

Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einsatz nichtärztlicher Berufsleute

Zusammenfassung

Kilian Künzi, Patrick Detzel (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einsatz nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Arbeitsdokument 27, Okt. 2007

■ Bestellung des Berichts: Bundesamt für Statistik, 2010 Neuchâtel, Tel. 032 713 60 60, Fax 032 713 60 61, E-Mail: order@bfs.admin.ch, CHF 15.- (exkl. MWST), Bestell-Nr. 873-0704

■ Ein Literaturanhang mit den Abstracts der verwendeten Artikel ist als Web-Publikation des Obsans oder beim Büro BASS downloadbar

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung

1. Ausgangslage und Fragestellung
2. Methodisches Vorgehen
3. Ergebnisse nach einzelnen Berufsgruppen
4. Schlussbemerkungen
5. Literaturverzeichnis
6. Anhang

Ausgangslage

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem permanenten Wandel. Das Problem einer möglichst effizienten Organisation der Produktionsfaktoren beinhaltet auch den «Skill-Mix» bei den Leistungserbringer/innen und steht vor dem Hintergrund des wachsenden Kostendrucks, der medizinisch-technischen Entwicklung und der soziodemografischen Veränderung (ältere Patient/innen, aber auch alterndes Gesundheitspersonal). Ein wichtiges Element bilden Neuerungen in der beruflichen Ausbildung ärztlicher und nichtärztlicher Fachleute (hohe Qualifikation in sich ergänzenden Leistungsbereichen).

Im Bereich der ambulanten Grundversorgung wird in der Schweiz - besonders in ländlichen

Gebieten - mittelfristig ein Rückgang der Hausärzteschaft befürchtet. Dies vor allem deshalb, weil auf der einen Seite das Interesse der Studierenden an einer Weiterbildung in Allgemeiner Medizin relativ gering ist und auf der anderen Seite die heute praktizierenden Grundversorger/innen immer älter werden.

Die Thematik wurde am «Dialogtreffen» (Dialog Nationale Gesundheitspolitik zw. Bund und Kantonen) vom Mai 2005 in Luzern angesprochen. Dabei ging es u.a. um die Frage, inwiefern vermehrt nichtmedizinische Berufsleute unterstützend in der ambulanten Grundversorgung eingesetzt werden könnten, wie dies in anderen Ländern bereits praktiziert wird.

Auftrag

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragte das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), eine Übersicht über die internationale Literatur zum Thema zu erarbeiten und erste Erkenntnisse zur Übertragbarkeit von Lösungsansätzen auf die Schweiz zu sammeln.

Bei den zu untersuchenden Berufsgruppen wurde eine Eingrenzung auf fünf sog. reglementierte Berufe vorgenommen, deren Ausbildung neu im Fachhochschulbereich angesiedelt ist: spezialisierte Pflegefachpersonen, Hebammen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen. Hinsichtlich der zu betrachtenden Länder wurde folgende Auswahl getroffen: Schweiz, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland, Grossbritannien, USA, Kanada, Australien und Neuseeland.

Folgende **Leitfragen** standen im Vordergrund:

■ Wie werden die nichtärztlichen Berufsgruppen in der ambulanten Grundversorgung einbezogen? Wie wird die Effektivität des Einsatzes beurteilt? Wo lässt sich durch den Einsatz eine Entlastung oder Substitution von Ärzt/innen feststellen? Wo findet sich eher eine additive Nutzung?

■ Welche Möglichkeiten des Einsatzes nichtärztlichen Berufsgruppen in der ambulanten Grundversorgung sehen deren Vertreter/innen in Bezug auf die Schweiz?

■ Welche Schlussfolgerungen lassen sich hinsichtlich der geschilderten (regionalen) «Krise in der Grundversorgung» ziehen?

Methodisches Vorgehen

Es wurden hauptsächlich «peer-reviewed» wissenschaftliche Journale ausgewertet, die in den Literaturdatenbanken MedLine bzw. PubMed und EconLit verzeichnet sind. Als die bedeu-

tendsten Quellen ergaben sich britische Fachzeitschriften (British Medical Journal, British Journal of General Practice, Journal of Advanced Nursing). Zusätzlich wurden Schweizer Zeitschriften beigezogen. Dabei konnte die Literatur bis ca. Juli 2006 berücksichtigt werden (rd. 250 Artikel). Zur Frage der Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus der Literatur in die Praxis und zur Einschätzung der Situation in der Schweiz konnten im Rahmen der Studie fünf Expertengespräche mit Vertreter/innen der untersuchten Berufsgruppen geführt werden.

Ergebnisse

Der Einbezug nichtärztlicher Berufsleute in die ambulante Grundversorgung ist in den meisten der betrachteten Ländern in unterschiedlicher Form und Intensität bereits eine Realität und wird als Beitrag zur Lösung diverser Probleme betrachtet:

■ **Lösung von Zugangs- und Verteilungsproblemen**, insbesondere für die Versorgung ländlicher Regionen, aber auch für die Primärversorgung von Randgruppen (Niederschwelligkeit des Zugangs), für welche die Rekrutierung von Ärzt/innen schwierig ist. In Betracht gezogen wird auch die Schaffung von Wahlmöglichkeiten für die Patient/innen (z.B. bei der Betreuung schwangerer Frauen, der Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen oder bei Ernährungsfragen).

■ **Unterstützung der Allgemeinpraktiker/innen**, Reduktion der Arbeitslast, Erhöhung der Berufszufriedenheit. Die Unterstützung erfolgt in Form von Triagearbeiten/Diagnosestellungen und Behandlung «einfacherer» oder chronischer Krankheiten - durch spezialisierte Pflegefachleute - oder solcher Fälle, die auf die Berufsgruppen von Hebammen, Physio- oder Ergotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen zugeschnitten sind.

Organisatorisch kann der Einsatz unter Leitung eines Allgemeinpraktikers/einer Allgemeinpraktikerin, unter loser Oberaufsicht in Form periodischer Aktenkontrolle, als gleichberechtigte/r Co-Praktiker/in oder auch in voller Eigenverantwortung (freischaffend, angestellt bei nationalem Gesundheitsdienst) stattfinden. Häufig erfolgt er im Rahmen interprofessioneller Teams, z.B. in auf Primärversorgung ausgerichteten Gesundheitszentren. Dabei verfügen spezialisierte Pflegefachleute und Hebammen ebenfalls über die Kompetenz, Medikamente zu verschreiben. Den direkten Zugang zu Physiotherapeut/innen, die auch die Funktion von «Gate-Keepern» in der Grundversorgung erfüllen, kennen z.B. die USA.

■ **Potential für Kostenreduktion**, da bei bestimmten Einsätzen nichtärztliche Berufsleute

kosteneffektiver sein können als ärztliche Berufsleute, was eine direkte Folge der tieferen Ausbildungs- und Entgeltungskosten beim nichtärztlichen Personal ist. Im Hintergrund steht die Überzeugung, dass aus Effizienzgründen hoch- resp. spezifisch qualifizierte Personen nur hoch-qualifizierte resp. spezifische Tätigkeiten ausführen sollten.

Thematisiert werden auch die **Schwierigkeiten** eines vermehrten Einbezugs nichtärztlicher Berufsgruppen:

■ Durch zusätzlich involvierte Berufe kann der Koordinationsaufwand steigen.

■ Die hochausgebildeten nichtärztlichen Berufsgruppen entwickeln eine Autonomie auf einem Feld, das zuvor die Ärzteschaft besetzte. Diese fürchtet Wettbewerb und einen Positionsverlust. Ein versorgungspolitisch motivierter vermehrter Einbezug nichtärztlicher Berufsleute sollte daher auf klaren Kompetenzzuweisungen beruhen und in Diskussion mit den ärztlichen Berufsleuten umgesetzt werden. Beispiele aus den skandinavischen Ländern zeigen hier Möglichkeiten auf.

Bezogen auf die **einzelnen Berufsgruppen** lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

Spezialisierte Pflegefachpersonen / Nurse Practitioners

Weit verbreitet ist der Einbezug von spezialisierten Pflegefachleuten bzw. Nurse Practitioners / Advanced Nurse Practitioners / Physician Assistants. Ihr Einsatz ist in den USA, Kanada, Australien, Grossbritannien oder Finnland bereits seit Jahrzehnten etabliert. Erst punktuell oder noch gar nicht einbezogen werden diese Berufsgruppen in den anderen berücksichtigten Ländern wie Frankreich, Deutschland oder der Schweiz. Im Vergleich zu diesen Ländern sind die Niederlande weiter fortgeschritten.

Die klassischen Einsatzgebiete sind: **Triage/Erstkonsultation, Krankheitsprävention** und die **Betreuung Chronischkranker**. Die verschiedenen Studien ergeben ein sehr positives Bild bezüglich der gemachten Erfahrungen. Die Pflegefachleute erreichen eine **gute Effektivität** sowohl innerhalb als auch ausserhalb von Praxen. Es gibt kaum Unterschiede in den Behandlungsprozessen und den Resultaten (Outcomes) zwischen den Berufsgruppen «Allgemeinarzt» und «Pflegefachperson». Konsultationen bei den Nurse Practitioners dauern eher etwas länger als bei den Ärzt/innen; die Patientenzufriedenheit ist eher etwas höher. Teilweise wirkt das Angebot der Nurses nicht substitutiv, sondern additiv (z.B. im Präventionsbereich), eine klare Unterscheidung ist hier allerdings schwierig und hängt von verschiedenen Kontextfaktoren ab. Die Frage der

Kosteneinsparung ist **nicht eindeutig** beantwortbar, weil die Systembedingungen unterschiedlich sind. Nach einigen Studien ist diese gesichert, nach anderen hebt die etwas tiefere Produktivität der Nurse Practitioners ihre geringeren Kosten wieder auf. Eine Reduktion der Arbeitsbelastung bei den Ärzt/innen durch den Einsatz von Nurse Practitioners ist möglich. Die als delegierbar erachteten Konsultationen schwanken zwischen 20 und 60 Prozent. Dabei muss strukturellen und organisatorischen Fragen grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden, wenn das Substitutionspotential genutzt werden soll.

In der **Schweiz** existiert bisher keine Nurse Practitioner-Ausbildung. Hingegen besteht seit 2001 ein klinisch fokussierter Studiengang auf Masterstufe, dessen Absolvent/innen eine erweiterte Pflegepraxis ausüben. Diese Advanced Nursing Practitioners (ANPs) arbeiten bisher vorwiegend an Universitätsspitalern und sind insbesondere für die Betreuung Chronischkranker geschult. Der angewandte Fokus auf die Krankheitsbewältigung ergänzt den traditionellen medizinischen Fokus auf Diagnose und Therapie. Ein solcher Ansatz würde nach Meinung der befragten Expertin auch in den Schweizer Hausarztpraxen funktionieren, beispielsweise im Rahmen von Managed-Care-Modellen mit interprofessionellen Teams und einer Finanzierung über Capitation-Systeme.

Hebammen

Die Paarbeziehung «Ärzt/innen / Hebammen» steht in der konsultierten Literatur zum «Skill-Mix» in der Grundversorgung nach der Paarbeziehung «Hausarzt / Pflegefachperson» zahlenmässig an zweiter Stelle. Neben der ambulanten wird hier auch die stationäre Versorgung (Geburtsphase) thematisiert. Der Zugang zu den Hebammen, ihre Kompetenzen und die Betreuung der Frauen vor, während und nach der Geburt sind in den betrachteten Ländern recht unterschiedlich. Die Literatur ist stark durch die Situation in den Niederlanden geprägt, was mit der im Vergleich zu den anderen Ländern hohen Hausgeburtsrate (30% vs. rd. 1%) erklärbar ist. Die Ergebnisse der Studien, in denen die **kontinuierliche Betreuung** von Frauen durch eine Hebamme untersucht wird, weisen auf **positive Effekte** dieser Betreuungsform hin (Wirksamkeit, Patientenzufriedenheit, Kosteneffektivität). Die von Hebammen Betreuten benötigen **weniger Interventionen** (epidurale Anästhesien, Episiotomien etc.) als ärztlich Betreute und schneiden beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind nicht schlechter ab. Ein vermehrter Einsatz von Hebammen kann im **intranatalen Bereich** substitutiv in Bezug auf Spezialärzte

bzw. Gynäkolog/innen wirken. Im Bereich der **prä- und postnatalen Betreuung** sind dagegen auch die Allgemeinärzt/innen betroffen. Teilweise wird in der internationalen Literatur der endgültige Rückzug der Allgemeinmediziner aus der Betreuung der frühesten menschlichen Lebensphase thematisiert: Einerseits würden «Low-risk»-Schwangerschaften von Hebammen betreut, andererseits «High-risk»-Schwangerschaften von Gynäkolog/innen. Der Einsatz von Allgemeinärzt/innen (in Zusammenarbeit mit Hebammen) wird mit Blick auf die Betreuungskontinuität als sinnvoll erachtet. Eine wesentliche Rolle spielen die Hebammen bei den **Hausgeburten**. Verschiedene Länder versuchen seit einigen Jahren die Zahl der Hausgeburten (wieder) zu steigern mit dem Ziel, Spitäler zu entlasten und Kosten zu senken. Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass Hausgeburten bei Normalschwangerschaften ebenso so sicher sind wie stationäre Geburten.

Laut der befragten Berufsvertreterin wird bei den Hebammen in der **Schweiz** die Frage nach einem grösseren Einbezug in der ambulanten Grundversorgung bisher wenig thematisiert, wobei spezifische Versorgungsstrukturen wie Geburtshäuser vorhanden sind. Als Ziel für die Zukunft wird die Möglichkeit einer längerfristigen kontinuierlichen Betreuung von Frauen, auch in Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen, betrachtet. Auch könne – mit Blick auf die Niederlande - der Anteil an Hausgeburten hierzulande noch wesentlich gesteigert werden.

Physiotherapeut/innen

Die Ergebnisse der konsultierten Literatur zum Einbezug der Physiotherapeut/innen in der ambulanten Grundversorgung sind unterschiedlich. Studien aus den skandinavischen Ländern weisen auf eine positive Wirkung physiotherapeutischer Behandlungen im Vergleich zu Selbstbehandlungen oder der herkömmlichen hausärztlichen Betreuung hin, z.B. bei chronischen Kreuzschmerzen. Die Literatur aus Grossbritannien oder den USA ist z.T. weniger eindeutig. Insgesamt dürfte in der Grundversorgung **eher eine additive als substitutive Nutzung** der Physiotherapie stattfinden. Ihr Einfluss auf die Anzahl Konsultationen bei Hausärzt/innen wird von keiner der betrachteten Studien direkt analysiert und kann daher nicht beurteilt werden. Im Vergleich zur Situation in anderen Ländern haben Physiotherapeut/innen insbesondere in den **USA** eine hohe Autonomie. Sie dürfen ohne ärztliche Zuweisung von Patient/innen konsultiert werden und können selbständig mit Versicherungen abrechnen. Eine Studie aus dem Jahr 2001 zeigt allerdings, dass in der Bevölkerung die Wahrnehmung dieser Berufsgruppe als **mögliche**

«Gate-Keeper» noch nicht stark verbreitet ist. In einer niederländischen Arbeit wird eine (additive) einmalige **abklärende Konsultation** von Physiotherapeut/innen in Kooperation mit Hausärzt/innen positiv bewertet.

In der ambulanten Versorgung der **Schweiz** arbeiten die Physiotherapeut/innen zumeist auf ärztliche Verordnung. Mit Blick auf die demografische Entwicklung wird zukünftig von einem grösseren Bevölkerungsanteil mit leichteren, nicht lebensbedrohenden Beschwerden (Schmerzen, Mobilität) ausgegangen. Hier wird ein erhöhter Bedarf an physiotherapeutischen Behandlungen (Verzögerung Pflegeheimtritt) in der Primärversorgung gesehen. Nach Meinung der befragten Berufsvertreterin könnten Physiotherapeut/innen für solche Krankheitsbilder auch eine Konsiliartätigkeit übernehmen. Eine gewisse Nachfrage seitens Ärzteschaft und Versicherungen würde bestehen.

Ergotherapeut/innen

Zum vermehrten Einsatz von Ergotherapeut/innen in der ambulanten Grundversorgung ergaben sich aus den Literaturrecherchen vergleichsweise wenig Ergebnisse. Ein möglicher Einbezug findet vor allem im Rahmen von **multidisziplinären Primary-Care-Teams** und der Betreuung/Behandlung von Rückenschmerzen, im Bereich der **Rehabilitation** und **Mobilität** statt, z.B. bei Personen in Altersheimen. Insgesamt deutet die Literatur auf eine **gute Effektivität** hin, jedoch sind keine Aussagen über einen kosteneffektiven substitutiven Einsatz möglich. Die Substitutionsfrage dürfte hier neben der hausärztlichen Versorgung vor allem die Physiotherapie betreffen.

Für die Fachvertreterin in der **Schweiz** ist der vermehrte Einbezug in der ambulanten Grundversorgung ein bedeutendes Thema. Es gäbe viele kleinere Ergotherapiepraxen, die für die Zusammenarbeit in Netzwerken bereit stünden. Mit Interesse wird die Verankerung der Ergotherapie in den Versorgungszentren Grossbritanniens oder Schwedens verfolgt. Im Kanton Waadt gibt es regional angestellte und in die Spitexorganisation eingebundene Ergotherapeut/innen. Als wichtigen Zukunftsmarkt sieht man den Bereich der ambulanten Geriatrie oder die Prävention (z.B. Raumgestaltung am Arbeitsplatz, Einsatz im IV-Bereich etc.).

Ernährungsberater/innen

Eine im Vergleich zu den europäischen Ländern grössere Bedeutung in der ambulanten Primärversorgung haben die Ernährungsberater/innen in den USA oder Australien, wo sie sowohl in

der **Prävention** von Übergewicht oder von Herzkrankheiten wie auch in der **Behandlung übergewichtiger Personen** verbreitet eingesetzt werden. Die Literatur deutet mehrheitlich auf eine **gute Effektivität** bei bestimmten Zielgruppen hin. Die wenigen Studien zur Kosteneffektivität gehen von einem **positiven Kosten-Nutzenverhältnis** aus. Relativ offen ist die Frage des Einbezugs im ambulanten Bereich. Es ist davon auszugehen, dass dieser eher additiv als substitutiv ist.

Gemäss der befragten Expertin haben sich die Ernährungsberater/innen in der **Schweiz** bisher noch wenig mit der Frage eines vermehrten Einbezugs in der ambulanten Primärversorgung auseinandergesetzt. In der Betreuung/Prävention von Diabetes, chronischem Übergewicht oder in der Sekundärprävention für Herzpatient/innen sieht man jedoch Einsatzbereiche, wo hausärztliche Tätigkeiten durch Ernährungsfachleute ergänzt oder übernommen werden könnten. Bei Direktkontakten in Ernährungsfragen sei durch die spezialisierten Fachleute eine Triagierung möglich. Ein Problem liege darin, dass heute die Ernährungsberater/innen von den Hausärzt/innen z.T. noch wenig wahrgenommen würden.

Diskussion und Ausblick

In der Schweiz gibt es – vielleicht mit Ausnahmen bei den freischaffenden Hebammen - noch keinen vergleichbaren Einbezug nichtärztlicher Berufsleute oder spezialisierter Pflegefachleute in der ambulanten Grundversorgung, wie ihn Grossbritannien, Finnland oder die USA kennen.

Die **Übertragbarkeit** der Erfahrungen aus anderen Ländern ist mit vielen offenen Fragen verbunden. Aufgrund der konsultierten Studien kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Tätigkeiten der auf der Tertiärstufe ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleute eine Qualität erreichen, die hohen medizinischen und Versorgungsansprüchen genügt, und die Sicherheit der Patient/innen dabei gewährleistet ist.

Die befragten Berufsvertreter/innen verfolgen die Entwicklungen in den anderen Ländern mit Interesse. Weichenstellungen für einen vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute hierzulande erwarten sie vom Staat (Anpassungen der Gesetze, Tarifierung etc.). Es wird keine Konfrontation mit den Hausärzt/innen gesucht, sondern eine Zusammenarbeit in Richtung Ergänzung/Entlastung. Auf den ersten Blick vielversprechend erscheinen **Managed-Care-Ansätze**, wie sie z.B. in den Gesundheitszentren Finnlands angewendet werden. Das Personal besteht aus einem Team ärztlicher und nichtärztlicher Fachleute. Die Patientenbetreuung wird arbeitsteilig organisiert. Die Ersttriage und die Behandlung

«einfacherer» (und häufiger) Erkrankungen erfolgt durch eine erfahrene Pflegefachperson. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung dürfte auch die Nachfrage nach **«häuslicher» medizinischer Betreuung** zunehmen, die durch nichtärztliche Fachleute wie Geriatric Nurse Practitioners oder auch Ergotherapeut/innen gedeckt werden könnte.

Historisch war der Einbezug nichtärztlicher Berufsleute in den betrachteten Ländern zumeist mit einem Mangel an resp. einer Überlastung der Ärzt/innen in der Primärversorgung verbunden. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass insbesondere England oder die USA eine verhältnismässig geringe Zahl von Ärzt/innen ausbilden, was notwendigerweise zu anderen Arbeitsteilungen und Funktionsrollen der Health Professionals geführt hat. Weiter zeigt sich, dass vor allem stark regulierte Systeme wie Grossbritannien oder die skandinavischen Länder den Einbezug von nichtärztlichem Medizinalpersonal in der Grundversorgung ausgebaut haben. Ein wichtiger Punkt betrifft zudem die Professionalisierungsbestrebungen und der damit verbundene **Kompetenz-/Qualifikationszuwachs bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen**. Diese Entwicklung wird in Zukunft auch in der Schweiz vermehrt die Frage provozieren, ob in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung nichtärztliche Fachleute nicht gleich gut wie Ärzt/innen (oder gar besser) den Bedürfnissen der Patient/innen entsprechen können.

Angesichts eines von verschiedenen Fachleuten befürchteten absehbaren **Mangels an Hausärzt/innen** in der Schweiz oder der übermässigen **Belastung der Notfalldispositive** ist der stärkere Einbezug nichtärztlicher Berufsleute auch hierzulande ein Ansatz zur Milderung der «Krise in der Grundversorgung» (neben anderen, die z.B. auf die Aus- und Weiterbildung von Mediziner/innen fokussieren).

Wenn die Einschätzung stimmt, dass spezialisierte Pflegepersonen oder andere nichtärztliche Berufsleute effektiv und substitutiv/entlastend für Grundversorger/innen einsetzbar sind – die Erfahrungen aus anderen Ländern und die meisten konsultierten Studien weisen in diese Richtung –, dann müssten mittelfristig verschiedene **Massnahmen** ergriffen werden, z.B.:

- Aufnahme resp. Anpassungen der Ausbildungsgänge spezialisierter nichtärztlicher Berufsleute (Professionalisierung) und Fokussierung auf den Einsatz in der ambulanten Primärversorgung – die Legitimität einer Aufgabenteilung beruht auf der entsprechenden Kompetenz, also Ausbildung.

- Überarbeitung, Definition und Abgleichung der Rollen/Aufgaben, Kompetenzen und Ver-

antwortlichkeiten der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer/innen mit entsprechenden Anpassungen des Krankenversicherungsgesetzes. Ein Einbezug kann nur effizient sein, wenn die (enge) Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Einsatzfelder geregelt sind.

- Weitere Förderung von Managed-Care-Modellen (multidisziplinäre Teams, Capitation-Ansätze) durch die Versicherer und Leistungserbringer/innen. Anpassung der aktuellen Anreizsysteme und Öffnung für eine wirtschaftliche Differenzierung des Gesundheitsmarkts.

Wesentlich für die erfolgreiche Umsetzung ist neben der **Haltung der politischen Behörden** und der **Krankenversicherer** diejenige der **ärztlichen Berufsleute**. Dass Ärzt/innen den vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute durchaus unterstützten, stellte beispielsweise eine Studie in Grossbritannien fest.

Im Hinblick auf **weitere Forschung** könnte die hier übersichtsartig präsentierte Literatur in Form einer Metaanalyse (Qualität/Gewichtung der Studien) vertiefter untersucht werden.

Die Effektivitätsfrage des vermehrten Einbezugs (Qualität, Sicherheit, Patientenzufriedenheit etc.) scheint bereits relativ verlässlich erforscht zu sein. Hingegen liegen zur Kosteneffektivitätsfrage resp. Entlastung/Substitution erst wenige gesundheitsökonomische Analysen vor. Hier könnten auch kontrollierte Pilotstudien in der Schweiz weitere Erkenntnisse bringen (z.B. Vergleichszahlen aus dem Managed-Care-Bereich).

Auch könnte sich eine weitere Studie vor allem auf Systemvoraussetzungen und organisatorische Fragen konzentrieren und konkrete Schritte für eine Umsetzung in der Schweiz erarbeiten.