

Gesundheitsberufe im Wandel

Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen

von Karin Höppner¹ und Adelheid Kuhlmei²

ABSTRACT

Die derzeitige Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen ist primär Resultat eines historischen Prozesses und entspricht angesichts einer immer älter werdenden Gesellschaft nicht immer der effektivsten und effizientesten Lösung. Eine Neugestaltung der arbeitsteiligen Prozesse zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen bietet die Chancen einer besseren Versorgungsqualität, Kosten zu senken oder personelle Engpässe aufzufangen. Die tatsächlichen Effekte von weit reichenden Veränderungen sollten aber unbedingt im Rahmen von Modellprojekten evaluiert werden. Der Diskussionsprozess zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Patientenvertretern muss gefördert werden, um Ängste und Vorbehalte auf allen Seiten abzubauen. Zukünftig sollte die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert und die Bildung multiprofessioneller Teams gefördert werden.

Schlüsselwörter: Gesundheitsberufe, Professionalisierung, Aufgabenverteilung, AGnES, VERAH

The current division of labour and responsibilities in health care is mainly a result of historical developments – in an ageing society, this division is not always the most effective and efficient way. Introducing new roles for medical and non-medical health care professionals might provide an opportunity to improve the quality of health care, contain costs or help remedy staffing shortages. However, it is essential through pilot projects to evaluate what the effect of major changes would be. In order to reduce uncertainty and fears of change, discussions between professionals and patients should be encouraged. Particularly in primary care, cross-sectoral co-operation should be improved and multi-professional teams should be introduced.

Keywords: Health care professionals, multiprofessional teams, division of labour

1 Einleitung

Die Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen ist immer wieder Diskussionsgegenstand. In jüngster Zeit hat hierfür unter anderem das Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit Impulse geliefert (SVR 2007).

Im stationären Bereich ist es in letzter Zeit zu verschiedenen Aufgabenneuverteilungen zwischen Gesundheitsberufen gekommen. Beispielsweise entlasten Chirurgieassistenten Ärzte, und Servicekräfte übernehmen Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege, um Personalmangel aufzufangen

und Kosteneinsparungen zu generieren. Weit weniger Neuerungen verzeichnet der ambulante Bereich, der gleichwohl ebenso stark von einer stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe profitieren könnte. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, einer Zunahme von chronischem und multimorbidem Krankheitsgeschehen, hausärztlicher Unterversorgung in einigen ländlichen Gebieten, kürzeren Krankenhausverweildauern, steigendem Bedarf nach Versorgung im häuslichen Umfeld und Möglichkeiten, die sich durch neue Versorgungsstrukturen wie Medizinische Versorgungszentren oder Integrierter Versorgung bieten, steigt die Bedeutung von kooperativem Arbeiten auch

¹ Karin Höppner, M.Sc., Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BMG · Rochusstraße 1 · 53123 Bonn · Telefon: 0228 941-2315 · Telefax: 0228 941-4915 · E-Mail: Karin.hoepfner@bmg.bund.de

² Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei, Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Berlin · Thielallee 47 · 14195 Berlin · Telefon: 030 8445-1391 · Telefax: 030 8445-1392 · E-Mail: adelheid.kuhlmei@charite.de

in diesem Bereich. Bei Kooperation wird bislang jedoch primär an ärztliche Kooperation gedacht. Auch in neuen Versorgungsstrukturen sind nicht ärztliche Gesundheitsberufe eher unterrepräsentiert. Sind sie doch beteiligt, so geschieht dies häufig in ihren alten Rollen und Abhängigkeiten.

Dieser Beitrag lotet zunächst allgemein die Chancen und Risiken aus, die sich durch eine Aufgabenneuverteilung ergeben. Der Fokus richtet sich dann auf den ambulanten Bereich, der bislang deutlich weniger Veränderungen als der stationäre Bereich aufweist. Warum dies so ist und welche neuen Optionen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz geschaffen wurden, soll erörtert werden. Detaillierter wird das AGnES-Konzept beschrieben, bei dem hausärztliche Aufgaben im Delegationsverfahren übertragen werden. In Ermangelung deutscher Projekte zeigt ein internationales Beispiel, wie ärztliche Aufgaben auch in größerer Verantwortung übertragen werden können, ohne dass die Versorgung an Qualität einbüßt. Die Sicht des Patienten auf neue Aufgabenverteilungen schließt den Beitrag ab.

2 Berufsbilder ändern sich

Die Aufgabenprofile der einzelnen Gesundheitsberufe und die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen unterliegen einem fortwährenden Wandel. Es stellen sich neue oder bislang unzureichend abgedeckte Aufgaben, die von bereits existierenden oder neu zu schaffenden Berufsgruppen übernommen werden müssen.

Darüber hinaus können sich Berufsgruppen spezialisieren. Dabei verengen sie ihr Tätigkeitsspektrum und vertiefen ihre Kenntnisse. Eine Spezialisierung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe ermöglicht das Vordringen in bislang ärztliche Tätigkeitsbereiche. So können sich seit kurzem über eine entsprechende Weiterbildung Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in Deutschland als Chirurgie- oder Gefäßassistenten spezialisieren und dürfen auch Venen entnehmen. Sie erreichen in ihrem Aufgabengebiet eine Prozessroutine, die sich bei wechselnden Assistenzärzten nicht einstellt. Dadurch sinken die Kosten und es werden bessere medizinische Ergebnisse erzielt (*Diegeler et al. 2006*). Einerseits kann die Konzentration auf einige wenige Tätigkeiten und Routinen die Versorgungsqualität verbessern. Andererseits besteht durch die hohe Aufgabenspezialisierung die Gefahr einer Fragmentierung der Versorgung. Der Koordinationsaufwand steigt und es bedarf eines Generalisten, der den Überblick über das Versorgungsgeschehen behält und eine Lotsenfunktion übernimmt.

Schließlich kann eine Berufsgruppe Tätigkeiten auf eine andere Gruppe übertragen. Dabei wird zwischen Delegation

und Substitution unterschieden. Delegation ist die angeordnete, temporäre Aufgabenübertragung, die einer Überwachung bedarf. Substitution ist ein allgemeiner Terminus für Aufgabenübertragung und sagt nichts über die Rahmenbedingungen aus. Die Delegation ist in Deutschland das gängige Verfahren der Übertragung ärztlicher Aufgaben. Eine Substitution durch relativ eigenständige nicht ärztliche Gesundheitsberufe, wie sie international zum Beispiel im Fall von Nurse Practitioners (NP) oder Physician Assistants (PA) bekannt ist, fehlt in Deutschland.

Die Berufsbilder NP und PA sind in den 1960er Jahren in den USA als Reaktion auf einen Ärztemangel insbesondere in ländlichen Gebieten entstanden. Daneben wurde auch eine Kostenreduktion der Versorgung angestrebt. NP und PA übernehmen weitreichende ärztliche Aufgaben in den Bereichen Diagnostik und Behandlung. Beide Berufsgruppen weisen viele Gemeinsamkeiten hinsichtlich ihrer Aufgaben und Einsatzgebiete auf. Während NP jedoch weitgehend eigenständig tätig sind, übernehmen PA ärztliche Aufgaben, die sie unter Supervision eines Arztes ausführen (*Hutchinson et al. 2001*). Neben dem Grad der Autonomie der Berufsausübung unterscheiden sich auch die der Tätigkeit zugrunde liegenden theoretischen Modelle: Für NP ist dies ein Pflegemodell, für PA hingegen ein medizinisches Modell. Einsatzgebiete finden sich sowohl in der Primärversorgung als auch im stationären Bereich. Beide Berufe setzen in der Regel einen Master-Abschluss voraus. Neben den USA finden sich NP und PA inzwischen in zahlreichen weiteren Ländern wie Großbritannien, Kanada oder den Niederlanden.

Voraussetzung für Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten – sei es durch Diversifizierung, Spezialisierung oder Aufgabenübertragung – ist eine entsprechende Anpassung der Qualifikation. Aufgabenübertragungen und Spezialisierungen gehen oft Hand in Hand, wie im oben genannten Beispiel der Gefäß- oder Chirurgieassistenten. Je besser eine ärztliche Aufgabe standardisierbar ist, umso eher kann sie an eine andere (spezialisierte) Berufsgruppe übertragen werden. Leitlinien beziehungsweise Behandlungspfade unterstützen diesen Prozess. Mit steigender Komplexität der zu übertragenden Aufgabe wächst auch der entsprechende Qualifikationsaufwand. Schließlich erleichtern bestimmte organisatorische Veränderungen eine Aufgabenneuverteilung und reduzieren eine mögliche Patientengefährdung, zum Beispiel durch neue Kommunikationstechniken und Netzwerktechnologien.

Eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen bringt Vor- und Nachteile mit sich, die im jeweiligen Kontext gegeneinander abgewogen werden müssen (Tabelle 1). Es gilt daher, die Folgen von neuen Rollenverteilungen genau gegeneinander abzuwägen. Das Bild, das Evaluationen zeigen, ist sehr heterogen. Die evaluierten Parameter sowie Art und Setting der Tätigkeitsüber-

TABELLE 1

Vor- und Nachteile einer Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und nicht ärztlichen Berufsgruppen

Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> ● Arbeitsentlastung ● Auffangen personeller Engpässe ● Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit ● Steigerung der Attraktivität des Berufs und der Arbeitszufriedenheit ● Karrieremöglichkeiten für nicht ärztliche Berufsgruppen ● Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen ● Flexibilisierung der Versorgung ● Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung ● Stärkung des Teamgedankens 	<ul style="list-style-type: none"> ● Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler ● Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen ● Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit ● Verlust an Erfahrungen ● Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten ● Leistungs- und damit Ausgabenausweitung ● Rechtsunsicherheit

Quelle: SVR 2007

tragung sind häufig sehr unterschiedlich, ökonomische Evaluationen fehlen meist ganz. Tabelle 2 zeigt exemplarisch, wie wenig vergleichbar vier randomisiert kontrollierte Studien zum Einsatz von Nurse Practitioners in der Primärversorgung sind. Diese Ergebnisse sind aufgrund von Systemunterschieden nicht auf Deutschland übertragbar. Deshalb ist mit jeder größeren Veränderung bei der Aufgabenverteilung in Deutschland eine Projektevaluation einzufordern.

3 Ambulante Versorgung in Deutschland

Im ambulanten Bereich ist eine berufsgruppenübergreifende enge Kooperation oder Teamarbeit noch eher die Ausnahme. Hinderlich erweist sich insbesondere die starke räumliche Trennung der Berufsgruppen. Während der stationäre Bereich auf eine lange Tradition der Zusammenarbeit und gegenseitigen Abhängigkeit verschiedener Berufsgruppen zurückblicken kann, finden sich im ambulanten Bereich eher solistisch beziehungsweise monoprofessionell tätige Leistungserbringer (wenn die in den Arztpraxen angesiedelten medizinischen Fachangestellten außer Acht gelassen werden). Zusätzlich wird die Zusammenarbeit durch die getrennten Sozialversicherungszweige der Kranken- und Pflegeversicherung erschwert. Sollen ärztliche Aufgaben an andere Berufsgruppen übertragen werden, entsteht schnell Rechtsunsicherheit, da der Kern der ärztlichen Tätigkeit nicht definiert ist (SVR 2007). Auch ist häufig mit erheblichem Widerstand der Berufsgruppen gegen neue Aufgabenverteilungen zu rechnen (z.B. Döhler 1997).

Weiterhin fehlt häufig eine interprofessionelle Standardisierung, die eine Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit erleichtern könnte. Und schließlich werden Gesundheitsberufe während ihrer Ausbildung nicht ausreichend auf spätere Kooperationen vorbereitet.

Veränderungen dieses historisch gewachsenen Systems sind nur in einem langsamen und behutsamen Prozess zu erzielen. Dies gilt insbesondere, wenn weitreichende Neuverteilungen angestrebt werden. Ein genaues Abwägen der Effekte ist dabei Voraussetzung. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz bietet in diesem Zusammenhang zwei neue Möglichkeiten zur Übertragung ärztlicher Aufgaben im ambulanten Bereich:

- Zum einen wurde die Voraussetzung geschaffen, das Projekt AGnES (Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention; siehe nachfolgenden Abschnitt) in die Regelversorgung zu übernehmen. Denn das Gesetz schrieb vor, zum 1.1.2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich delegierte Leistungen vergütet werden, die bei Hausbesuchen in Abwesenheit des Arztes erbracht werden (Paragraf 87 Absatz 2b Fünftes Sozialgesetzbuch [SGB V]). Inzwischen wurde im Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine Ziffer für diese Leistungen geschaffen.
- Zum anderen ermöglicht das Gesetz die Erprobung weiterreichender Aufgabenübertragungen an die Pflege im Rahmen von Modellvorhaben. Konkret geht es dabei um die Erprobung von Modellen, in denen das Pflegepersonal Verbands- und Pflegehilfsmittel verordnen darf (Paragraf

63 b SGB V) und zum anderen um Modelle, in denen das Pflegepersonal ärztliche Aufgaben übernimmt, die im Bereich der Heilkunde liegen (Paragraf 63 c SGB V). Voraussetzung für die Durchführung der Modellvorhaben ist eine Reform der Ausbildung.

3.1 Beispiel für Tätigkeitsübertragungen im Delegationsverfahren: AGnES und VERAH

Was in kleinen Modellprojekten unter der Bezeichnung AGnES in einigen neuen Bundesländern im Jahr 2005

TABELLE 2

Ergebnisse von RCT-Studien zur Übertragung hausärztlicher Tätigkeiten an Nurse Practitioner (NP)

Studie	Übernommene Tätigkeiten/Land	Ergebnisse
Shum C, Humphreys A, Wheeler D et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multi-centre, randomized controlled trial. BMJ 2000; 320(7241), 1038–1043	NP übernimmt Behandlung leichter Erkrankungen in der Hausarztpraxis/ Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit der Patienten signifikant höher bei Versorgung durch NP • Konsultationsdauer der NP länger • NP verschrieben fast ebenso viele Rezepte wie Hausärzte • NP versorgte 73 % der Patienten ohne den Hausarzt hinzuzuziehen • Unklarheit über Patientensicherheit • keine ökonomische Evaluation
Venning P, Durie A, Roland M et al. Randomized controlled trial comparing cost-effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000; 320(7241), 1048–1053	NP übernimmt Aufgaben des Hausarztes/ Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> • NP verzeichnet signifikant längere Konsultationsdauer, ordnet mehr diagnostische Tests und Kontrolltermine an • keine signifikanten Unterschiede in gesundheitsbezogenen Outcomes oder ausgestellten Rezepten • Patientenzufriedenheit bei NP höher • keine signifikanten Unterschiede der Versorgungskosten
Kinnersley P, Anderson E, Parry K et al. Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care. BMJ 2000; 320(7241), 1043–1048	NP übernimmt Behandlung leichter Erkrankungen in der Hausarztpraxis/ Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit bei NP signifikant höher • keine Unterschiede bei ausgestellten Rezepten, Überweisungen, Wiedereinbestellungen, Rückgang der Symptome • Patienten erhielten mehr Information über ihre Krankheit durch NP bei längeren Konsultationsdauern • keine ökonomische Evaluation
Mundinger M, Kane R, Lenz E et al. Primary Care Outcomes in Patients treated by Nurse Practitioners or Physicians. Journal of the American Medical Association 2000; 238(1), 59–68	NP übernimmt Aufgaben des Hausarztes/ USA	<ul style="list-style-type: none"> • keine signifikanten Unterschiede in gesundheitsbezogenen Outcomes nach der Behandlung und nach sechs Monaten • keine signifikanten Unterschiede in der Patientenzufriedenheit • keine signifikanten Unterschiede im Ressourcenverbrauch innerhalb von 12 Monaten

Quelle: Buchan und Calman 2004

begann, hat seinen Weg inzwischen in die Regelversorgung gefunden. Speziell geschulte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder medizinische Fachangestellte werden dabei zur Entlastung von Hausärzten in ländlichen Regionen eingesetzt, und zwar insbesondere in der Versorgung von chronisch erkrankten, älteren Patienten im häuslichen Umfeld. Die teilnehmenden Pflegekräfte beziehungsweise medizinischen Fachangestellten waren häufig bereits in der Hausarztpraxis angestellt. Teilweise sind die AGnES-Kräfte auch für mehrere Hausarztpraxen tätig.

Der Einsatz erfolgt immer nach ärztlicher Delegation (*van den Berg 2009*). Zu den Tätigkeiten der AGnES-Kräfte zählen Erhebungen diagnostischer Parameter, standardisierte Beurteilungen des Gesundheitszustandes, Blutentnahmen, Injektionen, Wund- und Dekubitusbehandlungen, gesundheitsrelevante Beratungsgespräche, Arzneimittelkontrollen oder Sturzprophylaxen. Teilweise kommt auch Telemedizin zum Einsatz. Grund- und Behandlungspflege gehört ausdrücklich nicht zu den Aufgaben.

Inzwischen wurde ein modulares Curriculum für die Weiterbildung der AGnES-Kräfte entwickelt. Es ist sowohl für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte als auch für medizinische Fachangestellte konzipiert und umfasst insgesamt 600 Theorie- und 200 Praktikumsstunden. Ob das Konzept von VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) hierzu in Konkurrenz treten soll, ist unklar. Bei VERAH handelt es sich um eine Zusatzqualifikation ausschließlich für medizinische Fachangestellte, die vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband e.V. entwickelt wurde und mit 200 Stunden wesentlich kürzer ist. Während AGnES auf Hausbesuche zielt, umfasst VERAH neben Besuchsmanagement auch Case-, Präventions-, Gesundheits-, Technik-, Praxis-, Notfall- und Wundmanagement. Angesichts dieser Themenfülle in einer kürzeren Fortbildungszeit dient VERAH offensichtlich einer allgemeinen Höherqualifizierung der medizinischen Fachangestellten.

Bei den tradierten Berufsgruppen riefen die AGnES-Modellprojekte unterschiedliche Reaktionen hervor. Auf Ebene der Berufsverbände waren sie sehr umstritten. Der Deutsche Pflegerat wünschte sich eine stärkere Kompetenzerweiterung für Pflegekräfte und eine Ansiedlung der AGnES-Kräfte bei ambulanten Pflegediensten statt in Hausarztpraxen (*Deutscher Pflegerat 2007*). Der Berufsverband der medizinischen Fachangestellten sah im Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Hausarztpraxen eine Konkurrenz zur eigenen Berufsgruppe und favorisierte Modelle mit medizinischen Fachangestellten (*Esser 2007*). Auf ärztlicher Verbandsebene schließlich bestanden zum einen Ängste und Vorbehalte vor einer möglichen Aushöhlung der ärztlichen Tätigkeitsdomäne durch AGnES und der daraus resultierenden Konkurrenzsituation. Zum anderen

wurde häufig angeregt, lieber medizinische Fachangestellte als speziell weitergebildete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte einzubeziehen, so im Beschlussprotokoll des 110. Ärztetags. Auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 wurden die AGnES-Projekte dann jedoch als positive Beispiele für Delegationskonzepte hervorgehoben. Zukünftige Aufgabendelegationen wurden befürwortet, die therapeutische Gesamtverantwortung müsse jedoch beim Arzt verbleiben. Mehr Autonomie für nicht ärztliche Berufsgruppen wurde abgelehnt.

Auf der Ebene der Projektbeteiligten hingegen ergaben bisherige Projektevaluationen eine hohe Zufriedenheit. In die Evaluation sind Ergebnisse der verschiedenen AGnES-Projekte aus Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg eingeflossen. Die Laufzeiten der Projekte waren unterschiedlich und lagen zwischen acht und 18 Monaten. Es wurden standardisierte Fragebögen verwendet. Die Mehrzahl der teilnehmenden Ärzte (38 von 42) fühlte sich durch die AGnES-Kraft entlastet. Fast alle Patienten (658 von 667) bezeichneten die AGnES-Kraft als kompetenten Ansprechpartner in Gesundheitsfragen und für die überwiegende Mehrzahl der Patienten (605 von 657) beurteilten die Ärzte die Qualität der Versorgung bei gemeinsamer Betreuung durch Hausarzt und AGnES-Kraft als mindestens gleichwertig mit der herkömmlichen Hausarztversorgung (*van den Berg et al. 2009*). AGnES zeigt, von welcher starken Kontroversen eine relativ kleine Aufgabenverteilung im ambulanten Bereich begleitet wird.

Im stationären Bereich ist die Situation etwas heterogener: Während verschiedene Projekte zur Aufgabenumverteilung relativ reibungslos implementiert werden konnten (z.B. Chirurgie- und Gefäßassistenten), musste ein Projekt zu Medizinischen Assistenten für Anästhesie nach kurzer Laufzeit und heftigen Kontroversen wieder eingestellt werden.

4 Beispiel Niederlande: Bildung von multiprofessionellen Teams

Ähnlich wie beim AGnES-Projekt zielte die Aufgabenumverteilung in der niederländischen Hausarztpraxis auf eine Entlastung der Hausärzte ab. Die niederländische Lösung reicht allerdings viel weiter als die in den deutschen Modellen erprobten.

In den Niederlanden wird die Möglichkeit, ärztliche Aufgaben an nicht ärztliche Gesundheitsberufe zu übertragen als ein Instrument gesehen, um dem Hausärztemangel zu begegnen. In der Folge finden sich heute vermehrt auch nicht ärztliche Gesundheitsberufe unter dem Dach der Hausarztpraxis (*Höppner und Maarse 2003*). Ärztliche Tätigkeiten

werden dabei sowohl delegiert als auch in größerer Eigenständigkeit durchgeführt.

Hausärzte dürfen bereits seit längerem einfache Aufgaben wie Blutdruckkontrollen oder Abstriche am Gebärmutterhals an Arzthelfer delegieren. (Letztere Aufgabe kommt in den Niederlanden traditionell dem Hausarzt und nicht dem Gynäkologen zu.) Neben medizinisch-technischen Aufgaben übernehmen Arzthelfer auch administrative Aufgaben und gesundheitsbezogene Beratungsgespräche (*van den Berg et al. 2005*). Die Möglichkeiten zur Delegation stoßen allerdings an Grenzen. Um Hausärzte weiter zu entlasten, wurde das Berufsbild der „Praxisunterstützer“ geschaffen. Diese Pflegekräfte oder Arzthelfer mit Fachhochschulabschluss und spezieller Weiterbildung konzentrieren sich auf die Versorgung von chronisch Kranken und älteren Patienten. Sie führen eigene Sprechstunden durch und nehmen dabei unter anderem Aufgaben im Bereich der Beratung, Prävention und des Monitorings wahr. Ihr Einsatz führte primär zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und geringfügig zu einer Reduktion der ärztlichen Arbeitsbelastung (*van Son et al. 2004*). Es ist also nicht zu einer Substitution gekommen, sondern eher zur Übernahme additiver Aufgaben.

Schließlich wurden zwecks weiterer Entlastung von Ärzten die beiden auf Master-Niveau ausgebildeten Berufsbilder des Nurse Practitioner (NP) und des Physician Assistant (PA) eingeführt und zunächst in Modellprojekten evaluiert. Der Einsatz der beiden Berufsgruppen erforderte auch eine Weiterbildung der Arzthelfer, um die Patienten bereits bei telefonischer Anmeldung der richtigen Berufsgruppe zuweisen zu können (*Derckx 2006*). Niederländische NP diagnostizieren und behandeln nur einige definierte Erkrankungen, sogenannte „minor ailments“ (geringfügige Beschwerden). PA sind für alle Erkrankungen, außer für Traumata und Infarkte zuständig. Sie arbeiten sehr eng mit dem Hausarzt zusammen und unterliegen ärztlicher Supervision. In einem Modellprojekt konnten PA 60 Prozent der Beschwerden in einer Hausarztpraxis behandeln (*Crommentuyn 2002*). Studien aus den USA kommen hier sogar auf Werte von 80 Prozent (*Mittman 2002*). „Praxisunterstützer“ kommen erst nach Diagnosestellung durch Hausärzte, NP oder PA zum Einsatz.

Die Modellprojekte zu Nurse Practitioner und Physician Assistant wurden – ähnlich wie das AGnES-Projekt – vom Widerstand der ärztlichen Profession begleitet (*Zwart und Filippa 2006*). Auf Projektebene war hingegen die Zufriedenheit der Beteiligten hoch. In einer randomisiert kontrollierten Studie wurde die Versorgungsqualität von Patienten, die durch Nurse Practitioner beziehungsweise den Hausarzt versorgt wurden, miteinander verglichen. Beide Patientengruppen schätzten die Versorgung als gut ein. Die beiden Gruppen wiesen auch keine signifikanten Unterschiede in gesundheitsbezogenen Outcomes auf, allerdings wurden die Patienten der

Nurse-Practitioner-Gruppe häufiger wieder einbestellt und länger behandelt (*Dierick-van Daele et al. 2009*). Dennoch war eine Versorgung durch Nurse Practitioner kostengünstiger.

5 Einstellung der Patienten zu neuen Aufgabenverteilungen

Bei Diskussionen um Aufgabenneuverteilungen stellt sich auch die Frage, wie Patienten darauf reagieren. Studien haben gezeigt, dass Patienten, wenn man sie rein hypothetisch befragt, eher skeptisch sind. In einer deutschen Studie lehnen über ein Drittel (36 Prozent) der insgesamt 1.454 Befragten die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an speziell weitergebildete Pflegekräfte oder medizinische Fachangestellte grundsätzlich ab (*Höppner 2008*). Die Befragten können sich nur im Fall von leichten Erkrankungen (51 Prozent) und wenn sie ein Folgerezept benötigen (72 Prozent) vorstellen, eine nicht ärztliche Fachkraft an Stelle des Arztes aufzusuchen. Für Chronikersprechstunden, Beratungsgespräche oder Erstmedikationen möchten gut zwei Drittel der Befragten nur den Arzt konsultieren (Abbildung 1).

Internationale Befragungsergebnisse legen allerdings die Vermutung nahe, dass Patienten, die tatsächlich Erfahrungen mit weitreichenden Rollenneuverteilungen sammeln konnten, ihre Vorbehalte abbauen (*Jakobs et al. 2002; Caldwell et al. 2006*). Die Patienten präferierten zwar mehrheitlich den Besuch beim Arzt, waren jedoch auch bereit, eine weitergebildete Pflegefachkraft (practice nurse) aufzusuchen, wenn daraus Vorteile wie kürzere Wartezeiten oder längere Konsultationszeiten resultieren.

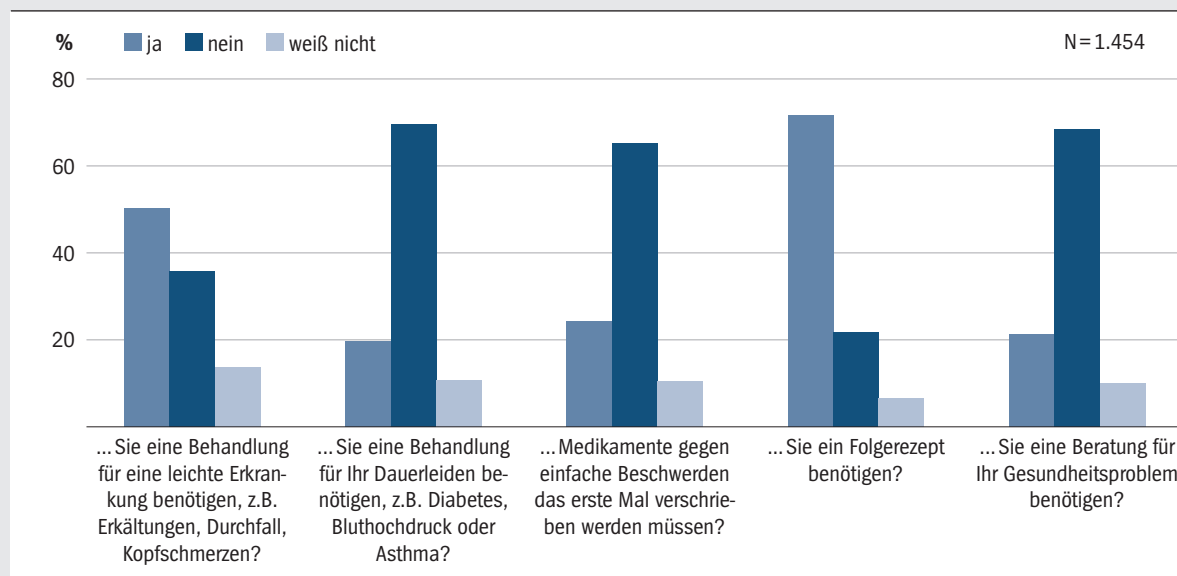
Es ist sinnvoll, die Bedürfnisse und Befürchtungen von Patienten frühzeitig in den Diskussionsprozess um mögliche Aufgabenneuverteilungen im medizinischen Versorgungssystem einzubeziehen. Bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen scheint den Patienten insbesondere eine enge Kooperation und räumliche Nähe zum Arzt oder der mit weiterreichenden Befugnissen ausgestatteten nicht ärztlichen Fachkraft, aber auch Wahlmöglichkeiten zwischen Arzt und nicht ärztlicher Kraft und Berufserfahrung wichtig zu sein (*Höppner 2008*).

6 Fazit

Die gegenwärtige Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ist primär das Ergebnis eines historischen Prozesses. Neue Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in alternden Gesellschaften erfordern, den Status quo hinsichtlich Effizienz und Effektivität dieser historisch

ABBILDUNG 1

Würden Sie auch in Deutschland speziell weitergebildete Arzthelfer oder Pflegekräfte (an Stelle vom Haus- oder Facharzt) aufsuchen, wenn ...



Quelle: Höppner 2008

geprägten Aufgabenverteilung zu hinterfragen. Grundsätzlich sollten Aufgaben jeweils von der Berufsgruppe ausgeführt werden, die dazu mit dem kleinsten Ressourceneinsatz und den besten Outcomes in der Lage ist. Da eine Umstrukturierung positive wie negative Effekte haben kann, sollten insbesondere weitreichende Veränderungen zunächst in Modellvorhaben erprobt und evaluiert werden, bevor es zu einer breiten Einführung kommt. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat hier die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen für den ambulanten Bereich geschaffen.

Eine Aufgabenübertragung eignet sich insbesondere für gut standardisierbare Tätigkeiten, wie sie zum Beispiel in der Versorgung von chronisch Kranken in der Beratung, Schulung, Verlaufskontrolle und Unterstützung des Selbstmanagements möglich ist. Die Berufsgruppe, die Aufgaben übernimmt, muss dafür adäquat qualifiziert sein, ihre Grenzen erkennen und im Bedarfsfall die jeweils besser für eine Aufgabe qualifizierte Profession, zum Beispiel den Hausarzt, einschalten. Interprofessionelle Behandlungsleitlinien erleichtern ihr dabei die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.

Sollen Pflegekräfte heilkundliche Aufgaben wahrnehmen, sind sie häufig auf eine Vernetzung und gute Kommunikation mit Ärzten angewiesen. International finden sich zahlreiche gelungene Beispiele, in denen eine autonom handelnde Pflege

aus einem multiprofessionellen Versorgungsteam heraus agiert. Diese ambulanten Teams, die auch weitere für die wohnortnahe Versorgung relevante Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ernährungsberater oder Psychotherapeuten unter einem Dach vereinen können, profitieren von den Vorteilen gemeinsam genutzter Strukturen und kurzer Kommunikationswege. In Deutschland ist zum Beispiel eine Ansiedlung solcher Teams in Medizinischen Versorgungszentren denkbar.

In der Praxis wird eine Neuverteilung von Aufgaben häufig von Widerständen der entsprechenden Berufsverbände begleitet. Dies zeigt sich nicht nur für Deutschland, sondern auch international. Ein Abwägen der Vor- und Nachteile unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen und der Patienten auf Makroebene könnte Vorbehalte und Ängste abbauen. Im Idealfall wird dabei eine Tauschperspektive eingenommen: Ärzte geben ein kleines Segment ihrer Aufgabendomäne ab, erhalten dafür aber zum Beispiel mehr Zeit für die Versorgung komplizierter Fälle oder die Kommunikation mit Patienten. Evaluationen der Modellprojekte und positive Erfahrungen der Projektbeteiligten tragen dazu bei, das anfängliche Misstrauen der Berufsgruppen abzubauen.

Es bleibt abzuwarten, wann auch die zweite Möglichkeit des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes Anwendung findet und Pflegekräfte erstmals heilkundliche Aufgaben in Modell-

vorhaben übernehmen. Massive Widerstände der ärztlichen Standesvertreter zeichnen sich bereits ab. Sollte die Modell-evaluation allerdings positive Effekte aufzeigen, sollten Vorbehalte zugunsten einer verbesserten Patientenversorgung aufgegeben werden.

Literatur

Buchan J, Calman L (2004): Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health working papers No. 17

Caldow J, Bond C, Ryan M et al. (2006): Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. Health Expectations, Band 10, Heft 1, 30–45

Crommentuyn R (2002): De physician assistant is geen loopjongen. Medisch Contact, Band 57, Heft 18, 698–700

Derckx E (2006): Eerste nurse practitioners met differentiatie huisartsenzorg. Tijdschrift voor verpleegkundigen, Heft 3, 26–30

Deutscher Pflegerat e.V. (2007): Position des Deutschen Pflegerates zu den Modellprojekten AGnES und Gemeindeschwester. Berlin

Diegeler A, Dehong B, Hacker R, Warnecke H (2006): Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Bessere Qualität durch mehr Routine. Deutsches Ärzteblatt, Jg.103, Heft 26, A 1802–1804

Dierick-van Daele A, Metsemakers J, Derckx E et al. (2008): Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk – onderzoeksrapport. Maastricht: Universiteit Maastricht

Dierick-van Daele A, Metsemakers J, Derckx E et al. (2009): Nurse Practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing, Band 65, Heft 2, 391–401

Döhler M (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt, New York: Campus

Esser E (2007): Hausbesuche der Arzthelferin. Der niedergelassene Arzt, Heft 8, 10–13

Höppner K, Maarse J (2003): Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 3, Heft 3, 21–31

Höppner K (2008): Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2008. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

Hutchinson L, Marks T, Pittilo M (2001): The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? BMJ, Band 323, Heft 7323, 1244–1247

Jakobs C, van Nobelen D, Broerse A (2002): Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mittman D, Cawley J, Fenn W (2002): Physician assistants in the United States. BMJ, Band 325, Heft 7362, 485–487

Mur-Veeman I, Eijkelberg I, Spreuvenberg C (2001): How to manage the implementation of shared care – A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. Journal of Management in Medicine, Band 15, Heft 2, 142–155

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos; www.svr-gesundheit.de

Van Son L, Vrijhoef H, Crebolder H et al. (2004): De huisarts ondersteunt. Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma/COPD en diabetes. Huisarts & Wetenschap, Jg. 47, Heft 1, 15–21

Van den Berg N, Meinke C, Heymann R et al. (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 1–2, 3–9

Van den Berg M, de Bakker D, van Roosmalen M, Braspenning J (2005): De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL

Zwart S, Fillippo M (2006): Verzet LHV en NHG tegen nieuwe functies in de eerste lijn berust op koudwatervrees. Huisarts & Wetenschap, Jg. 49, Heft 12, 632–634

DIE AUTORINNEN



Karin Höppner, M.Sc.

Jahrgang 1971, Studium der Gesundheitswissenschaften in Maastricht, danach wissenschaftliche Mitarbeiterin in verschiedenen universitären Forschungsprojekten.

Seit 2005 wissenschaftliche Referentin in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



Professorin Dr. phil. Adelheid Kuhlmeiy,

Studium der Soziologie in Berlin. Seit 2002 Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Mitglied der Altenberichtscommission der Bundesregierung und seit 1999 Mitglied des Sachverständi-

genrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Demografischer Wandel, Versorgung alter Menschen, Altern und Gesundheit im Geschlechtervergleich, Gesundheitsförderung im Alter, Professionalisierung und Berufschancen.