



Europäische Ministerkonferenz  
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:  
„GESUNDHEITSSYSTEME,  
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“  
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

# Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden - und warum?

Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann,  
Elena Neiterman und Sirpa Wrede



Schlüssel Wörter:

PROFESSIONAL ROLE

CLINICAL COMPETENCE

PERSONNEL SELECTION

PERSONNEL STAFFING AND  
SCHEDULING - organization  
and administration

NURSE CLINICIANS

DELIVERY OF HEALTH CARE -  
trends

HEALTH POLICY

EUROPE

Dieses Grundsatzpapier wurde für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (25. bis 27. Juni 2008, Tallinn, Estland) verfasst. Es erscheint in einer neuen Reihe, die sich an politische Entscheidungsträger und Gesundheitssystemmanager wendet.

In ihrem Rahmen sollen zentrale Aussagen entwickelt werden, welche die Gestaltung von Politik auf der Grundlage von Erkenntnissen unterstützen. Die Herausgeber beabsichtigen, die Reihe durch kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Autoren auszubauen und die Berücksichtigung von Grundsatzoptionen und Umsetzungsfragen weiter zu verbessern.

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2008

---

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus  
(<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

---

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

## Inhalt

Seite

Zentrale Aussagen

Kurzfassung

Grundsatzpapier

Das Thema: Bestimmung und  
Verwirklichung eines optimalen  
Qualifikationsmixes 1

Alternative Herangehensweisen an  
das Thema Qualifikationsmix in Europa 7

Das Beispiel der *Advanced Practice  
Nurse* aus dem Vereinigten Königreich 14

Einflussfaktoren für die Ausweitung  
von Qualifikationsmix-Initiativen 17

Fazit 22

Literatur 25

## Autoren

**Ivy Lynn Bourgeault**, Fachbereich Soziologie,  
Mc-Master-Universität, Hamilton, Ontario,  
Kanada

**Ellen Kuhlmann**, Fachbereich Sozial- und  
Politikwissenschaften, Universität Bath,  
Vereinigtes Königreich

**Elena Neiterman**, Fachbereich Soziologie,  
Mc-Master-Universität, Hamilton, Ontario,  
Kanada

**Sirpa Wrede**, Schwedische Hochschule der  
Sozialwissenschaften, Universität Helsinki,  
Finnland

## Herausgeber

WHO-Regionalbüro für  
Europa und Europäisches  
Observatorium für  
Gesundheitssysteme  
und Gesundheitspolitik

## Redakteur

Govin Permanand

## Ko-Redaktion

Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

## Redaktionsassistentz

Kate Willows  
Jonathan North

Die Autoren und Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

ISSN 1998-4219

## Zentrale Aussagen

Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix zielen direkt oder indirekt auf eine Veränderung von Berufsbildern: Direkt durch die Ausweitung von Aufgaben oder Qualifikationen, die Delegation von Verantwortung und die Einführung neuer Berufe; indirekt durch Veränderungen an den Schnittstellen zwischen Angeboten am Versorgungsort.

Solche Initiativen entstehen aufgrund qualitativer Ziele (mehr Qualität, berufliche Weiterentwicklung und besseres Arbeitsleben) und quantitativer Erfordernisse (Knappheit, Verteilungsprobleme und Kostenwirksamkeit).

Strategische Instrumente zur Unterstützung einer wirksamen Umsetzung der Initiativen sind u. a.:

- die Veränderung oder Neueinführung beruflicher Aufgaben durch organisatorische oder regulatorische Maßnahmen, hierunter die Regelung des beruflichen Tätigkeitsbereichs und die Überwindung institutioneller Barrieren;
- die kollektive Finanzierung neuer oder erweiterter Berufsbilder und geänderte finanzielle Anreize;
- die Sicherung der Ausbildungsgrundlagen (Kompetenz und Kapazität) für neue und erweiterte Berufsbilder.

Für jede dieser Initiativen ist eine Unterstützung durch die betroffenen Fachorganisationen und die Regierung unverzichtbar.

Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix müssen vom Bedarf geleitet sein. Ein sensibles Vorgehen innerhalb des Gesundheitssystems und gegenüber dem Gesundheitspersonal ist ratsam. Das Überstülpen einer vorgefertigten Lösung hilft nicht weiter.

---

## Kurzfassung

Einen optimalen Qualifikationsmix in einem Gesundheitssystem zu bestimmen und zu verwirklichen heißt zunächst, den Qualifikationsmix zu definieren und die zu lösenden grundsätzlichen Probleme zu erkennen.

Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix zielen direkt oder indirekt auf eine Veränderung von Berufsbildern. Der direkte Weg führt über Erweiterung, Ersetzung und Übertragung (von Aufgaben oder Befähigungen) sowie Erneuerung (durch Schaffung neuer Berufsbilder). Der indirekte Weg führt dagegen über Veränderungen an den Schnittstellen zwischen Angeboten am Versorgungsort. Hierbei kommen die Methoden Überführung (der Erbringung in einen anderen Bereich), Verlagerung (anderer Erbringungsort) und Verknüpfung (Spezialisten aus einem Bereich als Ausbilder und Unterstützer in anderen Bereichen) in Betracht.

Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix sollen Herausforderungen bewältigen wie Personalmangel und ungleiche Personalverteilung, steigende Kosten der Gesundheitsversorgung und den Ruf nach höherer Kostenwirksamkeit, Qualitätssteigerung einschließlich der beruflichen Weiterentwicklung und dem Wunsch nach einem besseren Arbeitsleben.

In der Europäischen Region der WHO wird ein optimaler Qualifikationsmix je nach örtlicher Gegebenheit unterschiedlich bestimmt und verwirklicht. Die einschlägigen Initiativen wurden manchmal von der Notwendigkeit oder dem Wunsch geleitet, etablierte Berufsbilder zu ändern bzw. neue Berufsbilder einzuführen. In anderen Fällen war die Veränderung dagegen eine Folge der Notwendigkeit oder des Wunsches, dem Gesundheitssystem eine neue strategische Richtung vorzugeben. Unter den fünf Ländern Finnland, Deutschland, Spanien, Russische Föderation und Vereinigtes Königreich als Stellvertretern unterschiedlicher Wohlfahrts- und Gesundheitssysteme, hat das Vereinigte Königreich die größten Erfahrungen in diesem Bereich, es folgen Finnland und in erheblichem Abstand Deutschland, Spanien und die Russische Föderation. In allen fünf Ländern zielten die Initiativen auf eine Änderung der Berufsbilder durch strukturelle Reformen unter Zuhilfenahme von Gesetzgebung, Regulierung des Tätigkeitsbereichs, Zertifizierung, Ausbildung und Schulung (gewöhnlich das erste Reformziel), aber auch durch eine modifizierte kollektive Finanzierung und Verwaltung der öffentlichen Leistungen.

Die Entwicklungs- und Umsetzungsgeschichte des Berufsbildes *Advanced Practice Nurse* im Vereinigten Königreich ermöglicht nützliche Einblicke, die auch Schlüsse für andere europäische Systeme zulassen. Die Initiative wurde von staatlicher Seite massiv unterstützt und, da auch die Ärzteschaft sich nicht widersetzte, im Vereinigten Königreich weitgehend verwirklicht. Ihr relativer Erfolg im Vereinigten Königreich wurde von einem förderlichen Gesamtumfeld begünstigt. Dessen

Bestandteile sind daher auch für ein besseres Verständnis der Machbarkeit verschiedener ähnlich gearteter Ansätze in anderen Ländern wichtig.

Zu den von Land zu Land unterschiedlichen Faktoren, welche die Verwirklichung (und mögliche Ausweitung) von Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix beeinflussen, gehören auch der Grad an Sensibilität gegenüber den vorhandenen Berufsgruppen, die Erfordernisse des Gesundheitssystems und das Ausmaß an Unterstützung durch Staat und maßgebliche Fachverbände oder Gewerkschaften. Solche Faktoren können auf der strukturellen Makro-Ebene, der interaktionalen Mikro-Ebene und der institutionellen Meso-Ebene in Erscheinung treten. Dementsprechend zielen strategische Instrumente zur Schaffung eines optimalen Qualifikationsmixes auf:

- die Veränderung oder Schaffung von Berufsbildern auf organisatorischem und regulatorischem Weg;
- die Unterstützung neuer (oder erweiterter) Berufsbilder durch kollektive Finanzierung und finanzielle Anreize;
- die Sicherung der Ausbildung (Kompetenz und Kapazität) für neue und erweiterte Berufsbilder.

Unter allen Umständen ist eine Unterstützung der Initiativen durch die betroffenen Berufsgruppen und staatlichen Stellen unverzichtbar.

Da die Ergebnisse aus Studien über Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix nur schwer zu verallgemeinern sind, werden im Fazit dieses Grundsatzpapiers zwei unterschiedliche Mehrstufenansätze vorgestellt, die beide von der Benennung des Problems und der Erfordernisse über die Bereitstellung der Reformkapazitäten bis zur Entscheidung zwischen den Optionen reichen und jeweils die Bedeutung des Kontextes unterstreichen. Solche Mehrstufenansätze können die Verantwortlichen im Gesundheitssystem bei ihrer Entscheidung unterstützen, ob und welche Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix sie einleiten. Insgesamt scheint der Umweg zur Veränderung des Qualifikationsmixes über eine Veränderung der angebotenen Dienste allerdings wirksamer zu sein als eine Veränderung auf direktem Wege.

---

## Grundsatzpapier

### Das Thema: Bestimmung und Verwirklichung eines optimalen Qualifikationsmixes

#### *Definitionen des Begriffs Qualifikationsmix*

Qualifikationsmix ist ein etwas diffuser Begriff, unter dem unterschiedliche Akteure unterschiedliche Dinge verstehen (1–3). Buchan und einige seiner Kollegen (4–6) definierten relativ früh Qualifikationsmix allgemein als Kombination von Tätigkeiten und Fähigkeiten, die für eine Arbeit innerhalb einer Organisation erforderlich sind (7). Ähnlich verstehen Sibbald, Shen und McBride (8) darunter den Mix von Qualifikationen oder Kompetenzen einer Person, den Stellenschlüssel innerhalb einer Fachrichtung oder den Personalmix in einem multidisziplinären Team. Weitere gängige Bezeichnungen für ähnliche Konzepte in diesem Zusammenhang sind der Aufgabenwechsel (task shifting) (9) und die Aufgabenübertragung (task delegation) (10), wobei jeweils Aufgaben von einer Personalgruppe auf eine andere, weniger qualifizierte oder gänzlich neu hinzugezogene Gruppe verlagert werden.

Besser als durch solch unscharfe Definitionen lässt sich unterscheiden zwischen Ansätzen, welche die Berufsbilder direkt verändern, und Ansätzen, die dies über ein verändertes Dienstleistungsangebot erreichen (Tabelle 1).

#### *Wenn die Lösung in einem optimalen Qualifikationsmix liegt, wo ist dann ein Problem?*

Für ein besseres strategisches Verständnis unseres Themas ist es wichtig, die Bedenken zu den bestehenden Berufsbildern aufzugreifen und damit verbundene Probleme und Herausforderungen für die europäischen Gesundheitssysteme zu beschreiben sowie die Auswirkungen auf bestimmte Gruppen oder Zuständigkeitsbereiche zu erkennen. In einem Bericht des WHO-Regionalbüros für Europa aus dem Jahr 2006 (11) wurden personalpolitische Herausforderungen in allen Gesundheitssystemen der Region aufgezeigt. Zu diesen gehören:

- ein sich abzeichnender Arbeitskräftemangel in Teilen der Gesundheitsversorgung;
- eine Zunahme der Arbeitsmigration;
- eine unausgewogene Verteilung (z. B. nach Ort, Geschlecht, Beruf und Einrichtung) in gewissen Berufen;
- eine qualitative Unausgewogenheit (z. B. Unter- oder Fehlqualifizierung) innerhalb der Gesundheitsberufe.

**Tabelle 1: Typisierung von Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix**

Kategorie	Maßnahmen
<i>Berufsbild ändern</i>	
Erweiterung	Expandieren der Aufgaben oder Qualifikationen einer bestimmten Gruppe von Arbeitnehmern
Ersetzung	Kooperieren über Fachgrenzen hinweg oder durch Austausch einer Berufsgruppe durch eine andere
Übertragung	Delegieren einer Aufgabe auf eine andere Stufe einer traditionell monodisziplinären Skala
Erneuerung	Schaffung neuer Berufe durch Einführung eines neuen Typs von Beschäftigten
<i>Schnittstellen zwischen Angeboten ändern</i>	
Überführung	Transfer eines Angebots in einen anderen Bereich – z. B. gemeindenaher Versorgung statt Versorgung im Krankenhaus
Verlagerung	Verlagerung des Angebots ohne Austausch des Personals (z. B. Krankenhausfunktionen in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung erbringen).
Verknüpfung	Verwendung von Spezialisten aus einem Bereich zur Ausbildung und Unterstützung von Personal aus anderen Bereichen (z. B. als Moderatoren in der primären Gesundheitsversorgung).

Quelle: Sibbald, Shen & McBride (8).

Diese Herausforderungen haben in ihrer Gesamtheit zur späten Anerkennung der zentralen Stellung des Gesundheitspersonals als Rückgrat aller gesundheitlichen Maßnahmen geführt (12). Eine Optimierung des Qualifikationsmixes wird dabei als Lösungsweg für eine Reihe von Problemen im Gesundheitspersonalbereich gesehen. Für eine solche Optimierung muss sich nicht nur die Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen ändern, sondern es müssen auch passende Schnittstellen zwischen den Angeboten sowie geeignetes Personal am richtigen Ort vorhanden sein und bleiben. Dann könnten die Initiativen neue Perspektiven eröffnen angesichts der personellen Engpässe in bestimmten Erbringergruppen und der (hiermit verbundenen) unausgewogenen Personalverteilung und angesichts der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und der angestrebten besseren Kostenwirksamkeit und Qualität der Versorgung, für

die auch die berufliche Fortbildung und die Qualität des Arbeitslebens verbessert werden müssen (5). Diese Beweggründe existieren häufig nebeneinander, sodass eine ganze Palette unterschiedlicher Initiativen erforderlich wird (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Neue Aufgaben und Qualifikationen: Beweggründe, Probleme und mögliche Maßnahmen**

Beweggrund/Thema	Mögliche Maßnahmen
Personalknappheit in bestimmten Positionen und Berufsgruppen	Qualifikationen ersetzen vorhandene Qualifikationen besser nutzen neue Berufsbilder entwickeln
Bessere Beherrschung der Betriebskosten – insbesondere Personalkosten	Senkung der Lohnstückkosten oder Erhöhung der Produktivität durch Änderung von Personalmix oder Belegschaftsstärke
Bessere Versorgungsqualität	Bessere Ausnutzung und Verwendung der Qualifikationen durch optimierten Personal- und Aufgabenschlüssel
Kostenwirksame Nutzung neuer medizinischer Technologien und Interventionen	Personalschulung Qualifikationserwerb anbieten anderer Personalschlüssel, neue Aufgabenverteilung oder neues Berufsbild
Maximaler gesundheitlicher Nutzen aus Programmen und Initiativen durch adäquat ausgebildetes Personal	Abschätzung des erforderlichen kostenwirksamen Qualifikationsmixes Weiterqualifizierung des Personals neue Aufgaben einführen
Gesundheitsreformen für u. a. Kostendämpfung, mehr Versorgungsqualität, höhere Leistung und größere Bedarfsgerechtigkeit	Neues Profil oder neue Struktur geben Arbeit anpassen neue Aufgaben einführen neue Berufsbilder einführen
Spielraum für geänderte (oder eingeschränkte) Kompetenzen unterschiedlicher Positionen oder Berufe	Kompetenzen ändern oder erweitern neue Qualifikationen fordern neue Berufsbilder einführen
Geänderte rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. erhöhte Haftungskosten bei Behandlungsfehlern	

Quelle: Buchan & Dal Poz (7).

*Gesundheitsberufe: Engpässe und unzureichende Verteilung*

Generell berichten die meisten Länder von personellen Engpässen in ihrem Gesundheitswesen, die sich oft in einigen Regionen oder auf manche Fachgebiete besonders stark auswirken. Auch wenn die Engpässe in gewissen Ländern und Berufsgruppen bedrohlicher erscheinen als in anderen, so ist das Gesundheitspersonal doch in fast allen Ländern unausgewogen verteilt, was sich in einem städtischen Überangebot und in ländlicher Unterversorgung niederschlägt (13). Den meisten Ländern fällt es folglich schwer, vorhandene berufliche Qualifikationen und örtliche Erfordernisse in Einklang miteinander zu bringen. Starke Defizite gibt es in den Bereichen Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitspolitik und Führungskapazität. Die Lage wird durch die steigende Mobilität des Gesundheitspersonals in der Region noch verschärft (11).

Personalmangel ist einer der Hauptbeweggründe für Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes. Das Vereinigte Königreich verfügt z. B. über eine weitaus geringere Arztdichte als die anderen hier behandelten Länder und liegt auch unterhalb des Durchschnitts in der Europäischen Union (EU) (Tabelle 3). Diese Tatsache wurde schon als eines der entscheidendsten Probleme des nationalen Gesundheitsdienstes bezeichnet, was die Regierung schließlich

**Tabelle 3: Gesundheitsfachkräfte pro 100 000 Einwohner für ausgewählte Länder der Europäischen Region der WHO (2006)**

Land	Ärzte	Allgemein-ärzte	Pfleger	Hebammen
Finnland	329,86	166,29	855,95	35,92
Deutschland	343,86	98,71	780,03 <sup>a</sup>	20,56 <sup>a</sup>
Russische Föderation	430,89	27,27	805,93	45,98
Spanien	322,11 <sup>b</sup>	73,76	743,68	~15 <sup>c</sup>
Vereinigtes Königreich	212,61 <sup>d</sup>	67,31 <sup>e</sup>	~932 <sup>c</sup>	62,46 <sup>b</sup>
EU-Durchschnitt	315,04	97,71	741,56	36,01 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Zahlen von 2005.

<sup>b</sup> Zahlen von 2003.

<sup>c</sup> Schätzung auf Grundlage des Verhältnisses Arzt/Pflegekraft nach Rechel, Dubois & McKee (11).

<sup>d</sup> Zahlen von 2002.

<sup>e</sup> Zahlen von 2004.

Quelle: Datenbank „Health for all“ der Europäischen Region der WHO (16).

dazu brachte, sich ausdrücklich zu einer Personalaufstockung und zu einer Reform der Arbeitsmethoden zu bekennen (14).

2003 gab es in Finnland 8% weniger Fachärzte und 11% weniger Ärzte in der primären Gesundheitsversorgung als erforderlich gewesen wären. Außerdem werden voraussichtlich 21% der Chefärzte und 26% der Oberschwestern zwischen 2006 und 2010 pensioniert, was zu weiteren Engpässen führen kann (15).

Nach einer Phase des Überangebots von Ärzten ging die Zahl der Medizinstudenten in Deutschland von 1993 bis 2000 zurück und hat sich seitdem auf niedrigerem Niveau stabilisiert (17). Allerdings hat die Arztdichte generell weiter zugenommen. Während so im Westen allgemein eine hohe Versorgung mit Ärzten gewährleistet ist, bereitet der Ärztemangel besonders in ländlichen Gebieten des Ostens den Fachleuten und Politikern einiges Kopfzerbrechen.

Obwohl das Sowjetsystem eine enorme Anzahl an Ärzten produzierte und auf ein Verhältnis von 471 Ärzten pro 100 000 Einwohner kam, gab es in der Russischen Föderation Ende der 1990er Jahre nur ca. 1500 Ärzte (unter 0,2%), die in Allgemeinmedizin oder für eine moderne Hausarztpraxis ausgebildet waren (18). Mit dem sukzessiven Verschwinden der sowjetischen Ausgabe des Allgemeinarztes (der als erste Anlaufstelle der Lokalbevölkerung mit begrenztem klinischem Repertoire oft in den Bereich der sekundären Gesundheitsversorgung überwies) fehlen in der primären Gesundheitsversorgung heute mangels Nachwuchs angemessen ausgebildete Ärzte.

In Spanien ist man in erster Linie besorgt wegen der geringen Anzahl der Pflegekräfte. Dort gibt es weniger Pflegepersonal pro Bevölkerungseinheit als in den meisten EU-Ländern (11). Außerdem ist es ungleicher über das Land verteilt als das ärztliche Personal. Der Abstand zwischen der niedrigsten und der höchsten regionalen Konzentration ist bei Schwestern und Pflegern doppelt so groß wie bei Ärzten.

Mehrere Länder haben versucht durch Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes Engpässe beim Gesundheitspersonal in den Griff zu bekommen, doch können solche Initiativen auch zu unbeabsichtigtem Personal-mangel an anderer Stelle führen, wenn sie nicht sorgsam ausgearbeitet und durchdacht werden (6). Dieser Aspekt wird im Abschnitt über Einflussfaktoren für die Ausweitung von Qualifikationsmix-Initiativen weiter ausgeführt.

### *Steigende Kosten der Gesundheitsversorgung*

Oft wird das Thema Qualifikationsmix im Rahmen von Kostendämpfung bzw. im Zusammenhang mit Effizienz und Reform diskutiert, wodurch die Stoßrichtung auf die Übertragung von Aufgaben an geringer qualifizierte und, wichtiger noch, schlechter bezahlte Arbeitskräfte zeigt. Besser durch schlechter bezahlte Kräfte zu ersetzen, z. B. Pfleger durch Pflegeassistenten, ist eine

mittlerweile aus vielen Ländern bekannte Praxis (7). Allerdings wird die Kostenwirksamkeit solcher Schritte allgemein nicht geprüft; dabei sind Einsparungen durch den verstärkten Einsatz günstiger Lohngruppen nur möglich, wenn sie nicht durch einen Mehrverbrauch an Ressourcen für eine in Umfang und Qualität gleichwertige Versorgung wieder ausgegeben werden (8). Unweigerlich entstehen bei einer Änderung des Qualifikationsmixes Umstellungskosten durch den Fortbildungsbedarf und die Auslaufphase für alte Arbeitsweisen. Das Einsparpotenzial lässt sich also erst auf längere Sicht realisieren, nachdem die neuen Aufgaben festgelegt und die Fortbildungsprogramme beschlossen sind. Der Wunsch nach kurzfristigen Kostenersparnissen sollte daher nicht ein Hauptbeweggrund für derartige Initiativen sein.

### *Aspekte der beruflichen Weiterentwicklung und des Arbeitslebens*

Die Zusammensetzung und Ausrichtung des Gesundheitspersonals verändert sich auch in qualitativer Hinsicht, sowohl was das Arbeitsleben selbst als auch den Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung betrifft. Die Arbeitszeitrichtlinie (93/104/EC) der EU hat z. B. im Vereinigten Königreich zu einer gesetzlichen Verkürzung der Arbeitszeit von Assistenzärzten geführt und damit die Personalknappheit in diesem Bereich vergrößert (5). Außerdem haben die geänderten Lebenspläne einer wachsenden Zahl von Ärztinnen und ihr Wunsch nach Vereinbarkeit von Arbeit und Familie im Vereinigten Königreich wie in ganz Europa zum Ärztemangel beigetragen (11); dabei unterliegt auch das Arbeitsverhalten der Männer einem Wandel.

Was die berufliche Weiterentwicklung betrifft, so hat eine zunehmende Professionalisierung der Pflegeberufe in den meisten europäischen Ländern zu erhöhtem Zeitaufwand für Aus- und Weiterbildung geführt. Besonders in Deutschland und Spanien müssen Krankenschwestern und -pfleger heute höhere Ausbildungsanforderungen erfüllen, bevor sie den Beruf ausüben können. Beim Pflegepersonal ist aber auch eine wachsende Unzufriedenheit aufgrund mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung, unzureichender Karrieremöglichkeiten, schlechter Bezahlung, miserabler Arbeitsbedingungen und fehlender Unterstützung durch die Verwaltung festzustellen. Was die Zufriedenheit der Nutzer und der Erbringer betrifft, so beginnen die Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix gerade erst, diese qualitativen Aspekte von Arbeit und beruflicher Anerkennung aufzugreifen.

### *Gegenstand und Methode*

Angesichts der vorangegangenen Überlegungen wird hier die Frage aufgegriffen, wie ein optimaler Qualifikationsmix bestimmt und verwirklicht werden kann. Unter Bezugnahme auf die Definitionen und Beweggründe derartiger Initiativen konzentrieren wir uns auf drei Elemente:

1. Änderungen an bestehenden Berufsbildern (Erweiterung, Ersetzung)
2. Vorschläge für neue Berufsbilder (Erneuerung)
3. Vorschläge für eine neue strategische Ausrichtung des Gesundheitssystems, die einen Wechsel der beruflichen Ausgaben erfordern (Überführung).

Wir konzentrieren uns hierbei insbesondere auf die Länder Finnland, Deutschland, Spanien, die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich, weil sie verschiedene Ausgaben europäischer Wohlfahrtsmodelle und Gesundheitssysteme repräsentieren (19–21). Tabelle 4 soll diesen Hintergrund durch eine Gegenüberstellung der Systeme und ihrer Mechanismen zur Regulierung und Koordinierung der Erbringer und ihrer Angebote sowie zur Personalführung verdeutlichen. Der vorliegende Text stützt sich auf eine ausführliche Durchsicht der Primär- und Sekundärliteratur einschließlich wichtiger Grundsatz- und Hintergrunddokumente. Zur Recherche wurden auch maßgebliche Internetseiten einschlägiger Interessengruppen und Denkfabriken innerhalb und außerhalb der Europäischen Region einbezogen sowie relevante Datenbanken ausgiebig durchforstet.

Wir verwenden außerdem das konkrete Beispiel der *Advanced Practice Nurse* aus dem Vereinigten Königreich, um einige wichtige Einsichten für ein besseres Verständnis der Auswirkungen und der Voraussetzungen von Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix zu gewinnen. Wir kommentieren dann die Möglichkeiten zur Ausweitung solcher und ähnlicher Ansätze, indem wir die zentralen Einflussfaktoren auf ihre Ergebnisse beleuchten, und untersuchen abschließend ihre Eignung zur Lösung anhaltender personalpolitischer Probleme im Gesundheitssektor.

## **Alternative Herangehensweisen an das Thema Qualifikationsmix in Europa**

In diesem Abschnitt behandeln wir unterschiedliche Ansätze zur Optimierung des Qualifikationsmixes, die in unterschiedlichen politischen und nationalen Umfeldern durch Änderung, Neuschaffung und Wechsel von Berufsbildern bzw. beruflichen Aufgaben verfolgt worden sind.

### ***Änderung der Aufgabenfelder für bestehende Berufe***

Vorschläge zur Veränderung bestehender Berufsbilder über den Qualifikationsmix sind in zwei der Verfahren nach Sibbald, Shen und McBride (8) festgehalten (vgl. Tabelle 1). Einige der im Vereinigten Königreich verfolgten Initiativen waren in dem Programm 2001–2005 zur Veränderung des Arbeitskräfteangebots enthalten, das nach der Schaffung eines Berufsbildes *Nurse Practitioner* (und nach leitenden Funktionen für Pflegepersonal) rief und damit dem Ärztemangel begegnen wollte. In diesem Zusammenhang wurde auch die Höherqualifizierung

Tabelle 4: Leistungserbringer und Arbeitskräfte im Gesundheitswesen im Vergleich

Finland	Deutschland	Russische Föderation	Spanien	Vereinigtes Königreich
<b>Regulierung</b>				
Zentrale staatliche Regulierungsbehörde für medizinisch-rechtliche Angelegenheiten (Ministerium für Gesundheit und Soziales)	Dezentrale Regulierung durch Körperschaften. Verbund aus Einrichtungen des öffentlichen Rechts auf zwei Säulen: Krankenkassen und Ärztekammern (gemeinsame Selbstverwaltung der Gesundheitsversorgung).	Zentrale staatliche Regulierung.	Dezentrale Regulierung. Autonome Regionen erstellen Versorgungspläne. Daneben gibt es auch einen zentralen Gesundheitsplan.	Zentrale staatliche Regulierung. Regulierungsgremien beziehen zunehmend verschiedene Akteure mit ein.
<b>Professionalisierung und Arbeitskräfte im Gesundheitswesen</b>				
Lizenzierung eines breiten Spektrums aus Gesundheitsberufen zur exklusiven Praxisausübung. Gesundheitspersonal im öffentlichen Dienst (einschließlich Ärzte) erhält tariflich vereinbartes Gehalt. Seit 2007 gibt es Anzeichen für einen Übergang zu örtlichen Tarifabkommen.	Akademisierung von Gesundheitsberufen (Bologna-Vereinbarungen) aber keine gesetzliche Anerkennung als selbst verwalteter Berufsweig. Personalmanagement, auf den Ärzteberuf beschränkt. Zugangsbeschränkungen für das Medizinstudium und Niederlassungsbeschränkungen.	Bis vor kurzem führte der Chefarzt leitende Verwaltungsaufgaben aus. Jetzt wurden neue Verwaltungskurse eingeführt.	Die Mehrheit des medizinischen Personals ist im öffentlichen Dienst beschäftigt. Arbeitsbedingungen werden zentral ausgehandelt. Leiter vor Ort besitzen wenig Möglichkeiten zur Führung der Beschäftigten. Nach Eingangsexamen dauerhaft gesicherter Arbeitsplatz.	Schnelle Professionalisierung. Neue Regulierungsgremien. Personalmanagement insbesondere für Ärzte und Pflegeberufe. Aktives Anwerben von Personal aus dem Ausland.

Abstimmung von Leistungserbringer und Angeboten				
<p>Städte sind die Anbieter der öffentlichen Gesundheitsdienste.</p> <p>Sie betreiben primäre Gesundheitsversorgung in Zentren und kaufen spezialisierte Versorgung von den Distriktkrankenhäusern.</p> <p>Die Rolle privater Angebote hat mit der Marktorientierung zugenommen.</p> <p>Private Anbieter bieten Ärzten lukrative Chancen, dahinter stehen allerdings oft große Firmen.</p>	<p>Die Ärztekammern vertreten die Erbringenseite in den wichtigen Regulierungsgremien.</p> <p>Anderer Gesundheitsberufe sind ausgeschlossen.</p> <p>In jüngerer Zeit wird Pflegepersonal auf organisatorischer Ebene in die Krankenhausleitung einbezogen.</p> <p>Die Angebote sind stark fragmentiert.</p> <p>Zwischen stationärer und ambulanter Versorgung fehlt es an Koordinierung.</p>	<p>Die Mehrheit des Gesundheitspersonals im öffentlichen Dienst erhält ein Gehalt.</p> <p>Das Gehalt ist sehr niedrig, aber den Beschäftigten fehlt eine Fachorganisation, die wirksam für höhere Gehälter eintritt.</p> <p>Im privaten Bereich ist die Bezahlung etwas besser, aber dieser Bereich ist noch stark unterentwickelt.</p>	<p>Das medizinische Personal wird von regionalen Krankenhäusern oder Gesundheitszentren eingestellt, in beiden Fällen beziehen sie Gehälter.</p> <p>Einige Allgemeinärzte arbeiten in den Gesundheitszentren auf eigene Rechnung.</p> <p>Die Koordinierung zwischen den Allgemeinärzten und den Anbietern spezialisierter Versorgung ist schlecht.</p>	<p>Die Regulierung ist berufsübergreifend.</p> <p>Stationäre und ambulante Versorgung und soziale Fürsorge werden koordiniert.</p>

von Pflegeassistenten gefordert, damit qualifizierteres Pflegepersonal und andere Fachkräfte in Teilen von ihrer Arbeit entlastet werden können (6). Dies wurde auch im so genannten Wanless-Bericht wiederholt und dahingehend präzisiert, dass neben der Verlagerung von Versorgungsaufgaben von Arzt/Ärztin auf Pfleger/Schwester, ca. 12,5% der aktuellen Arbeitsbelastung der Pfleger und Schwestern auf geringer qualifiziertes Pflegepersonal überführt werden könnte (22).

In Finnland stieß die Regierung im Jahr 2002 durch ihren Grundsatzbeschluss zur Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung einige Initiativen zur Erweiterung und Ersetzung von Berufsbildern an (23). Der Beschluss führte zu vielen lokalen Initiativen, die Krankenschwestern und -pflegern Aufgaben übertrugen, welche früher in die Domäne der Ärzte fielen: z. B. die präventive Versorgung und langfristige Nachbehandlung einiger chronischer Erkrankungen (Typ-2-Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck, Asthma und Rheuma), die Diagnose und Behandlung milder Akutinfektionen (Atemwegs- und/oder Harnwegsinfektionen) und die Ausfertigung bestimmter Atteste.

In der Regel wurde die geänderte Arbeitsaufteilung zwischen Arzt- und Pflegepersonal und zwischen an Universitäten oder am Arbeitsplatz ausgebildeten Pflegekräften durch Verhandlungen vor Ort in Krankenhäusern und Gesundheitszentren erreicht (24). Über die Hälfte der Pilotprojekte wird derzeit in Dauerinstitutionen umgewandelt (25). Diese Projekte übertrugen zwar erfolgreich einen breiten Fächer komplexer Aufgaben auf andere Berufsgruppen, doch hat die geänderte Arbeitsaufteilung auch Spannungen mit sich gebracht. Da die Gehälter von Ärzten substanzial höher sind als die von Pflegern und Schwestern, erwarten letztere nach Übernahme neuer verantwortungsvoller Aufgaben eine entsprechende Gehaltserhöhung. Es ist auch schwierig Pflegekräfte für immer anspruchsvollere Tätigkeiten zu gewinnen, wenn sie sich die hierfür erforderlichen Zusatzqualifikationen in ihrer Freizeit erwerben müssen. Zudem verliefen die örtlichen Verhandlungen zwischen den Berufsgruppen stockend. Und dass es weiterhin symbolische Standeshürden gibt, mag man daran ablesen, dass den Pflegern, Schwestern und Hebammen einfache Diagnosen und Verschreibungen nicht übertragen wurden.

In Deutschland wurde das Thema Professionenmix im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 ins Gespräch gebracht. Der Vorstoß kam nicht unmittelbar vonseiten der Regierung oder auf Druck eines Verbandes, sondern über den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ins Rollen. Im Anschluss an eine Anhörung verschiedener Berufsverbände regte der Rat an, eine Neuordnung der Aufgabenteilung im Gesundheitswesen als neue Strategie zu einer effektiven Personalführung im Gesundheitswesen in Betracht zu ziehen (3). In seinem Bericht verwies der Rat auch auf Hindernisse, welche durch die Gesetzeslage und das Ausbildungssystem für derartige

Initiativen entstünden. Die Neuverteilung der Aufgaben – wie zum Beispiel das Verschreiben von Arzneimitteln durch Pfleger und Schwestern – in Deutschland mag wünschenswert sein, doch wäre hier zunächst der Gesetzgeber gefragt.

In der Russischen Föderation wird der Qualifikationsmix im Zusammenhang mit den vorhandenen Berufsbildern von Ärzten im Sinne einer Ausweitung ihrer Tätigkeit in der primären Gesundheitsversorgung oder mit einer ausgewogenen Verteilung von Fachärzten in Krankenhäusern und praktischen Ärzten diskutiert. Auch wenn alle Ebenen der Gesundheitsverwaltung die Notwendigkeit betonen, Ärzte in die primäre Gesundheitsversorgung zu holen und den Qualifikationsmix zugunsten von Generalisten zu verändern, so haben die leitenden Stellen dies nicht im erforderlichen Maß unterstützt. Das System ist aber auch nur unzureichend für eine solche Veränderung gerüstet. Daher wird das Thema von den Befürwortern eher über die Veränderung des Gesundheitssystems als durch eine Veränderung der Berufsbilder selbst vorangetrieben.

Bislang haben sich die Initiativen hier fast ausschließlich auf die Krankenpflege konzentriert. Zu den erweiterten Aufgaben im Rahmen dieser Initiativen zählten die Leitung von Asthma-Praxen der primären Gesundheitsversorgung, die Patientenaufklärung im Rahmen von Rehabilitierungsmaßnahmen und die spezialisierte häusliche Pflege für Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung oder multipler Sklerose. Nach Sibbald, Shen und McBride erbrachten Pfleger und Schwestern zwar generell eine qualitativ ebenso gute Versorgung wie die Ärzte, doch fiel der gesundheitliche Nutzen für die Patienten in allen Fällen bescheiden aus (8). Sie fanden auch heraus, dass die Zufriedenheit der Patienten mit den Pflegern und Schwestern aufgrund der menschlichen Nähe zwar sehr groß war, dass der zeitliche Mehraufwand für Gespräche, häufigere Untersuchungen und Wiederholungstermine aber bedeutete, dass die Lohnkostenvorteile gegenüber einer ärztlichen Versorgung unter dem Strich vernachlässigbar waren. In der Geburtshilfe brachte die Ersetzung von Ärzten durch Hebammen ähnliche Ergebnisse, allerdings ist das empirische Material über die Ersetzung von Hebammen durch weniger gut ausgebildetes Personal lückenhaft in Bezug auf Kosten, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

#### *Erweiterung und Ersetzung von pflegerischen Aufgaben in ausgewählten Ländern der Region*

Die Fortschritte bei der Erweiterung und Ersetzung von krankenpflegerischen Aufgaben lassen sich für Deutschland, Griechenland, Irland, die Niederlande, Schweden, die Slowakei und das Vereinigte Königreich so zusammenfassen (5).

- Das Vereinigte Königreich ist das einzige Land, in dem gegenwärtig in nennenswertem Umfang Pfleger und Schwestern leitende Praxisfunktionen ausfüllen und u. a. Rezepte ausstellen.

- Aus Griechenland, Irland, den Niederlanden und der Slowakei werden laufende oder geplante Modellversuche gemeldet.
- In Deutschland wird eine erweiterte Kooperation der Gesundheitsberufe ins Auge gefasst.
- In Schweden werden die Kompetenzen von Pflegern und Schwestern in den Bereichen Anästhesie, Diabetes und Asthma ausgeweitet, weitere Initiativen sind nicht geplant.

### **Anregungen für neue Berufsbilder**

Innovativ sind Optimierungsinitiativen dann, wenn sie neue Berufsbilder schaffen und dabei interessierte Allgemeinärzte, Pflegepraktiker, Spezialisten in klinischer Pflege und leitendes Pflegepersonal einbeziehen (8). Die Unterscheidung zwischen innovativen Initiativen und solchen zur Erweiterung und Ersetzung von Aufgaben ist allerdings schwer zu treffen. Z. B. haben Veränderungen im Qualifikationsmix im Vereinigten Königreich zur Entwicklung des neuen Krankenhausberufs *Consultant Nurse* geführt (6). Aber handelt es sich hier tatsächlich um einen neuen Beruf oder nur um die Ausweitung eines Aufgabenbereichs? Ob die Initiativen tatsächlich zu einem neuen Berufsbild oder nur zu einer neuen Art der Beschäftigung für vorhandenes Personal führen, ist oft nicht eindeutig zu beantworten (7).

Auch wenn sie nicht unbedingt eine Neuerung bedeuten, sollten die Feldscher in der Russischen Föderation (ähnlich einem *Nurse Practitioner* in ländlichen Gebieten ohne Arzt im Vereinigten Königreich) ebenfalls hier erwähnt werden. Da es insbesondere auf dem Lande an Allgemeinärzten fehlt, sind fast 10% aller Pfleger und Pflegerinnen zugleich Feldscher. Die Verwendung von neuen Berufsbildern in der primären Gesundheitsversorgung auf dem Lande ist jedoch kein Sonderweg der Russischen Föderation. In einigen Ländern wurden Berufsbilder wie *Nurse Practitioner* und in den Vereinigten Staaten *Physician Assistant* eingeführt, um Personalengpässe in ländlichen Gebieten in den Griff zu bekommen. Solche Arztassistenten stießen auch im Vereinigten Königreich auf Interesse (26), sodass einige der in Amerika ausgebildeten Assistenten in gewissen Bereichen des nationalen Gesundheitsdienstes eingestellt wurden (27).

Neue Berufsbilder sind nicht nur schwer abzugrenzen, sondern auch schwierig einzuführen. Zunächst müssen sie durch die zuständigen Aufsichtsgremien förmlich anerkannt und dann angemessen und stimmig reguliert werden. Die Arbeitskräfte, welche die neuen Berufe ausüben sollen, müssen für diese ausgebildet werden und die erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen erwerben. Diese und weitere Herausforderungen werden im Abschnitt über Einflussfaktoren für die Ausweitung von Qualifikationsmix-Initiativen weiter ausgeführt.

### *Anpassung der Berufsbilder an ein sich änderndes Gesundheitssystem*

Die meisten Vorschläge zur Überführung beruflicher Aufgaben – auch Transferkonzepte genannt – bedeuten einen Standortwechsel vom Krankenhaus in die Gemeinde (8). Dazu gehört, wie im Vereinigten Königreich, die Verlagerung von ambulanten Diensten in Arztpraxen ebenso wie die Umleitung von Patientenströmen aus der Notfallaufnahme in den Bereich der primären Gesundheitsversorgung. In der ambulanten Versorgung ist die Patientenzufriedenheit in der Regel relativ hoch und die Qualität der Versorgung hält dem Vergleich mit dem Krankenhaus stand. Die Kostenwirksamkeit solcher Transfermaßnahmen muss allerdings erst noch angemessen beurteilt werden.

Die signifikanteste Reforminitiative im Vereinigten Königreich im Zusammenhang mit der Veränderung beruflicher Aufgabenfelder war die Einführung eines neuen direkten Dienstes im nationalen Gesundheitsdienst im November 2000. Hierbei handelt es sich um einen rund um die Uhr verfügbaren Telefondienst, der Gesundheitsinformationen und Beratung anbietet. Die Anrufe werden von Krankenschwestern und -pflegern beantwortet, die durch ein Entscheidungshilfeprogramm mit stimmigen klinischen Kriterien in ihrer Beratung unterstützt werden. Daneben stehen eine Onlinehilfe und eine Website bereit, die Informationen und Leitfäden für weit verbreitete Symptome enthalten. Im Rahmen des Direktmodells des nationalen Gesundheitsdienstes fallen Sprechstunden in der primären Gesundheitsversorgung heute in die Zuständigkeit der beim Callcenter angestellten Schwestern und Pfleger, was einen Umbruch für ihre traditionelle Pfl egetätigkeit bedeutete und eine räumliche Verlegung des Arbeitsplatzes sowie zusätzliche Ausbildungsanforderungen mit sich brachte.

In Finnland hat die Reform der Leistungserbringung zu dem grenzüberschreitenden Berufsbild einer praktischen Pflegekraft für Gesundheits- und Sozialversorgung geführt. So sollten Probleme in der Leistungserbringung und -steuerung für ältere Menschen angesichts der demografischen Entwicklung und des gewachsenen Kostendrucks überwunden werden. Durch das neue Berufsbild wird eine große Zahl enger gefasster Qualifikationen gebündelt (28). Alle Auszubildenden nehmen erst zwei Jahre lang an der gleichen Grundausbildung im Bereich von Gesundheits- und Sozialversorgung teil und spezialisieren sich erst im dritten Jahr auf eine Fachrichtung.

Eine weitere Veränderung in Finnland war die Bildung fachübergreifender Teams in der primären Gesundheitsversorgung, wie sie in geringerem Umfang auch in Spanien durchgeführt wurde. In Finnland war für den Übergang eine geänderte Arbeitsaufteilung zwischen Allgemeinärzten und Gesundheitspflegern erforderlich. In Spanien wurde 1984 das System der primären Gesundheitsversorgung so reformiert, dass Allgemeinärzte aus Einzelpraxen in Gesundheitszentren in öffentlicher Regie wechselten.

Die ausgedehnteste Verbreitung fanden Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes im Vereinigten Königreich gefolgt von Finnland; in sehr viel geringerem Umfang gab es Ansätze auch in Deutschland, Spanien und der Russischen Föderation. Länderübergreifend sind die Initiativen an zwei Fronten wirksam: bei der Veränderung der Berufsbilder und bei der Veränderung der Dienste. Für das erst genannte Ziel ist es erforderlich, das strukturelle Umfeld zu ändern (in erster Linie Gesetzgebung und Regulierung), in welchem Praxis, Zertifizierung, Aus- und Weiterbildung stattfinden, und häufig auch die Art der kollektiven Finanzierung und der Leistungserbringung durch die öffentliche Hand. Da diese zentralen Faktoren eine mögliche Ausweitung der Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix beeinflussen, werden sie im entsprechenden Abschnitt gesondert behandelt. Zunächst wollen wir jedoch das Beispiel der *Advanced Practice Nurse* aus dem Vereinigten Königreich vorführen und dabei Betrachtungen anstellen, die für eine Ausweitung ähnlicher Initiativen in anderen Gesundheitssystemen der Region nützlich sein können.

### **Das Beispiel der *Advanced Practice Nurse* aus dem Vereinigten Königreich**

Der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger definiert eine *Advanced Practice Nurse* als eine examinierte Pflegekraft, die sich Expertenwissen, Entscheidungskraft in komplexen Fragen und klinische Kompetenz für eine breite Praxis angeeignet hat, und stellt die Qualifikation in die Nähe eines Masterdiploms (29). Eine solche Pflegekraft ist in der Lage, unabhängig und kooperativ Entscheidungen über die Versorgung von Patienten zu treffen (5). In diesem Papier halten wir uns daher an diesen Begriff, auch wenn im Vereinigten Königreich dem Royal College of Nursing zufolge *Advanced Nurse Practitioner* üblich ist. Das Berufsbild war ursprünglich für die primäre Gesundheitsversorgung geschaffen worden, hat sich aber seither so entwickelt, dass es heute auch in der tertiären Versorgung beheimatet ist und in erster Linie in der Akut- und Notfallversorgung eingesetzt wird.

Das Berufsbild gab es im nationalen Gesundheitsdienst schon seit den frühen 1970er Jahren, doch wurde es in einem Bericht des Gesundheitsministeriums in seiner Funktion 1999 erneut bekräftigt (30). Zu diesem Zeitpunkt gab es im Vereinigten Königreich ca. 3000 solcher Fachkräfte (5). Kurz darauf wurde in einem großen Bericht zur Reform des nationalen Gesundheitsdienstes betont, wie wichtig das Einreißen traditioneller Trennmauern zwischen den klinischen Funktionen sei (31). Der Wanless-Bericht aus dem Jahr 2002 enthielt die Anregung, 20% der bis dato von Allgemein- und Assistenzärzten ausgeführten Arbeiten in den Bereich der *Advanced Practice Nurse* zu verlagern (22).

Ein konkretes Beispiel für dieses Berufsbild sind besonders ausgebildete Fachkräfte, die Arzneimittel verschreiben und anhand vorgegebener Listen Diagnosen für bestimmte Erkrankungen erstellen können. Im Mai 2001 weitete

die Regierung die Möglichkeit zum Verschreiben von Medikamenten auf einen größeren Kreis von Pflegepersonal und für ein größeres Spektrum von Arzneimitteln aus. Im Jahr 2006 gab es fast 7000 Schwestern und Pfleger, die nach der ausgeweiteten Formel Arzneimittel verschrieben (*extended formulary nurse prescribers*). Weitere 6500 Schwestern und Pfleger durften Zusatzrezepte ausstellen (*supplementary prescribers*). Die erste Gruppe konnte nach der ausgeweiteten Formelliste für eine Reihe festgelegter Krankheiten selbstständig Arzneimittel verordnen, während die zweite Gruppe Rezepte für jedes verschreibungspflichtige Medikament ausstellen konnte, das im Behandlungsplan eines Patienten vorgesehen und von einem Arzt genehmigt war.

Im Mai 2006 wurde die Funktion mit der Schaffung der unabhängig verschreibenden Pflegekraft (*nurse independent prescriber*) weiter ausgedehnt und die Vorläufermodelle wurden abgeschafft. Unabhängig verschreibende Pflegekräfte können jedes zugelassene Arzneimittel für jede Erkrankung verschreiben, die in ihren Kompetenzbereich fällt, darunter auch einige rezeptpflichtige Medikamente, die ausschließlich für die angegebenen Erkrankungen in Frage kommen. Die unabhängig verschreibende Pflegekraft benötigt keine Zusatzausbildung, individueller Fortbildungsbedarf wird im Rahmen der fortlaufenden beruflichen Weiterbildung aufgegriffen. Sie muss allerdings vom *Nursing and Midwifery Council* festgelegte Mindestvoraussetzungen erfüllen. Wenn diese erfüllt sind, entscheidet der nationale Gesundheitsdienst angesichts der Bedürfnisse und Umstände vor Ort, ob eine unabhängig verschreibende Pflegekraft eingesetzt wird.

### ***Entscheidende Faktoren im Umfeld***

Die wichtigsten Beweggründe für diese Initiativen waren in personellen und fachlichen Engpässen, der staatlichen Politik und der Schaffung einer neuen Art von Angebot zu finden (5). Alle drei Gründe weisen auf erhebliche Unterstützung von staatlicher Seite durch gleichförmige Gesetzgebung und Regulierung hin, die zu erreichen eine erhebliche Herausforderung ist.

Wie erwähnt ist auch die Unterstützung durch die Ärzteschaft wichtig. Im Vereinigten Königreich haben Ärzte die Sache unterstützt und tun dies weiterhin in größerem Umfang, als dies in ähnlichen Fällen andernorts, z. B. in den Vereinigten Staaten, der Fall war. Dies mag an verschiedenen finanziellen Strukturen liegen, so z. B. an dem Überwiegen der Einzelleistungsvergütung für Ärzte in den Vereinigten Staaten (wodurch Ärzte in einen Wettbewerb mit Pflegepersonal geraten könnten) und an der Pauschalvergütung von Leistungen (Zahlung an den Erbringer medizinischer Leistungen nach Anzahl der Mitglieder in einem Gesundheitsleistungsplan) und der Gehaltsentlohnung von Ärzten im Vereinigten Königreich (wodurch die Aufgabendelegierung durch Ärzte und die Teamversorgung begünstigt werden). Der Ärztevertrag von 1990 (Ärzte erhielten

das Budgetrecht über Krankenhausleistungen) führte im Vereinigten Königreich dazu, dass die Allgemeinärzte den Pflegekräften in der primären Gesundheitsversorgung vermehrt Aufgaben übertrugen, z. B. in den Bereichen Gesundheitsförderung und Behandlung chronischer Erkrankungen. Diese Tendenz wurde durch die Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix verstärkt, auch weil man hoffte, so für zahlungswillige Patienten attraktive Leistungen erbringen zu können. Betriebsgrößenvorteile beschleunigten das Wachstum der Praxisteams in Bezug auf ihre Größe und Komplexität (8). Um diese Art von Änderungen im Qualifikationsmix herbeizuführen, sind auch finanzielle Anreize und Negativanreize erforderlich.

### *Erkenntnis als Katalysator*

Neben strukturellen und politischen Katalysatoren unterstützten auch Forschungsergebnisse das Anliegen der Initiativen im Vereinigten Königreich. Eine der frühesten systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen in diesem Bereich beschäftigte sich mit der Frage, ob Pflegekräfte aus der primären Gesundheitsversorgung eine ebenso gute Versorgung erbrachten wie Ärzte (32). Die Studie ergab, dass die Ergebnisse mindestens äquivalent waren und dass sich die Patientenzufriedenheit erhöht hatte. Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine finnische systematische Übersichtsarbeit (33).

Eine neuere Metaanalyse ergab keine nennenswerten Unterschiede, was die gesundheitlichen Ergebnisse für die Patienten, den Versorgungsprozess, die Ressourcenausnutzung oder die Kosten betraf (34). Ähnlich wie frühere Studien kam auch diese zu dem Ergebnis, dass die gesundheitlichen Ergebnisse vergleichbar waren und dass die Patientenzufriedenheit bei der von Pflegepersonal durchgeführten Versorgung sogar höher war; die Wirkung auf die Arbeitsbelastung der Ärzte und die direkten Kosten der Versorgung waren allerdings uneinheitlich. Die Autoren warnten auch vor einer unzureichenden Qualität vieler Studien.

### *Verteilungsaspekte*

Anders als bei der Umsetzung ähnlicher Initiativen in anderen Gesundheitssystemen, z. B. in Form der Feldscher in der Russischen Föderation, sind die Pflegekräfte im Vereinigten Königreich nicht an einen bestimmten Ort wie eine ländliche oder unterversorgte Gegend gebunden.

### *Nachhaltigkeit und Ausweitung*

Die Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix werden durch manche Faktoren begünstigt und durch andere behindert. Im Vereinigten Königreich waren zwei wichtige Hindernisse die unzureichende Finanzierung und das

Fehlen von hinreichend ausgebildetem Personal (5). Auch das derzeitige Aus- und Fortbildungssystem verfügt nicht über ausreichende Kapazitäten, um eine wesentlich größere Personenzahl auszubilden. Das *Royal College of Nursing* hat jetzt immerhin begonnen, Ausbildungsziele und -kompetenzen zu definieren (35), und zwar insbesondere für Pflegepersonal, das Arzneimittel verschreibt. Aber noch bringt eine erfolgreiche Ausbildung durch den *Nursing and Midwifery Council* und der Eintrag ins Berufsregister dem Ausgebildeten keinen geschützten Titel und damit keine gesetzlich verbrieften Rechte. Das Fehlen einer klar definierten Rolle des Pflegepersonals in diesem Zusammenhang wurde unter dem Aspekt des Schutzes der Öffentlichkeit als problematisch bezeichnet, denn diese kann so nicht wissen, welche Aufgaben und Funktionen das Pflegepersonal ausführen darf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Initiativen zur Ausweitung der Aufgaben des Pflegepersonals im Vereinigten Königreich aufgrund erheblicher Unterstützung von staatlicher Seite und aufgrund des fehlenden Widerstandes der führenden Ärztekreise weitgehend umgesetzt werden konnten. Es lässt sich argumentieren, dass der relative Erfolg dieser Initiativen in hohem Maße von den Umständen im Vereinigten Königreich abhing: ein zentralisiertes, öffentlich finanziertes System, starke und anhaltende Personalknappheit (insbesondere Ärztemangel), Entlohnung des Gesundheitspersonals durch Pauschalvergütung, die Schaffung von Gruppenpraxen in der primären Gesundheitsversorgung und die starke Organisation des Pflegepersonals. Auch wenn das Umfeld im Vereinigten Königreich für die Initiativen sehr günstig war, so müssen diese Faktoren noch besser verstanden werden, um Aussagen über die Tragfähigkeit von Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes in anderen Ländern machen zu können.

## **Einflussfaktoren für die Ausweitung von Qualifikationsmix-Initiativen**

### *Der Kontext*

Faktoren, die Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes befördern oder hemmen, lassen sich auf drei Ebenen festmachen: der Mikro-, der Meso- und der Makro-Ebene (Tabelle 5) (36,37).

Die Faktoren auf Makro-Ebene treten in allen Initiativen in Erscheinung und sie umfassen den Einfluss der Vorschriften zum Tätigkeitsbereich (z. B. Professionalisierung, staatliche Anerkennung und Ausbildungssystem) und wirtschaftliche Faktoren, zu denen der Umfang der Angebote (öffentlich oder privat) durch unterschiedliches Gesundheitspersonal und die Zahlungsmodelle (wie Gehalt oder Einzelleistungsvergütung) gehören. Auf Makro-Ebene ist auch die Haftungsfrage angesiedelt, die sowohl ökonomische als auch regulatorische Aspekte besitzt. Auf Meso-Ebene kommen die Faktoren bei der

**Tabelle 5: Umfeldfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix**

Ebene/Faktoren	Themen und Erfordernisse
<b>Makro</b>	
<i>Wirtschaftliche Faktoren</i>	
Finanzierung	Verlässlichkeit und Umfang der Finanzierung einer Initiative
Vergütung	Wie werden die Erbringer innerhalb einer Disziplin und im Vergleich bezahlt?
Versicherungsschutz	Insbesondere wegen der erweiterten oder neuen Aufgaben des Erbringers erforderlich, auch vom Umfeld abhängig (Meso-Ebene)
<i>Regulatorische und rechtliche Faktoren</i>	
Tätigkeitsbereich	Überschneidungen in der Praxis ermöglichen die Ersetzung von Fachleuten mit unterschiedlicher Ausbildung zur Erfüllung neuer Aufgaben.
Registrierungs- erfordernisse	Unterschiedliche Ausbildungsniveaus erforderlich für eine Registrierung nach Profession.
Anbieter- verantwortung	Kompatibilität der Haftungsversicherungen über disziplinäre Grenzen hinweg. Übertragung von Verantwortung an vertrauenswürdige Erbringer.
<i>Ausbildung und Schulung</i>	Bestehende Ausbildungsniveaus, Chancen für Erweiterung und neue Anforderungen
<b>Meso</b>	
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung	Demografische, kulturelle und gesundheitliche Bedürfnisse der örtlichen Bevölkerung
Anbietersauswahl	Verfügbarkeit von Anbietern aus unterschiedlichen Disziplinen, durch die gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung mit einem unterschiedlichen Qualifikationsmix erfüllt werden können.
Bestehendes örtliches Gesundheitssystem	Die Initiative muss zu den vorhandenen Angeboten passen, damit Lücken in der Versorgung über Settings hinweg geschlossen werden können.
Unterstützung durch die Beteiligten	Unterstützung der Initiativen durch die Fachverbände und Überzeugungsarbeit.

**Tabelle 5: Umfeldfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix (fortgesetzt)**

Ebene/Faktoren	Themen und Erfordernisse
<b>Mikro</b>	
Ungewissheit/ Unsicherheit	Maß an Ungewissheit oder Unsicherheit wegen der Initiative unter betroffenen Berufsgruppen und frühere Erfahrungen mit dem Thema.
Berufskultur und Praxisstil	Würdigung von unterschiedlichen Berufstraditionen und Praxisstilen durch die Initiativen und Anpassungen je nach unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen.
Kommunikation	Formelle und informelle Kommunikation unter den beteiligten Berufsgruppen.
Arbeitsverhältnis	Bestehende und neue Beziehungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen.

Einrichtung eines Programms in einem örtlich begrenzten organisatorischen Umfeld zur Geltung. Zu diesen Faktoren zählen institutionelle Absprachen in Krankenhaus, Gesundheitseinrichtung und Gemeindeversorgung sowie Ausbildungsprogramme (berufsvorbereitend oder -begleitend), die derartige Initiativen und eine fachübergreifende Zusammenarbeit im weiteren Sinne fördern. Faktoren auf Mikro-Ebene wirken sich auf die Qualität der Initiativen im Alltag aus. Zu ihnen gehören die zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Gesundheitsfachkräften und deren etwaige frühere Erfahrungen mit diesen Initiativen.

Angesichts dieser Mehrebenenperspektive müssen die strategischen Instrumente für solche Initiativen:

- die Veränderung oder Erneuerung von Berufsbildern durch die Entwicklung verschiedener organisatorischer und regulatorischer Vorkehrungen ermöglichen;
- neue oder erweiterte Berufsbilder durch kollektive Finanzierung – Einbezug in die öffentlichen Leistungen – und Änderung der finanziellen Anreize unterstützen;
- die Ausbildungsgrundlage (Kompetenz und Kapazität) für die neuen und erweiterten Berufsbilder sichern.

Wie bereits erwähnt, ist die Unterstützung durch die betroffenen Berufsverbände sehr wichtig. Dies gilt besonders bei Initiativen, welche die Berufsbilder direkt verändern sollen, im Unterschied zu solchen, die das durch Veränderungen der

Schnittstellen zwischen den Angeboten erreichen und die nicht so leicht von vorneherein Widerstand auslösen, wie das in manchen der hier erwähnten Fälle, z. B. in Deutschland, erlebt wurde.

### *Organisatorische und regulatorische Rahmenbedingungen*

Die Forschung belegt vielfach, wie organisatorische und regulatorische Strukturen Reformen zugunsten eines optimalen Qualifikationsmixes fördern oder behindern können. Manchmal sind Veränderungen über die Grenzen einzelner Sektoren (z. B. des Gesundheits- und des Sozialsektors) hinweg erforderlich, insbesondere wenn die Initiative den Aufbau eines neuen Angebots oder die Übertragung bestehender Angebote aus einem in einen anderen Bereich bezweckt (8). Die Regulierung des Tätigkeitsbereichs ist besonders wichtig, denn sie kann die Ausweitung oder Ersetzung befördern oder behindern, je nachdem wie weit sie Schnittmengen zulässt (36). Oft müssen die Regeln geändert werden, damit Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix über die Modellversuchsphase hinausgehen können, und das erfordert die Unterstützung der Regierung und der zentralen Akteure.

In Deutschland, wo Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix in erster Linie zur Überwindung fragmentierter Angebote betrieben wurden (durch eine bessere Integration und Kooperation der Dienste), steht die Aufsplitterung des Gesundheitssystems weiterhin einem solchen Wechsel entgegen. Weitere Hindernisse, die in Regelwerken und Bestimmungen für einzelne Interessengruppen wurzeln, sind das Fehlen einer einheitlichen Regulierung der Erbringungsorganisationen und eine unzureichende Abstimmung über verschiedene Bereiche und Berufsgruppen hinweg. Das stark zwischen Ärztenverbänden und Krankenkassen polarisierte Gesundheitssystem bedeutet auch eine hohe Zugangsbarriere für neue Berufsgruppen und Akteure im gesundheitspolitischen Prozess (38). Die Regulierung und Organisation der Gesundheitsversorgung ist außerdem stark auf die Ärzteschaft konzentriert. Zwar interveniert der Staat heute mehr als früher, doch konzentrieren sich die gesundheitspolitischen Maßnahmen und Anreize weiterhin auf den Arztberuf.

In Spanien sind in ähnlicher Weise viele Einrichtungen mit unterschiedlichen Interessen an Entscheidungsprozessen über das Gesundheitspersonal und die dezentralisierte Gesundheitsversorgung beteiligt. Dadurch werden ein Konsens über die notwendige Anzahl von Ärzten oder Pflegekräften und eine Abstimmung der zentral geregelten Ausbildungs-, Fortbildungs- und Arbeitsbedingungen erschwert. Auch wenn die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung förmlich bei den 17 autonomen Regionen des Landes liegt, so sind die Regeln für die Entlohnung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Arbeitsplatzbestimmungen und die Verhandlungen über Arbeitsbedingungen ein Spiegelbild des öffentlichen Dienstes und werden

von der Zentralregierung festgelegt. Damit besitzen die Verwaltungen auf regionaler und örtlicher Ebene nur wenig Flexibilität für neue Personalmodelle und nur wenig Spielraum zum Aushandeln von Anreizen und zur wirksamen Verpflichtung der Beschäftigten auf die Ziele eines neuen Modells (39).

Zentralisierung kann also für die Initiativen sowohl ein Segen als auch ein Fluch sein, je nachdem ob es Unterstützung vom Zentrum gibt und wie das Zentrum an der Peripherie wahrgenommen wird. An Unterstützung von zentraler Stelle hat es im Vereinigten Königreich nicht gefehlt, allerdings war das Vorgehen davon geprägt, Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix vor Ort entstehen zu lassen und diese dann auszuweiten, statt von oben alles zu regulieren und komplexe Berufsbilder zu verordnen (5).

### ***Kollektive Finanzierung und Veränderung der Anreizstruktur***

Eine angemessene Finanzierung neuer oder erweiterter Berufsbilder und geänderte finanzielle Anreize (oder Negativanreize) für die vorhandenen Berufe wurden bereits als entscheidende Faktoren für den Erfolg und die Nachhaltigkeit von Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix genannt. Dies wurde für das Vereinigte Königreich in Bezug auf die *Advanced Practice Nurse* gezeigt, gilt aber auch in Ländern außerhalb der Europäischen Region der WHO, hierunter Kanada und die Vereinigten Staaten (36,37,40).

In Finnland hat sich gezeigt, wie wichtig es ist, den erweiterten beruflichen Aufgaben der Pflegekräfte auch eine angemessene Entlohnung folgen zu lassen, und dies hat wichtige Implikationen für die potenzielle Kostenwirksamkeit solcher Initiativen. Wenn die Ersatzkräfte eine vergleichsweise Honorierung für ihre Arbeit verlangen wie die bisherigen Erbringer – und das tun sie – wird eine Kostenersparnis erschwert. Zur Verwirklichung solcher Initiativen wären also weitere Stützfaktoren erforderlich, u. a. personelle Engpässe in der bisher mit der Aufgabe betrauten Berufsgruppe.

In der Russischen Föderation, wo die meisten Personalfragen (Arbeitszeit, Urlaub, Entlassung und Rentenalter) vom föderalen Arbeitsrecht geregelt werden und wo ein föderales Tarifgesetz die öffentlichen Gehälter festlegt, besteht die Möglichkeit zur zentralen Finanzierung von Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix. Weitere Mittel können auch von der jeweiligen Leitung bewilligt werden – z. B. aus direkt bezahlten Leistungen oder aus freiwilligen Krankenversicherungen. Maßnahmen zur Anpassung der Führung und Ausbildung der Arbeitskräfte an die neuen Herausforderungen im russischen Gesundheitssystem sind eingeleitet worden (18). Die größten Schwierigkeiten in diesem Übergangsprozess sind kontraproduktive Regeln und Arbeitsbedingungen, eine ungeeignete Infrastruktur der Gesundheitsversorgung und schwache Finanzierungsmechanismen.

### *Ausbildungskompetenz und -kapazität*

Wie am Beispiel Vereinigtes Königreich ausgeführt ist Ausbildungskompetenz für die erweiterten und neuen Berufsbilder von entscheidender Bedeutung. Gleiches gilt für die entsprechenden Ausbildungskapazitäten. Dafür sind sowohl Standards für die neuen und erweiterten Berufsbilder als auch eine geeignete Ausbildungsinfrastruktur erforderlich.

In Spanien, wo Pflegekräfte in Schnellkursen ausgebildet werden, ist das Thema Ausbildungskapazität von zentraler Bedeutung. Eine verlängerte Ausbildungsdauer für Krankenschwestern und -pfleger wird gegenwärtig diskutiert und wäre in der Tat eine Voraussetzung für jede Erwägung einer Ausweitung des Tätigkeitsbereichs. Dabei ist die Einführung höher qualifizierter Pflegeberufe in das spanische Gesundheitssystem wenig realistisch, denn es gibt bereits einen Mangel an Pflegekräften und einen relativen Ärzteüberschuss.

In der Russischen Föderation könnte das von der Regierung zentral gesteuerte Ausbildungssystem die dort diskutierte Ausweitung der Rolle von Allgemeinärzten ermöglichen. Doch obwohl die föderale Regierung eine Zunahme der Zahl der Allgemeinmediziner unterstützt, wählen nur wenige Ärzte diesen Weg und das hauptsächlich, weil das Ansehen dieser Arbeit gering ist. Finanzielle Anreize wie Stipendien für Allgemeinarztstudien könnten hier Abhilfe schaffen. Zur Überwindung der Statusbarriere könnte jedoch die Schaffung eines hoch angesehenen Berufsbildes Familienarzt wichtiger sein.

### *Fachverbände*

Die Unterstützung der Initiativen zur Optimierung des Qualifikationsmixes (oder mindestens das Ausbleiben von Widerstand) durch die am stärksten betroffenen Fachverbände und Gewerkschaften ist ebenfalls wichtig. Wie erwähnt unterstützte die Ärzteschaft im Vereinigten Königreich die Initiative zur Schaffung des Berufsbildes *Advanced Practice Nurse*. In Ländern wie Deutschland und Spanien haben die Lobbygruppen der Ärzte bei den Regierungen ähnliche Initiativen, die sich auf traditionelle ärztliche Aufgabenfelder auswirken, nur in geringem Umfang unterstützt. Außerdem zögerten die Ärzte in Finnland, gewisse Symbole ihrer Qualifikation, wie Diagnose und Verschreibung, zu delegieren.

### **Fazit**

In diesem Grundsatzpapier haben wir die Hauptbeweggründe hinter Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, die gegenwärtig in diesem Bereich verfolgten Initiativen und förderliche und hinderliche Faktoren für eine Umsetzung in mehreren Ländern der Europäischen Region beschrieben – alle dieser Länder stehen vor ähnlich gelagerten und auch länderspezifischen personalpolitischen Herausforderungen im Gesundheitsbereich. Wir haben auch die vorliegenden

(bzw. fehlenden) Erkenntnisse zu plausiblen Kosten und Konsequenzen einiger dieser Entscheidungen und Initiativen beleuchtet. Einige Befunde aus den Studien über die Initiativen mögen allerdings nur schwer zu verallgemeinern sein. Auch sollten derartige Initiativen eher durch die Erfordernisse konkreter Patienten und Gesundheitssysteme motiviert sein, als durch einen *universell* vorgegebenen ideellen Professionenmix im Gesundheitswesen (7).

Dennoch wurden zwei Ansätze entwickelt, die Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen bei der Festlegung unterstützen sollen, ob und welche Initiative für einen besseren Qualifikationsmix ergriffen werden sollte. Der erste Ansatz besteht aus einem vierstufigen Prozess:

1. Bewertung der Problematik in Bezug auf aktuelle Leistungen, Aktivitäten und Personalstruktur;
2. Abschätzung des Spielraums angesichts der Rahmenbedingungen;
3. Abschätzung der für Umsetzung und Auswertung verfügbaren Ressourcen;
4. Auswahl und Umsetzung des Ansatzes für einen optimalen Qualifikationsmix unter Maßgabe der für den Wechsel benötigten Zeit und dem gewünschten Umfang der Initiative.

Außer den bereits genannten Elementen enthielte eine vollständigere Liste folgende Aspekte (41):

- die Vergütungsstruktur des Landes;
- die Personalregeln und -schlüssel;
- die Beschäftigungsregeln – öffentlicher Dienst und Vergabe von Arbeitsplätzen durch die öffentliche Hand;
- Regulierung und Akkreditierung von Gesundheitspersonal;
- Autonomie des Ausbildungsbereichs;
- Akkreditierung von Organisationen;
- Außensteuerung der Budgets;
- der Mix aus öffentlichen und privaten Erbringern;
- Arbeitsmarktfaktoren wie relative Entlohnung und Kündigungsschutz;
- die allgemeine wirtschaftliche Lage;
- gesellschaftliche und kulturelle Werte.

Der zweite Ansatz ist komplementär zum ersten und besteht aus fünf Stufen (9):

1. Erhebung und Analyse der verfügbaren Personaldaten vor jeder Entscheidung, dazu gehört das Stellen von Fragen wie: welche Aufgaben sind erforderlich, wer führt sie jetzt aus und wer sollte sie stattdessen ausführen?
2. Schaffung strategischer Partnerschaften, um den Prozess und die politischen Änderungen anzuführen, die für die Umsetzung der Initiative erforderlich sind.
3. Einsammeln von Sichtweisen der Nutzer und Nutzergruppen von Bedeutung für die Akzeptanz der Änderungen durch diejenigen, für die sie gedacht sind.
4. sorgfältige Bewertung der personalpolitischen Konsequenzen;
5. sorgfältiges Durchdenken der Anwerbestrategien und der Auswahlkriterien, damit Ziele wie eine bessere Versorgung ländlicher oder unterversorgter Gebiete leichter erreicht werden.

Es sollte aber erneut betont werden, dass jenseits dieser beiden mehrstufigen als Hilfe gedachten Ansätze, welche die Bedeutung der behandelten wesentlichen Rahmenbedingungen betonen, Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix von den Erfordernissen der örtlichen Gesundheitssysteme und der Patienten geleitet sein müssen. Gleichzeitig und in Bezug auf mögliche politische Entscheidungen erscheint eine Veränderung der Angebotsstrukturen, die eine Änderung des Qualifikationsmixes nach sich zieht, eine wirksamere Vorgehensweise zu sein als der Versuch der direkten Veränderung des Qualifikationsmixes.

## Literatur

1. Richards A et al. Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2000, 37:185–197.
2. Richardson G et al. Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy*, 1998, 45:119–132.
3. *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007 (<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).
4. Buchan J. Determining skill-mix: lessons from an international review. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999; 3:80–90.
5. Buchan J, Calman L. *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 17; <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).
6. Buchan J, Maynard A. United Kingdom. In: Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The Health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:129–143 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).
7. Buchan J, Dal Poz MR. Skill-mix in the health-care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(7):575–580.
8. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce, *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):28–38.
9. Bluestone J. *Task shifting for a strategic skill mix*. Chapel Hill, NC, The Capacity Project, IntraHealth International, Inc., 2006 (Technical Brief 5; [http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief\\_5.pdf](http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_5.pdf), eingesehen am 23. April 2008).
10. *The world health report 2006. Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, eingesehen am 23. April 2008).
11. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).

12. Chen L et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364(9449):1984–1990.
13. *Health workforce policies in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc571edoc09.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).
14. *HR in the NHS Plan – more staff working differently*. London, Department of Health, 2002 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4009112](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009112), eingesehen am 23. April 2008).
15. *Sosiaali- ja terveystietä 2006 [Sozial- und Gesundheitsbericht 2006]*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006 (Memoranden des Ministeriums für Soziales und Gesundheit 2006:4) (auf Finnisch).
16. European Health for All database [Online Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 23. April 2008).
17. *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2006*. Berlin, Bundesärztekammer, 2007 (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008>, eingesehen am 23. April 2008).
18. Rese et al. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *British Medical Journal*, 2005, 331:204–207.
19. Blank RH, Bureau VD. *Comparative health policy*, 2nd ed. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2007.
20. Freeman R. *The politics of health in Europe*. Manchester, Manchester University Press, 2000.
21. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the UK, the USA and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
22. Wanless D. *Securing our future health: taking a long term view*. London, HM Treasury, 2002.
23. *Decision in principle by the Council of the State on securing the future of health care*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2002 (Broschures 2002:2eng).
24. Kärkkäinen O et al. Lääkärien ja hoitajien välisen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä [Entwicklung der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften durch fachübergreifende Arbeit]. *Suomen Lääkärilehti*, 2006, 61(24):2647–2652 (auf Finnisch).

25. *Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta [Bericht der Begleitgruppe im Gesundheitswesen zu Maßnahmen im Frühling 2005]*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2005 (Memoranden des Ministeriums für Soziales und Gesundheit 2005:17) (auf Finnisch).
26. Hutchinson L, Marks T, Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *British Medical Journal*, 2001, 323:1244–1247.
27. Parle JV, Ross NM, Doe WF. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Medical Journal of Australia*, 2006, 185(1):13–17.
28. Wrede S. Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann E, Saks M, eds. *Rethinking governance, remaking professions: international directions in health care*. Bristol, Policy Press, 2008:127–140.
29. ICN announces its position on advanced nursing roles. *International Nursing Review*, 2002, 49:202–206.
30. *Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visitor contribution to health and healthcare*. London, Department of Health, 1999 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4007977](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007977), eingesehen am 23. April 2008).
31. *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform report*. London, Department of Health, 2000 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4002960](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960), eingesehen am 23. April 2008).
32. Horrocks S, Anderson E, Sailsbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, 324:819–823.
33. Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L, Lindström E. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus [Wie erfolgreich war die Ausweitung des Berufsbildes von Krankenschwestern und -pflegern? Eine systematische Übersichtsarbeit]. *Tutkiva Hoitotyö*, 2003, 1(2):10–14 (auf Finnisch).
34. Laurent M et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD001271.
35. *Competencies in nursing: nurse practitioner – an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*. London, Royal College of Nursing, 2002.

36. Bourgeault IL, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the U.S.: confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 2006, 15(5):481–495.
37. Mulvale G, Bourgeault IL. Finding the right mix: how do contextual factors affect collaborative mental health care in Ontario? *Canadian Public Policy*, 2007, 33(Suppl. 1):49–64.
38. Kuhlmann E. *Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public*. Bristol, Policy Press, 2006.
39. Rico A, Sabes R. *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).
40. Bourgeault IL. Gendered professionalization strategies and the rationalization of health care: midwifery, nurse practitioners, and hospital nurse staffing in Ontario, Canada. *Knowledge, Work and Society/Savoir, Travail et Société*, 2005, 3(1):25–52.
41. Buchan J, O'May F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4(2):111–118 (<http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj10/pdf10/buchanm.pdf>, eingesehen am 23. April 2008).

Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Kopenhagen Ø,  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17.  
Fax: +45 39 17 18 18.  
E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).