



© Wavebreakmedia Ltd / Dreamstime

Für ein zukunftsgerichtetes Gesundheitswesen braucht es ein besseres Verständnis von Task Shifting und Task Sharing.

# Task Sharing vs. Task Shifting

**Aufgabenverteilung** Um Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen, wird Task Shifting empfohlen: Spezifische Aufgaben werden an tiefer qualifizierte Fachpersonen übergeben – mit entsprechenden Problemen bei der Aufgabenausführung. Bei Task Sharing hingegen werden die jeweiligen Kompetenzen berücksichtigt, wodurch auch die Ausführungsqualität steigt.

**Maya Zumstein-Shaha<sup>a, b</sup>; Felix Schneuwly<sup>c</sup>; Christian Eissler<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> Prof. Dr., FAAN, Berner Fachhochschule Gesundheit, Master of Science in Pflege, Bern; <sup>b</sup> PD Dr., FAAN, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department Pflege, Witten, Deutschland; <sup>c</sup> lic. phil., Executive MBA, comparis.ch, Zürich; <sup>d</sup> Prof. Dr., Berner Fachhochschule Gesundheit, Master of Science in Pflege, Bern

Das sich wandelnde Schweizer Gesundheitswesen verlangt nach gut ausgebildeten Fachkräften für eine qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von erkrankten Personen, trotz knapper werdender Ressourcen und steigender Kosten [1]. Dafür empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Umsetzung von integrierter Versorgung mit «Skill- und Grademix», inklusive «Reskilling» und «Task Shifting» (Tabelle 1).

Jedoch hat die Akademisierung in der Pflege – Masterlevel und Doktorat – neue Handlungsfelder im hochspezialisierten Bereich der Behandlung, Begleitung sowie Beratung der Patientinnen und Patienten eröffnet. Hierbei ausgeführte Aufgaben sind oftmals identisch dem ärztlichen Handlungsfeld, jedoch mit einem anderen berufsspezifischen Fokus [2]. So muss ins Task Shifting die Begrifflichkeit des «Task Sharing» mitgedacht werden. Die Fokussierung auf die Aufgabenerledigung ist durchaus problematisch im Gesundheitsbereich. Gerade das vorherrschende Abrechnungssystem in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz ist dafür förderlich [3, 4]. Entsprechend ist es wichtig, Task Sharing und Task Shifting besser zu verstehen.

### Medizin- und Pflegeausbildung

Das Schweizer Medizinstudium ist kompetenzorientiert, schliesst mit einem Master of Science ab und ist im Medizinalberufegesetz (MedBG) geregelt [5, 6]. Der Studienabschluss lässt sich auf Stufe 2 des Nationalen Qualifikationsrahmen für Hochschulbildung (NQR) [7], beziehungsweise Stufe 7 des europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) zuordnen [8, 9]. Absolventinnen und Absolventen sind fähig, mittels wissenschaftlicher Methoden, spezifische Gesundheitsprobleme der Menschen zu erfassen, zu beurteilen und passende Behandlungen durchzuführen, unter Berücksichtigung ethischer und wirtschaftlicher Aspekte [5].

Die schweizerische Grundausbildung zur Pflegefachperson erfolgt entweder in der höheren Berufsbildung mit Diplomabschluss oder der Hochschulbildung mit Abschluss Bachelor of

Science. Die Unterschiede der zwei Bildungswege liegen in der wissenschaftlichen Sozialisation als Grundlage einer evidenzbasierten Arbeit auf Ebene Bachelor of Science sowie dessen akademischen Anschlusses auf Masterlevel und Doktorat. Beide Grundausbildungen sind im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) geregelt [10]. Darin finden sich allgemeine, soziale und persönliche Kompetenzen zur Ausübung der Pflege und anderer nichtmedizinischer Berufe im Gesundheitswesen.

### Task Sharing bedeutet, dass Fachpersonen aufgrund ähnlicher Kompetenzniveaus dieselben Aufgaben erledigen können wie Ärzte.

Wird der Pflegeabschluss auf Stufe Master of Science als Mindestanforderung einer Advanced-Practice-Tätigkeit betrachtet, so lässt sich dieser Studienabschluss ebenso auf Stufe 2 des NQR [7], beziehungsweise Stufe 7 des EQR [8, 9] verorten. Damit ist das übergeordnete Kompetenzlevel von Absolventinnen und Absolventen eines Master of Science in Pflege identisch demjenigen von Medizinabsolventinnen und -absolventen, jedoch der berufsspezifische Fokus ein anderer. So müssen beispielsweise Advanced Practice Nurses (APN) in der Lage sein, eine Situation systematisch, mit passenden validierten und zuverlässigen Methoden zu erfassen und passende Massnahmen zu ergreifen [3, 11].

### Task Shifting und Task Sharing

Mit diesen beiden Konzepten rückt die Erledigung einzelner Aufgaben («Tasks») sowie die Teamarbeit ins Zentrum. Aufgaben unterscheiden sich definitorisch von Zielen oder Aktionen und können schrittweise erledigt werden. Häufig sind dabei bestimmte Kompetenzen vorausgesetzt auf unterschiedlichen Niveaus [12]. Dafür sind geeignete Planung, angepasste Zusammenarbeit sowie adaptierte Rahmenbedingungen nötig [13, 14].

Task Shifting ist die Übergabe von einzelnen Aufgaben einer höher qualifizierten Berufsgruppe an tiefer qualifizierte Fachpersonen, häufig mit entsprechendem Lohnunterschied. Kenntnis- und Fähigkeitserwerb sind unabdingbar [14-17]. Als Beispiel sei auf medizinische Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPK) verwiesen [2, 18-20] (siehe Kasten «Beispiel MPK in Hausarztpraxen»).

An MPK übergebene Aufgaben haben bisher ärztliche Fachpersonen erfüllt. Dank ihrer Ausbildung unterstützen MPK nun Patientinnen und Patienten gezielt. Um dabei gute Qualität zu erreichen, ist es wichtig, dass die übergebenen Aufgaben zugeschnitten sind und die Erkrankung bei den Patientinnen und Patienten weitgehend stabil ist [2, 19, 21-23].

Dagegen bedeutet Task Sharing, dass andere Fachpersonen als Ärztinnen und Ärzte aufgrund ähnlicher Kompetenzniveaus dieselben Aufgaben erledigen können. Damit wird der jeweilige Tätigkeitsbereich erweitert [15, 16, 24]. Als Beispiel sollen für diesen Artikel APN genannt sein. Aufgrund des Master-of-Science-in-Pflege-Abschlusses verfügen APN über dasselbe bildungstheoretische Kompetenzniveau wie ärztliche Fachpersonen. Entsprechend können sie gleiche Aufgaben übernehmen, wenn auch mit anderem berufsspezifischen Fokus. Je nach Aufgaben benötigen auch APN Anleitungen oder Schulungen, jedoch ergänzen sie mit ihrer Sichtweise die Behandlung [25, 26] (siehe Kasten «Beispiel APN in Hausarztpraxen»).

Sowohl mit Task Shifting wie Task Sharing entsteht Flexibilität in der Aufgabenerledigung. Ebenso werden die Potenziale aller involvierten Fachpersonen besser genutzt [14]. Auch wenn das Schweizer Abrechnungssystem auf Aufgaben fokussiert, werden weder die Medizin noch die Pflege und die dafür nötigen Anforderungen genügend abgebildet [11].

### Pro und Kontra

Neue Formen der Aufgabenerledigung sind für die Schweiz wichtig. Jedoch werden Task Sharing und Task Shifting erst zögerlich umgesetzt [26-28]. Beide Formen haben ihre Vor- und Nach-

**Tabelle 1: Begriffserläuterungen**

Skill- und Grademix	(Ideale) Mischung von Fähigkeiten und Ausbildungsabschlüssen
Reskilling	Fähigkeiten um- oder neuernen
Task Shifting	Aufgabenübertragung
Task Sharing	Aufgabenteilung
APN	Advanced Practice Nurses, Pflegefachpersonen mit einem Master of Science Pflege, beruflicher Tätigkeit sowie Berufserfahrung

## Organisationen

teile. Für beide müssen Aufgaben bestimmt werden, die an eine andere Gruppe von Fachpersonen, je nach Kompetenzlevel, übergeben werden können. Für Task Shifting ist es von Vorteil, wenn die Aufgabe genau zugeschnitten ist. In Bezug auf die MPK sind solche Schritte teilweise schon erfolgt [2, 19]. Jedoch bestehen Unklarheiten für Task Shifting an andere Fachpersonen wie APN – auch wenn die nötigen Aus- und Weiterbildungen sowohl für MPK wie APN bereits etabliert sind [2, 6, 18–20, 28].

Im Task Sharing werden Aufgabenbereiche an ähnlich qualifizierte Fachpersonengruppen übergeben. Aufgaben werden evidenzbasiert, mit breiterem Fokus, angepasst auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erledigt [15, 16, 24]. Für beide Aufgabenüberantwortungen können gute Patientinnen- und Patientenergebnisse erreicht werden [20, 22, 24, 29–31].

Um zielgerichtet Task Shifting und Task Sharing einzusetzen, ist es nötig, die übergebenen

### Für komplexere Aufgabengebiete wie die Betreuung von Personen mit Multimorbidität bietet sich vor allem Task Sharing an.

Aufgaben hinsichtlich nötiger Kompetenzen zu prüfen. Insofern bietet sich vor allem für komplexere Aufgabengebiete wie die Betreuung von Personen mit Multimorbidität Task Sharing an. Die neu mit der Aufgabe betrauten Fachpersonen bringen damit eine Erweiterung ein, die schliesslich die Qualität weiter verbessert [21, 23, 24].

Task Sharing und Task Shifting gelingen besser, wenn die beteiligten Fachpersonen aus Medizin und Pflege gut ausgebildet sind [13, 16, 24, 32]. Wichtig ist, dass sie partizipativ und theorie- sowie evidenzbasiert umgesetzt werden, unter Einbezug der betroffenen Fachpersonen [28, 33]. Wichtig sind ebenso passende strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen [12–14, 17]. Da APN im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bisher nicht als Leistungserbringer benannt sind [19, 26], ist die Umsetzung von Task Shifting und Task Sharing erschwert.

### Ein Mehrwert für das Gesundheitswesen

Task Sharing und Task Shifting eignen sich, um aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Teamwork, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung werden verbessert. Bei Task Shifting gilt, die übergebenen Aufgaben passend auszuwählen und zuzuschneiden [20]. Task Sharing ermöglicht die Aufgabenerledigung auf dem gleichen Kom-

### Beispiel MPK in Hausarztpraxen

Eine verheiratete 45-jährige Einzelhandelskauffrau kommt mit ihrem 6-jährigen Sohn zur Sprechstunde (Erstberatung) der MPK aufgrund eines neu diagnostizierten Diabetes Mellitus Typ 2.

1. Adipöser EZ (164 cm, 90 kg, BMI 33,5 kg/m<sup>2</sup>), HF 73/min, BD 155/95 mmHg
2. Zustand nach depressiver Episode, Kniearthrose links, Rotatorenmanschettenruptur links, Nikotinabusus
3. Bereits Mutter ist zuckerkrank, Vater vor einigen Jahren an Leberkrebs verstorben
4. Laborbefunde: kleines BB, Elektrolyte, Nierenretentionswerte unauffällig, BZ nüchtern 8,3 mmol/l, Triglyzeride 1,98 mmol/l; Gesamtcholesterin 6,23 mmol/l, HDL-Cholesterin 1,47 mmol/l, LDL-Cholesterin 3,9 mmol/l, HbA1c 7,3%.

Massnahmen: Erklären der Diagnose und der entsprechenden Laborbefunde, Schulung der Patientin in der selbstständigen Bestimmung des Blutzuckers sowie Lebensstilanpassung.

### Beispiel APN in Hausarztpraxen

Hausbesuch bei bekannt chronisch kranker Patientin, 75 Jahre, aufgrund unruhiger Nächte.

1. Vd. a. vaskuläre Demenz ED 11/21
2. Chronische KHK (letzte TTE 3/22 EF55%)
3. DM II ED 2003
4. ANI AKI 3 03/23
5. AHT
6. ... diverse ND

Strukturierte Anamnese nach SOAP

Massnahmen: Anpassung des Insulinmanagements, Medikation sowie Massnahmen zur erhöhten Aktivierung tagsüber, Angehörigencoaching im Umgang mit DM, Demenz.

Zusammenarbeit: mit Demenzcoach Spitem und Psychiater des angrenzenden Altersheims, Zusammenführen der «Fäden». Ethische Fallbesprechung mit Angehörigen und interdisziplinärem Team zum weiteren Prozedere und REA, bzw. Patientenverfügung.

petenzniveau, jedoch mit unterschiedlichen beruflichen Ausrichtungen. Damit gelingt ein Mehrwert [13, 24, 32]. Ohne diese Überlegungen besteht die Gefahr, dass Task Sharing und Task Shifting zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, der Fachpersonen und schliesslich auch des Gesundheitswesens umgesetzt wird.

### Task Sharing und Task Shifting eignen sich, um Teamwork, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Beide Formen der Aufgabenbewältigung profitieren von gut ausgebildeten Fachpersonen und führen zu erweiterten Versorgungsmöglichkeiten. Behandlung und Betreuung werden besser auf Kontext und kulturelle Gegebenheiten angepasst durchgeführt [13, 15]. Passende Planung, genügend Ressourcen, Aus- und Weiterbildung, Training und Transparenz sind essenziell [17].

Damit diese Ziele erreicht werden können, braucht es entsprechende Strukturen wie Gesundheitsregionen, Versorgungs- wie Navigationsmodelle und transparente Finanzierungssysteme, weitere Massnahmen und Forschung.

Die «Triple Aims of Healthcare» – das heisst die Verbesserung der individuellen Erfahrungen mit der Pflege, die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Senkung der Pro-Kopf-Kosten für die Pflege der Bevölkerung – sowie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten können hier leitend sein [13, 16, 34].

### Korrespondenz

maya.zumsteinshaha[at]bfh.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code