G-BA verabschiedet Richtlinie zu Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen

Am 20. Oktober 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie gemäß § 63 (3c) SGB V zu Modellversuchen für die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen verabschiedet. Damit wurde ein Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der GKV, der zusammen mit dem Deutschen Pflegerat entwickelt worden war, durchgesetzt.

„Die Entscheidung des G-BA ist ein großer Fortschritt für die Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland“, sagt Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates (DPR). „Wir haben jahrelang darum gekämpft, dass qualifizierte Pflegefachpersonen mit ihrer Kompetenz die Versorgung kranker Menschen verbessern können“, so Westerfellhaus weiter.

Die Richtlinie sieht vor, dass speziell ausgebildete Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger(innen) und Altenpfleger(-innen) in Modellen in der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ I und II, Hypertonus, chronischen

Wunden oder einer Demenzerkrankung bisher Ärzten vorbehaltene Aufgaben übernehmen können. Bevor die Richtlinie in Kraft tritt, hat das BMG noch zwei Monate Zeit zur Prüfung. Die Modelle erfordern u. a. eine spezielle Ausbildung und eine Evaluation. Die gesetzliche Grundlage hat das Modellverfahren sehr komplex gestaltet. Deshalb wird es mehrere Jahre dauern, bis nach Beginn von Modellen Ergebnisse vorliegen werden.

Die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch sog. „nurse practitioner“ ist in vielen Ländern bereits Realität

International ist die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch sog. „nurse practitioner“ bereits in vielen Ländern Realität. Mit dieser Richtlinie wird ein für Deutsche Verhältnisse weitreichender Schritt in Richtung Kompetenz- und Verantwortungsverlagerung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege eingeleitet. Wel-

che Konsequenzen hat das? Beginnt hier eine Kompetenzverschiebung in Richtung Pflege? Wird dieser Schritt Konsequenzen auf Therapieentscheidung und -verantwortung haben? Wie selbstständig wird die Pflegekraft in Zukunft tatsächlich tätig sein? Wird der Arzt weiter weisungsbefugt bleiben, die Endverantwortung übernehmen (müssen) – und wie sieht es mit der Abrechnung dieser Maßnahmen aus? Das Wichtigste aber: Wird mit dieser Maßnahme tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung verbunden sein, wie von Westerfellhaus prophezeit?

Zugegeben, in dieser Richtlinie steckt viel Potenzial – oder anders ausgedrückt: Sprengstoff. Aber ist hier wirklich eine Kompetenzverlagerung intendiert?

Diese Frage wurde unmittelbar nach Bekanntgabe der Richtlinie in einer TED-Umfrage an 200 Ärzte und Pflegekräfte gestellt, die Teilnehmer einer Wundfachtagung in Essen waren. Die Ergebnisse geben einen Eindruck über die erste Reaktion der betroffenen Berufsgruppen wieder – und

Abb. 1 ▲ TED Umfrage unter 200 Ärzten und Pflegekräften, die Teilnehmer einer Wundfachtagung in Essen waren. Verschreibungsfähigkeit von Wundauflagen durch die Pflege? Abstimmungsergebnis der Ärzte

Abb. 2 ▲ TED Umfrage unter 200 Ärzten und Pflegekräften, die Teilnehmer einer Wundfachtagung in Essen waren. Verschreibungsfähigkeit von Wundauflagen durch die Pflege? Abstimmungsergebnis des Pflegepersonals

Intestinale Anastomosentechniken

Nach resezierenden viszeralchirurgischen Eingriffen hängt das Wohl der Patienten entscheidend von einer intakten Anastomosenheilung ab. Als Voraussetzung hierfür gelten eine

gute arterielle und venöse Durchblutung, Spannungsfreiheit und eine einwandfreie Technik.

Das Leitthemenheft „Intestinale Anastomosentechniken“ der Zeitschrift *Der Chirurg* (Ausgabe 01/11), stellt die gegenwärtig gängigen Anastomosentechniken vor und gibt einen Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei einer Anastomoseninsuffizienz.

Die Schwerpunkte des Leitthemenheftes sind:

- Hepatobiliäre Anastomosentechniken
- Anastomosentechniken am Pankreas
- Anastomosen im oberen Gastrointestinaltrakt
- Intestinale Anastomosen und Techniken im Bereich des unteren Gastrointestinaltraktes
- Physiologie der Anastomosenheilung
- Diagnostik und Definition der Nahtinsuffizienz aus chirurgischer Sicht
- Diagnostik und Definition der Nahtinsuffizienz aus radiologischer Sicht

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von 34 € bei

Springer Customer Service Center
Kundenservice Zeitschriften
Haberstr. 7
69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221-345-4303
Fax: +49 6221-345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

P.S. Vieles mehr rund um Ihr Fachgebiet finden Sie auf www.springermedizin.de

Abb. 3 ◀ TED Umfrage unter 200 Ärzten und Pflegekräften, die Teilnehmer einer Wundfachtagung in Essen waren. Die Pflege hat zu wenig Verantwortung. Ich stimme dieser Aussage ... zu. Abstimmungsergebnis der Ärzte

Abb. 4 ◀ TED Umfrage unter 200 Ärzten und Pflegekräften, die Teilnehmer einer Wundfachtagung in Essen waren. Die Pflege hat zu wenig Verantwortung. Ich stimme dieser Aussage ... zu. Abstimmungsergebnis des Pflegepersonals

überraschen in positivem Sinne (■ **Abb. 1, 2, 3, 4**). Mit 9,1 bzw. 4,4% war nur ein kleiner Teil der Befragten der Meinung, alles solle so bleiben wie bisher – und nur 2,3% der anwesenden Pflegekräfte befürworteten den Beschluss uneingeschränkt. Über 90% der Ärzte und Pflegekräfte jedoch begrüßte dieses Vorhaben, wobei die Meinung dominierte, Pflegepersonal müsse gezielt geschult sein, und die Verordnung solle unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Das heißt: beide Berufsgruppen halten den eingeleiteten Schritt grundsätzlich für sinnvoll und richtig – allerdings muss die Verantwortlichkeit beim Arzt bleiben.

Was kann diese Richtlinie für die Gefäßchirurgie und unsere Diskussion um Verlagerung ärztlicher Aufgaben bedeuten?

Als erste Fachgesellschaft hat die DGG mit der Einführung der Gefäßassistent/in DGG ein berufsbegleitendes Weiterbildungscurriculum für ärztliche Assistenzberufe inauguriert und damit Neuland beschritten. Dessen Inhalte beschreiben bislang ärztliche Tätigkeiten, die nach bestandener Prüfung gezielt delegierbar sind. Dieses Weiterbildungskonzept funktioniert, es erfreut sich großer Akzeptanz bei Ärzten und medizinischem Hilfspersonal. Die aktuelle Richtlinie greift diese Entwicklung auf und führt sie fort. Damit könnten unsere Gefäßassistent/innen DGG künftig in die Lage versetzt werden, auch Wundaufgaben zu verordnen – denn

sie sind in der Behandlung von Wunden besonders geschult und weitergebildet.

Es geht also um eine gezielte Übertragung ärztlicher Aufgaben an besonders geschulte Pflegekräfte (hier: Verordnung von Wundaufgaben), allerdings unter ärztlicher Aufsicht. Die medizinische Verantwortung muss jedoch beim Mediziner, beim Arzt liegen. Vielmehr geht es um unsere Entlastung, mit der eine Konzentrierung auf unsere Kernaufgaben möglich ist. Insofern ist die G-BA-Richtlinie positiv zu sehen – ein weiterer Schritt in Richtung Partnerschaft und Teambildung über Berufsgruppen hinaus.

E.S. Debus

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E.S. Debus

Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
s.debus@uke.de