

Daniel Widmer, Thomas Bischoff

Skill mix und OECD

IUMG Institut Universitaire de Médecine Générale Faculté de Biologie et de Médecine Université de Lausanne

Komplexität und berufsübergreifende Zusammenarbeit: Das IUMG will einen Denkprozess über neue künftige Vorgehensweisen anregen, insbesondere über die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Grundpflege (skill mix). Dieser Artikel ist der dritte einer Serie, in der sich Interviews, Literatur-Reviews und kurze Aufsätze zum Themamischen. Er beinhaltet eine Zusammenfassung der entsprechenden OECD-Berichte und der systematischen Reviews der Cochrane Collaboration.

D. Widmer, T. Bischoff

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [1] setzt sich aus 34 hoch entwickelten Ländern mit demokratischen Regierungen und marktwirtschaftlichen Systemen zusammen. Sie veröffentlicht wirtschaftliche Studien, die den Mitgliedsstaaten als Empfehlungen dienen sollen. Auch die Schweiz ist Mitglied der OECD. Zwei OECD-Berichte befassen sich mit dem Qualifikationsmix des Personals im Gesundheitswesen (skill mix): Der erste wurde am 24. Februar 2005 veröffentlicht [2] und ist ein Vergleich der Gesundheitssysteme in Grossbritannien und den USA und der zweite, publiziert am 8. Juli 2010, schildert die Erfahrungen mit dem Skill mix in 12 entwickelten Ländern [3].

Im ersten OECD-Bericht [2] werden die Begriffe «Skill mix» oder «Qualifikationsmix» wie folgt definiert: «Eine äusserst wirksame Massnahme zur effektiven Nutzung der Arbeitskraft des Personals im Gesundheitswesen ist die Veränderung des Skill mix.» «Skill mix.» ist ein relativ weit gefasster Begriff, der sich entweder auf den Qualifikationsmix der Mitarbeiter einer Belegschaft oder auf die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben in den einzelnen Personalkategorien bezieht. Von allen Massnahmen zur Veränderung des skill mix und der dadurch erzielten Verbesserung der Leistungen des Gesundheitssystems wurde dem Ersatz von Ärzten durch Pflegefachpersonal die meiste Aufmerksamkeit gewidmet.»

Die Rede ist hier von Advanced Practice Nurses (APN). Der International Council of Nurses [4] definiert diesen Begriff wie folgt: «Eine spezialisierte Pflegefachperson/eine Fachkraft in der Krankenpflege ist eine staatlich diplomierte oder zertifizierte Pflegefachperson, welche über die erforderlichen theoretischen Kenntnisse und das Wissen verfügt, um komplexe Entscheidungen treffen zu können. Des Weiteren muss sie die in der Pflegepraxis auf hohem Niveau unabdingbaren klinischen Kompetenzen des Arbeitsumfelds besitzen, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben darf. Dazu wird eine Grundausbildung in Form eines Master-Studiums empfohlen.»

Es wird unterschieden zwischen praktischen Pflegefachpersonen (nurse practitioners), die einige Aufgaben der Ärzte in der Grundpflege übernehmen und klinischen Fachpflegern (clinical nurse specialists), die in einer klinischen Umgebung ärztliche Anordnungen auf hohem Niveau umsetzen.

Die OECD schreibt, dass in einigen Ländern (USA, Grossbritannien usw.) nicht nur das Rollenbild der Krankenschwestern erweitert wird, sondern zudem neue Personalkategorien (physician

assistants, medical assistants) für klinische und verwaltungstechnische Aufgabenbereiche ins Leben gerufen werden, die sich mit denen des Pflegefachpersonals teilweise überschneiden.

Der Begriff «Skill mix» umfasst die Kompetenzerweiterung innerhalb einer Personalgruppe, den Ersatz einer Personalgruppe durch eine andere, das Delegieren von oben nach unten und die Erschaffung neuer Rollen.

Dabei ist zu beachten, dass in den USA 9% und in Kanada 1,5% aller Pflegefachpersonen zu den Advanced Practice Nurses zählen. Des Weiteren kommen in den 12 an der OECD-Studie beteiligten Ländern durchschnittlich 3,6 Pflegefachpersonen (mit Bachelor und Masterabschluss) auf einen Arzt (je nach Land 1,6 bis 5 Pflegefachpersonen).

Folgende Gründe können für den Einsatz von Advanced Practice Nurses angeführt werden:

- ein besserer Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen in einer Zeit des Ärztemangels;
- eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung von Stellen zur Betreuung und Beratung chronisch Kranker;
- eine bessere Kostenkontrolle durch das Erbringen der gleichen Dienstleistung zu einem geringeren Preis und die Vermeidung von Komplikationen sowie unnötigen Spitaleinweisungen;
- eine Attraktivitätssteigerung des Berufs der Pflegefachperson. In den OECD-Berichten ist ein Literatur-Review über die Auswirkungen des Einsatzes von Advanced Practice Nurses auf die Gesundheitsversorgung und die Kosten zu finden:
- Zugang zur Gesundheitsversorgung: Durch den Einsatz von APN besteht ein besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung und es kommt zu geringeren Wartezeiten.
- Qualität der Gesundheitsversorgung: Die Gesundheitsversorgung durch APN entspricht in bestimmten Bereichen der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen von Ärzten: beim Erstkontakt aufgrund kleinerer Beschwerden, der Betreuung chronisch Kranker, Aufklärung und Beratung. Aus dem ersten OECD-Bericht geht hervor, dass in den meisten Studien nur bei eindeutigen Diagnosen Ärzte durch Pflegefachpersonal ersetzt wurden, nicht jedoch bei Unklarheiten, undifferenzierten Diagnosen oder der Feststellung seltener Krankheiten bzw. bei Nebenwirkungen einer Behandlung.
- Patientenzufriedenheit: Im Allgemeinen war die Studienpopulation mit den Dienstleistungen der Pflegefachpersonen zufriedener als mit denen der Ärzte, weil sich Erstere mehr Zeit für Aufklärung und Beratung nehmen.
- Verbesserung des Gesundheitszustands (health outcomes): In den Studien, die diesen Punkt untersucht haben, konnten keinerlei negative Auswirkungen diesbezüglich festgestellt werden.
- Kosten: Die Ausbildungskosten wurden in den Studien generell nicht berücksichtigt. Stellt sich noch die Frage nach Unterschieden in der Produktivität (z.B. Zahl der Konsultationen pro Tag, Zahl der angeordneten Fachuntersuchungen, Konsultationsdauer). Bei einem Ersatz von Ärzten durch Pflegefachpersonal sinken die Kosten oder bleiben gleich. Wird jedoch zusätzlich zum Arzt Pflegefachpersonal beschäftigt, kommt es zu einem



Kostenanstieg. Durch die fehlende Kontinuität bei der Behandlung durch mehrere Personen wird eine Koordination erforderlich, die wiederum höhere Kosten mit sich bringt.

Beim Einsatz von APN bestehen folgende Hindernisse und Herausforderungen:

- Berufliche Interessen: In vielen Ländern sind die Ärzte gegen den Einsatz von APN. Sie führen dabei Punkte wie Haftung, Autonomie, gesetzliche Regelungen, Ausbildung und den Verlust ärztlicher Tätigkeitsbereiche an.
- Organisation von Gesundheitsdiensten: In den Ländern, in denen es hauptsächlich Gemeinschaftspraxen gibt, wird der Einsatz von APN weniger kritisch gesehen.
- Vergütung: Eine Kopfpauschale, leistungsabhängige Vergütung oder die Zahlung von Gehalt wären für die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonal förderlich, Einzelleistungsvergütung hingegen nicht.
- Gesetzliche Regelung: Eine gesetzliche Regelung in Bezug auf Haftungsfragen ist ebenfalls wichtig.
- Ausbildung der Pflegefachpersonen: Die Art der Ausbildung kann in den einzelnen Ländern unterschiedlich sein. Durch ein berufsübergreifendes Curriculum sollen Ärzte und Pflegefachpersonal auf die Arbeit im Team vorbereitet werden.

Die OECD schliesst ihren Bericht mit den folgenden Empfehlungen an die Regierungen der Mitgliedsstaaten:

- stärkere Zusammenarbeit mit Verbänden des Pflegefachpersonals zum Abbau des Widerstands in der Ärzteschaft;
- Förderung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit durch die entsprechenden Anreize und Vergütungsmethoden;
- Gesetzesänderungen (z.B. der Verschreibungsrechte);
- Finanzierung der Einrichtung neuer Ausbildungsprogramme für APN (Master).

Die Cochrane Collaboration hat einen Literaturreview [5] zum Einsatz von APN durchgeführt und die Empfehlungen der OECD noch differenziert. Von 4253 ausgewählten Artikeln konnten nur 25 (16 Studien) verwendet werden, die das Kriterium der Wissenschaftlichkeit erfüllten. Die Begeisterung für ein bestimmtes Thema ist anscheinend nicht immer mit einer qualitativ hochwertigen Methodik gleichzusetzen. Nach der Auswertung der wenigen geeigneten Studien kamen die Autoren zu dem Schluss, dass eine korrekt ausgebildete Pflegefachperson eine Gesundheitsversorgung leisten kann, die der Qualität derjenigen eines Grundversorgers entspricht. Da nur eine einzige Studie speziell dazu konzipiert wurde, die Gleichwertigkeit der Gesundheitsver-

sorgung zu evaluieren, sind diese Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu geniessen. Des Weiteren dauerte keine Studie länger als 12 Monate, was im Hinblick auf die Betreuung chronisch Kranker ein äusserst kurzer Zeitraum ist. Schliesslich, so die Autoren der Cochrane Collaboration, sei nicht sicher, ob die Ärzte durch den Einsatz von zusätzlich qualifiziertem Pflegefachpersonal entlastet würden, wenn dieses vorher nicht existente Bedürfnisse befriedige oder selbst eine zusätzliche Nachfrage schaffe. Die Kostenersparnis entsteht vor allem durch die Gehaltsunterschiede zwischen Ärzten und Pflegefachpersonal.

Eine Bestandsaufnahme der untersuchten Studienparameter ist ebenfalls von Interesse:

- Ergebnisse für den Patienten: Morbidität, Mortalität, Zufriedenheit, Compliance, Präferenz.
- Gesundheitsversorgung: Einhaltung der Richtlinien und Standards in der Gesundheitsversorgung, Prävention (Beratung).
- Ressourcenverwendung: Häufigkeit und Dauer der Konsultationen, erneute Konsultationen, Verschreibungen, Untersuchungen, Fachkonsultationen, direkte und indirekte Kosten.

Die obigen Studienparameter werden der Realität der Allgemeinmedizin in all ihren Facetten nicht gerecht. Dies soll jedoch Gegenstand eines weiteren Artikels sein.

Literatur

- 1 http://www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html.
- 2 Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785. pdf.
- 3 Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. A description and evaluation in 12 developed countries. http://www.politiquessociales.net/ IMG/pdf/Nurses.pdf.
- 4 International Council of Nurses: http://www.icn.ch/.
- 5 Laurent M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). The Cochrane Library 2009.
- 6 http://www.thecochranelibrary.com.

Korrespondenz: Dr. med. Daniel Widmer Facharzt für Allgemeinmedizin FMH 2, av. Juste-Olivier 1006 Lausanne widmer@primary-care.ch