Die Anforderungen an die medizinische Grundversorgung verändern sich rasch

# Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt

**Die Bedürfnisse der chronisch Kranken und älteren Menschen von morgen fordern neue Versorgungsmodelle, Kompetenzen und einen Skill-Mix in der medizinischen Grundversorgung. Diese Herausforderungen sollten von den am meisten involvierten Gesundheitsberufen, den Ärzten und den Pflegefachpersonen, gemeinsam angegangen werden, um sich nicht in Verteilungskämpfen zu verstricken.**

*Max Giger, Sabina De Geest*

1 Künzi K, Detzel P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute; Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007.

2 Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat. Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. 2007. www.swtr.ch. (accessed July 17th 2008).

3 Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030 (Arbeitsdokument 33). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2008.

Korrespondenzen:

Dr. med. Max Giger
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 170
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

**max.giger@hin.ch**

Prof. Dr. Sabina De Geest
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Basel
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel
Tel. 061 267 09 51
Fax 061 267 09 55

**sabina.degeest@unibas.ch**

## Einleitung

Das heutige, auf Akutversorgung ausgerichtete Gesundheitssystem ist für die spezifischen Bedürfnisse chronisch kranker und älterer Menschen nicht adäquat gerüstet. Die Versorgungsbedürfnisse dieses Patientenkollektivs, dessen Anteil an der Gesamtbevölkerung rasch wächst, erfordern ein Überdenken der Leistungserbringung. Nötig sind neue Versorgungsmodelle, die Prinzipien zur Behandlung chronischer Erkrankungen und geriatrischer Betreuung enthalten – entsprechende Vorschläge müssen rasch erarbeitet werden.

Zur Bewältigung der sich abzeichnenden Herausforderungen in der Versorgung müssen die Gesundheitsfachkräfte die notwendigen Kompetenzen erwerben, um wirksam in neuen Pflege- und Betreuungsmodellen arbeiten zu können. Es handelt sich um Fachkompetenzen zur Unterstützung der Patienten in der Selbsthilfe und zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Veränderungen im Skill-Mix und die Delegation und Substitution von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen des Gesundheitswesens müssen kritisch hinterfragt werden. Vor dem Hintergrund der Bedarfsentwicklung können diese gemeinsamen Anstrengungen jedoch einen Beitrag zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems leisten. Neue Kooperationsmodelle können zudem die Attraktivität der hausärztlichen und ambulanten pflegerischen Tätigkeit erhöhen.

## Fehlende Kapazitäten im Gesundheitssystem absehbar

In den vergangenen zwei Jahren wurde in Berichten und Arbeiten wiederholt die Besorgnis zum Ausdruck gebracht, dass das (schweizerische) Gesundheitssystem nicht über die erforderlichen Kapazitäten verfügen wird, um der Bevölkerung medizinische Leistungen in ausreichendem Masse zur Verfügung zu stellen. Der dabei angesprochene Kapazitätsmangel betrifft im Wesentlichen Aspekte der Humanressourcen und der Ausbildung in Verbindung mit dem künftigen Ärzteangebot [1–2]. Der jüngste Bericht des Gesundheitsobservatoriums «Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030» [3] verweist auf die zukünftigen Herausforderungen in der ambulanten Versorgung und zeigt das Ungleichgewicht auf, das bis zum Jahr 2030 zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter Dienstleistungen in der Grundversorgung und in der Psychiatrie entstehen wird. Infolge der demographischen Alterung wächst die Bevölkerungsgruppe mit hohem Bedarf an Gesundheitsleistungen und wird als wichtiger Faktor des sich abzeichnenden Ungleichgewichts benannt.

Für Ärzteschaft und Pflegefachleute bedeutet die Zunahme der Zahl chronisch kranker Menschen in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung: Aus gesundheitsökonomischer Sicht erfolgt eine rasche Expansion eines bedeutenden Segments des Gesundheitsmarkts; aus versorgungspolitischer Sicht müssen die Strukturen und Prozesse vermehrt auf eben diesen Teil der Bevölkerung ausgerichtet werden. Diese Herausforderungen sollten von den am meisten involvierten Gesundheitsberufen, den Ärzten und den Pflegefachpersonen, gemeinsam angegangen werden, um sich nicht in Verteilungskämpfen zu verstricken.

Ein effizientes Gesundheitssystem erbringt für die Bevölkerung Dienstleistungen, die auf ihre Gesundheitsbedürfnisse abgestimmt sind [4–5]. Deshalb sollten die sich wandelnden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung durch die rasche Zunahme des Anteils betagter und hochbetagter Einwohner und durch den starken Anstieg der Anzahl Menschen, die mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, Anlass sein, die Art und Weise zu überdenken, wie Gesundheitsdienstleistungen auch in Zukunft effizient erbracht werden können.

Bis zum Jahr 2050 wird sich der Anteil der 80-Jährigen und Älteren in der Gesamtbevölkerung von 5 auf 12% mehr als verdoppeln und derjenige der 65- bis 79-Jährigen von 12 auf 16% wachsen. Entsprechend nimmt der Anteil der unter 39-Jährigen ab [6]. Die Wahrscheinlichkeit, mit einer chronischen Erkrankung leben zu müssen, steigt mit zunehmendem Alter. Gegenwärtig leiden rund 80 Prozent der Menschen über 65 an mindestens einer chronischen Erkrankung [7]. Es ist zu erwarten, dass die globale Krankheitslast infolge chronischer Erkrankungen in den industrialisierten Ländern, die im Jahr 1990 noch unter 50% lag, im Jahr 2020 auf knapp 80% ansteigen wird [4].

Der Versorgungsbedarf der Älteren und chronisch Kranken unterscheidet sich wesentlich von dem Akutkranker. Während bei Letzteren das Hauptziel in der Heilung liegt, wird bei älteren Patienten in erster Linie angestrebt, das Fortschreiten der Erkrankung zu begrenzen, akute Episoden zu verhüten, Risikofaktoren zu modifizieren sowie Hilfe zur Selbsthilfe («Self management») zu geben. Dazu ist die Behandlungskontinuität zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Institutionen zu gewährleisten und die betroffenen Menschen sind in ihren basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen [4, 5]. Die Pflege älterer, chronisch kranker Menschen findet bereits heute mehrheitlich in der gewohnten Umgebung, d. h. zu Hause, statt und nicht in Altersheimen und -residenzen. Zudem erfolgen die Übertritte von zu Hause in Alters- und Pflegeheime immer später, oft in Situationen fortgeschrittener Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Chronische Erkrankungen erhöhen zudem das Risiko für schwere Depressionen, die mit bedeutenden Beeinträchtigungen [8] und gesteigerter Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen assoziiert sind [9]. Ältere Personen weisen ein höheres Risiko für Verletzungen (v. a. durch Stürze), Mangelernährung und Verwirrungszustände auf. Einschränkungen in ihren basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten erhöhen den Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen und führen damit zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen [5]. Darüber hinaus erfordert die Versorgung dieser Patientengruppen eine Koordination zwischen den Ärzten der Grundversorgung, den Fachärzten, spitalexternen Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen, Apotheken sowie Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung [10].

Das heute vorherrschende, auf Akutversorgung ausgerichtete Gesundheitssystem weist erhebliche Mängel in der Betreuung älterer und chronisch kranker Menschen auf. Die aktuellen Versorgungssysteme werden den Erfordernissen nicht mehr gerecht, da sie oftmals weder die psychosozialen noch die Verhaltensdimensionen, noch die Rolle der Patienten und ihrer Angehörigen ausreichend berücksichtigen. Es mangelt an Koordination. Die Nachsorge z.B. nach einer stationären Behandlung ist in vielen Fällen lückenhaft, die Prävention geht oft unter [4, 5, 10, 11] und Gesundheitsfachleute werden in den heutigen Versorgungssystemen häufig ineffizient eingesetzt [5].

## Sich ändernde Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung rufen nach der Entwicklung angepasster ambulanter Leistungen

Ein blosser Ausbau der personellen Kapazitäten im Gesundheitssystem wird angesichts des sich wandelnden und stetig wachsenden Gesundheitsbedarfs die sich abzeichnenden Versorgungsmängel für ältere und chronisch kranke Menschen nicht verhindern. Die Herausforderungen, die mit den Versorgungsbedürfnissen dieser Patientengruppen sowie mit dem ungenügenden Nachwuchs an Ärzten in der Grundversorgung und in der Psychiatrie einhergehen, erfordern Investitionen in innovative Versorgungsmodelle auf der Basis von Prinzipien zum Langzeiterkrankungsmanagement und zur Pflege älterer Patienten. Darüber hinaus müssen die Gesundheitsfachkräfte im Hinblick auf den sich wandelnden Versorgungsbedarf Fachkompetenzen erwerben, um im Kontext neuer Versorgungsmodelle effizient und effektiv tätig sein zu können; dabei geht es um Kompetenzen etwa in der interdiszip-


4 World Health Organisation. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: WHO; 2002.

5 Institute of Medicine (IOM). Retooling for an Aging America. Building the Health Care Workforce. 2008. www.nap.edu/catalog/12089.htlm (accessed July 17th 2008).

6 Statistisches Jahrbuch der Schweiz. Neuenburg: Bundesamt für Statistik; 2008.

7 Anderson GF. Medicare and chronic conditions. N Engl J Med. 2005:353:305-9.

8 Moussavi, S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic disease, and decrements in health: Results from the world health surveys. Lancet. 2007;370:851-8.

9 Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. Arch Intern Med. 2000; 160(21):3278-85.

10 Bodenheimer T. Coordinating care – A perilous journey through the health care system. N Engl J Med. 2008;358:1064-71.

11 Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. Health Aff (Millwood). 2003;22(3):106-21.

12 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775-9.

13 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 2002;288(15): 1909-14.

14 Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. JAMA. 2006;296(23):2848-51.

15 Kennedy A, Rogers A, Bower P. Support for self care for patients with chronic disease. BMJ 2007; 335(7627):968-70.

16 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Quality Chasm Series. Washington, DC: Institute of Medicine (IOM); 2001.

17 Jackson S, Morgan G. Change of heart. How a team of North Kirklees primary care trust clinicians used performance management principles to improve coronary heart disease services. Int J Health Care Qual Assur. 2007;20(1):61-76.

18 Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999;281(7): 613-20.

19 Brooten D, Youngblut JM, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan E. A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs. Am J Manag Care. 2001;7(8):793-803.

20 Brooten D, Naylor MD, York R, Brown LP, Munro BH, Hollingsworth AO, et al. Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care. J Nurs Scholarsh. 2002;34(4):369-75.

21 Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63(3):298-307.

22 Bodenheimer T, Laing BY. The Teamlet model of primary care. Ann Fam Med. 2007;5:457-61.

linären Zusammenarbeit oder im Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien. Des weiteren sollen Veränderungen im Skill-Mix und bei der Delegation und möglicherweise auch der Substitution bisheriger Aufgabenzuordnungen und -verteilungen diskutiert und umgesetzt werden. Diese verschiedenen Aspekte werden im Folgenden näher ausgeführt.

## Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke und ältere Menschen

Neue Versorgungsmodelle berücksichtigen verstärkt die Bedürfnisse der älteren und chronisch kranken Menschen. Einige Modelle wurden getestet und wiesen gegenüber der Routineversorgung bessere Ergebnisse bei bisweilen reduzierten Kosten auf; auch andere, noch nicht getestete Modelle erscheinen vielversprechend [4, 5, 10, 12, 13]. Ein effizientes Versorgungsmodell für chronisch Kranke integriert folgende Komponenten: 1. Zugang zu und Kontinuität der Versorgung; 2. strikte Patientenbeteiligung am eigenen Versorgungsprozess; 3. Unterstützungsleistungen zur Selbsthilfe bzw. zum Selbstmanagement und 4. Koordination der Versorgung zwischen einzelnen Strukturen bzw. Institutionen und Leistungserbringern [14]. Zusätzlich zu diesen Komponenten, die im Vergleich zu den Akutversorgungsmodellen bezüglich der Schwerpunktlegung einen Paradigmenwechsel erkennen lassen, sind weitere Aspekte wichtig. Hier seien Investitionen in klinische Informationssysteme, eine Entscheidungsunterstützung für Gesundheitsfachkräfte, die Nutzung von Gemeinderessourcen und eine interdisziplinäre Versorgung zu nennen [4, 5, 12, 13, 15, 16].

Beispiele neuer Versorgungsmodelle sind interdisziplinäre Erstversorgungszentren [17], Übergangsversorgungsmodelle, sogenannte «transitional» oder «intermediate care models» [18, 19, 20]; präventive Hausbesuchsprogramme für Ältere [21], «Teamlet»-Modelle [22] und durch spezialisierte Pflegekräfte geleitete Gesundheitsdienste [23, 24]. So kann etwa die Prävention von Exazerbationen chronischer Krankheiten (u. a. COPD, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus) durch die gemeinsame, koordinierte Betreuung durch Hausärzte und Pflegende Kurzhospitalisationen erheblich reduzieren und einen Eintritt ins Pflegeheim hinauszögern.

Wichtig ist, dass die neuen Versorgungsmodelle einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der folgenden Frage implizieren: An welchen Prioritäten richtet sich die Versorgung aus? Welches sind die für Effizienz massgeblichen Fachkompetenzen? Welche Modelle der Zusammenarbeit für die verschiedenen Gesundheitsberufsgruppen sind dazu erforderlich? Es ist Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Entwicklung, Umsetzung und Finanzierung der neuen Betreuungs- und Versorgungsmodelle zu schaffen [4].

## Welche neuen Fachkompetenzen sind gefragt?

Um die Versorgungsbedürfnisse der älteren und chronisch Kranken zu bewältigen und effizient in neuen Versorgungsmodellen arbeiten zu können, müssen neue Fachkompetenzen erworben werden. Die WHO hat folgende Kernkompetenzen für Gesundheitsberufe im 21. Jahrhundert identifiziert: 1. patientenzentrierte Versorgung (die Gesundheitseinrichtungen und Versorgungsstrukturen sind so zu organisieren, dass sie die Krankheitserfahrung der Patienten konsequent berücksichtigen); 2. Bilden von Partnerschaften (die Fähigkeit, im Interesse einer wirksamen Versorgung mit Patienten, anderen Leistungserbringern und Gemeinden zusammen zu arbeiten); 3. Qualitätsverbesserung (dies erfordert Klarheit über die angestrebten Resultate; Wissen, welche Veränderungen Verbesserungen brächten, und Wissen, wie dahingehende Bemühungen evaluiert werden können); 4. Informations- und Kommunikationstechnologie (Fertigkeiten im Einsatz verfügbarer Technologien zur Unterstützung der Patientenbetreuung); 5. Public-Health-Perspektive (Verlagerung des Blickwinkels von der Versorgung einzelner Patienten auf die Planung der Betreuung von Patientenpopulationen) [25, 26]. Diese Kernkompetenzen sollten in die Lehrpläne und Curricula *aller* Gesundheitsberufe integriert werden.

In einem jüngst erschienen Bericht des Institute of Medicine [5] wurde unterstrichen, dass *alle* Gesundheitsberufe eine Ausbildung zur Betreuung älterer Menschen beinhalten sollten. Die Hartford's Foundation und die American Medical Colleges entwickelten Mindeststandards für Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen der Absolventen und Absolventinnen medizinischer Fakultäten im Bereich der Versorgung älterer Patienten. Diese Mindeststandards umfassen Aspekte wie kognitive und Verhaltensstörungen, Medikationsmanagement, Selbstbehandlung, Palliativpflege, Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung [27].

Auch für akademisch ausgebildete Pflegefachleute und spezialisierte Pflegefachleute (Advanced Practice Nurses, APNs) wurden spezifische Kompetenzen für die Versorgung älterer Menschen formuliert: die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen Erkrankung und normalem Alterungsprozess, das Erkennen von Veränderungen

23 Ferrari A, Rideout B. The collaboration of public health nursing and primary care nursing in the development of a nurse managed health center. Nurs Clin North Am. 2005;40(4):771-8, xii.

24 Jones KE, Beeching BA, Roberts P, Devine M, Davies J, Bates CM, et al. Long-term effectiveness of a multifaceted intervention on pain management in a walk-in clinic. QJM. 2007;100(4):225-32. Epub 2007 Feb 22.

25 Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. BMJ. 2005;330(7492):637-9.

26 World Health Organisation. Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century. The Challenge of Chronic Conditions. Geneva: WHO; 2005.

27 Leipzig RM. Medical student competencies in geriatric medicine. 2007. www.americangeriatrics.org/newsletter/FIT/fall_2007_story01.asp (accessed August 7, 2008).

28 American Association of Colleges of Nursing (AACN). Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist Competencies for Older Adult Care. 2004. www.hartfordign.org/case_study/Geriatric%20Competencies%20for%20non-GNPs.pdf (accessed August 7, 2008).

29 Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Med Teach. 2007;29(8):735-51.

30 Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008;23;(1):CD002213.

31 De Geest S, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. Swiss Med Wkly. 2008;8(43-44):in press.

32 Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce. Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers No. 17, 2004. doi: 10.1787/743610272486.

33 Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson SV, Solberg LI, DiCiccio-Bloom B, O'Malley D, et al. Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. Ann Fam Med. 2008;6:14-22.

des psychischen Status, die Aufklärung und Schulung der Patienten und Angehörigen zu Themen wie Prävention und Betreuung am Lebensende, die Berücksichtigung kultureller und spiritueller Faktoren sowie die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften [28].

Die Betreuung chronisch Kranker und älterer Menschen impliziert Kompetenzüberschneidungen zwischen den Gesundheitsberufen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Interesse günstiger klinischer Ergebnisse ist ein tragendes Element der zu entwickelnden Versorgungsmodelle. Die Bedeutung der interprofessionellen Aus- und Weiterbildung (IPE) muss in diesem Zusammenhang klar hervorgehoben werden. Dabei sollen Angehörige zweier oder mehrerer Berufsgruppen mit- und voneinander lernen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern [29]. Eine vor kurzem in der Cochrane-Datenbank publizierte Arbeit über die Evaluation von IPE-Outcomes kam zu dem Schluss, dass vier von sechs IPE-Übersichtsarbeiten positive Lernergebnisse aufwiesen [30].

### Skill-Mix und Verantwortung

Die Implementierung neuer Betreuungsmodelle erfordert nicht nur die Aneignung neuer Kompetenzen, sie wird im Interesse einer verbesserten Patientenbetreuung auch eine Neuaufteilung der Aufgaben bzw. eine neue Arbeitsteilung erfordern. In diesem Zusammenhang sind Veränderungen des Skill-Mix interdisziplinärer Teams zu prüfen [5]. Solche Teams sollten sich im Interesse eines optimalen Prozessablaufs und guter Ergebnisse durch einen optimierten Skill-Mix und geteilte Verantwortlichkeiten auszeichnen [31].

«Skill-Mix» ist ein relativ breiter Begriff, der sich auf die Mischung der Belegschaft ebenso wie auf die Abgrenzung der Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche verschiedener Berufskategorien beziehen kann. Skill-mix-Veränderungen können Prozesse der Weiterqualifizierung einer bestimmten Berufsgruppe oder auch die Substitution zwischen verschiedenen Berufsgruppen beschreiben, zur Delegation nach oben bzw. nach unten entlang einer unidisziplinären hierarchischen Leiter führen sowie sich auf Innovationen bei der Aufgabenzuteilung beziehen [32]. Veränderungen des Skill-Mix zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen setzen bei einem Mix von Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften, namentlich Pflegefachpersonen oder Teams von Psychiatern und klinischen Psychologen an. Dabei können unterschiedlichste Aspekte Zugkraft entfalten: Leistungsinnovation, der Mangel an Fachkräften bestimmter Berufsgruppen z. B. im ländlichen Regionen, Qualitätsverbesserung der Betreuung chronisch Kranker und älterer Patienten oder gesteigerte Kosteneffizienz der Leistungserbringung [5, 31, 32, 33].

**Wir fordern daher, bei der Neugestaltung der Gesundheitsdienste vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs älterer und chronisch Kranker die Prinzipien des Lean Managements einzuführen**

Die Prinzipien des «Lean Management» halten in zunehmendem Ausmass Einzug in der Gesundheitsindustrie, namentlich im Rahmen der Einführung von Fallkostenpauschalen. Dies impliziert eine Prozessoptimierung durch das Ausmerzen von Ineffizienzen und Leerzeiten, den Einsatz des adäquat geschulten Personals entsprechend den zu erfüllenden Aufgaben, Teamwork sowie Delegation der Verantwortung an die einzelnen Akteure, kurz: die richtige Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Wir fordern daher, bei der Neugestaltung der Gesundheitsdienste vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs älterer und chronisch Kranker die Prinzipien des Lean Managements einzuführen, welche im Krankenhaus bereits erfolgreich angewandt werden [34]. Um die Resultate der ambulanten Gesundheitsversorgung wirklich positiv beeinflussen zu können, ruft die breitere Anwendung der Prinzipien des Lean Managements nach einem Paradigmenwechsel bei der Erbringung von Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen.

Ein Beispiel für eine Veränderung des Skill-Mix im Zuge der Entwicklung neuer Betreuungsmodelle ist die Arbeit mit «Advanced Practice Nurses». APNs sind Pflegespezialisten und -spezialistinnen, die in einer akademischen, meist berufsbegleitenden Weiterbildung Fachkompetenzen auf Masterniveau erworben haben, um erweiterte klinische Aufgaben zu übernehmen [31]. Je nach Versorgungsprozess können APNs in der Grundversorgung Ärzte unterstützen, ergänzen oder teilweise ersetzen. Dabei können sie Aufgaben oder Dienstleistungen übernehmen, welche sie zuvor nicht erbracht haben. Im Krankenhaus können APNs in einer klar definierten, engen Zusammenarbeit mit Fachärzten zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, beispielsweise in der

Weiterbildung, eingesetzt werden [35]. Ihre Einsatzmöglichkeiten reichen von der Unterstützung der Patienten im Selfmanagement und der Gewährleistung der Pflege über die Unterstützung und Kontrolle der eingeleiteten Therapien bis hin zur Begleitung und Umsetzung von Betreuungsmassnahmen im sozialen Umfeld sowie der Einschätzung und Beurteilung von Symptomen (Erstellen einer «Arbeitsdiagnose») und deren ersten Behandlungen. Potenzielle Überschneidungen der Aufgabenbereiche von Ärzten und Fachpflegepersonen variieren in Abhängigkeit des jeweiligen Gesundheitssystems und konkreten Arbeitsumfeldes [31]. Im Schweizer Gesundheitssystem, das bezüglich des Anteils der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt seit Jahren einzig von den USA übertroffen wird und das bezüglich der Anzahl praktizierender Ärzte pro Einwohner (3,6/1000) einzig von Griechenland (4,4/1000) und Italien (4,1/1000) [35, 36] übertroffen wird, ist vor allem eine Delegation von Aufgaben zur effizienten Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Herzinsuffizienz [37] und Diabetes mellitus [38] an APNs und spezialisierte Pflegefachpersonen zu diskutieren. Eine solche Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte könnte die Attraktivität ihrer Tätigkeit erhöhen.

Die Grenzziehung zwischen den Leistungen von Ärzten, APNs, anderen Pflegefachpersonen mit Fachhochschuldiplomen oder Spezialausbildungen und klinischen Psychologen ist in vielen Versorgungsgebieten ein «heisses Eisen». Alle genannten Berufsgruppen sind für eine praktische Tätigkeit an und mit den Patienten aus- und weitergebildet und sollen sich auf diese «Arbeit an der Patientenfront» konzentrieren. Die Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit liegen im Prinzip in der Beratung von Gesunden und Kranken, in der Diagnose und der Therapie. Hausärztinnen und Hausärzte erbringen viele Leistungen ausserhalb ihres Kerngebietes, namentlich im administrativen und organisatorischen Bereich. Die Konzentration auf die eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten erlaubt in vermehrtem Ausmass bzw. vollumfänglich eine Delegation bisheriger Tätigkeiten an andere spezialisierte Gesundheitsberufe, namentlich an APNs, andere Pflegefachpersonen und klinische Psychologen. Im Zentrum steht die Patientenbetreuung entlang des Versorgungskontinuums. Die Patientinnen und Patienten wählen selbst ihre erste Ansprechperson, geleitet von allgemeinen Gesundheitsfragen und mehrheitlich durch Beschwerden. Die weitere Betreuung und die Steuerung entlang des Versorgungskontinuums sollen entsprechend der medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse und der dazu erforderlichen Kompetenz erfolgen. Die Übernahme der Verantwortung für das Resultat der Therapie liegt bei derjenigen Person, die diese mit dem Patienten vereinbart hat; im Prinzip beim Arzt. Einem allfälligen Abschieben dieser Verantwortung für das Resultat auf die institutionelle Ebene mit der Begründung, dass ein ganzes Team an dessen Erarbeitung beteiligt war, muss vehement entgegengetreten werden.

**Die Konzentration auf die eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten erlaubt in vermehrtem Ausmass eine Delegation bisheriger Tätigkeiten an andere spezialisierte Gesundheitsberufe**

### Schlussfolgerungen

Die demographische und epidemiologische Entwicklung führt zu gesteigertem Personalbedarf und weiterem Kostenwachstum im Gesundheitswesen. Diese Entwicklung kann einzig durch ein straffes Prozessmanagement und den rationalen Einsatz der Humanressourcen bewältigt werden. Neue Formen der Leistungserbringung müssen geschaffen werden. Neue Leistungen werden von einer höheren Anzahl älterer polymorbider und chronisch kranker Personen gefordert. Dies erfordert den Ausbau und eine Erhöhung der Fachkompetenzen der Gesundheitsfachkräfte mit entsprechender Anpassung der Aus- und Weiterbildungsgänge. Durch Teambildung und Skill-Mix können Qualität und Effizienz der Leistungserbringung erhöht werden. Dies bedingt einen breiten und ehrlichen Diskurs innerhalb der Institutionen und unter allen Gesundheitsberufen, welche sich von der heutigen Lage der reinen Interessenvertretung unterscheidet. Vorschläge zur Lösung der Gesundheitsprobleme des ersten Drittels des 21. Jahrhunderts müssen jetzt erarbeitet werden. Nur so können wir für die anstehenden Aufgaben die notwendigen Fachleute gezielt aus- und weiterbilden.


34 Ditzel H. Prozessoptimierung und Servicefreundlichkeit: Was können Krankenhäuser von der Wirtschaft lernen? Hessisches Ärzteblatt. 2007;68(2):77-8.

35 Lundberg S, Wali S, Thomas P, Cope D. Attaining resident duty hours compliance: the acute care nurse practitioners program at Olive View-UCLA Medical Center. Acad Med. 2006;81:1021-5.

36 OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. Bern: BAG; 2006. Original: OECD Reviews of Health Systems. Switzerland / Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Paris: OECD; 2006.

37 de la Porte PW, Lok DJ, van Veldhuizen DJ, van Wijngaarden J, Cornel JH, Zuithoff NP, et al. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study. Heart. 2007;93:819-25.

38 Rocha JL. Chronic Diseases: A Challenge for eHealth. In: eHealth Conference 2007 – Infrastructures and Health Services. Schriftenreihe der GVG, Band 57. Bonn: Nanos; 2008.