 2004). Die Qualifikation dafür erfolgt über eine Spezialisierung z.B. auf Masterniveau. Die Akademisierung gewährleistet die Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis.

11 »klinisch« bezieht sich hier auf alle Orte, an denen ein Patientenkontakt statt findet.

12 In Minuteclinics (Pflegepraxen) behandeln Nurse Practitioner alltägliche Krankheiten. Kleine Wunden werden versorgt, Impfungen durchgeführt und Allergietests gemacht. Oft in der Nähe eines großen Einkaufszentrums gelegen sind sie für Patienten eine gute Möglichkeit, kurzfristig und ohne Terminvereinbarung Rat zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einzuholen. Ob ein Allgemeinmediziner aufgesucht werden soll, entscheidet der/die Nurse Practitioner.

ANP-Spezialisten können die aktuelle wissenschaftliche Literatur einordnen und evidenzbasierte Forschungsergebnisse in ihre klinische Praxis integrieren. Forschungsevaluationen werden systematisch ausgewertet, was zu einem positiven Beitrag von ANP auf die Outcomes führt. Dieses ist insbesondere unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und -verbesserung hervorzuheben, denn nur die Anwendung von qualitätsgesicherter Verfahren in prozessoptimierten Abläufen führt zu den national wie international geforderten Effektivitäts- und Effizienzstandards. Letztlich ist dieses besonders auch für »die Akzeptanz von ANP im deutschen Gesundheitssystem wichtig, denn ANP wird an ihren Ergebnissen gemessen werden« (Spirig et al., 2004).

Der Blick ins Ausland zeigt, dass die Grenze zwischen dem medizinischen und pflegerischen Tun keine statische Größe ist, sondern sich durch wandelnde Verhältnisse und Bedarfe verändert. Für die professionelle Pflege hat sich durch die Einführung von ANP ein hohes Maß an beruflicher Autonomie entwickelt. Dieses äußert sich darin, dass NP die Kompetenzen und Rechte zuerkannt bekommen haben,

- Diagnosen zu stellen
- Sachmittel und Medikamente zu verordnen
- Therapien zu verordnen
- Ein- bzw. Überweisungen ins Krankenhaus, an die Hausarztpraxis oder an weitere Gesundheitsberufe durchzuführen.

Zudem tragen sie eine geschützte Berufsbezeichnung, ihre Aufgaben und Regelungen sind gesetzlich geregelt.

Ökonomische Aspekte von Advanced Nursing Practice

Einzelne Studien mit relativ geringer Fallzahl, in ausgewählten Regionen und mit begrenztem Untersuchungszeitraum belegen zwar durchaus die Überlegenheit einer pflegerisch gesteuerten Grundversorgung von Patienten (Buchan et al., 2005). Allerdings lassen diese Ergebnisse sich nicht ohne weiteres verallgemeinern. Aufgrund des weitgehenden Fehlens von systematischen Reviews und randomisierten Studien mit höherer Evidenz und Aussagen zu langfristigen Auswirkungen kann bislang keine Gesamtbewertung zur Kosteneffizienz von erweiterter Pflegepraxis (ANP) vorgenommen werden. Die folgende Tabelle zeigt in Stichworten die Ergebnisse einiger ausgewählter Studien in

- einem pflegerisch geleiteten Hals-Nasen-Ohren-Zentrum,
- einer Pflegestation für Obdachlose,
- dem Einsatz von Pflegeexperten in der Neugeborenenpflege sowie
- einem Brustkrebs-Zentrum mit Pflegeexpertinnen.

Hier ergeben sich Hinweise auf die Vorteile pflegerischer Versorgung auch in ökonomischer Hinsicht.

Nebenergebnisse der Studien beziehen sich auf die höhere Patientenzufriedenheit, sowie den geringeren Einsatz von Antibiotika. Wenngleich diese Ergebnisse nicht repräsentativ sind und hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht, so lässt sich doch ein Potenzial erkennen, das auch in Deutschland vor dem Hintergrund von steigenden Anforderungen an Effektivität und Qualität dringend erschlossen werden sollte.

Tabelle: Ergebnisse ausgewählter Studien zur ökonomischen Bewertung von ANP

Autor der Studie	Untersuchungsgegenstand	Kosten der ANP-Versorgung	Andere Kriterien/ Ergebnisse
Fall et al. (1997)	HNO-Zentrum unter pflegerischer Leitung	Geringere Kosten im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung	Geringerer Einsatz von Antibiotika durch die Pflegeexperten, hohe Patientenzufriedenheit
Hunter et al. (1997)	Pflegestation für Obdachlose im Vergleich mit anderen kommunalen Diensten	Pflegestation war kostengünstiger als andere Dienste	
Bissinger et al. (1997)	Pflegeexperten in der Neugeborenenpflege verglichen mit ärztlicher Versorgung	Geringere Kosten verglichen mit ärztlicher Versorgung	
Ritz et al. (2000)	Brust-Krebs-Zentrum mit Pflegeexpertinnen	Kostenneutral im Vergleich zu anderen Diensten	Verbesserung der pflegerischen Qualität im Vergleich zu anderen Diensten

(nach OECD, 2005)

2.1 Aufgaben und Tätigkeiten einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland

Die Sozialsysteme in Deutschland stehen vor Herausforderungen, denen durch eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP wirksam begegnet werden kann. Daher soll im Folgenden dargestellt werden, welche Entwicklungen zu beobachten sind und in welchen Bereichen sich primär die Entwicklung von ANP anbietet.

- **Veränderte Klientenstruktur infolge des demografischen Wandels** (Klein, 2006): Hier kommen von Seiten der Pflege vermehrt Beratungs- und Schulungsangebote zur Vermeidung oder Reduzierung von Pflegebedürftigkeit zur Geltung. Zukünftig wird sich die Pflege stärker in der Prävention engagieren, was sich auch in dem Ausbildungsgesetz für Berufe der Krankenpflege (2003) sowie der Neufassung des Altenpflegegesetzes (2003) spiegelt.¹³ Daher gewinnen z.B. präventive Hausbesuche und Patientenschulungen (Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment) an Bedeutung.
- **Technisierungsschub:** Der Ausbau diagnostischer Verfahren, neue computer-gestützte Diagnoseverfahren und Therapieformen wie minimal-invasives Operieren, maschinelle Überwachung und/oder Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen (Klein, 2006) führen zu einer medizinisch-technischen Spezialisierung insbesondere in den Funktionsbereichen (z.B. in der Endoskopie) aber auch der Intensiv- und Anästhesiepflege. Hier übernehmen Pflegefachkräfte mit spezieller Expertise eigenständige Aufgaben, wie z.B. Überwachung des Beatmungsregimes. Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass die gleiche Versorgungsqualität erreicht wird wie im traditionellen System, allerdings zu geringeren Kosten.

¹³ Bereits die Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Krankenpflegerin, bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin weist darauf hin, dass die Prävention und Gesundheitsförderung eine gleichwertige Rolle in der Gestaltung des pflegerischen Handelns neben der krankenpflegerischen Tätigkeit zuzuordnen ist.

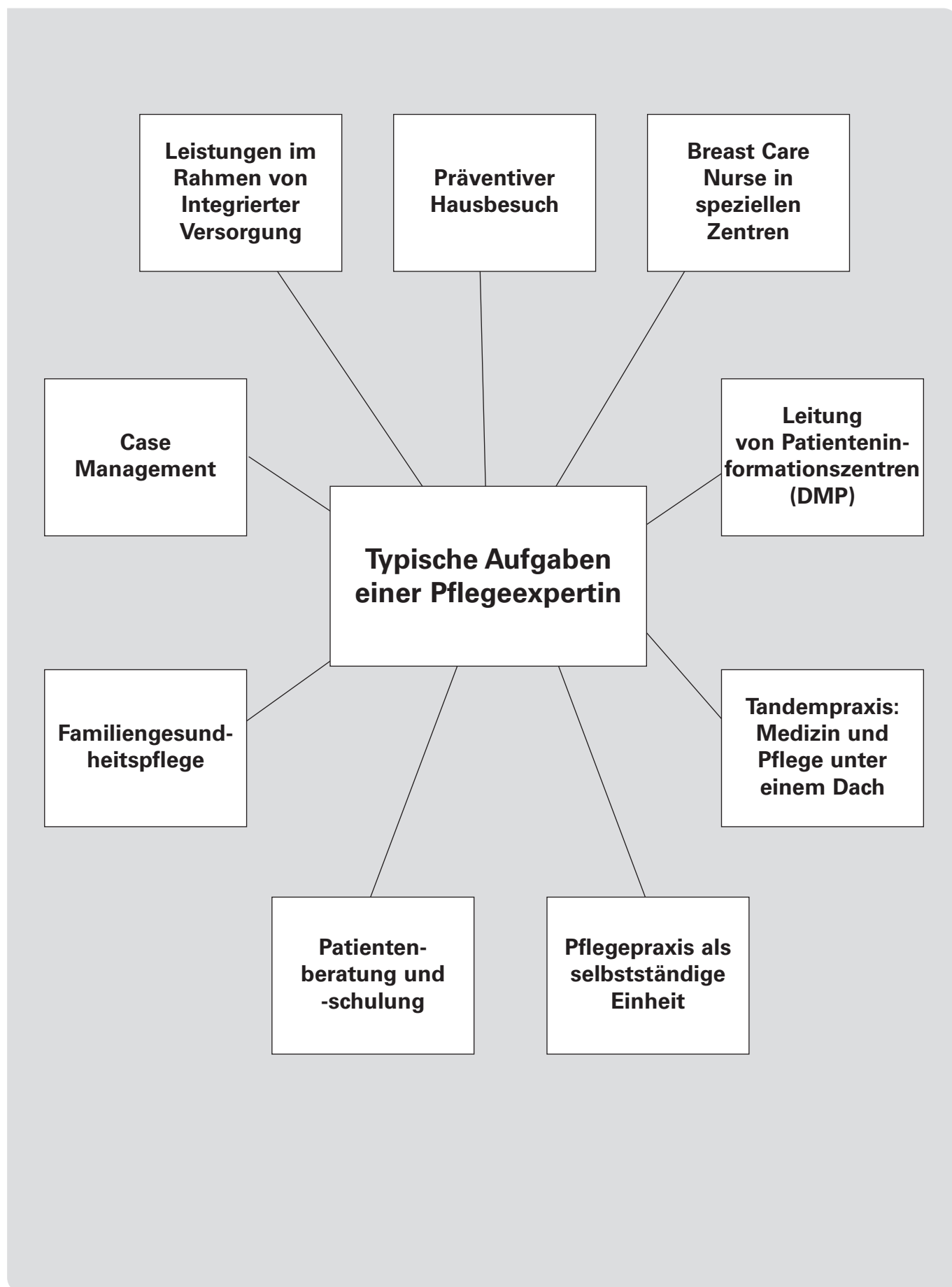
- **Zunahme von qualitätssichernden Aufgaben:** Wegen der Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 135a SGB V sind durch die Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität zusätzliche Aufgaben entstanden. Neben den ganz konkreten Aufgaben für die Leistungserbringer sind hier insbesondere die Implementation der nationalen Expertenstandards, das Pilotprojekt für die Einführung des Generalindikators »Dekubitusprophylaxe« bei der BQS¹⁴, die Mitarbeit des Deutschen Pflegerates bei Zertifizierungsverfahren nach KTQ¹⁵, die Beteiligung des DBfK bei der Certkom-Gesellschaft sowie die Implementierung der Familiengesundheitspflege in die deutsche Gesundheitsversorgung zu nennen (Stöcker, 2006).
- **Auswirkungen der DRG's:** Neben dem Abbau von Pflegefachkräften ist eine Arbeitsverdichtung, eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer und die Verlagerung von Pflege in nachgelagerte Bereiche zu verzeichnen. Im Zuge dessen ergeben sich für Pflegefachkräfte im Sinne von ANP neue Steuerungsaufgaben zur effektiven Bettenbelegung und sektorenübergreifenden Vernetzung. Pflegefachkräfte sind bei der Etablierung von interdisziplinären klinischen Behandlungspfaden beteiligt, erarbeiten standardisierte Behandlungspläne und steuern prozesshaft das Aufnahme- und Entlassungsgeschehen. Pflegefachkräfte mit spezifischer Expertise bieten bereits heute weitergehende Beratungs- und Versorgungsangebote in unterschiedlichen Sektoren für definierte Klientengruppen im Kontext Wundmanagement, Diabetes mellitus, Schmerz, Kontinenzförderung und Stomatherapie an. Dieses kann in einer Tandempraxis (Hausarzt und pflegerische Expertise unter einem Dach) oder auch in eigenständigen Pflegepraxen sowie in Anbindung an bestehende Sozialstationen geschehen.
- **Integrierte Versorgung:** Damit können Sektorengrenzen im Gesundheitswesen überwunden werden, um Versorgungsbrüche in der Dienstleistungskette zu verhindern. Auch hier kann die professionelle Pflege ihren Zuständigkeitsbereich im Aufnahme- und Entlassungsmanagement, in der Behandlungspflege und der Gestaltung von Übergängen neu definieren (Klein, 2006).
- **Primary Care und Familiengesundheitspflege:** Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit für ANP besteht im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention; vor allem für sozial benachteiligte und multipel belastete Familien und Ältere kann Pflege als Frühwarnsystem insbesondere bei drohender Kindesvernachlässigung fungieren und bei Kinderschutzprogrammen mitwirken¹⁶.

14 Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

15 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

16 In diesem Zusammenhang begrüßt der DBfK, dass drohende Versorgungsengpässe in der ambulanten Versorgung erkannt wurden. Die begonnenen Modellprojekte, wie z.B. AGnES sind jedoch abzulehnen, da sie die strukturellen Defizite im Gesundheitswesen nicht beheben. Der DBfK äußert daher grundsätzliche konzeptionelle Bedenken (vgl. DPR Stellungnahme vom 04.05.2007).

Aus dem zuvor Gesagten ergeben sich zukünftige Aufgabenfelder einer Erweiterten Pflegepraxis im Sinne von ANP vor allem in folgenden Bereichen:



Anhand der Problematik von chronischen Wunden soll exemplarisch dargestellt werden, welche Effekte durch eine erweiterte pflegerische Praxis zu erzielen sind und wie ANP in die Versorgung implementiert werden kann.

Exkurs: Wundmanagement

Nach Schätzungen von Experten leiden in der Bundesrepublik Deutschland ca. 3-4 Millionen Menschen an chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcus cruris und Diabetischer Fuß) mit altersbedingt steigender Häufigkeit (Panfil, 2006). Nach Angaben des ICW¹⁷ sind 90% der Druckgeschwüre sowie ein Großteil der Amputationen vermeidbar. Experten beklagen die oft als mangelhaft einzustufende Versorgungsqualität von Menschen mit chronischen Wunden vor allem in Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung (Panfil et al. 2002). Die korrekte Diagnose der Wunde, der Einsatz von Wundtherapeutika und Verbandsmaterialien sowie der Ausbau von Selbstpflegekompetenzen entsprechen nicht dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Versorgung findet durch den Hausarzt statt, da ausschließlich ihm die Berechtigung für Diagnosestellung, Therapie und Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil-, und Hilfsmitteln obliegt. Jedoch findet weder in der ärztlichen noch in der pflegerischen Grundausbildung eine wundbezogene Qualifizierung in ausreichendem Maße statt. Die zertifizierte Ausbildung zum Wundexperten nach ICW e. V. ist Ausdruck eines großen Engagements der Pflegefachkräfte, reicht aber nach Ansicht von Experten nicht aus (Panfil, 2006). Der Ruf nach Spezialisierung in der akademischen Pflegebildung auf spezifische klinische Handlungsfelder wird immer lauter (Hamric et al., 2004; Spirig et al., 2004). Schon heute hat die Einbeziehung von weitergebildeten Pflegefachkräften in die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden neben einer deutlichen Erhöhung der Lebensqualität des Patienten auch kostenreduzierende Auswirkungen im Solidarsystem Gesundheitswesen (Laible et al., 2002). Internationale Studien belegen die Effektivität neuer integrierter Versorgungsstrukturen sowie den positiven Kosteneffekt durch modernes Wundmanagement. So kann die Frequenz des Verbandswechsels durch den Einsatz moderner Verbandsmaterialien verringert und die Rezidivbildung durch gezielte Förderung der Selbstpflegefähigkeiten verhindert oder hinausgezögert werden.

In Deutschland werden bereits Konzepte praktiziert, bei denen pflegerische Kompetenz in der Wundversorgung stärker genutzt wird. Laut Gerber (2005) organisieren spezialisierte Pflegefachkräfte in Wundkompetenzzentren erfolgreich Behandlungen auf Basis standardisierter Abläufe und edukative Maßnahmen werden in Tandempraxen angeboten.

Angesichts der beschriebenen Nachfrage nach Advanced Nursing Practice für den Bereich Wunden wäre es an der Zeit, lohnend und dringlich diese auszubilden (Panfil, 2006) sowie mit Kompetenzen zur selbstverantwortlichen Versorgung chronischer Wunden auszustatten.

17 ICW Initiative Chronische Wunden e. V. www.icwunden.de

2.2 Was ist neu an ANP?

Das bisherige Angebot an Studiengängen in Deutschland im Bereich der Pflege hat zur Folge, dass Pflegende mit Hochschulabschluss ihren Tätigkeitsschwerpunkt in patientenferne Bereiche wie z.B. Management oder Lehre verlagerten. Bis heute gibt es nur wenige Hochschulen, die ein pflegewissenschaftliches Studium mit explizit pflegerischer Berufseinmündung im Sinne einer ANP anbieten. Die Studienqualifikation zur Einführung von ANP verlangt eine andere Schwerpunktsetzung als in den verbreiteten Studiengängen Pflegemanagement und Pflegepädagogik¹⁸. ANP-Spezialisten haben einen direkten Praxisbezug und arbeiten mit den Patienten innerhalb ihres Expertisebereiches: beratend, behandelnd, untersuchend, analysierend, entweder bei Hausbesuchen, in Sprechstunden, in Krankenhäusern oder in der Koordination. Sie gehen evidenzbasiert vor, entwickeln Standards und Richtlinien und sind an der Entwicklung von klinischen Pfaden beteiligt (de Jong, 2006). Beispielhaft sind hier die von akademisch gebildeten Pflegepersonen geleiteten Herzinsuffizienzpraxen in Schweden (Strömberg, 2004) zu nennen oder der interventionsarme, hebammengeleitete Kreissaal in der Schweiz. Studien beweisen in diesem Zusammenhang, dass die Patienten längere Zeit ohne Krankenseinweisungen auskamen und die Tendenz zu kürzeren Liegezeiten und geringeren Krankheitskosten besteht (Strömberg, 2004). Dieses ist unter dem Aspekt des Kostendruckes im Gesundheitswesen sowie der Betrachtung von Effektivität und Effizienz besonders relevant.

2.3 Chancen für eine ANP-Entwicklung in Deutschland

Die Prognosen zu einer deutschen Entwicklung in Richtung einer erweiterten Pflegepraxis sind differenziert zu betrachten: Die deutsche Krankenversorgung hat eine vordergründige Orientierung auf die Akutversorgung und kurzfristig zu heilende Krankheiten und wird durch die Monopolstellung der Ärzte sowie eine starke Fragmentierung zwischen den Sektoren bestimmt (Rosenbrock&Gerlinger, 2004).

Infolge von Alterung, Multimorbidität, Innovation (rascher Einführung neuer Methoden) und der Integration der Versorgung (Aufhebung der sektoralen Gliederung) werden sich zukünftige Aufgabenfelder der NP's sowohl in der stationären als auch der ambulanten Pflege entwickeln. Es kommt zu einer Ausweitung der pflegerischen Tätigkeiten in den Krankenhäusern. Dies betrifft insbesondere

- Aufgaben in der Intensivpflege (z.B. Übernahme des Beatmungsregimes, individuelle Einstellung der Insulintherapie, Schmerztherapie und Lagerungstherapie);
- Aufgaben in der Anästhesiepflege (z. B. Schmerztherapie);
- Aufgaben im Operationsdienst (z. B. OP-Koordination);
- Aufgaben in der Funktionsdiagnostik und der Notaufnahme (z.B. Routineendoskopien im Rahmen der Prävention, Erstuntersuchungen).
- Aufgaben im Rahmen einer Spezialisierung z.B. im Wundmanagement oder der Ernährung (DBfK, 2006).

Im ambulanten Bereich werden durch den Ausbau eines gemeindenahen Versorgungsmanagements einige Tätigkeiten des Hausarztes übernommen, insbesondere aber ergänzt und unterstützt. Neben originär pflegerischen Tätigkeiten können Aufgaben in der

- Grundversorgung;
- Gesundheitserhaltung;
- Krankheitsprävention sowie in der
- Beratung und Patientenschulung für bestimmte Zielgruppen hinzukommen.

¹⁸ Hier bietet das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006 einen richtungweisenden Einstieg.

Eine Spezialisierung auf weit verbreitete chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Demenz etc. erscheint sinnvoll. Mit der Zunahme an chronischen und altersassoziierten Krankheiten und dem dadurch erhöhten Bedarf an Bewältigungs- statt Heilungsstrategien gehen auch in Deutschland innovative Anstrengungen des Gesetzgebers einher. Die Integration und Koordination von Unterstützungsstrategien sowie die Stärkung von Prävention, des Wettbewerbs, der Qualitätssicherung finden Ausdruck in der Einführung der integrierten Versorgung, dem Hausarztmodell, sowie den Disease-Management-Programmen. Diese Entwicklung wird durch das kürzlich verabschiedete Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs (GKV-WSG, 2007) weiter verfolgt. Im internationalen Kontext wird die Thematik einer angemessenen Gesundheitsversorgung bereits seit langem diskutiert und konsequent verfolgt. Nach der Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978), der Ottawa Charta (WHO 1986), der Strategie »Gesundheit 21« (WHO 1999) diskutierten die Teilnehmer der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen bereits im Jahr 2000 die zukünftige Rolle der Pflegenden in Europa und verpflichteten sich, konkrete Maßnahmen in ihren Ländern umzusetzen. Dazu gehörte unter anderem:

- Eine **umfassende Planungsstrategie zur Entwicklung der Nutzung des Arbeitskräftepotentials**, um eine ausreichende Zahl von gut ausgebildeten Pflegenden und Hebammen zur Verfügung zu stellen.
- Das Pflege- und Hebammenwesen durch eine **Veränderung der gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen** des Gesundheitswesens zu stärken.
- Den Pflegenden und Hebammen sowohl unabhängig als auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine **effiziente und effektive Ausnutzung ihres vollen Potentials** zu ermöglichen.

In der »Erklärung von München« verpflichteten sich die Präsidentin der WHO-Konferenz (in Person der deutschen Gesundheitsministerin Andrea Fischer) und damit auch alle Teilnehmer sowie die deutsche Delegation, den Maßnahmenkatalog in ihren Ländern umzusetzen (WHO, 2000).

Exkurs: Das WHO-Projekt Family Health Nurse

Das Konzept der Family Health Nurse (FHN) gehörte 2000 zu den wichtigsten Themen auf der WHO-Konferenz der europäischen Gesundheitsminister in München. Damit wird die von der WHO konzipierte zentrale neue Rolle für Pflegende und Hebammen bei der Einrichtung einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung im Sinne von ANP aufgegriffen und durch das DBfK-Modell-Projekt zur Etablierung der Familiengesundheitspflege vorbildlich erprobt. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung und das BMG ist dies Ausdruck des Paradigmenwechsels und der Neuorientierung in der Gesundheitspolitik (DBfK, 2007).

Das pflegerische Handeln der FGP/FGH¹⁹ ist auf die gesamte Lebensspanne der Menschen ausgerichtet und umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention, die Rehabilitation und die pflegerische Versorgung bei Krankheit sowie die Begleitung und Betreuung der Familien in der finalen Lebensphase (Eberl et al., 2006). Sie sollen vor allem vulnerable Gruppen (z.B. sozial benachteiligte Familien, chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen, Migrantenfamilien) zum eigenständigen Handeln befähigen, Leistungen und Dienste vermitteln und als Fürsprecher von Gesundheit auftreten. Für die WHO nimmt die FHN, zusammen mit den Hausärzten, eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen ein. Bisher sind Family Health Nurses bereits in Großbritannien, Finnland und Slowenien sowie in anderen Ländern unter anderen Bezeichnungen tätig.

Vor diesem Hintergrund bietet das Konzept der Family Health Nurse (FHN) einen richtungsweisenden Ansatz, welchen der DBfK als Kollaborationszentrum Pflege der WHO gezielt weiter verfolgt. Seit Oktober 2005 nehmen Pflegende und Hebammen an der zweijährigen Weiterbildung Familiengesundheit teil. Sie werden zu Fachkräften für Gesundheit weitergebildet, die neben pflegerischen Aufgaben insbesondere benachteiligten Familien den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern und damit zur verbesserten Gesundheitsversorgung und Prävention beitragen. www.familiengesundheitspflege.de

Die Realisierung in Deutschland steht zu weiten Teilen noch aus. Allerdings weist das Gutachten des SVR von 2007 mit bisher unbekannter Deutlichkeit auf die Notwendigkeit einer neuen Aufgabenverteilung hin. »Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll« (SVR, 2007). Hier bekommt die Profession Pflege eine Chance, die es zu nutzen gilt. Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag eine Neuregelung der Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen angekündigt. Diese Perspektive gewinnt insbesondere vor den bereits geschilderten Rahmenbedingungen Brisanz und wurde im Frühjahr 2006 durch die Ärztestreiks und ihre tariflichen Auswirkungen noch verstärkt. Daher forderte der DBfK die Bundesregierung in einer Pressemitteilung vom 08.06.2006 auf, sich von der tradierten Rollenverteilung im Deutschen Gesundheitswesen zu verabschieden und eine neue Verteilung der Leistungserbringung vor dem Hintergrund einer Advanced Nursing Practice anzudenken.

2.4 Relevante Aspekte der Pflegebildung

Mit der Vorlage des neuen Bildungskonzeptes des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR) wird eine Antwort auf die demografischen und epidemiologischen Herausforderungen im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem gegeben. Es ist ein zukunftsweisendes Bildungskonzept entstanden, welches als zentrales Element die grundständige Hochschulausbildung mit generalistischer Struktur fordert. Nur so kann sich ANP in dem Maße erweitern, spezialisieren und vertiefen, wie es den Anforderungen an die professionelle Pflegefachkraft entspricht. Dem Bedarf an Differenzierung in den Arbeitszuschnitten der Pflege sowie einer ökonomisch vertretbaren Aufgabenverteilung wird Rechnung getragen.

Die erste Qualifizierung zur professionell Pflegenden kann nach dem Bildungskonzept des DBR sowohl über eine berufliche Ausbildung (Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin) als auch über die akademische Ausbildung (Bachelor of Nursing) erfolgen²⁰. Diese Parallelität ist den Kontextbedingungen im deutschen Gesundheitswesen geschuldet. In dem Konzept wird davon ausgegangen, dass Absolventinnen beider Berufszugänge gleichberechtigt nebeneinander arbeiten, es wird jedoch erwartet, dass Hochschulabsolventinnen ihr Praxisfeld wissenschaftlich fundiert im Sinne von ANP weiterentwickeln. Dieses wird belegt durch die Erfahrungen im inter-nationalen Raum (DBR Bildungskonzept 2007, S. 44). Die Qualifizierung für vertiefende und spezialisierende Aufgaben in der Pflege erfolgt in Master-Studiengängen (Master of Science MSc) für ein spezifisches Fachgebiet. Diese Fachgebiete ergeben sich aus den Anforderungen von Seiten der Klientel und können in der Gemeindepflege, der Intensivpflege, erhöhten Anforderung an Beratung, Begleitung und Begutachtung oder auch in den spezifischen Aufgaben des Managements liegen.

Auch das Gutachten des SVR 2007 bewertet den Akademisierungsprozess der Pflegeberufe positiv, weist jedoch darauf hin, dass nicht jede Tätigkeit den Einsatz einer akademisch ausgebildeten Fachkraft erfordert (SVR, 2007, S.26). Neu in dem Gutachten ist der Appell des Rates an die Medizinischen Fakultäten, eine höhere Verantwortung für die akademische Ausbildung der Pflege zu übernehmen, Lehrstühle für Pflegewissenschaften einzurichten und einen innovativen Beitrag für die Weiterentwicklung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu leisten (Kuhlmeier, 2007). Wenn die Gesundheitsprofessionen zukünftig besser zusammen arbeiten sollen, muss die Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden (SVR, 2007, S.25).

Das Bildungskonzept des DBR integriert die deutsche Pflegebildung über den Bologna- und Kopenhagen-Prozess in die europäischen Bildungsstrukturen mit dem Ziel der Verwirklichung der Lissabon- Strategie. Das Konzept ermöglicht durch seinen modulhaften Aufbau und die Durchlässigkeit zur jeweils nächst höheren Bildungsstufe eine größtmögliche Transparenz. Hiermit wird für alle die Möglichkeit zum lebenslangen Lernen und beruflicher Weiterqualifizierung geschaffen, insbesondere für Frauen. So gewinnen die Berufe in der Pflege an zusätzlicher Attraktivität und gesellschaftlichem Image. Der DBfK als Mitglied des DBR setzt sich daher konsequent für die Umsetzung dieses Bildungskonzeptes ein, um den Anforderungen an Pflege nachhaltig begegnen zu können.

²⁰ Allerdings sollte perspektivisch die Erstausbildung auch im Sinne einer europäischen Standardisierung auf Hochschulniveau erfolgen.

3 Notwendige Veränderungen zur Etablierung von ANP

Die Neuordnung von Aufgaben erfordert Gesetzesanpassungen, eine Anpassung des Leistungsrechtes und eine Veränderung in der interdisziplinären Zusammenarbeit. In Großbritannien hat es über 20 Jahre gedauert, bevor es NPs erlaubt wurde, selbstständig Medikamente zu verschreiben, in den Niederlanden ging der Prozess etwas schneller: sieben Jahre nach der Einführung der NP wurde im April 2006 die selbstständige Verschreibung von Medikamenten durch NPs unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt (de Jong, 2006). Das Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge, auch unter der Bezeichnung »WET BIG« bekannt, regelt die Leistungen, die von Angehörigen der Heil- und Pflegeberufe erbracht werden und konzentriert sich auf die Qualität der Berufsausübung und den Schutz der Patienten. Es schafft einen neuen Ansatz für die Erbringung von Leistungen durch Angehörige der Heil- und Pflegeberufe und stellt im Wesentlichen eine Öffnung der Ausübung von medizinischen Tätigkeiten dar anstatt diese einzuschränken. Dadurch entstehen für Patienten mehr Freiräume, sich diejenigen zur Behandlung auszusuchen, die sie wollen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, Niederlande).

Neben der allgemeinen Ressourcenknappheit und dem steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland könnte auch die Verknappung der Ressource »Arzt« eine Professionalisierungschance für die Pflege im Sinne von »step into the breach« bieten. Auch wenn diese Substitutionsfunktion nicht im Interesse einer modernen Auffassung der Pflegeprofession liegen kann, würde es einen Zuwachs an Kompetenzen und Mitgestaltung im erweiterten Versorgungsfeld bedeuten (Sachs, 2006). Hinderlich für die Etablierung einer erweiterten Pflegepraxis ist die eingeschränkte Handlungsfreiheit von Pflegepersonen, die auf mehreren Ebenen der Gesundheitsversorgung besteht:

- die gesetzlich fixierte Dominanz der Ärzteschaft in sämtlichen Bereichen der Krankenbehandlung bzgl. Diagnosestellung, Vorsorge, Behandlung, Verschreibung, Überweisung, Entlassung und Nachbehandlung;
- die Vormachtstellung der Ärzte in der Organisation der Selbstverwaltung neben den Krankenkassen und Einrichtungsträgern;

Um dieses Versorgungsmonopol der Ärzte aufzulösen, das über die Krankenversicherung etabliert ist, müssten sich Veränderungen unter anderem im

- a) **Beruferecht** und im
- b) **Leistungsrecht**

niederschlagen.

zu a) Beruferecht

Für die Heilbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung statuierte die Reichsversicherungsordnung den bis heute bestehenden Heilkundevorbehalt. Im Alltag der Krankenversorgung ist tatsächlich jedoch eine große Zahl von Gesundheitsberufen an der Leistungserbringung beteiligt. Darauf nimmt das Heilpraktikergesetz (HPG) keinerlei Bezug; darüber hinaus ist die Definition von Heilkunde im HPG aus heutiger Sicht unvollständig, da keine präventiven Aufgaben beschrieben werden (SVR, 2007, S.18).

Das ärztliche Beruferecht enthält zwar keine Vorbehaltsaufgaben, aber aus sekundärem Beruferecht, insbesondere dem Krankenversicherungsrecht, der Gefahrenabwehr wie dem Bundesseuchengesetz und dem Gesetz über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erwachsen der Ärzteschaft faktische Vorbehaltsaufgaben im Verhältnis zu den anderen Berufen des Gesundheitswesens (Igl, 1998, S.47).

Demgegenüber schützt das Krankenpflegegesetz die Berufsbezeichnung der Krankenschwestern (seit 2003 der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen), regelt aber kein Tätigkeitsfeld und keine vorrangigen oder vorbehaltenen Tätigkeiten der Berufsangehörigen (Igl, S. 24). Ergänzend heißt es jedoch in der amtlichen Begründung »Obwohl damit das Gesetz die Ausübung der Berufsbezeichnung unter staatlichen Schutz stellt, erfährt die Ausübung der Krankenpflege als solche hierdurch mittelbar ebenfalls einen gewissen Schutz, da für eine qualifizierte Krankenpflegetätigkeit nur examinierte Pflegekräfte eingesetzt werden können« (Igl, S.25).

Gegenüber dem Krankenpflegegesetz von 1985 enthält das neue Gesetz von 2003 u. a. wesentliche Änderungen hinsichtlich der Verbesserung der Ausbildung durch die Ausweitung der Ausbildungsanteile (in der ambulanten Pflege und weiterer Fachgebiete) sowie der besseren Strukturierung und Verzahnung des theoretischen und praktischen Unterrichtes. In stärkerem Maße als bisher ist die Ausbildung auf die Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die wissenschaftsfundiert und individuell/situativ orientiert zu erwerben sind. Auch macht es die Anpassung an die Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen erforderlich, weiteren Handlungsfeldern wie Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege wachsende Bedeutung zukommen zu lassen. Das modernisierte Ausbildungsziel (§3 KrPflG) geht dabei von einem umfassenden Pflegeverständnis aus, welches auch die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen der Menschen mit zu berücksichtigen hat (Storsberg et al., 2006). Die Formel der »verantwortlichen Mitwirkung« bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten (Art.3, KrPflG) persistiert jedoch und zeigt den Schwebestand zwischen pflegerischer Mitwirkung und ärztlicher Aufsicht²¹.

zu b) Leistungsrecht

Im Sozialversicherungsrecht wurde der Arztvorbehalt der RVO beibehalten und in das SGBV (§15 Abs. 1) übernommen. In der häuslichen Krankenpflege werden für die Leistungserbringung nach SGB V »geeignete Pflegekräfte« betraut; die nähere Präzisierung wurde den Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer überlassen (Igl, S.10). Aufgrund der zunehmenden Anzahl pflegewissenschaftlicher Methoden und Konzepte der Pflegefachkräfte ist eine Überprüfung des Art.73 Abs.1 Nr.2 sowie Abs.2 Nr.6 und 8 SGB V im Sinne der Einführung von ANP erforderlich. Nach SGB V sind Ansprüche auf Pflegeleistungen als unmittelbare Mitarbeit bei ärztlicher Behandlung (§28 SGB V), als Teil der Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V sowie als wesentlicher Teil der häuslichen Krankenpflege nach §37 SGB V gegeben. Insbesondere die zuletzt genannte Variante nach §37 SGB V der häuslichen Krankenpflege erhalten Versicherte, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie auf diese Weise vermieden werden kann. Die häusliche Krankenpflege muss vom Arzt verordnet werden; hier wäre zu prüfen in welchen Fällen, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang hier Pflegefachkräfte eigenverantwortlich tätig werden könnten, gemäß des Grundsatzes »Pflege verordnet Pflege«.

Dagegen wurde durch die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung SGB XI – gebunden an die Profession Pflege – folgende Vorgaben gemacht: Der Pflegefachkraft obliegt:

- die Anleitung und Schulung pflegender Angehöriger;
- die Bewertung familialer Pflegeleistungen (hier besteht eine halb- bzw. vierteljährliche Beratungspflicht);
- die Mitwirkung bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit;
- die Mitwirkung bei der internen und externen Qualitätssicherung

Nach Igl (S.11) wurden im §71 SGB XI bereits Vorbehalte für Leitungs- und Koordinationsfunktionen für Pflegefachkräfte der Kranken- und Altenpflege verankert; hier könnte eine Öffnung des Gesetzes in Richtung ANP z.B. für pflegerisches Case Management erfolgen.

21 Vorbehaltene Aufgaben existieren lediglich im Hebammengesetz sowie in dem Gesetz über technische Assistenten in der Medizin; diese Tatsache könnte nach Igl (S. 28,1998) zeigen, dass eine derartige Regelung aus Gründen des Gesundheitsschutzes auch im behandlungspflegerischen Bereich auf Akzeptanz stoßen würde.

Die gesetzlichen Regelungen müssten für Angehörige der Pflegefachberufe mit spezieller Expertise durch eine eigene Abrechnungsberechtigung mit den Kostenträgern ergänzt werden. Dieses ist besonders relevant in den Bereichen Wundmanagement, Kontinenzförderung, Stomatherapie und -versorgung, Ernährungs- und Diabetesberatung sowie Entlassungsmanagement.

Zusätzlich ist es erforderlich - wie in anderen Ländern auch - eine Überprüfung des Arzneimittelgesetzes hinsichtlich der Verschreibungspflicht nach §48 AMG anzustreben. Im Zuge einer Öffnung der Pflegeberufe in Richtung der erweiterten Pflegepraxis kann nach internationalem Vorbild oder analog zum Hebammengesetz eine Regelung getroffen werden, wie Pflegekräfte unter besonderen Umständen (z.B. chronische Erkrankung des Patienten mit Dauermedikation), ggf. intermittierend, die Verschreibungsmöglichkeit für zuvor definierte Medikamente erhalten.²² Mit der Einführung von ANP wird auch das Haftungs- und Vertragsrecht tangiert und sollte dahingehend angepasst und ausgestaltet werden.

Bewertung

Der Kompetenzgewinn der Pflegeberufe in den letzten Jahren im Hinblick auf Qualifizierung und Spezialisierung ist nicht mit dem Zuwachs einer eigenständigen Steuerungs- und Anordnungsverantwortung versehen worden. Es ist bei dem Prinzip der Delegation mit der Letztverantwortung des Arztes geblieben. Dieses Prinzip müsste mit der Einführung von ANP nachhaltig verändert werden. In diesem Zusammenhang fordert der DBfK, die Voraussetzungen zu schaffen, eine solche Entwicklung in Gang zu bringen. Diese Forderung steht im Kontext der internationalen Diskussionen und Entwicklungen um ANP. Unabhängig davon hat der Gesetzgeber mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (Einführung von state-of-the-art-Klauseln) im Jahre 2000 die Voraussetzungen geschaffen, die Berufsorganisationen der Pflege (vertreten durch den Deutschen Pflegerat) verpflichtend in die Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren im SGB V einzubinden.²³

²² Weitere Ausführungen dazu würden den Rahmen des Positionspapiers sprengen und sollten dann im Detail erfolgen.

²³ So z.B. durch die bundesweit extern vergleichende Qualitätssicherung über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) oder durch die freiwillige Selbstevaluation und Fremdevaluation über das Konzept der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen).

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Angehörige der Pflegefachberufe mit spezieller Expertise durch die Übernahme und Entwicklung von erweiterten Handlungsfeldern die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung maßgeblich verbessern können. Sowohl im Interesse der Patienten als auch unter Aspekten von Qualität und Kosteneffektivität ist eine optimale Ressourcenallokation und eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe anzustreben. Flache Teamstrukturen und eine Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen sind hier erforderlich. Durch die Entwicklung von ANP bietet sich für Angehörige des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege die Möglichkeit einer Weiterqualifizierung. Dieses erhöht die Motivation und Berufszufriedenheit der Pflegefachkräfte und entspricht den Anforderungen an einen professionellen modernen Dienstleistungsberuf.

- Die Erprobung neuer Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Aufgabenteilung begrüßt und unterstützt der DBfK ausdrücklich. Dabei ist zu bemerken, dass die Übernahme von Aufgaben auch eine Zunahme an Kompetenzen und Verantwortung impliziert. Dieses muss rechtlich eindeutig geregelt werden.
- Der DBfK setzt sich für eine konsequente Entwicklung und Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis analog zu ANP im deutschen Gesundheitswesen ein. Nach internationalem Vorbild können die vorhandenen Kompetenzen der Profession Pflege besser genutzt und erweitert werden. Dieses geschieht sowohl unter Effektivitäts- und Qualitätsaspekten als auch zum Wohle aller am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten.
- Der gesundheitspolitische Auftrag, Prävention und Gesundheitsförderung als gleichberechtigte Säule im Gesundheitswesen zu etablieren, kann durch die Einführung von ANP zukunftsorientiert und nachhaltig umgesetzt werden.
- Um die Pflegeexperten optimal auf ihre Rolle vorzubereiten, ist die Ausbildung zu akademisieren, zu differenzieren und zu spezialisieren (vgl. auch DBR-Bildungskonzept, 2007). Zeitnah sind Vertiefungsstudiengänge auf Masterniveau mit klinischer Orientierung und Spezialisierung auf ein Fachgebiet einzuführen. Dieses stellt eine Voraussetzung für die Etablierung von ANP dar.
- Die Erforschung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen ist zu fördern; ANP-Spezialisten sollten in die Lage versetzt werden, klinische Forschung zu pflegerisch relevanten Themen durchzuführen.
- Durch eine gezielte Personalentwicklung sind in den Einrichtungen des Gesundheitswesens berufliche Entwicklungsperspektiven für Pflegeexperten im klinischen Bereich zu schaffen. Dieses unterstützt der DBfK ausdrücklich.
- Die Notwendigkeit einer Anpassung der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen ist auf politischer und wissenschaftlicher Ebene erkannt (vgl. SVR, 2007). Jetzt setzt sich der DBfK mit aller Kraft für eine gesundheits- und berufspolitische Einflussnahme ein, um Gesetzesinitiativen in Richtung ANP zu stärken.
- Adaptationen von ANP an spezifisch deutsche Gegebenheiten können mit Unterstützung der existierenden Kontakte des DBfK zu international tätigen Berufsverbänden der Pflege zeitnah und praxisorientiert erfolgen.

Jegliche Diskussion um die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems und die daraus folgenden politischen Entscheidungen müssen sich legitimieren vor dem Leitgedanken der Sicherung und Verbesserung der Versorgung der Menschen. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist für die Menschen da und nicht umgekehrt. Die Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialsystem sind nur gesamtgesellschaftlich zu bewältigen. Dies bedarf einer offenen Diskussion und der Bereitschaft, sich ideologiefrei mit dem Thema zu befassen. Die Pflege ist bereit, ihren Beitrag zu leisten und sich der Verantwortung zu stellen.

Literaturhinweise und Internetseiten

- American Nurses Association (ANA)** und Nationalrat der bundesstaatlichen Krankenpflegeverbände (NCSBN): Gemeinsame Erklärung zu Delegation <http://nursingworld.org/staffing/lawsuit/PrinciplesDelegation.pdf>, 18.07.2008.
- BÄK, OECD, Bundesamt für Statistik**, <http://www.aerzteblatt.de/v4/foren/beitrag.asp?id=64047>, 19.03.2007.
- Buchan, J., Calman, L.** (2005): skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles, OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 17
- Bissinger R.; Allred, C.; Arford, P.; and Bellig, L.** (1997) A Cost-Effectiveness Analysis of Neonatal Nurse Practitioners, *Nursing Economics*, 15 (2) 92-99.
- Bundesministerium für Gesundheit:**
http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604238/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheits-node,param=Links.html__nnn=true#doc616706bodyText3, 12.01.2007.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2006):** Pflegebildung offensiv:
Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006, Elsevier, Urban & Fischer Verlag.
- DBfK (2006):** Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband e.V.
- DBfK (2007):** Prävention und Gesundheitsförderung – Familiengesundheit – Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen. DBfK-Bundesverband e.V.
- DBfK (2005a)** Sagen Sie was Sache ist, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband e.V.
- DPR-Stellungnahme** für die Anhörung beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006.
- Eberl, Inge und Schnepf, Wilfried (2006):** Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage, in: *Pflege* 2006; 19:234-243.
Enquetekommission »Situation und Zukunft der Pflege in NRW« (2004), Bericht der AG »Gesundheitsförderung, Prävention & Rehabilitation«, 04.10.2004. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_/I.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Reha_Praev.pdf.18.07.2007.
- Fall M.; Walters, S., Read, S., Deverill, M., Lutman, M., Milner, P and Rodgers, R. (1997):** An evaluation of a nurse-led ear care service in primary care: benefits and costs, *British Journal of General Practice*, 47, 699-703.
- Gerber, Veronika, (2005):** Interdisziplinäre Versorgung Chronischer Wunden. Netzaufbau und Pflege am Beispiel des Kompetenz Center Aurich. Vortrag Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, 15.-17. Juli 2005, Tagungsbeiträge CD-ROM, Berlin.
- Hamric, A.B.; Spross, J.; Hanson, M. (2000):** Advanced nursing practice. An integrative approach. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Huneke, Michael:** Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen und ihre berufspolitischen Auswirkungen auf die Pflege und für den pflegerisch – operativen Bereich, Vortrag.
- Hunter, J.; Ventura, M. and Kearns, P (1999):** Cost Analysis of a Nursing Center for the Homeless, *Nursing Economics*, 17 (1) 20-31.
- Igl, Gerhard (1998):** Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche.
- Institut für Community Medicine der Universität Greifswald,**
http://www.medizin.uni-greifswald.de/icm/abt_vcm/projekte/projekte_aktuell.html; 16.01.2007
- International Council of Nurses (ICN)** <http://www.icn-apnetwork.org>, 17.01.2007
- International Council of Nurses (ICNa) Rural and Remote Nurses Network**
http://www.icn.ch/rrn_network.htm, 30.01.2007
- Jong, de Anneke (2006):** Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, in: *Die Schwester Der Pfleger*, 9/2006, S. 698-701.
- Klein, Barbara (2006):** Pflege vor neuen Herausforderungen? Das Berufsbild, neue Technologien und Anforderungen an die Qualifikationsentwicklung in der Pflege: in Bsirske, Frank und Paschke, Ellen (Hrsg.), *Innovationskraft Mensch*, VSA-Verlag Hamburg.
- Kuhlmei, Adelheid (2007):** »Mehr Autonomie für die Pflege« in: *Forum Sozialstation*, 08/2007, S. 23.
- Laible, J.; Mayer, H.; Evers, G.C.M. (2002):** Die Prävalenz des Ulcus Cruris in der häuslichen Pflege, in: *Pflege*, 15: S.16-23.

- Lexas_Daten**, www.laenderservice.net/laenderdaten/bevoelkerung/aerztedichte.asp, 12.03.2007.
- Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport**, Niederlande, Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsfürsorge, Fact sheet V-10-D-1995.
- MinuteClinic**, <http://www.minuteclinic.com/en/USA/About/>, 02.07.2007.
- Netzwerk Pflege und integrierte Versorgung**, <http://www.incarenet.de/operative/tp5download>, 18.01.2007.
- Panfil, Eva (2006)**: Mehr Verantwortung und höhere Qualifizierung für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Editorial, in: Pflege, 2006, 19: S. 67-69.
- Panfil, E.; Mayer, H.; Junge, W.; Laible, J.; Lindenberg, E.; Tümmer, A.; Wordel, A.; Evers, G.C.M. (2002)**: Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege- Pilotstudie. In: Pflege 2002, 15:, S. 169-176.
- Ritz, L., Nissen, M., Swenson, K., Farrell, J., Sperduto, P., Sladek, M., Lally, R. and Schroeder, L. (2000)**: Effects of Advanced Nursing Care on Quality of Life and Cost Outcomes of Women Diagnosed with Breast Cancer, Oncology Nursing Forum, 27 (6) 923-932.
- Rosenbrock, Rolf und Gerlinger, Thomas (2004)**: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber Verlag: Bern; Göttingen; Toronto, Seattle.
- RCN (Royal College of Nursing) (2005)**: Maxi Nurses: Nurses Working in advanced and extended roles promoting and developing patient-centred health care, London.
- Sachs, Marcel (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). Unveröffentlichte Literaturliteraturarbeit.
- Sachs, Marcel (2006a)**: Nurse Practitioner oder Spezialist? In: Pflege Aktuell, 5/2006, S. 270-272.
- Sachverständigenrat** für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 3. Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. <http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/sg01.htm>, 07.03.2007.
- Sachverständigenrat** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung.
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung.
- Schober, Madrean und Affara, Fadwa (2006)**: Advanced Nursing Practice, Hrsg.: ICN, Blackwell Publishing.
- Seidel, Elisabeth (2004)**: Advanced Nursing Practice, in: Österreichische Pflegezeitschrift 03/2004, S.20-23.
- Spirig, Rebecca und DeGeest, Sabina (2004)**: Editorial: »Advanced Nursing Practice« lohnt sich! In: Pflege, 4/2004, S.233-236.
- Storsberg, Annette; Neumann, Claudia; Neiheiser, Ralf (2006)**: Krankenpflegegesetz, Kommentar, Kohlhammer, Stuttgart.
- Strömberg, Anna (2004)**: Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden, in: Pflege 08/2004, S.237-242).
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern**, www.statistik-mv.de/, 29.01.2007
- Stöcker, Gertrud (2006)**: Nurse Practitioner-Stellungnahme aus Sicht des DBfK, 6. Fachgespräch Alumni Netzwerk, »Pflege braucht Eliten«, Berlin, 8. Dezember 2006.
- Stöcker, Gertrud (2006)** Perspektiven im Sozial- und Gesundheitswesen 12/2006.
- Temmink, D.; Francke, A. L.; Hutten, J.B.F; van der Zee, J.; Abu-Saad, H.H.(2000)**: Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective, in: Journal of Advanced Nursing 31 (6), S. 14449-1458.
- Wagner, Franz (2007)**: Der Pflege mehr zutrauen, in: Gesundheitsberufe 01/2007, S.48.
- Wagner, Franz (2006)**: DBfK fordert mehr pflegerische Kompetenzen im deutschen Gesundheitssystem, Pressemitteilung vom 06.06.2006.
- World Health Organisation (WHO), (2000)**: Erklärung von München, WHO Regionalbüro Europa