

Arztentlastende Konzepte in schwer zu versorgenden Regionen in Deutschland: Ein Vergleich mit England und den Niederlanden

LENA HARRIES,
ULLA TANGERMAN,
VOLKER E. AMELUNG

Lena Harries ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Ulla Tangermann ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Professor für internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care. Prof. Amelung ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik*

Neben einer quantitativen und qualitativen Veränderung des Versorgungsbedarfs ist in Deutschland eine Ungleichheit in der regionalen Verteilung der (ambulanten) Ärzte zu beobachten. Aufgrund dieser Entwicklungen entstehen bereits Lücken in der medizinischen Versorgung. Zur Kompensation dieser Versorgungsgänge wird als eine Alternative die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf andere Gesundheitsberufe gesehen. Der Pflegeprofession kommt hierbei eine zentrale Aufgabe zu, welche jedoch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels stark diskutiert wird. Im internationalen Kontext sind sog. arztentlastende Strukturen hingegen standardmäßig etabliert. In den Niederlanden und in England nimmt die Profession der Pflege, neben der Medizinischen, eine bedeutende Position ein. Eine Gegenüberstellung der Modelle ermöglicht dabei das Ableiten von diversen Handlungsempfehlungen für Deutschland.

Einleitung

Der demographische Wandel und die damit einhergehenden epidemiologischen Veränderungen des Krankheitsspektrums, werden zu einer quantitativen Ausweitung des Versorgungsbedarfs sowie zu qualitativ veränderten Anforderungen an die Versorgungsleistungen und -strukturen führen. Dabei ist offensichtlich, dass die derzeitigen fragmentierten Strukturen, in Form von mangelnder elektronischer Vernetzung oder isolierten Einzelpraxen, die-

sen Anforderungen nicht gerecht werden. Es wird eine integrierte Herangehensweise benötigt, mit einer interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (1-4).

Neben diesen Entwicklungen bestehen deutliche Unterschiede in der Verteilung der Hausärzte, mit einer starken Variation innerhalb von Bundesländern, insbesondere zwischen ländlichen und städtischen Gebieten. Zum Teil zeigen sich bereits in manchen Regionen Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung auf (5,6,19). Die ge-

samte Anzahl der Ärzte ist dabei seit dem Jahr 2000 durch eine Wachstumsrate von ca. 14% gekennzeichnet (7), welche jedoch primär auf die Zunahme bei Fachärzten zurückzuführen ist, die nicht im hausärztlichen Bereich tätig sind (siehe Abb. 1). Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung stellt vor diesem Hintergrund eine weitere Herausforderung dar (8).

Zudem ist der Nachwuchs an jüngeren Ärzten gering, so dass immer mehr ältere Ärzte praktizieren: das durchschnittliche Alter der Vertragsärzte lag 2012 bei knapp 53 J., 1993 hingegen bei 46,6 J. (9). Bundesweit haben dabei 25% der Hausärzte konkrete Pläne in den kommenden fünf Jahren die Praxis abzugeben, so dass absehbar ist, dass ein erhöhter Bedarf an neu zu besetzenden Arztsitzen besteht (10-12).

Diese genannten Faktoren begünstigen das Entstehen von medizinischen Versorgungsgängen, welche es durch neue Organisations- und Versorgungsformen zu kompensieren gilt (3,13). Eine stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung, im Sinne der Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten, stellt dabei eine Alternative dar. In Deutschland sind solche arztentlastende Konzepte noch nicht vollständig in die Regelversorgung integriert (13). Ein Blick über die Grenzen Deutschlands zeigt, dass es z.B. in den Niederlanden und in England seit längerer Zeit bereits der gängigen Praxis entspricht, dass in der ambulanten Versorgung neben *General Practitioners*

(Haus-, Allgemeinmediziner) auch *Nurse Practitioners* oder *Practice Nurses* (Pflegeexperte, -fachperson) tätig sind.

Nichtärztlichen Gesundheitsberufen kommt daher in diesem Zusammenhang eine tragende Rolle zu. Im Rahmen der Übertragung der Durchführungskompetenz (Delegation), erbringen die Fachkräfte vom Arzt angeordnete Tätigkeiten. Insbesondere die Delegation in Abwesenheit des Arztes soll zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung und zu einem Abbau von Defiziten führen (14). Ärztliche Tätigkeiten, die substitutiv erbracht werden, gehen über die eingeschränkte Autonomie hinaus und umfassen ein erweitertes Tätigkeitsspektrum.

In Deutschland steht die Übertragung der Entscheidungskompetenz auf nichtärztliche Mitarbeiter noch am Anfang (15), gewinnt jedoch vor dem bereits beschriebenen Hintergrund zunehmend an Bedeutung.

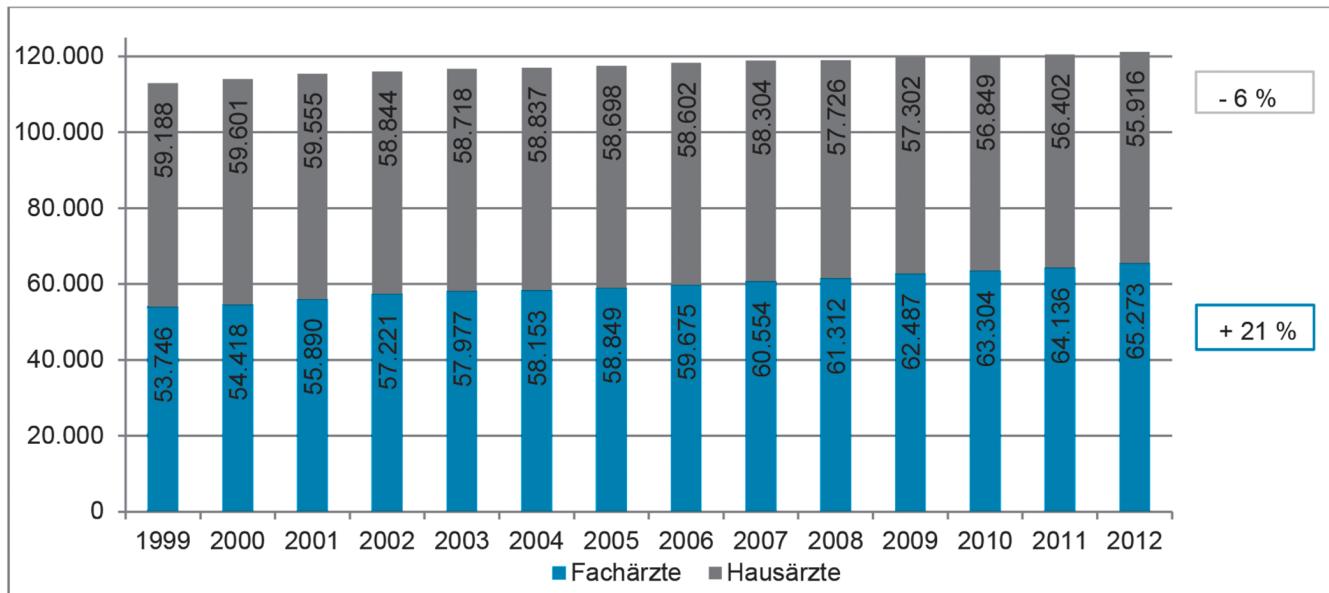
Es werden mögliche Chancen der Substitution und Delegation benannt, wie die Entlastung des Arztes, das Abfangen von personellen Engpassen oder Steigerung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Überdies sollen die berufliche Attraktivität gesteigert, neue Karrieremöglichkeiten für nichtärztliche Gesundheitsberufe geschaffen und eine flexiblere Versorgung ermöglicht werden. Im Gegenzug

dazu werden Kritikpunkte geäußert, dass neue Schnittstellen geschaffen werden, es zusätzlicher Abstimmungsgespräche bedarf und ein Mehraufwand durch die entsprechende Einführung entsteht. Zudem wird auf die Möglichkeit der Ausweitung des Leistungsangebots und der Gesundheitsausgaben hingewiesen (4). Darüber hin-

In Deutschland steht die Übertragung der Entscheidungskompetenz auf nichtärztliche Mitarbeiter noch am Anfang – sie gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung.

aus besteht die Gefahr, dass pflegerischen Tätigkeiten kompensatorisch auf andere Gesundheitsberufe ausgelagert werden und diese daraufhin als nicht attraktiv erachtet werden (16). Durch die Implementierung kann entsprechend ein wachsender Bedarf an Mitarbeitern von Gesundheitsberufen entstehen, welcher im Zuge dessen sichergestellt werden muss. Besonders vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, müssen neben dem ansteigenden Bedarf an Fachkräften zusätzliche Kapazitäten für weitere Aufgabenbereiche geschaffen werden (17). Dies nimmt vor der steigenden Nachfrage nach Leistungen im

Abbildung 1: Entwicklung der Vertragsärzte in Deutschland nach Haus- und Fachärzte



Quelle: Eigene Abb. nach (47)

Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle ein, da in diesem Zuge bereits von einem Fachkräftemangel im pflegerischen und gesundheitlichen Tätigkeitsfeld von älteren Menschen gesprochen wird (18).

Methodik

Zur systematischen Informationsgenerierung ist eine Literaturrecherche (Cochrane-, HOBSY- und MEDLINE-Datenbank) sowie eine manuelle Suche im Internet und anhand von Quellverweisen durchgeführt worden.

Arztentlastende Strukturen

Deutschland

In Deutschland musste die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter bis 2008 grds. in der unmittelbaren Nähe des Arztes erbracht werden (sog. Rufweite) (20). Zu dem nichtärztlichen Personal werden in der Regel Fachkräfte mit einer Berufsausbildung zum Arzthelfer, Medizinischen Fachangestellten oder Ausgebildete nach dem Krankenpflegegesetz gezählt. Die Delegation von Leistungen in Abwesenheit des Arztes ist vorerst in Modellprojekten erprobt worden und hat nach erfolgreicher Evaluation zu einer Erweiterung des

betrifft (z.B. schwere chronische Erkrankung und mind. 65 J. alt oder Bedarf einer dauerhaft intensiven (ärztlichen) Betreuung). Es werden zudem Hilfeleistungen benannt, die der Arzt anordnen kann und welche zu den unterstützenden Aufgaben zählen (z.B. standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung oder die Ermittlung von kognitiven Fähigkeiten mittels standardisierter Tests). Seitdem die vertraglichen Regulierungen durch die KBV und den GKV-Spitzenverbands erstellt worden sind, existieren verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen, welche die nichtärztliche Fachkräfte zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten entsprechend schulen (z.B. die Zusatzqualifikation zur *Entlastenden Versorgungsassistentin* (EVA) oder das Curriculum der Bundesärztekammer mit der Bezeichnung *Nichtärztliche Praxisassistentin*) (22-24).

Neben der Übertragung der Durchführungskompetenz, ist die Möglichkeit der Substitution seit 2008 näher in den Fokus gerückt. Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind Voraussetzungen für die Übertragung von Entscheidungskompetenzen geschaffen worden, in dem der Absatz 3 c im § 63 SGB V eingefügt worden ist. Unter dem Aspekt der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, können Berufsangehörige der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege in Modellvorhaben selbstständig Heilkunde ausüben. Der Begriff Substitution wird dabei allerdings nicht konkret verwendet. Der G-BA wurde in diesem Absatz überdies dazu beauftragt eine Richtlinie zu erstellen, inwiefern die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf diese Berufsgruppen in Modellvorhaben erfolgen kann. Hierbei ist von zentraler Bedeutung, dass von einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeitsausübung gesprochen wird, welche unter anderem dadurch gekennzeichnet ist, dass fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung übernommen wird. Das bedeutet auch, dass der Arzt entsprechend nur für seine eigenen Entscheidungen haftet. Dem kompletten Prozess vorauszugehen ist jedoch immer noch die Diagnose- und Indikationsfeststellung durch den Arzt sowie eine entsprechende Aufgabenübertragung an die nichtärztliche Fachkraft durch den zuständigen Arzt (siehe Tab. 1) (25).

Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Personal entspricht in den Niederlanden der gängigen Praxis.

§ 87 Abs. 2b SGB V geführt, wodurch die Delegation außerhalb der unmittelbaren Gegenwart des Arztes legalisiert worden ist (21). Zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sind in diesem Zusammenhang vertragliche Regulierungen erstellt worden, welche die Voraussetzungen für eine Vergütung von delegationsfähigen Leistungen umfassen. Ein zentraler Aspekt ist dabei, dass Leistungen nur dann übertragen werden können, wenn in einer Region der Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden kann oder eine Unterversorgung droht bzw. tatsächlich eingetreten ist. Zudem bedarf es verschiedene Voraussetzungen, welche die im häuslichen Umfeld zu behandelnden Patienten

Niederlande

Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Personal entspricht in den Niederlanden der gängigen Praxis: *Practice Assistants* fungieren als Administrator und Koordinator in der Praxis eines *General Practitioners* (GP) und sind zudem im Bereich von Patienteninformationen oder medizinisch-technischen Aufgaben tätig (26,27). Ein weiteres Berufsfeld ist das der *Practice Nurse* (PN). Im Rahmen der Primärversorgung übernehmen sie Tätigkeiten, die besonders auf die Versorgung von chronisch Kranken, Schulungsmaßnahmen oder Beratungen für Patienten abzielen (27,28). PN unterliegen der ärztlichen Verantwortung und dürfen nur abgestimmte Aufgaben unter der Autorität des Arztes ausführen (29). Anders hingegen verhält es sich mit *Nurse Practitioners* (NP). NPs sollen den Bereich der professionellen Pflege mit dem der med. Versorgung verbinden, so dass ihnen verschiedene Aufgabenbereiche zugesprochen werden:

- Die Integration von Pflege und med. Praxis (z.B. Anamneseerhebung oder körperliche Untersuchungen).
- Behandlung und Koordination der Pflege (z.B. Entwicklung und Umsetzung von multidisziplinären Behandlungsplänen).
- Qualitätssicherung sowie das Generieren von Innovationen im Bereich der Pflegeprofession (z.B. Verbesserung und Sicherstellung der Qualität von Therapien) (30).

Die Ausübung dieser Bereiche kann in verschiedenen Settings erfolgen, wie z.B. in Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder Hausarztpraxen (30). Da sich NPs in einem Bereich zwischen zwei Professionen bewegen, wird die rechtliche Eigenständigkeit ihrer Tätigkeit differenziert betrachtet. Die Hauptverantwortung von Tätigkeiten im med. Bereich liegt bei einem zuständigen Arzt, für die Umsetzung der Aufgaben ist die NP jedoch selbst verantwortlich. Hingegen arbeiten die NPs in Bezug zu pflegerischen Maßnahmen größtenteils selbstständig. NPs haben dabei nicht die uneingeschränkte Befugnis Medikamente zu verschreiben oder Überweisungen zu anderen Fachärzten zu erstellen, da hier von dem GP die Zustimmung und

Tabelle 1: Merkmale arztentlastender Konzepte im Vergleich

Modelle arztentlastender Strukturen		
Deutschland	Niederlande	England
Berufs- sowie Tätigkeitsprofile		
<u>Arzthelper/MFA (Stufe I)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Administration, Unterstützung bei ärztlichen Tätigkeiten <u>Arzthelper/MFA (Stufe II)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vorgegebener Leistungskatalog → erweitertes Tätigkeitsprofil, Hausbesuche <u>Arzthelper/MFA, Pflegefachkraft (Stufe III)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Med. und pflegerische Aufgaben, Ausübung der Heilkunde ■ Tätigkeitskatalog in Bezug zu bestimmten Indikationen (ärztliche Diagnose vorausgehend) ■ Vorgaben zu Art und Umfang der Tätigkeiten ■ Verordnung von definierten Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmittel 	<u>Practice Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Administration, Unterstützung bei leichten, ärztlichen Tätigkeiten, Patienteninformation <u>Practice Nurse</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Versorgung chronisch Kranke <u>Nurse Practitioner</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Integration von Pflege und med. Praxis ■ Vom Arzt abhängige Medikamentenverschreibung ■ Versorgung von gewöhnlichen Beschwerden in der Praxis oder als Hausbesuch <u>Nurse Specialist</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Versorgung gezielter Patientengruppen <u>Physician Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Arztunterstützende Tätigkeiten; Zuständigem Arzt obliegt Konzentration auf komplexe und spezifische med. Tätigkeiten ■ Arztabhängige Rezeptausstellung 	<u>Healthcare Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Assistenztätigkeiten <u>Practice Nurse</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Professionelle Pflege, Hausbesuche <u>(Advanced) Nurse Practitioner</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitstellung, Anwendung, Überweisung von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ■ Patientenversorgung in der Praxis oder als Hausbesuch <u>Medikamentenverschreibung von Nurses</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Regulierung über verschiedenen Formen der Zusatzqualifikation <u>Physician Associate</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Arztunterstützende Tätigkeiten; Zuständigem Arzt obliegt Steuerung des (klinischen) Behandlungsprozesses ■ Arztabhängige Rezeptausstellung
Behandlungsautonomie		
<u>Arzthelper/MFA (Stufe I)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation ärztlicher Tätigkeiten (in Rufweite) <u>Arzthelper/MFA (Stufe II)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation von (ärztlich) angeordneten Tätigkeiten in Abwesenheit des Arztes (z.B. Hausbesuch) <u>Arzthelper/MFA, Pflegefachkraft (Stufe III)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnose- und Indikationsstellung durch zuständigen Arzt ■ Übertragung von Entscheidungskompetenzen; Selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeitsausübung ■ Arzt obliegt Verantwortung für eigene Entscheidungen 	<u>Practice Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Unterliegt ärztlicher Anweisung <u>Practice Nurse</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation ärztlicher Leistungen, Versorgung chronisch Kranke <u>Nurse Practitioner</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Med. Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> – Eigenständige Aufgabenausführung mit ärztlicher Hauptverantwortung ■ Pflegerische Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> – Autonomie <u>Nurse Specialist</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Autonomes Arbeiten in Bezug zu bestimmten Patientengruppen <u>Physician Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation med. Tätigkeiten; Selbstständige Entscheidungen und Verantwortung für Patientenbehandlung ■ Ärztliche Hauptverantwortung 	<u>Healthcare Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tätigkeitsausübung unter Anleitung von qualifizierten Fachkräften <u>Practice Nurse</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation ärztlicher Leistungen <u>(Advanced) Nurse Practitioner</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Selbständiges Arbeiten, eigenständige Entscheidungen, eigene Sprechstunden <u>District Nurse und Health Visitor</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vermutlich wie Practice Nurse <u>Physician Associate</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Delegation med. Tätigkeiten; Verantwortung für eigene Handlungen ■ Supervisor trägt Verantwortung für Behandlungsprozess und Patienten
Qualifizierungs- und Ausbildungsstrukturen		
<u>Arzthelper/MFA (Stufe I)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Berufsausbildung <u>Arzthelper/MFA (Stufe II)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Berufserfahrungen + Zusatzqualifikation (z.B. VERAH-Qualifikation) oder ■ Ausbildung zur Pflegefachkraft <u>Arzthelper/MFA, Pflegefachkraft + weitere Zusatzqualifikation (Stufe III)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Stufe II + Berufserfahrungen (ca. drei Jahre) + Zusatzqualifikation (z.B. AGNES-Qualifikation) 	<u>Practice Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Berufliche Ausbildung (Assistenzlevel) <u>Practice Nurse</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bachelor of Nursing ■ Nurse Practitioners ■ Master Advanced Nursing Practice <u>Nurse Specialists</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Master of ANP (oder vergleichbare Qualifikation) + weitere Spezialisierung <u>Physician Assistants</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Masterstudiengang Physician Assistant 	<u>Healthcare Assistant</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schulabschluss benötigt <u>Practice Nurse (District Nurse, Health Visitor)</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bachelor of Nursing (bis 2013 auch Nursing-Diplom) + Zusatzqualifikationen <u>(Advanced) Nurse Practitioner</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Degree of Nursing + postgraduale Zusatzqualifikation ANP-Programm <u>Physician Associate</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bachelor + Berufserfahrungen + postgraduale Zusatzqualifikation Physician Associate-Programm

AGNES: Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health gestützte, Systemische Intervention, (A)NP: (Advanced) Nurse Practitioners, MFA: Med. Fachangestellte, VERAH: Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis

Quelle: Eigene Darstellung

seine Unterschrift benötigt wird. Der Tätigkeitsenschwerpunkt einer NP im Rahmen einer Hausarztpraxis liegt auf der Versorgung von Patienten mit sog. einfachen oder gewöhnlichen Beschwerden (z.B. Atem- und Halsbeschwerden oder nicht schweren Hautverletzungen). Sie verfügen teilweise über eine eigene Sprechstunde und führen überdies eigenständig Hausbesuche durch (26,29).

Nurse Specialists fokussieren sich auf die Versorgung einer bestimmten Patientengruppen, wobei ärztliche Leistungen an sie substituiert werden können und sie eigenständig Behandlungen durchführen dürfen. Die Patientengruppe der chronisch Kranken wurde als eine der ersten Spezialisierungsmöglichkeiten anerkannt. Mittlerweile gibt es auch Weitere, wie bspw. im Bereich der Prävention oder von psychischen Krankheiten. In jüngster Vergangenheit ist dabei eine Projektphase eingeläutet worden, welche es *Nurse Specialists* ermöglicht Tätigkeiten auszuführen, welche bisher der medizinischen Professionen vorbehalten waren. Zu diesen Tätigkeiten zählen bspw. das Verschreiben von Medikamenten oder das Durchführen von kleineren chirurgischen Interventionen. Für das Verschreiben von Medikamenten bedarf es jedoch immer noch einer ärztlich erstellten Diagnose (28,29).

Das Berufsfeld eines *Physician Assistant* (PA) soll im Bereich der medizinischen Versorgung klar definierte

wahrnehmen sollen, wie das Verschreiben von Medikamenten oder das Durchführen von weiteren med. Verfahren. PAs übernehmen im hausärztlichen Sektor Tätigkeiten, wie das Erstellen von klar abgrenzbaren Diagnosen sowie das Durchführen und Bewerten von Therapien, das Erkennen von Komplikationen im Rahmen einer med. Behandlung und die entsprechende adäquate Behandlung dieser oder von med. Notfallsituationen. In Bezug auf die zugeschriebenen Tätigkeiten arbeitet der PA selbstständig und trägt die Verantwortung für die Behandlung seiner Patienten. Im Rahmen seines Tätigkeitsbereichs orientiert sich der PA an Protokollen und Leitlinien, so dass er auf Basis dieser selbstständig Entscheidungen treffen darf und dem zuständigen Facharzt entsprechend die Aufgabe der Überwachung und Beratung zukommt (31-33).

England

In England werden primäre Versorgungsleistungen neben der Praxis eines *General Practitioners* auch von sog. *Community Health Services*, *NHS-Walk-In Centres* (WIC) oder einem *NHS Direct* (Telefon- und Internet-service) angeboten. Im Rahmen dieser Erstversorgung sind *Nurses* dabei fest in die Strukturen eingebunden. Sie können zum Beispiel innerhalb einer Arztpraxis tätig werden oder selbstständig im Rahmen von *Community Health Services* oder WICs agieren. *Walk-In Centres* sind z.B. in dem letzten Jahrzehnt etabliert worden und werden üblicherweise von *Nurses* geführt. Sie stellen eine Alternative zu einer Behandlung in einer GP-Praxis dar und bieten gesundheitliche Versorgungsleistungen in Bezug zu einfachen Erkrankungen und Verletzungen an (z.B. Infektionen und Hautausschläge oder Frakturen und Platzwunden) (34, 35).

Im Rahmen einer GP Praxis sind neben der Sprechstundenhilfe oder dem Assistenzpersonal *Practice Nurses* und *Nurse Practitioners* ein fester Bestandteil des Praxis-Teams. GP-Praxen arbeiten zudem oft mit weiteren Professionen/ Teams der primären (öffentlichen) Gesundheitsversorgung zusammen. Dies kann zum Beispiel den Einschluss von sog. *District* oder *Psychiatric Nurses*,

Health Visitors, Hebammen oder Pharmazeuten umfassen. *District Nurses* sind bspw. im Bereich der (qualifizierten) Pflege im häuslichen Umfeld oder in Wohnheimen tätig, wobei sie den gesundheitlichen Zustand der Patienten überwachen und die benötigte Versorgung geben (z.B. Wundmanagement). *Health Visitors* sind Pflegefachkräfte, welche sich darauf spezialisiert haben, Familien in ihrem häuslichen Umfeld zu versorgen. Sie führen bspw. Screening-Maßnahmen für Kinder durch oder geben Erziehungshinweise für Eltern (34,36,37).

Healthcare Assistants (HCAs) arbeiten unter der Anleitung von qualifizierten Fachkräften (meistens zusammen mit *Nurses*) und es werden Aufgaben wie bspw. die Messung des Pulses an HCAs delegiert. GPs delegieren grds. Aufgaben an *Practice Nurses*, welche von allgemeinen Pflegeaufgaben über Hausbesuche bis zu spezifischen Pflegeaufgaben übernehmen. Überdies sind PN für ein breites Spektrum an Tätigkeiten aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zuständig (38,39).

(Advanced) *Nurse Practitioners* (ANP) versorgen Patienten mit akuten und Langzeit-beschwerden oder werden den Bedürfnissen nach Gesundheitsförderung und Public Health gerecht. ANP arbeiten größtenteils selbstständig und treffen eigenständige Entscheidungen, wofür sie entsprechend auch die Verantwortung tragen. Neben pflegerischen Tätigkeiten führen sie Aufgaben aus, welche der medizinischen Profession zuzuordnen sind, wie bspw. körperliche Untersuchungen oder das Erstellen von Erstdiagnosen. Ebenfalls zu ihren Aufgabenbereichen zählen das Verfassen eines Pflege-Therapieplans, das Einleiten notwendiger Untersuchungen bzw. die Weiterleitung an andere Professionen sowie die Bereitstellung von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen. Einige ANP verfügen darüber hinaus über spezielles Fachwissen, welches ihnen eine Behandlung von Patienten ermöglicht, die dieser speziellen Versorgung bedürfen (z.B. die Krankheitsbilder Depressionen, Rheumatoide Arthritis oder Herzinsuffizienz (40).

Patienten können im primären Versorgungsbereich zwischen der Konsultation von einem GP und/oder ANP wählen. Teilweise werden sie in einer Praxis auch von einer Sprechstundenhilfe weitergeleitet. Die Entscheidung kann dabei zum Beispiel von der Schwere der

Die Verschreibung von Medikamenten ist in England nicht der medizinischen Profession vorbehalten.

Tätigkeitsbereiche übernehmen, um dem zuständigen Arzt den Fokus auf das Ausüben von komplexen und spezifischen Aufgaben zu ermöglichen. Dabei unterliegt der PA der ärztlichen Anleitung sowie Verantwortung. Die delegierten Aufgaben können sich auf den Bereich der med. Grundversorgung bis hin zu fachspezifischen Tätigkeiten beziehen (z.B. das Erstellen einer Diagnose, Durchführen einer (ärztlichen) Untersuchung oder Behandlung). Bisher dürfen PAs noch nicht eigenständig Medikamente verschreiben. Derzeit wird jedoch diskutiert, ob PAs in Zukunft Aufgaben

Erkrankung, bekannten oder neuen Patienten (z.B. Routineuntersuchung eines bekannten Patienten vs. nicht zuordnbare Beschwerde eines neuen Patienten) oder von Patienten, die im Rahmen eines Therapieplans behandelt werden abhängig sein. Darüber hinaus versorgen sie auch Patienten mit akuten oder Langzeitbeschwerden in ihrem häuslichen Umfeld (40,41). Die Verschreibung von Medikamenten ist in England nicht der medizinischen Profession vorbehalten und obliegt demnach keinen delegativen oder substitutiven (ärztlichen) Verordnungsstrukturen. Nurses können eine Zusatzqualifikation erwerben, welche sie dazu ermächtigt, Verschreibungen zu erstellen (42).

Im Bereich der medizinischen Profession sollen *Physician Associates* (PA) (früher *Physician Assistants*) die bisher bestehenden Tätigkeitsbereiche im primären und sekundären Versorgungssektor ergänzen. Sie arbeiten in Zusammenarbeit und in einer Abhängigkeit mit einem zuständigen Arzt, wobei diesem die Supervision obliegt. PAs führen dabei med. Leistungen aus, die delegiert werden. Hierbei sind sie für ihre eigenen Handlungen verantwortlich, die Verantwortung für den Behandlungsprozess verbleibt jedoch bei dem behandelnden Arzt. Entsprechend der Spezialisierung des zuständigen Arztes, übernehmen PAs in diesem Fachgebiet arztunterstützende Tätigkeiten, welche verschiedene Bereiche abdecken. Zum Beispiel erfassen sie die Krankheitsgeschichte, führen körperliche Untersuchungen durch, erstellen (Differential-) Diagnosen und patientenindividuelle Behandlungspläne, managen den klinischen Prozess und begleiten den kompletten Behandlungsverlauf oder wenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren an. In Bezug zu der therapeutischen Behandlung ermitteln PAs die geeignete Intervention sowie die adäquate Arzneimitteltherapie. Die finale Verschreibung von Medikamenten erfolgt dabei durch den Supervisor (43).

Qualifizierungs- und Ausbildungsstrukturen

In Deutschland erfolgt die Qualifizierung von nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen in der Regel über eine Berufsausbildung. Über diese Ausbildung hinaus haben sich in den vergangenen

Jahren verschiedene hochschulische Fortbildungen etabliert, allerdings primär für den Bereich der pflegerischen Profession. Daneben bestehen schon seit längerem sog. ausbildungsintegrierende Studiengänge, welche für die Berufsqualifizierung schulische und hochschulische Ausbildungsanteile umfassen und teilweise mit einem *Bachelor of Nursing* abschließen. Zudem werden derzeit auf Basis von Modellvorhaben Studiengänge angeboten, welche die Qualifizierung über ein Hochschulstudium ermöglichen. Die akademische Qualifikation ermöglicht z.B. im Vergleich zu einer Nichtakademischen, erweiterte Aufgabenfelder wahrzunehmen (1,44).

In den Niederlanden und England liegt den jeweiligen Berufsprofilen hingegen größtenteils ein akademischer Weg zugrunde. Für die Berufsausübung von Assistenztätigkeiten wird lediglich in den Niederlanden ein (geringes) berufsbildendes Ausbildungsniveau gefordert und in England ist bereits eine Berufsausübung direkt nach dem Schulabschluss möglich. Die Qualifizierung zu einer staatlich anerkannten *Nurse* erfolgt in beiden Ländern auf Hochschulebene, so dass im Rahmen eines grundständigen Studiums ein *Bachelor of Nursing* erlangt wird. Dieser ermöglicht die Ausübung von allgemeinen pflegerischen Tätigkeiten und darüber hinaus den Absolventen, sich weiter zu qualifizieren. Die Studenten haben die Möglichkeit von privaten Anbietern auf lokaler Ebene, über akademische Kurse oder einem Graduiertenstudiengang Zusatzqualifikationen zu erreichen, um Tätigkeitsprofile wie bspw. das von NPs oder PAs wahrzunehmen (siehe Tab. 1) (34,28).

Diskussion

Eine Gegenüberstellung der Modelle verdeutlicht, dass in den Niederlanden und England die Primärversorgung multiprofessioneller aufgestellt ist und kooperative und koordinierte Arbeitsweisen stärker etabliert sind als in Deutschland (siehe Tab. 1). In den Niederlanden und England sind nichtärztliche Mitarbeiter (meistens der pflegerischen Profession angehörig) fest in den Praxisalltag integriert und führen je nach Qualifikation delegierte oder substituierte ärztliche Aufgaben aus.

Im Bereich der Delegation finden sich dabei zwischen den niederländischen, englischen und deutschen Strukturen vergleichbare Ansätze, da z.B. Assistenz- oder unterstützende Tätigkeiten in den Praxisalltag integriert sind. In den Niederlanden und England werden nichtärztliche Mitarbeitern allerdings feste

Zunehmende Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten werden zu erhöhten Anforderungen an nichtärztliche Fachkräfte führen.

Tätigkeitsfelder zugeschrieben, wie die Versorgung von bestimmten Patientengruppen (z.B. chronisch Erkrankte) oder die Patientenedukation. Der Fokus des bisher delegierten Tätigkeitsspektrums liegt in Deutschland zwar ebenfalls auf der Versorgung von bestimmten Patientengruppen (z.B. Ältere sowie chronisch Erkrankte). Die Ausübung beschränkt sich jedoch auf Regionen, in welchen die hausärztliche Versorgung gefährdet ist und auf das häusliche Umfeld von Patienten (44).

Neben der Delegation von ärztlichen Aufgaben sind im Bereich der Substitution hingegen kaum analoge Strukturen zwischen Deutschland und den Niederlanden sowie England. Die Integration der pflegerischen Professionen ist in den beiden Ländern ein fester Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Dies wird unter anderem dadurch deutlich, dass *Nurses* unabhängig vom Hausarzt eigenständig Patienten behandeln können. Dabei wird die Substitution von Leistungen nicht nur als entlastende und entsprechend unterstützende Funktion zu den hausärztlichen Tätigkeiten gesehen. Der hausärztliche Leistungsumfang wird darüber hinaus auch durch das pflegerische Tätigkeitsspektrum ergänzt.

Eine grundlegende Voraussetzung, für die Etablierung eines stärkeren Professionen-Mix im primären Versorgungssektor in Deutschland, stellt eine (weitere) Akademisierung der Gesundheitsfachberufe dar. Ein Blick auf die niederländischen und englischen Strukturen verdeutlicht, dass angefangen bei der Ausbildung zu einer staatlich registrierten *Nurse*, die akademische Ausbildung obligatorisch für die Tätigkeitsausübung ist. Darauf

aufbauend wird es *Nurses* ermöglicht, sich weiter zu spezialisieren und auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung Aufgaben wahrzunehmen. Die weiteren Qualifikationen werden dabei auch primär im Rahmen von akademischen Programmen oder Masterstudiengängen erlangt. Mit der Art des Abschlusses geht entsprechend auch der Grad der eigenständigen Tätigkeitsausübung einher. Letztere stellt hierzulande noch ein stark diskutiertes Thema dar.

Der akademische Ausbildungsweg ist bisher in Deutschland nicht obligatorisch für eine Tätigkeitsausübung als nichtärztliche Fachkraft. Es gibt zwar Hochschulen die einen grundständigen pflegeberufsausbildenden Studiengang anbieten (mit dem

Abschluss eines *Bachelor of Nursing*), allerdings existiert dabei bisher kein einheitliches Ausbildungsprofil. Das hat zur Folge, dass mit der Qualifizierung kein konkretes Berufsprofil in Verbindung gebracht wird und diese nicht zwangsläufig dem pflegerischen Versorgungsbedarf entsprechen muss. Darüber hinaus gibt es nach dem *Bachelor of Nursing* bislang keine weiterführenden Qualifikationsangebote, wie bspw. ein Masterstudium (44). Neben den Qualifikationsmöglichkeiten für Pflegefachkräfte sind in der jüngsten Vergangenheit überdies Voraussetzungen für das Tätigkeitsfeld eines *Physician Assistant/Associate*, geschaffen worden. Von diversen Hochschulen wird der *Bachelor of Science* als PA angeboten, mit einem

Curriculum, welches mit dem Niederländischen und Englischen vergleichbar ist (45,46).

Die hier aufgeführten Faktoren verdeutlichen, dass eine zunehmende Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten zu erhöhten Anforderungen an nichtärztliche Fachkräfte führen werden. In diesem Zusammenhang werden sich die jeweiligen Handlungsfelder erweitern müssen und es ist eine zunehmende Spezialisierung der Tätigkeiten erforderlich. Das kann ebenfalls eine verstärkte Übernahme von bestehenden ärztlichen Aufgaben bedeuten. Die Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe werden vor diesem Hintergrund eine weitere Akademisierung erfahren müssen (44). ■

Literatur

(1) Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012; Available at: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. 20.05.2015.

(2) van den Berg J, Meinke C, Heymann R, Dreier A, Terschüren C, Hoffmann W. Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. Pflege & Gesellschaft 2007;12(2):118-134.

(3) Amelung VE. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, editors. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges; 2011. p. 3-17.

(4) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung 2007.

(5) Greß S, Stegmüller K. Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land: Ein Zukunftskonzept; Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2011.

(6) GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung: Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung. 2011.

(7) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Personal im Gesundheitswesen, Gesundheitspersonalrechnung: Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1.000. Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1.000. 30.01.2013.

(8) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Deutschlands Zukunft gestalten. 18. Legislaturperiode. 2013.

(9) Bundesministerium für Gesundheit. Ärztliche Versorgung. Available at: <http://www.bmfsfj.de>

www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html. 20.05.2015.

(10) KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung. NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland e.V. Tabellenband. Ärztemonitor 2014. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. 2014.

(11) Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!: Studie zur Altersstruktur- und Arztauhrentwicklung 5., aktualisierte und überarb. Aufl ed. Köln; Köln: KBV; Bundesärztekammer; 2010.

(12) Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, KVH – Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daten – Fakten – Ausblicke. Hessen. 2014.

(13) Wessels M. Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. Hg. v. Bertelsmann Stiftung, BARMER GEK (Newsletter Gesundheitsmonitor(4)). 2013.

(14) BT-Drs. 17/1304. Drucksache des Deutschen Bundestages 17/1304 vom 01.04.2010: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Cornelia Behm, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter in der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/1104. 2010.

(15) Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V): In der Fassung vom 20. Oktober 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012. 2011.

(16) Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W. Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012;106(9):656-662.

(17) Klakow-Franck R. Delegation und Substitution: Entlastung oder Bedrohung für den Ärztestand? In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwalte im Medizinrecht e.V., editor. Dordrecht: Springer; 2010. p. 53-60.

(18) Kuhlmann A, Lüders S, Franke A, Hampel S, Naegle G, Schmidt W, et al. Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg. Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation. 2013.

(19) Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. 2011.

(20) Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Deutsches Ärzteblatt 2008;105(41):A2173-A2177.

(21) van den Berg J, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W. Überführung des AGES-Konzeptes in die Regelversorgung: Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Gesundheitswesen 2010;72(05):285-292.

(22) BMV-Ä – Bundesmantelvertrag – Ärzte. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) In-Kraft-Treten: 17.03.2009. Stand: 01.01.2015. 2015.

(23) KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013. Stand: 1. Januar 2015. 2015.

- (24) Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J.** Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2011;87(6):280-286.
- (25) Gemeinsamer Bundesausschuss.** Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). 2011.
- (26) Dierick-Van Daele A.** The introduction of the nurse practitioner in general practice. Maastricht University; Maastricht: University Library, Universiteit Maastricht host]; 2010.
- (27) Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG.** Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxford; Seattle Wash.]: Radcliffe Publishing; 2006.
- (28) Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg J, Westert G, Devillé W, et al.** The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 2010;12(1):1-229.
- (29) Groenewegen PP. Update on Nurse Practitioner:** Health Policy Monitor. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. 2008; Available at: http://hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/12/Update_on_Nurse_Practitioners.htm. 20.05.2015.
- (30) Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden.** Nurse Practitioner. Hg. v. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). 2004; Available at: <http://www.venvn.nl/>.
- [nl/Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Nurse_Practitioner.pdf](http://Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Nurse_Practitioner.pdf). 20.05.2015.
- (31) Simkens ABM, van Baar ME, Frank A.M. vB, Verheij RA, Henk JM v,den Hoogen, Augustinus J.P. S.** The Physician Assistant in General Practice in the Netherlands. The Journal of Physician Assistant Education 2009;20(1).
- (32) Nederlandse Associatie PA. Professional Profile.** 2014; Available at: <http://napa.artsen-net.nl/English/Professional-Profile/Foreword.html>. 20.05.2015.
- (33) Spenklink-Schut G, Cate TJtO, Kort HSM.** Training the Physician Assistant in the Netherlands. The Journal of Physician Assistant Education 2008;19(4):46-53.
- (34) Boyle S. United Kingdom (England):** Health system review. Health Systems in Transition 2011;13(1):1-486.
- (35) Schmacke N. Ärztemangel:** Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. Gesundheit und Gesellschaft 2006;6(3).
- (36) Hoare KJ, Fairhurst-Winstanley W, Horsburgh, Margaret, McCormick, Ross.** Nurse employment in primary care – UK and New Zealand. New Zealand Family Physician (NZFP) 2008;35(1):28-31.
- (37) Roland M, Guthrie B, Thomé DC.** Primary Medical Care in the United Kingdom. The Journal of the American Board of Family Medicine 2012;25:S6–S11.
- (38) Hirst M, Atkin K, Lunt N.** Variations in practice nursing: implications for family health services authorities. Health & social care in the community 1995;3(2):83-97.
- (39) Careers N. Careers in Nursing.** 2012; Available at: <http://www.nhscareers.nhs.uk/>
- media/1487628/2901731_nhs_careers_in_nursing_final_for_web.pdf. 20.05.2015.
- (40) Royal College of Nursing.** Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation. 2012:26.
- (41) Offredy M, Townsend J.** Nurse practitioners in primary care. Fam Pract 2000 Dec;17(6):564-569.
- (42) Nursing and Midwifery Council.** Nurse and midwife independent prescribing of unlicensed medicines. 2010.
- (43) Physician Assistant Managed VR.** Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant. 2012.
- (44) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.** Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 2013.
- (45) Duale Hochschule Baden-Württemberg.** Physician Assistant – Arztassistent (B.Sc.). 2015; Available at: <https://www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent/>. Accessed 20.05.2015.
- (46) Hochschule Fresenius.** Physician Assistant (B.Sc.). 2015; Available at: <http://www.hs-fresenius.de/studium/medical-school/gesundheitstudium/studiengaenge/physician-assistance-bsc/frankfurt/bachelor-vollzeit/>. 20.05.2015.
- (47) Gesundheitsberichterstattung des Bundes.** Beschäftigte und Einrichtung der Gesundheitsversorgung: Ärztinnen und Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung, u.a. nach Arztgruppen. Ärztinnen und Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung, u.a. nach Arztgruppen 2013 23.05.2013.

Kindeswohl und Kinderschutz vor dem Familiengericht



Kinder vor dem Familiengericht

Praxishandbuch zum Schutz des Kindeswohls unter rechtlichen, psychologischen und pädagogischen Aspekten

Von Dr. Rainer Balloff

2. Auflage 2015, 494 S., brosch., 58,- €

ISBN 978-3-8487-1376-9

www.nomos-shop.de/22631

In Deutschland stehen jedes Jahr mehr als 200.000 Kinder vor Gericht, weil sich ihre Eltern trennen, das Sorge- oder Umgangsrecht geregelt wird, oder weil ihnen wegen Misshandlung das Sorgerecht entzogen wird; weil diese Kinder in Obhut genommen werden und in Pflegefamilien oder Kinderheime kommen. Praxisorientiert zeigt der Autor auf, wie das Kindeswohl geachtet und Kinderschutz durchgesetzt werden kann.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos