

Ansprechstrukturen

Perspektivenwechsel
und Grenzverschiebungen
in der Grundversorgung

Beat Sottas

Sarah Brügger

Careum
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 222 50 00
Telefax +41 (0)43 222 50 05
info@careum.ch
www.careum.ch

Die Gesundheitswelt der Zukunft denken

Das Gesundheitswesen befindet sich in einer historischen Umbruchsituation und steht vor grossen Herausforderungen. Die Gesundheitsgesellschaft ist zunehmend global vernetzt, was dazu führt, dass die traditionellen Grenzen zwischen Disziplinen und Berufen, Institutionen und Ländern verschoben werden. Ebenso wird das Verhältnis zwischen Leistungsangebot und Bürger, Markt und Regulierung, Arzt und Patientin, Dienstleister und Konsument neu definiert. Neue Ansätze und Modelle für Strategien im Gesundheitswesen und in der Ausbildung der Health Professionals müssen all diesen Herausforderungen Rechnung tragen, um einen relevanten Beitrag für die Zukunft leisten zu können. Im Dialog mit den Partnern im Bildungs- und Gesundheitssektor will Careum aufzeigen, wie sich die Trends in konkrete bildungspolitische Vorhaben umsetzen lassen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Fit werden für eine neue Grundversorgung	4
1. Einleitung	6
1.1 Der erste Kontaktpunkt zur professionellen Versorgung	6
1.2 Zukunftsfähige Ansprechstrukturen erfordern andere Bildung	6
1.3 Analyseraster und Methode	7
2. Primärversorgung, Grundversorgung, primäre Gesundheitsversorgung – eine Begriffsklärung	9
2.1 Die Stärkung der Primärversorgung	9
2.2 Primäre Gesundheitsversorgung der WHO	9
2.3 Primärversorgung als Teil des Gesundheitswesens	10
2.4 Primärversorgung ist mehr als Hausarztmedizin	12
2.5 Grundversorgung antwortet auf die Nachfrage der Nutzer.....	13
2.6 Ansprechstrukturen statt Primärversorgung	14
3. Neue Herausforderungen für die ambulanten Ansprechstrukturen	16
3.1 Hochaltrigkeit, Zunahme von chronischen Leiden und Multimorbidität	16
3.2 Abnahme der Workforce	17
3.3 Neue Rolle der Nutzerinnen und Nutzer	19
3.4 Technisierung, Medikalisierung, Ökonomisierung	21
3.5 Diversifikation der Strukturen	22
3.6 Umstülpung des Gesundheitssystems	24
4. Lösungsansätze	27
4.1 Neue Versorgungsmodelle sind gefragt	27
4.2 Zukunftsmodelle.....	27
4.2.1 Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung	27
4.2.2 EU-Konzept zur Primärversorgung	28
4.2.3 Roadmap des Royal College of General Practitioners	29
4.2.4 Patient Centered Medical Home (PCMH).....	30
4.2.5 Chronic Care Modell (CCM)	31
4.2.6 Managed Care und integrierte Versorgung	31
4.3 Teamwork und Zusammenarbeit	35

4.4 Der Hausarzt muss nicht alles machen	36
4.5 Informationstechnologie statt ärztliche Akkordarbeit	37
4.6 Innovative Ideen und konkrete Modelle	39
4.6.1 Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Arztpraxis	39
4.6.2 Versorgungszentren statt Einzelpraxis	41
4.6.3 Advanced Nursing Practice (ANP).....	43
4.6.4 Retail Health Clinics.....	45
4.6.5 Call Centers und Telemedizin.....	47
4.6.6 Apotheken	49
4.7 Disruptive Innovationen sind gefragt	50
5. Situation in der Schweiz	54
5.1 Fokus liegt auf Stärkung der Hausarztmedizin	54
5.2 Die Notwendigkeit von Grenzverschiebungen.....	55
5.3 Barrieren und Widerstände	56
5.3.1 Rechtliche und finanzielle Fragen.....	56
5.3.2 Widerstände der Berufsgruppen.....	57
5.3.3 Die Frage der Koordination.....	58
6. Herausforderungen für die Bildung	60
6.1 Das Strategiepapier der Lancet Kommission	60
6.2 Massnahmen im Bildungsbereich.....	62
6.3 Klärung von Rollen und Kompetenzen	63
7. Diskussion und Ausblick	65
7.1 Widerstände trotz Konsens in Analyse und Diskurs.....	65
7.2 Eine Agenda der nutzerzentrierten Versorgungsforschung	66
7.3 Aspekte der bildungspolitischen Agenda.....	67
Referenzen.....	70

Fit werden für eine neue Grundversorgung

Die Gesundheitswelt der Zukunft denken heisst, die Entwicklung der Nachfrage und die Anforderungen an die Fachleute überdenken

Im Frühling 2010 initiierte die Careum Stiftung in Zürich ein Forschungsprojekt, dessen Ziel die Erarbeitung einer Literaturübersicht zum Thema „Grenzverschiebungen bei Ansprechstrukturen und Grundversorgung“ war. Den Ausgangspunkt bildete die Annahme, dass sich in der Zukunft die Gewichtungen in der Gesundheitsversorgung verändern: während der stationäre Sektor als Folge der gesundheitspolitischen Steuerung, der medizinischen Fortschritte und des veränderten Patientenverhaltens (insb. kürzere Aufenthaltsdauer, minimal invasive Verfahren, emanzipierte Patienten und mehr chronische Krankheiten) relativ an Bedeutung verliert, werden Versorgungs- und Betreuungsleistungen im weiten Feld des ambulanten Sektors wichtiger.

Der Begriff Ansprechstrukturen wurde dabei als ein neues Konzept eingeführt. Es umschreibt den ersten Kontaktpunkt der Bürger bzw. der Patienten und deren Angehörigen mit dem professionellen Gesundheitssystem. Auf Grund der systematischen Patientenorientierung, die darin zum Ausdruck kommt und die allen Aktivitäten der Stiftung zu Grunde liegt (siehe dazu Kapitel 2.5), wird das Konzept inzwischen als Überbegriff eingesetzt, denn in allen Bereichen – in der Akutmedizin, in der ambulanten Versorgung, in der Langzeitversorgung oder auch beim Haushalt als Gesundheitsstandort – sind Ansprechstrukturen zentral, wenn die Patienten oder Nutzer professionelle Unterstützung brauchen oder den Dialog mit Health Professionals suchen.

Ziel der Untersuchung war es, durch eine Analyse der Systementwicklung eine Auslegeordnung vorzunehmen. Sie sollte eine Klärung der Konzepte und Begriffe bringen sowie durch internationale Vergleiche die Modelle, Potenziale, Nutzererwartungen, Muster der Inanspruchnahme und auch die Angebotsveränderungen dokumentieren. Damit wurde die Erwartung verknüpft, dass die mutmassliche Entwicklung der ambulanten Ansprechstrukturen im Gesundheitswesen der Schweiz antizipiert werden kann, denn im Zuge der Globalisierung und Internationalisierung der Gesundheitsmärkte werden innovative ausländische Versorgungsmodelle sicherlich auch in der Schweiz Verbreitung finden und es werden neue Formen ambulanter Dienste entstehen.

Leistungen im Gesundheitswesen werden in der Regel von Fachleuten erbracht, die von Gesetzes wegen zum Schutz der Patienten besonderen Anforderungen genügen müssen – aus Sicht der Patienten können aber auch andere Leistungserbringer wichtig sein. Die vorliegende Arbeit betrachtet die Health Professionals und konkretisiert die Standortbestimmung, die 2007 anlässlich des 125-jährigen Jubiläums der Stiftung unter dem Titel „Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe“ erschienen ist.

Das Gesundheits- und das Bildungswesen befinden sich in einem gewaltigen Umbruch. Um die kommenden Herausforderungen zu bewältigen, braucht es veränderte und teilweise neue Kompetenzen. Careum hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Dialog unter den Akteuren zu fördern und als unabhängige Stiftung massgebliche Impulse zur Neuausrichtung der Prioritäten zu geben – insbesondere in Bereichen, die sektorübergreifend für die Allgemeinheit massgeblichen Nutzen bringen und Entwicklungspotenzial aufweisen.

In der Betrachtungsweise von Careum steht immer der Patient oder Nutzer im Zentrum. Deshalb ist die Grundversorgung neben der Patientenbildung oder der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen einer jener Bereiche im Gesundheitswesen, welcher die vorgängig genannten Kriterien der Stiftung erfüllt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen einerseits in der laufenden Diskussion um die Herausbildung zukunftsfähiger Ansprechstrukturen in der schweizerischen Grundversorgung einen Impuls geben, andererseits sollen sie Grundlagen schaffen für die Klärung strategischer Massnahmen in den Bereichen Aus-, Weiter- und Patientenbildung, dem Kerngeschäft der Stiftung. Die Ergebnisse sind damit ein Beitrag, um die nächste Generation von Health Professionals so auf die Praxis vorzubereiten, dass sie in den künftig implementierten Strukturen und Prozessen der Grundversorgung mit grösstmöglichem Nutzen wirksam und wirtschaftlich arbeiten können.

1. Einleitung

1.1 Der erste Kontaktpunkt zur professionellen Versorgung

Gesundheit ist ein wertvolles Gut – für jeden Menschen und für die Gesellschaft als Ganzes. Das Recht auf Gesundheit gehört denn auch seit 1946 zu den elementaren Menschenrechten (WHO, 1946). In den Industrieländern wird dieses Recht dahingehend interpretiert, dass der Staat organisatorische und fachliche Vorkehrungen treffen muss, damit eine professionelle Antwort auf die wichtigsten Gesundheitsanliegen der Bevölkerung gewährleistet ist – er soll dafür sorgen, dass Gesundheitsfachleute die Gesundheits-Grundversorgung sicherstellen.

Die Art und Weise, wie die Bürger und Patienten Zugang zum Gesundheitswesen erhalten, ist daher zentral. An wen können sie sich wenden, wenn sie an einem akuten Gesundheitsproblem leiden und professionelle Hilfe benötigen? Wo erhalten sie Antworten auf ihre Fragen und Linderung in ihrem Leiden? Ist dieser Ort niederschwellig zugänglich oder bestehen organisatorische und finanzielle Hürden? Wie ist der Übergang gestaltet zwischen (kostenloser) informeller Pflege und Unterstützung durch Familienmitglieder oder Bekannte und den (bezahlten) Leistungen der Health Professionals?

Diese Schnittstelle, d.h. der erste Kontaktpunkt der Nutzer und Nutzerinnen mit dem professionellen Gesundheitssystem, ist Thema des vorliegenden Berichts. Er befasst sich mit der *front line of primary care*. Darunter sind organisierte ambulante Strukturen zu verstehen, in denen Health Professionals gegen Entgelt Leistungen erbringen, die typischerweise zur Grundversorgung gezählt werden. Dies umfasst dringliche Erstkonsultationen bei akuten Gesundheitsanliegen aber auch Interventionen in der Langzeitbetreuung Chronischkranker sowie weitere Aufgaben im Bereich der Öffentlichen Gesundheit.

Die dafür gebräuchlichen Begriffe Primär- und Grundversorgung werden – wie im Folgenden aufgezeigt wird – unterschiedlich definiert und sind ideengeschichtlich und berufspolitisch besetzt. Aus diesem Grund wird in diesem Bericht im Sinne einer generischen Umschreibung hauptsächlich der Begriff „ambulante Ansprechstrukturen“ verwendet. Damit soll die Perspektive der Nutzer und Nutzerinnen ins Zentrum gerückt werden (siehe dazu Kapitel 2.5), die in unterschiedlichen Situationen und aus verschiedenen Gründen professionelle Leistungserbringer und Strukturen in Anspruch nehmen.

1.2 Zukunftsfähige Ansprechstrukturen erfordern andere Bildung

Es gibt grundsätzlich kein perfektes System und auch kein bestes Modell der Versorgung. Aber es gibt unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe sowie mehrere mögliche Antworten und Lösungsansätze. Diese können sich im Laufe der Zeit und abhängig von finanziellen, personellen oder strukturellen Rahmenbedingungen verändern. Eines der Probleme der Grundversorgung besteht ja gerade darin, die Bedarfe, die Angebote und die Dynamiken zu erfassen, die im Gesundheitssystem im weitesten Sinne und im Grundversorgungsmarkt im engeren Sinne ohne gegenseitige Abstimmung auftreten.

Die erste Anlaufstelle der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich ausgestaltet. Dennoch gehen weltweit die Prognosen davon aus, dass in den nächsten Jahren grosse Herausforderungen auf die Grundversorgung zukommen werden. Diese ergeben

sich aus der alternden Gesellschaft, der Zunahme von chronischen Krankheiten, neuen epidemiologischen Risiken, veränderten Erwartungen mündiger und autonomer Bürger, aber auch den hohen Gesundheitsausgaben mit steigendem Selbstbehalt-Anteil und einer sinkenden ärztlichen Workforce. Angesichts dieser komplexen Ausgangslage und dem vielschichtigen Wandel ist es für eine gerechte Gesundheitsversorgung und eine nachhaltige Gesundheitspolitik entscheidend, wie der Übergang von der informellen Pflege zum professionellen Gesundheitswesen organisiert ist. Im Vordergrund steht dabei die Frage, welche Strukturen in Zukunft zweckmässig und wirtschaftlich tragbar sind, um der Bevölkerung professionelle und angemessene Antworten auf ihre Gesundheitsanliegen zu geben.

Weil das Gesundbleiben und Gesundwerden zunehmend als Teil der Selbstverantwortung jedes Einzelnen betrachtet werden, rückt die Delegation der Zuständigkeit für alle Gesundheitsbelange an die Ärzte und Spitäler zunehmend in den Hintergrund. In vielen Studien wird dargelegt, dass Grenzverschiebungen zwischen den Zuständigkeiten von Professionals und von Institutionen im Versorgungssystem unabwendbar sind. Entsprechend gilt es, sich Gedanken darüber machen, welche Auswirkungen diese auf Patienten und Angehörige, auf Health Professionals und deren Ausbildung sowie auf die Institutionen im Gesundheitswesen und deren Steuerung haben.

Es handelt sich dabei um eine gesellschaftlich relevante und drängende Thematik, für die eine hohe öffentliche Sensibilisierung besteht. Die Sorge um den Erhalt von niederschweligen lokalen Ansprechstrukturen belegt nicht nur im Sorgenbarometer der Schweizer Bevölkerung einen der vordersten Ränge, es wurden in den letzten Jahren im In- und Ausland auch eine Vielzahl von Berichten geschrieben und Studien durchgeführt, welche die Stärkung der Primär- oder Grundversorgung zum Thema haben, so namentlich in den Niederlanden (Health Council of the Netherlands, 2004), in Grossbritannien (RCGP, 2007), bei der WHO (2008) oder auch im Zuge der Debatte um die Schaffung eines Medical Home in den USA. Trotz dieser erfreulich breit geführten Debatte sind noch immer viele Fragen offen. Gerade weil Beobachter vielfach „Bildungsversagen“ und – gemessen an Epidemiologie, Krankheitslast und Versorgungsprioritäten – ungenügende Professionsentwicklung monieren, tut eine Bildungsstrategie Not. Diese soll Massnahmen im Bereich Schulen und Bilden vorschlagen, damit die Health Professionals optimal auf ihren Einsatz in den Ansprechstrukturen der Zukunft vorbereitet werden.

1.3 Analyseraster und Methode

Nach einer Einführung mit der Problemstellung und methodischen Erläuterungen fokussiert das zweite Kapitel über die Eingrenzung des Themas auf die Frage, was mit den in der internationalen Diskussion gebräuchlichen Begriffen wie primäre Gesundheitsversorgung („primary health care“) sowie Primär- und Grundversorgung („primary care“) überhaupt gemeint ist und wie sich die verschiedenen Definitionen voneinander unterscheiden. Im dritten Kapitel wenden wir uns den Herausforderungen sowie den Nachfrage- und Marktveränderungen zu, die das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren zu bewältigen hat. Im vierten Teil werden mögliche Modelle und Konzepte betrachtet, die im In- und Ausland diskutiert und erprobt werden, um zukunftsfähige Antworten auf die mutmasslichen Entwicklungen zu geben. Dabei geht es immer auch um die Frage, inwiefern die Schweiz von den internationalen Erfahrungen lernen kann und welche Massnahmen insbesondere im Bereich Bilden und Schulen notwendig sind. Das fünfte Kapitel thematisiert die Situation in der Schweiz, dabei werden insbesondere Barrieren und Widerstände gegenüber innovativen Modellen angesprochen. Im sechsten Kapitel wird ausgehend vom Lancet-Report eingehender auf den Bereich

der Bildung eingegangen. Den Abschluss bildet eine Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse und offenen Fragen mit einem Ausblick.

Die Analyse basiert auf ausgedehnten Rechercharbeiten. Methodisch wurden in einer ersten Phase wissenschaftliche Datenbanken auf Themen wie „primary care“, „medical home“, „ecology of medical care“, „health care utilization“, „shared care“, „integrated (health) care“, „managed care“ und dergleichen abgesucht. Die umfangreiche Bibliographie legte eine Fokussierung nahe. Für die Analyse wurden deshalb hauptsächlich originäre Publikationen und Review-Arbeiten berücksichtigt, in denen grundlegende Fragen aufgeworfen werden. In einem zweiten Schritt wurden in den Referenzen der ausgewählten Publikationen massgebliche weiterführende Quellen identifiziert. Ergänzend wurden mehrere wegweisende Standardwerke beigezogen, so namentlich Berichte und Gutachten des deutschen Sachverständigenrates Gesundheit (SVR-G, 2009), der OECD (Buchan/Calman, 2005) oder der WHO (1978; 1998; 2005; 2008; 2010). Eine Internetrecherche aufgrund eines kontinuierlich erweiterten Glossars der Begriffe und Themen förderte weitere Hinweise zu Konzepten und innovativen Modellen zu Tage.

Die Darstellung des Diskurses und der Situation in der Schweiz stützt sich auf die Darstellungen der Institute für Hausarztmedizin der Schweizer Universitäten, der Gesundheits-Fachhochschulen sowie verschiedener Berufsverbände, der GDK, auf Medienberichte in Tageszeitungen und Fachpublikationen (z.B. Primary Care, Schweizer Ärztezeitung, Care Management), auf Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums obsan (Berchtold/Hess, 2006; Bétrisey/Jaccard Ruedin, 2007) und auf eine vom Büro BASS erstellte Literaturübersicht zum Einbezug nicht-ärztlicher Berufsgruppen in der ambulanten Grundversorgung (Künzi/Detzel, 2007).

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die vorliegende Literaturübersicht nicht den Anspruch einer systematischen Meta-Analyse erheben will. Sie bietet aber einen Überblick über die im In- und Ausland laufenden Diskurse zur ambulanten Grundversorgung, sie zeigt Grenzverschiebungen auf und sie gibt Hinweise für die künftige Ausrichtung der Ausbildung, damit die Professionals den veränderten Anforderungen gerecht werden.

2. Primärversorgung, Grundversorgung, primäre Gesundheitsversorgung – eine Begriffsklärung

2.1 Die Stärkung der Primärversorgung

Angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen, der Beratungsabhängigkeit in komplexen Situationen, des medizinischen Fortschritts, den damit verbundenen hohen Gesundheitsausgaben und nicht zuletzt wegen den veränderten Familienstrukturen wird die Stärkung der Primärversorgung zunehmend als entscheidender Faktor betrachtet, um in Zukunft den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten zu können.

So greift die WHO dreissig Jahre nach der Erklärung von Alma Ata (1978) im Weltgesundheitsbericht 2008 ihr Konzept von „Primary Health Care“ wieder auf und betont, dass primäre Gesundheitsversorgung nötiger sei denn je. Viele Gesundheitssysteme würden derzeit von einer kurzfristigen Massnahme zur nächsten driften und es sei eine zunehmende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung zu beobachten. „Business as usual“ sei jedoch angesichts der anstehenden Herausforderungen keine gangbare Option, und die Staaten werden deshalb aufgefordert, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere „Primary Health Care-Orientierung“ zu geben (WHO, 2008).

Bereits im WHO-Programm „Gesundheit 21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ von 1998 findet sich als 13. Gesundheitsziel die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors, innerhalb dessen die Primärversorgung ein stärkeres Gewicht erhalten soll (WHO, 1998, S. 29). Das Health Council of the Netherlands schrieb denn auch im Jahre 2004 „primary care is very important for the effectiveness and efficiency of the healthcare system as a whole“ (Health Council of the Netherlands, 2004). Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit betrachtet eine starke Primärversorgung als Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem und um eine qualitativ hoch stehende, kosteneffektive und (verteilungs-) gerechte Versorgung bereitstellen zu können (SVR-G, 2009, S. 540). Die Vorteile scheinen offenkundig: Staaten mit einer niederschweligen und gut strukturierten Primärversorgung schneiden bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren in der Regel besser ab und können erst noch tiefere Kosten vorweisen (Schlette et al., 2009, S. 10; SVR-G, 2009, S. 546).

Doch was ist genau gemeint, wenn von einer starken Primär- oder Grundversorgung („primary care“) bzw. primären Gesundheitsversorgung („primary health care“) gesprochen wird? Wie muss sie aussehen und was sind die zentralen Leistungskriterien? Ein Blick in die Literatur führt in ein Paradox: zwar wird ihre Stärkung pauschal als Schlüsselement postuliert, doch existiert bislang keine verbindliche professionsunabhängige Definition. Die Begriffe haben Entstehungsgeschichten und werden je nach Kontext, Zielsetzung und Leistungserbringer auf unterschiedliche Art umschrieben. Die Definitionen sind dabei normativ oder deskriptiv mit oftmals unscharfen Geltungsbereichen und Grenzen.

2.2 Primäre Gesundheitsversorgung der WHO

Die Alma Ata Deklaration der WHO (1978) legt den Fokus auf Gerechtigkeit, Solidarität und gleichberechtigten Zugang für alle Menschen auf der ganzen Welt, auf Gesundheitsschutz und -förderung, auf den Einbezug der Bevölkerung und auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie geht nicht davon aus, dass alle Menschen frei von Krankheiten oder körperlichen Gebrechen sein sollen, aber dass die

Lebensbedingungen möglichst gesundheitsförderlich gestaltet werden, um bei vielen Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu verhindern, dass sie überhaupt auftreten.

Weil Armut als eines der Kernprobleme im Gesundheitsbereich identifiziert wird, sieht die WHO politischen und gesellschaftlichen Handlungsbedarf – lokal, national und global. Gesundheit für alle kann nur im Rahmen sozialer Gerechtigkeit, gesellschaftlicher Veränderungen und aktiver Partizipation der Betroffenen verwirklicht werden. Entwicklung kommt dabei von unten. Entsprechend sind lokale Strukturen die Basis von Primary Health Care, nämlich die Gesundheitsarbeiterinnen, Hebammen, traditionellen Heiler und Ärztinnen, die mit den lokalen Problemen und Bedürfnissen vertraut sind. Neu ist 1978 das Postulat, dass Gesundheit nicht nur von Fachleuten gemacht wird, sondern dass alle Menschen die Pflicht haben, sich aktiv an der Gestaltung ihrer Gesundheit zu beteiligen.

Entsprechend definiert die WHO primäre Gesundheitsversorgung als „unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptabler Methoden und Technologien, die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie ist wesentlicher Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems des Landes, dessen zentrale Aufgabe und Hauptschwerpunkt sie ist, als auch der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung der Gemeinschaft. Sie ist die erste Berührungsebene des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung“ (WHO, 1978, S. 2).

Sie richtet sich auf die Hauptgesundheitsprobleme in der Gesellschaft. Sie umfasst nicht nur Gesundheitserziehung, Gesundheitsschutz für Mutter und Kind, Verhütung und Bekämpfung endemischer Krankheiten, sondern beispielsweise auch eine ausreichende Versorgung mit einwandfreiem Wasser und Lebensmitteln sowie Bildung, um die Ernährung und die Wohn- und Arbeitsbedingungen zu verbessern, die landwirtschaftliche Produktion zu erhöhen oder Seuchen zu bekämpfen.

Primäre Gesundheitsversorgung wird von der WHO in der Alma Ata Deklaration wie auch im Weltgesundheitsbericht von 2008 als umfassende gesellschaftliche Aufgabe verstanden. Es geht um soziale Gerechtigkeit als Ziel und Grundwert. Mit diesem Focus geht der WHO-Ansatz weit über das Gesundheitswesen im engeren Sinn hinaus. Gesundheit ist damit zugleich Voraussetzung und Ergebnis einer gerechten Gesellschaft. Kurative Dienstleistungen sind dabei nur ein Tätigkeitsfeld neben Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

2.3 Primärversorgung als Teil des Gesundheitswesens

Autoren, die sich auf die Alma Ata Deklaration oder auf den Weltgesundheitsbericht der WHO beziehen, sprechen zum Teil von Primärversorgung, zum Teil von primärer Gesundheitsversorgung (z.B. SVR-G, 2009, S. 539f; Schlette et al., 2009). Obwohl die beiden Begriffe oft als Synonyme verwendet werden (z.B. Health Council of the Netherlands, 2004), ist ihre Bedeutung nicht immer deckungsgleich. Boerma beispielsweise schreibt dazu, dass Primärversorgung – anders als primäre Gesundheitsversorgung – sich

ausschliesslich auf Funktionen und Leistungen bezieht, die innerhalb des Gesundheitssystems erbracht werden (Boerma, 2006, S. 6). Dieser Focus ist deutlich enger als der Ansatz verflochtener multisektorieller Politiken der WHO.

Der engeren Definition, die Primärversorgung innerhalb des Gesundheitssystems betrachtet, folgt auch der vorliegende Bericht. Zur Primärversorgung gehören demzufolge ambulante Strukturen, in denen Health Professionals mit einem formalen Abschluss Leistungen erbringen. Die sozialpolitischen Ziele und Veränderungen, die multisektorielle Entwicklungsprozesse insb. im Bildungswesen, in der Landwirtschaft und in den Wirtschaftsbeziehungen erfordern, bleiben dabei ausgeklammert.

Angelehnt an das Anliegen der Alma Ata Deklaration, alle verfügbaren Ressourcen zu integrieren, wird jedoch auch hier ein multidisziplinärer bzw. interprofessioneller Ansatz verfolgt, der verschiedene ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einbezieht, die an der *front line of primary care* bei akuten Gesundheitsanliegen arbeiten und Leistungen erbringen.

Es ist zudem anzumerken, dass auch mit der Einschränkung auf das Gesundheitssystem Primärversorgung auf verschiedene Arten umschrieben werden kann. Je nach Land, System oder Profession bezeichnet der Begriff eine Versorgungsebene, die in einer Angebotspalette zwischen informeller Pflege und Spital angesiedelt ist, oder er bezieht sich auf bestimmte Funktionen und Aktivitäten oder bestimmte Charakteristika betreffend die Organisation der Gesundheitsversorgung.

Jede Definition ist aber auch ein Kind ihrer Zeit und der aktuellen Umstände. Gerade weil die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stetig wächst, wird auch der Geltungsbereich zunehmend breiter. Die Verfügbarkeit von Wissen und Technologien führen zu einer Ausweitung, welche Normen und Grenzen unscharf werden lässt. Ausgehend von Verfassung und Bundesgesetzen wird in der Schweiz zwar versucht, den Geltungsbereich einzugrenzen. Dabei wird einerseits als Minimalstandard festgehalten, dass die Leistungen der medizinischen Grundversorgung „über die jeder Person aufgrund einer *Notlage*, nur auf die konkreten Umstände des Einzelfalls zugeschnittene minimale Hilfe in medizinischer Hinsicht hinaus[gehen].“ Die Abgrenzung am anderen Ende des Leistungsspektrums bleibt jedoch unscharf, denn medizinische Grundversorgung umfasst „nicht sämtliche Leistungen der *Gesundheitsversorgung*. So gehören insbesondere nur vereinzelt beanspruchte Leistungen (z.B. Behandlung von sehr selten auftretenden Krankheiten) oder Leistungen, welche aus anderen Gründen (z.B. Verfügbarkeit von auf einzelne Krankheitsbilder gerichtetes Spezialwissen, Qualitätserfordernisse, hohe technische Anforderungen oder finanzielle Auswirkungen) lediglich in konzentrierter Form angeboten werden können“ nicht dazu (BAG, 2011, S. 9).

Wenn wir den Blick auf die Strukturen lenken, die sich in den meisten Industriestaaten herausgebildet haben, so handelt es sich bei Primärversorgung um die erste Anlaufstelle oder die erste Berührungsebene der Nutzer und Nutzerinnen mit dem kurativ ausgerichteten Gesundheitssystem. Dazu gehören z.B. Arztpraxen, der Spitalnotfall, aber auch Apotheken, Komplementärtherapeuten, Walk-in-Kliniken und andere Ansprechstrukturen, die im Fall von akuten Gesundheitsproblemen aufgesucht werden. Unter Berücksichtigung der Krankengeschichte der erkrankten Person und ihres persönlichen und sozialen Kontextes wird das Problem systematisch mit einer wissenschaftlichen Methodik identifiziert und über das weitere Vorgehen entschieden. Zum Teil reicht es aus, Ratschläge abzugeben und zu informieren. Zum Teil werden weitere Untersuchungen oder Therapien notwendig sein. Dies

kann unter Einbezug weiterer Disziplinen, sei es aus der Primär-, sei es aus der Sekundärversorgung, geschehen, d.h. die Patienten und Patientinnen werden bei Bedarf an die zuständige kompetente Stelle weiterverwiesen. Eine wichtige Funktion der Primärversorgung ist in diesem Fall die Koordination der Behandlung „to avoid duplication and safeguard the continuity of the treatment“ (Boerma, 2006, S. 7). Neben der kurativen Versorgung werden auch Prävention, Rehabilitation und Palliativmedizin als wichtige Funktionen der Primärversorgung genannt (Boerma, 2006, S. 7; Schlette et al., 2009, S. 12-13, BAG, 2011, S. 9).

Zusammengefasst besteht Primärversorgung, wie wir sie hier verstehen, aus Strukturen und Funktionen im ambulanten Sektor, die für die Bevölkerung niederschwellig zugänglich sind, insbesondere bei akuten Gesundheitsproblemen Antworten geben und allgemeine Leistungen erbringen, möglichst nahe am Wohnort der Menschen situiert sind und die im Idealfall das soziale und familiäre Umfeld der Patienten und Patientinnen einbeziehen.

2.4 Primärversorgung ist mehr als Hausarztmedizin

In vielen Ländern – insbesondere in den westlichen Industrieländern – werden wesentliche Funktionen der Primärversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen erbracht (z.B. SVR-G, 2009, S. 42; BAG, 2011, S. 10). Diese Generalisierung ausgehend von besonderen Kompetenzen in Diagnose und Kuration ist eine berufspolitische Errungenschaft, die wesentlich von Postulaten von Vordenkern wie Abraham Flexner (Flexner, 1910) angeleitet und von wirkungsvoll agierenden Standesorganisationen umgesetzt wurde.

Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass die Diskurse insbesondere im deutschsprachigen Europa zu einem grossen Teil ärztezentriert verlaufen. Aus dieser Sicht wird unter Primär- oder Grundversorgung eine ausschliesslich hausarztbasierte Gesundheitsversorgung verstanden, die von der spezialisierten Versorgung (ambulant oder stationär) abgegrenzt wird (z.B. Haller et al., 2009). Als Hausärzte gelten gemäss der (auch von den staatlichen Regulatoren auf Bundes- und Kantonsebene übernommenen) Definition der schweizerischen Ärztevereinigung FMH Mediziner mit einem Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktischer Arzt, die in eigener Praxis arbeiten. Die Marktentwicklung mit dem Trend zur Spezialisierung und dem fehlenden Interesse des Nachwuchses am tradierten Hausarztprofil hat die Ärztevereinigung bewogen, den Geltungsbereich auszuweiten. Seit 2008 können Ärzte und Ärztinnen angeben, ob sie auf einem der Hausarzt-Fachgebiete tätig sind – unabhängig vom erworbenen Facharztstitel (Kraft, 2008, S. 1113, siehe auch SWTR, 2007, S. 13f). Diese Ausweitung ist allerdings auch im Lichte des selektiven Zulassungsstopps zu sehen: während spezialisierte Fachärzte angesichts der hohen Marktsättigung faktisch nur noch eine Praxisbewilligung erhalten, wenn ein Kollege in Pension geht, gilt diese Restriktion für Grundversorger nicht. Das Etikett Grundversorger verschafft damit jungen Ärzten und Ärztinnen Marktzugang.

Grundsätzlich gelten für die Hausarztmedizin die gleichen Merkmale, die bereits für die Primärversorgung allgemein genannt wurden. Gemäss Wonca Europe, einer Dachorganisation der Hausärzte, stellt die Hausarztmedizin „den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“ (WONCA EUROPE, 2002, S. 37).

Man kann sich nun die Frage stellen, ob dieser erste Kontaktpunkt zwingend eine ärztliche Fachperson sein muss oder ob nicht nach Massgabe des

Gesundheitsproblems auch andere Strukturen und Leistungserbringer zweckmässig sein können. Tatsächlich zeigt ein Blick auf die Gesundheitssysteme verschiedener Länder, dass in der Primärversorgung neben Ärzten und Ärztinnen zum Teil auch Pflegefachpersonen, Apotheker, Physiotherapeuten und Hebammen wichtige Aufgaben übernehmen und mit ihren spezifischen Kompetenzen den Bürgern und Patienten ebenfalls den Zugang zu professionellen Leistungen des Gesundheitssystem ermöglichen (Boerma, 2006, S. 9-10).

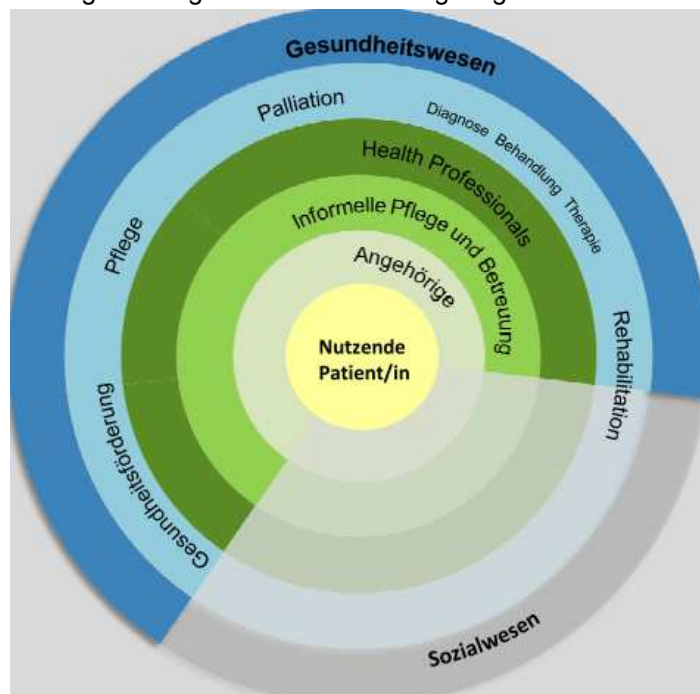
Viele Autoren betonen deshalb, dass Primärversorgung mehr ist als ärztliche bzw. allgemeinmedizinische Versorgung (z.B. Schlette et al., 2009, S. 8; Boerma, 2006, S. 8). Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit schreibt, dass Primärversorgung „über allgemeine bzw. hausärztliche Versorgung hinaus[geht], indem sie unter den Gesichtspunkten der Versorgungsaufgabe, der verschiedenen Professionen und ihrer länder- und ressourcenspezifischen Ausprägung unterschiedliche Modelle umfasst. Stellt man die Versorgungsaufgabe in den Vordergrund kommt es u.a. darauf an, welche gewachsenen Versorgungsstrukturen zukünftig in der Lage sind, das Bedürfnis der Bürger nach primärer Versorgung aller Gesundheitsanliegen zu befriedigen“ (SVR-G, 2009, S. 539-540).

2.5 Grundversorgung antwortet auf die Nachfrage der Nutzer

Eine neuere Entwicklung, die allerdings bereits in den WHO-Berichten seit Alma Ata angelegt ist, betrifft den Perspektivenwechsel: Jeder Einzelne ist für seine Gesundheit mitverantwortlich und hat sein Gesundsein oder sein Gesundwerden aktiv mitzugestalten.

Dieser Paradigmenwechsel (siehe dazu Kapitel 3.3) hat weit reichende Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Health Professionals und Patienten bzw. Nutzern des Gesundheitssystems – und damit auf die Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in therapeutischen Beziehungen. Es geht nicht mehr nur darum, dass eine Gesundheitsfachperson mit ihrer spezifischen Expertise, ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten bei einem bedürftigen Patienten als (passives) Objekt interveniert und Heilung herbeiführt. Aktive Patienten gestalten als Subjekte das therapeutische Handeln und Geschehen bewusst und aktiv mit z.B. durch Recherchen, Rückfragen und Zweitmeinungen, indem sie Massnahmen zustimmen oder diese ablehnen, durch das Einfordern von Wahlmöglichkeiten und das Nutzen von Alternativen, indem sie ihre eigenen Ressourcen in einer bestimmten Weise mobilisieren und einsetzen usw.

Dieses Verständnis einer emanzipierten therapeutischen Beziehung ist in die Strategiebildung der Careum Stiftung eingeflossen. Im Ansatz wird daher



konsequent von der Nutzerperspektive ausgegangen. Dies führt zu einem Systemverständnis, das sich in vereinfachter Form als Schalenmodell darstellen lässt. Dabei stehen kompetente Nutzer oder Patienten mit einem möglichst hohen Grad an Autonomie im Zentrum.

Abb. 1:
Akteure und Ansprechstrukturen im Versorgungssystem

Diese Patienten oder Nutzer (sowie mitbestimmend oder stellvertretend) auch ihre Angehörigen wollen (autonom) ein Fachperson ansprechen können, um zweckmässige Unterstützung und professionelle Leistungen zu erhalten.

Im Schalenmodell bilden die Angehörigen bzw. das soziale Umfeld mit der informellen Unterstützung und Pflege im häuslichen Kontext die ersten beiden Versorgungslinien¹. Diese unbezahlten (und vielleicht gar unbezahlbaren) Leistungen sind gesellschaftlich unabdingbar und bilden das Fundament der Grundversorgung. Die Health Professionals, die in der Literatur gerne als *front line of primary care* umschrieben werden, folgen erst in der dritten Reihe - und können nebst dem Gesundheitswesen zunehmend häufiger auch im Sozialwesen verortet sein.

Autonome Patienten und/oder Nutzer des Gesundheitssystems greifen auf verfügbare Ressourcen zu. Der zentrale Ort ist nicht mehr das Hospital oder die Praxis, sondern der Haushalt. Damit wird das Gesundheitssystem gewissermassen umgestülpt.

Dem emanzipierten und autonomen Nutzer geht es allerdings nicht primär um eine Umkehr möglicherweise paternalistisch unterlegter Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse, sondern um einen Dialog, in dem er als Mitproduzent der eigenen Gesundheit Ernst genommen und ins Versorgungsgeschehen einbezogen wird (Schaeffer, 2004). Wenn der Patient als gestaltendes Subjekt in den Mittelpunkt rückt, mag dieser „Machtfaktor Patient“ (Careum Congress 2010) in der Wahrnehmung vieler Health Professionals in der Tat eine neue, wenig bekannte Variable sein, die auch verunsichert, tradierten Rollenbildern zuwiderläuft oder gar Ängste auslöst.

In einem liberalen System mit einer ständig breiter werdenden Palette an qualitativ hochstehenden Angeboten in der Primärversorgung kann das Nachfrageverhalten informierter Patienten und autonomer Nutzer das ganze Versorgungssystem verändern. Wenn Nutzer selektiv auf die im Versorgungssystem verfügbaren Ressourcen zugreifen, kann beispielsweise der Mangel einer bestimmten Kategorie an Health Professionals (z.B. Hausärzten) deren Substitution fördern und nebenbei diese Professionen weiter schwächen. Solche Nutzer geben zudem möglicherweise der zeitnah und niederschwellig verfügbaren zweckmässigen Leistung (convenience) den Vorzug gegenüber der zwar höchst professionellen aber nicht zugänglichen Expertenleistung. Beim laufend steigenden Anteil von eigenfinanzierten Leistungen wird gerade der autonome Nutzer erst recht wählerisch – und versteht es auch, sich ggf. rasch Zugang zu den traditionellen Institutionen und Leistungserbringern zu verschaffen.

2.6 Ansprechstrukturen statt Primärversorgung

Die Diskussion der Quellen und das Selbstverständnis der Akteure zeigen, dass die Begriffe Primär- und Grundversorgung je nach Kontext und Interessenlage unterschiedlich definiert werden. Diese Erkenntnis hat uns bewogen, einen allgemeineren Begriff zu suchen, der nicht auf einen bestimmten Verwendungszusammenhang verweist.

Mit Blick auf den Geltungsbereich verwenden wir im vorliegenden Bericht die Bezeichnung „ambulante Ansprechstrukturen“. Gemeint ist damit die professionelle *front line of primary care*, d.h. Strukturen des ambulanten Versorgungsbereichs, in denen Health Professionals bei dringlichen Erstkonsultationen und akuten Gesundheitsproblemen sowie bei der Betreuung Chronischkranker (in aller Regel

¹ Siehe dazu insbesondere auch die Arbeiten von Careum F+E im Bereich work&care www.workandcare.ch

gegen Entgelt) Leistungen erbringen. Es handelt sich um die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem, bei der die Bevölkerung bei Gesundheitsanliegen eine professionelle Antwort erhält.

Mit diesem Begriff sollen, wie vorgängig dargelegt, die informierten Patienten und autonomen Nutzer ins Zentrum gestellt werden. Ausgangspunkt unserer Überlegungen sind aktiv ihre Gesundheit gestaltende Menschen in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen, die sich eine ihren Bedürfnissen angepasste, qualitativ gute, erreichbare und bezahlbare Gesundheitsversorgung wünschen. Sie nehmen Leistungen in Anspruch und beeinflussen durch ihre Nachfrage das Angebot – wobei selbstverständlich nicht ausgeblendet werden darf, dass die institutionelle Verfestigung übergeordneter Strukturen, Rahmenbedingungen und Finanzierungsmechanismen im Verlaufe der letzten Jahrzehnte die Inanspruchnahme von Leistungen in Kanäle zwängt, auf die eine einzelne Person kaum Einfluss hat.

In der Analyse geht es nicht um die Erstellung einer Positivliste und schon gar nicht um eine Evaluation, wer aus Sicht der Leistungserbringer zur Grundversorgung gezählt werden kann und wer nicht. Uns interessiert, welche Ansprechstrukturen aus der Nutzer- und Nachfrageperspektive die Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigen. Wohin wenden sich die Menschen, wenn sie professionelle Antworten auf Gesundheitsanliegen benötigen? Wie müssen die Ansprechstrukturen aus Sicht der Patienten und Angehörigen aussehen? Welche Angebote und Strukturen erfüllen die heutigen und zukünftigen Anforderungen am zweckmässigsten? Über welche Kompetenzen müssen die Leistungserbringer verfügen, um die zunehmend autonomen Patienten und Patientinnen adäquat zu versorgen?

In der internationalen Literatur (insb. SVR-G, 2009, S. 542; WHO, 2008) werden folgende Leistungskriterien für eine starke Primärversorgung genannt:

- Zugänglichkeit („accessibility“),
- Gleichheit („equity“),
- Angemessenheit („appropriateness“),
- Qualität („quality“),
- Effizienz („efficiency“),
- Kontinuität („long-term continuity“) und
- Bevölkerungsbezug („community/public health oriented“).

Ansprechstrukturen müssen für jedermann einfach zugänglich sein und eine qualitativ gute Versorgung zu möglichst günstigen Kosten bieten. Sie sollten eine kontinuierliche Versorgung gewährleisten und nicht nur die einzelne Person, sondern die gesamte Bevölkerung in den Blick nehmen. Als wichtiges Qualitätsmerkmal wird zudem immer häufiger die Patientenzentrierung bzw. Nutzerorientierung erwähnt (z.B. Bauer et al., 2005).

Gemäss dem deutschen Sachverständigenrat wird eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort und in der richtigen Art und Weise erbracht (SVR-G, 2005, S. 21). Damit wird jedoch noch nichts darüber gesagt, welche Ansprechstrukturen zweckmässig sind, welche Berufsgruppen welche Aufgaben am besten wahrnehmen können, welche bildungsbezogenen Voraussetzungen notwendig sind, in welchem Verhältnis die in Frage kommenden Leistungserbringer organisatorisch zueinander stehen oder welches die Indikatoren für die Qualität der Versorgung sind.

3. Neue Herausforderungen für die ambulanten Ansprechstrukturen

3.1 Hochaltrigkeit, Zunahme von chronischen Leiden und Multimorbidität

Die Menschen in den Industrieländern leben immer länger bzw. sterben später. In der Schweiz ist die Lebenserwartung bei Geburt von unter 50 Jahren um 1880 auf 79,8 Jahre bei den Männern und 84,4 Jahre bei den Frauen gestiegen (2009) und gehört damit zu den höchsten in Europa (BfS, 2011). Durch die gleichzeitig tiefe Geburtenrate verändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung. Heute ist bereits jede sechste Person in der Schweiz über 65 Jahre alt. Mit der demografischen Alterung nimmt die Zahl der Personen mit chronischen Leiden sowie mit mehrfachen Erkrankungen (Polymorbidität) zu. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch das Durchschnittsalter der Health Professionals und es sinkt die Zahl derjenigen, die informelle Pflege- und Betreuungsleistungen rund um die Uhr erbringen können und wollen (WHO, 2005; Busse et al., 2010; Beyer et al., 2010, S. 94).

Damit kommen auf das Gesundheitswesen grosse Herausforderungen zu. Die Nachfrage nach Leistungen wird steigen und insbesondere die Koordination der Versorgung bei chronisch und mehrfach erkrankten Personen wird in Zukunft zu einer zentralen Aufgabe werden. Gefordert sind vor allem die Ansprechstrukturen der Grundversorgung, weniger die Strukturen der spezialisierten Medizin, die für die Behandlung von komplexen akuten und seltenen Erkrankungen in überregionalen Zentren konzentriert und damit leistungsfähiger sind. Für die Betreuung von Chronischkranken sind hingegen die Strukturen der Grundversorgung i.d.R. angemessener und auch erfolgreicher (Beyer et al., 2010, S. 95). Gleichzeitig steigt die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung, denn gerade bei einer älter werdenden Bevölkerung kann gesundes Verhalten die Autonomie erhöhen sowie die Abhängigkeit von Versorgungsleistungen verringern bzw. um Jahre hinauschieben. Diese demografischen Entwicklungen bringen es auch mit sich, dass rehabilitative und palliative Versorgungsleistungen einen immer grösseren Teil ausmachen, während die Akutversorgung - relativ gesehen - an Bedeutung verliert.

Bereits heute sind über 80% aller Beratungsgespräche in der Hausarztpraxis durch chronische Krankheiten bedingt. Trotzdem ist die typische Praxis bisher nur wenig darauf vorbereitet. Sie folgt noch zu oft der „Dominanz des Dringlichen“ und orientiert sich an den fragmentierten Mustern einer Akutversorgung. Beyer et al. sprechen von einer „Chronic Care Crisis“ und meinen damit den Zustand des mangelnden Vorbereitet-Seins der Leistungserbringer auf eine effiziente Versorgung chronischer Erkrankungen bei gleichzeitiger Zunahme der Versorgungslast durch diese Krankheiten (Beyer et al., 2010, S. 95-96, siehe auch Wagner et al., 1996, S. 513).

Einer der Gründe liegt darin, dass die heutigen Mediziner und Medizinerinnen falsch, d.h. nicht der zukünftigen Nachfrage entsprechend, ausgebildet werden (Casalino 2010, Iglehart 2010, PriceWaterhouseCoopers 2005). Sie lernen primär Diagnostik und den Umgang mit Akutsomatik. Das vorherrschende ärztliche Interventionsparadigma sieht vor, dass zuerst diagnostiziert und anschliessend therapiert werden kann. Die rasante wissenschaftliche Entwicklung fördert zudem die Arbeitsteilung und Spezialisierung. Bei der Versorgung von hochaltrigen und chronisch kranken Patienten und Patientinnen sind jedoch andere Kompetenzen wichtiger. Die Diagnose ist meist klar und die therapeutischen Möglichkeiten sind

limitiert. Gefragt ist deshalb weniger ärztliches Know-how, sondern es braucht ambulante Ansprechstrukturen, die eine kontinuierliche Beobachtung und Betreuung sicherstellen können. Welche Berufsgruppen innerhalb dieser Ansprechstrukturen welche Aufgaben übernehmen können, ist eine Frage, die noch zu beantworten ist. Dabei ist offensichtlich, dass Wirkungen und Patientennutzen immer häufiger das Ergebnis eines Prozesses sind, bei dem Heilung und Linderung von Leiden nicht von der Intervention einer einzigen Person abhängen – z.B. vom Hausarzt. Die Definition und das Erreichen definierter Ziele präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer oder palliativer Massnahmen sind ein Teamergebnis, für das neben den Health Professionals auch die Patienten und Patientinnen als „mitgestaltende Akteure im Prozess des Versorgungsgeschehen“ einbezogen werden müssen (Schaeffer, 2004, S. 18).

Gefordert sind deshalb neue Kompetenzen für ärztliche und nicht-ärztliche Health Professionals, die sie auf die Betreuung chronisch und mehrfach erkrankter Patienten und Patientinnen vorbereiten und die ein optimales und wirksames Zusammenspiel mehrerer Berufsgruppen ermöglichen. Wir müssen uns mehr als bisher fragen, welche Kompetenzen dies genau sind und wer demzufolge innerhalb eines Behandlungsprozesses welche Aufgaben übernehmen soll. Die Hochaltrigkeit und der starke Zuwachs an chronisch und mehrfach erkrankten Personen erfordert andere Kompetenzen als diejenigen, die heute die Lehrpläne dominieren, und andere Ansprechstrukturen, als sie heute die Versorgungslandschaft prägen.

3.2 Abnahme der Workforce

Während auf der einen Seite die Nachfrage nach Leistungen zunimmt, ist auf der anderen Seite der sich abzeichnende Nachwuchsmangel in der Grundversorgung ein Thema, welches in vielen Ländern zu reden gibt. Für die Schweiz rechnet eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums bis 2030 mit einer Versorgungslücke in der Hausarztmedizin von bis zu 40% (Seematter-Bagnoud et al., 2008). In den Medien wird vom „grossen Hausarztsterben“ und von medizinischen Versorgungslücken gesprochen (Meier, 2010, S. 1544). Engpässe zeigen sich vor allem bei der Nachfolgeregelung in Einzelpraxen, dem klassischen Modell der hausärztlichen Grundversorgung (BAG, 2011, S. 6). Die Gründe liegen einerseits in einer Präferenz für die Facharztmedizin (u.a. wegen der beruflichen Sozialisation im Umfeld der Universitätsspitäler), andererseits in einem allgemeinen Nachwuchsmangel auf Grund der limitierten Berufsperspektiven, dem geringen Sozialprestige innerhalb der Medizin, der mit dem gewünschten Lebensstil schlecht vereinbaren zeitlichen Präsenz, der „Praxisfessel“ einer hohen Verschuldung – aber auch der seit Jahren von den Hausärzten selber geführten Negativkommunikation.

Auch die Feminisierung des Arztberufs (heute sind über 60% der Studierenden Frauen) führt zu einem Verlust an ärztlicher Workforce. Bei der Wahl zwischen Kind und Karriere entscheidet sich gemäss einer schweizerischen Kohortenstudie die Mehrheit der Ärztinnen für ein traditionelles Familienmodell. Als Ergebnis arbeiten 72% der Ärztinnen mit Kindern Teilzeit; davon 53% mit einem Stellenpensum von 50% oder weniger (Stamm, 2009). Wenn mehr als die Hälfte der Medizinerinnen weniger als die Hälfte der Zeit arbeitet, entsteht ein „Ärzttecknick“. Dieser Trend ist national (Bétrisey/Jaccard Ruedin, 2007) und international (Bourgueil et al., 2007; Kloiber, 2006; Fujisawa/Lafortune, 2008; Redaelli et al., 2009) zu beobachten.

Veränderte Lebensentwürfe und Berufsvorstellungen finden sich aber nicht nur bei den Frauen. Auch Männer sind heute immer weniger bereit, in allen Lebenssituationen rund um die Uhr verfügbar zu sein (GDK, 2006). Eine 2005

durchgeführte Befragung der Schweizer Hausärzteschaft förderte zu Tage, dass knapp die Hälfte, d.h. Frauen wie Männer, sich ein niedrigeres Arbeitspensum wünscht (Marty/Tschudi, 2005, S. 21). Ausserdem wird die Zeit, die für Konsultationen zur Verfügung steht, nicht nur durch geringere Arbeitspensum, sondern auch durch administrative Tätigkeiten, dem Besuch von Fortbildungsveranstaltungen und weiteren patientenfernen beruflichen Aktivitäten eingeschränkt. Wenn weniger Hausärzte zur Verfügung stehen, muss jeder Arzt und jede Ärztin mehr Personen versorgen. Die Abnahme der ärztlichen Workforce führt zwar nicht zwingend dazu, dass weniger ärztliche Grundversorgung gemacht wird. Doch ein hoher Konsultationstakt ist der Qualität abträglich. Angerer und Schwarz (2009, S. 237) zitieren zwei vergleichende Länderstudien, die anhand quantitativer Daten ungleiche Versorgungsqualität vermuten lassen: Während in Deutschland eine Konsultation im Schnitt weniger als 8 Minuten dauert, sind es in Grossbritannien 9.4 bzw. 11.1 Minuten. In den Niederlanden dauert eine Konsultation 10.2 bzw. 13.2 Minuten. Die Unterschiede lassen sich durch die Methode erklären: die tieferen Werte wurden in objektiven Verfahren mittels Video und Stoppuhr ermittelt, die höheren beruhen auf Selbstdeklaration in Telefoninterviews. In der Schweiz wurde in einer kleinen Stichprobe von interviewten Grundversorger/innen eine durchschnittliche Konsultationsdauer von 15 Minuten deklariert – ein hoher Wert, der nicht durch objektive Daten unterlegt ist. Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung bringt Casalino (2010) den unerwünschten Nebeneffekt heutiger Abgeltungssysteme auf den Punkt: die leistungsabhängige Vergütung macht die Ärzte faktisch zu Akkordarbeitern.

Bodenheimer schreibt, dass heute ein Grundversorger-Arzt in den USA 18 Stunden am Tag arbeiten müsste, um einem typischen Patientenmix alle empfohlenen Leistungen für Prävention und der Versorgung Chronischkranker zukommen zu lassen. In den 15 Minuten, die heute durchschnittlich pro Patient zur Verfügung stehen, kann bestenfalls die Hälfte der evidenzbasierten Versorgung, die erforderlich wäre, geleistet werden (Bodenheimer, 2008, S. 2086).

Das Problem ist bekannt und es wird nach Lösungen gesucht: Aus- und Weiterbildungen werden verbessert, junge Medizinstudierende bereits im Studium motiviert, in Richtung Hausarztmedizin zu gehen. Es gibt Bestrebungen, die Entlohnung von Allgemeinmedizinern, insbesondere in ländlichen Regionen, zu verbessern und die Praxistätigkeit attraktiver zu gestalten. Das sind zwar alles Schritte in die richtige Richtung, doch angesichts des allgemeinen Nachwuchsmangels werden sie kaum ausreichen, um der steigenden Nachfrage nachhaltig gerecht zu werden.

Gefordert sind neue Versorgungsmodelle, die es gestatten, die verfügbare Workforce so einzusetzen, dass sie für die Nachfrager den besten Nutzen erbringt. Dabei muss der Blick nicht nur auf das Feld der Medizinalberufe ausgeweitet werden, auf dem sich insbesondere die Apotheker für Grundversorgungsaufgaben fit machen. In Folge der sogenannten „Akademisierung“ insbesondere der Pflege und der therapeutischen Berufe gibt es immer mehr Gesundheitsfachpersonen mit Hochschulabschluss und Weiterbildungen, die in Teilgebieten Aufgaben eigenverantwortlich und in vergleichbarer Qualität wie ärztliche Fachpersonen übernehmen können.

Die gesundheitspolitischen Debatten – oszillierend zwischen der Angst vor Mangel und Unterversorgung, regulatorischen Beharren auf dem Arztvorbehalte und standespolitischer Protektion – lassen erkennen, dass noch erheblicher Spielraum besteht, um die neuen Kompetenzprofile der Fachhochschul-Absolventen und Absolventinnen zu nutzen und sie bedarfsgerecht einzusetzen. Dies ist umso bedeutsamer als die Grundversorgung – wie aufgezeigt wurde – nicht nur kurative, sondern immer mehr auch präventive, rehabilitative und palliative Versorgung

umfassen soll und muss. Die Vernetzung und enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsleute ist deshalb unabdingbar (BAG, 2011, S. 7). Damit dies möglich wird, müssen die vorhandenen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen mit den Anforderungen in der Versorgungspraxis abgeglichen und allfällige Defizite in bestimmten Bereichen (z.B. Pathophysiologie, klinisches Assessment) mit Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen behoben werden (vgl. Kap. 6.3).

3.3 Neue Rolle der Nutzerinnen und Nutzer

Wenn Patienten und Patientinnen professionelle Ansprechstrukturen aufsuchen, befinden sie sich in der Regel in einer krankheitsbedingten Situation oder gar Notlage, die sie (und die Angehörigen oder Nahestehenden) selbst nicht lösen können. Sie sind in diesem Moment nicht kompetente Akteure ihrer Situation, in ihrer Autonomie und Souveränität eingeschränkt und bedürfen der Unterstützung und Hilfestellung durch Health Professionals (Schaeffer, 2004, S. 15-16). Diese Hilflosigkeit ist die Grundlage des traditionellen paternalistischen Handlungsmodells, in dem Health Professionals seit über 100 Jahren sozialisiert werden: das Expertenwissen ist ausschliesslich auf Seiten der Fachpersonen zu finden und die Patienten und Patientinnen werden als passive Objekte angesehen, an denen eine therapeutische Intervention erfolgt. Die Autorität und alleinige Entscheidungssouveränität liegen demzufolge beim Arzt oder der Ärztin bzw. bei den anderen Gesundheitsfachpersonen, nicht jedoch bei der Person, die Hilfe sucht.

Doch die Patienten und Patientinnen und ihre Erwartungen verändern sich. Sie werden souverän und stellen sich in den Mittelpunkt (Dierks 2001). Die „bevormundeten, gehorchenden Patienten“ wandeln sich zunehmend zu „mündigen Patienten“ und „smart consumers“, die mitentscheiden wollen und nicht selten über mehr Expertenwissen als die Health Professionals selbst verfügen (Panfil/Sottas, 2009, S. 4). Diese Entwicklung hat durch das verbesserte Schulsystem und die robustere Allgemeinbildung, die zunehmende Verfügbarkeit von Informationen sowie die vielen neuen Kommunikationskanäle, Instrumente und Kommunikationsformen enormen Auftrieb erhalten. Das Beschaffen von Gesundheits- und Krankheitsinformationen ist im Internet-Zeitalter um einiges einfacher und demokratischer geworden und führt dazu, dass das Expertenwissen nicht mehr nur den Health Professionals gehört. Die „health literacy“ der Menschen, d.h. ihr alltagspraktisches Wissen und ihre Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit (Abel et al., o.J.), nimmt im Allgemeinen zu. Heutige Patienten und Patientinnen geben sich deshalb immer weniger mit einer passiven Rolle zufrieden, sondern möchten an den medizinischen Entscheidungen, die ihre Person betrifft, beteiligt werden. Dadurch werden die therapeutischen Beziehungen zwischen Patienten, Angehörigen und Health Professionals neu definiert. Das Picker Institut, das in acht europäischen Ländern eine Studie zum „Future Patient“ durchführte, hält dementsprechend fest, dass „das paternalistische Modell der Gesundheitsversorgung [...] sich zu einem Modell der Mitwirkung und gemeinsamen Entscheidungsfindung“ wandelt (SGGP, 2003, S. 9).

In der Analyse der Verhältnisse und Beziehungen werden diese Veränderungen und Verschiebungen wahrgenommen und führen zu einem reflexiveren Handeln. So wird etwa immer öfters von Nutzern statt von Patienten gesprochen, um sie so „von ihrem Status als Objekt von Behandlung und Versorgung zu befreien“ (Schaeffer, 2004, S. 15). Gemäss Schaeffer sollte mit dieser Umbenennung den entmündigenden und passiven Elementen der Patientenrolle und dem im Versorgungsalltag zu beobachtenden Paternalismus entgegengetreten werden. Der Begriff „Nutzer“ zielt auf den Vorgang der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen und impliziert keine Einschränkung der Autonomie und Asymmetrie

der Beziehung zum Leistungserbringer wie dies beim Begriff „Patient“ der Fall ist (Schaeffer, 2004, S. 18). Das Diktum lautet heute „der Patient im Mittelpunkt“, denn „der Erfolg einer jeden gesundheitsbezogenen Leistung [ist] von der Mitwirkung der Nutzer selbst abhängig“ (Bauer et al., 2005, S. 2). Weit verbreitet ist auch die Bezeichnung „mündiger Patient“, die – wie Dieterich aufzeigt – verschiedene Bedeutungen umfasst. Der mündige Patient ist autonom und verantwortungsbewusst, gut informiert und kritisch, frei in seinen Entscheidungen, aber auch anspruchsvoll (Dieterich, 2007).

Die Health Professionals stehen somit vor grossen Herausforderungen. Sie müssen sich auf die veränderte Rolle der Patienten bzw. der Nutzer und deren Angehörigen einstellen – und sie auf eine neue Weise einbringen. Die Rede ist von Patientenzentrierung oder -orientierung, welche in der Folge der Bürgerrechts- und Konsumentenbewegung Fuss fassten (Brody 1980), den Wechsel vom paternalistischen Modell zum informativen Modell der therapeutischen Beziehung beschleunigten und sich in den 1990-er Jahren zum Konzept des „shared decision making“ verdichteten (Klemperer und Rosenwirth 2005: 5).

Gemeint ist damit „das Ausrichten der Betreuung auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten sowie ihre Befähigung aktiv am Krankheitsmanagement teilnehmen zu können“ (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 7; siehe auch Frampton et al., 2008). Das heisst auch, dass der Mensch und nicht seine Krankheit im Zentrum steht. Health Professionals befassen sich nicht mit „Lungenkrebs“, sondern mit „Menschen mit Lungenkrebs“.

Dieser Paradigmenwechsel hin zur Würdigung der subjektiven Aspekte der Betroffenen stösst als Konzept auf breite Zustimmung. Aber die Praxis hinkt dem Idealbild hinterher. So zeigte beispielsweise die oben erwähnte Studie des Picker Institutes, dass viele Arzt-Patienten-Beziehungen noch weit von einem partizipativen Modell entfernt sind. Viele Ärzte und Ärztinnen hätten zu wenig Zeit für die einzelne Person und die befragten Personen klagen über fehlendes psychologisches Verständnis in der therapeutischen Beziehung (SGGP, 2003, S. 72). Klemperer und Rosenwirth (2005: 5) orten die Barrieren allerdings weniger bei den zeitlichen Restriktionen als vielmehr bei den fehlenden kommunikativen Fertigkeiten auf Seiten der Ärzte. Dies führt häufig zu einer „unzureichenden Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und unzureichender Erwägung patientenrelevanter Behandlungsziele“.

Es dominiert in vielen Fällen immer noch die Vorstellung, dass die Health Professionals alleine wissen, was für die Patienten gut ist (und dieses Wissen gerne für sich behalten). Der Perspektivenwechsel in der therapeutischen Beziehung stellt Leistungserbringer und auch Nutzer und Nutzerinnen vor neue Herausforderungen.

Was die Herausforderungen für die Bürger und Patienten betrifft, so weisen Bauer et al. darauf hin, dass nicht alle Personen gleichermassen kompetent und informiert sind. Gerade bei sozial randständigen Gruppen können fehlendes Wissen und defizitäre Nutzungskompetenzen in einem „nutzerorientierten“ Gesundheitswesen das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit vergrössern (Bauer et al., 2005, S. 1; siehe auch Dieterich, 2007, S. 284). Desweiteren darf nicht vergessen werden, dass auch bei sogenannten „mündigen Patienten“ der Handlungsspielraum „durch ihren Status als Patient determiniert ist und besonderen Bedingungen und Regeln unterliegt“ (Schaeffer, 2004, S. 18). Dem eigenverantwortlichen Selbstmanagement einer Krankheit sind somit auch Grenzen gesetzt, die berücksichtigt werden müssen (Haslbeck, 2010, S. 20).

Das Gesundheitswesen muss eine neue Haltung im Verhältnis zum „Machtfaktor Patient“ entwickeln. Der bewährte alte Methoden-Dreischnitt (Anamnese – Diagnose – Therapie) muss um eine entscheidende soziologische Komponente erweitert werden. Health Professionals müssen sich viel mehr mit den Menschen beschäftigen und dabei auch berücksichtigen, dass in der Praxis unterschiedliche Formen der Nutzerorientierung gefragt sind. Einerseits müssen Ressourcen und Nutzerpotenziale insbesondere bei sozial randständigen Gruppen gestärkt werden (Bauer et al., 2005, S. 11). Andererseits muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die emanzipierten und autonomen Nutzer und Nutzerinnen auch über Teil-, Fehl- und Falschwissen verfügen, das sie berücksichtigt haben wollen. Hier sind insbesondere kommunikative Fähigkeiten gefragt, die es den Health Professionals erlauben, die erkrankten Personen zu leiten und zu beraten, ohne sie zu bevormunden (Dieterich, 2007, S. 282). Auch die Angehörigen, die oftmals einen grossen Teil der Betreuung kranker Personen übernehmen, sollten als gleichberechtigte Partner einbezogen werden.

Es ist gewiss nicht in allen Situationen einfach, aber in jedem Fall ein Gewinn, wenn Health Professionals die Nutzer und Nutzerinnen und deren Wissen ernst nehmen, sie nicht nur als passive Leistungsempfänger, sondern auch als Ko-Produzenten der Leistungserbringung betrachten (Schaeffer, 2007, S. 19). Gefordert sind Veränderungen im professionellen Selbst- und Aufgabenverständnis, eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Nutzer und Leistungserbringer, aber auch die Förderung von Strukturen, die mehr Partizipation der Betroffenen ermöglichen (Borgetto/von dem Knesebeck, 2009, S. 27). Die Anspruchsstrukturen der Zukunft basieren nicht auf einem paternalistischen Modell, sondern auf einem informativen Modell mit einer dialogorientierten Grundhaltung, die die Nutzer und Nutzerinnen ins Zentrum stellt.

3.4 Technisierung, Medikalisierung, Ökonomisierung

Seit den 1950er Jahren ist im Gesundheitswesen eine starke Zunahme der Spezialisierung und Technisierung zu beobachten. Der technologisch-medizinische und pharmazeutische Fortschritt der letzten Jahrzehnte ist enorm. Damit konnten die Heilungs- und Linderungschancen verbessert werden und viele einst tödliche Krankheiten wie z.B. AIDS sind heute kontrollierbar und damit zu chronischen Krankheiten geworden. Der Fortschritt hat jedoch nicht nur positive Auswirkungen. Die erhöhte Verfügbarkeit von technischen Geräten und neuen Medikamenten setzt für die Anbieter Anreize, diese auch abzusetzen bzw. anzuwenden und auch die Patienten reagieren mit einer erhöhten Nachfrage, wenn sie Kenntnisse von neuen therapeutischen Mitteln, Methoden und Möglichkeiten haben. Ausgehend von der Prämisse, dass potenziell nutzbringende und wirksame Anwendungen den Patienten und Nutzern nicht vorenthalten werden dürfen, werden die Prozesse und Infrastrukturen der Leistungserbringer aufgerüstet. Damit steigen zum einen die Kosten, zum anderen führen insbesondere die besseren diagnostischen Möglichkeiten nicht in jedem Fall zu einem besseren Gesundheitszustand und zu einer besseren Lebensqualität. Heute werden oftmals „Krankheiten“ entdeckt, die sich vielleicht nie bemerkbar gemacht hätten, die nun aber trotzdem behandelt werden müssen. Nicht umsonst kursiert das Bonmot, dass kein Patient je gesund ist, sondern lediglich unterdiagnostiziert.

Eine ähnliche Tendenz wird mit dem Begriff „Medikalisierung“ umschrieben. Gemeint ist damit der Prozess der medizinischen Vereinnahmung. Lebensbereiche, die vorher kaum etwas mit Medizin zu tun hatten, werden zunehmend medizinisch wahrgenommen und interpretiert. So wird beispielsweise der normale Alterungsprozess immer mehr zu einer Krankheit umfunktionierte, die es medizinisch zu behandeln gilt. Auf Seiten der Gesundheitsdienstleister werden immer mehr entsprechende Leistungen angeboten, auf der Nachfrageseite steigen

die Ansprüche. Dies führt dazu, dass ältere Menschen heute um einiges aufwändiger und intensiver behandelt werden als noch in früheren Jahren (Credit Suisse Economic Research, 2010, S. 33).

Die Grenzen zwischen Gesundheit und Wohlbefinden verschwimmen heute immer mehr. Gesundheit ist nicht mehr nur ein Wert – Gesundheit wird zunehmend zu einem Konsumgut, das man kaufen kann. Die WHO definiert in ihrer Verfassung Gesundheit als Zustand des vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht als Nichtvorhandensein von Krankheit oder Gebrechlichkeit (WHO, 1946). Bei einem derart umfassenden Gesundheitsverständnis wird jedes kleine Unwohlsein zu einer Krankheit, die behandelt werden muss. Dieses Verständnis eröffnet einer konsequent gedachten Gesundheitswirtschaft quasi unendliche Märkte, z.B. für die pharmazeutische Industrie, die ständig nach neuen Anwendungen für Substanzen und Wirkstoffe sucht. Wenn das Angebot wächst, steigt auch die Nachfrage. Wo ein neues Krankheitsbild definiert wird, finden sich Betroffene. Heute werden Beschwerden behandelt, die man früher entweder als Befindlichkeitsstörung abgetan hat, die man nicht erkannt hätte (bessere Diagnostik) oder die man nicht hätte behandeln können.

Neben dem klassischen, heilungsorientierten Gesundheitsmarkt – der auch als „Krankheitsmarkt“ bezeichnet werden kann – entsteht zunehmend ein neuer Markt für Produkte und Dienstleistungen, die Prävention und die Erhaltung von Gesundheit zum Ziel haben. Mit Wellnessprodukten, Gesundheitstourismus und Lifestyle-Medikamenten drängen neue Anbieter auf einen Markt, in dem sich die Grenzen zunehmend vermischen. Die Mechanismen der Konsummärkte betreffen zudem immer stärker auch die klassischen Anbieter wie Ärzte, Spitäler und Apotheken (Sigrist, 2006, S. 28).

Gleichzeitig nimmt die öffentliche Diskussion über die Verknappung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen einen immer dringlicheren Ton an. Wenn bald die Hälfte der Schweizer Haushalte öffentliche Zuschüsse für die Finanzierung der Krankenkassenprämien beziehen, erhalten ökonomische Überlegungen und Kosten-Nutzen-Abwägungen einen immer bedeutenderen Platz. Nicht alles, was technisch machbar ist, kann auch finanziert werden und es stellt sich zunehmend die Frage, wie die knappen Ressourcen gerecht und effizient eingesetzt werden können.

Diesen widersprüchlichen Trends – einerseits ein wachsendes Angebot und eine steigende Nachfrage, andererseits die Forderung nach Wirtschaftlichkeit – müssen die Anspruchsstrukturen der Zukunft gerecht werden. Sigrist ist überzeugt, dass sich innerhalb des Gesundheitsmarktes, der von einer Vielzahl von Motiven bestimmt wird, immer mehr Teilmärkte bilden werden. Das Angebotsspektrum differenziert sich zusehends in ein Standard- und ein Premium-Segment. Zudem entstehen neue Kooperationen zwischen dem klassischen „Krankheitsmarkt“ und dem neu entstehenden Gesundheitsmarkt, in denen die Nutzer nicht mehr nur als „Kranke“ angesprochen werden, sondern die auch dem Erhalt der Gesundheit dienen (Sigrist, 2006, S. 67-74). Innerhalb dieses dynamischen Umfeldes, in dem verschiedene Triebkräfte am Werk sind, müssen die Anspruchsstrukturen der Zukunft sich positionieren und behaupten.

3.5 Diversifikation der Strukturen

Ein Grossteil der Bevölkerung schätzt die kontinuierliche Versorgung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass neben den Hausarztpraxen zunehmend andere Strukturen entstehen und nachgefragt werden. So wurden beispielsweise im Projekt „The Future Patient“ von den Befragten als

mögliche Quellen für Gesundheitsinformationen nicht nur Ärzte und Ärztinnen genannt, sondern auch Bücher, Freunde, das Internet, Fernsehsendungen, Apotheken und Zeitungsartikel. Treten Gesundheitsprobleme auf, wenden sich einige an die Hausarztpraxis, andere suchen Apotheken, Homöopathen oder andere Leistungserbringer auf (SGGP, 2003, S. 84). Bereits 1961 haben White et al. in einer aufsehenerregenden Arbeit aufgezeigt, dass von den Menschen mit Symptomen nur ein kleiner Teil ärztliche oder spitalseitige Angebote in Anspruch nimmt (White et al., 1961). Dieses Erkenntnis wurde 2001 von Green et al. überprüft und im Grundsatz bestätigt: neben Ärzten und Spitalern spielen auch Selbstbehandlung, informelle Strukturen und Alternativtherapeuten eine wichtige Rolle (Green et al., 2001). Die Nutzer und Nutzerinnen scheinen selber zu wissen, dass nicht in jedem Fall eine ärztliche Fachperson als Ansprechpartner erforderlich ist, sondern dass je nach Situation und Kontext andere Ansprechstrukturen angebrachter und zweckmässiger sind.

Ein Trend, der in neuerer Zeit verstärkt auftritt, ist der direkte Gang zum Spital-Notfall auch in Bagatellsituationen. Eine kürzlich durchgeführte Studie über die Zusammensetzung der Notfallpatienten am Berner Inselspital offenbarte, dass immer mehr Menschen keinen Hausarzt haben und deshalb auch in nicht dringlichen Fällen den Spital-Notfall aufsuchen (Clément et al., 2010). Allerdings braucht es tatsächlich nur für eine Minderheit dieser Personen die Einrichtungen und das Know-how eines Spitals. Doch aus Sicht der Nutzer stellen die einfache Zugänglichkeit, die grosszügigen Öffnungszeiten und die Gewissheit, mit einer Fachperson sprechen zu können, entscheidende Vorteile dar. Allerdings ist der Spitalnotfall nicht die wirtschaftlichste Ansprechstruktur. Diese komplex organisierte Institution verursacht rund doppelt so hohe Kosten wie die Konsultation beim Hausarzt, die ihrerseits in den letzten Jahren ebenfalls deutlich teurer geworden ist (Hugentobler, 2006). Damit die Kosten nicht ins Uferlose steigen, wären für diese Menschen Ansprechstrukturen nötig, die – ähnlich wie der Spital-Notfall – einfach zugänglich sind, die jedoch besser auf leichte Verletzungen und Erkrankungen vorbereitet sind und diese rasch, unkompliziert und kostengünstig behandeln können.

Wie sehr Convenience-Aspekte für die Nutzer und Nutzerinnen eine Rolle spielen, zeigt sich u.a. auch darin, dass internet- und telefonbasierte Ansprechstrukturen eine immer wichtigere Rolle spielen. So zeigte die von der EU geförderte Studie „eHealth Trends 2005-2007“, dass ein wachsender Anteil der Bevölkerung das Internet nutzt, um nach Gesundheitsinformationen zu suchen, um online mit Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen zu kommunizieren oder um Medikamente zu bestellen (Kummervold et al., 2008). Auch medizinische Call-Centers werden von vielen Menschen geschätzt, da sie auf einfache und schnelle Art eine professionelle Antwort auf Gesundheitsanliegen liefern (vgl. Kap. 4.6.5).

Andere Bedürfnisse stehen bei chronisch und mehrfach erkrankten Personen im Vordergrund. Hier sind in erster Linie Ansprechstrukturen gefragt, die eine kontinuierliche und zwischen verschiedenen Leistungserbringern koordinierte Versorgung bieten können. Dabei gilt, dass auch in diesem Fall Spital und klassische Hausarztpraxis nicht die einzig denkbaren Ansprechstrukturen sind, sondern dass weltweit neue Modelle am Entstehen sind, welche die Möglichkeiten zentralisierter Patientendossiers und der Kommunikation nutzen. Einige dieser Modelle werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

Es sind allerdings nicht nur die Wünsche der Nachfrager von Gesundheitsleistungen, die einen Einfluss darauf haben, in welche Richtung sich die Ansprechstrukturen in Zukunft entwickeln. Auch die von der Gesundheitspolitik seit längerem verfolgte Prämisse „ambulant vor stationär“ spielt eine treibende Rolle. Es entspricht heute einem politischen Ziel, die Nutzung stationärer

Einrichtungen zu begrenzen und Versorgungsleistungen in den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu verlagern. Mit der sogenannten „Ambulantisierung“ soll zum einen auf den durch die demografische Alterung und die Zunahme chronischer Erkrankungen verursachten Wandel der gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung reagiert werden. Versorgungskonzepte sollen dort ansetzen, wo der Hauptort der Krankheitsbewältigung ist, d.h. im direkten Lebensumfeld der betroffenen Menschen. Zum anderen wird mit der Verschiebung in den ambulanten Sektor auch intendiert, „die Nutzung kostenintensiver stationärer Versorgungsangebote einzuschränken, den stationären Sektor damit zu entlasten und den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen“ (Schaeffer/Ewers, 2001, S. 13). Es ist anzunehmen, dass sich insbesondere mit der für 2012 geplanten Einführung des Fallpauschalsystems in der Schweiz (SwissDRG) der seit langem beobachtete Trend zur Verkürzung der Hospitalisierungsdauer fortsetzen wird (Egger, 2007, S. 9-10). Aber: Wenn Patienten „sicker and quicker“ aus dem Spital entlassen werden, bedeutet dies, dass im ambulanten Sektor „mehr und anders gelagerte Bedarfssituationen zu bewältigen sein werden als bislang“ (Schaeffer/Ewers, 2001, S. 15). Die ambulanten Ansprechstrukturen werden auf den damit einhergehenden Anforderungswandel reagieren und neue Aufgaben übernehmen müssen. Innovative Konzepte wie z.B. „high-tech home care“, d.h. die Entwicklung von medizinischem Equipment für den Heimgebrauch, die es erlauben „to bring the hospital home“ (Gilbert, 2008) oder eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Spitexdiensten und Spitälern (Brunnschweiler, 2010) zeigen auf, in welche Richtung die Entwicklung gehen kann.

3.6 Umstülpung des Gesundheitssystems

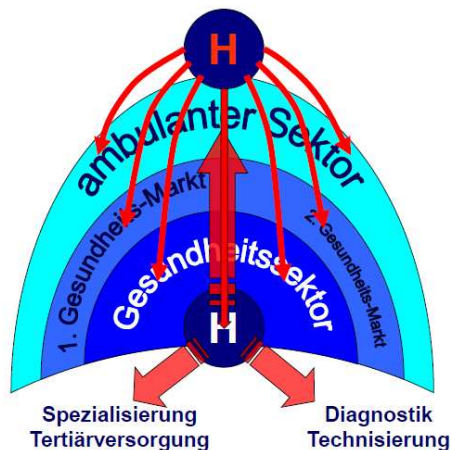
Der Weg vom wohltätigen mittelalterlichen Siechenhaus zum hochspezialisierten Zentrum für universitäre Medizin ist lang. Mit der Professionalisierung und der medizinischen Expertise avancierte das Hospital zur wichtigsten Instanz im Gesundheitswesen (Abbildung 2). Es war zuständig für alle Patientengruppen und -problematiken und hatte „zentrale Versorgungsaufgaben und zumeist den steuernden Part bei Diagnostik, Therapie und Versorgung inne“ (Schaeffer/Ewers, 2001, S. 17). Um dieses Zentrum herum ist das Gesundheitswesen entstanden, welches sich heute in einem rasant wachsenden ambulanten Sektor in verschiedene Märkte ausdifferenziert, die über die öffentliche Finanzierung, über solidarische Sozialversicherungen oder über Beiträge der Selbstzahler bezahlt werden.

Abb. 2: Ausgangspunkt: Im traditionellen Versorgungssystem steht das Spital im Zentrum



Die Konzentration auf eine zentrale Versorgungsinstanz wird heute als Ergebnis verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen aufgelöst: Aufgaben werden je länger je mehr in den ambulanten Sektor verlagert und auch das steuernde Zentrum verschiebt sich in den Haushalt, wo der autonome Nutzer in seinem eigenen Heim sitzt (Abbildung 3).

Abb. 3: Der autonome Nutzer bzw. der Haushalt greift von seinem Heim aus selektiv auf die Ressourcen des Versorgungszentrums zu



Mit der Ambulantisierung einerseits und der verstärkten Nutzerorientierung andererseits verändern sich die Anforderungen an die Leistungserbringer im Gesundheitssektor. Wir gehen von einem Gesundheitssystem aus, in dem autonome Patienten und Patientinnen und deren Angehörige selektiv Services und Leistungserbringer in Anspruch nehmen und dabei selber den Ort wählen, an dem sie eine professionelle Antwort auf ihre Gesundheitsanliegen erhalten. Selbstverständlich sind sie in ihren Entscheidungen nicht komplett frei, sondern abhängig von Strukturen sowie rechtlichen, institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen. Trotzdem erhalten in einem Gesundheitssystem, in dem der Leistungsbezug vermehrt durch die Nutzer gesteuert wird, insbesondere der primäre und sekundäre Gesundheitsmarkt (u.a. Goldschmidt und Hilbert, 2008) neue Bedeutungen.

Die bisherigen Ausführungen dürften gezeigt haben, dass die Bedürfnisse der Nutzer einen entscheidenden Einfluss auf die angebotenen Leistungen und Strukturen haben (sollten), dass diese Bedürfnisse zugleich aber sehr heterogen sind. Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen benötigen andere Ansprechstrukturen als chronisch und mehrfach erkrankte Personen. Junge und gut gebildete Menschen haben andere Ansprüche als sozial randständige Gruppen. Auch wenn Hausarztpraxen in der Grundversorgung zweifelslos auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen, lässt sich doch beobachten, dass unter dem Druck autonomer und selbstbestimmter Bürger und Patienten, wirtschaftlicher Überlegungen und politischer Vorgaben die professionellen Strukturen zunehmend örtlich und akteurmässig diversifiziert sowie durch neue Strukturen, Instrumente und Rollen – der Health Professionals und der Nutzer ko-produziert werden.

Die Trends weisen damit weit über die bisherige spitalzentrierte und hausärztliche Grundversorgung hinaus. Die Bürger und Patienten beanspruchen nach Massgabe ihrer Kompetenzen, ihres Bedarfs und ihrer Rahmenbedingungen – insbesondere ihrer Kaufkraft und „health literacy“ (siehe dazu Kap. 3.3) – ein breites und parallel bestehendes Leistungsangebot. Dementsprechend treten neben Hausarztpraxen vermehrt auch andere Akteure als Leistungserbringer auf. Es entstehen neue Strukturen wie Spitex on demand, Ambulatorien für spezifische Patientengruppen,

medizinische Call-Centers, Walk-in-Kliniken und andere mehr. Das Bedürfnis nach Alternativen zur Hausarztpraxis ist bei einem Teil der Bevölkerung offensichtlich vorhanden.

In der Schweiz – wie im übrigen Mitteleuropa, in dem das arztzentrierte Versorgungsmodell dominiert – weiss man jedoch relativ wenig über die Inanspruchnahme von alternativen Strukturen durch die Nutzer und Nutzerinnen. Dies wirft Fragen aus: Welche Angebote werden von wem in welchem Fall in Anspruch genommen? Wie verhalten sich die Menschen im Fall von Symptomen? An wen wenden sie sich und worauf basiert ihre Entscheidung? Wie müssen die Ansprechstrukturen idealerweise aussehen? Um diese Fragen zu beantworten, sind weitergehende Forschungsarbeiten notwendig. Was jetzt schon festgehalten werden kann, ist die Tatsache, dass sich die meisten Menschen eine ihren Bedürfnissen angepasste, gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung wünschen. Die sich wandelnden Ansprüche – sei es von den Nutzern, sei es von der Politik – verlangen nach neuen Versorgungsmodellen, die vielfältig, flexibel und bedarfsgerecht sind.

Durch die „Umstülpung“ des Gesundheitssystems ergeben sich neue Herausforderungen für das System als Ganzes und für die Health Professionals im Besonderen. Eine zentrale Frage ist dabei, welche strategischen Massnahmen demzufolge für die Bildung im Gesundheitswesen notwendig sind. Health Professionals müssen auf neue Rollen und Kompetenzen vorbereitet werden, um in den Ansprechstrukturen der Zukunft ihren Platz zu finden. Um zu wissen, wie diese Rollen und Kompetenzen aussehen können, gilt es Modelle zukunftsfähiger Ansprechstrukturen, die weltweit diskutiert und umgesetzt werden, zu studieren und ihre Anwendbarkeit auf die Schweiz zu überprüfen. Nur so können Schlussfolgerungen über notwendige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen gezogen werden.

4. Lösungsansätze

4.1 Neue Versorgungsmodelle sind gefragt

In aller Welt stehen die Gesundheitssysteme vor ähnlichen Herausforderungen. Demografische Entwicklungen, eine sinkende ärztliche Workforce und kompetentere Nutzer und Nutzerinnen erfordern ein Umdenken. Angesichts der genannten Herausforderungen spricht man, wie bereits erwähnt, immer wieder von der Notwendigkeit einer Stärkung der Primärversorgung. Doch wie muss diese ausgestaltet sein, um auch in Zukunft eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können? Welche Ansprechstrukturen werden in Zukunft in der Lage sein, die Bedürfnisse der Menschen nach primärer Versorgung ihrer Gesundheitsanliegen zu befriedigen? Wie müssen sich die Health Professionals verändern, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden und welche Konsequenzen hat dies für den Bereich Schulen und Bilden?

Diese Fragen werden momentan in vielen Ländern diskutiert. Schlette et al. sprechen in Bezug auf die Primärversorgung von einer „sehr dynamischen Reformbaustelle, die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird“ (Schlette et al., 2009, S. 8). Weltweit werden innovative Konzepte erarbeitet und Modellprojekte entwickelt, die verschiedene Wege und Möglichkeiten aufzeigen, den Herausforderungen zu begegnen. Einige dieser Konzepte werden im Folgenden vorgestellt. Die nachstehende Übersicht kann allerdings die internationalen Trends und Diskussionen nicht vollständig wiedergeben – dazu ist die Literatur zu umfangreich und die Modellvielfalt mit all ihren Varianten zu gross. Es ist ein repräsentativer Ausschnitt. Bei der Auswahl wurde zum einen darauf geachtet, welche Konzepte in der Literatur besonders oft erwähnt werden (z.B. SVR-G, 2009, S. 725f), zum anderen, ob sie zur Entwicklung von zukunftsfähigen Ansprechstrukturen in der Schweiz beitragen können.

4.2 Zukunftsmodelle

4.2.1 Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung

Am 1. April 2010 wurde in der Schweiz die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ eingereicht, für die – nach einer über Jahren aufgeheizten öffentlichen Debatte – innert fünf Monaten 200'000 Unterschriften gesammelt wurden. Sie fordert von Bund und Kantonen, verschiedene finanzielle und bildungsbezogene Bestimmungen zur Sicherstellung der Hausarztmedizin zu erlassen. Begründet werden die Forderungen mit der Aussage, dass „eine schwache Hausarztmedizin [...] verheerende Folgen für das Gesundheitswesen [hat], denn es ist bekannt und erwiesen, dass die Gesundheit der Bevölkerung, ihre Lebensqualität, die Qualität und die Kosten von Gesundheitssystemen direkt vom Stellenwert und der Qualität der Hausarztmedizin abhängen. Hausarztbasierte Gesundheitssysteme schneiden bei allen genannten Belangen wesentlich besser ab als solche, die einseitig auf Spezialistenmedizin bauen“ (Initiativkomitee „Ja zur Hausarztmedizin“, 2011). Dieses Argumentarium wird von diversen Autoren bestätigt (z.B. Haller et al., 2009) und es wurde in den Medien breit rezipiert.

Medizinische Fakultäten und Fachgesellschaften versuchen mit verschiedenen Strategien die Bedeutung der Allgemeinmedizin zu stärken. Ausbildung, Vergütung und Arbeitsbedingungen sollen verbessert werden, um einer möglichen Unterversorgung entgegenzuwirken und Nachwuchsprobleme zu beheben. Solchen Massnahmen begegnet man nicht nur in der Schweiz. Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit schreibt in seinem Bericht, dass es auf die

nachhaltige Funktionsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung entscheidend ankommt (SVR-G, 2009, S. 42) und in Dänemark sollen künftig Allgemeinmediziner und -medizinerinnen mehr Aufgaben übernehmen, um damit die Versorgungsqualität zu verbessern und tiefere Kosten zu erzielen (Schlette et al., 2009, S. 18-21).

Oft wird davon ausgegangen, dass eine starke Hausarztmedizin auch die Funktion des Gatekeepings übernehmen sollte, d.h. der Hausarzt fungiert als Türöffner und Lotse. Er ermöglicht den Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Leistungen, kann die Inanspruchnahme aber auch verwehren. Einige Evaluationen zeigen, dass ein solches Gatekeeping Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen verhindern kann, andere sind jedoch skeptischer. Das Fazit aus mehreren Studien ist, dass noch mehr Evidenz nötig wäre, um herauszufinden, ob hausärztliches Gatekeeping die Kosten tatsächlich senkt und die Qualität der Versorgung verbessert bzw. um zu zeigen, wie das Gatekeeping und die Rahmenbedingungen genau ausgestaltet sein müssen, damit dies der Fall ist (Busse et al., 2010, S. 69; Calnan et al., 2006, S. 87).

In Übereinstimmung mit den Aussagen zu den heterogenen Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen sind Calnan et al. der Meinung, dass striktes Gatekeeping nicht zukunftsfähig ist. Sie plädieren stattdessen für ein differenziertes Gatekeeping, bei dem Chronischkranke vielleicht einen Spezialisten als ersten und wichtigsten Ansprechpartner wählen würden, bei anderen kann der Hausarzt eine Beraterrolle übernehmen, um sie durch den Dschungel des Gesundheitswesens zu leiten (Calnan et al., 2006, S. 100). Für dieses Modell spricht, dass keinesfalls klar ist, wer die besten und kosteneffektivsten Grundversorgerleistungen erbringt. So betont auch der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat, dass es durchaus Fälle gibt, „in denen spezialisierte Ärzte besser geeignet sind als Allgemeinpraktiker“ (SWTR, 2007, S. 62).

Auch nicht-ärztliche Gesundheitsfachleute könnten eine Gatekeeping-Funktion übernehmen, denn es ist nicht in erster Linie ärztliche Expertise, die dabei gefragt ist. So kommen Redaelli et al. in einer Literaturreview zum Schluss, dass Ärzte „in der Anamnese nicht effektiver zu sein [scheinen] als die nicht-ärztlichen Professionen.“ Vielmehr sei festzustellen, dass Letztere „wesentlich mehr und genauere Informationen erhalten“, insbesondere wenn es sich um soziologische Tabuzonen handelt (Redaelli et al., 2009, S. 44). Neben kommunikativen Fähigkeiten erfordert Gatekeeping auch Kenntnisse über das Gesundheitssystem als Ganzes und über das Leistungsspektrum verschiedener Akteure, d.h. Themen, die nicht unbedingt Teil der medizinischen Ausbildung sind.

Wenn man berücksichtigt, dass die Zahl der Hausärzte und -ärztinnen ständig abnimmt, kann ein Gesundheitssystem, in dem die Hausarztpraxis die einzige Ansprechstruktur der Primärversorgung ist, nicht eine generell anwendbare und nachhaltig wirkende Lösung sein. Massnahmen wie bessere Entlohnung und eine Stärkung der Hausarztmedizin innerhalb der medizinischen Ausbildung werden kaum ausreichen, um den drohenden Ärztemangel zu beheben. Damit die Primärversorgung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen kann, sind weitergehende Strategien gefragt.

4.2.2 EU-Konzept zur Primärversorgung

Im September 2004 wurde an der EU-Konferenz „Shapping the EU Health Community“ in Den Haag das EU-Konzept zur Primärversorgung vorgestellt (Health Council of the Netherlands, 2004). Ausgehend von einem Vergleich der Gesundheitssysteme der EU-Länder und von wissenschaftlicher Evidenz wird darin empfohlen, die Rolle der Primärversorgung zu stärken. Dabei wird die Zentrierung

um einen Hausarzt oder eine Hausärztin als wünschenswertes Grundprinzip angesehen, d.h. Patienten sollen sich in einer Hausarztpraxis registrieren müssen (jedoch nicht zwingend mit Gatekeeping), da dies die Patientenbindung an die Praxis im Sinne eines Medical Home (siehe unten) verstärkt.

Im holländischen Modell der Grundversorgung entwickeln die Hausärzte und -ärztinnen Kooperation mit anderen Leistungserbringern (spezialisierte Fachärzte sind in Holland ausschliesslich im Spital tätig), denn insbesondere die Versorgung chronischer Krankheiten erfordert einen multidisziplinären und integrierten Ansatz. Die Hausarztpraxis bleibt jedoch kontinuierlicher Koordinations- und Rückkehrpunkt der Versorgung. Das Konzept entspricht somit konzeptionell (aber nicht organisatorisch und finanziell) in vielen Punkten dem, was auch von der Schweizer Hausärzteschaft gefordert wird. Längst etabliert ist in Holland jedoch die interprofessionelle Arbeitsteilung, bei der innerhalb der Hausarztpraxis Aufgaben an andere Berufsgruppen delegiert werden, um damit den Arzt oder die Ärztin zu entlasten und zu ergänzen (Versaput/Eijck, 2010; Redaelli et al., 2009, S. 11-12). Wichtig sind des Weiteren eine partizipative Entscheidungsfindung und eine stärkere Patientenorientierung, die Erarbeitung von evidenzbasierten Richtlinien, der Einsatz von elektronischen Patientenakten und ein weitgehend pauschalisiertes Vergütungssystem (vgl. Kap. 5.3.1).

Das EU-Konzept zur Primärversorgung hinterfragt die zentrale Rolle der (haus-)ärztlichen Versorgung nicht. Die Autoren sind sich jedoch – stärker als Teile der Schweizer Ärzteschaft – bewusst, dass sich die hausärztliche Versorgung verändern muss, wenn sie den Herausforderungen der Zukunft begegnen will.

4.2.3 Roadmap des Royal College of General Practitioners

Auch die britischen Allgemeinmediziner (“General Practitioners”) haben sich Gedanken über ihre Rolle im Gesundheitssystem der Zukunft gemacht, denn „if we are to meet the health needs of patients over the coming years, we will need to bring about a radical change in the quality, organization and delivery of services“ (RCGP, 2007, S. ii). Der Entwicklungsplan aus dem Jahr 2007 stellt ihre Vision einer besseren und zukunftsfähigen Patientenversorgung vor und enthält folgende Elemente:

- Flexible und je nach Region unterschiedliche Kooperationsmodelle: Durch den Zusammenschluss verschiedener Einrichtungen wie z.B. Fachspezialisten, Apotheken, psychiatrische und soziale Liasondienste ist ein breiteres und besser koordiniertes Leistungsangebot möglich als für einzelne Praxen.
- Primäre Health Care Teams: Die einzelne Praxis besteht aus einem hausarztgeleiteten, interdisziplinären Team. Um die Mediziner zu entlasten und den Zugang und die Konsultationsdauer zu verbessern, wird der Einsatz von nicht-ärztlichem Personal empfohlen.
- Gemeinsame elektronische Patientenakte: Damit können Koordination und Kontinuität der Versorgung verbessert und Schnittstellen abgebaut werden.
- Verbesserung der Infrastruktur von Hausarztpraxen und Kooperationen: Hausarztpraxen sollten sich zu grösseren Einheiten mit erweitertem Leistungsangebot zusammenschliessen.
- Integration von Public Health-Ansätzen und neue Konzepte der hausärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Diesen Vorschlägen liegen drei Gedanken zu Grunde: Erstens ist die Qualität der Interaktion und die Beziehung zwischen dem Patient und seinem Hausarzt im Sinne des Medical Home-Konzeptes von entscheidender Bedeutung (siehe unten). Zweitens soll sich die Hausarztpraxis als eine lernende Organisation verstehen. Drittens ist die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer im Sinne von erweiterten, integrierten Primärversorgungsteams und der Zusammenschluss von Praxen innerhalb einer Versorgungsregion notwendig (Beyer et al., 2010, S. 96). Die Umsetzung der Vision der britischen Allgemeinmediziner erfordert „considerable investment, reform and support for implementation but [we] feel that it is a much needed and achievable model to improve patient care“ (RCGP, 2007, S. 40).

4.2.4 Patient Centered Medical Home (PCMH)

Die britischen Allgemeinmediziner beziehen sich auf das Medical Home-Konzept, welches in den USA die Diskussion dominiert und auch bei uns zunehmend Gewicht erhält. Der Begriff wurde erstmals 1967 von der American Academy for Pediatrics (AAP) im Zusammenhang mit der Versorgung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen benützt und bezeichnete damals die Notwendigkeit eines Ortes, an dem alle relevanten Informationen zu einzelnen Patienten und Patientinnen gesammelt werden. Später wurde das Konzept unter dem Namen „Advanced Medical Home“ auf alle Patientengruppen ausgeweitet und schliesslich mit weiteren Fachgesellschaften zum Patient Centered Medical Home fortentwickelt. Heute bezeichnet das Patient Centered Medical Home (PCMH) eine Form von Grundversorgung, die zugänglich, patientenzentriert, koordiniert, umfassend, kontinuierlich und empathisch ist (Sia et al., 2004, S. 1473).

Für die meisten Autoren ist die Beziehung zu einem persönlichen Arzt ein Kernprinzip des PCMH (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 6; SVR-G, 2009, S. 729; Rosenthal, 2008). Die Arzt-Patient-Beziehung wird dadurch gestärkt, dass „die episodische Betreuung basierend auf akuten Beschwerden der Patientinnen und Patienten durch eine koordinierte Langzeitbetreuung ersetzt“ wird (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 6). Dadurch wird die Kundenbindung gestärkt, denn mit dieser Aussage wird impliziert, dass eine qualitativ hochstehende Versorgung nur möglich ist, wenn bei Gesundheitsanliegen immer am gleichen Ort Hilfe gesucht wird.

Der persönliche Arzt ist verantwortlich für die „ganze Person“. Es darf aber nicht vergessen werden, dass er im PCMH ein Team von Gesundheitsfachleuten leitet, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist (SVR-G, 2009, S. 729). Zum Team können spezialisierte Ärzte und Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter, Ernährungsberaterinnen, Ergo- und Physiotherapeuten, Apothekerinnen und andere Health Professionals gehören (Rosenthal, 2008, S. 427). Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachpersonen wird idealerweise durch den Einsatz klinischer Informationssysteme unterstützt (Steurer-Stey/Rosemann, 2009).

Zum PCMH gehören ausserdem die Abstimmung der Patientenversorgung über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde, Qualität und Sicherheit als entscheidende Merkmale der medizinischen Praxis, verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und neue Optionen wie Gruppensitzungen und Telefonsprechstunden sowie die Abbildung der neuen Werte in der Vergütung (SVR-G, 2009, S. 729). Hinter dem Konzept steht die Überzeugung, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine patientenorientierte, koordinierte, auf Langzeitbegleitung und Kontinuität ausgerichtete Versorgung erforderlich ist. Steurer-Stey und Rosemann nennen das PCMH eine vielversprechende

„Versorgungsform für mehr Qualität in der Grundversorgung unter Berücksichtigung zunehmend knapper werdender Ressourcen“ (Steuer-Stey/Rosemann, 2009, S. 9).

4.2.5 Chronic Care Modell (CCM)

Mit dem demografischen Wandel und der damit einhergehenden Zunahme chronischer Erkrankungen rückt die Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Personen zunehmend ins Blickfeld. Das auf Diagnose, Intervention und akutmedizinische Behandlungen ausgerichtete Versorgungssystem wird den Bedürfnissen dieser Menschen in ungenügender Masse gerecht. Das Chronic Care Modell (CCM) wurde von Ed Wagner im Rahmen des US-weiten staatlichen Pilotprojektes „Improving Chronic Illness Care“ entwickelt und beschreibt auf evidenzbasierter Grundlage die grundsätzlichen Bedingungen für eine angemessene Versorgung von chronischkranken Menschen (Wagner et al., 1996).

Die wesentlichen Elemente des CCM sind:

- Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements: Das Ziel ist es, die Patienten und Patientinnen zum (positiven) Umgang mit ihrer chronischen Krankheit zu befähigen und sie als partizipative Entscheidungsträger und -trägerinnen am Behandlungsprozess teilnehmen zu lassen.
- Neugestaltung der Leistungserbringung: Die medizinische Versorgung wird nicht mehr nur von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt, sondern es sollen Behandlungsteams mit klar geregelten Zuständigkeiten und Schnittstellen gebildet werden. Bisherige ärztliche Tätigkeiten werden an nicht-medizinisches Personal delegiert, welches dafür speziell zu schulen und zu qualifizieren ist. Dabei wird auch definiert, wer die Fallführung innehat.
- Gezielte Entscheidungsunterstützung: Aktuelle, evidenzbasierte Leitlinien und klinische Versorgungspfade unterstützen die Therapie. Ein (idealerweise elektronisches) klinisches Informationssystem sollte über eine nur registrierende Behandlungsdokumentation hinausgehen und beispielsweise auch als Erinnerungs- und Unterstützungssystem für die Befolgung der evidenzbasierten Leitlinien dienen.
- Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen.

Das CCM-Modell wird in verschiedenen Ländern eingesetzt, um die Versorgung chronischkranker Personen zu verbessern (z.B. Schlette et al., 2009, S. 47-50), und es gilt als Grundlage für das Patient Centered Medical Home (Blum/Lisac, 2010). Verschiedene Studien zeigen, dass die einzelnen Elemente des CCM zu guten Resultaten führen, es sei jedoch unklar „whether the whole model is needed to achieve the same benefits“ (Busse et al., 2010, S. 45). Gemäss Busse et al. sind weitere umfassende und populationsbezogene Studien nötig.

In der Schweiz existieren verschiedene Disease-Management-Programme, die Elemente des CCM umsetzen. Diese Programme sind jedoch meist krankheitsspezifisch und eignen sich deshalb nicht für die Versorgung mehrfach erkrankter Personen. Die bestehenden Disease-Management-Programme sollten deshalb im Sinne des CCM weiterentwickelt werden, um Multimorbidität und den individuellen Versorgungsbedarf der einzelnen Patienten und Patientinnen besser abzubilden und um die Umsetzung in der hausärztlichen Alltagspraxis zu erleichtern (Gensichen et al., 2006, S. 365).

4.2.6 Managed Care und integrierte Versorgung

Ursprünglich stammt der Begriff Managed Care aus den USA, wobei er dort jedoch teilweise eine andere Bedeutung hat als in Europa. Gemäss Definition des amerikanischen Managed Healthcare Dictionary bezeichnet Managed Care „arrangements made by payers to promote cost-effective healthcare through establishing selective relationships with healthcare providers, developing coordinated or integrated delivery systems, and conducting medical management activities“ (Rognehaugh, 1998, zit. in Berchtold/Hess, 2006, S. 11). In den USA steht die ökonomische Dimension im Vordergrund. Aufbauend auf der kulturell verankerten sozialen Verantwortung für das Gemeinwohl und dem Eigeninteresse bei der Erhaltung der Produktivkraft der Belegschaft begannen grosse Firmen bereits in den Anfängen des 20. Jahrhunderts ihre eigenen „medical services“ zu etablieren oder gingen Verträge mit Spitälern, „medical groups“ oder grösseren Gruppenpraxen ein, welche die Firmenangehörigen (und vielfach auch deren Familienmitglieder) zu vereinbarten Preisen medizinisch versorgten. Daraus entstanden die ersten Modelle von Managed Care (Berchtold/Hess, 2006, S. 12).

Im Laufe der 1980er Jahre wurden gewisse Elemente von Managed Care nach Europa transferiert und an die Verhältnisse in den einzelnen Ländern angepasst. Im Unterschied zum amerikanischen Verständnis von Managed Care werden in europäischen Definitionen ökonomische, qualitative und auch gesellschaftliche Aspekte meist nebeneinander aufgeführt. Oft wird auch auf die gemeinsame Verantwortung von Politik, Leistungserbringern, Versicherern und Patienten hingewiesen. Übernommen wurden aus dem amerikanischen Kontext insbesondere Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, die Prinzipien der klinischen Guidelines und Konzepte zur medizinischen Qualitätssicherung. Die finanzielle Risikobeteiligung der Ärzteschaft war in Europa hingegen lange Zeit kein Thema (Berchtold/Hess, 2006, S. 12-14).

Nach mehrjährigen Diskussionen hat das Schweizer Parlament beschlossen, eine Managed Care-Vorlage zu beraten. Um zu erreichen, dass sich in Zukunft möglichst viele Versicherte integrierten Versorgungsnetzen anschliessen, sollen Versicherer verpflichtet werden, mindestens ein Managed Care-Modell im Angebot zu haben und Versicherte, die sich einem solchen Modell anschliessen, werden mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt (SGK-N, 2010). Die Schweizer Hausärzteschaft begrüsst die Vorlage, die ihrer Ansicht nach ein geeignetes Mittel ist, die Hausarztmedizin zu fördern, „indem sie den Hausärzten eine Schlüsselrolle zuweist“ (Hausärzte Schweiz, 2010). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass vor allem jene Elemente Zuspruch finden, welche die Kontrolle dieses Versorgungskanals sichern. Die sog. Budget-Verantwortung, welche dem Hausarzt auch die Steuerung der Kosten überträgt, wird dagegen bekämpft – u.a. wegen des Patientenkollektivs, in dem sich gegenüber der spezialisierten Medizin viele Chronischkranke befinden.

Managed Care kann somit auf unterschiedliche Arten definiert werden und es ist deshalb wenig erstaunlich, dass es weltweit eine unüberschaubare Vielfalt von Modellen und Strukturen gibt, die sich unter das Konzept Managed Care einordnen lassen. Das organisatorische Spektrum reicht von einer straff geführten, richtlinienbasierten Versorgungsorganisation auf der Basis von Patientenpauschalen (z.B. Kaiser Permanente in den USA) bis zu dem gemäss schweizerischem Recht möglichen lockeren Netzwerk einiger Ärztekollegen, in dem übergeordnete Fragen nach Integration der Leistungserbringung, Wirtschaftlichkeit und Nutzen wenig handlungsleitend sind. Das schweizerische Forum Managed Care definiert Managed Care als „die Summe aller Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive medizinische Versorgung zu fördern“ (FMC, 2009, S. 1). Dabei sind die Managed Care-Strukturen – z.B. die Hausarztmodelle, Call Centers und Health Maintenance Organizations (HMO) –

und die Managed Care-Instrumente wie Gatekeeping, Guidelines, Case Management, Disease Management und Vergütungsmodellen auseinander zu halten (Berchtold/Hess, 2006, S. 17).

Zu den Grundprinzipien von Managed Care gehören gemäss der Dachorganisation der Ärztenetzwerke (medswiss.net, 2003):

- Die Steuerung und Koordination der ganzen Behandlungskette (von der Diagnose bis zur letzten Therapie) aus einer Hand
- Die Budgetmitverantwortung, d.h. die Leistungserbringer tragen die finanzielle Verantwortung der Behandlung mit. Dies geschieht, indem die Ärzte und Ärztinnen über Jahres- oder Monatspauschalen pro versicherte Person („Capitation“) entschädigt werden und somit für eine „optimale“ und nicht für eine „maximale“ Medizin belohnt werden.
- Die Vernetzung von Leistungserbringern und Behandlungseinrichtungen.

In der Schweiz wird Managed Care prinzipiell mit integrierter Versorgung gleichgesetzt (Berchtold/Hess, 2006, S. 12). Der Nationalrat hat gemäss seinem Beschluss vom 16. Juni 2010 die integrierte Versorgung wie folgt definiert: „Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliesst, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Person über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert“ und „Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten“ (santésuisse, 2010).

Die häufigsten Managed Care-Modelle sind in der Schweiz HMOs und Hausarztmodelle. HMOs werden entweder von den Krankenkassen selbst eingerichtet – die Ärzte und Ärztinnen sind in diesem Fall von der Krankenkasse angestellt – oder die Krankenkassen schliessen mit einem bestehenden Ärztenetzwerk, das sich als Firma konstituiert hat, Verträge ab. HMOs erhalten ein Budget, mit dem alle Kosten gedeckt sein müssen. Bei Hausarztmodellen verpflichtet sich der oder die Versicherte, im Krankheitsfall immer zuerst die festgelegte Hausarztpraxis aufzusuchen. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch i.d.R. nach den üblichen Tarifen (fee for service), d.h. es gibt keine Budgetmitverantwortung der Ärzteschaft. Hier steht das Gatekeeping, d.h. der eingeschränkte Zugang zu Spezialisten, im Vordergrund. Es gibt jedoch eine hohe Variationsbreite von Hausarztmodellen und es ist umstritten, inwieweit Hausarztmodelle, die sich ausschliesslich zum Gatekeeping verpflichten, überhaupt als Managed Care-Modelle gelten können. Auch Ärztenetze weisen sehr heterogene Strukturen auf, die nicht immer alle Prinzipien von Managed Care erfüllen. Für Berchtold und Hess ist es deshalb unerlässlich, eine Definition mit klaren Kriterien zu erarbeiten, wie es der Dachverband der Schweizer Ärztenetze medswiss.net getan hat (Berchtold/Hess, 2006, S. 30-31).

Laut medswiss.net sind Ärztenetze:

- ärztebasiert: Sie werden von Leistungserbringern gebildet und dienen der Grundversorgung
- verbindlich: Es gibt eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern

- einer einheitliche Philosophie verpflichtet: Sie handeln auf der Basis von vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur
- am der Idee des Care Managements orientiert: Sie steuern die Gesundheitsleistungen so weit wie möglich aus einer Hand
- bedürfnisorientiert: Sie richten sich konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus
- qualitätsorientiert: Sie setzen sich für eine hohe Versorgungsqualität ein
- kostenbewusst: Sie gehen mit den vorhandenen Mitteln haushälterisch um (FMC, 2009, S. 2).

Dieser Ansatz lässt deutlich erkennen, dass nur die Ärzte selber als Träger eines Ärztenetzwerkes in Frage kommen, nicht aber eine Finanzgesellschaft oder ein Versicherer.

Für die Schweizer Hausärzteschaft ist in Managed Care-Modellen grundsätzlich der Hausarzt oder die Hausärztin erste Anlaufstelle für die Patienten und Patientinnen. Sie richten auch die berufspolitischen Aktivitäten darauf aus, dass er oder sie alle notwendigen Abklärungen und Behandlungen koordiniert und die Koordination der beteiligten Leistungserbringer sicherstellt (Hausärzte Schweiz, 2010). Auch das Forum Managed Care nennt Gatekeeping das zentrale Steuerungsinstrument, schreibt jedoch, dass diese Aufgabe nicht nur von einem Hausarzt, sondern auch von einer HMO oder von einem medizinischen Callcenter wahrgenommen werden kann (FMC, 2009, S. 1).

Ein modernes Verständnis von Managed Care bedeutet jedoch nicht nur Gatekeeping, sondern „folgt einem systemischen Ansatz der Integration und Verkoppelung der unterschiedlichen Akteure. Ziel ist, deren Zusammenwirken weiter zu optimieren und so Behandlungssicherheit und Patientensicherheit zu stärken“ (Berchtold, 2007, S. 4). In erster Linie wird dabei an eine bessere Koordination zwischen Primär- und Sekundärversorgung gedacht (z.B. Calnan et al., 2006, S. 68). Um allerdings von echter integrierter Versorgung sprechen zu können, müssten auch weitere, nicht-ärztliche Berufsgruppen mit einbezogen werden. Bei den bestehenden Ärztenetzen in der Schweiz ist dies jedoch kaum der Fall. Umfassende Konzeptionen von Netzwerken im Sinne einer „integrierten, leistungssektorenübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung“ (Auerbach/Imhof, 2009, S. 221) gibt es in der Schweiz für die Grundversorgung (noch) nicht.

Die Erwartungen an Managed Care bzw. integrierte Versorgung sind hoch. Einerseits soll die gesundheitliche Versorgung optimiert werden, andererseits auch effizienter, d.h. kostengünstiger, ablaufen (Beck, 2009, S. 1). In einer systematischen Literaturreview kommt der deutsche Sachverständigenrat zum Schluss, dass „eine eindeutige Tendenz zu einer Verbesserung oder zu einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung durch Managed Care [...] nicht nachzuweisen“ ist (SVR-G, 2009, S. 793). Es lassen sich etwa gleiche viele Studien mit einem positiven wie mit einem negativen Effekt finden. Was die erwarteten Wirtschaftlichkeitseffekte betrifft, so belegen zwar verschiedene Analysen des CSS Instituts für Gesundheitsökonomie die Nachhaltigkeit der Kosteneinsparungen, gleichzeitig wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Aussagen zu den ökonomischen Auswirkungen und zu Kosten-Nutzen-Optimierungen des Gesamtsystems bislang erst ungenügend mit

wissenschaftlicher Evidenz belegt sind und dass weitere Studien nötig wären (Beck/Käser, 2008; Beck, 2009; SVR-G, 2009, S. 807f; Berchtold/Hess, 2006, S. 41).

Die Chancen von Managed Care liegen in der Aufhebung der Fragmentierung der Versorgung und der Steigerung der Integrationsfähigkeit. Um die gesetzten Ziele zu erreichen, muss jedoch genau geklärt werden, mit welchen Formen bzw. Instrumenten von Managed Care dies am ehesten möglich ist und welche Rahmenbedingungen dazu notwendig sind. Betreffend die institutionellen und strukturellen Faktoren sind noch viele Fragen offen. Noch deutlicher ist allerdings der Klärungsbedarf seitens der Nutzer, denn im aktuellen System laufen die individuellen Wahlfreiheiten und die vielfach volatilen Nutzerpräferenzen den Bemühungen zur Integration und Verkopplung der Akteure entgegen.

4.3 Teamwork und Zusammenarbeit

Die genannten Konzepte weisen mehrere Übereinstimmungen auf, obwohl sie aus verschiedenen Ländern stammen und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme entwickelt wurden. Neben der Forderung nach mehr Teamarbeit und besserer Zusammenarbeit ist dies vor allem eine stärkere Patientenorientierung und -einbindung.

Gemäss Sibbald et al. geht der Trend in Richtung eines „more complex skill mix reflected by larger and multiprofessional teams“ (Sibbald et al., 2006, S. 149). Die WHO sieht einen vielversprechenden Lösungsansatz in der interprofessionellen Zusammenarbeit (WHO, 2010, S. 12), Das Royal College of General Practitioners spricht von der Notwendigkeit von „multi-disciplinary teams of professionals“, die zusammenarbeiten müssen (RCGP, 2007, S. 23) und beim European Forum for Primary Care läuft zur Zeit ein Prozess zur Ausarbeitung eines Positionspapiers zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Grundversorgung, in dem ausführlich aus dem kürzlich erschienenen Report der Lancet Kommission zitiert wird, auf den in Kapitel 6.1 noch detaillierter eingegangen wird (EFPC, 2011; Frenk et al. 2010).

Auch wenn die Begriffe und Aussagen jeweils sehr ähnlich klingen, gibt es erhebliche konzeptionelle und organisatorische Unterschiede. Einige Autoren sprechen von Interdisziplinarität und meinen damit in erster Linie eine bessere Zusammenarbeit zwischen Primär- und Sekundärversorgung, d.h. zwischen Hausärzten, Fachspezialisten und Spital. Andere beziehen auch nicht-ärztliche Berufsgruppen mit ein. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen ist es daher sinnvoller, in letzterem Fall von Interprofessionalität zu sprechen. Interprofessionalität bezeichnet explizit die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, nicht nur verschiedener (medizinischer) Fachrichtungen.

Interprofessionalität ist anspruchsvoll, weil sie etablierte Weltansichten und Handlungsmuster auflöst. Unabhängig von den beteiligten Berufsgruppen verlangt Zusammenarbeit eine Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten und eine Abstimmung des Wissens und der Kompetenzen (vgl. Kap. 6.3). Dabei ist auch die Art der Zusammenarbeit z.B. in Arbeitsprozessen klar zu definieren. Wenn das Ziel darin besteht, die Fragmentierung zu überwinden macht es in der Tat einen grossen Unterschied, ob die einzelnen Leistungserbringer mehr oder weniger unabhängig voneinander arbeiten und nur von Fall zu Fall Informationen austauschen oder ob sie nach Massgabe einer gemeinsamen Vision und eines arbeitsteiligen Prozesses ihre Beitrag dort leisten, wo er aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen am zweckmässigsten und wirkungsvollsten ist.

Damit ein optimales und wirksames Zusammenspiel mehrerer Kategorien von Health Professionals möglich ist, muss der eigenständige Aufgabenbereich der

verschiedenen Berufsgruppen bekannt und als professionelles Handeln gegenseitig anerkannt sein. Dazu müssen institutionelle und strukturelle Barrieren überwunden werden. Diese umfassen namentlich Statusfragen, finanzielle und rechtliche Aspekte, aber auch Rivalitäten zwischen den Berufsgruppen, ein unterschiedliches Verständnis der Versorgungsaufgabe oder fehlende Klarheit über Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (Busse et al., 2010, S. 68f). Eine gute Koordination und eine enge Kooperation zwischen den Leistungserbringern über unterschiedliche Fachrichtungen, Professionen und Strukturen hinweg sind unabdingbar, jedoch nicht in allen Situationen einfach zu erreichen. Damit man diesem Ziel einen Schritt näher kommt, sind insbesondere Massnahmen im Bildungsbereich erforderlich, denn obwohl alle von Teamarbeit und Zusammenarbeit sprechen, wird in der Realität in der Ausbildung der Health Professionals nur wenig getan, um die notwendigen Kompetenzen und Einstellungen zu fördern (Pohl et al., 2010, S. 902). So lautet ein Fazit der oben erwähnten Lancet Kommission denn auch, dass u.a. die mangelnde Berücksichtigung der Teamarbeit in der Ausbildung und die Abschottung der Berufe untereinander dazu führen, „dass nur unzulänglich vorbereitete Absolventen in das Gesundheitssystem entlassen werden“ (Frenk et al., 2010, S. 5).

Nicht vergessen werden darf darüber hinaus, dass in einem patientenzentrierten Gesundheitssystem nicht nur die Gesundheitsfachpersonen, sondern auch die Patienten und Patientinnen zum Team gehören. Sie müssen als gleichberechtigte Partner einbezogen werden, um einen Heilungserfolg und/oder Wirkungen zu erzielen. Gerade bei chronisch kranken Personen ist es entscheidend, dass ihre Fähigkeit zum Selbstmanagement aktiviert wird und sie aktiv am Versorgungsgeschehen teilnehmen können (Haslbeck, 2010). Health Professionals müssen somit nicht nur mit anderen Fachpersonen kommunizieren und kooperieren, sondern auch eine neue Form des Umgangs mit den Nutzern und Nutzerinnen lernen (vgl. Kap. 3.3).

4.4 Der Hausarzt muss nicht alles machen

Es gibt innerhalb der medizinischen Profession und in den Organisationen des Gesundheitswesens viele verschiedene Lösungsvorschläge, um dem prognostizierten Hausarztmangel auf der einen und der steigenden Nachfrage auf der anderen Seite zu begegnen.

Angesichts der erwarteten generellen Verknappung der ärztlichen Workforce rücken dabei auch wieder Konzepte der Grundversorgung in den Blick, die aus früheren Epochen oder Regionen mit akuter ärztlicher Unterversorgung bekannt sind: die Verfügbarkeit von Ansprechstrukturen, in denen Bürger bei akutem Bedarf eine professionelle Antwort erhalten, wird durch nicht-ärztliches Gesundheitspersonal sichergestellt – an der *front line of primary care* muss nicht in jedem Fall ein Hausarzt stehen.

Der Einbezug von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal wird denn auch in der Literatur immer wieder diskutiert (z.B. Schmacke, 2006; Schlette et al., 2009; Redaelli et al., 2009). Im WHO Programm „Gesundheit21“ wird davon gesprochen, dass die Nutzer und Nutzerinnen als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen sich nicht zwingend an einen Hausarzt oder eine Hausärztin wenden müssen, sondern dass auch eine gut ausgebildete Pflegefachperson bestimmte Aufgaben übernehmen kann (WHO, 1998, S. 29). Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit begrüsst die Erprobung neuer Formen der Kooperationen von ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen (SVR-G, 2009, S. 827). Der erwartete steigende Bedarf nach professionellen Leistungen wirft die grundsätzliche Frage auf, ob in Zukunft ein ausschliesslich ärztebasiertes Organisationsmodell die zeitlichen und finanziellen Ressourcen bereit stellen kann,

die den Herausforderungen gerecht werden. In vielen Ländern existieren deshalb bereits Modelle, die diesbezüglich neue Wege gehen.

Mit dem steigenden Bedarf z.B. durch die Verkürzung der Spitalaufenthalte, das höhere Alter und die grössere Zahl an chronisch kranken Menschen kommen mehr und auch neue Aufgaben auf die ambulanten Ansprechstrukturen zu. Im Patient Centered Medical Home beispielsweise, das vielerorts als Ideal angesehen wird, werden zum einen weiterhin die traditionellen Leistungen der Grundversorgung geboten. Zum anderen soll zusätzlich stärker auf die Koordination der Versorgung, auf die Gewährleistung eines einfachen Zugangs sowie auf eine regelmässige Betreuung von Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten fokussiert werden. Doch „die umfangreichen Aufgaben [...] im Sinne eines ‚Medical Home‘ kann durch den einzelnen Arzt, wie motiviert, hingebungsvoll und kompetent auch immer er sein mag, kaum erfüllt werden“ (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 8). Wie in Kapitel 3.2 dargelegt, reichen die kurzen Konsultationszeiten kaum aus, „um die präventiven und beratenden Aufgaben zu erfüllen, die bei vielen chronisch Kranken erforderlich sind“ (SVR-G, 2009, S. 559). Wie können die Hausärzte und -ärztinnen all die zusätzlichen Leistungen erbringen, die heute zu einer guten Primärversorgung gehören, wenn ihr Arbeitstag aus einer ständigen Abfolge von zu kurzen Konsultationen besteht?

Claire Bretécher hat 1985 mit dem Comic *Docteur Ventouse, bobologue* eine Berufsbezeichnung geschaffen, die weit über den französischen Sprachraum hinaus Verbreitung gefunden hat und das Arbeitsfeld der ärztlichen Grundversorger vielsagend umreist (Bretécher, 1985). Ein grosser Teil der Arbeiten in einer Hausarztpraxis besteht aus „Bobologie“, der Behandlung von Wehwehchen, d.h. aus pflegerischen und fürsorglichen Tätigkeiten, für die keine medizinische Ausbildung nötig wäre (Bodenheimer, 2008, S. 2087). Umgekehrt sind in vielen Fällen Qualifikationen gefragt, zum Beispiel unterstützende Kommunikation oder die Anleitung für ein tragfähiges Sozialnetz, die im Medizinstudium kaum gelernt werden (Berchtold et al., 2010, S. 42). Es fragt sich, warum die Versorgung nicht so organisiert wird, dass solche Arbeiten vermehrt durch nicht-ärztliche Berufsgruppen übernommen werden. Gemäss Sachverständigenrat Gesundheit „ist die hausärztliche Arbeitskraft zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können“ (SVR-G, 2009, S. 749). In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass viele Patienten und Patientinnen sich bereits heute die Freiheit nehmen, sich nicht mehr in jedem Fall primär an den Hausarzt oder die Hausärztin zu wenden (es sei denn, sie seien in einem Hausarztmodell versichert).

Die nicht-ärztlichen Berufsgruppen können entweder als Teammitglieder in der Hausarztpraxis arbeiten oder als eigenständige Leistungserbringer auftreten. Wie Beyer et al. schreiben gibt es „sowohl dringende rationale Argumente als auch kaum widerstehliche Tendenzen im Wettbewerb der Leistungserbringer und -träger, die auf die Auflösung vertrauter Sektorengrenzen im Gesundheitswesen hinauslaufen“ (Beyer et al., 2010, S. 94). Die traditionellen Grenzen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen werden laufend unschärfer. Aufgaben und Zuständigkeiten, die heute einer Kategorie von Health Professionals vorbehalten sind, werden immer öfters an andere Kategorien übertragen. Die Frage nach dem optimalen und angemessenen „Skill-Mix“ in der Gesundheitsversorgung wurde bereits von verschiedener Seite her thematisiert (Buchan/Calman, 2005; Künzi/Detzel, 2007; Czypionka et al., 2011), muss jedoch je nach Aufgaben und Kontext genau bestimmt werden.

4.5 Informationstechnologie statt ärztliche Akkordarbeit

Der Einbezug nicht-ärztlicher Berufsgruppen ist nur eine von mehreren Möglichkeiten, wie die Ansprechstrukturen neu organisiert werden können, um die zukünftigen Herausforderungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens zu bewältigen. Casalino, der selber 20 Jahre als Hausarzt tätig war, vergleicht den Arbeitsalltag der heutigen Hausärzte mit demjenigen von Akkordarbeitern in einer Treitmühle und er fragt sich, ob dies wirklich die sinnvollste Art ist, wie diese gut ausgebildeten und hochbezahlten Fachpersonen ihre Zeit einsetzen können (Casalino, 2010). Ein Mediziner könnte bedeutend mehr aus seiner verfügbaren Zeit machen, wenn ein Teil der Arztkontakte nicht face-to-face, sondern via Telefon oder E-Mail abgewickelt würde. Seiner Meinung nach wäre das bei 30 bis 40 Prozent der Personen, die täglich eine Arztpraxis aufsuchen, ohne weiteres möglich. Mit einer einfachen, von nicht-ärztlichem Personal durchgeführten telefonischen oder Web-basierten Triage könnte jeweils entschieden werden, ob ein Praxisbesuch im konkreten Fall angebracht ist oder ob die notwendigen Informationen auch telefonisch oder per E-Mail ausgetauscht werden könnten. Ärzte und Ärztinnen würden dadurch von der Tyrannei befreit, den ganzen Tag möglichst schnell von einem Patienten zum nächsten zu rennen, und könnten mehr Zeit denjenigen widmen, die sie wirklich brauchen. Man hätte es dadurch mit einer echten patientenzentrierten Versorgung zu tun, die sich unter anderem durch erleichterte, niederschwellige Kontaktmöglichkeiten und Kommunikationswege auszeichnet, wie sie das Internet oder das Telefon ermöglichen (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 8).

Weltweit setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass der Einsatz moderner Kommunikations- und Informationstechnologien zu einer effizienteren Ressourcennutzung, zu besserer Qualität und zu einer stärkeren Patientenorientierung beiträgt (Busse et al., 2010, S. 75). So gehören beispielsweise beim Patient Centered Medical Home nicht nur der verstärkte Einsatz von Telefon und E-Mail, sondern auch klinische Informationssysteme und die Arbeit mit elektronischen Patientenakten zu den Grundprinzipien (Blum/Lisac, 2010, S. 21). Die Autoren des EU-Konzeptes zur Primärversorgung, das Royal College of General Practitioners und viele andere halten dies für eine Schlüsselkomponenten für eine zukunftsfähige Praxisorganisation.

Vor allem elektronische Patientenakten sind unerlässlich für Versorgungsmodelle, in denen verschiedene Health Professionals zusammenarbeiten und mit denen eine echte Kontinuität garantiert werden soll. Sie „erleichtern die Koordination und Effizienz und haben das Potential, wichtige Gesundheitsendpunkte zu verbessern“ (Steurer-Stey/Rosemann, 2009, S. 8). Auch computergestützte Entscheidungshilfen und Behandlungspfade auf der Basis von „evidence based practice“ könnten helfen, Resultate zu verbessern und Fehler zu vermeiden (Busse et al., 2010, S. 87). Entwicklungen in diesem Bereich werden jedoch oft durch hohe Anschaffungskosten, durch die Unvereinbarkeit der EDV-Systeme verschiedener Leistungserbringer sowie durch Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes gebremst (Sibbald et al., 2006, S. 159). Der Sachverständigenrat Gesundheit stellt ausserdem fest, dass momentan die „Ausstattung der Praxen mit Informationstechnik völlig unzureichend auf die Erfüllung der primärärztlichen Funktion des Hausarztes abgestimmt ist“ (SVR-G, 2009, S. 560).

Fortschrittlicher sind in dieser Hinsicht die nordischen Länder. In Finnland (<http://www.terveysuomi.fi>) wie auch in Dänemark (<http://www.sundhed.dk>) existieren Online-Gesundheitsportale, die es den Nutzern und Nutzerinnen erlauben, online ihre Patientenakten einzusehen. In Dänemark erfolgt inzwischen der grösste Teil des Datenaustausches zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen über das Portal „sundhed.dk“ und auch die Hausärzte nutzen dessen Kommunikationsmöglichkeiten intensiv, z.B. für elektronische Terminvereinbarungen oder Rezepterneuerungen. Gleichzeitig finden die Nutzer

und Nutzerinnen auf diesen Webseiten alle wesentlichen Gesundheitsinformationen gebündelt auf einer Seite. Den gleichen Service bietet u.a. auch die Plattform „NHS choices“ in Grossbritannien (<http://www.nhs.uk>), die einerseits Wissensportal und andererseits Zugangspforte ist (vgl. Kap. 4.6.5). Daneben finden sich im Internet auch private Anbieter wie WebMD (<http://www.webmd.com>), HealthVault (<http://www.healthvault.com>) oder Revolution Health (<http://www.revolutionhealth.com>), die durch ihr Angebot dazu beitragen, einen Teil der Gesundheitsversorgung in den virtuellen Raum zu verlagern.

In der Schweiz werden die Vorteile der Informations- und Kommunikationstechnologie hingegen noch kaum genutzt. Laut dem International Health Policy Survey des Commonwealth Fund haben nur gerade 3 % der in der Schweiz befragten Personen schon einmal eine E-Mail mit medizinischen Fragen an ihre Arztpraxis gesandt. Auch die Möglichkeit, einen Termin per E-Mail festzulegen, ist hierzulande äusserst selten (Burla, 2011, S. 28). Seit einigen Jahren arbeiten jedoch mehrere Kantone – Pioniere sind insb. Tessin und Genf – parallel daran, eine moderne Informationstechnologie für das Gesundheitssystem aufzubauen und zu nutzen. Eine nationale eHealth-Strategie soll den Rahmen für eine landesweite Umsetzung liefern. Ein Strategiepapier, das im April 2008 veröffentlicht wurde, schafft dazu die Grundlage und bündelt die bisherigen Initiativen in ein Gesamtkonzept ein. Die zwei zentralen Bausteine der „Strategie eHealth Schweiz“ sind der Ausbau der 2009 eingeführten elektronischen Versichertenkarte zu einer umfassenden elektronischen Patientenakte und ein zentrales Online-Informationsportal, das Gesundheitsinformationen internationaler Organisationen, des Bundes, der Kantone und der Gemeinden gebündelt zur Verfügung stellt. Ob die gesetzten Ziele wie geplant bis 2015 erreicht werden können, wird sich zeigen (eHealth Suisse, 2009).

4.6 Innovative Ideen und konkrete Modelle

4.6.1 Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Arztpraxis

Der Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der ambulanten Grundversorgung ist in unterschiedlicher Form und Intensität bereits Realität. So haben angesichts der Lücke zwischen der steigenden Nachfrage und den knapper werdenden Ressourcen in verschiedenen Ländern Hausärzte und -ärztinnen damit begonnen, gewisse Aufgaben an nicht-ärztliche Health Professionals, die in der Arztpraxis angestellt sind, zu delegieren.

So übernehmen beispielsweise deutsche MFA (medizinische Fachangestellte), schweizerische MPA (medizinische Praxisangestellte) oder amerikanische Medical Assistants bestimmte Aufgaben in der Betreuung chronisch kranker Personen. Zu ihren Aufgaben gehören beispielsweise das Monitoring und die Durchführung strukturierter Patientenschulungen (Gensichen et al., 2006, S. 368-370). Für die neuen Aufgaben werden sie speziell geschult, wobei es beim Inhalt und der Dauer der Schulungen grosse Unterschiede gibt.

Medical Assistants, die im UNITE Health Center in New York angestellt sind, absolvieren ein 9-monatiges Ausbildungsmodul, das sie mit dem Titel Health Coach abschliessen. Danach übernehmen sie eigenständig die Betreuung chronisch kranker Menschen und fördern diese im Selbstmanagement ihrer Krankheit. Die Schulung beinhaltet „didactic sessions on chronic disease management and interactive sessions to improve communication skills and teach self-management support and facilitation of behavior change“ (Nelson et al., 2010, S. 964). Wichtiger Teil des Projektes von UNITE sind elektronische Patientendossiers, die den Medical Assistants ihre Arbeit erleichtern und sie bei

ihren Entscheiden unterstützen. Sie sind zudem nicht auf sich selbst gestellt, sondern werden bei ihrer Arbeit von Pflegefachpersonen angeleitet, überwacht und bewertet. Nelson et al. berichten von guten Ergebnissen und Kostenersparnissen und sprechen deshalb von einem „innovative model for others to replicate“ (Nelson et al., 2010, S. 965).

Aus Deutschland hört man von Hausärzten, die aus Zeitmangel nicht mehr in der Lage sind, alle ihre älteren, immobilen Patienten adäquat zu Hause bzw. in den Heimen zu betreuen und die deshalb medizinische Fachangestellte losschicken, um bei den Patienten zu Hause „Routinekontrollen wie beispielsweise Blutdruck- oder Blutzuckermessungen durch[zuführen“ (Redaelli et al., 2009, S. 3). Als Reaktion auf diese informelle Praxis wurden in den letzten Jahren verschiedene Projekte initiiert, die alle zum Ziel haben, durch die Delegation ärztlicher Leistungen an speziell qualifizierte Fachkräfte (MFA, Praxisassistentinnen oder selten Pflegefachpersonen) die Ärzte in ländlichen Regionen zu entlasten. Eines dieser Projekte ist das AGnES-Modell (arztentlastende, gemeindenaher, e-Health-gestützte, systemische Intervention), dessen Vorbild Schwester Agnes aus dem DDR-Fernsehen ist, die als Gemeindeschwester mit ihrem Moped übers Land fuhr, um ihren Patienten zu helfen (Korzilius/Rabatta, 2006, S. 2096). In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt liefen von 2005 bis 2008 Modellprojekte, die von der Universität Greifswald wissenschaftlich begleitet wurden. Speziell geschulte Praxismitarbeiterinnen übernahmen dabei bestimmte medizinische Tätigkeiten und führten insbesondere Hausbesuche durch. Auf Grund der positiven Bilanz wurde 2009 entschieden, das Modell in die Regelversorgung zu übernehmen. Es bleibt jedoch auf Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf beschränkt (Czypionka et al., 2011, S. 23). Trotzdem bestehen seitens der Ärzte erhebliche Vorbehalte wegen des Präzedenzcharakters bei der Konkurrenzierung des ärztlichen Leistungsmonopols. Die Hochschule Neubrandenburg bietet neu einen Lehrgang in „Community Medicine Nursing“ an, der Pflegefachpersonen und MFA auf ihren Einsatz als AGnES-Fachkräfte vorbereitet. Daneben existieren insbesondere für MFA weitere Qualifikationsmassnahmen, die unter den Namen EVA (entlastende Versorgungsassistentin), VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder MOPRA (mobile Praxisassistentin) bekannt sind und die alle die Entlastung der Hausärzte und Hausärztinnen zum Ziel haben. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Ausbildungsmodus und des zu leistenden Stundenumfanges (zwischen 84 und 820 Stunden) sehr stark voneinander (Kalitzkus et al., 2009, S. 404).

In der Schweiz werden medizinische Praxisassistentinnen MPA teilweise für die Betreuung Chronischkranker eingesetzt. Das Ärztenetzwerk mediX leistet hier Pionierarbeit. Ausgangspunkt des Projektes mediX Futuro, das mediX in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich entwickelt hat, war die Feststellung, dass die ärztliche Praxis sich seit 50 Jahren kaum verändert hat und wegen dem Widerstand vieler Ärzte und Ärztinnen gegen den Einsatz moderner Informatikinstrumente nur beschränkt mit den Erwartungen und Ansprüchen an eine zeitgemäße Arzt-Patientenbeziehung der „Generation Online“ übereinstimmt. Zukunftsfähige Anspruchsstrukturen sehen jedoch anders aus. Der mediX Futuro Ansatz umfasst deshalb zum einen ein hausarztbasiertes Chronic Care Management mit ICT-Unterstützung, zum anderen eine internetbasierte Beratungs- und Service-Plattform für die Hausarztmedizin (Zanoni et al., 2009). MPA werden speziell geschult, um delegierte Aufgaben und Verantwortung bei der Betreuung Chronischkranker übernehmen zu können. Die Schulungen dauern nur wenige Tage (Schläpfer et al., 2009, S. 324), werden aktuell jedoch überprüft.

Der Schweizer MPA-Verband bietet seit 2001 das Seminar „Betreuung von Langzeitpatienten – Modul Diabetes“ an und seit 2009 existiert ein ähnliches Modul für Rheuma. Diese Weiterbildungen sollen gemäss neusten Informationen in einen eidgenössischen Fachausweis münden. Das geplante Berufsbild der medizinischen Praxiskoordinatorin / des medizinischen Praxiskoordinators besteht aus einer administrativen und einer klinischen Richtung. Die Absolventinnen und Absolventen der klinischen Richtung werden laut MPA-Verband befähigt sein, unter der Verantwortung einer ärztlichen Fachperson Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten zu betreuen (<http://www.odamed.ch>).

Schläpfer et al. berichten bezüglich des Einsatzes von MPA in der Hausarztpraxis von guten Ergebnissen (Schläpfer et al., 2009, S. 324) und auch in Deutschland scheinen VerAH, EVA und Co. die in sie gesetzten Erwartungen zu erfüllen (Kalitzkus et al., 2009, S. 405). Trotzdem ist die Delegation von Aufgaben und Verantwortung an MPA gesundheits- und versorgungspolitisch nicht unproblematisch. Im Vergleich mit den reglementierten und auf Tertiärstufe ausgebildeten Gesundheitsberufen sind die MPA viel stärker regel- und delegationsgeleitet und weniger auf die Übernahme selbstständiger Arbeiten vorbereitet. Nicht geklärt ist in der Schweiz zudem die finanzielle Abgeltung der Leistungen, welche die MPA übernehmen.

Besser ausgebildet als die schweizerischen MPA sind die sogenannten Practice Nurses und die Physician Assistants, wie sie im angelsächsischen Raum bekannt sind. Bei den britischen Practice Nurses handelt es sich um Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung, die es ihnen erlaubt, Teil eines Primary Health Care Teams zu werden. Sie arbeiten i.d.R. als Angestellte in einer Arztpraxis und kümmern sich um die Betreuung Chronischkranker, führen Impfungen durch und behandeln kleinerer Erkrankungen und Verletzungen (Jenkins-Clarke et al., 1997). Nach bestimmten vorgegebenen Richtlinien dürfen sie auch Medikamente verschreiben. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass in der Schweiz und auch in Deutschland MPA bzw. MFA zum Teil als Practice Nurses bezeichnet werden (z.B. Kalitzkus et al., 2009; Frei et al., o.J.). Diese Bezeichnung ist missverständlich, da die britischen Practice Nurses um einiges besser ausgebildet sind als die schweizerischen MPA und die deutschen MFA. Auf Grund der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus können die beiden Berufsgruppen kaum miteinander verglichen werden.

Beim Physician Assistant handelt es sich um einen ärztlichen Assistenzberuf, der hauptsächlich in den USA existiert und für den neu auch in Deutschland von der Steinbeis-Akademie ein Ausbildungsprogramm lanciert worden ist. Die Ausbildung zum Physician Assistant kann nach einer Grundausbildung im Gesundheits- oder Sozialbereich absolviert werden und fokussiert auf den klinischen Einsatz. Sie erlaubt es, unter der Lizenz und Aufsicht einer ärztlichen Fachperson eigenständig einfache Behandlungen durchzuführen (Sibbald et al., 2006, S. 155; Künzi/Detzel, 2007, S. 6).

Weder Practice Nurses, wie sie aus Grossbritannien bekannt sind, noch Physician Assistants existieren in der Schweiz. Die Etablierung dieser neuen Rollen wird auch nicht diskutiert. Die einzige Berufsgruppe, deren Einbezug in der Arztpraxis akzeptiert zu werden scheint, sind MPA. Es fragt sich jedoch, ob diese tatsächlich geeignet sind, um die ihnen zugewiesene Aufgaben optimal zu erfüllen, oder ob nicht robuster ausgebildete Health Professionals eine bessere Performance erbringen würden.

4.6.2 Versorgungszentren statt Einzelpraxis

Ein Trend, der in vielen Ländern auszumachen ist, ist die Verschiebung von der Einzelpraxis in Richtung Versorgungszentren. Die Gesundheitspolitik verspricht sich davon einen Effizienzgewinn sowie eine bessere Koordination der Versorgung (Schlette et al., 2010, S. 18). Auch wenn sich ähnliche Modelle in vielen Ländern finden, werden in der Literatur besonders oft die Grundversorgungszentren in Finnland und neuerdings auch jene in Spanien als beispielhaft dargestellt.

Finnische Gesundheitszentren

Basis des finnischen Gesundheitswesens sind die sogenannten Gesundheitszentren, in denen nichtärztliche Berufsgruppen, insbesondere Pflegefachpersonen, eine wichtige Rolle spielen. Unter einem Dach werden dort ambulante medizinische Grundversorgung, Zahnarzt, Physiotherapie, psychiatrische Betreuung und Unfallversorgung sowie Rettungsdienst angeboten. Die Mitarbeitenden sind von der Gemeinde bzw. vom Bezirk angestellt. Es gibt in Finnland ca. 280 solche regionale Gesundheitszentren. Rund 2000 Personen sind jeweils einem Team, bestehend aus einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson, zugewiesen. Freie Arztwahl gibt es nicht. In den Gesundheitszentren wird entschieden, wann ein Patient an ein Spital oder einen Spezialisten überwiesen wird (Bieler, 2005, S. 26).

Die Betreuung der Patienten und Patientinnen wird arbeitsteilig organisiert. Die Ersttriage und die Behandlung „einfacherer“ Erkrankungen erfolgt durch eine erfahrene Pflegefachperson. Das Grundprinzip lautet: „Der Arzt macht nur, was nur ein Arzt kann, alle anderen Tätigkeiten werden an entsprechend geschultes Personal delegiert“ (Rabady, 2006, S. 742). Gemäss Rabady können die meisten Erkrankungen und Gesundheitsstörungen in den Zentren selbst behandelt werden, ohne dass eine Weiterleitung an einen Spezialisten erforderlich wäre. In kleineren Gemeinden auf dem Land, wo es schwieriger geworden ist, ärztliches Personal zu finden, werden z.T. Leistungen bei anderen Gesundheitszentren eingekauft oder man beschäftigt Ärzte und Ärztinnen auf Honorarbasis, zum Beispiel für einen Tag in der Woche. Auch neue Computertechnologien werden eingesetzt, um die räumliche Distanz zum Spezialisten zu überwinden (Bieler, 2005, S. 27).

Die Vorteile des finnischen Systems sind eine trotz Ärztemangel sehr gute Gesundheitsversorgung auch in ländlichen Gebieten sowie die tiefen Kosten. Dies wird darauf zurückgeführt, dass im finnischen System die in Ländern mit freier Arztwahl übliche Expansion der Nachfrage durch die in jedem Fall definierte Ansprechstruktur gedämpft wird.

In neuerer Zeit wird jedoch die berufsständisch motivierte Kritik aus der Ärzteschaft lauter. Hausärzte und -ärztinnen monieren das Wegfallen des Prinzips des „personal doctors“ und die fehlende Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung (z.B. Rabady, 2006). Leppo berichtet zudem, dass die Arbeit im regulierten Angestelltenverhältnis zunehmend unattraktiv sei für die Ärzte und Ärztinnen und sich deshalb die Abwanderung Richtung Westeuropa verstärke (Leppo, 2009).

Primäre Gesundheitsversorgung in Spanien

Auch in Spanien wird auf Gesundheitszentren gesetzt. Die primäre Gesundheitsversorgung erfolgt neu durch sogenannte Equipos de Atención Primaria (EAP) in Gesundheitszentren, in denen ein Team aus Allgemein- und Kinderärzten, Pflegepersonal, Zahnärzte, Verwaltungspersonal und in einigen Fällen Sozialarbeiter zusammenarbeitet. Die Zuweisung der Patienten und Patientinnen erfolgt nach geografischen Kriterien (Peris Grao et al., 2009, S. 195).

Als erste Gemeinde in Spanien erhielt der Ort Castelldefels südlich von Barcelona 2005 ein öffentliches und zugleich autonom wirtschaftendes „Consorti Castelldefels de Salut d'Atenció Primària“ (CASAP). Dessen Aufgabe ist es, „der betreuten Bevölkerung im Rahmen einer Organisationsstruktur, die auf einer breit zugänglichen Versorgung basiert, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten“ (Peris Grao et al., 2009, S. 197). Das Primärversorgungszentrum neuen Typs übernimmt zusätzlich zu der üblichen Versorgung auch Aufgaben wie Ernährungsberatung, Tageschirurgie und die Bekämpfung der Nikotinsucht. Träger sind zu 70 Prozent das katalanische Gesundheitsinstitut und zu 30 Prozent die Gemeinde (Blum/Lisac, 2010, S. 23). Das CASAP-Management kann wirtschaften wie eine Firma und auch Personal nach privatrechtlichen Grundsätzen einstellen. Gemäss Peris Grao et al. „ist das autonome Management der Teams zur Primärversorgung unerlässlich, um medizinische Versorgung und Effizienz zu verbessern. Durch die Förderung der verschiedenen Berufe erzielt das CASAP-Modell gute Umfrageergebnisse bezüglich der Versorgung, kommt der Bevölkerung durch umfassenderes Versorgungsangebot zugute und verbessert die Qualität des Arbeitslebens im Vergleich zu öffentlichen Gesundheitssystemen“ (Peris Grao et al., 2009, S. 204).

4.6.3 Advanced Nursing Practice (ANP)

In verschiedenen Ländern wurden als Antwort auf die komplexeren Pflegesituationen in der Klinik, das Schnittstellenmanagement zwischen stationärem und ambulantem Sektor, den Anstieg von Menschen mit chronischen Krankheiten, dem drohenden oder bestehenden Ärztemangel, aber auch der hohen Kosten der ärztlichen Versorgung Masterstudiengänge für Pflegefachpersonen entwickelt. Diese Studiengänge ermöglichen es den Absolventen und Absolventinnen, ihre Kompetenzen zu erweitern und neue Rollen zu übernehmen. Die spezialisierte, erweiterte und vertiefte Pflegepraxis wird mit den (konzeptionell nicht deckungsgleichen) Begriffen „Advanced Nursing Practice“ (ANP) oder „Advanced Practice Nursing“ (APN) umschrieben und umfasst verschiedene Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche. Grundsätzlich lassen sich zwei Hauptrichtungen unterscheiden: (a) die vor allem im Spital arbeitenden spezialisierten klinischen Pflegefachpersonen wie zum Beispiel die am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel ausgebildeten „Advanced Practice Nurses“ und (b) die spezialisierten „Pflegetraktiker/innen“ (Nurse Practitioners) oder Pflegende für öffentliche Gesundheit, die im Bereich der ambulanten Grundversorgung tätig sind (Künzi/Detzel, 2007, S. 6). Ausgehend vom Fokus auf die Ansprechstrukturen in der Grundversorgung interessieren an dieser Stelle ausschliesslich Letztere.

Die Berufsbezeichnungen sind nicht standardisiert und von Land zu Land verschieden. Ausgehend von der Begriffsvielfalt und der unterschiedlichen Entwicklungsgeschichten der Berufsbilder schreibt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe von einer „Verwirrung bezüglich Bedeutung, Handlungsspielraum und Ausbildung“ bei Behörden und Arbeitgebern (DBfK, 2007, S. 9). Neben der Bezeichnung „Nurse Practitioner“ werden für spezialisierte Pflegende in der Grundversorgung auch „Advanced Nurse Practitioner“, „Nurse Consultant“ oder „District Nurse“ verwendet (Künzi/Detzel, 2007, S. 12). Das Council of the Royal College of Nursing definiert Nurse Practitioners als Pflegefachpersonen, die selbständig und in eigener Verantwortung diagnostische und therapeutische Entscheidungen fällen. Dies beinhaltet auch Leistungen, die sonst von ärztlichen Fachpersonen ausgeführt werden. Obwohl die Nurse Practitioners den Arzt oder die Ärztin nicht ersetzen sollen, tragen sie die medizinische Verantwortung für ihre Leistungen (Gut, 2007, S. 2171). Je nach gesetzlichen Regelungen und beruflicher Spezialisierung verfügen sie über die Kompetenz zur Diagnosestellung,

Medikamentenverschreibung, Präventionsarbeit, Gesundheitserziehung, etc. (Künzi/Detzel, 2007, S. 6).

In der Primärversorgung werden Nurse Practitioners zum Beispiel in Grossbritannien eingesetzt. Seit Anfang der 1990er Jahre hat der NHS in den Praxen nebst Allgemeinmedizinerinnen eine wachsende Zahl von hoch qualifizierten Pflegefachpersonen angestellt und ein definiertes Set von Grundversorgungsaufgaben an diese delegiert. Dazu gehören insbesondere Triage, Gesundheitsprävention und die Betreuung chronisch kranker Personen. Die Nurse Practitioners dürfen bestimmte klinische Prozeduren durchführen und eine begrenzte Anzahl Medikamente verschreiben (Künzi/Detzel, 2007, S. 12).

Daneben werden spezialisierte Pflegefachpersonen auch in Nurse-led-Clinics eingesetzt, wie es sie nicht nur in Grossbritannien, sondern beispielsweise auch in Finnland und Schweden gibt (Panfil/Sottas, 2009, S. 13). In Grossbritannien gab es 2009 insgesamt 93 solche von sogenannten „Nurse Consultants“ geleitete Walk-in-Kliniken (<http://www.nhs.uk>), die grosszügige Öffnungszeiten bieten und ohne Terminvereinbarung genutzt werden können. Sie bieten Behandlungen an für kleinere, alltägliche Beschwerden und Verletzungen (Infektionen, Schnitte, Wunden, Brüche, Sexualberatung, Verdauungsstörungen, Entfernen von Fäden, Verbrennungen u. dgl.). Sie sind komplementär zu den Hausärzten und zum Spitalnotfall konzipiert und behandeln deshalb keine lebensbedrohlichen Zustände.

In dünn besiedelten Regionen in den USA oder auch in Neuseeland werden Nurse Practitioners teilweise als Ersatz für Allgemeinmediziner und -medizinerinnen eingesetzt (De Geest et al., 2008, S. 622; Künzi/Detzel, 2007, S. 13). Wie der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe berichtet, übernahmen bereits in den 1970er Jahre Pflegende in abgelegenen Gebieten der USA Versorgungsaufgaben. Sie hielten Sprechstunden ab, führten Beratungen durch, diagnostizierten und behandelten alltägliche und chronische Krankheiten und entschieden, ob ein Arztbesuch notwendig war (DBfK, 2007, S. 9).

Studien zeigen, dass hochqualifizierte Pflegefachpersonen gute Resultate erzielen: die Versorgungsqualität sei gleichwertig wie diejenige von medizinischem Personal, die Patientenzufriedenheit oft sogar höher. Nurse Practitioners werden als eine effektive, patientenfreundliche und populäre Alternative wahrgenommen, die es der Ärzteschaft erlaubt, sich um Diagnosen und komplexere Gesundheitsprobleme zu kümmern. Die Frage, welche Auswirkungen der Einsatz von Pflegefachpersonen auf die Kosten hat, kann anhand der bestehenden Studien jedoch nicht definitiv beantwortet werden (Künzi/Detzel, 2007, S. IV; Buchan/Calman, 2005; De Geest et al., 2008, S. 621; Gut, 2007, S. 2172; Busse et al., 2010, S. 40-41; Redaelli et al., 2009, S. 38f).

Auch in der Schweiz wird gelegentlich über das Potenzial von „Advanced Nursing Practice“ diskutiert. Dabei geht es ebenfalls um die Frage, ob Pflegefachpersonen hausärztliche Aufgaben und Funktionen übertragen werden können. Angesichts der Tatsache, dass die akademische Entwicklung der Pflege im Wachstum begriffen ist, vertritt Chris Gut, ein Pflegewissenschaftler, in der Schweizerischen Ärztezeitung die Meinung, dass dies zu einer „Win-win-Situation“ führen würde, von der Ärzteschaft, Pflegende und Patienten profitieren könnten (Gut, 2007). Die aufgewerteten Rollen der Pflegefachpersonen wirken sich typischerweise positiv auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Berufsverweildauer aus (Czypionka et al., 2011, S. 13). Bei den Hausärzten und -ärztinnen führt diese Idee jedoch zu Besorgnis und Widerstand (Steuer-Stey/Rosemann, 2009, S. 7). Standespolitische und emotionale Aspekte behindern einen sinnvollen Dialog: „Die Pflege möchte sich im Rahmen der zunehmenden Akademisierung und Professionalisierung ihres Berufes weiterentwickeln, und Ärzte fühlen sich in ihren

Kompetenzen von der Öffentlichkeit und Politik zunehmend unterschätzt und eingeschränkt“ (Gut, 2007, S. 2170).

Momentan werden in der Schweiz spezialisierte Pflegefachpersonen zumeist in Spitälern oder in der ambulanten Nachsorge z.B. von Krebspatienten eingesetzt, jedoch kaum als Praktiker/innen in der Grundversorgung. Da die Schweizer Hausärzte und -ärztinnen die nicht auf Tertiärstufe ausgebildeten MPA vorziehen, entsteht der Eindruck, dass sie nur Teams mit direkt kontrollierbarer, abhängiger Workforce wollen und die Konkurrenz, die Advanced Nurse Practitioners darstellen würden, fürchten. Es muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass die momentan bestehenden (Master-)Ausbildungen in der Schweiz auf den stationären Bereich, die klinische Nachsorge von Patienten mit komplexem Pflegebedarf und auf das Management chronischer Krankheiten fokussieren, nicht aber auf einen Einsatz in der Grundversorgung vorbereiten (u.a. Künzi/Detzel, 2007, S. 50).

Gemäss Gut ist der in der Schweiz ausgebildete „klinische Fachpfleger ein spezialisierter Pfleger, der in einer klinischen Umgebung ärztliche Anordnungen auf hohem Niveau umsetzt“, wobei Diagnose und Therapie in der Verantwortung des Arztes liegen. Eine weitergehende selbstständige Tätigkeit wie die der Nurse Practitioners wird durch einen Paradigmenwechsel in der Pflegeausbildung erschwert. In den letzten 30 Jahren ist der Focus deutlich auf die psychosozialen Aspekte gelegt worden bei gleichzeitiger Vernachlässigung der biomedizinischen Inhalte (z.B. Pathologie, Pathophysiologie, Anatomie). Gut forderte deshalb grundlegende Anpassungen und Erweiterungen und plädiert für eine stärkere Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fakultäten und Pflegefachschulen und für neue Lehrgänge, die medizinische und pflegerische Aspekte kombinieren (Gut, 2007, S. 2172). Die neuesten Reformen in der Hochschulausbildung der Pflege korrigieren diese Defizite teilweise durch die Einführung des Clinical Assessments (Lindpaintner, Bischofberger et al. 2009) und die Vorgabe neuer Ziele für die Abschlusskompetenzen (Sottas, 2011).

Klar ist zudem, dass rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen definiert und entwickelt werden müssen, damit Advanced Nurse Practitioners in der Schweiz sinnvoll eingesetzt werden können (z.B. betreffend die Behandlungsautonomie und die Medikamentenverschreibung). Es muss zudem geklärt werden, welche spezifischen Aufgaben sie in der Grundversorgung übernehmen können, welche Kompetenzen sie dafür benötigen, ob zusätzliche Weiterbildungen nötig sind und wie die Berufsausübung reguliert wird. Nicht zuletzt müssen die Anliegen der ärztlichen Grundversorger ernst genommen werden, denn ohne deren Unterstützung wird die Entwicklung einer neuen Rolle für spezialisierte Pflegefachpersonen kaum möglich sein. Die Erfahrungen aus dem Skandinavien, Grossbritannien, Spanien oder den USA sind dabei zwar hilfreich, können aber kaum direkt auf die Schweiz übertragen werden.

4.6.4 Retail Health Clinics

Eine Entwicklung, die nicht durch die Health Professionals selber gesteuert ist, gewinnt in den USA an Bedeutung. Dort verläuft die Innovationsfront entlang der Konsumgütermärkte und der Kundenströme. Die Supermarkt- und Drogerieketten orientieren sich an Kundenbedürfnissen und positionieren sich durch die Schaffung von sogenannten „Retail Health Clinics“ als Dienstleister im Gesundheitsbereich.

Diese neuen Geschäftsmodelle sind sehr erfolgreich und inzwischen in fast allen Bundesstaaten anzutreffen. Das National Center for Policy Analysis schätzt die aktuelle Zahl auf 1100 bis 1200. Pionier und Marktführer ist MinuteClinic. Andere Anbieter sind z.B. SmartCare, The Little Clinic, QuickHealth oder die Drogerie CVS. Auch wenn die Wirtschaftskrise dazu geführt hat, dass sich das Wachstum in

den letzten Jahren verlangsamt hat, wird für die Zukunft mit einer weiteren Zunahme gerechnet (Bailey, 2010).

Die Merkmale der Retail Health Clinics sind:

- Standort in einem Retail Setting (Supermarkt, Drogerien, etc.), vor allem in städtischen Gebieten
- Walk-in Access, d.h. grosszügige Öffnungszeiten und keine Wartezeiten
- Betreuung durch Registered Nurses, Nurse Practitioners oder Physician Assistants, die in der Regel auf Telefonsupport und/oder Video-Conference durch diensthabende Ärzte oder Ärztinnen zurückgreifen können
- Limitiertes Angebot zu günstigen (Fix-)Preisen (Wundversorgung, Allergien, Halsschmerzen, Durchfall, Insektenstiche, Impfungen).

Die Retail Health Clinics können nur dort erfolgreich operieren, wo qualifizierte Pflegefachpersonen gewisse Handlungen ohne Arztvorbehalt vornehmen dürfen – das ist in rund der Hälfte aller US-Bundesstaaten der Fall. Ausserdem konzentrieren sie sich aus wirtschaftlichen Gründen auf dicht besiedelte Gebiete. Eine flächendeckende Versorgung ist somit nicht gegeben – die peripheren Gebiete bleiben unterversorgt.

Die Retail Health Clinics lösen ein geteiltes Echo aus: „überwiegende Zustimmung bei den Kunden und eine ambivalente Haltung bei der amerikanischen Ärzteschaft, die von zögerlicher Ablehnung bis zu Gelassenheit reicht“ (Gerste, 2007, S. 2711). Ärzte und Ärztinnen befürchten nicht nur Umsatzeinbussen, sondern sehen auch die Gefahr der Fragmentierung der Versorgung. Das von ihnen geforderte Medical Home sei in diesen Strukturen nicht gewährleistet und ohne regelmässige Besuche in der Hausarztpraxis wegen „kleineren“ Problemen könnten ernsthaftere Erkrankungen übersehen werden. Doch gleichzeitig wird ein Zurückdrängen dieser Einrichtungen als unrealistisch eingeschätzt. Die American Academy of Family Physicians (AAFP) hat deshalb entschieden, dass die beste Strategie sei, mit den Retail Health Clinics zu kooperieren und so eine gewisse Qualität der Versorgung zu garantieren. Oft werden deshalb lokale und regionale Verbundlösungen realisiert, in denen Retail Health Clinics mit lokalen Allgemeinmedizinern zusammenarbeiten. Für die AAFP ist es wichtig, dass klar definiert wird, welche Leistungen Retail Health Clinics anbieten dürfen und welche nicht (Sullivan, 2006, S. 69-70).

Kritisiert wird zum Teil der mögliche Einfluss der Supermarkt- oder Drogeriemarktketten auf die Verschreibungspraxis der Retail Health Clinics, beispielsweise bei der Drogeriekette CVS. Interessant ist hingegen, dass die Gefahr von Fehlbehandlungen kaum thematisiert wird. Es sind denn bislang auch keine Kunstfehler bekannt geworden. Dr. Douglas Kamerow, ehemaliger stellvertretender Surgeon General der USA und nun Editor im BMJ meint, dass schwere Notfälle kaum Retail Health Clinics aufsuchen: „Die meisten Patienten wissen sehr genau, was diese Kliniken können und was nicht, und nehmen quasi selbst die Triage an sich vor“ (zit. in Gerste, 2007, S. 2712). Einige sprechen deshalb von einer kompetenz- und funktionsgerechten Arbeitsteilung, die dank den Retail Clinics möglich wird. Sie bieten eine effiziente Versorgung für unkomplizierte Erkrankungen und entlasten dadurch Ärzteschaft und Spitäler, die sich stattdessen um komplexere Fälle kümmern können (Turner, 2007).

Offensichtlich sind die Retail Health Clinics bei der Bevölkerung beliebt. Vor allem für Amerikaner und Amerikanerinnen ohne Krankenversicherung sind sie dank den günstigen Preisen sehr attraktiv. Geschätzt werden auch die grosszügigen Öffnungszeiten und die kurzen Wartezeiten. Ob sie Spitäler und Hausarztpraxen tatsächlich entlasten oder ob sie eine Angebotserweiterung darstellen und somit additiv wirken, ist nicht bekannt und wird wohl im Zuge der neuen Gesundheitspolitik der Administration Obama mit geeigneter Versorgungsforschung überprüft werden. Berchtold et al. sprechen nach einem Besuch in den USA von einem prüfungswerten Modell und fragen sich, „ob sich ein solches Konzept in den nächsten Jahren auch in der Schweiz etablieren wird“ (Berchtold et al., 2010, S. 42).

4.6.5 Call Centers und Telemedizin

In den vergangenen Jahren wurden im In- und Ausland verschiedene telefon- und internetbasierte Dienstleistungen entwickelt mit dem Ziel, die Nachfrage nach Versorgungsleistungen zu steuern (Demand Management). Telefonberatungssysteme sind insbesondere in den skandinavischen Ländern und in Grossbritannien weit verbreitet. Sie umfassen verschiedene Einsatzgebiete wie Triage im Sinne einer Steuerung und Optimierung des Zugangs zu allen Leistungserbringern mittels Symptom-Assessment und Beratung, Fallmanagement und Monitoring bei chronischen Krankheiten, aber auch Zweitbeurteilungen (Berchtold/Hess, 2006, S. 28).

Erwähnenswert ist insbesondere „NHS Direct“, das nationale Callcenter im englischen National Health System (NHS), das geschaffen wurde, um den Zugang zur Primärversorgung zu verbessern. Weil der NHS die weltweit grösste Organisation im Gesundheitsmarkt ist, erstaunt kaum, dass es sich dabei auch um den weltweit umfangreichsten und erfolgreichsten Telefonberatungsdienst handelt. Täglich werden im „NHS Direct“ bis zu 100'000 telefonische Beratungen durchgeführt.

In den letzten Jahren ist aus „NHS Direct“ viel mehr geworden als eine simple Helpline. Es ist eine landesweite, bürgernahe Ansprech- und Koordinationsplattform, die im online-Portal NHS Choices in 14 Sprachen zur Verfügung steht. Die Website ist zum einen Wissensportal (Medical Advice, Health A-Z), zum anderen Zugangspforte („Find other healthcare services“). „NHS Direct“ unterstützt die Allgemeinmediziner während den Praxiszeiten und übernimmt als „remote clinic“ die Dienste für einen 24-Stunden-Service. Neben den Guideline-geführten Beratungen werden die Patienten und Patientinnen zudem in der prä- und postoperativen Phase telefonisch betreut.

Das britische System wird teilweise kritisiert, da die verschiedenen Direktzugänge, zu denen z.B. auch die Walk-In-Kliniken gehören, die Fragmentierung der Primärversorgung verstärken würden (SVR-G, 2009, S. 734). Doch es gibt auch lobende Worte. Britische Studien zeigen, dass ein grosser Teil der Anrufe abschliessend behandelt werden kann. Dies führt zu einer Reduktion vor allem notfallmässiger Arzt- und Hausbesuche ausserhalb der Arbeitszeiten. Hinweise auf Einschränkungen der Patientensicherheit finden sich nicht, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass dazu keine abschliessende Aussagen gemacht werden können, da entsprechende Studien fehlen (Lattimer et al., 2000; Bunn et al., 2005; Car/Sheikh, 2003).

In der Schweiz existieren mehrere medizinische Callcenters wie Medgate in Basel, Medi24 in Bern, Medcall in Brütisellen oder von den Versicherern selbst betriebene Zentren. Medizinische Fachpersonen beantworten dort i.d.R. computergestützt telefonische Anfragen von Versicherten und weisen sie entweder der

Selbstbehandlung oder der geeigneten medizinischen Fachstelle zu. Evaluationen der verschiedenen Dienste zeigen, dass die Anrufenden die Attraktivität und den Nutzen der Telefonberatung ausgesprochen hoch einstufen (Berchtold/Hess, 2006, S. 29). Thomas Gwerder, der in seiner Dissertation die Qualität und Sicherheit einer telefonischen Triage überprüfte, kommt zum Schluss, dass „eine angemessene sichere Beurteilung akuter Krankheitsfälle [...] durch ein medizinisches Callcenter erfolgen kann“ und dass die Anrufenden keinem vermeidbaren Risiko ausgesetzt werden (Gwerder, 2009, S. 4). Ob Telefonberatungsdienste Art, Umfang und Kostenfolgen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in der Schweiz günstig beeinflussen, kann auf Basis der bestehenden Studien jedoch nicht festgestellt werden (Berchtold/Hess, 2006, S. 30).

Offen ist die Frage, ob zwingend medizinisches Personal die Anrufe beantworten muss oder ob diese Aufgabe auch von speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen übernommen werden kann. Gemäss Medgate, einem arztzentrierten Call-Center, lehnt ein grosser Teil der Bevölkerung (20.1 %) die Beratung ausschliesslich durch Pflegepersonal ab. Die Qualität wird in diesem Fall als nicht zufrieden stellend wahrgenommen (Medgate, 2008, S. 9). Andererseits gibt es jedoch auch Studien, die zeigen, dass es kaum Unterschiede in der Diagnosestellung und bei den abgegebenen Empfehlungen gibt (Künzi/Detzel, 2007, S. 23-24). Gwerder weist darauf hin, dass auch in Grundversorgerpraxen und Notfallstationen, Patienten und Patientinnen telefonisch beraten werden, dass dieser erste telefonische Kontakt jedoch kaum durch Ärzte, sondern durch weniger qualifizierte Praxisangestellte oder Pflegenden vorgenommen wird. Telefonberatung unter ärztlicher Rücksprache stellt eher die Ausnahme dar (Gwerder, 2009, S. 6).

Telefonberatungen erfüllen ein Bedürfnis der Bevölkerung. Geschätzt werden die Verfügbarkeit rund um die Uhr, der rasche und einfache Zugang zu ärztlichem oder pflegerischem Fachpersonal und keine Wartezeiten. Gleichzeitig profitieren Ärzte und andere Fachpersonen von der Möglichkeit zu häufigerem Follow-Up. Das ist einerseits eine Entlastung für die Professionals, andererseits wird die Begleitung der Patienten und Patientinnen verbessert (Berchtold/Hess, 2006, S. 28-29).

Ein verbesserter Zugang zu medizinischen Leistungen kann auch durch technologische Hilfsmittel gewährleistet werden. Es sind vor allem Länder mit einer geringen Bevölkerungsdichte, die diesbezüglich neue Wege gehen. In einer Studie von PriceWaterhouseCoopers (2005, S. 40) wird als Beispiel Norwegen erwähnt, wo vor allem in abgelegenen Regionen nicht eine ausreichende ärztliche Workforce zur Verfügung steht. Dabei stellt sich das Problem, dass die grossen Entfernungen viele Patienten davon abhalten, rechtzeitig ärztliche Hilfe zu suchen. Sie warten ab, bis eine Behandlung nicht mehr aufschiebbar ist. Daraus resultieren schwerere Fälle, längere Genesungszeiten und potenziell mehr Komplikationen. Die norwegische Regierung hat deshalb nach Anreizen gesucht, um die vorhandenen Kapazitäten besser auszunutzen und regionale Lösungen zu fördern. Daraus ergaben sich mehrere neue Ansätze im Bereich der Telemedizin, bei denen nicht mehr die Patienten, sondern die Informationen transportiert werden.

Den gleichen Weg beschreitet auch Schottland. Mit Hilfe der „Cisco HealthPresence-Lösung“ soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sichergestellt werden, die weit entfernt von den urbanen Zentren mit Spitälern und Spezialisten lebt. Es handelt sich dabei um eine moderne Technologie, bei der Arzt und Patient sich „in lebensechter Qualität über eine schnelle und sichere Internet-Protocol-(IP-)basierte Netzwerkverbindung“ sehen und hören, „die für beide ein lebendiges Erlebnis wie bei einer persönlichen Begegnung vermittelt“ (Jufferbruch, 2009, S. 232). Zusätzlich stehen Vitaldaten und diagnostische Informationen zur Verfügung, die über ein sicheres Netzwerk vom Patienten zum

Arzt transportiert werden. Ein Assistent bedient die Instrumente, hilft dem Patienten mit der Untersuchung und ist auch verantwortlich für Wartung, Sicherheit und Sauberkeit der Einrichtung. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Patientinnen und Patienten das System annehmen und sich fast so fühlen, als wären sie mit ihrem Arzt im gleichen Raum (Juffernbruch, 2009, S. 233).

In der kleinräumigen Schweiz spielen Distanzen im Vergleich zu Norwegen und Schottland zwar keine Rolle, doch auch hierzulande würden beispielsweise gehbehinderte und ältere Menschen, denen es grosse Mühe bereitet, eine Hausarztpraxis oder einen Spezialisten aufzusuchen, von einem verstärkten Einsatz der Telemedizin profitieren. Seit 2010 ist deshalb beispielsweise das private Institut für Arbeitsmedizin ifa mit Sitz in Baden mit der Cisco HealthPresence-Lösung im Markt präsent (<http://www.arbeitsmedizin.ch>).

Insgesamt muss jedoch festgehalten werden, dass die Mehrheit der Schweizer Ärzteschaft das Potenzial der Telemedizin kaum kennt und ihr gegenüber eher negativ eingestellt ist – dies im Gegensatz zu einem grossen Teil der Bevölkerung. Laut Medgate dürfte die Wahrnehmung der Telemedizin als Konkurrenz wesentlich zur Ablehnung durch die Ärzteschaft beitragen (Medgate, 2008). Gemäss einer Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt machte die Bundesärztekammer auf dem Symposium „Telemedizin und Versorgungsforschung“, welches im Februar 2011 in Berlin stattfand, denn auch deutlich, dass „Telemedizin nicht die Ärztin oder den Arzt vor Ort ersetzt“, sondern die Kommunikation bei der Versorgung, sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen den Ärzten unterstützt (<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=44743>).

4.6.6 Apotheken

In der Grundversorgung könnten in Zukunft auch die Apotheken eine zentrale Rolle einnehmen. Diese Meinung vertritt der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse. In seiner Auffassung muss eine gute Grundversorgung in erster Linie Patienten rasch und kostengünstig den zweckmässigen Stellen zuweisen. Dafür sei die Apotheke prädestiniert, denn sie sei „in der Lage, anstelle einer noch stärkeren Überlastung der Grundversorgung eine sinnvolle Vortriage und Therapiebegleitung anzubieten“ (pharmasuisse, 2009a, S. 3). Dieser Anspruch sei schon verschiedentlich bestätigt worden, u.a. in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Immerhin würden sich bereits heute 29.4 % der Bevölkerung bei einem Gesundheitsproblem zuerst an ihre Apotheke wenden (Jordan/Ray, 2010, S. 16).

Dieser Anspruch ist wenig erstaunlich, denn Apotheken sind zeitlich wie örtlich gut erreichbar und können auch ohne Terminabsprache betreten werden. Die 1750 Apotheken führen täglich mit gegen 300 000 Personen ein kurzes Gespräch zu Gesundheitsfragen. Wenn ein Drittel davon Fragen der Erstversorgung beträfe, würden die Apotheken jährlich 32 Millionen solcher Beratungsgespräche leisten (pharmaSuisse, 2009b, S. 3).

Als Begründung für einen verstärkten Einbezug der Apotheken in die Grundversorgung wird betont, dass die Apotheker bereits heute leistungsfähige Akteure der Erstversorgung seien und sich noch steigern könnten. Dabei wird die Fachkompetenz der Apothekerinnen und Apotheker besonders hoch bewertet. Als universitärer Medizinalberufe seien sie auf die Begleitung von medikamentösen Therapien spezialisiert (pharmaSuisse, 2009b, S. 3). Diese Grundversorger-Befähigung sei im Medizinalberufe-Gesetz angelegt. Ausserdem sei in den Apotheken das analytische Instrumentarium verfügbar, das es braucht, um die Wirksamkeit vieler Standardtherapien festzustellen (pharmaSuisse, 2009c, S. 5). Diese Einschätzung erhält von amtlicher Seite Support, denn als ermutigendes

Signal unterstützt der Bund ab 1.1.2011 die Bemühungen mit der Schaffung eines eidg. Weiterbildungstitels für Offizinpharmazie.

Die Apotheken wollen nicht die ärztlichen Aufgaben übernehmen, sondern als primärer Ansprechpartner die Nutzer an die richtige Stelle weiterleiten und so die Hausärzte und -ärztinnen entlasten. Die Zuweisung direkt an einen Spezialisten soll nicht die Regel, aber eine offen zu haltende Option sein: „Sicherlich ist es unsinnig, mit einer Bagatelle gleich zum Spezialisten zu gehen. Auf Anraten des Apothekers oder eines telemedizinischen Beraters aber einen Facharzt aufzusuchen, ist möglicherweise eine kostensparende und effektive Lösung“ (pharmaSuisse, 2009c, S. 3).

Ein Hauptargument für die Vision des Apothekerverbands ist der Kostenvorteil: Die Kosten einer Behandlung einer mittelschweren Erkältung steigen von der Apotheke zur Arztpraxis und zum Notfall im Spital jeweils um das 8 bis 10-fache an (pharmaSuisse, 2009a, S. 3).

Als konkretes Pilotprojekt ist vorgesehen, dass Apotheken mit einem medizinischen Callcenter zusammenarbeiten sollen. Der Patient wendet sich bei gesundheitlichen Beschwerden an eine Apotheke, die im Zweifelsfall via Telefon eine ärztliche Fachperson konsultieren kann. Die Idee scheint bestechend: „Dem Apotheker fehlt die vollständige medizinische Ausbildung und der Telefondoktor kann nicht auf die eiternde Wunde oder in den Hals schauen. Zusammen werden die beiden aber zum schlagkräftigen Team.“ Trotzdem stösst das Projekt bei der Ärzteschaft auf Skepsis, da es „die Beziehung Arzt-Patient eher kompliziert und kaum Nutzen bringt“ (Meier, 2010, S. 1545). Dem widersprechen die Apotheker, denn bereits heute übernehmen sie vermehrt auch Präventionsleistungen, kontrollieren die Werte bei Chronischkranken, führen Impfungen durch und erbringen weitere Leistungen der Grundversorgung (pharmaSuisse, 2009a, S. 3; pharmaSuisse, 2009c, S. 4).

Auch in Grossbritannien sollen Apotheken eine wichtigere Rolle in der Grundversorgung übernehmen. Ein Bericht des britischen Department of Health schlägt vor, dass sie vor allem bei der Versorgung von kleineren Erkrankungen sowie von chronisch kranken Menschen vermehrt eingesetzt werden könnten. Um dies zu erreichen, braucht es Massnahmen in der Aus- und Weiterbildung, die garantieren, dass Apotheker und Apothekerinnen über die notwendige klinische Kompetenz für die Übernahme neuer Aufgaben verfügen (Department of Health, 2008, S. 86-89).

Der verstärkte Einsatz der Apotheken in der Grundversorgung wäre ohne grossen Aufwand umsetzbar, weil die Infrastrukturen und die Kompetenzen vorhanden sind. Als grösste Hindernisse gelten der Widerstand der Ärzteschaft (Konkurrenz) und die Zurückhaltung der Versicherer (neues Angebot, das Mehrkonsum schafft). Doch pharmaSuisse ist überzeugt, dass „eine neue Aufteilung der Aufgaben zwischen Ärzten und Apothekern [...] zum Wohl der Bevölkerung beitragen [würde], und sie könnte zugleich die Lebensqualität der Hausärzte verbessern“ (pharmaSuisse, 2009b, S. 5).

4.7 Disruptive Innovationen sind gefragt

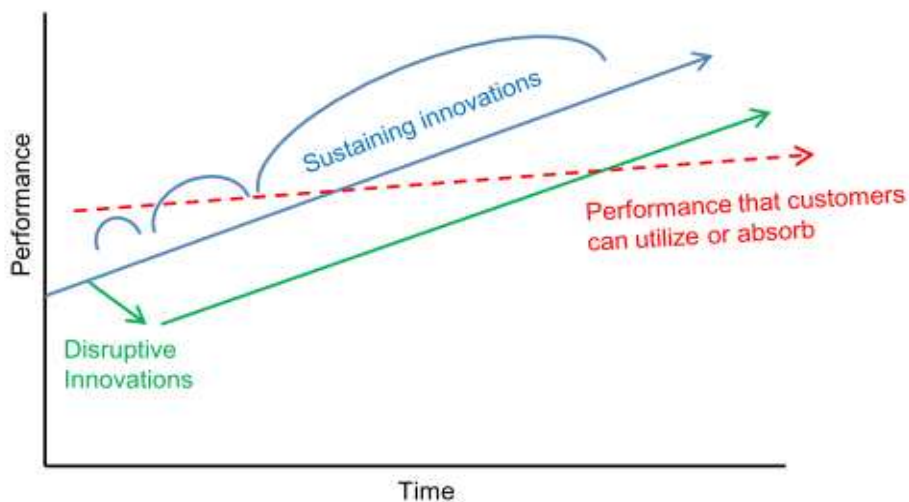
Mit dem Buch „The Innovator’s Dilemma“, das 1997 erschien, prägte Clayton M. Christensen den Begriff „Disruptive Innovation“. Er bezeichnet damit eine technologische Innovation, ein Produkt oder eine Dienstleistung, die unter bestimmten Voraussetzungen und Entwicklungen eine aktuell dominierende Technologie verdrängen kann (Christensen, 1997). Typische Beispiele dafür sind Flash-Speicher gegenüber Harddisks, Digitalkameras gegenüber analogen

Kleinbildkameras, Tintenstrahldrucker gegenüber dem Laserdrucker, VoIP gegenüber der klassischen Telefonie.

Gemäss Christensen bringen Marktführer in der Regel Produkte auf den Markt, die eine Verbesserung des Bestehenden darstellen („sustaining innovations“). Damit sind sie eine Zeitlang erfolgreich und erhalten die Marktposition. Weil die Produkte zwar besser, aber nicht billiger werden, schaffen diese Anbieter jedoch ein Vakuum am unteren Ende des Marktes. Dort finden sich Kunden, die günstigere, einfacher zugängliche Produkte und Dienstleistungen wünschen, die besser ihren Bedürfnissen entsprechen. Wenn die Produktleistungen der Marktführer schneller wachsen als die Bedürfnisse der Kunden, entsteht ein Überangebot, das nicht mehr nachgefragt wird.

Hier bietet sich innovativen Marktteilnehmern die Möglichkeit, die Regeln des Marktes und der Branche radikal zu ändern. Christensen nennt diesen Vorgang eine „disruptive Innovation“. Dabei stellt ein grundsätzlich neues Angebot das Bestehende in Frage, es eröffnet Zugänge zu neuen Märkten und neuen Kundengruppen und bringt eine völlig neue Perspektive in den Markt hinein. Oftmals beginnen solche Innovationen in einer kleinen Nische einer Branche. Zu Beginn erfüllen sie oftmals nicht alle High-Level Erwartungen und Performance-Leistungen, die von bestimmten Gruppen erwartet werden. Ihre Stärke liegt aber darin, dass die Bedürfnisse und Erwartungen derjenigen erfüllen können, die auf Bequemlichkeit, Verbraucherfreundlichkeit und Einfachheit setzen. Sie verändern die Marktregeln, schaffen völlig neue Wertschöpfungsketten und werden nach einer bestimmten Zeit zu einem dominierenden Marktfaktor, der etablierte Unternehmen und deren Produkte verdrängen kann.

Abb. 4: Disruptive Innovations



Quelle: Christensen 1997

Christensen zeigt, dass praktisch alle bahnbrechenden Innovationen von den Branchenführern und dominierenden Anbietern verpasst wurden. Ihnen fehlt es oftmals an einer Innovationskultur und dem Mut, Neues auszuprobieren. Das lässt sich auch im Gesundheitswesen beobachten, auf das Christensen in einem späteren Buch eingeht (Christensen et al., 2008). Gemeinsam mit zwei Medizinern entwickelt er darin Lösungen für das amerikanische Gesundheitssystem, die im Sinne disruptiver Innovationen losgelöst von den Interessen einzelner Gruppen die etablierten Strukturen in Frage stellen. Dazu gehören der Einsatz neuer

Technologien, die Entwicklung neuer Geschäftsmodelle und die Schaffung von Wertschöpfungsketten wie beispielsweise Patientennetzwerke für Menschen mit chronischen Krankheiten. Die Autoren bedauern, dass Innovationen im Gesundheitswesen oftmals durch Partikularinteressen und die davon nicht losgelösten staatlichen Regulierungen verhindert werden.

Die Auffassung, dass im Gesundheitswesen die Zeit für disruptive Innovationen gekommen ist, wird von vielen Autoren geteilt. Für Pauly beispielsweise sind die oben beschriebenen Retail Health Clinics eine günstige Alternative zur Versorgung durch Hausärzte. Die Leistungen der Retail Health Clinics befinden sich zwar auf einem tieferen Niveau, doch das muss nicht zwingend ein Nachteil sein. Die Nutzer und Nutzerinnen „might prefer the greater convenience and lower cost. Perhaps a little less quality for a lot less money might be acceptable to consumers and taxpayers, as we work to keep medical spending from siphoning off funds required for other needs“ (Pauly, 2011, S. 574). Auch Dörr spricht von disruptiven Innovationen und plädiert für ein neues eHealth-Verständnis mit einem neuen Serviceangebot (Dörr, o.J., S. 90).

Innovative Entwicklungen können helfen, die Kosten zu senken und gleichzeitig Zugänglichkeit und die Leistungen zu verbessern, denn ein tiefer Preis ist nicht zwingend mit einer verminderten Qualität gleichzusetzen. Beispiele aus anderen Bereichen wie dem Lufttransport, dem Konsumgütermarkt oder der Lebensmittelbranche zeigen, dass durch Standardisierung höchste Qualität – allerdings ohne Luxus – auch zu günstigen Preisen möglich ist (Sigrist, 2006, S. 7). Von verbraucherfreundlichen und einfach zugänglichen Angeboten könnte ein grosser Teil der Bevölkerung profitieren.

Die Schweiz besitzt eines der besten Gesundheitssysteme der Welt mit einer hohen Dichte an exzellenten Versorgungseinrichtungen. Schweizer Spitäler verfügen über grosszügig finanzierte und moderne Infrastrukturen mit umfangreicher technisch-apparativer Ausstattung und auch die durchschnittlichen Hausarztpraxen rüsten auf. Im Versorgungssystem arbeiten hoch angesehene Spezialisten mit internationaler Reputation und die Ausbildungen des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals sind auf höchstem Niveau. Das Schweizer Gesundheitssystem ist insgesamt auf eine Premium- statt auf eine Primärversorgung ausgelegt. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit stellt sich jedoch die Frage, ob der höchste Standard wirklich im Sinne einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nutzerorientierten Gesundheitsversorgung ist. In Anlehnung an Christensen müssten im Markt disruptive Innovationen entstehend, welche angesichts der Herausforderungen der Zukunft neue Wege gehen. Gerade weil die Produktivität im Gesundheitswesen generell tief ist (Economiesuisse 2011, S. 11; Salfeld et al. 2009) drängen sich neue Wege auf, um die steigenden Kosten in den Griff zu bekommen und nutzerorientierte Angebote auf den Markt zu bringen.

Die Übersicht über Diskussionen und Modelle aus aller Welt zeigt eine grosse Vielfalt von Möglichkeiten, wie die Ansprechstrukturen der Zukunft aussehen können. Nicht alle Vorschläge sind gleichermassen zukunftsfähig und nicht alle Modelle können auf den Schweizer Kontext übertragen werden. Doch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen – und auch die Nutzer – stehen am Anfang eines grundlegenden Veränderungsprozesses und „bewegen sie sich, dann bewegt sich der Markt, bleiben sie stehen und warten, dann werden sie bewegt“ (Dörr, o.J., S. 93).

Auch wenn sich die vorgestellten Modelle in der Schweiz oder im deutschsprachigen Europa nicht ohne Anpassungen umsetzen lassen, lohnt sich u.E. die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Ansätzen, um aus den

gemachten Erfahrungen zu lernen. Breiter angelegte Ansprechstrukturen, die nicht ausschliesslich auf die Hausärzte abstellen, sind auch für die Schweiz und das deutschsprachigen Europa eine Chance. Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Situation in der Schweiz erfolgt im nächsten Kapitel. Dabei soll aufgezeigt werden, wo die Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern steht. Ein besonderes Augenmerk gilt den Barrieren und Widerstände, die der Entstehung von zukunftsfähigen Ansprechstrukturen im Wege stehen.

5. Situation in der Schweiz

5.1 Fokus liegt auf Stärkung der Hausarztmedizin

Während in vielen Ländern der Einbezug von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal immer wichtiger wird, ist dies in der Schweiz bislang nur am Rande ein Thema. Die Diskurse verlaufen bei uns (wie auch im deutschsprachigen Europa) zu einem grossen Teil ärztezentriert.

Es wird zwar oft davon gesprochen, die Grund- oder Primärversorgung zu stärken, aber die zentrale Rolle der Hausärzte und -ärztinnen wird dabei nur selten hinterfragt. Das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich schreibt auf seiner Website, dass es „zahlreiche Belegen für den positiven Beitrag zur qualitativ hochwertigen und Ressourcen schonenden Versorgung der Bevölkerung durch die Hausarztmedizin gibt“. Trotzdem „existiert immer noch ein massives Missverhältnis aus Daten zur klinischen Forschung und Daten zur Versorgungsforschung in der Primärversorgung“ (<http://www.hausarztmedizin.uzh.ch>). Dieses Missverhältnis soll mit den in Zürich und an anderen Instituten für Hausarztmedizin durchgeführten Forschungsarbeiten behoben werden. Gerade in Zürich beschäftigt man sich zwar auch mit neuen Modellen wie z.B. dem verstärkten Einsatz der MPA in der Arztpraxis, Forschung und Diskurse bleiben jedoch grösstenteils innerhalb konventioneller Grenzen. In erster Linie geht es darum aufzuzeigen, dass die Hausarztmedizin im Vergleich zu Spital und Spezialisten in ökonomischer wie auch in qualitativer Hinsicht besser dasteht, sowie um die Frage, wie die hausärztliche Primärversorgung und die Ausbildung in der Hausarztmedizin verbessert werden kann. Auch bei den Diskussionen zu integrierter Versorgung und Managed Care wird in der Schweiz im Allgemeinen von der zentralen Rolle der Hausärzte und -ärztinnen ausgegangen, die die erste Anlaufstelle der Patienten sein sollen und alle notwendigen Abklärungen und Behandlungen koordinieren.

Die öffentliche Diskussion zum Thema Grund- oder Primärversorgung wird in der Schweiz wegen der Lobbyarbeit der Hausärzteschaft mit ideologischen Argumenten geführt und ist stark von Verteilungskämpfen geprägt. Während sich in vielen Ländern eine Definition und Praxis der Grundversorgung etabliert hat, die sich nicht mit der arztzentrierten in der Schweiz deckt, zielen hierzulande Medikalisierung (und Monopolisierung) auf eine Ausweitung des Marktanteils der Ärzteschaft. Wenn jedoch die Grundversorgung ausschliesslich dadurch gestärkt werden soll, dass die Position der Hausärzte und -ärztinnen verbessert wird – wie es die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ und viele parlamentarische Vorstösse verlangen –, wird damit das Potenzial der verfügbaren Workforce künstlich eingeengt. Eine ausschliesslich hausarztbasierte Versorgung ist nicht nur teuer, sondern auch in qualitativer Hinsicht nicht in jedem Fall die beste Lösung – dies vor allem angesichts der schwindenden ärztlichen Workforce. Der geforderte Branchenschutz für die Hausärzteschaft lässt sich nicht aus Wirksamkeitsanalysen ableiten. Er schafft Rechtsungleichheiten und verhindert den Wettbewerb und damit den für Innovationen notwendigen Strukturwandel (Canton de Fribourg, 2008).

Erfreulicherweise sind Anzeichen eines Wandels erkennbar. Im Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ wird von einem Verständnis der medizinischen Grundversorgung ausgegangen, die nicht nur von Hausärzten und -ärztinnen erbracht wird, „sondern vielmehr des Einbezugs weiterer ärztlicher und nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen bedarf, die koordiniert zusammenarbeiten“ (BAG, 2011, S. 2). Die zentrale Rolle der Hausärzte und Hausärztinnen in der Grundversorgung wird anerkannt, jedoch wird man sich zunehmend bewusst, dass sich ausschliesslich mit der Stärkung der

Hausärztemedizin die Herausforderungen der Zukunft kaum bewältigen lassen. Eine umfassendere Strategie und eine grundlegendere Anpassung der Strukturen sind notwendig.

5.2 Die Notwendigkeit von Grenzverschiebungen

Auch innerhalb der Schweizer Ärzteschaft gibt es mittlerweile Stimmen, die sagen, „dass wir vom ärztezentrierten Gesundheitssystemen abweichen“ müssen (Meier, 2010, S. 1544) und dass der Hausarzt oder die Hausärztin nicht die einzig mögliche Ansprechstruktur ist. Im Rahmen des Projekts „Zukunft Medizin Schweiz“ hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), sich Gedanken gemacht, wie die Berufsrollen im Gesundheitswesen sich verändern (müssen). Als Resultat wird davon gesprochen, dass „die erste Ansprechstruktur im Gesundheitswesen [...] nicht notwendigerweise eine Ärztin oder ein Arzt“ ist, sondern „die erste Anlaufstelle soll eine niederschwellig kontaktierbare Institution (Praxisgemeinschaft, Zentrum, ‚medical home‘, Notfallstation, Netzwerk) sein, wo alle nichtspezialisierten Abklärungen und Behandlungen durchgeführt werden können und wo direkte Überweisungen an die kompetenten Stellen erfolgen“ (SAMW, 2007, S. 1944). Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass mit klaren Einschränkungen auch Internetportale, Callcenters oder Apotheken diese Funktion übernehmen können.

Ausgangspunkt dieser Empfehlung ist die Beobachtung, dass auch in der Schweiz neue Strukturen und Berufsbilder am Entstehen sind. Vermeintlich klar definierte Berufsbilder verschiedener Health Professionals unterliegen einem Wandel und die Grenzen zwischen stationärem Sektor, den ambulanten Diensten und auch der Langzeitversorgung verwischen sich (SAMW, 2007, S. 1943). Die Diskussion um den Einsatz von MPA für die Betreuung chronisch kranker Personen im Rahmen von MediX Futuro oder der Positionsbezug der Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich einer wichtigeren Rolle in der Grundversorgung oder auch der Markteintritt von Callcenters und Walk-in-Kliniken, die wirtschaftlich erfolgreich sind, weisen auf Verschiebungen hin – und sie erfüllen offensichtlich ein Bedürfnis vieler Nutzer und Nutzerinnen.

Auch auf nationaler Ebene ist insbesondere im Eidg. Departement des Innern (EDI) und beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Versorgungsmodellen gewachsen. Weil aber die Zuständigkeit für die Organisation der Versorgung bei den Kantonen liegt, hat deren Haltung primär orientierenden Charakter.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ist zurückhaltender, wenn es um Grenzverschiebungen geht. Die von Bund und Kantonen eingesetzte Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ hat seit 2005 in unterschiedlicher Zusammensetzung Themen rund um die Hausarztmedizin bearbeitet. Bislang sind dabei ausschliesslich hausärztliche Themen betrachtet worden. Jüngsten Datums ist die Erweiterung um das Thema „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Eine zweite, neu konstituierte Arbeitsgruppe, die sich aus Mitgliedern aus den Bereichen Medizin und Pflege (Spitex) zusammensetzt, soll den Kantonen Hinweise dafür liefern, wie die medizinische Versorgung angesichts des drohenden Hausärztemangels sichergestellt werden kann. Untersucht werden soll dabei insbesondere die engere Zusammenarbeit bzw. die Aufgabenteilung zwischen ärztlichen Grundversorgern und der Pflege zu Hause (<http://www.gdk-cds.ch>). Dies ist bedeutsam und könnte für die Nutzer zu einer landesweit einheitlicheren Praxis führen, denn Fragen der häuslichen Pflege fallen in die Zuständigkeit der Gemeinden und werden damit unabhängig vom Kanton kleinräumig zumeist sehr unterschiedlich organisiert und finanziert.

Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass breiter angelegte Ansprechstrukturen eine Chance sind für die Hausärzte und Hausärztinnen. Sie reduzieren die Arbeitslast, erhöhen die Berufszufriedenheit und die Leistungsfähigkeit und sie verbessern das Zeitbudget, das den Patienten mit besonderen Bedürfnissen zur Verfügung gestellt werden kann. Wenn die Last der Grundversorgung funktions- und kompetenzgerecht auf verschiedene Leistungserbringer verteilt wird, werden Versorgungsqualität und Patientensicherheit verbessert. Innovative Modelle haben ausserdem ein erhebliches Potenzial für Kostenreduktion und bessere Wirtschaftlichkeit. Zum einen sind die Lohnkosten tiefer, zum anderen werden weniger Folgekosten ausgelöst und es geht auf der Seite der Nutzer und Nutzerinnen wegen der reduzierten Wartezeiten weniger kostbare Arbeitszeit verloren. Trotzdem sind die Widerstände gross. Der internationale Vergleich zeigt, dass die Schweiz gegenüber dem Benchmark innovativer Ansprechstrukturen einen Rückstand hat und dass die Politik und die Umsetzung von den Diskussionen auf internationaler und europäischer Ebene weitgehend abgekoppelt verlaufen.

Dabei geht es nicht darum, die Ärzte zu ersetzen. Aufgrund des Bedarfs und der steigenden Komplexität werden Hausärzte und Hausärztinnen in der Schweiz auch in Zukunft eine zentrale Rolle in der Grundversorgung spielen. Hausarztpraxen erzielen zwar oft gute Resultate, sind aber nicht in jedem Fall die optimale Struktur. Ohne ein Shared-Care-Konzept und der funktions- und kompetenzgerechten Einbindung von nicht-ärztlichen Health Professionals ist eine optimale Grundversorgung ausserhalb der Agglomerationen längerfristig nicht mehr zu gewährleisten. Damit dies möglich ist, müssen jedoch die vielfach standespolitisch motivierten Barrieren und Widerstände überwunden werden. Entscheidend für den Durchbruch innovativer Ansprechstrukturen wird dabei sein, Bildungsprofile zu schaffen, die fachspezifische Abschottung überwinden und systematisch inter- und transprofessionelle Kooperation fördern (Frenk et al., 2010).

5.3 Barrieren und Widerstände

5.3.1 Rechtliche und finanzielle Fragen

Es gibt diverse Barrieren und Widerstände, die Innovationen bei den ambulanten Ansprechstrukturen im Wege stehen. An erster Stelle stehen rechtliche und finanzielle Fragen. Das schweizerische Sozialversicherungssystem enthält eine gesetzlich festgeschriebene Delegationsnorm (Art. 7 KVG und Art. 5-12 der KLV²) und zementiert damit die Rolle und das Monopol der ärztlichen Gatekeeper. Dieser Arztvorbehalt verhindert – trotz der im gleichen Gesetz geforderten Priorität, dass Leistungen nach Massgabe ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden sollen – die selbstständige Berufsausübung durch nicht-ärztliche Berufsgruppen und Apotheker/innen in der Grundversorgung. Im Rahmen des Projektes „Zukunft Medizin Schweiz“ der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) wurde deshalb postuliert, dass die gesetzlichen Bestimmungen dahingehend zu überprüfen sind, „dass ärztliche Delegationsregelungen und an institutionelle Gegebenheiten geknüpfte Tarifregelungen einer verbesserten Kompetenz- und Verantwortlichkeitsaufteilung

² Das 2. Kapitel der Verordnung über die Leistungen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden dürfen (Systematische Rechtsammlung 832.112.31), umschreibt explizit und abschliessend die Tätigkeiten, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes durch andere Health Professionals erbracht werden dürfen: Physiotherapeuten (Art. 5), Ergotherapeuten (Art. 6), Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim (Art. 7, 7a, 7b, 8, 8a), Ernährungsberatung (Art. 9b), Diabetesberatung (Art. 9b), Logopädie (Art. 10, 11), Prävention (Art. 12).

nicht im Wege stehen“ (SAMW, 2007, S. 1951). Gesetze und Verordnungen sind so anzupassen, dass jede Berufsgruppe funktions- und kompetenzgerecht eingesetzt werden kann und innovative Modelle nicht am Monopol der Hausärzteschaft scheitern.

Dabei ist genau zu untersuchen, welche Berufsgruppen in welchen Fällen und in welchen Situationen mit welchen Rechten als selbständige Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein können. Wahrscheinlich würde es administrativ und organisatorisch Sinn machen, wenn Pflegefachpersonen Leistungen, die sie im Rahmen eines Behandlungs- oder Betreuungskonzeptes eigenverantwortlich erbringen, auch selber abrechnen. In Ländern, in denen das möglich ist, spielen nicht-ärztliche Berufsgruppen oft eine bedeutende Rolle in der Grundversorgung (Sibbald et al., 2006, S. 151).

Auch die Form der finanziellen Abgeltung der Leistungen ist entscheidend. Dabei geht es um die Frage, ob es für die Leistungserbringer einen Anreiz gibt, neue Modelle einzuführen und insbesondere auch eine kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Personen anzubieten. Es sind dabei insbesondere Schranken vorzusehen, die garantieren, dass eine optimale Versorgung für alle Patientengruppen erreicht und Risikoselektion möglichst unterdrückt wird. Finanzielle Anreize sind ein wirksames Instrument, um einen notwendigen und wirksamen Strukturwandel herbeizuführen (Busse et al., 2010, S. 87), können jedoch auch bremsend wirken. Ohne Anpassung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und dem richtigen Einsatz finanzieller Anreizsysteme (z.B. vermehrt Pay-for-Performance statt Pay-for-Service) werden die notwendigen Grenzverschiebungen bei den Ansprechstrukturen kaum umsetzbar und eine optimale Versorgung aller Bevölkerungsgruppen nicht erreichbar sein.

5.3.2 Widerstände der Berufsgruppen

Es ist verständlich, dass die Angst vor dem „Ersetztwerden“ eine Verteidigungshaltung weckt. Allgemeinärztinnen und -ärzte geraten sowohl durch Spezialisten als auch durch nicht-ärztliche Berufsleute unter Druck und befürchten deshalb einen Positionsverlust. Ihre Bedenken sind ernst zu nehmen und Grenzverschiebungen müssen in Kooperation respektive Diskussion mit der Ärzteschaft umgesetzt werden (Künzi/Detzel, 2007, S. 59). Ziel ist nicht ein „Ersetzen“, sondern ein „Ergänzen“ der hausärztlichen Versorgung, das sowohl für Nutzer und Nutzerinnen wie auch für Leistungserbringer Vorteile bringt. In Grossbritannien konnte festgestellt werden, dass die Allgemeinmediziner den vermehrten Einsatz nicht-ärztlicher Berufsgruppen durchaus unterstützen, wenn die Rollen klar definiert und sie dadurch in ihrer Arbeit entlastet werden (Buchan/Calman, 2004, S. 30).

In Österreich versuchten Gesundheitspolitiker die ambulante Versorgung grundlegend neu zu strukturieren und sogenannte ambulante Versorgungszentren (AVZ) als ergänzende Säulen einzuführen. Ein entsprechender Gesetzesentwurf rief jedoch harsche Kritik der Ärzteschaft hervor und war bereits eine Woche nach seiner Veröffentlichung wieder vom Tisch (Schlette et al., 2010, S. 28). Dieses Beispiel zeigt, dass es ohne die Bereitschaft der beteiligten (bzw. der dominierenden) Akteure kaum möglich ist, erfolgreich innovative Modelle und Ideen umzusetzen. Die Veränderungsbereitschaft der verschiedenen Akteure, z.B. zur Übernahme neuer Rolle oder zur Abgabe von Verantwortlichkeiten, ist eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg von neuen Ansprechstrukturen.

Bedauerlicherweise spielen Besitzstandwahrung und Angst vor zusätzlicher Konkurrenz immer noch eine entscheidende Rolle, um sich zukunftsorientierten Ansprechstrukturen und neuen Organisations- und Arbeitsmodellen zu

widersetzen. Dabei wird immer das Patienteninteresse in den Vordergrund gestellt – namentlich die dauerhafte Beziehung, die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit. Die Ärzteschaft befürchtet, dass die Patient und Patientinnen darunter leiden, wenn sie einen Teil ihrer Arbeit oder gar die Koordination aus der Hand geben (Rosemann et al., 2006).

Selbstverständlich muss die Patientensicherheit oberstes Gebot bleiben und neue Modelle müssen diesbezüglich systematisch evaluiert werden. Aus diesem Grund ist auch eine intensivere Beschäftigung mit den notwendigen Bildungsvoraussetzungen zur Übernahme neuer Rollen unabdingbar. Bisherige Erfahrungen zeigen jedoch, dass im Allgemeinen nicht-ärztliche Berufsgruppen ein gut definierbares Aufgabenfeld in der Grundversorgung genau so gut wie ärztliche Fachpersonen ausüben können und dass die Fehlerquote nicht steigt (vgl. Kap. 4.6). Zudem muss auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Ausgestaltung der Aufgaben und Kompetenzen der Berufsgruppen kulturell bedingt ist. Aufgaben, die in der Schweiz mit Arztvorbehalt versehen sind, gehören beispielsweise in Finnland zu den selbstverständlichen Aufgaben von Pflegefachpersonen. Es macht deshalb Sinn, die Aufgabenaufteilung als epochenabhängiges Ergebnis von Rahmenbedingungen zu verstehen und sie von Zeit zu Zeit zu hinterfragen, um gegebenenfalls den veränderten Gegebenheiten wie z.B. der ärztlichen Demografie, den Potenzialen oder dem Nutzerverhalten anzupassen.

Widerstände kommen aber nicht nur von der Ärzteschaft. Auch andere Berufsgruppen wehren sich teilweise gegen die Übernahme neuer Aufgaben, vor allem wenn ihr Lohn nicht dementsprechend angepasst wird (Burke, 2009, S. 687).

Grundsätzlich herrscht in der Schweiz eine „starke Abgrenzungsmentalität“ zwischen den verschiedenen Berufen, welche nicht zuletzt durch Bildungsqualifikationen geschaffen wird (Künzi/Detzel, 2007, S. 51). Wenn wir uns den zukünftigen Herausforderungen stellen wollen, braucht es von allen Seiten mehr Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Gefördert werden kann diese Bereitschaft beispielsweise durch interprofessionelle Aus- und Weiterbildungsangebote, wie sie unter anderem von der WHO und der Lancet Kommission propagiert werden (WHO, 2010; Frenk et al., 2010). Dabei müssen offene Fragen nach überlappenden Funktionen thematisiert und geklärt werden. Der Geist des Beharrens und Bewahrens muss der Überzeugung Platz machen, dass im Gesundheitswesen innovative versorgungssichernde Modelle und Konzepte aktiv gestaltet, getestet und immer wieder verbessert werden müssen.

5.3.3 Die Frage der Koordination

Wenn verschiedene Leistungserbringer an der Versorgung einer einzelnen Person beteiligt sind, sind Koordination und Kooperation notwendig, um Kontinuität zu gewährleisten und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Dies trifft zu, wenn innerhalb einer Praxis oder eines Versorgungszentrums verschiedene Health Professionals unterschiedliche Aufgaben übernehmen, wenn primäre und sekundäre Versorgung koordiniert werden müssen, wenn Patienten mit chronischen Krankheiten oder Heimbewohner immer wieder Episoden in stationären Einrichtungen haben, wenn Nutzer und Nutzerinnen neben der Hausarztpraxis auch alternative Ansprechstrukturen aufsuchen, die nur einen Teil der Versorgung übernehmen, wenn für die Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen verschiedene Spezialisten herangezogen werden müssen usw.

Die gewiss nicht unberechtigten Befürchtungen wegen möglicher „Zerstückelung“ oder „Fragmentierung“ der Versorgung wird oft als Argument gegen innovative Modelle der Grundversorgung angeführt. So wird beispielsweise in

Grossbritannien, wo mit Callcenters und Walk-in-Kliniken zusätzliche Eingangspforten ins Gesundheitswesen geschaffen wurden, teilweise kritisiert, dass damit die Kontinuität der Versorgung untergraben werde (SVR-G, 2009, S. 734; Busse et al., 2010, S. 73).

Vor allem bei chronisch und mehrfach erkrankten Menschen ist die Koordination und Kontinuität der Versorgung besonders wichtig. Angesichts der Zunahme von chronischen Krankheiten, wird deshalb oft gefordert, dass der Hausarzt oder die Hausärztin „Knotenpunkt“ der Versorgung bleibt und die Betreuung über die gesamte Behandlungskette koordinieren soll (Künzi/Detzel, 2007, S. 50-51). Diese Idee steht auch hinter der Forderung nach hausärztlichem Gatekeeping. Man geht dabei vom Prinzip des Familienarztes aus, der seine Patienten und Patientinnen von der Wiege bis zur Bahre und z.T. auch generationenübergreifend betreut und somit diese und deren soziales Umfeld sehr gut kennt. Dieser idealisierten Sichtweise stehen allerdings gesellschaftliche Realitäten gegenüber, namentlich die rapide steigende Zahl der Einpersonenhaushalte und Patchworkfamilien, die hohe Mobilität oder das Verschwinden der Mehrgenerationenhaushalte. Zudem haben immer weniger Menschen einen Hausarzt oder eine Hausärztin, und diese sind immer seltener bereit, ausserhalb der üblichen Geschäftsöffnungszeiten, in der Nacht und am Wochenende oder für Hausbesuche verfügbar zu sein. Eine gewisse Fragmentierung ist deshalb unvermeidlich, insbesondere wenn bei Bedarf einfacher zugängliche Ansprechstrukturen wie die Notfallpforten der Spitäler oder Walk-in Praxen aufgesucht werden.

Insgesamt wird deutlich, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung mehrere Organisationsmodelle zweckmässig sind. Die hausarztzentrierte Versorgung ist wichtig, aber auch andere Fachpersonen oder Ansprechstrukturen können als *front line of primary care* professionelle Unterstützung bieten und das notwendige Mass an Koordination garantieren – insbesondere, wenn mit elektronischen Patientendossiers gearbeitet wird. Medizinische Versorgungszentren oder Gesundheitszentren, wie sie u.a. in Spanien und Finnland existieren, sind eine Möglichkeit, wie eine bessere Koordination der Versorgung erreicht werden kann.

Um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten, ist die Frage der Koordination und Kohärenz ohne Zweifel entscheidend. Doch momentan stehen diesem Anspruch oftmals strukturelle, organisatorische, operationelle und finanzielle Barrieren im Wege (Busse et al., 2010, S. 87). Es sind neue Organisationsformen gefragt, welche die Koordination zwischen Primär- und Sekundärversorgung sowie zwischen verschiedenen Berufsgruppen verbessern. Möglich ist eine gute Zusammenarbeit nur, wenn Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Ansprechstrukturen genau geklärt sind und wenn Kompetenzen in Teamarbeit, in interprofessioneller Zusammenarbeit, aber auch in Informations- und Kommunikationstechnologie bei allen Beteiligten vorhanden sind. Gleichzeitig müssen Fachpersonen, die eine koordinierende Rolle ausüben (wie z.B. die Hausärzte) hinsichtlich der Anforderungen an die Dokumentation und das Reporting entsprechend geschult werden. Boerma (2006, S. 14) weist darauf hin, dass viele Fragen offen sind und dass neue Kompetenzen erforderlich sind, um die Versorgung der Patienten und Patientinnen optimal koordinieren zu können. Zudem brauche es neue Kompetenzen, damit echte Teamarbeit sowie optimale Modelle der Zusammenarbeit und die Führung effektiver Teams möglich sind.

6. Herausforderungen für die Bildung

6.1 Das Strategiepapier der Lancet Kommission

Vor 100 Jahren leitete eine Reihe von Studien zur Verbesserung der Ausbildung und Professionalisierung von Health Professionals – allen voran der Flexner-Report von 1910 – bahnbrechende Reformen ein. Die Abstützung der Curricula auf naturwissenschaftliche Grundlagen und die Integration der Ausbildungen in die Universitäten und Hochschulen hat im Laufe des 20. Jahrhunderts einen Wissenszuwachs ermöglicht, der zur Verdoppelung der Lebenserwartung beigetragen hat. Zum hundertjährigen Jubiläum des Flexner-Reports beauftragte die renommierte Zeitschrift The Lancet eine internationale Kommission bestehend aus 20 Vertretern der Hochschulen und des Gesundheitswesens aus der ganzen Welt, eine Standortbestimmung der Ausbildungen im Gesundheitswesen durchzuführen. Entstanden ist das Strategiepapier „Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken“, welches von der Careum Stiftung übersetzt wurde (Frenk et al., 2010).

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem dynamischen Veränderungsprozess mit Entwicklungen in unterschiedliche Richtungen, die sich nicht selten zuwiderlaufen und oft nicht vorhersehbar sind. So hat die Lebensverlängerung als wichtigstes Ergebnis der Fortschritte im Gesundheitsbereich Folgen in der Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch in der Wirtschaft und der Raumnutzung, die heute erst in Umrissen erkennbar sind. Es kommen neue Herausforderungen auf die Gesellschaft zu, die für die Konzeption von Aus- und Weiterbildungen von grosser Tragweite sind und die kaum mit den Bildungsstrategien und pädagogischen Prinzipien des letzten Jahrhunderts bewältigt werden können. Das Strategiepapier der Lancet Kommission legt den Finger auf die Defizite in der Bildung und in der Grundversorgung und leitet daraus Massnahmen für wesentliche Kurskorrekturen und Neuorientierungen in der Ausbildung von Mediziner/innen und anderen Health Professionals ab, damit diese ihre Aufgaben im 21. Jahrhundert bedarfsgerecht ausüben können.

Die Autoren zeigen auf, dass die heute vorherrschenden nach Beruf und Spezialisierungen aufgesplitterten Ausbildungen vielfach auf statischen Lehrplänen beruhen, die nicht zukunftsfähige Health Professionals produzieren. Problematisch sind ihrer Meinung nach „die fehlende Übereinstimmung des Erlernten mit dem gesellschaftlichen Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten, mangelnde Teamarbeit, das Fortbestehen der Hierarchisierung nach Beruf, Spezialisierung und Geschlecht, die technisch-instrumentelle Herangehensweise ohne Verständnis für die grösseren Zusammenhänge, episodische Kontakte anstelle von kontinuierlicher Betreuung, die Spitallastigkeit des Systems zulasten der Primärversorgung, quantitative und qualitative Ungleichgewichte bei Angebot und Nachfrage von Gesundheitsfachleuten sowie wenig ausgeprägte Führungsbereitschaft“ (Frenk et al., 2010, S. 5-6).

Mit dieser Einschätzung steht die Lancet Kommission nicht alleine da. Bereits 1975 hat eine von der OECD einberufene Konferenz zum Thema „Health, Higher Education and the Community“ die Schaffung regionaler Gesundheitsuniversitäten gefordert. Diese sollen sich nicht nur auf Universitätsspitäler sondern auf die gesamten Versorgungsprozesse abstützen, in realen Settings und nicht im Hörsaal ausbilden, Teamarbeit statt Fragmentierung fördern sowie die Ausbildung auf den Bedarf ausrichten und insbesondere die „vollständig vernachlässigten gesellschaftlichen Aspekte“ (OECD, 1977, S. 31) berücksichtigen.

Über die vergangenen Jahrzehnte hinweg war die Bildung in den Gesundheitsberufen geprägt von Grundsatzdebatten, Reformen und Baustellen. Als hauptsächliche Richtung der Veränderung erkennbar ist die fachliche Vertiefung im Sinne eines Zuwachses an Sach- und Methodenkompetenz, welche sich am rasanten wissenschaftlichen und therapeutischen Fortschritt orientiert. In jüngerer Zeit und bezogen auf die Humanmedizin hat dazu der Beitrag von Molly Cooke, David M. Irby und Bridget C. O'Brien (2010) „Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency“ viel Zuspruch erhalten. Diese Autoren berufen sich ebenfalls auf die Postulate von Adam Flexner, gelangen zu ähnlichen Erkenntnissen über die Kompetenz-Defizite wie die Lancet-Kommission oder die bereits vor einigen Jahren abgeschlossenen Evaluationen für die Reform in Kanada, die weltweit viel Beachtung gefunden hat (Frank, 2005). Sie ziehen aber andere – konservativere – Schlussfolgerungen daraus und schlagen für die Bildung individuenbezogene statt team- oder prozessbezogene Massnahmen vor, nämlich dass gute Professionals noch viel mehr naturwissenschaftliche Grundlagen und individuelle fachliche Exzellenz benötigen: „Commitment to excellence is a hallmark — some would maintain the hallmark — of professionalism in medicine; expertise is likewise a commitment, not an attribute. This concept is fundamental to the team's view of medical education and knits together the goals of standardization and individualization, integration, innovation and improvement, and identity formation“.

Der Focus auf die vertiefte Sach- und Methodenkompetenz ist mit ein Grund dafür, warum Analysten trotz jährlicher Investitionen von rund 100 Milliarden in die Bildung im Gesundheitswesen (Frenk et al., 2010) ernüchert feststellen, dass die Aus- und Weiterbildungen von Health Professionals verbessert werden müssen. So schreibt zum Beispiel Casalino, dass „most physicians and nonphysician staff lack training and experience to work in a fundamentally different way“ (Casalino, 2010, S. 788). Pohl et al. fordern „substantive changes in the way health care professionals in all disciplines are trained“ (Pohl et al., 2010, S. 900). Die Autoren von PriceWaterhouseCoopers sind der Meinung, dass die existierenden Ausbildungsprogramme nicht den Anforderungen des Marktes genügen (PriceWaterhouseCoopers, 2005, S. 49), und Busse et al. schreiben, dass es „well-targeted training“ braucht, um Health Professionals auf ihre neuen Rollen und Verantwortlichkeiten vorzubereiten (Busse et al., 2010, S. 3).

Die Neuausrichtung der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen ist wegen des veränderten Bedarfs sowie der neuen Herausforderungen unabdingbar. Allerdings driften die Auffassungen darüber, welches die „richtigen“ Aus- und Weiterbildungsstrategien und -massnahmen sind, innerhalb und zwischen den Professionen, Bildungsinstitutionen und politischen Regulatoren auseinander. Die Lancet Kommission setzt vor allem auf systembezogenes und kompetenzbasiertes Lernen. Die Leistung der Gesundheitssysteme muss durch Anpassung der fachlichen Kernkompetenzen an spezifische Verhältnisse verbessert werden. Health Professionals sollen aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage sein, „vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln, um im Rahmen lokal verantwortlicher und global verbundener Teams kompetent an patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitssystemen mitwirken zu können“ (Frenk et al., 2010, S. 7).

Um dies zu ermöglichen, müssen bildungsstrategisch und institutionell neue Schwerpunkte gesetzt werden. Notwendig ist gemäss der Lancet Kommission eine Akzentverschiebung vom Auswendiglernen von Fakten hin zu Recherche, Analyse und Synthese von Informationen als Grundlage für die Entscheidungsfindung. Zudem soll der Erwerb rein fachlicher Qualifikationen zugunsten der Aneignung von Kernkompetenzen für wirksame Teamarbeit überprüft werden. Studierende

sollen damit auf die interprofessionelle Teamarbeit und integrierte Prozesse vorbereitet werden. In der Ausbildung bedeutet dies, dass die heutigen institutionellen Grenzen der Ausbildung (Studiengänge als berufliche Silos) aufgegeben werden. Die interprofessionelle Ausbildung arbeitet mit kompetenzbasierten Curricula in Lernfeldern, welche die lokalen Erfordernisse mit globalen Analysen zusammenbringen und die Informationstechnologie nutzen. Weil der permanente und teils unvorhersehbare Wandel die massgebliche Triebkraft ist, fordert die Lancet Kommission „transformatives Lernen“. Dieses soll Professionals mit Führungseigenschaften hervorbringen, die als aufgeklärte, veränderungswillige Akteure in lokalen Versorgungskontexten sowohl patientenzentriert als auch populationsbezogen zukunftsgerichtet arbeiten.

6.2 Massnahmen im Bildungsbereich

Zu einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem gehören ambulante Ansprechstrukturen, die vielfältig, flexibel und bedarfsgerecht sind. Um dies zu ermöglichen, müssen nicht nur die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen angepasst werden, sondern es braucht insbesondere auch Massnahmen im Bildungsbereich. Wenn sich das Gesundheitswesen verändert soll, muss sich auch die Bildung verändern, um die Health Professionals auf neue Rollen und neue Settings vorzubereiten und um sie zu befähigen, in den Ansprechstrukturen der Zukunft den wirksamsten Platz zu finden. Der Faktor Zeit spielt dabei eine wichtige Rolle. Zwischen der Konzeption eines Studiengangs, der Erarbeitung der theoretischen und praktischen Inhalte sowie dem Absolvieren der Ausbildung bis zum berufsqualifizierenden Abschluss vergeht mindestens ein Jahrzehnt. Noch einmal so lange dauert es, bis in den Institutionen des Gesundheitswesens eine ansprechend hohe Dichte von Fachleuten mit dem neuen Profil anzutreffen ist. Das Bildungssystem muss deshalb in besonderem Mass antizipieren, wie sich die ambulanten Ansprechstrukturen langfristig entwickeln (sollen), um die Bildungsprogramme und Lernfelder darauf auszurichten.

Wegen der Dominanz der ärztzentrierten Versorgung ist allerdings die zukünftige Ausprägung und Konfiguration der Ansprechstrukturen in der Grundversorgung noch nicht eindeutig erkennbar. Die aufmerksame Beobachtung der Marktentwicklung und systematische Versorgungsforschung können neue Erkenntnisse generieren. Wenn diese durch nationale und internationale Vernetzung konsolidiert werden, lässt sich ein Konsens über die mutmassliche Entwicklung der Grundversorgung und damit der Ansprechstrukturen der Zukunft herstellen. Davon ausgehend können die Kompetenzen bestimmt werden, die Health Professionals besitzen müssen, um optimal auf zukünftige Rollen vorbereitet zu sein. Diesbezüglich betont die Lancet Kommission, dass die verschiedenen Kategorien von Gesundheitsfachleuten objektiv anhand der jeweiligen Kompetenzen klassifiziert werden sollen und nicht anhand von Traditionen und willkürlich gezogenen standespolitischen Ansprüchen und Grenzen. Nur so lasse sich das Silodenken abbauen und das Ziel einer effektiven und effizienten Grundversorgung erreichen (Frenk et al., 2010, S. 64).

Es ist insbesondere die demografische Entwicklung, die dazu führt, dass die Diagnostik und Akutsomatik – relativ gesehen – im Gesundheitswesen an Bedeutung verlieren (vgl. Kap. 3.1). Es ist deshalb unumgänglich, dass künftige Health Professionals vom akutmedizinischen Interventionsdenken weggeführt werden und ein Verständnis des Gesamtsystems mit seinen Manifestationen im bio-physischen und sozialen Bereich entwickeln. Wenn Diagnose und Verlauf längstens klar sind und sich absehbar nicht verändern, gewinnt die echte Patientenorientierung an Bedeutung. Einerseits sind die Nutzer und Nutzerinnen als Partner zu betrachten, mit denen gemeinsame Ziele definiert werden („shared decision making“). Andererseits müssen sich Health Professionals als Teil eines

Systems sehen, in dem verschiedene parallele Prozesse laufen und in dem man mit weiteren Leistungserbringern zusammenarbeiten muss.

In den Ansprechstrukturen der Grundversorgung setzt sich der Netzwerkgedanke immer mehr durch. So lässt sich beobachten, dass die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte immer öfters in Netzwerken arbeiten. Dabei werden – noch sehr zurückhaltend – nicht-ärztliche Health Professionals eingebunden. In erfahrenen und wirksamen Teams ist diese Zusammenarbeit immer weniger durch ein formell hierarchisches Verhältnis geprägt, sondern geht von der Fragestellung aus, wer für welche Funktion kompetent ist und sie optimal erfüllen kann (SAMW, 2007, S. 1947; Amelung/Berchtold, 2008, S. 3).

Ärztliche und nicht-ärztliche Health Professionals müssen befähigt werden, strategisch und in Gesamtsystemzusammenhängen zu denken und den Fokus auf das System und auf Prozesse, weniger auf die einzelne Profession zu legen. Als zentrale Kompetenzen werden in der Literatur Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit genannt, aber auch Aspekte wie Patienten- versus Krankheitsorientierung, Evidenz- versus Eminenzorientierung, ein transparentes, performanceorientiertes Therapieverständnis, Belastbarkeit, Selbstmanagement, Organisations- und Planungsfähigkeit, Konzeptionsstärke und normativ ethische Einstellungen (Panfil/Sottas, 2009, S. 5; Naylor/Kurtzmann, 2010, S. 897; Gasser, 2010, S. 14). Wegen der grossen Zahl von in der Allgemeinpraxis relevanten Themen und Fragestellungen sind zudem vermehrt Werkzeuge und nicht Inhalte gefragt. Statt Detailwissen müssen Strategien eines praxisbezogenen Informationsmanagements vermittelt werden, die es den Health Professionals erlauben, schnell und flexibel ihre individuellen Fragen zu bearbeiten (SVR-G, 2009, S. 571; Frenk et al., 2010, S. 49). Diese erfolgsentscheidenden Qualifikationen werden momentan erst punktuell in medizinischen und pflegerischen Ausbildungsgängen sowie bei der Offizinpharmazie berücksichtigt, doch die Bachelor- und Master-Studiengänge der Fachhochschulen entwickeln immer stärker ein Fundament für die Befähigung zu dieser neuen professionellen Haltung.

Es gilt, die zusätzlichen Qualifikationen systematisch in die Lernziele der Aus- und Weiterbildungsgänge aller Health Professionals zu integrieren. Gelingen kann dies „durch eine verstärkte Verzahnung der Bildungsgänge, durch interdisziplinäre Projektarbeiten, sowie durch didaktische Methoden, die kooperative Haltungen fördern und das Erkennen der Komplementarität unterschiedlicher Berufsverständnisse unterstützen“ (Amelung/Berchtold, 2008, S. 3). Dementsprechend liegt auch bei der Lancet Kommission ein Schwerpunkt der Empfehlungen auf der Förderung des gemeinsamen Lernens aller Berufsgruppen (Frenk et al., 2010, S. 47) und auch die WHO spricht von der Notwendigkeit, die Bildung vermehrt interprofessionell auszurichten (WHO, 2010, S. 10).

Das Strategiepapier der Lancet Kommission stützt die Argumentation, dass innovative Modelle bei den ambulanten Ansprechstrukturen im Bereich Bilden und Schulen Massnahmen erfordern, die über die etablierten Konzepte hinausgehen und durch praxisbezogene Lernerfahrungen die Health Professionals auf neue Arbeitsformen und -felder, aber auch auf neue Formen der Zusammenarbeit und Prozessführung vorbereiten. Dazu braucht es neue Lernumgebungen. Die Einführung von problembasiertem Lernen, ausgeklügelten summativen Prüfungsverfahren oder die Verfeinerung diagnostischer Verfahren reichen nicht. Damit eine neue professionelle Haltung in die grundlegenden Kompetenzen der künftigen Health Professionals einfließt, empfiehlt die Lancet Kommission die Verlagerung der Ausbildung in die gemeindenahen Versorgungsstrukturen.

6.3 Klärung von Rollen und Kompetenzen

Eine wichtige Grundlage für die Bestimmung der notwendigen Massnahmen im Bereich Schulen und Bilden sind klar definierte Rollen und Kompetenzen innerhalb spezifischer Strukturen. Damit ärztliche und nicht-ärztliche Berufsgruppen in der Grundversorgung zusammenarbeiten können, braucht es eine Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Abstimmung des Wissens und der Kompetenzen (Gasser, 2010, S. 14). Ausgehend davon können anschliessend spezifische Aus- und Weiterbildungsmassnahmen entwickelt werden, die den Health Professionals die notwendigen – heute teilweise noch fehlenden – Kompetenzen vermitteln. So müssen beispielsweise Apotheker/innen oder Pflegefachpersonen, die eine Triagefunktion ausüben sollen, entsprechend geschult werden.

Ein wichtiges Thema ist dabei das klinische Assessment. Wie können nicht-ärztliche Health Professionals befähigt werden, durch die systematische Befragung und Untersuchung der Patienten und Patientinnen selbstständig zu einem differenzierten klinischen Urteil zu gelangen und dieses mit einem professionellen Wortschatz, der von allen Beteiligten verstanden wird, zu kommunizieren? Am Institut für Pflegewissenschaft in Basel ist das klinische Assessment, analog zu den angelsächsischen Ländern, ein fester Bestandteil der Ausbildung (Stoll/Lindpaintner, 2006, S. 15). Auch die Absolventen der Deutschschweizer Bachelorstudiengänge in Pflege verfügen über von einem Consensus Panel approbierte Kompetenzen im klinischen Assessment (Lindpaintner et al., 2009). Dies würde es erlauben, sie – innerhalb klar definierter Grenzen – als erste Anlaufstelle einzusetzen.

Veränderungen der Arbeitsprozesse wecken erwartungsgemäss Ambivalenz und Skepsis. Um eine Vertrauensbasis mit der Ärzteschaft zu schaffen, ist deshalb eine solide wissenschaftliche Fachausbildung unabdingbar. Lyn S. Lindpaintner geht in einem in der Zeitschrift Care Management erschienenen Artikel detailliert darauf ein, wer aufgrund seiner Ausbildung in der Lage wäre, welche (zusätzlichen) Aufgaben zu übernehmen. So könnten MPA ihrer Meinung nach vermehrt im delegierten Überwachen Chronischkranker eingesetzt werden. Absolventen und Absolventinnen eines Bachelors in Pflegewissenschaft eignen sich für Praxisfelder mit instabilen oder komplexen Patienten, oder wenn in Abwesenheit von Ärzten fachliche Triage und Kommunikation klinischer Daten gefragt sind. MAS-Weiterbildungen, die Bachelor-Absolvent/innen oder HöFa-II-Pflegenden offen stehen, bereiten u.a. auf qualitativ hochstehende edukative und beratende Funktionen für Chronischkranke und Hochbetagte vor (Lindpaintner, 2011).

Die in Kapitel 4.6.3 beschriebenen Nurse Practitioners könnten mit anspruchsvollen diagnostischen, therapeutischen, edukativen und beratenden Funktionen in der Grundversorgung betraut werden. Doch da das entsprechende Berufsbild in der Schweiz momentan (noch) nicht existiert, fehlt auch die rechtliche Grundlage für eine entsprechende Ausbildung. Die bestehenden Masterausbildungen befähigen in erster Linie zur Übernahme von Entwicklungs-, Leitungs- und Evaluationsfunktionen. Lindpaintner betont zudem, dass „auf Master-Niveau – im Unterschied zum Bachelor – bisher keine Normierung existiert“ und dass deshalb die Fähigkeiten der Master-Absolvent/innen zwar als „vertieft“ gelten, aber keinem klar definierten klinischen Kompetenzprofil entsprechen.

Neben der Pflege gibt es insbesondere in der Offizinpharmazie oder der Physiotherapie Health Professionals mit Potenzial zur Einbindung in die Versorgungspraxis der *front line of primary care*. Beide Berufsgruppen haben entsprechende Weiterbildungen entwickelt.

7. Diskussion und Ausblick

Am Ausgangspunkt der vorliegenden Literaturübersicht stand die Leitfrage, wie die personellen und organisatorischen Vorkehrungen sein müssen, damit aufgeklärte und autonom handelnde Menschen professionelle und auf ihren Bedarf abgestimmte Antworten erhalten, wenn sie (in nicht lebensbedrohlichen Situationen) Gesundheitsanliegen haben.

7.1 Widerstände trotz Konsens in Analyse und Diskurs

Die Frage, wie zukunftsfähige, nutzerorientierte und zweckmässige Ansprechstrukturen an der *front line of primary care* auszusehen haben, wird heute weltweit diskutiert. Dabei besteht ein weitgehender Konsens, dass eine starke Primär- oder Grundversorgung zentral ist, um allen Menschen nicht nur die Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, sondern ihnen (im Bedarfsfall) auch die fachliche Unterstützung für ein erfülltes Leben und eine lebenswerte Perspektive zu geben. Darüber, wie dieser professionelle Support ausgestaltet sein soll, gehen die Auffassungen weit auseinander. Der Blick über die Landesgrenzen zeigt indessen, dass in den letzten Jahren in vielen Ländern neue Leistungserbringer an der ersten professionellen Versorgungslinie zum Einsatz kommen, dass etablierte Grenzen bei Aufgaben und Zuständigkeiten verschoben und erweitert werden und dass sich neue Rollen und Organisationsmodelle entwickeln.

Am Anfang einer jeden Reform stehen veränderte Einstellungen und Denkweisen, die es ermöglichen, Herausforderungen anzunehmen und zu meistern. Dementsprechend fordert die Lancet Kommission in ihrem Strategiepapier die Bildungsinstitutionen dazu auf, aufgeklärte Health Professionals mit ausgeprägter Führungsbereitschaft auszubilden, die in der Lage sind, „das Stammesdenken der verschiedenen Professionen zu überwinden“ und sich für eine Verbesserung der Leistung und des Nutzens des Gesundheitssystems als Ganzes einzusetzen (Frenk et al., 2010, S. 51). Angesichts der wachsenden Bedeutung und der komplexer werdenden Herausforderungen, mit denen die ambulanten Ansprechstrukturen heute konfrontiert sind, braucht es veränderungswillige Akteure, die fähig sind, bestehende Strukturen und Denkmuster hinter sich zu lassen und neue Lösungen im Sinne von „disruptiven Innovationen“ zu entwickeln.

Internationale Vergleiche zeigen, wie wichtig eine starke Primär- oder Grundversorgung ist, um allen Menschen eine optimale, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können - dies insbesondere im Lichte der erwarteten Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, der Zunahme chronischer Krankheiten und von Multimorbidität, der steigenden Gesundheitskosten, dem veränderten Nachfrageverhalten der Nutzer bei gleichzeitig sinkender Verfügbarkeit von Ärzten und Ärztinnen oder dem Trend zur Ambulantisierung. Die laufenden und absehbaren Grenzverschiebungen erfordern neue Lösungen.

Die Schweiz und die anderen Länder Mitteleuropas sind davon auf längere Sicht nicht ausgenommen. Mangelerscheinungen bei Personal und Ressourcen bewirken, dass die heute dominierende Premium-Versorgung deutlicher aufgeteilt wird auf die solidarisch finanzierte Primärversorgung und die individuell finanzierten Zusatzleistungen. Der interne Druck und die von aussen wirkende Globalisierung der Gesundheitsmärkte führen dazu, dass innovative Konzepte der ambulanten (Grund-)Versorgung geprüft werden (müssen). Bei den etablierten Akteuren und Institutionen wächst jedoch gleichzeitig die Ambivalenz gegenüber neuen Versorgungsmodellen – so namentlich beim Einbezug nicht-ärztlicher

Berufsgruppen, bei der systematischen Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien, bei der Erschliessung neuer Versorgungsorte oder der Nutzerorientierung anstelle der Anbieterorientierung. Oftmals wird die Skepsis mit dem Patientenwohl begründet. Die Debatten sind allerdings unverkennbar von Besitzstandswahrung und von der Angst vor neuer Konkurrenz überlagert – so beispielsweise wenn einseitig düstere Schreckensbilder unterversorgter, diskriminierter und leidender Patienten heraufbeschworen werden, die erst noch einem hohen Risiko von Fehlbehandlungen ausgesetzt sind. Im Vergleich zu anderen Ländern weisen die Schweiz, Deutschland und Österreich deshalb einen Rückstand auf – und zwar in der Diskussion und erst recht in der Erprobung und Umsetzung.

Grenzverschiebungen sind unumgänglich und der „Geist des Beharrens und Bewahrens muss [deshalb] der Überzeugung Platz machen, dass im Gesundheitswesen neue Modelle und Konzepte aktiv gestaltet, getestet und immer wieder verbessert werden müssen“ (SAMW, 2007, S. 1950). In einem rückblickenden Kommentar hält die schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften allerdings fest: „Auch wenn immer wieder die Möglichkeiten und Chancen einer Neuverteilung der Verantwortlichkeiten unter den Gesundheitsberufen genannt und besprochen werden, ist in den vergangenen Jahren wenig Konkretes geschehen, um einen Wandel der Arbeitsmodelle und eben auch der Berufsbilder zu unterstützen. Zumindest in den Meinungsäusserungen scheint ein breiter Konsens zu bestehen, dass die Inhalte, Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten der Berufe im Gesundheitswesen sich wandeln und entwickeln müssen, doch viel weiter hat dieser etwas ratlos anmutende Konsens noch nicht geführt“ (SAMW, 2011, S. 27).

7.2 Eine Agenda der nutzerzentrierten Versorgungsforschung

Careum rückt grundsätzlich die (selbstermächtigten) Nutzerinnen und Nutzer ins Zentrum. Diese befinden sich in unterschiedlichen Lebenslagen und suchen Ansprechstrukturen und Versorgungsangebote, die den Rahmenbedingungen, Ressourcen und dem konkreten Bedarf entsprechen.

Die Übersicht über verschiedene innovative Modelle im In- und Ausland gibt – im Interesse einer qualitativ hochstehenden und doch bezahlbaren Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung – einige Gedankenanstösse und Antworten, wie dieses Versorgungsangebot aussehen könnte. Darüber hinaus wirft sie Fragen zum Forschungsbedarf auf.

Ausgehend von der „ecology of care“ (Green et al., 2001; White, 1961) lässt sich beispielsweise feststellen, dass wir – abgesehen von den Trends, dass walk-in Praxen an frequentierten Zentrumsanlagen und komplementärmedizinische Angebote an Bedeutung gewinnen – nur wenig darüber wissen, wie die Inanspruchnahme z.B. in der Schweiz heute aussieht und welche Ansprechstrukturen von wem in welcher Situation und aus welchen Gründen aufgesucht werden. Es existiert auch kein Überblick über die aktuelle Angebotssituation mit Berücksichtigung regionaler Unterschiede, innovativer Modelle und besonderer Anreize jenseits der konventionell konfigurierten ärztlichen Managed Care-Modellen. Ein Perspektivenwechsel mit einem Abrücken von der Fokussierung auf Leistungserbringer und Angebot hin zum Bedarf der Nutzer könnte aufzeigen, in welche Richtung sich der ambulante Sektor und die Nachfrage nach den dort zu erbringenden Gesundheitsleistungen entwickeln.

Solche Projekte der Versorgungsforschung können auf folgende Themen ausgerichtet werden:

- Nationaler Atlas zu den (Ansprech-)Strukturen, konkret für die Schweiz eine Übersichtsarbeit, angelehnt an die Methodik, die White und Green in „The Ecology of Medical Care“ vorgegeben haben.
- Umsetzung dieses Atlas in Form eines stratifizierten geographischen Informationssystems (GIS), welches die verschiedenen Kategorien der Ansprechstrukturen abbildet.
- Webbasierte und interaktive (Web 2.0) Ausgestaltung, damit nebst den Anbietern insbesondere die Nutzer aktiv partizipieren können.
- Thematisch oder regional orientierte Forschungs-Teilprojekte über Ansprechstrukturen bestimmter Patienten- oder Nutzergruppen, z.B. als Dienstleistung für Betroffene einer bestimmten Pathologie oder als Bürgerservice.
- Einsatz des (regionalen) Atlas der Ansprechstrukturen für eine Ist-Soll-Analyse bei der Grundversorgung der peripheren Gebiete oder der von ungünstigen demographischen Trends betroffenen Gebiete.
- Versorgungsforschung betr. der Kompetenzprofile und der Voraussetzungen (z.B. Indikatoren für das Clinical Assessment) zur Klärung der Fragen, welche Berufsgruppen – insbesondere Pflege, Pharmazeuten, Physiotherapeuten – in den unterschiedlichen Settings von Ansprechstrukturen der Zukunft welche Aufgaben übernehmen können und welche Rahmenbedingungen oder kompetenzbezogenen Voraussetzungen dabei erfüllt sein müssen.
- Vertiefung der rechtlichen Fragen, welche Berufsgruppen in bestimmten Settings als autonome Leistungserbringer (selbstständige Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen) auftreten können. Herausarbeiten der komparativen Vorteile bei Einbindung in Capitation-Abgeltungssysteme.
- Zusammen mit innovativen Anbietern Modellprojekte initiieren, um mit Begleitforschung eine zweckmässige Teamzusammensetzung und Prozessorganisation in einer interprofessionellen Grundversorgerpraxis zu ermitteln.
- Fallstudien oder Modellprojekte zur Koordination der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Personen unter besonderer Berücksichtigung der Entlastungspotenziale (Humanressourcen und Finanzen) und der Informationstechnologie. Weil es bereits diverse Anbieter für Telehomecare und ambient assisted living (AAL) gibt, kann die Forschung vorzugsweise dort ansetzen.
- Forschungsarbeiten, welche das Potenzial der Selbsthilfegruppen nutzen. Die patienten- oder nutzergesteuerte Forschung ist ein weites, bisher von der etablierten Forschung kaum wahrgenommenes oder erschlossenes Feld.

7.3 Aspekte der bildungspolitischen Agenda

Das Hauptziel der Aus- und Weiterbildung von Health Professionals muss darin bestehen, die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu erhöhen, um so auf gerechte und effiziente Weise den Patienten und der Bevölkerung insgesamt gerecht zu werden (Frenk et al., 2010, S. 60). Um zu wissen, welche Bildungsmassnahmen zielgerichtet und zweckmässig sind, bedarf es in der Versorgungsforschung noch erhebliche Anstrengungen. In einem idealen Gesundheitssystem werden Health Professionals so ausgebildet und eingesetzt,

dass sie die Leistungen erbringen können, für die sie im Interesse der Nutzer und Nutzerinnen am besten geeignet sind.

Eignung heisst aber auch Bildung – und diese ist ein Langfristgeschäft. Ein Jahrzehnt reicht in der Regel nicht, um neue Ansätze zu verankern, die Bildungsgänge entsprechend zu gestalten und eine genügend grosse Menge von Health Professionals auszubilden, damit die Wirkung im Versorgungssystem wahrnehmbar ist. Das Bildungssystem muss deshalb in besonderem Masse antizipieren, wie sich der Bedarf langfristig entwickelt, um die Bildungsprogramme und Lernfelder darauf auszurichten, damit die notwendige Professionalität und Expertise erreicht und erhalten werden kann.

Ausgehend von aktuellen Divergenzen in den Bildungsstrategien (insb. Frenk et al., 2010; Cooke et al., 2010) lässt sich festhalten, dass die Institutionen die tiefer werdende Kluft zwischen professioneller Identitätsentwicklung und Exzellenz einerseits sowie interprofessioneller Teamorientierung und bedarfsgerechter Dienstleistung andererseits überbrücken müssen.

Die bildungspolitische Agenda muss daher insbesondere folgenden Aspekten Beachtung schenken:

- Die Fragmentierung und Abschottung überwinden – zwischen den Bildungsgängen einerseits und zwischen Grundlagenforschung und Versorgungsbefähigung andererseits.
- Aufteilung der Bildungspfade insb. in der Humanmedizin – um eine Nivellierung nach unten zu vermeiden, weil die Zielkonflikte zwischen Grundlagenforschung (medical discovery path) und Versorgung (clinical service path) unüberwindbar werden. Dies lässt den Numerus Clausus in der heutigen Form obsolet werden, weil es zu einem frühen Entscheid zur Richtungswahl und Fokussierung auf unterschiedliche kompetenzorientierte Curricula führt.
- Die interprofessionelle Ausbildung als Regelfall etablieren – es entsteht eine neue Professionalität, wenn von Beginn der Ausbildung weg kooperativ und fallbezogen die professionsspezifischen Beiträge und Expertise in Versorgung, Prozessführung, Management, Kommunikation usw. gelernt und gemeinsame Werte entwickelt werden.
- Die Bildungsinstitutionen mit einem lokalen (Grund-)Versorgungsauftrag in die Pflicht nehmen, damit einerseits ein reales Übungsumfeld bereit steht und damit andererseits der Realitätscheck eine Beurteilung der Angemessenheit der Curricula, des Gelernten und der erworbenen Kompetenzen erlaubt.
- Die weltweiten Erfahrungen im Aufbau und Betrieb nutzerorientierter Ansprechstrukturen durch Vernetzung sowie Austausch von Materialien, Lehrenden und Studierenden in den Theorie-Praxis-Transfer einfließen lassen.
- In den Studiengängen der Pflege, der Physiotherapie und der Pharmazie sind Methoden und Skills des Clinical Assessments zu erwerben. Diese können für geeignete Kandidatinnen und Kandidaten oder spezifische Anwendungsfelder auch in einem Weiterbildungs-Masterstudiengang (MAS) zusammen mit Supervision angeboten und ggf. mittels periodischer Rezertifizierungen überprüft werden.
- Neben der zur Berufsausübung erforderlichen professionsspezifischen Expertise und Methodenkompetenz sind in der heutigen und künftigen Gesundheitswelt weitere Kompetenzen unabdingbar, namentlich ein robustes

gesundheitpolitisches Orientierungswissen (Recht, Ökonomie, Ethik, Versorgungsprozesse etc.), Fertigkeiten bei Interaktion und Dokumentation, Leadership und Managementkenntnisse, ein Engagement für die Gesundheit und die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen.

- In der Akkreditierung muss der Beitrag zur lokalen (Grund-)Versorgung und zur Nutzerorientierung mindestens gleich gewichtet werden wie die wissenschaftliche Exzellenz.

Die vorliegende kommentierte Literaturübersicht ist ein Beitrag zur Versorgungsforschung. Sie will unter den Akteuren den Dialog über die Herausbildung zukunftsfähiger Ansprechstrukturen in der Grundversorgung anhand von konkreten Beispielen sowie deren Rahmenbedingungen und Erfolgsfaktoren erleichtern und fördern. Damit die Umsetzung in Strukturen gelingt, welche die Bedarfslage von Patienten und Angehörigen effektiv ins Zentrum stellen, sind Grenzverschiebungen durch institutionelle und bildungsstrategische Reformen von erheblicher Tragweite notwendig. Mit den Hinweisen auf Aspekte einer nutzerorientierten Versorgungsforschung und bildungspolitischen Agenda kann noch keine Evidenz für die konkrete Ausgestaltung der Ansprechstrukturen geschaffen werden. Die Vergleiche und die Hinweise sollen aber mindestens den Blick für die Prioritätensetzung bei der Fokussierung der Bildungsmassnahmen und bei der Entwicklung einer interprofessionell organisierten Grundversorgung schärfen.

Referenzen

- Abel T., Sommerhalder, K., Bruhin E. (o.J.). Health Literacy. In: BZgA. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=5f9cb8a50628b6ed0f7454a15aca1969&id=angebote&id_x=105, Zugriff 5. September 2011.
- Amelung V., Berchtold P. (2008). Neue Schlüsselqualifikationen und Berufsfelder in Managed Care. *Care Management*, 1(2), 1-4.
- Angerer P., Schwartz F.W. (2009). Arbeitsbedingungen und Befindungen von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Auerbach H., Imhof D. (2009). Integrierte Versorgung in der Schweiz – zwei unterschiedliche Herangehensweisen im Kanton Zürich: GeWint Gesundheitsregion Winterthur und Gesundheitsnetz 2025 Zürich, in: Amelung V., Deimel D., Reuter W., Van Rooij N., Weatherly J.N.. *Managed Care in Europa*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 221-230.
- Bailey S. (2010). Retail Health-Clinic Industry is Primed for Expansion. *San Antonio Business Journal*. January 22.
- Bretécher C. (1985). *Docteur Ventouse, bobologue*. Paris: Editions Bretécher.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2011). Erläuternder Bericht zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vom 6. April 2011.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/index.html?lang=de>, Zugriff 11. April 2011.
- Bundesamt für Statistik BfS (2011). Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Lebenserwartung. Neuchâtel.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>, Zugriff 8. Juni 2011.
- Bauer U., Rosenbrock R., Schaeffer D. (2005). Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit, in: Badura B., Iseringhausen O. (Hrsg.). *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation*. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber, 187-201.
- Beck K. (2009). Effizienzsteigerung dank Managed Care. *Datamaster*, 5, 15-21.
- Beck K., Käser U. (2008). Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. *Care Management*, 5, 37-40.
- Berchtold P., Hess K. (2006). Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Neuchâtel: Obsan.
- Berchtold P. (2007). Die Qualität des Zusammenspiels entscheidet. *Managed Care*, 4, 4-5.
- Berchtold P., Vontobel J., Zanoni U. (2010). Patientenorientierung, Wettbewerb und Minute Clinic. *Care Management*, 3(6), 40-42.
- Bétrisey C., Jaccard Ruedin H. (2007). Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire de Soins. Document de travail 29. Neuchâtel: Obsan.
- Beyer M., Erler A., Gerlach F.M. (2010). Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 3, 93-98.

- Bieler L. (2005). Ein Gesundheitssystem, das mehr kann, als Menschen gegen Kälte abzuhärten. NZZ am Sonntag, 13. November, 26-27.
- Blum K., Lisac M. (2010): Blick ins Ausland: Neue Versorgungsformen weltweit, in: Bertelsmann-Stiftung. Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 20-24.
- Bodenheimer T. (2008). Transforming Practice. *New England Journal of Medicine*, 359(20), 2086-2087.
- Boerma W. (2006). Coordination and integration in European primary care, in: Saltman R., Rico A., Boerma W. (Eds.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press, 3-21.
- Borgetto B., von dem Knesebeck O. (2009). Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 1, 21-29.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2007). Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France? *Questions d'économie de la santé*, 127. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>, Zugriff 8. Juni 2011.
- Bretécher, C. (1985). *Docteur Ventouse, bobologue*. Editions Bretécher.
- Brody DS. (1980). The patient's role in clinical decision making. *Ann Intern Med* 1980; 93:718-22.
- Brunnschweiler C. (2010). hospital@home. Die Spitex muss ihr Übertrittsmanagement den Entwicklungen im Gesundheitswesen anpassen. *Care Management*, 3(6), 16-17.
- Buchan J., Calman L. (2005). Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. *OECD Health Working Papers 17*. Paris: OECD.
- Bunn F., Byrne G., Kendall S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 55, 956-961.
- Burke L. (2009). Nurse practitioners and general practitioners, is there any difference? *InnovAIT*, 2(11), 687-688.
- Burla L. (2011). *International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund. Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG)*. Obsan Dossier 15. Neuchâtel: Obsan.
- Busse R., Blümel M., Scheller-Kreinsen D., Zentner A. (2010). Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. *European Observatory on Health Systems and Policies*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf, Zugriff 8. Juni 2011.
- Calnan M., Hutten J., Tiljak H. (2006). The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface, in: Saltman R., Rico A., Boerma W. (Eds.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies*. Berkshire: Open University Press, 85-104.
- Canton de Fribourg (2008). *Rapport No 88 du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat No 317.06 Christine Bulliard / Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques*. http://www.fr.ch/publ/files/pdf14/2007-11_088_rapport.pdf, Zugriff 8. Juni 2011.

- Car J., Sheikh A. (2003). Telephone consultations. *BMJ*, 326, 966-969.
- Casalino L. (2010). A Martian's Prescription For Primary Care: Overhaul The Physician's Workday. *Health Affairs*, 29(5), 785-790.
- Christensen C.M. (1997). *The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail*. Boston: Harvard Business Press.
- Christensen C.M., Grossman J.H., Hwang J. (2008). *The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.
- Clément N., Businger A., Martinolli L., Zimmermann H., Exadaktylos A. (2010). Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department: Are there lessons to be learnt? *Swiss Medical Weekly*, 140.
- Cooke M., Irby D M., O'Brien B C. (2010). *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Credit Suisse Economic Research (2010). *Am Puls der Gesundheitslandschaft*. https://www.credit-suisse.com/ch/unternehmen/kmugrossunternehmen/doc/gesundheitswesen_2010_DE_WE_B.pdf , Zugriff 31. März 2011.
- Czypionka T., Kraus M., Riedel M., Röhring G. (2011). *Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder*. *Health System Watch*, 1/2011.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2007). *Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland*. <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf>, Zugriff 14. März 2011.
- De Geest S., Moons P., Callens B., Gut C., Lindpaintner L., Spirig R. (2008). *Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in Health Care Systems: A Framework for Reflection and Analysis*. *Swiss Medical Weekly*, 138(43-44), 621-628.
- Department of Health (2008). *Pharmacy in England. Building on strengths – delivering the future*. Presented to Parliament by the Secretary of Health by Command of her Majesty. <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm73/7341/7341.pdf>, Zugriff 13. Dezember 2010.
- Dieterich A. (2007). The modern patient – Threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes. *Patient Education and Counseling*, 67, 279-285.
- Dierks ML. et al. (2001). *Patientensouveränität: der autonome Patient im Mittelpunkt*. Arbeitsbericht 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg
- Dörr L.K. (o.J.). *eHealth Services ante portas*. Asklepios Future Hospital. http://www.asklepios.com/upload/eHealth_services_ante_portas_2775.pdf, Zugriff 7. April 2011.
- Economiesuisse (2011). *Schweizer Gesundheitspolitik: Leitlinien der Wirtschaft*. Zürich.
- EFPC European Forum for Primary Care (2011). *Position Paper on Interdisciplinary Collaboration within Primary Care Teams*. Latest Draft. http://www.nivel.nl/pdf/PCIdC_Draft_110414.doc, Zugriff 5. September 2011
- Egger T. (2007). *Spitex – Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse*. Bern: Büro BASS.
- eHealth Suisse (2009). *Gesamtbericht eHealth 2009*. Koordinationsorgan eHealth Bund-Kantone. <http://www.e-health-suisse.ch>, Zugriff 9. Juni 2011.

Fachinger U., Henke K. (Hg.) Der private Haushalt als Gesundheitsstandort, (2010). Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos.

Flexner A. 1910. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation.

FMC Forum Managed Care (2009). Orientierungspapier „Integrierte Versorgung in der Schweiz“. http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/FMC-Orientierungspapier_MC_14_4_09.pdf, Zugriff 25. November 2010.

Frank JR. (2005) Le cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005. Zugänglich unter/available under: http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf

Frampton S., Guastello S., Brady C., Hale M., Horowitz S., Bennett Smith S., Stone S. (2008). Patient-Centered Care Improvement Guide. Derby: Planetree. <http://www.planetree.org/Patient-Centered%20Care%20Improvement%20Guide%2010.10.08.pdf>, Zugriff 7. März 2011.

Frei A., Chmiel Moshinsky C., Schläpfer H., Birnbaum B., Held U., Steurer J., Rosemann T. (o.J.). The Chronic CARE for diAbeTes study (CARAT): A cluster randomized controlled trial. Universität Zürich. Institut für Hausarztmedizin. <http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/forschung/agenda/Study-protocol-CARAT.pdf>, Zugriff 4. April 2011.

Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. (2010). Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum. http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/874eff728e36a0df98c38c9443f91066/Lancet_Report_2011_DE.pdf, Zugriff 7. Juni 2011.

Fujisawa R., Lafortune G.J. (2008). The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Papers No 41. Paris: OECD.

Gasser C. (2010). Kompetente Kooperation. Mit der Integrierten Versorgung verändern sich die Anforderungen an alle Leistungserbringer. Care Management, 3(6), 14-15.

GDK (2006). Bericht Notfalldienst. Zur aktuellen Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und Vorschläge zur zukünftigen Organisation. Bern. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/Bericht_def_20.07.06__ohne_Anhang_II_1_.pdf, Zugriff 6. April 2011.

Gensichen J., Muth C., Butzlaff M., Rosemann T., Raspe H., Müller de Cornejo G., Beyer M., Härter M., Müller U.A., Angermann C.E., Gerlach F.M., Wagner E. (2006). Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. ZaeFQ, 100, 365-374.

Gerlach F. (2010). Zukunftskonzept des Sachverständigenrats – Herausforderungen der Umsetzung in regionale Versorgungsplanung. Referat anlässlich des Symposiums „Die Gesundheitsversorgung von morgen“ der Robert Bosch-Stiftung, Stuttgart, 26. November 2010.

Gerste R. (2007). Retail Health Clinics. Medizin aus dem Supermarkt. Deutsches Ärzteblatt, 40, 2711-2712.

Gilbert C. (2008). nvSRAMs Help Bring the Hospital Home. RTC Magazine. <http://www.rtc magazine.com/articles/view/100956>, Zugriff 8. März 2011.

Goldschmidt AJW., Hilbert J. (2008). Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche. Wegscheid, Wikom-Verlag.

Green L., Fryer E., Yawn B., Lanier D., Dovers S. (2001). The Ecology of Medical Care Revisited. NEJM, 344, 2021-2025.

Gut C. (2007). Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz. SAEZ 51/52, 2170-2173.

Gwerder T. (2009). Qualität einer Telefontriage durch ein medizinisches Callcenter bezüglich ihrer Sicherheit und Angemessenheit. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Bern.
http://www.insel.ch/fileadmin/inselspital/users/ueber_das_Inselspital/Mediendienst/Pdf/Qualitaet_einer_Telefontriage_Walk-in-Patienten_Diss.pdf, Zugriff 29. März 2011.

Haller S., Velasco Garrido M., Busse R. (2009). Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Berlin.
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/Anhang%20GA2009/Anhang%206.1.3%20Evidenzreport%20Hausarztorientierte%20Versorgung.pdf>, Zugriff 8. Juni 2011.

Haslbeck J. (2010). Do it yourself. Für ein selbstverantwortliches Management chronischer Krankheit braucht es neue Ansätze. Care Management, 3(6), 20-21.

Hausärzte Schweiz (2010): Stellungnahme von "Hausärzte Schweiz" zum Managed Care-Entscheid der SGK-N vom 30.4.2010.
http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/integrierte_Versorgung_6_5.pdf, Zugriff 10. September 2010

Health Council of the Netherlands (2004). European primary care. The Hague.
<http://www.gezondheidsraad.nl/en/publications/european-primary-care>, Zugriff 18. November 2010.

Hugentobler W. 2006. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. In: PrimaryCare 2006;6: Nr. 32-33.

Iglehart J. K. 2010: Health Reform, Primary Care, and Graduate Medical Education. The New England Journal of Medicine 363(6): 584-590.

Initiativkomitee "Ja zur Hausarztmedizin" (2011): Eidgenössische Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin". Argumentarium.
http://www.jzh.ch/_download/20100113_argumentarium_de.pdf, Zugriff 4. April 2011.

Jenkins-Clarke S., Carr-Hill R., Dixon P. (1997). Teams and seams: skill mix in primary care. Journal of Advanced Nursing, 28(5), 1120-1126.

Jordan D., Ray D. (2010). Apotheken und Drogerien, in: Kocher G., Oggier W. (Hrsg). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Huber: Bern, 13-29.

Juffernbruch K. (2009). Schottland erprobt die Zukunft der medizinischen Telekonsultation, in: Amelung V.E., Deimel D., Reuter W., Van Rooij N., Weatherly J.N.. Managed Care in Europa. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 231-234.

Kalitzkus V., Schluckebier I., Wilm S. (2009). AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 10, 403-405.

Klemperer D., Rosenwirth M. (2005). Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Gütersloh: Bertelsmann

Kloiber O. (2006). Ärzte wechseln immer mehr in fachfremde Berufe. Kommunikation des Generalsekretärs des Weltärztebundes am Europäischen Gesundheitsforum, Bad Hofgastein, 4.- 7. Oktober 2006.

Korzilius H., Rabbata S. (2006). Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. Deutsches Ärzteblatt, 103(44), 2926-2928.

Kraft E. (2008). FMH-Ärztestatistik: auf dem Weg zur besseren Datenqualität. SAEZ, 25, 1111-1113.

Kummervold P.E., Chronaki C.E., Lausen B., Prokosch H., Rasmussen J., Santana S., Staniszewski A., Wangberg S.W. (2008). eHealth Trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey. J Med Internet Res, 10(4).

Künzi K., Detzel P. (2007). Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzungen von Expert/innen. Bern: Büro BASS.

Lattimer V., Sassi F., George S., Moore M., Turnbull J., Mullee M., Smith H. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ, 320, 1053-1057.

Leppo K. (2009). Finnish Health Care, with Special Reference to PHC and Division of Labour between Professional Groups. Referat anlässlich der Careum Conference, Zürich, 13. November 2009.

Lindpaintner L.S. (2010). Skill Mix in der Grundversorgung. Weshalb sich die Arbeitsteilung im Team auf Patienten und Leistungserbringer positiv auswirkt. Care Management, 3(6), 18-19.

Lindpaintner L.S., Bischofberger I., Brenner A., Knüppel S., Scherer T., Schmid A., Schäfer M., Stoll H.R., Stolz-Baskett P., Weyermann-Etter S., Hengartner-Kopp B. (2009). Defining Clinical Assessment Standards for Bachelor's-Prepared Nurses in Switzerland. Journal of Nursing Scholarship, 41(3), 320-327.

Marty F., Tschudi P. (2005). Die Versorgungssituation in der Hausarztmedizin der Schweiz 2005. Workforce-Studie Hausarztmedizin 2005. Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin. <http://www.bibliosgam.ch/pdf/wforce.pdf>, Zugriff 8. Juni 2011.

Medgate (2008). Studie der Uni Basel: Patienten wollen ärztlichen Rat per Telefon. Medienmitteilung vom 29. Juli 2008. <http://www.medgate.ch/LinkClick.aspx?fileticket=WBVIyaYHNvw%3D&tabid=82>, Zugriff 8. Juni 2011.

Medswiss.net (2003). Managed Care und Ärztenetzwerke in der Schweiz. <http://www.medswiss.net/#was>, Zugriff 13. Dezember 2010.

Meier L.R. (2010). Schlagwort "Grundversorger-Mangel". SAEZ, 39, 1544-1545.

Naylor M.D., Kurtzmann E.T. (2010): The Role of Nurse Practitioners in Reinventing Primary Care. Health Affairs, 29(5), 893-899.

Nelson K., Pitro M., Tzellas A., Lum A. (2010). Transforming the Role of Medical Assistants In Chronic Disease Management. Health Affairs, 29(5), 963-965.

OECD (1977). Health, Higher Education and den Community. Towards a Regional Health University. Paris: OECD.

Palfrey S. (2011). Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era. NEJM, 364.

Panfil E.M., Sottas B. (2009). Woher kommen die Besten? Globaler Wettbewerb in der Ausbildung – wer bildet zukunftsfähige Health Professionals aus? Careum Working Paper 2. Zürich: Careum.

Pauly M.V. (2011). The Trade-Off Among Quality, Quantity, And Cost: How to Make It – If We Must. *Health Affairs*, 30(4), 573-580.

Peris Grao A., Brugués Brugués A., Marti Aguasca T. (2009). CASAP - „New Public Management“ in der Primärversorgung, in: Amelung V., Deimel D., Reuter W., Van Rooij N., Weatherly J.N. *Managed Care in Europa*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 195-204.

pharmaSuisse (2009a): Beitrag der Apotheke – Care Point mit hoher Zugänglichkeit und Fachkompetenz. *Dosis*, 49, 3.

pharmaSuisse (2009b). Korrekte Rollenteilung: Wirtschaftliche Fehlanreize beseitigen. *Dosis*, 50, 3-5.

pharmaSuisse (2009c). Erstversorgung – Wie geht es weiter? Die Gesundheitspolitik der Schweiz steht vor einer Wende. *Dosis*, 51, 3-4.

Pohl J.M., Hanson C., Newland J.A., Cronenwett L. (2010). Unleashing Nurse Practitioners' Potential To Deliver Primary Care and Lead Teams. *Health Affairs*, 29(5), 900-905.

PriceWaterhouseCoopers (2005). *HealthCast 2020: Gesundheit zukunftsfähig gestalten*. PWC Health Research Institute.

Rabady S. (2006). Primary Care in Finnland. *Primary Care*, 6(40-41), 741-744.

RCGP Royal College of General Practitioners (2007). *The Future Direction of General Practice - A roadmap*. http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap_embargoed%2011am%2013%20Sept.pdf, Zugriff 18.November 2010.

Redaelli M., Stock S., Simic D., Wilm S. (2009). Internationales Literaturreview zur "Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten". Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer. Private Universität Wissen. http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Versorgungsforsch._Literatur-Review_nicht-aerztliche_Berufe.pdf, Zugriff 8. März 2011.

Rosemann T., Jost K., Körner T., Schaefer T., Heidrhoff M., Szecsenyi J. (2006). How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspective of GPs, patients and practice nurses. *BMC Family Practice*, 7(14).

Rosenthal T. (2008). The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care. *JABFM*, 21(5), 427-440.

Salfeld R., Hohner S., Wichels R. (2009). *Modernes Krankenhausmanagement*. 2. Auflage. Berlin: Springer.

SAMW (2007). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. *SAEZ*, 88(46), 1942-1952.

SAMW (2011). Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden. Bericht und Kommentar. Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ – Phase III. Basel: SAMW.

Santésuisse (2010). Definition integrierte Versorgung (Managed Care). <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201008301102494.pdf>, Zugriff 13. Dezember 2010.

Schaeffer D. (2004). *Der Patient als Nutzer*. Bern: Hans Huber.

Schaeffer D., Ewers M. (2001). Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. GGW, 1, 13-20.

Schläpfer H.U., Birnbaum B., Rosemann T. (2009). Die Grundversorgung neu erfinden (?). PrimaryCare, 9(17), 324.

Schlette S., Blum K., Busse R. (2009). Gesundheitspolitik in Industrieländern II. Im Blickpunkt: Primärversorgung, Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schmacke N. (2006). Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. GGW, 3, 18-25.

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

SGK-N (2010): Medienkonferenz SGK-N, 30.04.2010: Bundesgesetz über die Krankenversicherung; Kinderkrippen. Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament. <http://www.parlament.ch/d/mm/2010/seiten/mm-sda-sgk-n-2010-04-30.aspx>, Zugriff 10. Januar 2011.

Sia C., Tonniges T.F., Osterhus E., Taba S. (2004). History of the Medical Home Concept. Pediatrics, 113, 1473-1478.

Sibbald B., Laurant M., Scott A. (2006). Changing task profiles, in: Saltman R., Rico A., Boerma W. (Eds.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 149- 164.

Sigrist S. (2006). Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Bern: EDI.

SGGP (2003): The Future Patient in Switzerland. Das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger. Schriftenreihe der SGGP Nr. 71. Bern: SGGP.

Sottas B. (2010). Premiumversorgung oder Primärversorgung? Sechs Gründe für eine Grenzverschiebung zwischen den Professionen. Care Management, 3(6), 10-11.

Sottas B. (2011). Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(1):Doc11

Stamm M. (2009). Demographie der Leistungserbringer. Geschlechtstypische Karrierewege von Ärztinnen und Ärzten. Referat an der Swiss Public Health Conference, Zürich, 27./28. August 2009.

Steurer-Stey C., Rosemann T. (2009). Willkommen im Medical Home! Das „Patientenzentrierte medizinische Zuhause: Ein zukunftssträchtiges Konzept in der Grundversorgung. Care Management, 2(4), 6-9.

Stoll H., Lindpaintner L. (2006). Pflegepraxis mit erweiterten Kompetenzen. Managed Care, 8, 15-17.

Sullivan D. (2006). Retail Health Clinics Are Rolling Your Way. Family Practice Management, May 2006, 65-72.

SVR-G Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Berlin: Deutscher Bundestag.

SWTR Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (2007). Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung.
http://www.swtr.ch/images/stories/pdf/de/swtr_demmed2007d.pdf, 22. Februar 2011.

Turner G.M. (2007). Customer Health Care. The WallStreet Journal, May 14, 17.

Versaput G., Eijck M. (2010). Vernetzung und Zusammenarbeit der ambulanten Medizin (Arztpraxis) und der stationären Medizin (Spitäler) in Holland. Referat am Orbis Krankenhaus, Sittard (NL), 1. Oktober 2010.

Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly, 74(4), 511-544.

White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G. (1961). The Ecology of Medical Care. NEJM, 265, 885-892.

WHO (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung.
http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/, Zugriff 8. Juni 2011.

WHO (1978). Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung. Alma Ata.

WHO (1998). Gesundheit21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Kopenhagen.

WHO (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century. Challenges of chronic conditions. Geneva.

WHO (2008). Primary Health Care. Now more than ever. World Health Report 2008. Geneva.

WHO (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva.

WONCA Europe (2002). Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin.
http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/EUROPAISCHE_DEFINITON%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZT_MEDIZIN.pdf, Zugriff 8. Juni 2011.

Zanoni U., Weber A., Wirthner A., Huber F., Steurer-Stey C. (2009). mediX Futuro: für eine zukunftsfähige Hausarztmedizin. SAEZ, 37, 1414-1416.

Impressum

Herausgeberin/Konzept:

Careum Stiftung, Oktober 2011

Konzept

Careum Stiftung

Gestaltung

Agentur Frontal AG, Willisau

Produktion

Careum Verlag

ISBN 978-3-03787-800-2

Ohne Zweifel werden Hausärztinnen und Hausärzte in der Grundversorgung auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Viele Menschen schätzen die kontinuierliche Betreuung durch ihren Hausarzt. Der Blick auf die internationalen Entwicklungen zeigt jedoch, dass Grund- bzw. Primärversorgung mehr ist als nur Hausarztmedizin. Der erste Kontaktpunkt mit professionellen Versorgungsleistungen kann ganz unterschiedlich organisiert und ausgestaltet sein. Primärversorgung besteht aus Ansprechstrukturen im ambulanten Sektor, die für die Bevölkerung niederschwellig zugänglich sind, Antworten auf allgemeine Gesundheitsprobleme liefern und möglichst nahe am Wohnort der Menschen situiert sind.

Im deutschsprachigen Europa wird in der Regelversorgung davon ausgegangen, dass die erste Anlaufstelle eine ärztliche Fachperson sein muss. Die Beweggründe, die Fallschwere und die Art der zu erbringenden Leistungen zeigen allerdings, dass es dazu nicht immer die Kenntnisse und Fertigkeiten eines Arztes braucht. Grund- bzw. Primärversorgung besteht nicht nur aus Kuration, sondern sie umfasst immer häufiger auch Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Begleitung, Rehabilitation und Palliativpflege.

Je nach Situation und Kontext können deshalb andere Ansprechstrukturen wirksam, zweckmässig und möglicherweise auch wirtschaftlicher sein – erst recht angesichts der Verknappung der ärztlichen Workforce.

Dies wird besonders aus der Perspektive der Nachfrager deutlich. Zunehmend besser informierte, selbstbestimmt handelnde Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems suchen sich je nach Bedarf die geeigneten Ansprechpersonen und Ansprechstrukturen. Diese Veränderung des Nutzerverhaltens, ja Umkehr der therapeutischen Beziehung – von gehorchenden Patienten zum Dialogpartner – hat weit reichende Konsequenzen für die Ausbildung der Health Professionals.