

Neue Rollen der nicht-ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung

Maya Zumstein-Shaha^a, Christoph von Dach^b, Rhoda Moramba^a, Kathrin Thormann^a, Marianne Schenk^c, Caroline Fröhli^d, Margarithe Charlotte Schlunegger^e, Sabine Hahn^e, Christian Eissler^a

^a Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule (BFH); ^b Solothurner Spitäler AG; ^c Oviva AG, Altendorf; ^d Argomed Ärzte AG;

^e Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, BFH

Mit der vorliegenden Literaturübersicht sollen die drei neuen Rollen in der Schweizer Grundversorgung – Medizinische/-r Praxiskoordinator/-in (MPK), klinische/-r Fachspezialist/-in (KFS) sowie Advanced Practice Nurses (APN) – vergleichend dargestellt werden. Demografische Veränderungen und die damit zusammenhängende wachsende Zahl an chronisch kranken Menschen, grosser Fachkräftemangel sowie die zunehmende Komplexität pflegerischer und medizinischer Behandlungen belasten das Schweizer Gesundheitswesen. Um den damit verbundenen Herausforderungen zu begegnen, etablieren sich die neuen Rollen MPK, KFS und APN.

Einführung

Eine Mehrheit der über 65-jährigen Personen in der Schweiz bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut. Jedoch haben 20% der über 55-jährigen mehr als eine Krankheit und rund 6% davon leiden unter mehr als drei Erkrankungen gleichzeitig [1]. Allen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Rheuma ist gemeinsam, dass sie im Alter zunehmen, meistens bis zum Lebensende bestehen und in ihrem Verlauf chronische Phasen und akute Ereignisse vorkommen [2]. Risikofaktoren wie Hypertonie oder soziale und umweltbezogene Faktoren begünstigen deren Entstehung. Mehrfacherkrankungen wirken sich in der Regel summativ stärker aus, als einzeln betrachtet. Sie können unter anderem die Lebensqualität reduzieren oder zu mehr Notfalleintritten führen [3].

Die Behandlung von Mehrfacherkrankungen umfasst medikamentöse und weitere medizinische Therapien sowie die positive Beeinflussung der Risikofaktoren. Dafür müssen chronisch Kranke aktiv werden. Sie benötigen Wissen, Anleitung und Schulung, um beispielsweise eine Therapie wie vorgeschrieben anzuwenden. Entsprechend sind Kontrolluntersuchungen, Koordination und gute Kommunikation nötig. Für

eine effektive Behandlung und Betreuung muss die Gesamtsituation über den gesamten Behandlungsverlauf unter Einbezug der verschiedenen beteiligten Fachpersonen betrachtet werden, auch um Kosten zu verringern [4].

Zur Verbesserung der Behandlung von chronisch Kranken, etablieren sich in der Schweiz die Rollen der medizinischen Praxiskoordinatoren/-innen (MPK), die Rolle der klinischen Fachspezialisten/-innen (KFS) und die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN). Die Neuheit dieser Rollen führt zu Verwirrung und Kompetenzüberschneidung zu Ungunsten der Betreuung von Menschen mit chronischer Krankheit. Nachfolgend werden diese drei Rollen hinsichtlich Ausbildung und Kompetenzen literaturgestützt beschrieben, um zur Klärung beizutragen.

Methode

In einer Literaturrecherche wurden die Datenbanken MEDLINE (via PubMed) und Google Scholar sowie einschlägige Websites konsultiert. Alle zugänglichen Publikationen aus dem Schweizer Kontext, in Deutsch und Englisch, zu MPK, KFS und APN wurden berücksichtigt. Die verwendeten Suchwörter waren: medizinische/-r

Praxiskoordinator/-in, Grundversorgung, Hausärztin/ Hausarzt, klinische/-r Fachspezialist/-in, Advanced Practice Nurse sowie *medical assistants, specialist nurse, advanced practice nurse, primary care, family practice*. Die Publikationen wurden anhand der Qualitätsrichtlinien von Equator Network eingeschätzt (siehe The EQUATOR Network).

Resultate

Insgesamt wurden 26 Publikationen identifiziert und beurteilt mit unterschiedlichen Studiendesigns. Die Publikationen waren moderater Qualität.

Medizinische Praxiskoordinator/-innen (MPK)

Die Rolle der MPK war spezifisch für den Schweizer Kontext und konnte nach einer Weiterbildung post-Ausbildung zur/zum Medizinischen Praxisassistent/-in mit Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis eingenommen werden. Diese Rolle umfasst die Vertiefungsrichtungen praxisleitend und klinisch. Erstere Vertiefungsrichtung fokussierte auf die Praxisleitung. MPK mit klinischer Vertiefungsrichtung sollten in einer Grundversorgerpraxis Betreuungsaufgaben übernehmen. Der Einbezug von MPK in der Grundversor-

Praxisbeispiel 1: MPK

Das Übertragen von hausärztlichen Tätigkeiten sowie von weiteren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten an qualifizierte MPK, stellt für die hausärztliche Praxis eine ganz elementare Erleichterung dar. Dabei bleibt die Hauptverantwortung immer beim Arzt und die Delegation der gezielten Betreuungsaufgaben muss klar geregelt sein. Bei Argomed Ärzte AG wurde die Rolle einer MPA-/MPK-Botschafterin geschaffen, die ein wachsendes Netzwerk von engagierten MPK sowie überregionale Qualitätszirkel aufbaut und pflegt. Dabei soll die Rolle der MPK gestärkt werden durch Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung. Dank der neuen Rolle der MPK kann in der Praxis wertvolle ärztliche Zeit freigespielt werden. Gerade Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen profitieren von einer regelmässigen und persönlichen Langzeitbetreuung durch ausgebildete MPK. Das führt zu zufriedenen Patient/-innen und einem motivierten Praxisteam.

gung trug zur Unterstützung der ärztlichen Fachpersonen bei. Insbesondere trugen MPK mit Beratung von Personen mit nicht-übertragbaren Krankheiten zu einer besseren Betreuung bei [5–8]. MPK arbeiteten unter ärztlicher Supervision in der Versorgung von stabilen chronisch Kranken. Aufgaben umfassten die Bestimmung der aktuellen Lage der Patient/-innen, die Planung der weiteren Behandlung anhand evidenz-basierter Algorithmen oder die Schulung von Angehörigen zu Selbsthilfekompetenz. Weiter vermittelten sie Wissen zur Krankheit, zu einer gesunden Ernährung und zur Aufrechterhaltung eines aktiven Lebens. Notfallplanung konnte Teil solcher Beratungen sein, ebenso wie die Koordination verschiedener, in die Behandlung involvierten Leistungserbringenden, oder das Vermitteln von existierenden lokalen Hilfsangeboten. Diese Aufgaben waren zusätzlich zu üblichen Arbeiten in der Administration, im Labor und Röntgen [5, 6, 9]. Im Projekt «Smart Chronic Care» arbeiteten MPK interprofessionell mit Ernährungsberater/-innen, um mittels standardisierter Prozesse, leitliniengerechtes *Disease Management* bei Patient/-innen mit Diabetes in Hausarztpraxen zu



PRISMA 2009 Flow Diagram

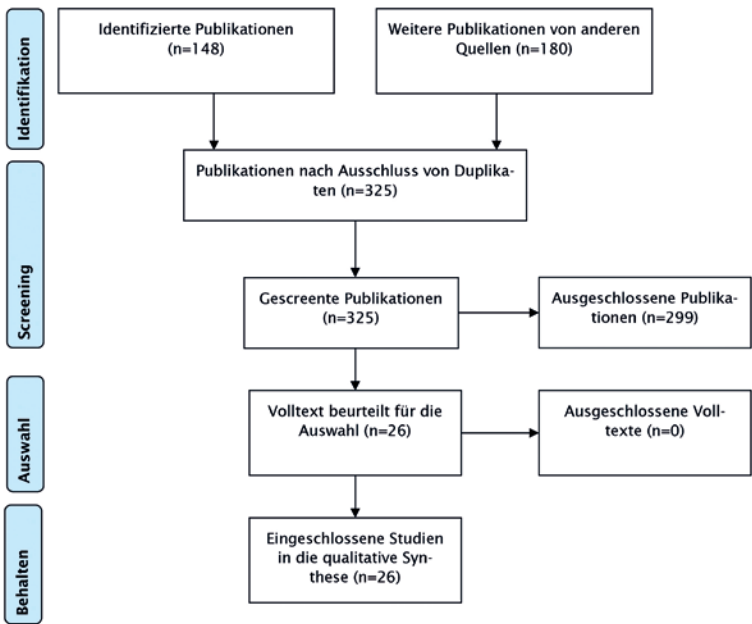


Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm. © Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Tabelle 1: Übersicht Publikationstyps.

Studiendesign	Anzahl
Fallvorstellung	2
Interview	1
Diskussionsbeitrag	2
Positionspapier	2
Literaturübersicht und -analyse	4
Projektbericht und Evaluation	6
Qualitative Studie (wie Grounded Theory)	5
Quantitative Studie (wie Umfrage)	4
	26

unterstützen [10]. Die Hauptverantwortung für die Tätigkeit der MPK sowie das Schnittstellenmanagement lag bei den ärztlichen Fachpersonen [6, 7].

Klinische Fachspezialist/-innen (KFS)

Neu gesellte sich die Rolle der KFS in stationären Settings wie Akutspitälern in der Schweiz dazu, die durch eine Weiterbildung für Pflegefachpersonen mit Abschlüssen HF (höhere Fachschule) oder FH (Fachhochschule) eingenommen werden konnte. Durch diese Rolle sollte Kontinuität in der Betreuung von Patient/-innen und dank Anleitungen und Schulungen vor Spitalaustritt mehr Sicherheit und Stabilität im Alltag zu Hause erreicht werden sowie eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit. Das Hauptaugenmerk lag auf Patient/-innen, die aufgrund akuter Ereignisse wie Sturz auf einer chirurgischen Klinik hospitalisiert wurden. KFS waren ärztlichen Fachpersonen unterstellt und übernahmen ärztliche Tätigkeiten wie Anamnesen oder Visiten bei Patient/-innen. Spezifisch auf chirurgischen Abteilungen fiel KFS bei Patient/-innen mit weiteren allgemein-medizinischen Gesundheitsproblemen das Planen der Behandlung zu. Stationär agierten KFS als Ergänzung zu sowie anstelle von ärztlichen Fachpersonen, sehr zur Entlastung der im Operationssaal tätigen Chirurg/-innen. Daher sollten KFS bei Krisen- oder Notfallsituationen stationär rasch eingreifen und handeln können. Weniger bedeutsam war die pflegerische Perspektive. KFS führten kaum Schulungen zu Selbstmanagement ein, verfügten über begrenzte Management-Fähigkeiten und hatten reduzierte Karriereaussichten [11, 12].

Advanced Practice Nurse (APN)

In der Schweiz umfasste APN die Rollen *Clinical Nurse Specialist* (CNS) als auch *Nurse Practitioner* (NP), die jeweils nach dem Bachelor in Pflege mit einem Master of Science in Pflege erreicht wurde. Die CNS arbeiteten mehrheitlich stationär mit Aufgaben in der experten-

Praxisbeispiel 2: KFS

KFS sind wichtige Fachpersonen im Alltag der chirurgischen Klinik, wo sie fest verankert sind und unter der Leitung der ärztlichen Fachpersonen arbeiten. KFS ergänzen und ersetzen teilweise ärztliche Fachpersonen. Insbesondere übernehmen KFS die entsprechenden anfallenden ärztlichen Tätigkeiten im stationären Bereich, beispielsweise einer Abteilung, während Chirurg/-innen im Operationssaal tätig sind. Dabei fokussieren KFS auf Personen mit Mehrfacherkrankungen. Im Berufsalltag nehmen KFS neue Patient/-innen in den stationären Bereich auf und führen Eintrittsuntersuchungen durch. Sie gehen anstelle von ärztlichen Fachpersonen auf Visite und regeln Austritte von Patient/-innen [12].

Praxisbeispiel 3: APN

APN arbeiten in Hausarztpraxen im interprofessionellen Team, um die Betreuung von chronisch Kranken in der Grundversorgung zu verbessern. Durch regelmässige Besprechungen zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und APN werden Informationen zielgerichtet weitergeleitet, das Wissen von allen Beteiligten erweitert und Doppelspurigkeiten mehrheitlich beseitigt. So ergeben sich Verbesserungen im Bereich der Kontinuität, der Zusammenarbeit und der Patientenversorgung. Ungeplante Hospitalisationen sowie Notfalleintritte oder -konsultationen werden vermieden. Dies da APN chronisch kranke Personen zu Hause oder in ihrem Umfeld aufsuchen. Dabei schätzen APN mittels körperlicher und anderer Untersuchungen die Situation ein und ergreifen angepasste Schritte zur Stabilisierung [22].

und evidenzbasierten Pflege sowie der Qualitätssicherung. NP fanden sich sowohl in der Grundversorgung als auch stationär. Zusätzlich zur Pflege von komplexen Patientengruppen führten NP Anamnesen und körperliche Untersuchungen durch, wirkten bei der Behandlungsplanung mit und konnten wie im Kanton Waadt bestimmte Medikamente verschreiben. APN (CNS, NP) verfügten über pflegerisches Expertenwissen, verwendeten einen familien- und partnerschaftlich orientierten Ansatz, und boten Beratung und Schulung unter anderem in Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention sowie Selbstmanagement bei Patient/-innen mit Mehrfacherkrankungen sowie anderen Patientengruppen [11, 13–21].

In der Grundversorgung, vor allem in ländlichen und Randregionen, betreuten APN chronisch Kranke, Mehrfacherkrankte und Hochbetagte, die zu Hause oder in Alters- und Pflegeheimen leben sowie Personen in Krisensituationen. APN übernahmen Besuch zu Hause oder in Alters- und Pflegeheimen. Von APN betreute Personen hatten im Schnitt weniger Medikamente, besseres Wohlbefinden und meisterten den Alltag besser als Personen im üblichen Betreuungsmodell. Hingegen dauerten APN-Konsultationen länger als jene der Hausärztinnen und -ärzte, jedoch bei niedrigerem Gehalt. Kosteneinsparungen könnten so ermöglicht werden. Jedoch müsste die APN-Rolle in der Grundversorgung eingeplant werden mit entsprechenden Strukturveränderungen sowie Anpassungen im Team und in der Kommunikation [11, 16, 21–25].

Diskussion

Die Rollen der MPK, KFS und APN sind neu in der Schweiz und unterscheiden sich grundlegend wie die nachfolgende Tabelle aufzeigt.

Alle drei Rollen werden in der Betreuung von älteren mehrfacherkrankten Personen eingesetzt. Jedoch ar-

Tabelle 2: Übersicht Ausbildungen und Kompetenzen für MPK, KFS und APN.

	MPK klinische Richtung	KFS	APN
Betreute Zielgruppen	Chronisch und mehrfacherkrankte Menschen	Chronisch und mehrfach erkrankte Menschen	Chronisch und mehrfach erkrankte Menschen, Angehörige
Ausbildung	Medizinische Praxisassistent/-innen mit berufsbegleitender Weiterbildung zu MPK, eidg. Fachausweis, klinische Kompetenzen abhängig von absolvierten Weiterbildungsmodulen	Pflegefachperson HF oder FH, Praxiserfahrung, CAS klinische/-r Fachspezialist/-in	Pflegefachperson FH, Praxiserfahrung, Master of Science (MSc) in Pflege mit klinischem Fokus, Praxis als APN
Supervision	MPK arbeiten unter ärztlicher Verantwortung und Weisung	KFS arbeiten unter ärztlicher Verantwortung und Weisung	APN führen nur bei Bedarf ärztliche Aktivitäten unter Supervision aus, ansonsten selbstständig; in pflegerischen Aktivitäten selbstständig
Einsatzbereiche	Vorwiegend Hausarztpraxen	Stationäre Settings	Gesundheitswesen im Allgemeinen, inkl. Grundversorgung, Spitex
Tätigkeitsbereiche	Administrative und koordinative Arbeiten; Behandlungsplanung, z.T. mit Patient/-innen und nach festgelegten Richtlinien; Chronic Care Management mit Anleitung und Unterstützung von Patient/-innen zum Selbstmanagement	Anamnese, körperliche Untersuchung; Diagnosestellung, Behandlungsplanung, Verschreibung von medikamentösen Therapien in klar festgelegten Bereichen; Austrittsplanung; administrative Aufgaben	Anamnese, körperliche Untersuchung; Beitrag zur Diagnosestellung, Behandlungsplanung, inkl. Nachfolgeuntersuchungen; Verschreibung von medikamentösen Therapien in Absprache mit und nach Delegation von ärztlichen Fachpersonen im Kanton Waadt; Austrittsplanung; Beratung, Anleitung, Schulung zur Förderung von Selbstmanagement, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention; Unterstützung der Patient/-innen und deren Angehörigen im Umgang mit der Krankheit im Alltag; administrative Aufgaben
Ergebnisse bei Betroffenen	↑↑ Betreuungskontinuität und Koordination; ↓ Doppelspurigkeiten; Rascher Einsatz der Behandlung; Niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen, anderen Gesundheitsfachpersonen	↑↑ Betreuungskontinuität; rascher Einsatz der Behandlung; niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen	↑↑ Betreuungskontinuität und Koordination; ↑↑evidenzbasierte Pflege und Behandlung; niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen; ↓Notfallkonsultationen, ungeplante Spitalaufenthalte; ↑bessere Lebensqualität
Ergebnisse bei ärztlichen Fachpersonen	Entlastung	Entlastung, Substitution und Ergänzung	Entlastung, Substitution und Ergänzung

beiten MPK vorwiegend in der Grundversorgung mit Personen, deren Krankheitssituation überschaubar und stabil ist [5-7]. Hingegen betreuen KFS im Spital vorwiegend ältere Mehrfacherkrankte mit einem akuten Ereignis. Der Fokus liegt auf Spitaleintritt und -austritt [12]. APN, wiederum, betreuen verschiedene chronisch kranke Menschen in veränderlichen, instabilen Krankheitssituationen stationär wie auch in der Grundversorgung. Dabei überwacht die APN den gesamten Krankheitsverlauf von Mehrfacherkrankten und kann eine Betreuung über Gesundheitsinstitutionen hinweg bieten [4, 14, 17, 20, 22, 25]. Jedoch fehlen APN spezifische Kompetenzen für Labor oder Röntgen. Dadurch lassen sich die Rollen unterscheiden.

MPK können Personen mit Rheuma oder Diabetes mellitus Typ 2 beraten und im Selbstmanagement unterstützen. Ebenso führen KFS Beratungen und Schulungen durch [6, 9, 26]. Jedoch sind APN umfassend in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbstmanagement ausgebildet und können chronisch kranke Personen unterstützen [17, 25]. Alle drei Rollen tragen zu besserer Kontinuität und Koordination bei. APN scheinen auch Verbesserungen wie geringere Notfallkonsultationen zu bewirken [17, 18, 22, 25]. Alle drei Rollen entlasten ärztliche Fachpersonen im jeweiligen Setting und

übernehmen bestimmte ärztliche Aufgaben unter Supervision [6, 16, 18].

Offen bleibt, ob sich der Einsatz der drei Rollen auch bezüglich Kosten positiv auf das Gesundheitssystem auswirkt. Die Gehälter von MPK, KFS und APN sind niedriger als jene der ärztlichen Fachpersonen. Jedoch scheinen APN zeitlich längere Konsultationen durchzuführen [23]. Bei allen drei Rollen bestehen Probleme bei der Darstellung und Abgeltung der spezifischen Beiträge. Abrechnungstechnisch fallen KFS in den Bereich der Fallpauschalen [12, 18]. Die Rollen der MPK und APN sind jedoch in den gesetzlichen Grundlagen der Schweizer Gesundheitsversorgung bisher nicht vorgesehen. Somit fehlen Ansätze zur deren Darstellung oder Abrechnung, wodurch deren Einsatz eingeschränkt ist. In Anbetracht der bereits wissenschaftlich und in der Versorgungspraxis belegten Beiträge zur Entlastung der ärztlichen Fachpersonen sowie der besseren Betreuung von chronisch kranken Personen, ist es zwingend, dass diese Probleme rasch aufgegriffen und gelöst werden.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Prof. Dr., RN, FAAN
Maya Zumstein-Shaha
Programmlinie MSc
in Pflege
Departement Gesundheit, BFH
Murtenstrasse 10
CH-3008 Bern
[maya.zumsteinshaha\[at\]bfh.ch](mailto:maya.zumsteinshaha[at]bfh.ch)