

Versorgungskonzept

Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen

Universitätsmedizin Greifswald

Institut für Community Medicine

Abt. für Versorgungsepidemiologie und Community Health

Ellernholzstr. 1-2

17487 Greifswald

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es eine klare Sektoren- und Aufgabentrennung in der Versorgung. Angesichts des demografischen Wandels und des dadurch bedingten bereits bestehenden und sich weiter zuspitzenden Fachkräftemangels im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist eine Aufgabenneuordnung von Ärzt*innen und Pflegefachpersonen notwendig, um langfristig eine adäquate Versorgung von Patient*innen und die effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen zu sichern (Geithner et al., 2016).

In diesem Zusammenhang ist eine regionale, interprofessionelle Versorgung, zu der auch die Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen gehört, eine Möglichkeit, sich den gegebenen Herausforderungen zu stellen. Diese Aufgabenübertragung kann entweder nach Anweisung und unter Verantwortung des*der Arztes*Ärztin (in Delegation) oder eigenverantwortlich (in Substitution) geschehen. Im Ausland sind solche Konzepte bereits seit Jahrzehnten erfolgreich implementiert. Die Durchführung hierzulande ärztlicher Tätigkeiten erwies sich dabei als sicher, wirksam und führte zu einer höheren Zufriedenheit bei den Patienten (Laurant et al., 2018; Morilla-Herrera et al., 2013; Woo, Lee & Tam, 2017). In Deutschland erfährt momentan besonders die Substitution einen großen Zuspruch von Entscheidungsträgern und den an der Versorgung beteiligten Professionen im Gesundheitswesen (Osterloh, 2020).

Vor dem Hintergrund der bestehenden und zu erwartenden Versorgungssituation im Gesundheitswesen ist eine Übertragung geeigneter, bisher typischerweise von Ärzt*innen ausgeführten Tätigkeiten an Pflegefachpersonen notwendig.

1.2 Kernergebnisse der AHead-Studie

Im Rahmen der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten **AHead-Studie** „*Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz und Qualifikation*“ wurden geeignete Tätigkeiten für eine zukünftige Aufgabenneuverteilung identifiziert. Die Akzeptanz einer Delegation und Substitution dieser Aufgaben und die jeweils als erforderlich angesehene Qualifikation aus Sicht aller Beteiligten wurde mittels einer Mixed-Methods-Beobachtungsstudie erhoben (Michalowsky et al., 2020 im Review). Dies erfolgte beispielhaft für die Primärversorgung von Menschen mit Demenz. Hierbei handelt es sich um eine Personengruppe, die in der Regel neben ihren kognitiven Einschränkungen altersbedingt eine hohe bis sehr hohe Multimorbidität aufweist und daher eine intensive medizinische und pflegerische Versorgung benötigt.

Auf Basis der Daten der Interventionsstudie Delphi-MV-Studie „*Demenz: Lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern*“ (Thyrian et al., 2017) wurden zunächst alle zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz notwendigen ärztlichen Tätigkeiten, die sich grundsätzlich für eine Übertragung an Pflegefachpersonen eignen, identifiziert. Dies geschah mittels der Erhebung offener Bedarfe bei Patient*innen und Angehörigen durch eine speziell geschulte Pflegefachperson (Dementia Care Manager*in, DCM) in der Häuslichkeit der Patient*innen.

Für die ermittelten Tätigkeiten wurden in einem weiteren Schritt Menschen mit Demenz, Angehörige, Pflegefachpersonen und Hausärztinnen hinsichtlich der Akzeptanz für eine Aufgabenteilung und einer möglichen Substitution oder Delegation ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen als auch der benötigten Qualifikation befragt. Aus diesen Ergebnissen ließ sich wiederum ableiten, welche Berufsgruppe welche Tätigkeiten zukünftig ausführen könnte.

Insgesamt wurden 865 Hausärzte, Pflegefachpersonen, Menschen mit Demenz und Angehörige zu etwa gleichen Anteilen befragt. Die erfragten ärztlichen Tätigkeiten fielen in folgende Tätigkeitsbereiche:

- Durchführung, Auswertung und Interpretation verschiedener Assessments
- Ausstellen von Erst- und Folgeverschreibungen
- Durchführung von Monitoring
- Sonstige Tätigkeiten

In allen vier Gruppen wurde eine Delegation oder Substitution ärztlicher Tätigkeiten und damit eine Arbeitsteilung über alle Tätigkeitsbereiche hinweg überwiegend als gut bis sehr gut möglich/umsetzbar bewertet (74 % bis 92 %). Es wurde auch von allen Gruppen angegeben, dass vor allem die Patienten von einer Aufgabenneuverteilung profitieren würden.

Der überwiegende Teil der Pflegefachpersonen und Hausärzte gab an, dass eine Aufgabenteilung gut umsetzbar wäre. Alle befragten Gruppen stimmten zu, dass Patient*innen von einer Delegation bzw. Substitution ärztlicher Tätigkeiten an bzw. durch Pflegefachpersonen profitieren würden.

Bei der Betrachtung einzelner Tätigkeiten fiel auf, dass sich die Ergebnisse in Abhängigkeit von der Tätigkeit selbst sowie von der befragten Gruppe unterscheiden. Dies zeigt, dass die beteiligten Gruppen die Übertragbarkeit einzelner Tätigkeiten sehr differenziert beurteilen. Über alle Probandengruppen hinweg wurden die Tätigkeitskategorien „Assessment“ sowie „Folgeverschreibung“ am häufigsten als Tätigkeiten für eine mögliche Substitution genannt. Eine klare Ablehnung der Substitution besteht bei Hausärzt*innen hinsichtlich der Erstverordnung einer geriatrischen Rehabilitation (7% Zustimmung) und Heilmitteln (5%

Zustimmung) sowie einer Folgeverordnung von Medikamenten (2% Zustimmung). In diesem Zusammenhang wurde insbesondere auch die Notwendigkeit einer zusätzlichen Qualifikation unterschiedlich bewertet.

Das Ausmaß der Übertragbarkeit von Tätigkeiten in Delegation oder Substitution variiert je nach Qualifikation der Pflegefachpersonen.

2. Das Versorgungskonzept „Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen“

2.1 Ziele

Das übergeordnete Ziel des vorliegenden Versorgungskonzeptes ist es, die Lebens- und Versorgungssituation von chronisch erkrankten und zu Hause lebenden Menschen durch eine erweiterte Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen zu verbessern und gleichzeitig an die zukünftigen Herausforderungen der Versorgung anzupassen. Ein Schwerpunkt des Konzeptes liegt in der frühzeitigen Zusammenführung von Einzelleistungen der Gesundheitsberufe zu abgestimmten Handlungsabläufen in der Gesamtversorgung von Patienten. Durch den Fokus auf Prävention können Kompetenzen, die für ein selbständiges und autonomes Leben in der Häuslichkeit nötig sind, erhalten werden. Dies kann durch die Koordination bzw. Verfügbarmachung bereits vorhandener Angebote unterstützt werden. Hierdurch können unter anderem einer vorzeitigen Überleitung in die stationäre Pflegeversorgung entgegengewirkt und Krankenhauseinweisungen reduziert werden (Michalowsky et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Einzelziele für das Versorgungskonzept festgelegt:

- Die Identifikation von offenen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsbedarfen von Patient*innen sowie die rasche Deckung dieser in Delegation oder Substitution
- Das kontinuierliche Monitoring der Patient*innen im Rahmen einer arbeitsteiligen Versorgung
- Unterstützung pflegender Angehöriger durch Verweise auf bestehende Entlastungsangebote.

Die neue Versorgungsform unterstützt die Bedarfe von Patient*innen. Hierdurch wird die Betreuungssituation stabilisiert und ein möglichst langer Verbleib in der Häuslichkeit gesichert. Es gilt das Subsidiaritätsprinzip.

Weitere erwartete positive Effekte einer Umsetzung des Versorgungskonzeptes sind:

- die Arbeitsentlastung von Hausärzt*innen,

- eine höhere Arbeitszufriedenheit von Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen
- eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch erweiterte Qualifizierungs- und Karriereoptionen
- Verbesserung der Kommunikation zwischen der Pflege und der ärztlichen Versorgung
- die Erhöhung der gesundheitsökonomischen Effizienz der Versorgung

Neben den Leistungsempfängern profitieren somit auch Angehörige von Gesundheitsfachberufen sowie bei der überwiegenden Versorgung durch pflegende Angehörige auch die entsprechenden Kostenträger von einer Aufgabenneuverteilung. Für die Pflegefachpersonen bedeutet eine erweiterte Pflegepraxis die Expansion des pflegerischen Tätigkeitsspektrums und vor allem auch einen Fortschritt auf dem Weg zu vertiefter und erweiterter Pflegeexpertise (Geithner et al., 2016).

2.2 Aufgabenteilung und Ablauf der Versorgung

a) Aufgabenteilung

Um die obengenannten Ziele zu erreichen, sollen bisher typischerweise von Ärzt*innen ausgeführte Tätigkeiten an adäquat dafür qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen (bis hin zur Advanced Practice Nurse) in Delegation bzw. Substitution übertragen werden.

Die Befragung der AHeaD-Studie zeigte für verschiedene definierte Tätigkeiten ein hohes Potential für Delegation bzw. Substitution (siehe dazu Abb. 1). In die folgende Auswertung wurden nur diejenigen Tätigkeiten einbezogen, für die bei allen vier Personen- bzw. Berufsgruppen die Möglichkeit einer Aufgabenneuverteilung abgefragt wurde. Die Antwortmöglichkeiten auf die Frage nach der Zustimmung einer Aufgabenübertragung waren: „in Delegation“, „in Substitution“, und „Nein“.

Gaben mehr als 33% der Befragten für eine Tätigkeit „Nein“ an, wurde dies als Ablehnung der Aufgabenübertragung dieser Tätigkeit gewertet. Die Aufteilung der Tätigkeiten nach Delegation und Substitution wurde wie folgt vorgenommen: Entfiel die Mehrheit der restlichen Stimmen auf die Substitution, wurde die entsprechende Tätigkeit als substituierbar kategorisiert. Entfiel die Mehrheit der restlichen Stimmen auf Delegation, wurde die Tätigkeit als delegierbar eingeordnet.

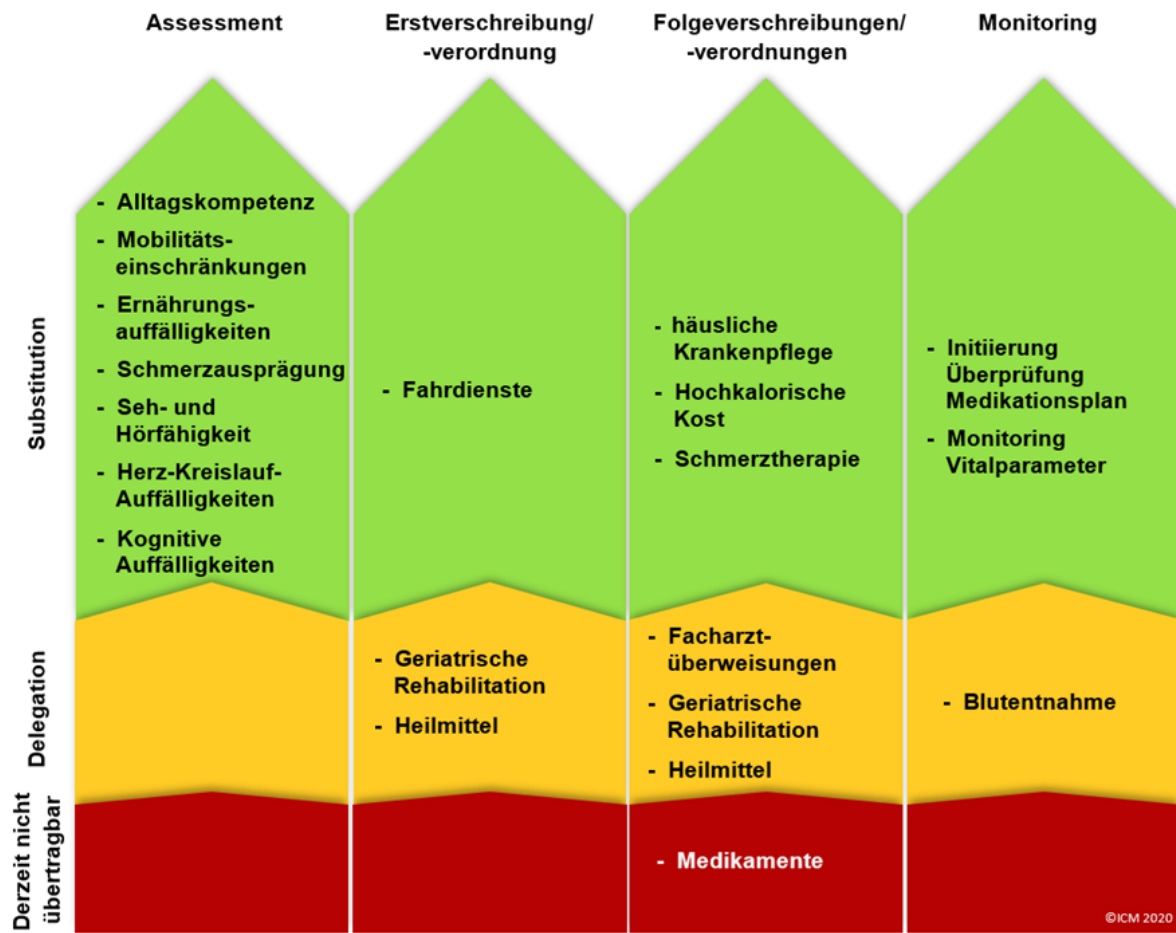


Abb. 1: Übertragungsmöglichkeiten bislang ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen lt. Befragungsergebnissen der AHead-Studie

b) Ablauf der Versorgung

Die Versorgung der Patient*innen erfolgt innerhalb des Versorgungskonzeptes in folgenden Schritten:

(1) Identifikation von Bedarfen

Die*der behandelnde (Haus-)Ärztin*Arzt oder die in der Häuslichkeit betreuende Pflegefachperson erkennt, dass bei der*dem Patientin*en offene Bedarfe bestehen.

(2) Einbindung der Pflegefachperson über die Hausarztpraxis mit anschließender detaillierter Bedarfserhebung mit dem*der Patienten*in

Die Pflegefachperson nimmt Kontakt zur*zum Patientin*en auf, erhebt mit Hilfe des IT-gestützten Daten-Management-Systems standardisiert die offenen Versorgungsbedarfe und erstellt anhand dessen eine detaillierte Interventionsempfehlung.

(3) Deckung der Bedarfe

Auf Basis der ermittelten Versorgungsbedarfe wird ein individueller Behandlungs- und Versorgungsplan erstellt. Dieser beinhaltet neben medizinischen und pflegerischen Aspekten auch weitere Versorgungsangebote wie z. B. eine sozialrechtliche Beratung sowohl für die Patient*innen als auch für die pflegenden Angehörigen. Die Deckung der offenen Versorgungsbedarfe erfolgt in

- a. Substitution (direkt nach der Bedarfserhebung),
- b. Delegation (nach Rücksprache mit dem*r Arzt*Ärztin oder
- c. Durch die Weitergabe der Bedarfsdeckung an die*den Ärztin*Arzt

(4) Monitoring der Bedarfsdeckung sowie des Gesundheitszustandes des*der Patienten*in

Die Pflegefachperson überprüft in festgelegten Abständen die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen und den Gesundheitszustand der Patient*innen. Dies geschieht in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Professionen.

Kernpunkte des Versorgungskonzeptes ist eine Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen, bei der die Pflegefachpersonen erweiterte Kompetenzen erhält und ärztliche Tätigkeiten in Ihr Aufgabenprofil integriert.

Eine **Verortung dieses Konzeptes** in einer Hausarztpraxis wäre aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht geeignet. Um die Auslastung einer Pflegefachperson gewährleisten zu können, wäre statt einer Zuordnung zu einer*m einzelnen Hausärztin*arzt bzw. Fachärztin*arzt für Neurologie/ Psychiatrie die Zuordnung zu einem Zusammenschluss von Ärzt*innen, wie etwa in Ärztenetzen denkbar. Zudem wäre eine Verortung der Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen in ambulanten Pflegediensten oder Beratungsstellen möglich.

Das Versorgungskonzept wird vor allem von qualifizierten Pflegefachpersonen und niedergelassenen Ärzt*innen, aber auch von Fachkräften aus nichtärztlichen Heilberufen wie z.B. Physio- und Ergotherapeut*innen getragen. Darüber hinaus können auch gesetzliche Betreuer, ehrenamtliche Helfer, Angehörige und Sozialversicherungsträger involviert werden.

2.3 Qualifikation

Sowohl die Übernahme bislang ärztlicher Tätigkeiten als auch die vielfältigen Bedarfe und Bedürfnisse von Patienten mit multiplen Erkrankungen erfordern eine umfassende Qualifikation der durchführenden Person.

Daher erfolgt die erweiterte Aufgabenübernahme durch Pflegefachpersonen im Rahmen einer zweizeitigen Lösung. Kurzfristig werden spezifisch weitergebildete Pflegefachpersonen eingesetzt, wie am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz: Demenz Care Manager*innen. Mittel- bis langfristig wird die Aufgabenübernahme durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (bis hin zur Advanced Practice Nurse), die mit zunehmender Verantwortung bislang von Ärzt*innen ausgeführte Tätigkeiten in Delegation und Substitution übernehmen, durchgeführt. Die akademische Qualifizierung erfolgt auf pflegewissenschaftlicher Basis, idealerweise im hochschulischen Rahmen und interprofessionellen Kontext.

Langfristig kann der Empfehlung des Wissenschaftsrats, mindestens 20% akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen einzusetzen, entsprochen werden, indem die Qualifizierung der Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen ausschließlich hochschulisch erfolgt. Die Qualifizierung sollte an **medizinischen Fakultäten** erfolgen, um den praxisnahen Erwerb klinischer Fähigkeiten und medizinischer Kenntnisse zu gewährleisten sowie den Austausch zwischen angehenden Ärzt*innen und Pflegefachpersonen bereits im Studium zu fördern.

Die erweiterte Aufgabenübernahme erfolgt zunächst durch weiterqualifizierte Pflegefachpersonen, mittel- und langfristig durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen.

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind Teil eines **Qualifikationsmix** in der Pflege (siehe dazu Abb. 2). Hierbei werden Tätigkeitsbereiche für verschiedene Qualifikationsstufen definiert, so dass die jeweils optimal dafür qualifizierte Person eine Tätigkeit ausführt.

Qualifikationsmix

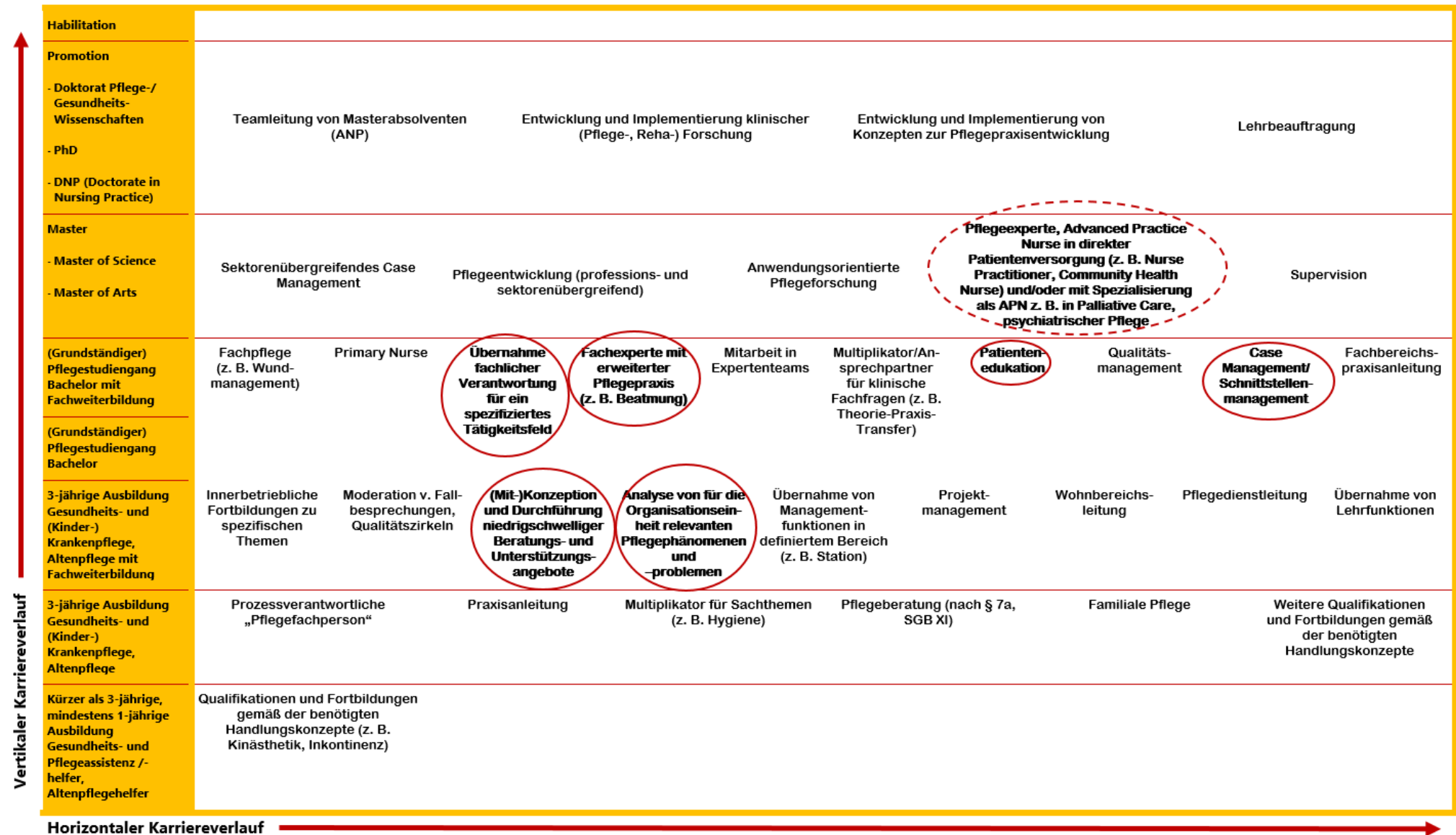


Abb. 1: Qualifikationsmix (in Anlehnung an Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2020)

Advanced Practice Nursing erfordert nach internationaler (ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network, 2001-2020) und nationaler (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e. V., 2019) Definition durchgängig einen Masterabschluss. Da diesen derzeit in Deutschland nur wenige klinisch tätige Pflegefachpersonen aufweisen, ist eine Implementierung und Weiterentwicklung des Versorgungskonzepts zunächst mit weiterqualifizierten Pflegefachpersonen bzw. Bachelorabsolventen sinnvoll. Langfristig sollten auch Advanced Practice Nurses auf Masterniveau für entsprechende Aufgaben eingesetzt werden (siehe Abb. 2). Hierdurch kann - zum Nutzen von Patient*innen - eine erweiterte Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen auf Augenhöhe und mit dem Ziel einer kooperativen Arbeitsteilung erreicht werden.

2.4 Qualitätssicherung

Eine Qualitätssicherung der neuen Versorgungsform wird durch verschiedene Maßnahmen gewährleistet:

- Die **Qualifizierung der Pflegefachpersonen** zur*zum Dementia Care Managerin*er ist in einem mehrstufigen Prozess entwickelt worden, an dem alle Akteure beteiligt waren und in welche konkrete, konzeptspezifische Praxiserfahrungen eingeflossen sind.
- Die **standardisierte, systematische Erfassung der unerfüllten Bedarfe der Patient*innen** ermöglicht eine umfassende Bedarfserkennung und generiert spezifische, individuelle Interventionsempfehlungen. Basis hierfür könnte das in der DelpHi-MV-Studie (Thyrian et al., 2017) verwendete IT-basierte Versorgungs-Management-System sein. Die Anwendung dieses elektronischen Dokumentationssoftware-Pakets ermöglicht die Dokumentation, kontinuierliche Prüfung und Auswertung der erhobenen Daten, was eine hohe Qualität der Durchführung sichert und eine Bewertung der erbrachten Versorgungsqualität ermöglicht.
- Die in Forschungsprojekten entwickelte Standards, wie ein fest **definiertes Minimum an Assessments und Beratungsterminen pro Patient*in** gewährleisten eine hohe Qualität der Versorgung.
- Die **Überprüfung der für die*den individuelle*n Patientin*Patienten festgelegten Ziele** erfolgt durch Outcome Messungen (Reduktion von unmet needs).

2.5 Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage für die Delegation von Tätigkeiten ist im § 87 Abs. 2 SGB V und für die Substitution im § 63 Abs. 3c des SGB V verankert, wonach in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege, die nach § 4 Abs. 7 des

Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, übertragen werden können. Die Ausübung bezieht sich auf Tätigkeiten der Heilkunde und die Anordnung von Hilfsmitteln, für die die Pflegefachperson fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung übernehmen kann. Voraussetzung der Übertragung ist eine vorherige Diagnose und Indikationsstellung durch die*den behandelnde*n Ärztin*Arzt.

3. Finanzierung

Innovative Versorgungsformen erfordern häufig ein Geflecht von Verträgen zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Das Sozialgesetzbuch V sieht für solche Verträge mehrere gesetzlich definierte Handlungsnormen vor, die ein weites Feld von Realisierungsmöglichkeiten erschließen (Güssow, 2007):

- Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V
- Strukturverträge nach § 73a SGB V
- Hausarztverträge nach § 73b SGB V
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung (für Fachärzte) nach § 73c SGB V
- Medizinische Versorgungszentren nach § 95a SGB V
- Integrierte Versorgung nach §§ 140a-d SGB V

Für die Implementierung des hier vorliegenden Versorgungskonzeptes wird die Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140a–d SGB V sowie die Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V als rechtliche Vertragsform favorisiert.

Eine Aufnahme dieses Versorgungskonzeptes in die Sozialgesetzbücher würde die Implementierung beschleunigen und die Finanzierung vereinfachen. Möglich wäre z.B. eine Integration des neuen Versorgungskonzeptes für chronische Erkrankungen in den § 37 des SGB V neben der Soziotherapie (§ 37a SGB V) und der ambulant spezialisierten Palliativversorgung (§ 37a SGB V). Studien konnten bereits aufzeigen, dass kollaborative Versorgungsansätze bei Menschen mit Demenz Krankenhausbehandlungen vermeiden könnten (Michalowsky et al., 2019). Vorteil einer Verortung im SGB V wäre hierbei, dass die Patient*innen (frühzeitig) in der Hausarztpraxis identifiziert werden und Anspruch auf die neue Versorgungsform erhalten könnten. Die notwendigen Kommunikationskanäle zwischen den Hausärzt*innen und der Pflegefachpersonen wären bereits gegeben, wodurch die gemeinsame Versorgungsleistung schneller und reibungsloser ausgestaltet werden könnte. Daneben wäre natürlich eine Verankerung im SGB XI möglich, da dieses die Basis der pflegerischen Versorgung darstellt. Eines der Ziele des Versorgungskonzeptes, eine Verzögerung der stationären Pflege, kann für die Pflegeversicherung einen erheblichen finanziellen Vorteil darstellen. Dies trifft nicht zu, wenn verschiedene Leistungen, wie betreutes Wohnen, ambulanter Pflegedienst und Tagespflege parallel beansprucht werden. Werden

Patient*innen jedoch überwiegend von Angehörigen betreut, kann die Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen dazu beitragen, die Situation zu stabilisieren, Angehörige zu entlasten und einen möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit zu unterstützen.

3.1 Vergütung der Versorgungsleistungen

Zur Vergütung der ärztlichen, pflegerischen (und auch anderer) Leistungen, die im Rahmen einer erweiterten Aufgabenteilung entstehen, sind grundsätzlich folgende Vergütungsformen möglich:

- Einzelleistungsvergütung
- Fallpauschalen bzw. Komplex-Fallpauschalen
- Pflegefachpersonenpauschalen
- Budgets
- Ergebnis- bzw. erfolgsorientierte Vergütung
- Gewinnausschüttung

Jede Vergütungsform setzt unterschiedliche ökonomische Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung innerhalb einer innovativen Versorgungsform. Dementsprechend sind aus ökonomischer Perspektive die letztgenannten Vergütungsformen einer unbudgetierten reinen Einzelleistungsvergütung im Allgemeinen überlegen, obgleich in geeigneten Szenarien auch Einzelleistungsvergütungen weiterhin von Bedeutung sein können (Güssow, 2007).

3.2 Vergütung der Pflegefachpersonen

Insgesamt ist ein **Qualifikationsmix** (siehe Abbildung 2) für die erweiterte pflegerische Versorgung von Patient*innen anzustreben. Damit ergibt sich mit zunehmender Qualifizierung der Pflegefachpersonen und damit verbundener wachsender Verantwortung auch eine Steigerung der Vergütung.

Für eine Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen ist die Schaffung direkter Vergütungsmöglichkeiten für die von Pflegefachpersonen ausgeführten Tätigkeiten erforderlich. Dies erfordert eine Änderung der Sozialgesetzgebung.

4. Evaluation des Versorgungskonzeptes

Parallel zur Konzeptimplementierung sollte eine Evaluation des Versorgungskonzeptes erfolgen. Hierfür sollten folgende Endpunkte erfasst werden:

- Wirksamkeit hinsichtlich der offener Versorgungsbedarfe
- Die Akzeptanz- und Zufriedenheit von Hausarzt*innen und weiteren an der neuen Versorgungsform beteiligten Berufsgruppen

- Barrieren und fördernde Faktoren für die Implementation der neuen Versorgungsform
- Passgenauigkeit der Qualifizierung der Pflegefachpersonen zur Übernahme von ärztlichen Aufgaben, besonders in Substitution
- Kosten-Effektivität der Versorgungsform: Vergleichende Analyse der Alternative mit und ohne Aufgabenteilung unter Einbezug der Versorgungskosten und der Lebensqualität der Patienten

5. Ausblick

Die Studie zur erweiterten Aufgabenteilung wurde am Beispiel von Demenzerkrankungen in der primären Versorgung durchgeführt. Demenzerkrankungen sind definiert durch den Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen. Die daneben auftretenden körperlichen Einschränkungen treten ebenso bei einer Vielzahl weiterer chronischer Erkrankungen auf, so dass die kognitiven Symptome eher als zusätzliche, erschwerende Faktoren zu werten sind.

Hieraus ergibt sich, dass das Versorgungskonzept auf andere Patient*innengruppen ausgeweitet werden kann, z. B. auf die Versorgung von Patient*innen mit Krebserkrankungen, palliativ versorgte Menschen, Menschen mit chronischen Schmerzen, aber auch auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Ebenso ist eine spätere Adaptation des Versorgungskonzeptes für akut erkrankte Personengruppen denkbar, z. B. im Rahmen der postoperativen Versorgung nach ambulanten Eingriffen.

Perspektivisch kann eine Ausweitung des Versorgungskonzeptes auf weitere chronisch oder akut erkrankte Personengruppen sowie auf weitere Versorgungssettings erfolgen.

Folgende nächste Schritte sind notwendig, um das Versorgungskonzept langfristig und erfolgreich in der Regelversorgung zu etablieren:

- Etablierung einer einheitlichen Qualifikation
- Einigung auf eine einheitliche Bezeichnung der Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen
- Eine praxisbezogene Anpassung der Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen
- Anpassungen des SGB V bzw. SGB XI, um die Übernahme erweiterter Aufgaben und ihre Vergütung für Pflegefachpersonen zu ermöglichen
- Schaffung einer konkreten, unmittelbaren Vergütungsmöglichkeit für die Erbringung spezifischer Leistungen durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen im Sinne einer Gebührenordnung für Pflegefachpersonen

Literaturverzeichnis

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e. V. (Hrsg.). (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eineleistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Zugriff am 18.03.2020. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>
- Geithner, L., Arnold, D., Feiks, A., Helbig, A. K., Scheipers, M. & Steuerwald, T. (2016). *Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis* (Hochschule Kaiserslautern, Technische Universität Kaiserslautern & Hochschule Ludwigshafen, Hrsg.). Zugriff am 12.03.2020. Verfügbar unter https://www.e-hochb.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Geithner_et_al-2016-ANP.pdf
- Güssow, J. (2007). *Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen* (Gesundheits- und Qualitätsmanagement, 1. Aufl.). Wiesbaden: DUV Deutscher Universitäts-Verlag. Zugriff am 12.03.2020.
- ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network (Hrsg.). (2001-2020). *Definition and Characteristics of the Role. Definition*. Zugriff am 12.03.2020. Verfügbar unter <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Michalowsky, B., Xie, F., Eichler, T., Hertel, J., Kaczynski, A., Kilimann, I. et al. (2019). Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's & Dementia: the Journal of the Alzheimer's Association*, 15(10), 1296–1308. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.05.008>
- Morilla-Herrera, J. C., Morales-Asencio, J. M., Martín-Santos, F. J., Garcia-Mayor, S., Rodríguez-Bouza, M. & González-Posadas, F. (2013). Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: protocol for a systematic review and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1652–1659. <https://doi.org/10.1111/jan.12030>
- Osterloh, F. (2020, 21. Februar). Ärztliche Leistungen: 2021 sollen Vorschläge für die Substitution vorliegen. *Deutsches Ärzteblatt*, 8, A-366.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2020). *Karrierewege - 360° Pflege*. Zugriff am 12.03.2020. Verfügbar unter <https://www.qualifikationsmix-pflege.de/karrierewege/>
- Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A. et al. (2017). Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A

Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 996–1004.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2124>

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y. & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>