



Ärzte und Kassen entlasten:
Eine Schweizer Studie ist in einem
Ländervergleich der Frage nachgegangen,
wie nichtärztliche Gesundheitsberufe
in die ambulante Grundversorgung
einbezogen werden können.
Kilian Künzi fasst die Ergebnisse zusammen.

F

Beim Heilen die Arbeit teilen

Warum immer gleich den Arzt fragen? Wenn das Kreuz schmerzt, weiß vielleicht auch der Physiotherapeut Rat. Und während einer Schwangerschaft leisten Hebammen kompetente Dienste. Viele Länder machen sich vor dem Hintergrund des wachsenden Kostendrucks, der medizinisch-technischen Entwicklung, des demografischen Wandels und neuer Ausbildungswege verstärkt Gedanken über den richtigen Mix der Gesundheitsberufe – und messen nichtärztlichen Professionen mehr Verantwortung zu.

Wenig Nachwuchs bei Hausärzten. In der ambulanten Grundversorgung ist besonders in ländlichen Gebieten mittelfristig ein Rückgang der Hausärzteschaft zu befürchten. Dies vor allem, weil auf der einen Seite das Interesse der Studierenden an einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin relativ gering ist und auf der anderen Seite viele der heute praktizierenden Hausärzte kurz vor der Pensionierung stehen. Hochqualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe könnten helfen, diese Situation zu entschärfen. In vielen Ländern sind sie bereits an der ambulanten Grundversorgung beteiligt. Experten des Schweizer Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) haben in einer Literaturstudie untersucht, welche Rolle Pflegefachkräfte, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Ernährungsberaterinnen* im Gesundheitswesen von zwölf Ländern spielen (*siehe Kasten „Zum Hintergrund der Studie“ auf Seite 40*). Wie werden sie in die Primärversorgung einbezogen? Wie wird die Effektivität des Einsatzes beurteilt? Wo arbeiten arztnähnliche Berufe eher additiv, also zusätzlich zum ärztlichen Angebot? Inwieweit sorgen sie für Entlastung oder Ersatz der Ärzte?

* Es sind jeweils Frauen und Männer gemeint.

Verteilungsprobleme lösen. Vom Einbezug hochqualifizierter nichtärztlicher beziehungsweise arztnähnlicher Berufsgruppen in die ambulante Grundversorgung erhoffen sich Länder wie beispielsweise die USA und Australien die Lösung von Zugangs- und Verteilungsproblemen, insbesondere in ländlichen Regionen, aber auch bei der medizinischen Betreuung von städtischen Randgruppen, für welche die Rekrutierung von Ärzten schwierig ist. Auch das Schaffen von Wahlmöglichkeiten wird erwogen: Beispielsweise sollen sich schwangere Frauen aussuchen können, ob sie von einer Hebamme oder einem Arzt betreut werden wollen. Jemand mit unspezifischen Rückenschmerzen soll selbst entscheiden, ob er zuerst zum Physiotherapeuten oder zum Arzt gehen möchte.

Arztnähnliche Therapeuten unterstützen in fast allen der betrachteten Länder in unterschiedlichem Ausmaß die Allgemeinmediziner, verringern so deren Arbeitslast und erhöhen die Berufszufriedenheit. Die Unterstützung erfolgt in Form von Weichenstellung und Zuweisung – dem Gatekeeping – beim Eintritt der Patienten in die Primärversorgung. Spezialisierte Pflegefachkräfte, Hebammen, Physio- oder Ergotherapeuten und Ernährungsberaterinnen behandeln aber auch „einfachere“ oder chronische Krankheiten und übernehmen Aufgaben, auf die ihre Ausbildung zugeschnitten ist (Beispiel: Hebammen in der Betreuung Schwangerer, Ernährungsberaterinnen in der Betreuung von Patienten mit Diabetes).

Organisatorisch kann der Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe unter Leitung eines Allgemeinarztes, unter loser Oberaufsicht in Form periodischer Aktenkontrolle, als gleichberechtigter Praktiker oder auch in voller Eigenverantwortung (freischaffend oder angestellt beim nationalen Gesundheitsdienst) stattfinden. Häufig arbeiten arztnähnliche Therapeuten im Rahmen interprofessioneller Teams, zum Beispiel

in auf die Primärversorgung ausgerichteten Gesundheitszentren. Dabei verfügen spezialisierte Pflegefachkräfte und Hebammen ebenfalls über die Kompetenz, Medikamente zu verschreiben. Der direkte Zugang zu Physiotherapeuten, die auch die Funktion von Gatekeepern in der Grundversorgung erfüllen, ist zum Beispiel in den USA möglich.

Kosten verringern. Viele Länder sehen im verstärkten Einbezug arztähnlicher Gesundheitsberufe auch eine Chance zur Kostenreduktion. Dahinter steht die Überzeugung, dass aus Effizienzgründen hochqualifizierte beziehungsweise spezifisch ausgebildete Fachleute nur hochkomplexe Aufgaben mit besonderen Anforderungsprofilen erledigen sollten. Bei bestimmten Einsätzen arbeiten nichtärztliche Experten kosteneffektiver als Mediziner, da ihre Ausbildungs- und Lohnkosten niedriger sind.

Doch aus dem vermehrten Einbezug arztähnlicher Berufsgruppen in die Primärversorgung können sich auch Schwierigkeiten ergeben. Durch zusätzlich involvierte Disziplinen kann der Koordinationsaufwand steigen. Die hochqualifizierten arztähnlichen Berufsgruppen entwickeln eine Autonomie auf einem Feld, das zuvor die Ärzteschaft besetzte. Die Mediziner fürchten deshalb Wettbewerb und einen Positionsverlust. Ein versorgungspolitisch motivierter vermehrter Einbezug arztähnlicher Gesundheitsberufe sollte daher auf klaren Kompetenz-Zuweisungen beruhen und in Diskussion mit den Ärzten umgesetzt werden. Beispiele aus den skandinavischen Ländern zeigen hier Möglichkeiten auf.

Pflegekräfte in der Primärversorgung etabliert. Weit verbreitet ist der Einbezug von akademisch weitergebildeten Pflegekräften, den Nurse Practitioners (oder auch: Advanced Nurse Practitioners, Physician Assistants). Sie sind in den USA, Kanada, Australien, Großbritannien und Finnland bereits seit

Jahrzehnten etabliert. Erst punktuell oder noch gar nicht einbezogen werden diese Berufsgruppen in Ländern wie Frankreich, Deutschland oder der Schweiz. Im Vergleich zu diesen Ländern sind die Niederlande weiter fortgeschritten.

Die klassischen Einsatzgebiete der Nurse Practitioner sind Erstkonsultationen mit Weichenstellung für die Weiterbehandlung, Prävention und die Betreuung chronisch Kranker. Die in der Literatur dargestellten Erfahrungen sind sehr positiv. Die Pflegefachkräfte erreichen eine gute Wirksamkeit sowohl innerhalb als auch außerhalb von Praxen. Es gibt kaum Unterschiede in den Behandlungsprozessen und den Resultaten (Outcomes) zwischen den Allgemeinmedizinern und den akademisch weitergebildeten Pflegespezialisten. Konsultationen bei den Nurse Practitioners dauern eher etwas länger als bei den Ärzten. Die Patientenzufriedenheit ist eher etwas höher (siehe Tabelle „Nurse Practitioners: Mehr Zeit, niedrigere Kosten“ auf Seite 39).

Teilweise wirkt das Angebot der Nurses nicht substitutiv, sondern additiv (beispielsweise im Präventionsbereich), eine klare Unterscheidung ist allerdings schwierig und hängt von verschiedenen Kontextfaktoren ab. Die Frage der Kosteneinsparung ist nicht eindeutig zu beantworten: Nach einigen Studien sinken die Kosten durch den Einsatz der Nurse Practitioners, nach anderen hebt ihre etwas niedrigere Produktivität (mehr Zeit pro Patient) die geringeren Lohnkosten wieder auf. Eine Entlastung der Ärzte durch den Einsatz von Nurse Practitioners ist möglich. Die als delegierbar erachteten Konsultationen schwanken je nach Studie zwischen 20 und 60 Prozent. Dabei muss strukturellen und organisatorischen Fragen große Aufmerksamkeit geschenkt werden, wenn das Substitutionspotenzial genutzt werden soll: Welche Verteilungs- und Zugangsprobleme gibt es in der Primärversorgung? Welche Berufsgruppe ist für was zuständig (Kompetenz-Zuweisung auf Ebene des Gesetzgebers und der Praxen)?

Interview

„Mit der Entlastung wächst die Lust am Hausarztsein“



Doreen Steinke ist Fachärztin für Allgemeinmedizin im „Praxisteam Gartenstraße“ in Oschersleben, Sachsen-Anhalt.

G+G: Sie beteiligen sich am Modellvorhaben „Mobile Praxisassistentinnen“ in Sachsen-Anhalt. Was erwarten Sie von diesem Projekt?

Steinke: Dieses neue Modell kann zur Entlastung von Ärzten meiner Generation beitragen und uns wieder Lust am Hausarztsein machen. Es ist eine Bestätigung meiner täglichen Arbeit, wenn wir mit einem

qualifizierten Praxisteam die wachsende Anzahl – vor allem älterer – Patienten weiterhin auf hohem Niveau ambulant medizinisch behandeln können. Wichtigste Voraussetzung für den Erfolg des Projektes ist seine nachhaltige Finanzierung. Nur mit ausreichendem und gut geschultem Praxispersonal können wir den zukünftigen Alters- und Morbiditätszuwachs schultern.

G+G: Was müssen Mobile Praxisassistentinnen können, wie selbstständig arbeiten sie?

Steinke: Unsere Praxisassistentinnen arbeiten seit vielen Jahren bei uns und kennen alle Abläufe. Sie sind dadurch sehr selbstständig. Durch die Hausbesuche ändert sich lediglich der Arbeitsort. Es geht um die Entlastung des Arztes von Routinetätigkeiten wie beispielsweise Blutentnahmen, Kreislaufkontrollen und Wundkontrollen. Die Assistentinnen werden mit einem 160-Stunden-Curriculum des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband für diese Aufgabe außerdem noch einmal speziell geschult.

Für Notfälle ist jederzeit eine sofortige Absprache mit dem Arzt vorgesehen.

G+G: Welche Patienten werden von den Praxisassistentinnen betreut?

Steinke: Zurzeit werden entsprechend der bisherigen Vereinbarung nur Patienten der AOK behandelt, die im Hausarztprogramm eingeschrieben sind und

Schwangerenbetreuung ist Sache von Hebammen. Neben der Arbeit von Pflegefachkräften auf ursprünglich hausärztlichem Terrain widmet sich die Literatur zum Einsatz der Gesundheitsberufe in der Grundversorgung vor allem der Arbeit von Hebammen. 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 be-

Mehr Autonomie für Physiotherapeuten? Was den Einbezug von Physiotherapeuten in die ambulante Grundversorgung angeht, kommen die Wissenschaftler zu unterschiedlichen Ergebnissen. Studien aus den skandinavischen Ländern weisen auf eine positive Wirkung physiotherapeutischer Behandlungen im Vergleich zu Selbstbehandlungen oder der herkömmlichen hausärztlichen Betreuung hin, zum Beispiel bei chronischen Kreuzschmerzen. Die Literatur aus Großbritan-



Laut internationalen Studien können akademisch weitergebildete Pflegekräfte 20 bis 60 Prozent der ärztlichen Konsultationen übernehmen.

trachteten Ländern recht unterschiedlich. Die Literatur ist stark durch die Situation in den Niederlanden geprägt, was auf die im Vergleich zu anderen Ländern sehr hohe Rate an Hausgeburten (30 Prozent) zurückzuführen ist. Die Ergebnisse der Studien, die eine kontinuierliche Betreuung von Frauen durch eine Hebamme betrachten, weisen auf positive Effekte hin (hinsichtlich der Wirksamkeit, der Patientenzufriedenheit und der Kosteneffektivität). Die von Hebammen betreuten Schwangeren benötigen weniger Interventionen (Schmerzbekämpfung, Dammschnitte) als ärztlich Betreute und schneiden beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind nicht schlechter ab. Ein vermehrter Einsatz von Hebammen kann während der Geburtsphase substitutiv in Bezug auf Spezialärzte beziehungsweise Gynäkologen wirken. Im Bereich der vor- und nachgeburtlichen Betreuung können Hebammen auch Allgemeinärzte ersetzen.

Gynäkologen nur bei Risikoschwangerschaften. Teilweise wird in der internationalen Literatur der Rückzug der Allgemeinmediziner aus der Schwangeren-Betreuung thematisiert: Normalschwangerschaften könnten von Hebammen betreut werden und nur die Risikoschwangerschaften von Gynäkologen. In anderen Studien wird der Einsatz von Allgemeinärzten (in Zusammenarbeit mit Hebammen) 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 zu steigern mit dem Ziel, Krankenhäuser zu entlasten und Kosten zu senken. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass Hausgeburten bei Normalschwangerschaften ebenso sicher sind wie Klinik-Geburten.

nien oder den USA ist zum Teil weniger eindeutig. Insgesamt dürfte die Physiotherapie in der Grundversorgung eher additiv als substitutiv genutzt werden. Ihr Einfluss auf die Zahl der Konsultationen bei Hausärzten wird von keiner der Studien direkt analysiert und kann daher nicht beurteilt werden.

Im Vergleich zur Situation in anderen Ländern haben Physiotherapeuten insbesondere in den USA eine hohe Autono-

Nurse Practitioners: Mehr Zeit, niedrigere Kosten

	NURSE PRACTITIONERS	ALLGEMEINÄRZTE
durchschnittliche Dauer der (je 640) Konsultationen	11,6 Minuten	7,3 Minuten
Anteil der Patienten mit ausgeführten Test-Untersuchungen	9 %	6 %
Anteil der Patienten, die aufgefordert wurden, nochmals zu kommen	37 %	25 %
Zufriedenheit der Patienten mit der Konsultation (Punkte-Score)	4,4	4,2
durchschnittliche Kosten der Konsultationen basierend auf Lohnkosten	18,1 Pfund (rd. 29 Euro)	20,7 Pfund (rd. 34 Euro)

Britische Forscher verglichen die Arbeit der Nurse Practitioners (akademisch weitergebildete Pflegefachkräfte) mit der ärztlichen Tätigkeit in der Primärversorgung in insgesamt 20 Praxen. Dabei ergab sich ein leichter Vorteil für die Pflegekräfte: Sie nahmen sich im Durchschnitt rund vier Minuten mehr Zeit für die Patienten. Gleichzeitig fielen für jede Konsultation um rund drei Pfund (etwa fünf Euro) geringere Lohnkosten an. Quelle: Venning et al. 2000

mie. Die Patienten dürfen sie ohne ärztliche Zuweisung aufsuchen. Die Physiotherapeuten können selbst mit den Versicherungen abrechnen. Eine Studie aus dem Jahr 2001 zeigt allerdings, dass die Bevölkerung Physiotherapeuten bisher kaum als mögliche Gatekeeper wahrnimmt. In einer niederländischen Arbeit wird eine (additive) einmalige abklärende Konsultation von Physiotherapeuten in Kooperation mit Hausärzten positiv bewertet.

Ergotherapeuten zur Zusammenarbeit bereit. Die Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie) fördert die Handlungsfähigkeit im Alltag. Zum vermehrten Einsatz von Ergotherapeuten in der ambulanten Grundversorgung ergab die Literaturrecherche vergleichsweise wenig Erkenntnisse. Ein Einbezug findet vor allem im Rahmen von multidisziplinären Primary-Care-Teams (Mitarbeiter von Gesundheitszentren, beispielsweise in Kanada, Großbritannien und Schweden) und der Behandlung von Rückenschmerzen im Bereich der Rehabilitation statt, zum Beispiel bei Altenheim-Bewohnern. Insgesamt deutet die Literatur auf eine gute Effektivität hin – Aussagen zur Entlastungsfunktion sind jedoch nicht möglich. Die Substitutionsfrage dürfte hier neben der hausärztlichen Versorgung vor allem die Physiotherapie betreffen.

Die im Rahmen der Studie befragte Fachvertreterin des Ergotherapeuten/innen-Verbandes der Schweiz, Judith Marti, weist daraufhin, dass viele kleinere Ergotherapie-Praxen zur Zusammenarbeit mit Medizinerinnen und anderen Therapeuten in Netzwerken bereit seien. Mit Interesse werde die Verankerung der Ergotherapie in den Versorgungszentren Großbritanniens oder Schwedens verfolgt. Als wichtigen Zukunftsmarkt sehen Ergotherapeuten den Bereich der ambulanten Geriatrie oder der Prävention (zum Beispiel Raumgestaltung/Ergonomie am Arbeitsplatz).

Zum Hintergrund der Studie

Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (ein dem Bundesamt für Statistik angegliedertes Forschungsinstitut) erarbeitete das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Bern eine Übersicht über die internationale Literatur zur Frage des Einbezugs arzttähnlicher Berufe in der ambulanten Grundversorgung und sammelte erste Erkenntnisse zur Übertragbarkeit von Lösungsansätzen. Die Studie bezieht fünf Berufe ein, deren Ausbildung in der Schweiz seit einiger Zeit im Fachhochschulbereich angesiedelt ist: spezialisierte Pflegefachkräfte, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Ernährungsberaterinnen. Hinsichtlich der zu betrachtenden Länder wurde folgende Auswahl getroffen: Schweiz, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland, Großbritannien, USA, Kanada, Australien und Neuseeland. Für die Übersicht wertete BASS rund 250 Artikel aus, überwiegend aus wissenschaftlichen Journalen. Als die bedeutendsten Quellen erwiesen sich britische Fachzeitschriften. Zur Frage der Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus der Literatur in die Praxis führten die BASS-Forscher fünf Gespräche mit Schweizer Vertretern der untersuchten Berufsgruppen.

Künzi K., Detzel P. (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.], Arbeitsdokument 27, Neuchâtel

Ernährungsberatung ist kosteneffektiv. Eine im Vergleich zu den europäischen Ländern größere Bedeutung in der ambulanten Grundversorgung haben die Ernährungsberaterinnen in den USA oder Australien. Dort arbeiten sie verbreitet sowohl in der Prävention von Übergewicht oder von Herzkrankheiten wie auch in der Behandlung übergewichtiger Patienten. Die Literatur deutet mehrheitlich auf eine gute Wirksamkeit der Ernährungsberaterinnen bei bestimmten Zielgruppen hin. Die wenigen Studien zur Kosteneffektivität gehen von einem positiven Kosten-Nutzenverhältnis aus.

Laut Beatrice Conrad, Präsidentin des Schweizerischen Verbandes diplomierter ErnährungsberaterInnen, haben sich die Ernährungsberaterinnen in der Schweiz bisher noch wenig mit der Frage eines vermehrten Einbezugs in der ambulanten Primärversorgung auseinandergesetzt. In der Betreuung oder Prävention von Diabetes, chronischem Übergewicht oder in der Sekundärprävention für Herzpatienten sehen sie jedoch Einsatzbereiche, wo Ernährungsexperten hausärztliche Tätigkeiten ergänzen oder übernehmen könnten. Bei Direktkontakten in Ernährungsfragen sei durch die spezialisierten Fachleute eine Weichenstellung zu Beginn der Primärversorgung möglich. Ein Problem liege darin, dass Hausärzte die Ernährungsberaterinnen heute noch wenig wahrnehmen.

Sicherheit von Patienten gewährleisten. In Deutschland, Frankreich oder der Schweiz gibt es – vielleicht mit Ausnahmen bei den freischaffenden Hebammen – noch keinen vergleichbaren Einbezug arzttähnlicher Berufe in der ambulanten Grundversorgung, wie ihn Großbritannien, Finnland oder die USA kennen. Die Übertragbarkeit der Erfahrungen aus anderen Ländern ist mit offenen Fragen verbunden. Die analysierten Studien weisen jedoch darauf hin, dass die Tätigkeiten der auf Fachhochschulen und Universitäten ausgebildeten nichtärztlichen Professionen eine Qualität erreichen, die hohen Versorgungsansprüchen genügt, und die Sicherheit der Patienten dabei gewährleistet ist.

Die im Rahmen der BASS-Studie befragten Schweizer Verbandsvertreter der besagten Gesundheitsberufe verfolgen die Entwicklungen in anderen Ländern mit Interesse. Weichenstellungen für einen vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufe erwarten sie vom Staat. Sie suchen keine Konfrontation mit den Hausärzten, sondern streben eine Zusammenarbeit in Richtung Ergänzung/Entlastung der Mediziner an.

Auf den ersten Blick vielversprechend erscheinen Managed-Care-Ansätze, wie sie beispielsweise in den Gesundheitszentren Finnlands angewendet werden. In diesen Zentren arbeiten ärztliche und arzttähnliche Fachleute im Team zusammen. Die Patientenbetreuung wird arbeitsteilig organisiert. Die Weichenstellung und die Behandlung „einfacherer“ (und häufiger) Erkrankungen erfolgt durch eine erfahrene Pflegefachkraft. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels dürfte auch in der Schweiz und in Deutschland die Nachfrage nach häuslicher medizinischer Betreuung und Begleitung zunehmen, die durch arzttähnliche Fachleute wie Geriatric Nurse Practitioners (Berufsbild aus den USA: Nurse Practitioner mit Spezialisierung auf geriatrische Versorgung) oder auch Ergotherapeuten gedeckt werden könnte.

Qualifikation nimmt zu. Historisch war der Einbezug arzttähnlicher Berufe in die Primärversorgung in den betrachteten Ländern zumeist mit einem Mangel an beziehungsweise einer Überlastung der Ärzte verbunden. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass insbesondere England und die USA eine verhältnismäßig geringe Zahl von Mediziner*innen ausbilden, was notwendigerweise zu anderen Arbeitsteilungen und Funktionen des Gesundheitspersonals geführt hat. Weiter zeigt sich, dass vor allem stark regulierte Gesundheitssysteme wie die in Großbritannien oder den skandinavischen Ländern den Ein-

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und die Einsatzfelder geregelt sind. Krankenversicherer und Leistungserbringer sollten Managed-Care-Modelle (multidisziplinäre Teams, Vergütung mit Kopfpauschalen) weiter vorantreiben. Die aktuellen Anreizsysteme müssen angepasst und der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt muss gefördert werden.

Wesentlich für die erfolgreiche Umsetzung ist neben der Haltung der Politik und der Krankenversicherungen die Einstellung der Ärzte. Dass Mediziner*innen den vermehrten Einbezug arzttähnlicher Gesundheitsberufe durchaus unterstützen,

Die zunehmende Professionalisierung nichtärztlicher Gesundheitsberufe wird auch in Deutschland die Frage nach ihrem vermehrten Einsatz in der medizinischen Grundversorgung provozieren.



bezug von arzttähnlichem Personal in der Grundversorgung ausgebaut haben. Ein wichtiger Punkt betrifft zudem die Bestrebungen zur Professionalisierung in den arzttähnlichen Gesundheitsberufen und dem damit verbundenen Kompetenzzuwachs. Diese Entwicklung wird in Zukunft auch in der Schweiz und in Deutschland vermehrt die Frage provozieren, ob in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung arzttähnliche Fachleute nicht genauso gut wie Ärzte oder gar besser den Bedürfnissen der Patienten entsprechen können.

Kosteneffektivität weiter erforschen. Angesichts eines von Experten prognostizierten Mangels an Hausärzten und der übermäßigen Belastung von Mediziner*innen durch Notfalldienste ist die stärkere Beteiligung arzttähnlicher Therapeuten ein Ansatz zur Milderung der Krise in der Grundversorgung neben anderen, die beispielsweise auf die Aus- und Weiterbildung von Mediziner*innen abzielen. Wenn die Einschätzung stimmt, dass spezialisierte Pflegepersonen oder andere Gesundheitsberufe effektiv und substitutiv/entlastend für Grundversorger einsetzbar sind, dann müssten mittelfristig unter anderem die Ausbildungsgänge nichtärztlicher Gesundheitsberufe angepasst und auf den Einsatz in der Primärversorgung ausgerichtet werden. Die Legitimität einer Aufgabenteilung beruht auf der entsprechenden Kompetenz. Außerdem müssen die Rollen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten ärztlicher und arzttähnlicher Leistungserbringer definiert und abgeglichen werden – mit entsprechenden Anpassungen der Gesetzgebung. Ein Einbezug kann nur effizient sein, wenn die

stellte zum Beispiel eine Studie in Großbritannien fest.

Die Frage der Wirksamkeit des vermehrten Einbezugs nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist insgesamt bereits relativ verlässlich wissenschaftlich untersucht. Hingegen liegen zur Frage der Kosteneffektivität beziehungsweise der Entlastung/Substitution bisher nur wenige Analysen vor – hier bedarf es weiterer Forschungsarbeit. ■

Kilian Künzi ist Geschäftsleiter des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Bern. **Kontakt:** Kilian.Kuenzi@bueroass.ch

Lesetipps

- Bourguell Y., Marek A., Mousquès J. (2006): *Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières*, Paris: IRDES
- Buchan J., Calman L. (2004): *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles*, OECD Health working papers, 17, Paris: OECD
- Kuhlmei A. (2007): *Rollenwandel im Gesundheitswesen*, G+G Gesundheit und Gesellschaft, 10/07, S. 25-31
- Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B. (2005): *Substitution of doctors by nurses in primary care*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18, (2): CD001271
- Midy, F. (2003): *Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires*. *Revue de la littérature 1970-2002*, Document de travail, Paris: CREDES
- Schröder, J. K. (2007): *Große Rolle für „Small Doctors“*, G+G Gesundheit und Gesellschaft, 5/07, S. 28-38
- Sibbald B., Shen J., McBride A.J. (2004): *Changing the skill-mix of the health care workforce*, *Health Service Research Policy*, 9(Suppl 1), S. 28-38