

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsmedizin Greifswald
Förderkennzeichen:	01VSF16028
Akronym:	AHead
Projekttitel:	Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation
Autoren:	Esther Henning, Petra Lücker, Anika Rädke
Förderzeitraum:	1. Mai 2017 – 30. April 2020

Inhalt

1. Zusammenfassung	5
1.1 Hintergrund	5
1.2 Methodik	5
1.3 Ergebnisse	5
1.4 Diskussion	6
2. Beteiligte Projektpartner	7
3. Einleitung	7
3.1 Ausgangslage des Projektes	7
3.2 Ziele und Fragestellungen/ Hypothesen des Projekts	9
3.3 Projektstruktur	10
3.4 Zusammenarbeit mit den Konsortialpartnern sowie den ggf. beteiligten Kooperationspartnern	12
4. Projektdurchführung	13
5. Methodik	13
5.1 Ein- und Ausschlusskriterien	14
5.2 Zielpopulation und Response-Rate	15
5.3.1 Menschen mit Demenz und Angehörige aus der DelpHi-MV Studie	15
5.3.3 Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen	16
5.4 Datenerhebung und -auswertung	16
5.4.1 Tätigkeitsanalyse	16
5.4.2 Schriftliche Befragung	17
5.4.3 Fokusgruppendifkussionen	18
5.4.4 Kostenanalyse und Finanzierungsoptionen	19
5.4.5 Entwicklung eines Versorgungskonzeptes	19
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen	20

6.1 Zwischenergebnisse aus der Tätigkeitsanalyse	20
6.2 Primäre Fragestellung und Hypothesen	20
6.3 Sekundäre Fragestellungen und Hypothesen	21
6.4 Weitere Projektergebnisse	23
6.4.1 Kostenanalyse	23
6.4.2 Finanzierungsoptionen	27
6.5 Limitationen der Studie	28
6.6 Diskussion der Ergebnisse	29
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	30
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	31
9. Anlagen	34
Literaturverzeichnis	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragestellung und Hypothesen der AHead-Studie.....	10
Abbildung 2: Projektstruktur	12
Abbildung 3: Ablaufschema der AHead-Studie	13
Abbildung 4: Studiendesign AHead.....	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner.....	7
Tabelle 2: Zielpopulation der AHeaD-Studie.....	15
Tabelle 3: Selbstkosten für eine Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben.....	23

1. Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Sowohl die bestehende Sektorentrennung im deutschen Gesundheitswesen als auch die klare Aufgabenverteilung zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen erschwert oftmals eine optimale Behandlung und gute Versorgung von Patient*innen und die effektive Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Um beides angesichts des demografischen Wandels und des schon jetzt bestehenden und sich zuspitzenden Fachkräftemangels im ärztlichen und pflegerischen Bereich langfristig zu sichern sowie eine regionale, interprofessionelle Versorgung im ambulanten Bereich zu erreichen, ist unter anderem eine Neuordnung der Aufgaben von Ärzt*innen und Pflegefachpersonen notwendig. Hierzu sollte eine Übertragung bislang ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen erfolgen. Ziel der AHeaD-Studie war daher, die Möglichkeiten der Aufgabenneuverteilung (in Delegation oder Substitution) von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen am Beispiel der ambulanten Demenzversorgung zu spezifizieren und anhand der Ergebnisse ein innovatives Versorgungskonzept zu entwickeln.

1.2 Methodik

Die Studie wurde als Mixed-Methods-Beobachtungsstudie mit einem sequentiellen Vertiefungsdesign durchgeführt und umfasste (a) eine Analyse der Tätigkeiten von sog. Dementia Care Manager*innen (DCM) in der ambulanten Demenzversorgung, (b) eine aus dieser Tätigkeitsanalyse entwickelte quantitative schriftliche Befragung zur zukünftigen Aufgabenneuverteilung sowie (c) qualitative Fokusgruppendifkussionen (FGD) mit betroffenen Menschen mit Demenz (MmD), deren Angehörige, Pflegefachpersonen und Ärzten.

1.3 Ergebnisse

Es konnten 865 Fragebögen (n = 225 Hausärzt*innen, n = 232 Pflegefachpersonen, n = 211 MmD und n = 197 Angehörige) ausgewertet werden.

Zukünftige Arbeitsteilung: Insgesamt zeigt sich eine große Offenheit gegenüber einer Neuverteilung bislang ärztlicher Tätigkeiten. Über alle Gruppen hinweg wurde die Delegation (mit ärztlicher Anweisung) an oder die Substitution (eigenverantwortlich) von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen grundsätzlich für eine Aufgabenübertragung als geeignet bewertet (74 % bis 92 %). Einzelne Tätigkeiten wurden differenziert beurteilt, jedoch in allen fünf Tätigkeitsbereichen (Assessment, Erst- und Folgeverschreibung, Monitoring und sonstige Tätigkeiten) Aufgaben identifiziert, die für eine Neuverteilung geeignet erscheinen.

Qualifikation: Etwa 75 % aller Befragten sehen eine weitere Qualifizierung der Pflegefachpersonen als erforderlich an. Diese Qualifizierung reichte von einer Weiterbildung bis hin zum Abschluss auf Masterniveau. Grundsätzlich ist jeweils ein Viertel der befragten Hausärzt*innen (25 %) und Pflegefachpersonen (24 %) der Meinung, dass für eine Aufgabenübernahme eine Hochschulausbildung benötigt wird. Die Notwendigkeit eines akademischen Abschlusses wird besonders für die Übernahme von Aufgaben durch Substitution gesehen (37 % der Hausärzt*innen und 29 % der Pflegefachpersonen).

Akzeptanz: Hatten die befragten Hausärzt*innen schon Erfahrungen mit einer Aufgabenübertragung an Pflegefachpersonen (DelpHi-MV-Hausärzt*innen), war die Akzeptanz einer solchen größer (Delegation 65,8 % vs. 57,2 %, Substitution 18,4 % vs. 10,7

%). Insgesamt hängt diese Akzeptanz auch vom Ausmaß der Verantwortungsabgabe und der eigenen Involviertheit ab. Die Bereitschaft, selbst Aufgaben abzugeben, erreichte für die Substitution einen Wert von maximal 28,9 %, für die Delegation maximal 55,3 %).

MmD (78,8 %) und ihre Angehörigen (78,4 %) zeigten eine große Offenheit für eine Übertragung bislang ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen. Nach Einschätzung der Hausärzt*innen (Delegation 82,7 %, Substitution 74,7 %) und Pflegefachpersonen (Delegation 68,2 %, Substitution 65,9 %) überwiegen die Vorteile bei einer Aufgabenneuverteilung.

Beziehung: MmD und ihre Angehörigen glauben einerseits, dass Pflegefachpersonen Beratungen bzgl. der Demenzerkrankung durchführen können (MmD: Delegation 37,8 %, Substitution 46,9 %; Angehörige: Delegation 37,8 %, Substitution 54,1 %), andererseits, dass die*der Hausärzt*in dennoch wichtigste*r Ansprechpartner*in bliebe (MmD 92,1 %, Angehörige 84,5 %).

Die Auswirkungen auf die Ärztin*Arzt-Patient*in-Beziehung wurden für die Delegation (Hausärzt*innen 57,8 %, Pflegefachpersonen 48 %) positiver bewertet als für die Substitution (Hausärzt*innen 30,7 %, Pflegefachpersonen 30,6 %).

Kosten: Für die Berechnungen wurden Daten der DelpHi-MV-Studie zugrunde gelegt. Es lassen sich verschiedene Finanzierungsmodelle identifizieren. Erlöseinbußen durch die Aufgabenabgabe durch Hausärzt*innen wurden durch die Möglichkeit, die freiwerdenden Kapazitäten für umsatzrelevante Aktivitäten nutzen zu können, ausgeglichen.

Für die Kostenträger kann die neue Versorgungsform dann rentabel sein, wenn durch sie die Heimeinweisung verzögert wird und im häuslichen Rahmen die überwiegende Versorgung durch Angehörige erfolgt.

Der Gesundheitszustand von MmD kann durch das Versorgungskonzept verbessert und die Notwendigkeit medikamentöser Therapien reduziert werden.

Fokusgruppendifkussionen: In den qualitativen FGD wurde deutlich, dass die Hausärzt*innen das Potenzial der Pflegefachpersonen noch nicht ausreichend genutzt und anerkannt sehen. Weiterhin waren die Vergütung und Verantwortung der Aufgabenübertragung wichtige Themen. Die Pflegefachpersonen sahen sich zudem durch Hausärzt*innen gegenwärtig noch nicht genügend wertgeschätzt. Für eine Aufgabenneuverteilung fehlte vielen momentan der rechtliche Rahmen. Angehörige legten Wert auf Arbeitserleichterung, Betreuungsangebote und Sicherheit durch Vertrauen. MmD waren hingegen eher ambivalent bezüglich einer Aufgabenneuverteilung und bevorzugten häufig die Durchführung von Tätigkeiten durch Hausärzt*innen, ohne jedoch dafür Gründe zu nennen.

1.4 Diskussion

Die Akzeptanz der Aufgabenneuverteilung ist sowohl bei den Hausärzt*innen als auch bei den Pflegefachpersonen hoch. Ebenso akzeptieren die MmD und Angehörige die Übernahme von medizinischen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen. Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sehen grundsätzlich mehr Vor- als Nachteile einer kooperativen Arbeitsteilung. Zukünftig sollten daher sowohl zur Entlastung der Hausärzt*innen als auch zur Erweiterung der Pflegerolle und adäquaten Versorgung der älteren, multimorbiden Patient*innen ärztliche Tätigkeiten an Pflegefachpersonen delegiert und substituiert werden. Eine Aufgabenneuverteilung sollte im Rahmen von Modellvorhaben erprobt und weiter konkretisiert als neue Versorgungsform in die Regelversorgung überführt werden und damit allen Patient*innen zur Verfügung stehen. Für eine allgemeine Anwendbarkeit ist die Frage der erforderlichen Qualifikation für die Pflegefachpersonen zu klären. In der durchgeführten

Befragung wurde für die spezifische Patientengruppe von MmD eine dementsprechende Weiterbildung favorisiert. Sollen Pflegefachpersonen in Zukunft einen umfassenden, eigenverantwortlichen Anteil an der medizinisch-pflegerischen Versorgung aller Patient*innen leisten und eine internationale Vergleichbarkeit der Qualifikation erreicht werden, ist, sind zunächst legislative Änderungen, zur Aufgabenübertragung an Pflegefachpersonen mit einem akademischen Abschluss auf Bachelor-, langfristig auf Masterniveau nötig.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Einrichtung	Institution	Projektleitung	Ansprechpartner
Universitäts- medizin Greifswald	Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann Tel. 03834 86 7750 wolfgang.hoffmann @uni-greifswald.de	Esther Henning
Universitäts- medizin Rostock	Institut für Allgemein- medizin	Prof. Dr. Attila Altiner Tel. 0381 494 2480 Fax 0381 494 2482 altiner@med.uni-rostock.de	Dr. Anja Wollny
Deutsches Zentrum für Neuro- degenerative Erkrankungen DZNE e.V.	DZNE Standort Rostock/ Greifswald	Dr. Bernhard Michalowsky Tel. 03834 86 7507 Fax 03834 86 19551 bernhard.michalowsky @dzne.de	Anika Rädke
Hochschule Neubrandenbu rg	Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management	Prof. Dr. Roman F. Oppermann Tel. 0395 5693 3002 Fax 0395 5693 3190 oppermann@hs-nb.de	Daniela Zorn
Universitäts- medizin Greifswald	Institut für Community Medicine, Abt. Methoden der Community Medicine	Prof. Dr. Thomas Kohlmann Tel. 03834 86 77 61 Fax 03834 86 77 66 thomas.kohlmann @med.uni-greifswald.de	Bianca Biedenweg

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projektes

In Deutschland gibt es in der Gesundheitsversorgung sowohl eine klare Sektoren- als auch Aufgabentrennung. Die Bereiche ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung sind ebenso klar voneinander abgegrenzt wie die Tätigkeiten, die Angehörige der jeweiligen an der Patient*innenversorgung beteiligten Professionen ausführen darf.

Aufgrund des demografischen Wandels und des schon jetzt bestehenden Fachkräftemangels im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist eine Neuordnung der Aufgaben von Hausärzt*innen

und Pflegefachpersonen notwendig. Dies wurde bereits 2007 durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) postuliert.

Angesichts dieser Fakten ist hierzulande im ambulanten Rahmen eine regionale, interprofessionelle Versorgung anzustreben, um eine gute Versorgung von Patient*innen und die effektive Nutzung vorhandener Ressourcen langfristig zu sichern. Hierzu gehört auch die Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen. 2008 schaffte die Regierung mit § 63 Abs. 3c SGB V eine erste Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben die Substitution ärztlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen in der Praxis zu testen (Dreier, Rogalski, Homeyer, Oppermann & Hoffmann, 2015).

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Bereich der Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten an bzw. durch die Pflege weit hinter den Nachbarländern zurück. Delegation bedeutet, dass die Verantwortung für eine an andere übertragene Tätigkeit bei der/dem Hausärzt*in verbleibt. Substitution hingegen bedeutet, dass in diesem Fall die Pflegefachperson die volle Verantwortung für die Tätigkeit übernimmt. Beispielsweise haben Pflegefachpersonen und sog. Nurse Physicians in den Niederlanden die Erlaubnis zur Durchführung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten inkl. der Verordnung von Medikamenten. Sie beteiligen sich dabei an präventiver, akuter und chronischer Gesundheitsversorgung (Lovink et al., 2017).

Übergeordnetes Ziel der AHeaD-Studie war es daher, die Aufgabenneuverteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen am Beispiel der ambulanten Demenzversorgung in Deutschland zu spezifizieren und anhand der Ergebnisse ein Konzept für die künftige ambulante Versorgung zu entwickeln.

Eines der sekundären Ziele der AHeaD-Studie war es, das aktuelle Stimmungsbild zu einer Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen zu erfassen und dadurch zu ermitteln, ob und wie zukünftig die ambulante Versorgung von MmD in einer kooperativen Arbeitsteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen gestaltet werden kann.

Demenzkrankungen sind eine der häufigsten Erkrankungen im Alter. Derzeit leben rund 1,7 Mio. MmD in Deutschland. Die Kosten der Demenzversorgung in Deutschland beliefen sich im Jahr 2015 laut des Bundesamtes für Statistik auf insgesamt 15 Milliarden € (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015). Aktuelle Schätzungen gehen von einem dramatischen Anstieg der Prävalenz aus. Bis zum Jahre 2050 wird sich demnach die Anzahl betroffener Patient*innen verdoppeln (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a). Die steigende Anzahl von MmD stellt enorme medizinische, gesellschaftliche und ökonomische Herausforderungen dar.

Eine adäquate Versorgung von MmD ist laut nationalen und internationalen Leitlinien durch eine sektorenübergreifende, bedarfsgerechte und interdisziplinäre medizinische, psychosoziale, pflegerische, medikamentöse Behandlung sowie nicht-medikamentöse Therapien und weitere soziale Unterstützungsangebote gekennzeichnet. Neben der hausärztlichen Versorgung sind hierbei die fachärztliche, medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Therapie, wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie essentiell für eine patientenorientierte Demenzversorgung (Dreier et al., 2015).

Durch die Sektoralisierung des deutschen Gesundheitswesens werden MmD und ihre Angehörigen oftmals nicht bedarfs- und leitliniengerecht versorgt. Um dieses Problem der Fragmentierung der Versorgung zu lösen, den demenziellen Krankheitsverlauf zu verzögern und den MmD so lange wie möglich ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in der Häuslichkeit zu ermöglichen, sind sektorenübergreifende und innovative Versorgungsansätze notwendig. Besonders im ländlichen Raum sind der Mangel an Hausärzt*innen, die steigende

Anzahl älterer Hausärzte*innen und die daraus folgenden Wege- und Wartezeiten für die Patient*innen zusätzliche erschwerende Faktoren (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald entwickelte zur Überwindung dieser Probleme ein Konzept, welches seit 2012 in Kooperation mit mehr als 130 Hausärzt*innen und über 630 Patient*innen im Rahmen der randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie DelpHi-MV (*Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern*) durchgeführt und evaluiert wurde. Ziel dieser Studie war es, mit Hilfe von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen, den DCM, eine möglichst frühzeitige und optimale Integration der von Demenz betroffenen Patient*innen in das bestehende Gesundheits-, Versorgungs- und Kooperationssystem zu erreichen. Die Ergebnisse der DelpHi-MV Studie zeigten, dass sich die Versorgungs- und Lebenssituation der Betroffenen durch das Dementia Care Management signifikant verbesserte (Bundesministerium für Gesundheit, 2016; Eichler, Thyrian, Fredrich, et al., 2014). Zudem zeigte sich im Rahmen der Intervention eine hohe Delegationsbereitschaft der Hausärzt*innen gegenüber den DCM.

Die AHead-Studie untersuchte spezifisch diese Bereitschaft zur Aufgabenübertragung der Hausärzt*innen an Pflegefachpersonen am Beispiel einer großen Zahl definierter Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung von MmD.

3.2 Ziele und Fragestellungen/ Hypothesen des Projekts

Das Ziel der AHead-Studie war es, ein differenziertes Meinungsbild bezogen auf eine Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen zu erfassen. Zum Anderen sollte ermittelt werden, ob zukünftig die ambulante Versorgung von MmD in einer kooperativen Arbeitsteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen gestaltet werden kann und wie diese sowohl von Betroffenen und ihren Angehörigen als auch von den Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen akzeptiert wird. Die dezidierten Fragestellungen der Studie waren dabei folgende:

- Wie hoch ist die Akzeptanz bei Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen?
- Wie hoch ist der Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen für die neue Arbeitsteilung?
- Wie können Arbeitsprozesse in der Versorgung von MmD künftig arbeitsteilig in Kooperation, Delegation und Substitution organisiert werden?
- Welche Auswirkungen hat eine veränderte Arbeitsteilung auf die Hausärzt*innen-Patient*innen-Beziehung?
- Welche Kosten sind mit der Einführung verbunden und ist der Ansatz rentabel für das Versorgungssystem?

Eine detaillierte Übersicht zu den Fragestellungen, primären und sekundären Hypothesen findet sich in der Abbildung 1.

<p>Primäre Fragestellung:</p> <p>1. Wie können Arbeitsprozesse künftig in Kooperation, Delegation und Substitution organisiert und implementiert werden?</p>	<p>Primäre Hypothesen:</p> <p>1a. Die Anzahl der DCM Tätigkeiten hängt vom Alter, Geschlecht und Demenzstadium der MmD ab. 1b. Tätigkeiten in Delegation werden im Vergleich zu Tätigkeiten in Kooperation und Substitution häufiger von Hausärzten, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen genannt. Die Motive unterscheiden sich dabei. 1c. DelpHi-MV Hausärzte und Pflegefachpersonen geben mehr Tätigkeiten in Delegation und Substitution an als nicht-DelpHi-MV Hausärzte und Pflegefachpersonen. 1d. Pflegefachpersonen nennen mehr zur Substitution geeignete Tätigkeiten als Hausärzte. 1e. Hausärztinnen nennen eine größere Anzahl zur Substitution geeignete Tätigkeiten als Hausärzte.</p>
<p>Sekundäre Fragestellungen:</p> <p>2. Wie ist der Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen?</p> <p>3. Wie ist die Akzeptanz bei Hausärzten, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen?</p> <p>4. Welche Auswirkungen hat eine veränderte Arbeitsteilung auf die Arzt-Patienten Beziehung?</p> <p>5. Welche Kosten sind mit der Einführung verbunden und ist der Ansatz rentabel für das Versorgungssystem?</p>	<p>Sekundäre Hypothesen:</p> <p>2a. Hausärzte, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörige äußern einen Qualifikationsbedarf für Pflegepersonen zur erweiterten Aufgabenübernahme. 2b. Der Qualifikationsbedarf hängt von der Aufgabenübernahme (Kooperation, Delegation, Substitution) ab. 2c. Hausärzte sind häufiger als professionell Pflegenden der Auffassung, dass Pflegefachpersonen zur erweiterten Aufgabenübernahme eine Hochschulausbildung benötigen. 3a. Die Akzeptanz der Aufgabeneuverteilung ist bei Hausärzten und Pflegefachpersonen der DelpHi-MV Studie größer als bei nicht DelpHi-MV Hausärzten und Pflegefachpersonen. 3b. Angehörige akzeptieren die Übernahme von medizinischen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen. 3c. Hausärzte und Pflegenden äußern mehr Vor- als Nachteile einer veränderten Arbeitsteilung. 3d. Hausärzte äußern mehr Bedenken zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten als zur Delegation. 3e. Die Akzeptanz jüngerer Hausärzte ist höher im Vergleich zu älteren. 3f. Die Akzeptanz von Hausärztinnen ist größer als bei Hausärzten. 4a. Hausärzte bleiben wichtigste Kontaktperson für die MmD und ihre Angehörigen. 4b. Pflegefachpersonen werden als kompetente Ansprechpartner für die Demenz von den Betroffenen und ihren Angehörigen wahrgenommen. 4c. Die abgestimmte Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflegefachperson fördert eine positive Arzt-Patienten Beziehung. 5a. Der zeitliche Aufwand und die Kosten unterschiedlicher Delegation-, Kooperations- und Substitutionsleistungen lassen sich aus den DelpHi-MV Daten ermitteln. 5b. Es können unterschiedliche Finanzierungsoptionen identifiziert werden. 5c. Der Hausarzt hat durch Substitution ärztlicher Leistungen Erlöseinbußen. 5d. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist positiv aus Sicht der Kostenträger.</p>

Abbildung 1: Fragestellung und Hypothesen der AHead-Studie

3.3 Projektstruktur

Die Konsortialführung hatte das Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsforschung und Community Health (ICM-VC) der Universitätsmedizin Greifswald inne. Die Abteilung führt populationsbasierte Forschung mit dem Ziel durch, die Lebensqualität der regionalen Bevölkerung zu verbessern und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Sie fokussiert auf klinische und bevölkerungsbezogene Projekte in den Bereichen Versorgungsforschung und Epidemiologie. Ein Konsortialpartner des Projektes war das Institut für Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Rostock. Zu den Forschungsschwerpunkten des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Rostock gehören u.a. die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und die qualitative Sozialforschung.

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE e.V.) Rostock/Greifswald, als weiterer Konsortialpartner der AHead-Studie, hat sich zum Ziel gesetzt, die Auswirkung des demografischen Wandels zu untersuchen, den demenzbedingten Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung zu erfassen und neue Versorgungsnetzwerke zu entwickeln, umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Die Hochschule Neubrandenburg fungierte ebenfalls als Konsortialpartner im Projekt. Ziel der Forschung der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management ist die Erforschung der zweckmäßigen und bedarfsgerechten Gesundheitsleistung für jede Person, welche sich in dieser Studie widerspiegelt.

Das Arbeitsgebiet des Konsortialpartners Instituts für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine schließt sowohl eigene substanzwissenschaftliche und methodische Schwerpunkte als auch Service- und Beratungsfunktionen für Forschungsprojekte der medizinischen Fakultät und fakultätsexterner Arbeitsgruppen ein.

Dem wissenschaftlichen Beirat gehörten elf Mitglieder an. Die Mitglieder umfassten dabei Vertreter folgende in der Praxis tätige, universitäre sowie gesundheitspolitische Akteure:

- AOK Nordost,
- Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern.
- Careum Zürich,
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.,
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Nordost,
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,
- Landkreis Vorpommern-Greifswald, Dezernat II: Soziales, Jugend, Gesundheit, Sicherheit und Ordnung,
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern,
- Pflegevorstand der Universitätsmedizin Greifswald sowie
- Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6 Versorgungsforschung/ Pflegewissenschaft.

Primäres Ziel des wissenschaftlichen Beirates war es, das Projektvorhaben zu beraten und zu unterstützen sowie die Studienergebnisse hinsichtlich der Entwicklung und Umsetzung des Modellprojektes gemäß §63 Abs. 3c SGB V in die Regelversorgung zu diskutieren (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Projektstruktur

3.4 Zusammenarbeit mit den Konsortialpartnern sowie den ggf. beteiligten Kooperationspartnern

Eine konstruktive Kooperation zwischen den Konsortialpartnern wurde durch 14-tägig stattfindende Telefonkonferenzen gesichert. Die Telefonkonferenzen gewährleisteten einen stetigen Austausch zum Stand der Arbeitspakete. Fragen und sonstige projektrelevante Belange konnten so auf direktem Wege besprochen werden.

Während des Projektverlaufes fanden drei persönliche Treffen der Konsortialpartner und der Konsortialführung in Greifswald (27.8.2017; 30.10.2019) und Rostock (18.01.2019) statt. Das erste Treffen hatte zum Ziel, den Ablauf der Rekrutierung und die ersten Fragebogenentwürfe abzustimmen. Das zweite Treffen fand zur Absprache bzgl. des einheitlichen Vorgehens der FGD statt. Das letzte Treffen erfolgte zur weiteren Abstimmung des Kategoriensystems zur Auswertung der FGD.

Mit dem Wissenschaftlichen Beirat der AHead-Studie fanden während der Projektlaufzeit zwei Telefonkonferenzen und zwei persönliche Treffen in Greifswald statt. Am 18.10.2017 fand die erste Telefonkonferenz mit dem wissenschaftlichen Beirat der AHead-Studie statt, um die quantitativen Fragebögen vorzustellen und Änderungsvorschläge zu diskutieren. Am 13.6.2018 fand ein persönliches Treffen der Konsortialführung, der Konsortialpartner und der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates in Greifswald statt. Im Rahmen dieses Treffens wurden dem wissenschaftlichen Beirat der aktuelle Stand der Befragung sowie die Herausforderungen in der Rekrutierung vorgestellt und von diesen kritisch diskutiert. Die Ergebnisse des Treffens flossen in die Erstellung der Leitfadentwürfe für die FGD ein. Zudem fand am 26.11.2018 die zweite Telefonkonferenz mit dem wissenschaftlichen Beirat

statt. Hier wurden die Ergebnisse der quantitativen Befragung dargestellt. Darüber hinaus wurden erste Entwürfe der Leitfäden für die FGD vorgestellt, diskutiert und im Anschluss überarbeitet. Am 30.10.2019 fand das letzte persönliche Treffen der Konsortialführung, der Konsortialpartner und der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates in Greifswald statt. Im Rahmen dieses Treffens wurden dem wissenschaftlichen Beirat die finalen Ergebnisse der quantitativen Befragung und die ersten Ergebnisse der qualitativen Befragung vorgestellt und gemeinsam kritisch diskutiert. Darüber hinaus wurden die ersten Entwicklungen eines Versorgungskonzeptes skizziert und Implikationen für die Praxis herausgearbeitet. Das Versorgungskonzept wurde dem wissenschaftlichen Beirat am 30. März 2020 im Rahmen einer Telefonkonferenz vorgestellt und bezüglich der Implikationen für die Praxis diskutiert.

4. Projektdurchführung

Um die genannten Fragestellungen zu beantworten, wurden folgende Tätigkeiten durchgeführt: Auf Basis des Delphi-MV-Datensatzes wurden mittels einer Tätigkeitsanalyse des DCMs mögliche Tätigkeiten für eine Aufgabenübertragung identifiziert. Es ergaben sich verschiedene Tätigkeitsbereiche mit spezifischen Tätigkeiten. Auf Basis dieser Ergebnisse und einer systematischen Literaturrecherche wurde ein quantitativer Fragebogen für Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sowie jeweils ein vereinfachter Fragebogen für MmD und deren Angehörige entwickelt. Inhalte waren die Akzeptanz der Aufgabenübertragung, der Qualifikationsbedarf für die Pflegefachpersonen, die Auswirkungen der Aufgabenneuverteilung auf die Hausärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und die mögliche Finanzierung.

Die Studie baute auf einer Analyse der Tätigkeiten von DCM auf. Anhand dieser Tätigkeiten wurde eine schriftliche Befragung von Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen zur Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden in qualitativen FGD mit den jeweiligen Gruppen vertieft betrachtet. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein Versorgungskonzept zur Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen erstellt. Der Ablauf des Projektes wird in Abbildung 3 dargestellt.



Abbildung 3: Ablaufschema der AHead-Studie

5. Methodik

Die AHead-Studie wurde als Mixed-Methods Beobachtungsstudie mit einem sequentiellen Vertiefungsdesign durchgeführt. Um die Frage nach der Möglichkeit einer Neuordnung bislang ärztlicherseits durchgeführter Tätigkeiten zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen zu untersuchen, wurden fünf Befragungsdimensionen eingeschlossen: 1) Tätigkeiten, 2) Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen, 3) Akzeptanz der Aufgabenneuverteilung aller Beteiligten, 4) Hausärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und 5) gesundheitsökonomische Analyse/ Implementierung in die Regelversorgung. Diese wurden umfassend aus den Perspektiven von Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen betrachtet.

Die DCM-Tätigkeitsanalyse diente dazu, Aufgaben in Kooperation, Delegation und Substitution zu definieren. Die quantitative schriftliche Befragung zielte darauf ab, eine Präferenz für die Neuverteilung einzelner Tätigkeiten vorzunehmen. Gleichzeitig wurde der Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten erfasst, die Akzeptanz und potentielle Auswirkungen auf die Hausarzt*innen-Patient*innen-Beziehung beschrieben und Implementierungsoptionen in die Regelversorgung identifiziert. Die FGD ergänzten und spezifizierten die quantitativen Ergebnisse. Bislang offene Aspekte und Fragestellungen, die sich aus der quantitativen Befragung ergaben, konnten in den FGD adressiert werden, um eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragestellungen zu erzielen. Die FGD ermöglichten dabei die gleichzeitige Erfassung eines Meinungsbildes von mehreren Personen zu unterschiedlichen Standpunkten und kollektiven Meinungen. Zur Überprüfung obengenannter Fragestellungen und Hypothesen wurde gemäß folgendem Studiendesign vorgegangen (siehe Abbildung 4):

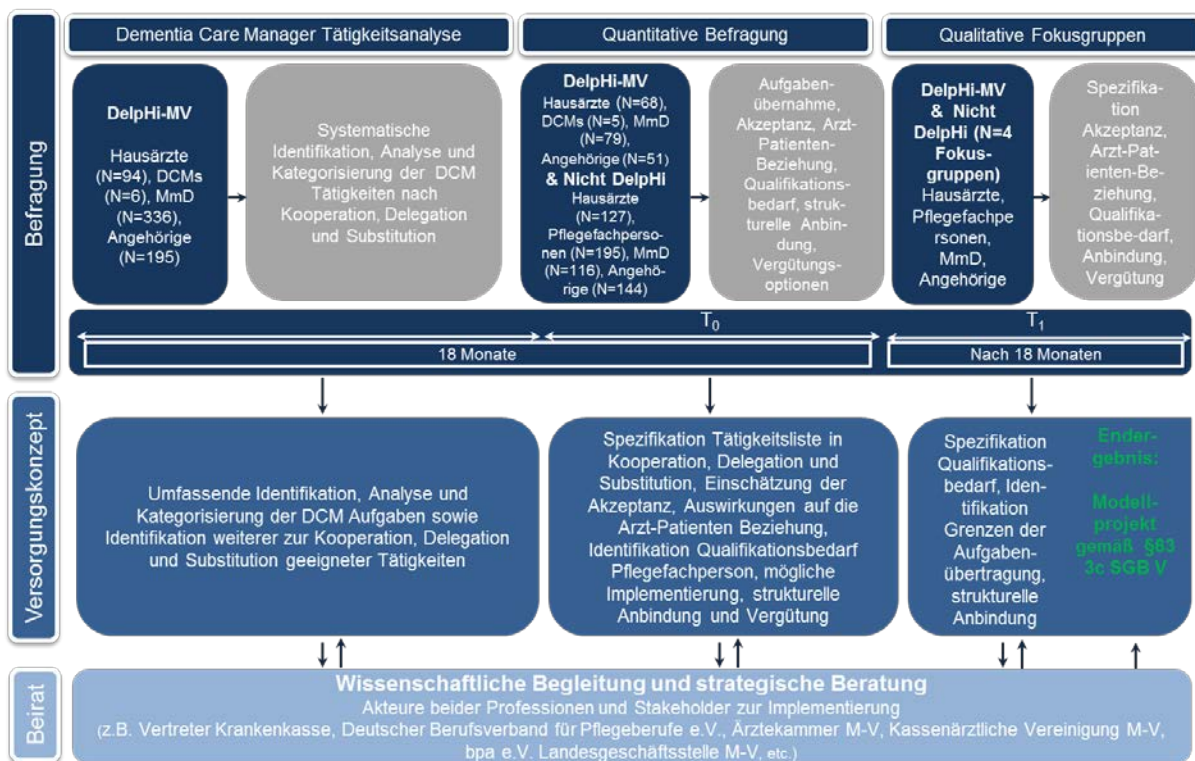


Abbildung 4: Studiendesign AHead

5.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für die MmD waren das Alter (70 Jahre und älter), im ambulanten Setting lebend und keine schwerwiegenden Hör- oder Sehschwächen. Einschlusskriterium für Angehörige war, dass sie jeweils die Hauptversorgungsperson des MmD sind. Darüber hinaus stellte die freiwillige Teilnahme an der Studie ein weiteres Einschlusskriterium dar. Eingeschlossen wurden Hausarzt*innen und Pflegefachpersonen, welche in der ambulanten Pflege tätig sind und nach Informationen über die geplante Studie freiwillig teilnahmen.

5.2 Zielpopulation und Response-Rate

Die AHeaD-Studie schloss insgesamt acht Gruppen ein: (1) DelpHi-MV Hausärzt*innen, (2) DCMs, (3) MmD aus DelpHi-MV, (4) Angehörige aus DelpHi-MV, (5) nicht-DelpHi-MV Hausärzt*innen, (6) nicht-DelpHi-MV Pflegefachpersonen, (7) nicht-DelpHi-MV MmD, (8) nicht-DelpHi-MV Angehörige (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Zielpopulation der AHeaD-Studie

		Zielpopulation (n =)	Response (%)	Stichprobe (n =)
DelpHi-MV	Hausärzt*innen	136	50	68
	MmD	153	52	79
	Angehörige	98	52	51
	DCM	6	83	5
Nicht-DelpHi-MV	Hausärzt*innen	1016	13	127
	MmD	223	52	116
	Angehörige	276	52	144
	Pflegefachpersonen	975*	19	190

* = 325 Pflegedienste, jeweils 3 Pflegefachpersonen

5.3 Rekrutierung

5.3.1 Menschen mit Demenz und Angehörige aus der DelpHi-MV Studie

Mitarbeiter*innen des Studienteams nahmen Kontakt zu MmD aus der DelpHi-MV-Studie auf. Die Aufklärung über die Ziele und das Vorgehen der AHeaD-Studie erfolgte sowohl mündlich als auch schriftlich. Als Teil der Aufklärung händigte das Studienpersonal gleichzeitig mit der schriftlichen Teilnehmerinformation eine integrierte Einverständniserklärung für MmD und Angehörige aus. Mit der Erteilung des schriftlichen Einverständnisses wurden sie in die AHeaD-Studie eingeschlossen. Mit einer expliziten Einwilligung erlaubten die Teilnehmer*innen dem Studienteam, sie zu kontaktieren, um eine eventuelle Teilnahme an den FGD abzusprechen.

5.3.2 Menschen mit Demenz und Angehörige außerhalb der DelpHi-MV Studie

MmD und deren Angehörige außerhalb der DelpHi-MV-Studie wurden über die ambulanten Dienste (wie Tagespflege, ambulante Pflege oder Intensivpflege) rekrutiert. Hierfür wurden die Einrichtungsleitungen/Pflegedienstleitungen telefonisch kontaktiert, über die Studie aufgeklärt und gebeten, MmD und deren Angehörige für die Studie zu gewinnen.

Darüber hinaus wurden regionale Demenznetzwerke für die Rekrutierung genutzt. Innerhalb der am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald und dem DZNE Rostock/ Greifswald geführten und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten DemNet-D Studie („Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland“ – Projektlaufzeit: 01.04.2012 bis 31.10.2015) nahmen 13 regionale Demenznetzwerke in ganz Deutschland teil.

Über die Netzwerkleitungen/ Netzwerkkoordinatoren der Demenznetzwerke wurden die MmD sowie deren Angehörige über die Studie aufgeklärt und zur Teilnahme an der AHeaD-Studie eingeladen. Die Aufklärung über die Ziele und das Vorgehen der AHeaD-Studie erfolgte sowohl mündlich als auch schriftlich durch die Pflegefachpersonen der ambulanten Dienste sowie Netzwerkmitarbeiter*innen.

Sofern ein Interesse an der Studienteilnahme bestand, erfolgt das Aushändigen der Teilnehmerinformation inklusive der Einverständniserklärung sowie eine Information über die Aufwandsentschädigung. Mit der Erteilung des schriftlichen Einverständnisses wurden die Teilnehmer*innen in die AHeaD-Studie eingeschlossen. Mit einer expliziten Einwilligung erlaubten sie dem Studienteam, sie zu kontaktieren, um eine eventuelle Teilnahme an den FGD abzusprechen. Die unterschriebene Einverständniserklärung und der Fragebogen wurden durch den Pflegedienst oder das Demenznetzwerk gebündelt an eine/n Mitarbeiter*in des AHeaD-Studienteams übergeben oder postalisch an das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald gesandt.

5.3.3 Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen

Mitarbeiter*innen des Studienteams nahmen telefonisch und schriftlich Kontakt zu folgenden Personen auf:

- a) Hausärzt*innen der DelpHi-MV-Studie,
- b) Nicht-DelpHi-MV Hausärzt*innen
- c) Dementia Care Manager*innen der DelpHi-MV Studie und
- d) Nicht-DelpHi-MV Pflegefachpersonen.

Alle beteiligten Personen wurden vom Studienteam über die Ziele und das Vorgehen der AHeaD-Studie aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen. Sofern ein Interesse an der Studienteilnahme rückgemeldet wurde, erfolgte die schriftliche Übersendung der Teilnehmerinformation und des Fragebogens. Mit der Erteilung des schriftlichen Einverständnisses wurden die Teilnehmer*innen in die AHeaD-Studie eingeschlossen. Mit einer expliziten Einwilligung erlaubten sie dem Studienteam, sie zu kontaktieren, um eine eventuelle Teilnahme an den FGD abzusprechen. Parallel zur schriftlichen Befragung wurde der Fragebogen über das webbasierte Programm Electric Paper Evaluationssysteme GmbH (EvaSys) zur Verfügung gestellt.

5.4 Datenerhebung und -auswertung

5.4.1 Tätigkeitsanalyse

Für die Analyse der Tätigkeiten wurden Daten des DelpHi-MV-Datensatzes herangezogen. DelpHi-MV war eine hausarztbasierte, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie, die die Wirksamkeit eines kollaborativen Modells der Demenzversorgung testen sollte (Eichler, Thyrian, Dreier, et al., 2014; Thyrian et al., 2012).

Das Modell des Dementia Care Management ist eine Intervention für MmD in der Häuslichkeit, welche nach aktuellen Leitlinien entwickelt wurde und von demenzspezifischen Qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt wird (Dreier, 2012). Das Versorgungsmanagement hat zum Ziel, den individuellen ungedeckten Versorgungsbedarf der MmD zu erfassen, eine optimale Behandlung und Pflege für Menschen mit Behinderung zu gewährleisten und die Pflegenden in enger Zusammenarbeit mit der*dem behandelnden Haus*ärztin*arzt zu unterstützen (Eichler, Thyrian, Dreier, et al., 2014). Die Demenzpflegemanagement-Intervention erwies sich als sicheres, effektives und effizientes Pflegekonzept bei Demenz (Michalowsky et al., 2019; Thyrian et al., 2017).

Auf der Grundlage eines umfassenden standardisierten Assessments identifizierten die qualifizierten Pflegefachpersonen die unerfüllten Bedarfe der MmD und deren Angehörigen und glichen diese mit einer umfassenden Liste von Interventionsmodulen ab, die mit einem

computergestützten Interventionsmanagementsystem erstellt wurden (Eichler, Thyrian, Fredrich, et al., 2014). Die identifizierten Bedürfnisse und die vorgeschlagenen Interventionen wurden mit der*dem behandelnden Hausärztin*arzt persönlich besprochen und schließlich in einer Interventionsaufgabenliste operationalisiert, die alle Aufgaben darstellt, die zur Erfüllung der Bedürfnisse von MmD erforderlich sind. Schließlich führten Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen diese Aufgaben in enger Zusammenarbeit durch.

Auf Basis der in der DelpHi-MV-Studie gewonnenen Interventionen von 284 Probanden wurden insgesamt 8.658 durchgeführte Interventionen innerhalb der Interventionsgruppe dokumentiert. Die Kategorisierung der Freitextantworten fand in Abstimmung mit den DCM, die mehrjährige Berufserfahrung vorweisen, und Mitarbeitern des DZNE Standort Greifswald sowie des Instituts für Community Medicine Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health statt. Die Aufgaben konnten kategorisiert werden in: Assessments, pflegerische Behandlung und Betreuung, soziale Beratung, Information oder Beratung, pharmazeutische Behandlung, Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und Verordnungen. Mittels Regressionsanalysen wurden Risikofaktoren für Versorgungsbedarfe bei MmD berechnet. Diese Ergebnisse und Kategorien bilden die Grundlage für die Entwicklung der quantitativen Fragebögen der nachfolgenden AHeaD-Studie, welche sich auf die folgenden Tätigkeiten in vier verschiedenen Bereichen fokussierten:

1. Assessment: Alltagskompetenz, Mobilitätseinschränkungen, kognitive Auffälligkeiten, Seh- und Hörfähigkeit
2. Erstverschreibung/-verordnung: Fahrdienste, geriatrische Rehabilitation, Heilmittel
3. Folgeverschreibung/ -verordnung: häusliche Krankenpflege, hochkalorische Kost, Schmerztherapie, Facharztüberweisungen, Arzneimittel
4. Monitoring und Sonstiges: Initiierung Überprüfung Medikamentenplan, Monitoring Vitalparameter, Blutentnahme

5.4.2 Schriftliche Befragung

Mittels einer Fragebogenerhebung wurden die Meinungen von MmD, Angehörigen, Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen zu einer Neuverteilung dieser Aufgaben erfragt. Die Fragebogenentwicklung basierte auf einem systematischen Literaturreview deutscher und englischsprachiger Literatur. In die Suche wurden qualitative und quantitative Studien sowie Studien mit einem Mixed-Methods-Ansatz eingeschlossen. Insgesamt konnten 49 Publikationen für die Fragebogenentwicklung verwendet werden. Es wurde ein Itempool mit 108 Items zu einer veränderten Aufgabenverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen erstellt, den studienrelevanten Dimensionen (Qualifikationsbedarf, Akzeptanz, Ärztin*Arzt-Patienten*in-Beziehung, Finanzierung und Implementierung in die Regelversorgung) zugeteilt und zu inhaltlichen Schwerpunkten zusammengefasst. Mit Hilfe dieses Itempools wurde für jede Befragungsgruppe ein äquivalenter, auf die Besonderheiten der Befragungsgruppe abgestimmter erster Fragebogen entworfen. Die Fragebögen wurden im Rahmen von umfangreichen Pretests mittels qualitativer Einzelinterviews und FGD auf Verständlichkeit, Praktikabilität und Ausfülldauer überprüft.

Insgesamt wurden 4.598 Fragebögen (siehe Anlage 1) verschickt. Von diesen wurden 865 Fragebögen (n = 225 Hausärzt*innen, n = 232 Pflegefachpersonen, n = 211 MmD und n = 197 Angehörige) zurückgesandt. Die Rücklaufquote betrug 19%. Die Befragung fand von Dezember 2017 bis August 2018 statt.

Alle an das Studienzentrum zurückgesendeten schriftlich ausgefüllten Fragebögen wurden mit der Software TeleForm® gescannt und verifiziert. Anschließend wurden die Daten in einer Microsoft-Access-Datenbank dokumentiert und zur Analyse an die Software SPSS® und

Stata® übertragen. Die Daten der online Fragebögen wurden in SPSS und Stata® in die bestehende Datenstruktur der schriftlich ausgefüllten Fragebögen in die Software integriert. Die gesammelten quantitativen Daten wurden deskriptiv analysiert.

Die Analyse der quantitativen Befragung erfolgte deskriptiv. Die Identifikation von Unterschieden zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen hinsichtlich der Einordnung von Aufgaben in Kooperation, Delegation und Substitution erfolgte mit Hilfe einer 3x3-Felder-Tabelle. Die Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Hausärzten sowie jüngeren und älteren Hausärzt*innen erfolgte mit Hilfe des Fischer Exact Tests. Weitere Vergleiche zu Unterschieden zwischen DelpHi-MV Hausärzt*innen und nicht-DelpHi-MV Hausärzt*innen sowie DCMs und nicht-DelpHi-MV Pflegefachpersonen erfolgten mittels Fischer Exact Test.

Die Einteilung der möglichen Tätigkeiten für eine Tätigkeitsübernahme wurde in die Kategorien ungeeignet (weniger als 25 % Zustimmung), eher geeignet (Zustimmung zwischen 25 % und 50 %), geeignet (50 bis 75 %) und sehr geeignet (über 75 %) eingeteilt. Diese Kategorisierung erfolgte aufgrund der Zustimmungsraten für die Durchführung medizinischer Aufgabenübergabe an bzw. -übernahme von Pflegefachpersonen. Um die Unterschiede zwischen den Präferenzen von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen sowie zwischen Angehörigen und MmD zu ermitteln, wurde der exakte Test von Fisher verwendet.

5.4.3 Fokusgruppendifkussionen

Die Entwicklung der Leitfäden (siehe Anlage 2) erfolgte gemeinsam im Konsortium. Die vier Leitfäden für Hausärzte, Pflegefachpersonen und MmD sowie deren Angehörige wurden im November 2018 dem wissenschaftlichen Beirat vorgestellt, kritisch diskutiert, überarbeitet und bis Ende des Jahres 2018 finalisiert. Die Leitfäden für alle vier Probandengruppen ähneln sich in Aufbau und Struktur und umfassen inhaltlich analoge Bereiche. Dadurch wurde eine Vergleichbarkeit der FGD hergestellt. Die Sprache und der Umfang der Leitfäden wurde den entsprechenden Probandengruppen angepasst, so wurde beispielsweise der Leitfaden für die MmD an vielen Stellen sprachlich vereinfacht. Die verschiedenen delegierbaren- bzw. substituierbaren Tätigkeiten wurden den MmD zudem auf Karten illustriert vorgestellt.

Die Rekrutierung der Probanden für die FGD fand parallel zur quantitativen Datenerhebung statt. Bei der schriftlichen Befragung wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an den FGD abgefragt.

Es fanden für jede Subgruppe der Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg je zwei FGD mit durchschnittlich 6 Teilnehmer*innen statt. Hierfür wurde aufgrund der projektbezogenen spezifischen Fragestellung ein Leitfaden entwickelt, der auf den Ergebnissen der quantitativen schriftlichen Befragungen basiert. Die Diskussion zu einzelnen Ergebnissen der Umfrage, aber auch generell über eine Aufgabenneuverteilung ermöglichte eine vertiefte Einsicht in die Ergebnisse der Fragebogenerhebung, aber auch ein gezieltes Nachfragen und die Klärung bis dahin unklarer Punkte. Die FGDen wurden jeweils durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert. Ein zweiter Moderator führte hinsichtlich des Ablaufes der FGD Protokoll. Die Gespräche wurden tonaufgezeichnet, anonymisiert verschriftlicht und inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring ausgewertet. Bei der Auswertung wurde zunächst deduktiv (auf Basis einiger zuvor aus den quantitativen Studienergebnissen abgeleiteter Kategorien) vorgegangen. Basierend auf gemeinsamen Diskussionen und Besprechungen mit allen Projektpartnern und dem weiteren induktiven Vorgehen wurde ein finales Kategoriensystem entwickelt.

Anhand des entwickelten Kategoriensystems wurden die Äußerungen der Fokusgruppenteilnehmer*innen fortlaufend mit Hilfe der Software MAXQDA® jeweils von zwei Wissenschaftlern analysiert und entsprechend kodiert.

5.4.4 Kostenanalyse und Finanzierungsoptionen

Kostenanalyse:

Der zeitliche Aufwand und die Kosten einer Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben konnten aus den Daten der Delphi-MV Studie ermittelt werden. Als Grundlage für die gesundheitsökonomische Betrachtung wurden im Rahmen einer Kostenanalyse die Selbstkosten einer Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben ermittelt und die Kosten analysiert. Folgende Kostenarten wurden dabei berücksichtigt: Fixe Kosten (Personalkosten, Wartung, Service, Miete, sonst. Verwaltungskosten, Abschreibungen) und variable Kosten (Bürobedarf, Materialverbrauch für Hausbesuche, Kommunikationskosten, Betriebskosten PKW).

Mittels eines modellbasierten Ansatzes wurden die ökonomischen Effekte einzelner delegierter Aufgaben (wie z.B. die Durchführung von Hausbesuchen und Pflegeberatungen) berechnet. Folgende Parameter wurden dabei berücksichtigt: die Gesamtkosten für eine Pflegefachperson pro Jahr, die Kosten pro Patient*in/Proband*in, die Kosten pro Hausbesuch, die Kapazität einer Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben, die eingesparte Zeit der*des Hausärztin*arztes sowie die daraus resultierende Möglichkeit der Durchführung zusätzlicher Tätigkeiten der*des Hausärztin*arztes am Beispiel von zusätzlichen Konsultationen in der Praxis. Die Analyse erfolgte deskriptiv.

Finanzierungsoptionen:

Unterschiedliche Finanzierungsoptionen für die Tätigkeiten konnten mittels eines Scoping Reviews identifiziert werden. Im Rahmen der quantitativen Befragung wurden zudem die Meinungen der Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen zu möglichen Finanzierungs- und Vergütungsoptionen schriftlich erhoben.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden im Rahmen der FGD weitere Finanzierungsoptionen mit den Ärzt*innen und Pflegefachpersonen diskutiert, Priorisierungen definiert sowie Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungs- und Vergütungsmöglichkeiten aus Sicht der Leistungserbringer herausgestellt. Zudem wurden Empfehlungen zur Vergütung der Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben dargelegt.

5.4.5 Entwicklung eines Versorgungskonzeptes

Basierend auf den Daten der oben beschriebenen quantitativen Befragung und qualitativen FGD wurde ein Versorgungskonzept (siehe Anlage 3) zur Aufgabenteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen innerhalb des Konsortiums erstellt. Hierbei wurden die Ergebnisse der quantitativen und Qualitativen Erhebung gegenübergestellt und alle Aspekte der Tätigkeitsübernahme- bzw. Tätigkeitsübergabe in Substitution und Delegation in den Bereich Aufgabenteilung überführt. Der Ablauf der Versorgung sowie die Qualitätssicherung wurde aus den Ergebnissen der FGD entwickelt. Als Basis für die Qualifizierung der Pflegefachpersonen sowie die Finanzierung des Versorgungskonzeptes dienten die Befragungsergebnisse, welche durch die qualitativen Ergebnisse ergänzt wurde. Das entwickelte Versorgungskonzept wurde dem

Wissenschaftlichen Beirat vorgestellt. Das Konzept wurde anschließend auf Basis der Beiträge und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirates überarbeitet und finalisiert.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

6.1 Zwischenergebnisse aus der Tätigkeitsanalyse

Bei der Tätigkeitsanalyse konnten 8.658 durchgeführte Tätigkeiten identifiziert werden, welche im Rahmen des Dementia Care Management von den Pflegefachpersonen als notwendig erachtet wurden. Von diesen wurden bis zum Ende des ersten Jahres der MV-DelpHi Studie 6.400 als erledigt gekennzeichnet. Die Tätigkeiten wurden in 5 Oberkategorien mit jeweils 2 bis 6 Unterkategorien klassifiziert. Am häufigsten wurden Assessments (MW = 4.4, SD = 3.13), Pflegerische Versorgung (MW = 3.96, SD = 2.24), Aufklärung und Beratung der Patient*innen (MW = 3.25, SD = 2.04), sozialrechtliche Beratung (MW = 2.36, SD = 1.9) und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (MW = 2.16, SD = 1.32) durchgeführt (siehe Anlage 4: Tätigkeitsanalyse).

Folgende soziale und klinische Faktoren der Probanden waren mit der Häufigkeit der Durchführung bestimmter Tätigkeiten assoziiert: Einschränkungen der Alltagskompetenz der Patient*innen waren mit einer erhöhten Durchführung von Assessments, pflegerischen Leistungen und Beratungen assoziiert. Kognitive Einschränkungen und eine formale Demenzdiagnose führten zu einer erhöhten Initiierung sozialrechtlicher Versorgungsleistungen (siehe Anlage 4: Tätigkeitsanalyse).

Übertragen auf die Tätigkeit der DCM kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Die Pflegefachperson zeigten ein komplexes Tätigkeitsprofil und erbrachten ein weites Spektrum versorgungsrelevanter Leistungen für Patient*innen und ihre Angehörigen. In Verbindung mit einer hohen Delegationsbereitschaft der Ärzt*innen besitzt das Dementia Care Management Potential für eine Aufgabeneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und speziell weitergebildeten Pflegefachpersonen. Die*der DCM kann als Vermittler*in zwischen den Akteuren des fragmentierten Gesundheitssystems fungieren und die zielgerechte Versorgung organisieren und überwachen.

6.2 Primäre Fragestellung und Hypothesen

Wie können Arbeitsprozesse künftig in Kooperation, Delegation und Substitution organisiert und implementiert werden?

Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sahen Tätigkeiten häufiger für eine Delegation geeignet an als für eine Ausübung in Substitution (Hausärzt*innen: Delegation = 20, Substitution = 10 Tätigkeiten; Pflegefachpersonen: Delegation = 16, Substitution = 14 Tätigkeiten). Die kooperative Durchführung von Aufgaben ist als übergeordnetes Konzept der Delegation und Substitution zu sehen. Sowohl bei den Hausärzt*innen als auch bei den Pflegefachpersonen wurde für nur eine der vorgegebenen Tätigkeiten weniger als ein Drittel Zustimmung für eine Aufgabeneuverteilung erreicht: Die Hausärzt*innen können sich eine solche für die Folgeverschreibung von Antidementiva, die Pflegefachpersonen für die Folgeverordnung von Facharztüberweisungen nicht vorstellen. Hausärzte nennen keine größere Anzahl an zur Substitution geeigneter Tätigkeiten als Hausärztinnen.

MmD und ihre pflegenden Angehörigen bevorzugen für den überwiegenden Teil der aktuell ärztlichen Tätigkeiten die Substitution durch Pflegefachpersonen. MmD nennen 17 Tätigkeiten

als geeignet für eine Substitution und 5 für eine Delegation, ihre Angehörigen 16 Tätigkeiten für die Substitution und 6 für die Delegation.

Die gemeinsame Betrachtung der Mittelwerte aller Probandengruppen zeigt, dass es für alle abgefragten Tätigkeiten jeweils mehr als 50 % Zustimmung zu einer Aufgabenneuverteilung gibt und diese somit grundsätzlich dafür in Frage kommen (siehe Anlage 6). Die Folgeverschreibung von Antidementiva erreicht jedoch mit 56 %, die Durchführung des Assessments zur Rehabilitationsfähigkeit mit 58 % nur eine knappe Mehrheit.

Je weiter eine Demenzerkrankung fortgeschritten war, desto mehr Leistungen aus verschiedenen Bereichen wurden in der DelpHi-MV-Studie durchgeführt, einschließlich Assessments und sozialrechtlicher Beratungen. Eine Arbeitsteilung in Kooperation, Delegation und Substitution wurde von den einzelnen Gruppen zwar unterschiedlich, aber insgesamt sehr positiv beurteilt (siehe Anlage 5: Quantitative Befragung).

Pflegefachperson (DZ1): „Ja das wär schon schön das wär halt unkompliziertes interdisziplinäres Arbeiten auf kurzem Wege per Anruf kurz mal aber also nicht so kompliziert.“

Hausärzt*innen, die bereits Erfahrungen mit dem Dementia Care Management gemacht hatten, zeigten eine höhere Bereitschaft, einzelne Tätigkeiten neu zu verteilen. Pflegefachpersonen bewerteten mehr Tätigkeiten als für eine Aufgabenneuverteilung geeignet als Ärzt*innen. Hausärztinnen standen einer Substitution von Tätigkeiten skeptischer gegenüber als ihre männlichen Kollegen. Diese Ergebnisse zeigten insgesamt eine große Offenheit gegenüber einer Aufgabenneuverteilung bislang ärztlicher Tätigkeiten. Dies konnte MmD und ihre Angehörigen darin unterstützen, die Versorgung in der Häuslichkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

6.3 Sekundäre Fragestellungen und Hypothesen

Wie ist der Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen?

Etwa drei Viertel der Befragten sahen für die Delegation von Tätigkeiten eine weitere Qualifizierung der Pflegefachpersonen als notwendig an. Dies reichte von einer Weiterbildung bis hin zum Abschluss auf Masterniveau.

Angehörige (B1): „Welche geben die det machen müssen ne aber damit wir ja auch schnell Pflegekräfte kriegen die of dem Gebiet Bescheid wissen reicht auch diese Weiterbildung erstmal weil es wird ja immer mehr sis ja son schleichender Prozess nä und irgendwann ham denn n drittel vielleicht n Studium noch dazu die die dann mit anleiten können wäre ja optimal dann nä und Neuerungen die dann so sind denen beibringen können dann is unsern Angehörigen gut geholfen.“

Für die Substitution war der Anteil, der einen akademischen Abschluss für erforderlich hält, mit 37 % (Hausärzt*innen) bzw. 29 % (Pflegefachpersonen) noch höher. Damit scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Verantwortungsübernahme und der Qualifikation zu geben.

*Hausärzt*innen (B1): „Wie das jetzt praktisch aussehen kann ob das einfach über ne Delegation in der Form wies jetzt möglich wäre an die breite Pflege folgt oder ob man dann eben doch sagt naja vielleicht doch nochmal über ne extra Qualifikation dann eben auch mit extra Budget mit extra Abgleichsberuf.“*

Trotz eines geringen Unterschieds waren Hausärzt*innen (25 %) häufiger als professionell Pflegende (24 %) der Auffassung, dass Pflegefachpersonen zur erweiterten Aufgabenübernahme eine Hochschulausbildung benötigen. Den höchsten Bedarf an Qualifikation für eine Tätigkeitsübernahme bzw. -übergabe gaben die professionell Pflegenden und die Hausärzt*innen bei der Erstverschreibung bzw. -verordnung an. Der geringste Qualifikationsbedarf wurde von beiden befragten Probandengruppen beim Monitoring gesehen (siehe Anlage 7: Qualifikationsbedarf).

Wie ist die Akzeptanz bei Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, MmD und Angehörigen?

Bei denjenigen Befragten, die Erfahrungen mit der DelpHi-MV-Studie gemacht hatten, war die Akzeptanz für eine Aufgabenneuverteilung größer als bei denen ohne diese Erfahrungen.

MmD und Angehörige der DelpHi-MV-Studie sprachen sich zu einem großen Teil für eine Aufgabenübernahme durch Pflegefachpersonen aus. Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sahen Vorteile in einer Aufgabenneuverteilung. Nachteile sahen eher die Pflegefachpersonen. Weder das Alter noch das Geschlecht der Hausärzt*innen hatte einen Einfluss auf ihre Akzeptanz einer Aufgabenneuverteilung.

78,4 % der Angehörigen und 78,8 % der MmD stimmten für eine Aufgabenübernahme durch Pflegefachpersonen. Sie sahen beispielsweise eine genauere Kenntnis des MmD als Vorteil an:

MmD (B5): „Die is persönlicher die kennt uns eher necht“

Insgesamt sahen Hausärzt*innen zu 74,4 % in der Substitution und zu 82,7 % in der Delegation Vorteile. Pflegefachpersonen sahen hingegen nur zu 65,9% in der Substitution und zu 68,2 % in der Delegation Vorteile. In der quantitativen Befragung sahen Hausärzt*innen Nachteile zu 16,6 % für die Substitution und zu 10,8 % für die Delegation. Pflegefachpersonen sahen mehr Nachteile für die Substitution (19,4 %) und für die Delegation (20,9 %) als Hausärzt*innen. In der qualitativen Befragung zeigten sich die befragten Hausärzt*innen grundsätzlich offener gegenüber dem Modell der Delegation anstelle dem der Substitution. Genannte Argumente gegen eine Delegation bzw. Substitution waren: Verschlechterung der Ärztin*Arzt-Patient*in-Beziehung, Angst vor Regressionsforderungen durch die Krankenkassen sowie zusätzlich benötigte Dokumentationszeit für die Pflegefachperson zu Lasten der Zeit für die*den Patientin*Patienten. Als Argumente für eine Delegation bzw. Substitution wurden angeführt: mögliche Entlastung der*des Hausärztin*arztes, umfassenderes Patient*innenbild durch intensivere Betreuung, bessere Nutzung des Potentials der Pflege.

Hausärzt*innen (D1): „Und das andere is auch vielleicht ne Wertschätzungsfrage für die Pflegefachkräfte, wenn der Hausarzt weiß, was die können die können ja wirklich mehr als wir denken oder als sie selber denken ne. (...).“

Jüngere Hausärzt*innen (Median \leq 55 Jahre) äußerten sich hinsichtlich der Akzeptanz von Substitution und Delegation in den meisten Fällen ähnlich wie ältere Hausärzt*innen.

Folgende Unterschiede wurden dennoch in einzelnen Teilbereichen sichtbar. 62,7 % der jüngeren Hausärzt*innen und 46,4 % der älteren Kolleg*innen sahen in der Substitution keine Entlastungsmöglichkeit für Pflegefachpersonen. Für 48,4 % der älteren Hausärzt*innen und 60,3 % der jüngeren Hausärzt*innen würde eine Substitution zu keiner stärkeren Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung führen. Durch Delegation sahen 86,5 % der jüngeren Hausärzt*innen

eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit für Hausärzt*innen, wobei die älteren Hausärzt*innen dies mit 79,4 % angaben. Hausärztinnen äußerten sich im Bereich der Substitution und Delegation in den meisten Fällen ähnlich wie Hausärzte. Eine Ausnahme bildete die Stärkung des Vertrauens in die*den Hausärztin*arzt durch Substitution. Hier gaben Hausärzte die Vorteile mit 14,7 % an und Hausärztinnen mit 20,5 %.

Welche Auswirkungen hat eine veränderte Arbeitsteilung auf die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung?

Ein Großteil der MmD und der Angehörigen glaubt, dass Pflegefachpersonen Beratungen bzgl. der Demenz durchführen könnten, aber auch, dass die*der Hausärztin*arzt trotz einer veränderten Aufgabenteilung wichtigste/r Ansprechpartner*in bliebe. Positive Auswirkungen einer abgestimmten Kommunikation auf die Ärztin*Arzt-Patient*in-Beziehung wurde für die Delegation von ca. der Hälfte der Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen, für die Substitution von jeweils ca. einem Drittel erwartet.

Hausärzt*innen (C1): *„Dass man halt gewisse Aufgaben delegieren kann, um das besser zu monitoren oder was weiß ich dann glaub ich schon dass das dann auch mal ne Arzt-Patienten-Beziehung stärkt.“*

92,1 % der MmD und 84,5 % der Angehörigen glaubten, dass die*der Hausärztin*arzt trotz einer veränderten Aufgabenteilung der wichtigste Ansprechpartner bliebe. 37,8% der befragten MmD und ebenso viele Angehörige gaben an, dass Pflegefachpersonen Beratungen bzgl. der Demenz in Delegation bzw. Substitution (46,9 % MmD, 54,1% Angehörige) durchführen könnten. Die Auswirkungen der Substitution auf die Ärztin*Arzt-Patient*in-Beziehung wurden von 30,7 % der Hausärzt*innen und 30,6 % der Pflegefachpersonen positiv bewertet. Die Stärkung der Ärztin*Arzt-Patient*in-Beziehung durch Delegation wurde von 57,8 % der Hausärzt*innen und 48 % der Pflegefachpersonen positiv bewertet.

Welche Kosten sind mit der Einführung verbunden und ist der Ansatz rentabel für das Versorgungskonzept?

Der zeitliche Aufwand und die Kosten der in der AHead-Studie ermittelten Delegations-, Kooperations- und Substitutionsleistungen konnten aus den Daten der DelpHi-MV Studie ermittelt werden. Darüber hinaus konnten unterschiedliche Finanzierungsoptionen für die Tätigkeiten identifiziert werden. Die*der Hausärztin*arzt hat durch Substitution einzelner ärztlicher Leistungen keine Erlöseinbußen. Aus Sicht der Kostenträger ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis positiv.

6.4 Weitere Projektergebnisse

6.4.1 Kostenanalyse

Die ermittelten Selbstkosten für eine Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben beliefen sich im Rahmen der DelpHi-MV Studie auf ca. 46.850 € pro Jahr (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Selbstkosten für eine Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben

Kostenart	Kostenkategorie	Kosten pro Jahr in €
Fixe Kosten	Personalkosten	35.939,06 €

	Wartung/Service, anteilig	301,24 €
	Miete, anteilig	1.051,80 €
	Sonstige anteil. Verwaltungskosten (IT Support)	258,00 €
	Abschreibungen	6.401,36 €
		∑ 43.951,46 €
Variable Kosten	Bürobedarf	259,79 €
	Materialverbrauch für Hausbesuche	148,03 €
	Kommunikationskosten	512,37 €
	Betriebskosten Fahrzeug	1.975,93 €
		∑ 2.896,12 €¹
Kosten Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben pro Jahr		∑ 46.847,58 €²

¹ Variable Kosten pro Hausbesuch (HB): Annahme Regelversorgung 60 Patient*innen pro Pflegefachperson x 6 Besuche im Jahr = 360 HB; ergibt 8,04 € variable Kosten pro HB

² Kosten Pflegefachperson pro Patient*in pro Jahr: Annahme basiert auf 60 Patient*innen pro Jahr x 6 Besuche; Kosten pro Patient*in (bei 60 Patient*innen pro Jahr): 780,79 €

Die im Rahmen der Kostenanalyse ermittelten Selbstkosten einer Pflegefachperson, welche Delegations- und Substitutionsleistungen innerhalb eines komplexen und vollständigen Case Management durchführt, belaufen sich somit auf ca. 780 € pro Proband*in/Patient*in, unter der Annahme, dass (wie in der DelpHi-MV Studie) durchschnittlich 60 Patient*innen pro Jahr versorgt und dabei ca. 6-mal im Jahr besucht werden (bei kalkulatorischen 212 Arbeitstagen pro Jahr). Bei der Betreuung von 60 Proband*innen würden pro Hausbesuch folglich Kosten in Höhe von 130,13€ entstehen, welche eine Vielzahl an Substitutions- und Delegationstätigkeiten inkludieren würde.

In der Regelversorgung könnte eine Pflegefachperson aber auch bei 90 Patient*innen pro Jahr ein intensives und vollständiges Case Management durchführen. Bei 540 Besuchen an durchschnittlich 212 Arbeitstagen pro Jahr ergeben sich so 2,5 Hausbesuche pro Arbeitstag. Die Kosten pro Patient*in belaufen sich dann auf 520,53€. Pro Hausbesuch würden dann Kosten in Höhe von 86,75€ entstehen.

Die Ergebnisse der bereits veröffentlichten Kosten-Effektivitätsanalyse der DelpHi-MV Studie zeigen zugleich, dass Patient*innen, welche durch eine Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben betreut wurden, geringere Kosten in Höhe von 569 € bei gleichzeitig erhöhter Lebensqualität aufwiesen (Michalowsky et al., 2019). Die Einsparungen resultieren insbesondere aus der besseren Medikation, der geringeren Hospitalisierungsrate und der Verzögerung der Heimeinweisung der Patient*innen, die durch eine Pflegefachperson betreut wurden (Thyrian et al., 2017). Damit würden sich die Kosten der Pflegefachperson in der Routineversorgung amortisieren.

Im Rahmen der erweiterten modellbasierten Analyse hat sich herausgestellt, dass Hausärzt*innen durch die Delegation und Substitution von Tätigkeiten freie Kapazitäten zur Investition in andere umsatzsteigernde Tätigkeiten entstehen. Unter der Annahme, dass ein Hausbesuch, wie in der DelpHi-MV Studie, im Durchschnitt 106 Minuten dauert und

mindestens 360 Hausbesuche pro Jahr durch die Pflegefachperson durchgeführt werden, beträgt die jährliche zeitliche Entlastung für die*den Hausärztin*arzt bei voller Kapazitätsauslastung einer Pflegefachperson insgesamt 636 Stunden. Nach Bereinigung dieser Stunden um die benötigte Zeit für Übergabegespräche, ungeplante Rücksprachen aus der Häuslichkeit der Patient*innen und mit den Hausbesuchen verbundene Koordinationstätigkeit (5 Minuten pro Hausbesuch) ergibt sich für die*den Ärztin*Arzt eine zeitliche Einsparung in Höhe von ca. 606 Stunden pro Jahr. 80% der eingesparten Zeit werden im Rechenmodell in zusätzliche hausärztliche Tätigkeiten, hier Konsultationen in der Hausarztpraxis, investiert. So beträgt die bereinigte, jährliche zeitliche Entlastung der*des Hausärztin*arztes bei Übernahme der Hausbesuche von 60 Patient*innen durch eine Pflegefachperson ca. 485 Stunden. In 485 Stunden kann die Hausärztin*arzt unter der Annahme einer durchschnittlichen Konsultationszeit in Höhe von 7,6 Minuten pro Patient*in (Irving et al., 2017) sowie einer Nachbereitungszeit in Höhe von 3 Minuten pro Konsultation ca. 2.745 zusätzliche Konsultationen in seiner Praxis durchführen.

Bei der Betreuung von 90 Patient*innen durch die Pflegefachperson und der Übernahme von somit 540 Hausbesuchen (bei 6 Besuchen pro Patient*in) beträgt die jährliche zeitliche Entlastung für die*den Hausärztin*arzt durch die Pflegefachperson insgesamt 727 Stunden. In dieser Zeit kann die*der Hausärztin*arzt theoretisch ca. 4.115 zusätzliche Konsultationen mit Patient*innen in seiner Praxis durchführen, sodass entstehende Erlöseinbußen kompensiert werden könnten. Bei angenommenen drei Konsultationen pro Patient*in im Quartal und einem Fallwert pro Patient und Quartal in Höhe von 47,50 € (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 2019), ergibt dies bei 2.745 Konsultationen einen zusätzlichen Umsatz von 43.462,50 € pro Jahr sowie bei 65.154,20 € pro Jahr.

Dem steht bei einer Substitution (und damit auch selbstständigen Abrechnung der Hausbesuche durch die Pflegefachperson) der Hausbesuche von 60 Patient*innen ein Umsatzverlust in Höhe von 13.784,40 und bei 90 Patient*innen ein Umsatzverlust von 20.676,60€ für die nicht selbst durchgeführten Hausbesuche gegenüber. Für die Modellrechnung substituierter Hausbesuche wird angenommen, dass die*den Hausärztin*arzt einen Hausbesuch mit durchschnittlich 23,29 € (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2020) sowie eine max. Wegepauschale von 12€ (am Tag bei mehr als 5 km im Radius) und dem Entfernungszuschlag in Höhe von 3€ (am Tag bei einer Entfernung weiter als 10 km im Radius) gemäß GOP des EBM abrechnen kann (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2018). Zusätzlich abgerechnete Leistungen bei einem*einer Patient*in am selben Tag des Hausbesuchs wurden dabei nicht berücksichtigt.

Pflegebedürftige Menschen mit einem Pflegegrad 2 bis 5, die nur Pflegegeld beziehen und keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen, sind verpflichtet, regelmäßig einen Beratungseinsatz in der häuslichen Pflege nach § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen. Für Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen und Pflegegrad 2 oder 3 aufweisen, ist alle 6 Monate eine Pflegeberatung verpflichtend. Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 4 oder 5 müssen alle drei Monate eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Diese Beratungseinsätze werden in der Regel von Pflegeberatern, insbesondere durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Weiterbildung, durchgeführt. Somit wäre es möglich, dass infolge der Erweiterung der Pflegeaufgaben die Pflegefachperson Pflegeberatungen durchführt.

Daraus ergibt sich ein weiteres potenzielles Einsatzgebiet für die Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben. Die Gebühr, mit der eine Pflegeberatung vergütet wird, beträgt derzeit

für die Pflegegrade 2 und 3 bis zu 23 € und für die Pflegegrade 4-5 bis zu 33 € (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b). Ein Beratungseinsatz dauert in der Regel 30-45 Minuten. Hinzuzurechnen sind von der DCM-Fachperson entsprechende Wege- und Dokumentationszeiten. Basierend auf den Daten der DelpHi-MV-Studie wird von einer durchschnittlichen Hin- und Rückfahrzeit von 47 Minuten in ländlichen Regionen ausgegangen. Hinzu kommt eine durchschnittliche Dokumentationszeit von pauschal 5 Minuten pro Pflegeberatung.

Unter der Annahme, dass eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachperson ausschließlich Pflegeberatungen nach §37 SGB XI durchführt, könnte sie an einem Arbeitstag folglich bis zu 9 Pflegeberatungen durchführen. Unter der Annahme von durchschnittlich 212 Arbeitstagen im Jahr würde eine Pflegefachperson insgesamt 1.908 Pflegeberatungen pro Jahr durchführen können. Führt sie diese ausschließlich bei Demenzpatient*innen mit dem Pflegegrad 4 oder 5 durch, dann könnte sie bei 4 Beratungsbesuchen pro Patient*in und Jahr insgesamt 477 Patient*innen beraten. Die Pflegefachperson würde so Einnahmen in Höhe von 62.964€ (1.908 Besuche x 33 €) infolge der Abrechnung der Beratungseinsätze über die Pflegekassen erzielen. Die Selbstkosten der Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben könnten somit durch die Durchführung der Pflegeberatungen kompensiert werden.

Der modellbasierte Analyse der Kapazitäten und Kosten einer Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen konnte aufzeigen, dass eine zeitliche Entlastung der*des Hausärztin*arztes durch das Pflegefachperson möglich ist und sich die Einsatz einer Pflegefachperson mit erweiterten Aufgaben für die*den Hausärztin*arzt auch ökonomisch rentiert. So ist u.a. die Delegation sowie auch die Substitution von ärztlichen Hausbesuchen und Beratungstätigkeiten an eine DCM-Fachperson aus ökonomischer Sicht sinnvoll. Insbesondere für hausärztlich unterversorgte bzw. von der Unterversorgung bedrohte Gebiete kann eine zukünftige Aufgabenverteilung einen Lösungsansatz darstellen. So gewinnt die*der Hausärztin*arzt infolge der Delegation und Substitution von Tätigkeiten an bzw. durch eine DCM-Fachperson Zeit, die in zusätzliche hausärztliche Tätigkeiten investiert werden kann, z.B. in die Behandlung weiterer Patient*innen. Durch die Substitution können für Hausärzt*innen somit zusätzliche Umsatzerlöse entstehen. Wenn die Begrenzung des Regelleistungsvolumens der*des Hausärztin*arztes entsprechend angepasst werden würde, kann hieraus folglich eine Steigerung der Erlöse resultieren. Damit ist auch die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen eine Möglichkeit, Hausärzt*innen in der Versorgung von Patient*innen ohne daraus folgende Umsatzeinbußen zu entlasten.

Die skizzierten Ergebnisse zeigen nur exemplarisch das Potential der Erweiterung von Pflegerollen zur Entlastung des Versorgungssystems. Werden bislang ausschließlich ärztliche Tätigkeiten an speziell qualifizierte Pflegefachpersonen delegiert oder substituiert, so entstehen sowohl auf Seiten der Pflege neue, erweiterte Einsatzgebiete als auf Seiten der Ärzteschaft eine deutliche Entlastung bei gleichbleibender wirtschaftlicher Situation. Werden diese Aufgaben auf weitere ärztliche Tätigkeiten in der Versorgung ausgedehnt, sind weitere positive (ökonomische) Effekte zu erwarten. Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, existiert hinsichtlich der Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten an eine speziell qualifizierte Pflegefachperson im Allgemeinen eine große Befürwortung und Akzeptanz.

6.4.2 Finanzierungsoptionen

Es konnten unterschiedliche Finanzierungsoptionen identifiziert werden. Wird das Versorgungskonzept in den Vergütungskatalog der Kranken- und Pflegekassen aufgenommen, handelt es sich um eine Finanzierungsform, die letztlich aus den Versichertenbeiträgen der Kostenträger stammt. Da derzeit jedoch kein Vergütungssystem für die identifizierte neue Versorgungsform besteht, können lediglich mögliche Optionen aufgezeigt werden. So kann die Finanzierung im Allgemeinen nach folgenden Formen erfolgen: 1.) Einzelleistungsvergütung, 2.) Fallpauschalen bzw. Komplex-Fallpauschalen, 3.) Kopfpauschalen, 4.) Budgets, 5.) Ergebnis- bzw. erfolgsorientierte Vergütung oder 6.) Gewinnausschüttung. Mit diesen Vergütungsformen können die ärztlichen und pflegerischen Leistungen, die im Rahmen einer Aufgabenneuverteilung entstehen, grundsätzlich vergütet werden. Von jeder Vergütungsform gehen verschiedene ökonomische Anreize einer wirtschaftlichen Leistungserbringung innerhalb einer innovativen Versorgungsform aus. Deshalb sind aus ökonomischer Perspektive die letztgenannten Vergütungsformen einer unbudgetierten reinen Einzelleistungsvergütung im Allgemeinen überlegen, obgleich auch Einzelleistungsvergütungen weiterhin von Bedeutung sein können. Die konkrete Vergütungsform, welche zur Abrechnung der erbrachten Leistungen der Pflegefachpersonen im Rahmen einer Aufgabenneuverteilung in der ambulanten Demenzversorgung dient, muss zukünftig im Rahmen eines Folgeprojektes in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (Krankenkassen) erprobt und definiert werden, bevor eine Überführung in die Regelversorgung erfolgt. Dazu werden im Rahmen der Erprobung der neuen Versorgungsform zusätzlich zur primären Datenerhebung die Sekundärdaten der Krankenkassen analysiert, um darauf basierend ein adäquates Vergütungsmodell für die Regelversorgung zu entwickeln.

Zudem konnten folgende Präferenzen der befragten Leistungserbringer*innen (Ärzt*innen und Pflegefachpersonen) hinsichtlich der Finanzierung und Vergütung im Rahmen der quantitativen Befragung der AHeaD-Studie ermittelt werden: Die Frage, ob außerhalb von Modellprojekten gesetzliche Möglichkeiten geschaffen werden sollten, damit Pflegefachpersonen die Tätigkeiten in Zukunft eigenverantwortlich abrechnen können, wurde von 51,6 % der Hausärzt*innen und 61,5 % der Pflegefachpersonen befürwortet. 24,0 % der Hausärzt*innen und 22,9 % der Pflegefachpersonen gaben an, hierzu keine Meinung zu haben. Parallel dazu lehnten 24,0 % der Hausärzt*innen und 14,5 % der Pflegefachpersonen die Schaffung gesetzlicher Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Abrechnung von Leistungen ab. Dass die Substitution von Tätigkeiten in Zukunft in den Vergütungskatalog der Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen werden soll, befürworteten 64,9 % der Hausärzt*innen und 79,4 % der Pflegefachpersonen. Weitere 17,8 % der Hausärzt*innen und 11,1 % der Pflegefachpersonen gaben an, hierzu keine Meinung zu haben. Nur 16,0 % der Hausärzt*innen und 7,6 % der Pflegefachpersonen lehnten die Aufnahme von substituierbaren Tätigkeiten in den Vergütungskatalog der Krankenkassen ab.

In den qualitativen Interviews stellte sich zudem heraus, dass sowohl die Hausärzt*innen als auch die befragten Pflegefachpersonen eine zusätzliche Vergütung der durch die Pflege neu übernommenen Tätigkeiten als notwendig erachten und ausnahmslos befürworten.

*Hausärzt*innen (A1): „Und dann noch nicht einmal vergütet kriegen, weil es gibt ja nichts keine Ziffer im Pflegebereich mit dem sie ne Blutentnahme abrechnen können das is dann bloß weil sie mich nett finden oder oder wie auch immer kann ich die auch verstehen dass sie sagen nö lass mal.“*

Hierzu wurde von den Hausärzt*innen die Schaffung der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie einer Gebührenordnung für Pflegefachpersonen empfohlen. In diesem Kontext war es den befragten Hausärzt*innen wichtig, dass mit der Aufgabenübertragung gleichermaßen auch die finanzielle Verantwortung an die zukünftigen Entscheider*innen/ Verordner*innen übergehe und nicht im vollen Umfang bei der Ärzteschaft bliebe. Die Angst vor Regressionsforderungen durch die Krankenkassen wurde hier als Ursache angeführt. Die befragten Pflegefachpersonen verwiesen auf die Möglichkeit eines persönlichen Budgets für jede*n MmD/Patient*in, welches als Stundensatz abgerechnet und durch die Pflegefachperson selbstständig verwaltet werden könnte.

In Hinblick auf die Vergütung der Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben ist im Rahmen der Forschung eine Eingruppierung in Höhe der Entgeltgruppe E9 TV-ÖD Vergütung oder Äquivalenz vorgesehen. Die Qualifizierung der Pflegefachpersonen kann u.a. im Rahmen einer demenzspezifischen Weiterbildung erfolgen, welche die Pflegefachpersonen zur Ausübung erweiterter Pflegerollen im Rahmen der ambulanten Demenzversorgung befähigt. Bislang erfolgte die Eingruppierung von Pflegefachpersonen mit einer 3-jährigen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege ohne Zusatzqualifikation zumeist auf Basis einer E7 Entgeltgruppe nach TV-ÖD. Wenn Pflegefachpersonen zukünftig eine spezielle Qualifikation in Form einer Weiterbildung erwerben und damit erweiterte Aufgaben in Delegation oder Substitution ausführen können, sollte eine Höhereinstufung in die Entgeltgruppe E9 erfolgen. Führt die Pflegefachperson hingegen einen Großteil ihrer Tätigkeiten in Substitution aus, wird ihr auch die Verantwortung für die Durchführung dieser Tätigkeiten übertragen. Dementsprechend ist auch eine Anpassung der Vergütungsgruppe angezeigt. Eine Eingruppierung in E10 bis E13 wäre hier angemessen, was mit der Vergütung eines akademischen Abschlusses (i.d.R. Bachelor E11 & Master E13 - Niveau) gleichzusetzen wäre.

6.5 Limitationen der Studie

Die Untersuchung zielte auf die Versorgung von MmD in der ambulanten Versorgung ab. Die Studie wurde in einem überwiegend ländlichen Umfeld im Nordosten Deutschlands durchgeführt, was die Verallgemeinerbarkeit einschränkt. Da gerade ländliche Gebiete in den nächsten Jahrzehnten viel stärker von einem Mangel an Hausarztpraxen betroffen sein könnten und somit einen höheren Bedarf an innovativen Versorgungsmodellen haben, könnte die nachgewiesene Befürwortung und Akzeptanz der Übernahme bzw. Übergabe von ärztlichen Tätigkeiten überschätzt werden. Die Validität der bewerteten Daten von Angehörigen und MmD könnte aufgrund etwas eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten in Bezug auf die Genauigkeit eingeschränkt sein. Ein weiterer limitierender Faktor ist möglicherweise das Verständnis der Befragten von Substitution und Delegation. In der Befragung wurde die Meinung zur Substitution und Delegation erhoben, beide Begrifflichkeiten wurden vorab erläutert. Eine nicht vollständig trennscharfe Verwendung der Begriffe durch Teilnehmer*innen ist dennoch nicht ausgeschlossen. Stärken der Studie sind die durch die DelpHi-MV geschaffene Basis, die Berücksichtigung aller beteiligter Gruppen und die große, gleichmäßig verteilte Anzahl an Teilnehmer*innen.

6.6 Diskussion der Ergebnisse

Diese Ergebnisse widerlegen in gewisser Weise die verbreitete Vorstellung, dass deutsche Hausärzt*innen der Delegation und Substitution von Aufgaben generell zurückhaltend gegenüberstehen würden (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2018). Über alle Gruppen hinweg wurden die meisten Aufgaben als geeignet für eine Delegation an und/oder Substitution durch Pflegefachpersonen bewertet. Assessment und Monitoring wurden als sehr geeignet eingestuft, die Verschreibung und anschließende Verordnung als geeignet. Es ist anzumerken, dass mehr Pflegefachpersonen als Hausärzt*innen angaben, dass Assessment- und Monitoringaufgaben geeignet sind.

Im Gegensatz dazu gaben weniger Pflegefachpersonen als Hausärzt*innen an, dass Verordnungen geeignet sind. MmD und Angehörige würden eher eine Substitution begrüßen. Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen bevorzugen eine Delegation von Aufgaben. Eine demenzspezifische Qualifikation wurde als die an der besten geeigneten Qualifikation für eine Tätigkeitsübernahme bzw. -übergabe bewertet

Die Antworten der Hausärzt*innen in Bezug auf die Verordnung stellten aktuelle Barrieren Aufgabenübertragung/ -übernahme dar. Während eine demenzspezifische Qualifikation das Vertrauen der Pflegefachpersonen in die Durchführung von Überwachungs- oder Beurteilungsaufgaben verbessern könnte, sind die Grenzen zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen in Bezug auf die Verordnungsaufgaben schwieriger zu ziehen. Dies wurde auch von Jakimowicz, Williams und Stankiewicz (2017) bestätigt, die feststellten, dass die unklaren Grenzen zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen ein Hauptproblem darstellen.

Während die Verordnung von Pflegehilfsmitteln, häuslicher Pflege, Transportdiensten und hochkalorischer Ernährung als mögliche Verordnungsaufgaben von Pflegefachpersonen angegeben wurden, wurden die Verordnung von Medikamenten, Therapien und geriatrischer Rehabilitation sowie die Überweisung von Fachärzten eher ablehnend bewertet. Allerdings fühlten sich die Pflegefachpersonen bei den Verordnungsbefugnissen sicherer, als es die Hausärzt*innen erwarten würden. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich die meisten Verordnungen auf die Pflege bezogen, in der sich Pflegefachpersonen sehr gut auskennen. Die Verordnungsbefugnis ist jedoch immer mit einer finanziellen und rechtlichen Verantwortung verbunden. Ein Grund für die geringere Zustimmung der Hausärzt*innen könnte sein, dass Hausärzt*innen diese Verantwortlichkeiten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigen, Pflegefachpersonen jedoch nicht. Dies könnte auch der Grund dafür sein, dass die Patient*innen insgesamt eine Substitution und sowohl professionelle Pflegefachpersonen als auch Hausärzt*innen eine Delegation von Aufgaben bevorzugen würden. Da um Aufgaben zu substituieren, neue organisatorische, rechtliche und finanzielle Strukturen geschaffen werden müssen.

Nurse Practitioners und Physician Assistants in den Niederlanden haben die Erlaubnis zur Substitution von Aufgaben, die von Ärzt*innen in der Altenpflege ausgeführt werden, und übernehmen eine breite Palette von präventiven, akuten und chronischen Gesundheitsaufgaben in vielen verschiedenen klinischen Bereichen. Aufgaben für die Substitution sind z. B. die Aufnahme von Patient*innen in Krankenhäusern, die Beurteilung von Zuständen und Beeinträchtigungen, das Management von Behandlung und Pflege sowie die Überwachung (Lovink et al., 2017, 2019). Dies deckt sich mit den Aufgaben, die in dieser Analyse als geeignet bewertet wurden. Nurse Practitioners in Kanada führen darüber hinaus die Diagnoseschemata akuter oder chronischer Erkrankungen durch und ordnen Diagnose- und Labortests an, verschreiben Medikamente, führen jährliche körperliche Untersuchungen

und medizinische Überprüfungen durch (Martin-Misener et al., 2015), was weit über die in dieser Analyse bewerteten Bereiche des Einverständnisses der Aufgabenübergabe/-übernahme zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen hinausgeht, da beispielsweise Pflegefachpersonen sowie Hausärzt*innen die Übernahme der Verschreibung von Medikamenten durch Pflegefachpersonen ablehnten.

In Großbritannien werden die Aufgaben von Pflegefachpersonen in Abhängigkeit von ihrem Ausbildungsstand wahrgenommen (Daly & Carnwell, 2003). Unterschiedliche Qualifikationsgrade könnten auch in Deutschland eine Grundlage bieten, um unterschiedliche Grenzen oder Abgrenzungen der Tätigkeitsausübung setzen. Während eine Beurteilung und Überwachung von Pflegefachpersonen mit einer demenzspezifischen Qualifikation durchgeführt werden kann, würde die erste oder nachfolgende Verordnungsbefugnis einen Masterabschluss erfordern. Daher ist weitere Forschung erforderlich, um die Schnittstelle zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen auf der Grundlage eines theoretischen und praxisorientierten Qualifikationsrahmens unter Berücksichtigung unterschiedlicher Anforderungsgrade zu bewerten.

Die Ergebnisse können zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion über eine erweiterte Aufgabenübernahme durch Pflegefachpersonen beitragen. Die Ermittlung grundsätzlich geeigneter Tätigkeiten für eine Aufgabenübertragung sollte im nächsten Schritt auf weitere Versorgungsthemen ausgedehnt werden. Die Ergebnisse können in die Definition von Tätigkeitsprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen einfließen und zeigen Bedarfe für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Eine Überführung in die Regelversorgung ist insofern möglich, als dass eine Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen von allen Beteiligten positiv bewertet wurde. Momentan ist dies ausschließlich im Rahmen von Modellvorhaben gemäß §63 Abs. 3c SGB V möglich, längerfristig ist eine Aufteilung und Ausweitung innerhalb verschiedener Qualifikationsstufen im Bereich der Pflege im Sinne eines Qualifikationsmix vorstellbar. Eine regionale Begrenzung gibt es nicht. Ebenso könnten weitere Patient*innengruppen ebenso wie die hier beispielhaft versorgten MmD von dieser neuen Art der Versorgung profitieren. Hierzu zählen Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes Mellitus oder Herz-Kreislaufkrankungen. Auch die Nachsorge ambulant operierter Patient*innen könnte von speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen gewährleistet werden. Die Koordination der Versorgung kann ebenso durch Ärzt*innennetzwerke oder durch weitere Leistungserbringer wie Pflegedienste erfolgen. Die Übernahme in die Regelversorgung und damit verbundener Punkte wird im „Versorgungskonzept Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen“ (siehe Anlage 3) detailliert beschrieben.

Um das Versorgungskonzept langfristig und erfolgreich in der Regelversorgung zu etablieren, sind aus unserer Sicht folgende nächste Schritte notwendig:

- 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

Im Mai 2020 begann bereits im Rahmen des vom G-BA geförderten Projektes für Neue Versorgungsformen des Themengebietes Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen das AHead-Anschlussprojekt InDePendent „Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzt*innen und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung“. Auf Basis der Eckpunkte des im AHead entwickelten neuen kooperativen Versorgungskonzeptes zur Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten wird im neuen Versorgungsformenprojekt InDePendent die Übertragung von bislang ärztlichen Tätigkeiten in Delegation und Substitution an speziell qualifizierte Pflegefachpersonen in verschiedenen Strukturen erprobt und evaluiert. Dabei werden Pflegefachpersonen für ein sektorenübergreifendes und erweitertes Dementia Care Management qualifiziert, um ärztliche Aufgaben in Delegation und Substitution ausführen und erweiterte Pflegerollen übernehmen zu können.

Das bereits bestehende Dementia Care Management wird um in der AHead-Studie als delegierbar oder substituierbar identifizierte Tätigkeiten erweitert („Dementia Care Management 2.0“) und durch verschiedene Demenz- und Ärztenetzwerke in ein bestehendes Versorgungssystem implementiert. Die Evaluation erfolgt im prospektiven, cluster-randomisierten Design hinsichtlich der Wirksamkeit auf relevante patient*innenbezogene Endpunkte.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Während der Projektlaufzeit wurden folgende Veröffentlichungen erstellt und zur Publikation in verschiedene Fachjournalen eingereicht. Zudem wurde folgende Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen präsentiert und durch verschiedene Poster-Präsentationen ergänzt.

Veröffentlichungen

Henning, E., Lücker, P., Hoffmann, W. (2020). *AHead-Studie zur künftigen Aufgabenteilung zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen in der ambulanten Versorgung*. Die Schwester, der Pfleger. Offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. Berlin.

Michalowsky, B, Henning, E, Rädke, A, Dreier-Wolfgramm, A., Altiner, A., Wollny, A., Drewelow, E., Kohlmann, T., Biedenweg, B., Buchholz, M., Oppermann, R., Zorn, D., Hoffmann, W. (2019). *Attitudes towards advanced nursing roles in primary dementia care – Results of an observational study in Germany*. Journal of Advanced Nursing. 2020; 00: 1– 13.

Geplante Veröffentlichung

Drewelow E., Altiner A., Biedenweg B., Buchholz M., Henning E., Hoffmann W., Kohlmann T., Lücker P., Michalowsky B., Oppermann R., Rädke R., Zorn D., Wollny A. (2021) *Zukünftige Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Pflegefachpersonen in der ambulanten Demenzversorgung – Ein theoretischer Diskurs zwischen den Fachgruppen.*

Henning, E., Lücker P., Rädke, A., Michalowsky, B., Biedenweg, B., Buchholz, Wollny, A., Drewelow, E., Zorn, D., Altiner, A., Oppermann, R., Kohlmann, T., Hoffmann, W. (2021). *Qualifikationsbedarf von Pflegefachpersonen bei einer neuen Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen.* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

Henning, E., Lücker P., Rädke, A., Michalowsky, B., Biedenweg, B., Buchholz, Wollny, A., Drewelow, E., Zorn, D., Altiner, A., Oppermann, R., Kohlmann, T., Hoffmann, W. (2021). *Tätigkeiten bei einer neuen Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen.* Die Schwester, der Pfleger. *Offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e. V.* Berlin.

Henning, E., Rädke, A., Michalowsky, B., Lücker, P., Biedenweg, B., Buchholz, M., Drewelow, E., Wollny, A., Zorn, D., Altiner, A., Oppermann, R. F., Kohlmann, T., Hoffmann, W., (2021). *Aufgabenübertragung ärztlicher Tätigkeiten in der Versorgung von Menschen mit Demenz auf Pflegefachpersonen in Substitution und Delegation.* Das Gesundheitswesen.

Vorträge

Henning, E., Dreier-Wolfgramm, A., Kohlmann, T., Hoffmann, W. (03. Oktober 2017). *Heilkundliche Aufgabenübertragung an Pflegefachpersonen: Identifikation von potentiellen Aufgabenbereichen und Qualifikationsanforderungen (Poster).* Berlin: Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).

Henning, E., Dreier-Wolfgramm, A., Homeyer, S., Hingst, P., Oppermann, R., Hoffmann, W. (04. Oktober 2017). *Advanced Nursing Roles - Identification of potential tasks and qualification requirements - (Vortrag).* Berlin: Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).

Hoffmann, W., Dreier-Wolfgramm, A., Henning, E., Dehl, T., Michalowsky, B., Kohlmann, T., Altiner, A., Oppermann, R. (07. Dezember 2017). *Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation (Vortrag).* Berlin: Kongress Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV).

Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B., Kohlmann, T., Altiner, A., Oppermann, R., Hoffmann, W., (30. August 2017). *Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation (AHeaD-Studie) (Vortrag).* Berlin: Deutscher Demografie Kongress (DDK).

Dreier-Wolfgramm, A., Henning, E., Michalowsky, B., Kohlmann, T., Altiner, A., Oppermann, R., et al. (10. November 2017). *AHeaD - Aufgabenteilung Pflege und Hausärzte (Vortrag)* Berlin: 4. Berliner Pflegekonferenz.

Henning, E., Dehl, T., Michalowsky, B., Kaczynski, A., Biedenweg, B., Buchholz, M., et al. (09. Oktober 2019). *Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Pflegefachpersonen in der*

ambulanten Demenzversorgung – Eine quantitative Befragung (Vortrag). Berlin: 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).

Henning, E., Lücker, P., Raedke, A., Biedenweg, B., Buchholz, M., Wollny, A., Drewelow, E., Zorn, D., Michalowsky, B., Oppermann, R., Altiner, A., Kohlmann, T., Hoffmann, W. (1. Oktober 2020). *Versorgungskonzept: Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Pflegefachpersonen am Beispiel der ambulanten Demenzversorgung - ein Versorgungskonzept*. (Online-Vortrag). 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).

Postervorträge

Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B., Henning, E., Dehl, T., Altiner, A., Kohlmann, T., Oppermann, R., Hoffmann, W., et al. (05. Oktober 2017). *Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation* (Poster) 16. Berlin: Deutscher Kongress für Versorgungsforschung.

Dehl, T., Michalowsky, B., Henning, E., Kaczynski, A., Dreier-Wolfgramm, A., Hoffmann, W. (10. Oktober 2018). *Tätigkeitsprofil von Dementia Care Managern in der hausärztlichen Demenz-Versorgung* (Poster). Berlin: 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; In: 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 10.-12.10.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018.

Kaczynski, A., Michalowsky, B., Dehl, T., Henning, E., Kohlmann, T., Altiner, A., et al. (28. Mai 2018). *Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation (AHeaD-Studie)* (Poster). Berlin: Kongress des Innovationsausschusses beim G-BA „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“.

Biedenweg, B., Buchholz, M., Dehl, T., Michalowsky, B., Altiner, A., Oppermann, R., Hoffmann, W., Kohlmann, T. (10. Oktober 2018). *Einstellungen von Hausärzten und Pflegefachpersonen zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal in der ambulanten Demenzversorgung – Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens*. (Poster). Berlin: 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. In: 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 10.-12.10.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018.

Biedenweg, B., Buchholz, M., Dehl, T., Michalowsky, B., Altiner, A., Oppermann, R., Hoffmann, W., Kohlmann, T. (09. Oktober 2019). *Wie beurteilen Menschen mit Demenz eine zukünftige Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal in ihrer ambulanten Versorgung? Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens* (Poster). Berlin: 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).

Henning, E., Lücker, P., Raedke, A., Biedenweg, B., Buchholz, M., Wollny, A., Drewelow, E., Zorn, D., Michalowsky, B., Oppermann, R., Altiner, A., Kohlmann, T., Hoffmann, W. (01. September 2021). *Task sharing between general practitioners and nurses in outpatient dementia care - a quantitative survey*. (e-poster) Halifax (Canada): 11th ICN NP/APN Network Conference 2021.

9. Anlagen

Anlage 1: Fragebögen

Fragebogen für Angehörige von Menschen mit Demenz

Einschätzung durch pflegende Angehörige von mit Demenz, die den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen können

Fragebogen für Menschen, die zu Hause versorgt werden

Fragebogen für Pflegefachpersonen

Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte

Anlage 2: Leitfäden Fokusgruppendifkussionen

Leitfaden Angehörige von Menschen mit Demenz

Leitfaden Menschen mit Demenz

Leitfaden Pflegefachpersonen

Leitfaden Hausärztinnen/Hausärzte

Anlage 3: Versorgungskonzept

Anlage 4: Tätigkeitsanalyse

Anlage 5: Quantitative Befragung

Anlage 6: Zustimmung zur Übertragung spezifischer, aktuell ärztlicher Tätigkeiten

Anlage 7: Qualifikationsbedarf

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Zukunftswerkstatt Demenz*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/Zukunftswerkstatt_Demenz.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019a). *Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz*. Berlin. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Ratgeber_Demenz_Oktober_2019_barr.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019b). *Regionaldialog: Wer legt fest, mit welchem Betrag eine Beratung vergütet wird?* Zugriff am 02.01.2020. Verfügbar unter: <https://www.regionaldialog-pflege.de/faqs/wer-legt-fest-mit-welchem-betrag-eine-beratung-verguetet-wird/>
- Daly, W. & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, (12), 158–167. Zugriff am 23.01.2021. Verfügbar unter: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2702.2003.00690.x?casa_token=8DIXbnPvp2sAAAAA:Za-9YxHRLnzAxNnCCD0PBbRsM2llu_TOEwMWwnf7F1WeeXUzefrKE_uomh3RBfCWp6ta958dWHvhDNZTnw
- Darmann-Finck, I. & Reuschenbach, B. (2018). Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Qualität in der Pflege: mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen* (Pflege-Report, Bd. 4.2018, S. 163–170). Berlin: Springer Open.
- Dreier, A. (2012). *Ambulante Betreuungsmanager für Patienten mit Demenz: Ermittlung des Anforderungsprofils, des Qualifikationsbedarfs und der Qualifizierungsinhalte im allgemeinmedizinischen Versorgungskontext in einer Modellregion Mecklenburg-Vorpommerns* (Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg G, Bd. 20). Zugl. Greifswald, Univ., Diss., 2012. Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg.
- Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F. & Hoffmann, W. (2015). Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin. In P. Zängl (Hrsg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege* (S. 93–115). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08137-9_10
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Dreier, A., Wucherer, D., Köhler, L., Fiß, T. et al. (2014). Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based

- randomized controlled intervention trial. *International Psychogeriatrics*, 26(2), 247–256. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001786>
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Fredrich, D., Köhler, L., Wucherer, D., Michalowsky, B. et al. (2014). The benefits of implementing a computerized intervention-management-system (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1377–1385. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000830>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. et al. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902.
- Jakimowicz, M., Williams, D. & Stankiewicz, G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nursing*, 16, 6. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0198-7>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2020). *EBM 01410 Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt*. Zugriff am 08.03.2021. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/13259.php?sr=relevance&stp=fulltext&q=01410&s=Suchen>
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (Hrsg.). (2019). *Vorläufige RLV/QZV-Fallwerte und Durchschnittsfallzahlen für III/2019*. 2019. Zugriff am 08.03.2021. Verfügbar unter: https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/honorar/2019/190625_fallwerte_iii-2019.pdf
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.). (2018). *Wegepauschalen zum Hausbesuch nach GOP 01418 2018*. Zugriff am 10.01.2020. Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/export/sites/default/galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/abrechnung_pdfs/GOP-fuer-BD-Aussendienst_07062017.pdf
- Lovink, M. H., Persoon, A., van Vught, A. J. A. H., Schoonhoven, L., Koopmans, R. T. C. M. & Laurant, M. G. H. (2017). Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: protocol for a realist evaluation case study. *BMJ Open*, 7(6), e015134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015134>
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N. et al. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 5(6), e007167. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167>
- 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>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten*

Gesundheitsversorgung. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

Statistisches Bundesamt Deutschland. (2015). *GENESIS-Online: Ergebnis 23631-0003*, Statistisches Bundesamt. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1599028660972&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=23631-0003&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>

Thyrian, J. R., Fiß, T., Dreier, A., Böwing, G., Angelow, A., Lueke, S. et al. (2012). Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 13, 56. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-56>

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>

Fragebogen für Angehörige von Menschen mit Demenz

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an unserer schriftlichen Befragung teilnehmen möchten.

In diesem Fragebogen interessiert uns Ihre Meinung.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, sowie Fragen zur Versorgung von Menschen mit Demenz, die zu Hause versorgt werden.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, anonym und Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Die meisten Fragen lassen sich durch Ankreuzen eines Kästchens beantworten. Bitte wählen Sie jeweils die Antwort aus, die am besten auf Sie zutrifft. Versuchen Sie sich dabei spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit eine eigene Antwort zu formulieren oder Ziffern einzutragen. Bitte schreiben Sie dann die Antworten an die durch einen Strich (____) oder Kästchen () gekennzeichnete Stelle.

Bitte nutzen Sie den frankierten Rücksendeumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Wichtige Definitionen für das allgemeine Verständnis

Pflegefachkraft	Ausgebildetes Pflegefachpersonal (3-jährige Berufsausbildung, z.B. als Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in)
Aufgabenübernahme <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft von Ärzten an Pflegefachkräfte übergeben werden.
Aufgabenübernahme <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft durch Pflegefachkräfte eigenständig ausgeführt werden.

Gerne möchten wir etwas über Sie als Angehörigen des Menschen mit Demenz erfahren!

Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich Weiblich

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

**1. Für die Versorgung von älteren Menschen arbeiten der Arzt und die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflege eng zusammen.
Der Arzt könnte in Zukunft einige seiner Aufgaben an die Pflegefachkräfte übertragen.**

Sind Sie damit einverstanden, dass Pflegefachkräfte aus der ambulanten Pflege in Zukunft einige Aufgaben bei Ihrem Angehörigen durchführen, die zuvor der Arzt durchgeführt hat?

- Ja.
 Ja, wenn sie für diese Aufgaben ausgebildet wurden.
 Nein.

2. Sind Sie damit einverstanden, dass Pflegefachkräfte aus der ambulanten Pflege in Zukunft folgende Aufgaben des Arztes allein bei Ihrem Angehörigen durchführen?

Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein feststellt, ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...wie das Allgemeinbefinden ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie gut das Erinnerungsvermögen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ob die Vitalwerte in Ordnung sind, z.B. der Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein feststellt, ob er/sie ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...sich gut bewegen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gut hören und sehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...noch Auto fahren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mein Angehöriger hat keinen Führerschein			
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein feststellt, ob er/sie ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...Schmerzen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfe im Alltag benötigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich gesund ernährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein eine ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
... Erstverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein eine ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
... Erstverschreibung für eine Kur/ Rehabilitation ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Kur/ Rehabilitation ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft bei Ihrem Angehörigen allein ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Folgeüberweisung für einen Facharzt ausstellt, z.B. für den Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Folgeverschreibung für eine medizinische Versorgung ausstellt, z.B. für einen Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Aktualität des Medikamentenplans überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bestimmte Medikamente verschreibt, z.B. gegen Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft Ihren Angehörigen ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...über die Erkrankung informiert und berät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Pflegefachkraft</u> in Zukunft entscheidet, ob bei Ihrem Angehörigen ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Kontrollmessung durchgeführt werden muss, z.B. eine Messung der Herzrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Blut abgenommen werden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Was denken Sie...

Welche zusätzliche Qualifikation zur 3-jährigen Pflegefachausbildung braucht eine Pflegefachkraft, um in Zukunft Aufgaben des Arztes allein, ohne Absprache mit diesem, durchzuführen?

- Keine zusätzliche Qualifikation
- Eine spezielle Weiterbildung für die jeweiligen Aufgaben
- Ein zusätzliches Studium
- Weitere, und zwar _____

4. Bitte geben Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen!

Wenn eine **Pflegefachkraft** in Zukunft bei meinem Angehörigen allein Aufgaben des Arztes ohne Absprache mit diesem übernimmt, dann...

...bleibt der Hausarzt der erste Ansprechpartner.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...spart sich mein Angehöriger einen Besuch beim Arzt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...werde ich entlastet, z.B. weil uns ein Weg zum Arzt erspart bleibt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...wird die Pflegefachkraft entlastet, z.B. weil sie nicht so häufig den Arzt kontaktieren muss.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...wird der Arzt entlastet, z.B. weil er mehr Zeit für andere Aufgaben hat.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Es ist mir wichtig, dass die **Pflegefachkraft**...

...die Krankengeschichte meines Angehörigen kennt und weiß, wer ihn im Alltag unterstützen kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...mit mir in Kontakt steht.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...meinen Angehörigen unterstützt, wenn er Hilfe benötigt, z.B. pflegerische Hilfe im Alltag.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...mich unterstützt, z.B. durch Vermittlung von Entlastungsangeboten wie Selbsthilfegruppen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eng mit dem Hausarzt zusammenarbeitet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eng mit Behörden und Ämtern zusammenarbeitet, z.B. Sozialamt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eng mit anderen Einrichtungen zusammenarbeitet, z.B. mit Pflegeheimen, Krankenhäusern.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eine Beratung durchführt, z.B. über das Leben mit der Erkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5. Zum Schluss möchten wir gerne noch etwas über Ihren Angehörigen erfahren

Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

- Keinen Pflegegrad
 Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein. . .

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Anlage 1: Fragebögen - Einschätzung durch pflegende Angehörige von mit Demenz, die den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen können

2404467928



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences



Einschätzung durch pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, die den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen können

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an dieser schriftlichen Befragung teilnehmen möchten.

In diesem Fragebogen interessiert uns die Meinung, die Ihr an Demenz erkrankter Angehöriger angäben würde.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, sowie Fragen zur Versorgung von Menschen mit Demenz , die zu Hause versorgt werden.

Bitte beantworten Sie alle Fragen im Sinne Ihres Angehörigen.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, anonym und Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Alle Fragen lassen sich durch Ankreuzen eines Kästchens beantworten.

Bitte wählen Sie jeweils die Antwort aus, die im Sinne Ihres Angehörigen ist.
Versuchen Sie sich dabei spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte nutzen Sie den frankierten Rücksendeumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Wichtige Definitionen für das allgemeine Verständnis

Pflegefachkraft/ Schwester	Ausgebildetes Pflegefachpersonal (3-jährige Berufsausbildung, z.B. als Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in)
Aufgabenübernahme <u>nach Absprache</u> mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft von Ärzten an Pflegefachkräfte übergeben werden.
Aufgabenübernahme <u>ohne Absprache</u> mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft durch Pflegefachkräfte eigenständig ausgeführt werden.

Gerne möchten wir etwas über Ihren Angehörigen erfahren!

Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?

Männlich Weiblich

In welchem Jahr wurde Ihr Angehöriger geboren?

--	--	--	--

Wann wurde der letzte Mini-Mental-Status-Test (MMST) bei Ihrem Angehörigen durchgeführt und zu welchem Ergebnis führte er?

Datum . .

Ergebnis

Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?

- Keinen Pflegegrad
 Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen im Sinne Ihres Angehörigen!

1. Für die Versorgung von älteren Menschen arbeiten der Arzt und die Pflegefachkraft (im weiteren Verlauf "Schwester" genannt) eng zusammen. Der Arzt könnte in Zukunft einige seiner Aufgaben an die Schwester, die Ihrem Angehörigen zu Hause hilft, übertragen.

Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft einige Aufgaben des Arztes allein durchführt?

- Ja.
 Ja, wenn sie für diese Aufgabe ausgebildet wurde.
 Nein.

2. Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester folgende Aufgaben des Arztes allein durchführt?

Wäre <u>Ihr Angehöriger</u> damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein überprüft, ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...wie das Allgemeinbefinden ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie gut das Erinnerungsvermögen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ob die Vitalwerte in Ordnung sind, z.B. der Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäre <u>Ihr Angehöriger</u> damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein überprüft, ob er/sie...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...sich gut bewegen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gut hören und sehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...noch Auto fahren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angehöriger hat keinen Führerschein			

Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft allein überprüft, ob er/sie...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...Schmerzen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfe im Alltag benötigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich gesund ernährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft allein eine...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
... Erstverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine Kur ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Kur ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft allein ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Folgeüberweisung für einen Facharzt ausstellt, z.B. für den Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Folgeverschreibung für eine medizinische Versorgung ausstellt, z.B. für einen Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überprüft, ob der Medikamentenplan aktuell ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bestimmte Medikamente verschreibt, z.B. gegen Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft allein ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...über die Erkrankung informiert und berät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäre Ihr Angehöriger damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft allein entscheidet, ob ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Kontrolluntersuchung durchgeführt werden muss, z.B. eine Messung der Herzrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Blut abgenommen werden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihr Angehöriger folgenden Aussagen zustimmen würde!

Wenn eine Schwester in Zukunft allein einige Aufgaben des Arztes übernimmt, dann wird...

...der Hausarzt der erste Ansprechpartner bleiben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...sich mein Angehöriger einen Besuch beim Arzt sparen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...der pflegende Angehörige entlastet, z.B. weil er sich einen Besuch beim Arzt spart.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...die Schwester entlastet, z.B. weil sie nicht so häufig den Arzt kontaktieren muss.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...der Arzt entlastet, z.B. weil er mehr Zeit für andere Aufgaben hat.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wäre es Ihrem Angehörigen wichtig, dass die Schwester...

...die Krankengeschichte kennt und weiß, wer im Alltag Unterstützung bieten kann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...mit dem pflegenden Angehörigen in Kontakt steht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...unterstützt, wenn Hilfe benötigt wird, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...den pflegenden Angehörigen unterstützt, z.B. um ihn zu entlasten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...und der Hausarzt eng zusammenarbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eng mit anderen Einrichtungen zusammenarbeitet, z.B. mit Apotheken, dem Sozialamt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...eine Beratung durchführt, z.B. über das Leben mit der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein. . .

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!



Fragebogen für Menschen, die zu Hause versorgt werden

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an dieser schriftlichen Befragung teilnehmen möchten.

In diesem Fragebogen interessiert uns Ihre Meinung.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, sowie Fragen zur Versorgung von Menschen, die zu Hause versorgt werden.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, anonym und Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen (Seite 4-6).
Bitte lassen Sie die Fragen der Seite 3 von Ihrem Angehörigen oder der Pflegefachkraft ausfüllen.

Alle Fragen lassen sich durch Ankreuzen eines Kästchens beantworten.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte nutzen Sie den frankierten Rücksendeumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Wichtige Definitionen für das allgemeine Verständnis

Pflegefachkraft/ Schwester	Ausgebildetes Pflegefachpersonal (3-jährige Berufsausbildung, z.B. als Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in)
Aufgabenübernahme <u>nach Absprache</u> mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft von Ärzten an Pflegefachkräfte übergeben werden.
Aufgabenübernahme <u>ohne Absprache</u> mit dem Arzt	Diese Tätigkeiten wurden bisher typischerweise von Ärzten ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft durch Pflegefachkräfte eigenständig ausgeführt werden.

Bitte lassen Sie die folgenden Fragen vom Angehörigen/ der Pflegefachperson ausfüllen:**Hatte der Befragte Hilfe beim Beantworten der Fragen?**

- Keine Hilfe
 Hilfe beim Vorlesen
 Hilfe beim Vorlesen und Ankreuzen

Wer hat dem Befragten beim Beantworten des Fragebogens geholfen?

- Niemand
 Angehöriger/ Betreuer
 Pflegefachperson/ DCM
 Andere, und zwar _____

Wann wurde der letzte Mini-Mental-Status-Test (MMST) durchgeführt und zu welchem Ergebnis führte er?Datum . . Ergebnis **Welchen Pflegegrad hat der Befragte?**

- Keinen Pflegegrad
 Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein. . .

Am Anfang möchte wir gerne etwas über Sie erfahren!

Welches Geschlecht haben Sie?

 Männlich Weiblich

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

--	--	--	--

1. Für die Versorgung von älteren Menschen arbeiten der Arzt und die Pflegefachkraft (im weiteren Verlauf nenne ich sie "Schwester") eng zusammen. Der Arzt könnte in Zukunft einige seiner Aufgaben an die Schwester, die Ihnen zu Hause hilft, übertragen.

Sind Sie damit einverstanden, dass die Schwester in Zukunft einige Aufgaben des Arztes bei Ihnen allein durchführt?

- Ja.
 Ja, wenn sie für diese Aufgabe ausgebildet wurde.
 Nein.

2. Sind Sie damit einverstanden, dass die Schwester folgende Aufgaben des Arztes in Zukunft bei Ihnen allein durchführt?

Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein überprüft, ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...wie Ihr Allgemeinbefinden ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie gut Ihr Erinnerungsvermögen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ob Ihre Vitalwerte in Ordnung sind, z.B. der Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein überprüft, ob Sie...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...sich gut bewegen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gut hören und sehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...noch Auto fahren können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Führerschein			
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein überprüft, ob Sie...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...Schmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfe im Alltag benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich gesund ernähren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie das erste Mal ein Rezept erhalten, dann ist dies eine Erstverschreibung. Ist diese Verschreibung abgelaufen, wird erneut überprüft, ob Sie weiterhin Beschwerden haben. In diesem Fall erhalten Sie eine Folgeverschreibung.

Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> für Sie in Zukunft allein eine...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
... Erstverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für einen Fahrdienst ausstellt, z.B. um zu einer Untersuchung zum Arzt zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> für Sie in Zukunft allein eine...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
... Erstverschreibung für eine Kur ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Kur ausstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine Behandlung ausstellt, z.B. für eine Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erstverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Folgeverschreibung für eine pflegerische Versorgung ausstellt, z.B. Hilfe beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> für Sie in Zukunft allein ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Folgeüberweisung für einen Facharzt ausstellt, z.B. für den Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Folgeverschreibung für eine medizinische Versorgung ausstellt, z.B. für einen Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überprüft, ob Ihr Medikamentenplan noch stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bestimmte Medikamente verschreibt, z.B. gegen Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> Sie in Zukunft allein ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...über Ihre Erkrankung informiert und Sie berät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass die <u>Schwester</u> in Zukunft allein entscheidet, ob bei Ihnen ...	Ja, <u>ohne</u> Absprache mit dem Arzt	Ja, <u>nach</u> Absprache mit dem Arzt	Nein
...eine Kontrolluntersuchung durchgeführt werden muss, z.B. eine Messung der Herzrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Blut abgenommen werden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bitte geben Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen!

Wenn eine Schwester in Zukunft allein bei mir Aufgaben des Arztes übernimmt, dann ...

...bleibt mein Hausarzt mein erster Ansprechpartner.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...spare ich mir einen Besuch beim Arzt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...werden meine Angehörigen entlastet, z.B. weil sie mich nicht zum Arzt begleiten müssen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...wird die Schwester entlastet, z.B. weil sie nicht so häufig den Arzt kontaktieren muss.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
...wird der Arzt entlastet, z.B. weil er mehr Zeit für andere Aufgaben hat.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Es ist mir wichtig, dass die Schwester...	
...meine Krankengeschichte kennt und weiß, wer mich im Alltag unterstützen kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...mit meinen Angehörigen in Kontakt steht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...mich unterstützt, wenn ich Hilfe benötige, z.B. beim Waschen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...meinen Angehörigen unterstützt, z.B. um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...und der Hausarzt eng zusammenarbeiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...eng mit anderen Einrichtungen zusammenarbeitet, z.B. mit Apotheken, dem Sozialamt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
...eine Beratung durchführt, z.B. über das Leben mit meiner Erkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!



Fragebogen für Pflegefachpersonen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich zur schriftlichen Befragung im Rahmen dieser Studie bereit erklärt haben!

Um eine bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz sicherzustellen, sind unterschiedliche medizinische und pflegerische Maßnahmen notwendig. Im Zuge einer alternden Bevölkerung wird das Aufkommen von Patientinnen und Patienten mit Demenz im Praxisalltag immer größer. Daher gilt es zu überlegen, ob und in welchem Umfang Tätigkeiten, die typischerweise von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt wurden, in Zukunft an Pflegefachkräfte übergeben werden können. Ziel ist es, im Zuge einer bestmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz, die hausärztliche Versorgung zu entlasten und die Pflege zu stärken.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, anonym und dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Bitte nutzen Sie den frankierten Rücksendeumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Auf der nachfolgenden Seite finden Sie Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens. Die Beantwortung der Fragen wird ca. 15 bis 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die meisten Fragen lassen sich durch Ankreuzen eines Kästchens beantworten. Bitte wählen Sie jeweils die Antwort aus, die am besten auf Sie zutrifft. Versuchen Sie sich dabei spontan für eine Antwort zu entscheiden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit eine eigene Antwort zu formulieren oder Ziffern einzutragen. Bitte schreiben Sie dann die Antworten an die durch einen Strich (____) oder Kästchen () gekennzeichnete Stelle.

Es ist wichtig, dass Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge ausfüllen. In der ‚Frage 2‘ erhalten Sie durch einen Pfeil (\rightarrow) den Hinweis, dass Sie die Spalte 2 bitte beantworten, wenn Sie sich für die Antwortmöglichkeit ‚Ja, in Substitution‘ entschieden haben.

Beispiel:

	Spalte 1			Spalte 2	
	Sollten Pflegefachkräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?			Sind Pflegefachkräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert?	
	Nein	Ja, in Delegation	Ja, in Substitution	Ja	Nein
Terminvereinbarungen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> \rightarrow	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtige Definitionen für das allgemeine Verständnis

Pflegefachkraft	Examiniertes Pflegefachpersonal (3-jährige Berufsausbildung, z.B. als Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in)
Aufgaben in Delegation	Diese Tätigkeiten wurden typischerweise von Ärzten mit entsprechender Qualifikation ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft von Ärzten an Pflegefachkräfte delegiert/ übergeben werden.
Aufgaben in Substitution	Diese Tätigkeiten wurden typischerweise von Ärzten mit entsprechender Qualifikation ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft durch Pflegefachkräfte eigenständig d.h. ohne ärztliche Anweisung ausgeführt werden.

**1. Wenn Sie an Patienten mit Demenz und deren Angehörige denken:
Wie häufig führen Sie aktuell folgende Tätigkeiten aus?**

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Erfassen der medizinischen Situation der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der aktuellen Versorgungssituation der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der Fahrtüchtigkeit der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der medizinischen Situation der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der aktuellen Versorgungssituation der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit dem Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit Behörden und Ämtern (z.B. Betreuungsbehörde, Sozialamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Pflegeheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung der Patienten und deren Angehörige (z.B. Sturzprophylaxe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Entlastungsangeboten für Angehörige (z.B. Selbsthilfegruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend sehen Sie eine Tabelle mit Aufgaben die typischerweise von Ärzten in der Versorgung von Patienten mit Demenz ausgeführt werden.

2. Welche dieser Aufgaben können Pflegefachkräfte Ihrer Meinung nach in Zukunft in Delegation bzw. Substitution übernehmen? (Spalte 1).

Ebenfalls interessiert uns, ob Pflegefachkräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für eine eigenverantwortliche Durchführung der ausgewählten Aufgaben qualifiziert sind (Spalte 2).

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Tätigkeit in Zukunft in Substitution von einer Pflegefachkraft übernommen werden kann, dann beantworten Sie bitte auch Spalte 2.

	Spalte 1			Spalte 2	
	Sollten Pflegekräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?			Sind Pflegekräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert?	
I. Durchführung, Auswertung und Interpretation von Fragebögen zur Erkennung von:	Nein	Ja, in Delegation	Ja, in Substitution	Ja	Nein
Psychiatrischen, neurologischen und kognitiven Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagskompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilitätseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seh- und Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Spalte 1			Spalte 2	
	Sollten Pflegekräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?			Sind Pflegekräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert?	
	Nein	Ja, in Delegation	Ja, in Substitution	Ja	Nein
II. Erstverschreibungen und Erstverordnungen von:					
Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmitteln (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrischer Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Folgeverschreibungen und Folgeverordnungen von:					
Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmitteln (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrischer Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häuslicher Krankenpflege (SGB XI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungspflege (SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidementiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Anordnung eines Gesundheitsmonitorings für:					
Vitalparameter (z.B. Langzeit-EKG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung, Flüssigkeit, Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Weitere Tätigkeiten:					
Folgeüberweisungen an Fachärzte ausstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Blutentnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des Medikamentenplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung der Patienten (z.B. zu Begleiterkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere, und zwar : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mit den folgenden Aussagen möchten wir Ihre Ansichten zu der Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben an Pflegefachkräfte erfassen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort für Spalte 1 (in Delegation) und eine Antwort für Spalte 2 (in Substitution) an.

	Spalte 1		Spalte 2	
	In Delegation		In Substitution	
Die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten an Pflegefachkräfte wird ...	Ja	Nein	Ja	Nein
die Arzt-Patienten-Beziehung stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vertrauen der Patienten in die Behandlungsentscheidungen des Hausarztes stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vertrauen der Patienten in die Behandlungsentscheidungen der Pflegefachkraft stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, der Pflegefachkraft und dem Patienten verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Versorgung von Patienten mit Demenz positiv beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Arbeitszufriedenheit des Hausarztes verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkraft verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Hausarzt entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Pflegefachkraft entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche zusätzliche Qualifikation ist Ihrer Meinung nach für Pflegefachkräfte erforderlich, um in Zukunft Aufgaben durchzuführen, die typischerweise von Ärzten erbracht werden?

Bitte kreuzen Sie eine Antwort für Spalte 1 (in Delegation) und eine Antwort für Spalte 2 (in Substitution) an.

	Spalte 1		Spalte 2	
	In Delegation		In Substitution	
a) Keine zusätzliche Qualifikation neben der 3-jährigen Berufsausbildung als examinierte Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 3-jährige Berufsausbildung mit demenzspezifischer Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pflegestudium mit Bachelorabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pflegestudium mit Bachelorabschluss und aufbauendem Masterstudium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Zu welcher Einschätzung kommen Sie, wenn Sie alle bisherigen Aspekte für eine künftige neue Aufgabenverteilung zwischen dem Hausarzt und der Pflegefachkraft zusammen nehmen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort für Spalte 1 (in Delegation) und eine Antwort für Spalte 2 (in Substitution) an.

	Spalte 1		Spalte 2	
	In Delegation		In Substitution	
Durch die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten an Pflegefachkräfte entstehen ...	Ja	Nein	Ja	Nein
... den Ärzten Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Pflegefachkräften Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Patienten mit Demenz und deren Angehörige Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sollte eine gesetzliche Möglichkeit außerhalb von Modellprojekten geschaffen werden, sodass Pflegefachkräfte in Zukunft typischerweise von Ärzten ausgeführte Aufgaben in der Betreuung von Patienten mit Demenz eigenverantwortlich erbringen und abrechnen können?

 Ja

 Nein

 Weiß ich nicht

7. Sollte die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben in der Betreuung von Patienten mit Demenz auf Pflegefachkräfte in Zukunft in den Vergütungskatalog der Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen werden?

 Ja

 Nein

 Weiß ich nicht

8. Kreuzen Sie bitte bei den nachfolgenden Aussagen die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Mehrfachnennungen sind möglich.

	Ja, in Delegation	Ja, in Substitution	Nein
Ich befürworte generell die Übertragung typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben an Pflegefachkräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bereit, mein aktuelles Aufgabenfeld durch die Übernahme ärztlicher Aufgaben zu erweitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Angaben

1) Geschlecht:

 Männlich Weiblich

2) Geburtsjahr:

 / / (Jahr)

3) Wie lautet Ihre aktuelle Berufsbezeichnung?

 Altenpfleger/ in
 Gesundheits- und Krankenpfleger/ in
 Andere, und zwar: _____

4) Bekleiden Sie eine zusätzliche Funktion in Ihrer Einrichtung?

- Nein
 stellvertretende Pflegedienstleitung
 Pflegedienstleitung
 Bereichsleitung
 Pflegeberater
 Andere, und zwar: _____

5) Seit wann arbeiten Sie in diesem Beruf?

_____ (Jahr)

6) Wie viele Personen betreuen Sie im Quartal?

ca. _____ (Personen)

7) Wie viele Patienten mit einer kognitiven Einschränkung betreuen Sie pro Quartal?

ca. _____ (Patienten)

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein.

. .

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!



Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich zur schriftlichen Befragung im Rahmen dieser Studie bereit erklärt haben!

Um eine bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz sicherzustellen, sind unterschiedliche medizinische und pflegerische Maßnahmen notwendig. Im Zuge einer alternden Bevölkerung wird das Aufkommen von Patientinnen und Patienten mit Demenz im Praxisalltag immer größer. Daher gilt es zu überlegen, ob und in welchem Umfang Tätigkeiten, die typischerweise von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt wurden, in Zukunft an Pflegefachkräfte übergeben werden können. Ziel ist es, im Zuge einer bestmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz, die hausärztliche Versorgung zu entlasten und die Pflege zu stärken.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, anonym und dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Bitte nutzen Sie den frankierten Rücksendeumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Auf der nachfolgenden Seite finden Sie Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens. Die Beantwortung der Fragen wird ca. 15 bis 20 Minuten in Anspruch nehmen.


Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens


Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die meisten Fragen lassen sich durch Ankreuzen eines Kästchens beantworten. Bitte wählen Sie jeweils die Antwort aus, die am besten auf Sie zutrifft. Versuchen Sie sich dabei spontan für eine Antwort zu entscheiden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit eine eigene Antwort zu formulieren oder Ziffern einzutragen. Bitte schreiben Sie dann die Antworten an die durch einen Strich (____) oder Kästchen () gekennzeichnete Stelle.

Es ist wichtig, dass Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge ausfüllen. In der ‚Frage 2‘ erhalten Sie durch einen Pfeil () den Hinweis, dass Sie die Spalte 2 bitte beantworten, wenn Sie sich für die Antwortmöglichkeit ‚Ja, eigenverantwortlich‘ entschieden haben.

Beispiel:

	Spalte 1			Spalte 2	
Sollten Pflegefachkräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?	Nein	Ja, mit ärztlicher Anweisung	Ja, eigenverantwortlich	Ja	Nein
Terminvereinbarungen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtige Definitionen für das allgemeine Verständnis

Pflegefachkraft	Examiniertes Pflegefachpersonal (3-jährige Berufsausbildung, z.B. als Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in)
Aufgaben mit ärztlicher Anweisung	Diese Tätigkeiten wurden typischerweise von Ärzten mit entsprechender Qualifikation ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft von Ärzten an Pflegefachkräfte delegiert/ übergeben werden.
Eigenverantwortliche Aufgabenübernahme	Diese Tätigkeiten wurden typischerweise von Ärzten mit entsprechender Qualifikation ausgeführt, könnten jedoch in Zukunft durch Pflegefachkräfte eigenständig d.h. ohne ärztliche Anweisung ausgeführt werden.

**1. Wenn Sie an Patienten mit Demenz und deren Angehörige denken:
Wie häufig führen Sie aktuell folgende Tätigkeiten aus?**

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Erfassen der sozialen Situation der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der aktuellen Versorgungssituation der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der Fahrtüchtigkeit der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der sozialen Situation der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassen der aktuellen Versorgungssituation der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit Behörden und Ämtern (z.B. Betreuungsbehörde, Sozialamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Pflegeheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung der Patienten und deren Angehörige (z.B. Sturzprophylaxe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Entlastungsangeboten für Angehörige (z.B. Selbsthilfegruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend sehen Sie eine Tabelle mit Aufgaben die typischerweise von Ärzten in der Versorgung von Patienten mit Demenz ausgeführt werden.

2. Welche dieser Aufgaben können Pflegefachkräfte, Ihrer Meinung nach, in Zukunft mit ärztlicher Anweisung bzw. eigenverantwortlich übernehmen? (Spalte 1).

Ebenfalls interessiert uns, ob Pflegefachkräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für eine eigenverantwortliche Durchführung der ausgewählten Aufgaben qualifiziert sind (Spalte 2).

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Tätigkeit in Zukunft eigenverantwortlich von einer Pflegefachkraft übernommen werden kann, dann beantworten Sie bitte auch Spalte 2.

	Spalte 1			Spalte 2	
	Sollten Pflegekräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?			Sind Pflegekräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert?	
I. Durchführung, Auswertung und Interpretation von Fragebögen zur Erkennung von:	Nein	Ja, mit ärztlicher Anweisung	Ja, eigenverantwortlich	Ja	Nein
Psychiatrischen, neurologischen und kognitiven Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagskompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilitätseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seh- und Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Spalte 1			Spalte 2	
	Sollten Pflegekräfte diese Tätigkeit in Zukunft übernehmen?			Sind Pflegekräfte aus Ihrer Sicht aktuell ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert?	
	Nein	Ja, mit ärztlicher Anweisung	Ja, eigenverantwortlich	Ja	Nein
II. Erstverschreibungen und Erstverordnungen von:					
Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmitteln (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrischer Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Folgeverschreibungen und Folgeverordnungen von:					
Pflegehilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmitteln (z.B. Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrischer Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häuslicher Krankenpflege (SGB XI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungspflege (SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidementiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Anordnung eines Gesundheitsmonitorings für:					
Vitalparameter (z.B. Langzeit-EKG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung, Flüssigkeit, Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Weitere Tätigkeiten:					
Folgeüberweisungen an Fachärzte ausstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Blutentnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des Medikamentenplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung der Patienten (z.B. zu Begleiterkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere, und zwar : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mit den folgenden Aussagen möchten wir Ihre Ansichten zu der Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben an Pflegefachkräfte erfassen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort für **Spalte 1 (Mit ärztlicher Anweisung)** und eine Antwort für **Spalte 2 (Eigenverantwortlich)** an.

	Spalte 1		Spalte 2	
	Mit ärztlicher Anweisung		Eigenverantwortlich	
Die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten an Pflegefachkräfte wird ...	Ja	Nein	Ja	Nein
die Arzt-Patienten-Beziehung stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vertrauen der Patienten in die Behandlungsentscheidungen des Hausarztes stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vertrauen der Patienten in die Behandlungsentscheidungen der Pflegefachkraft stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, der Pflegefachkraft und dem Patienten verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Versorgung von Patienten mit Demenz positiv beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Arbeitszufriedenheit des Hausarztes verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkraft verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Hausarzt entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Pflegefachkraft entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche zusätzliche Qualifikation ist Ihrer Meinung nach für Pflegefachkräfte erforderlich, um in Zukunft Aufgaben durchzuführen, die typischerweise von Ärzten erbracht werden?

Bitte kreuzen Sie eine Antwort für **Spalte 1 (Mit ärztlicher Anweisung)** und eine Antwort für **Spalte 2 (Eigenverantwortlich)** an.

	Spalte 1	Spalte 2
	Mit ärztlicher Anweisung	Eigenverantwortlich
a) Keine zusätzliche Qualifikation neben der 3-jährigen Berufsausbildung als examinierte Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 3-jährige Berufsausbildung mit demenzspezifischer Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pflegestudium mit Bachelorabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pflegestudium mit Bachelorabschluss und aufbauendem Masterstudium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Zu welcher Einschätzung kommen Sie, wenn Sie alle bisherigen Aspekte für eine künftige neue Aufgabenverteilung zwischen dem Hausarzt und der Pflegefachkraft zusammen nehmen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort für **Spalte 1 (Mit ärztlicher Anweisung)** und eine Antwort für **Spalte 2 (Eigenverantwortlich)** an.

	Spalte 1		Spalte 2	
	Mit ärztlicher Anweisung		Eigenverantwortlich	
Durch die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten an Pflegefachkräfte entstehen ...	Ja	Nein	Ja	Nein
...den Ärzten Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Pflegefachkräften Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Patienten mit Demenz und deren Angehörige Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sollte eine gesetzliche Möglichkeit außerhalb von Modellprojekten geschaffen werden, sodass Pflegefachkräfte in Zukunft typischerweise von Ärzten ausgeführte Aufgaben in der Betreuung von Patienten mit Demenz eigenverantwortlich erbringen und abrechnen können?

 Ja Nein Weiß ich nicht

7. Sollte die Übertragung von typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben in der Betreuung von Patienten mit Demenz auf Pflegefachkräfte in Zukunft in den Vergütungskatalog der Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen werden?

 Ja Nein Weiß ich nicht

8. Kreuzen Sie bitte bei den nachfolgenden Aussagen die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Mehrfachnennungen sind möglich.

	Ja, mit ärztlicher Anweisung	Ja, als eigenverantwortliche Aufgabe	Nein
Ich befürworte generell die Übertragung typischerweise von Ärzten ausgeführten Aufgaben an Pflegefachkräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bereit, Tätigkeiten meines aktuellen Aufgabenfeldes an Pflegefachkräfte abzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Angaben

1) Geschlecht:

 Männlich Weiblich

2) Geburtsjahr:

|_|_|_|_|_|_|_| (Jahr)

3) Seit wann sind Sie als niedergelassener Hausarzt tätig?

|_|_|_|_|_|_|_| (Jahr)

4) Wie viele Patienten betreuen Sie im Quartal (Scheinzahl)?

ca. |_|_|_|_|_|_|_|_| (Scheine)

5) Wie viele Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen betreuen Sie pro Quartal?

ca. |_|_|_|_|_|_|_|_| (Patienten)

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein.

|_|_| . |_|_| . |_|_|_|_|_|

Leitfaden Angehörige von Menschen mit Demenz

ERZÄHLIMPULS/MEINUNGSBILD

- *Einführung zum Projekt:*
Im Rahmen des Projektes AHeaD möchten wir erfahren, wie künftig die Aufgabenneuverteilung zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzten organisiert werden kann. Ziel ist die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für Menschen mit Demenz, um die Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegefachpersonen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.
- *Verweis auf quantitative Befragung:*
Zunächst wurden im Rahmen einer Befragung mit Hilfe von Fragebögen HausärztInnen, Pflegefachpersonen, Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige zu möglichen Aufgaben der Pflegefachperson und des Hausarztes sowie der Akzeptanz der Übernahme spezifischer Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen befragt. Jetzt werden sich Vertreter aller vier beteiligten Personengruppen in Diskussionsrunden auf Basis der quantitativen Ergebnisse austauschen.
- *Ziel der Diskussionsrunden:*
Die Diskussionen in der Gruppe sollen es ermöglichen, die in der Befragung erzielten Ergebnisse zu verstehen und Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis zu besprechen.

Als erstes bitten wir Sie uns zu erzählen, ...

- Was verstehen **Sie** unter Aufgabenübernahme nach Absprache mit dem Arzt (Delegation) bzw. ohne Absprache mit dem Arzt (Substitution)? Was bedeutet diese Unterscheidung für Sie in Ihrem Alltag?
- Wie ist Ihre Meinung zum Thema Übergabe von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachkräfte im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz?
- Wie eng sollten sich Pflegefachpersonen und Hausärzte/Ärztinnen abstimmen?
- Welche Chancen bzw. Barrieren sehen Sie in der Übergabe ärztlicher Tätigkeiten und Pflegefachpersonen in der Versorgung von MmD in diesem Bereich?

DISKUSSION ZU KONKRETEN ERGEBNISSEN

[Vorstellung ausgewählter Ergebnisse (max. 1 Seite) der Befragung durch den Interviewer

Jeweils: Was geht Ihnen dabei durch den Kopf, wenn Sie das hören?

Zusammenfassung der Diskussion, weiteres Vorgehen, Ausblick Folgeprojekt Independent, Verabschiedung durch den Interviewer]

Leitfaden Menschen mit Demenz

ERZÄHLIMPULS/MEINUNGSBILD

- *Einführung zum Projekt:*
Ich möchte heute mit Ihnen über die Aufgaben Ihres Hausarztes und Ihrer Pflegefachkräfte, also Schwestern sprechen, die Sie versorgen und sich um Sie kümmern. Es gibt Aufgaben die immer der Arzt erledigt, z.B. untersucht Sie der Arzt, stellt Krankheiten fest und kümmert sich um Ihre Medikamente. Pflegekräfte – oder Schwestern – betreuen Sie zu Hause, messen z.B. Ihren Blutdruck oder wechseln Verbände.
- Welche Aufgaben darf nur der Arzt machen? [z.B. Verordnungen, Überweisungen, Untersuchungen etc.; *Vorstellung ausgewählter Ergebnisse; Tätigkeiten werden auf Karten illustriert*]
- Welche Aufgaben könnte auch eine Pflegekraft/Schwester übernehmen? [ggf. einzelne Tätigkeiten nennen, z.B. Blutabnahmen, Folgeverschreibungen etc., *Vorstellung ausgewählter Ergebnisse; Tätigkeiten werden auf Karten illustriert*]

AKZEPTANZ

Stellen Sie sich vor, die Pflegekräfte/Schwester darf mehr Aufgaben [Bezug auf Card Game] übernehmen, die vorher der Hausarzt/Ärztin bei Ihnen gemacht hat.

- Wer wäre ihr erster Ansprechpartner, wenn es Ihnen nicht gut geht? Wen fragen Sie bei Fragen zu Ihrer Gesundheit (Hausarzt/Ärztin oder Pflegekraft)?
 - Hätte dies Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Ihnen und ihrem Hausarzt?
 - Haben Sie Bedenken, wenn die Pflegekraft Arztaufgaben übernimmt? Würde es für Sie einfacher werden?

ÜBERTRAGUNG IN DIE REGELVERSORGUNG

Wenn die Pflegekräfte mehr Aufgaben übernehmen und sich noch mehr um Ihre Gesundheit kümmern:

- Soll die Pflegekraft sich bei Ihnen zu Hause um Sie kümmern?
- Soll sich die Pflegekraft statt des Arztes auch mehr in der Arztpraxis um sie kümmern?
 - **DelpHi-Frage:** Was ist das Besondere an der Schwester, die zu Ihnen nach Hause kommt?

Leitfaden Pflegefachkräfte

ERZÄHLIMPULS/MEINUNGSBILD

- **Einführung zum Projekt:**
Im Rahmen des Projektes AHeaD soll eruiert werden, wie künftig Arbeitsprozesse in Kooperation, Delegation oder Substitution zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzten organisiert werden können. Ziel ist die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für Menschen mit Demenz, um die Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegefachpersonen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.
- **Verweis auf quantitative Befragung:**
Zunächst wurden im Rahmen einer quantitativen Befragung mittels Fragebögen HausärztInnen, Pflegefachpersonen, Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige zu möglichen Aufgaben der Pflegefachperson und des Hausarztes sowie der Akzeptanz der Übernahme spezifischer Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen befragt. In einem nächsten Schritt sollen sich nun Vertreter aller vier beteiligten Gruppen in Diskussionsrunden, sog. FGD, basierend auf den quantitativen Ergebnissen gemeinsam austauschen.
- **Ziel einer FGD:**
Die Diskussionen in der Gruppe sollen es ermöglichen, die in der Befragung erzielten Ergebnisse zu verstehen und Umsetzungsmöglichkeiten im Kontext der Praxiserfahrungen zu eruieren.

Situativ entscheiden, ob zunächst das Stimmungsbild eruiert oder konkrete Ergebnisse diskutiert werden sollen, je nach Erfahrungen aus erster Fokusgruppendifkussion ggf. in zweiter tauschen

Zunächst möchten wir noch einmal ein allgemeines **Stimmungsbild** einfangen und bitten Sie daher, zu erzählen, ...

- Was verstehen **Sie** unter dem Begriff Substitution bzw. Delegation? Was bedeutet er für Sie in Ihrem Alltag?
- Wie ist Ihre Meinung zum Thema Delegation und Substitution von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachkräfte im Bereich der Versorgung von MmD?
- Welche Chancen bzw. Barrieren sehen Sie in der Delegation bzw. Substitution ärztlicher Tätigkeiten in diesem Bereich?

DISKUSSION ZU KONKRETEN ERGEBNISSEN

[Vorstellung ausgewählter Ergebnisse der Befragung durch den Interviewer]

- Jeweils: Was geht Ihnen dabei durch den Kopf, wenn Sie das hören?
- ausgewählte Beispiel:
 - Assessment:
 - psychologischen, neurologischen und kognitiven Auffälligkeiten
 - Seh- und Hörfähigkeit
 - Blutentnahmen
 - Qualifikation
 - Akzeptanz

Zusammenfassung der Diskussion, weiteres Vorgehen, Ausblick Folgeprojekt Independent, Verabschiedung durch den Interviewer]

Leitfaden Hausärztinnen/Hausärzte

ERZÄHLIMPULS/MEINUNGSBILD

- **Einführung zum Projekt:**
Im Rahmen des Projektes AHeaD soll eruiert werden, wie künftig Arbeitsprozesse in Kooperation, Delegation oder Substitution zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzten organisiert werden können. Ziel ist die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für Menschen mit Demenz, um die Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegefachpersonen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.
- **Verweis auf quantitative Befragung:**
Zunächst wurden im Rahmen einer quantitativen Befragung mittels Fragebögen Hausärztinnen, Pflegefachpersonen, Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige zu möglichen Aufgaben der Pflegefachperson und des Hausarztes sowie der Akzeptanz der Übernahme spezifischer Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen befragt. In einem nächsten Schritt sollen sich nun Vertreter aller vier beteiligten Gruppen in Diskussionsrunden, sog. FGD, basierend auf den quantitativen Ergebnissen gemeinsam austauschen.
- **Ziel einer FGD:**
Die Diskussionen in der Gruppe sollen es ermöglichen, die in der Befragung erzielten Ergebnisse zu verstehen und Umsetzungsmöglichkeiten im Kontext der Praxiserfahrungen zu eruieren.

Situativ entscheiden, ob zunächst das Stimmungsbild eruiert oder konkrete Ergebnisse diskutiert werden sollen, je nach Erfahrungen aus erster Fokusgruppendifkussion ggf. in zweiter tauschen

Zunächst möchten wir noch einmal ein allgemeines **Stimmungsbild** einfangen und bitten Sie daher, zu erzählen, ...

- Was verstehen **Sie** unter dem Begriff Substitution bzw. Delegation? Was bedeutet er für Sie in Ihrem Alltag?
- Wie ist Ihre Meinung zum Thema Delegation und Substitution von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachkräfte im Bereich der Versorgung von MmD?
- Welche Chancen bzw. Barrieren sehen Sie in der Delegation bzw. Substitution ärztlicher Tätigkeiten in diesem Bereich?

DISKUSSION ZU KONKRETEN ERGEBNISSEN

[Vorstellung ausgewählter Ergebnisse der Befragung durch den Interviewer]

- Jeweils: Was geht Ihnen dabei durch den Kopf, wenn Sie das hören?
- Für ausgewähltes Beispiel: Weshalb denken Sie, stehen weibliche Hausärztinnen der Delegation/Substitution der ärztlichen Aufgaben positiver gegenüber als männliche?
- ggf.: Wenn Sie an Diagnoseverfahren und demenzspezifische Behandlungen für Patienten mit Demenz denken, welche wenden Sie für Ihre Patienten mit Demenz üblicherweise an?
 - Wie häufig wenden Sie XX durchschnittlich pro Quartal an?

Zusammenfassung der Diskussion, weiteres Vorgehen, Ausblick Folgeprojekt Independent, Verabschiedung durch den Interviewer]



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

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 Haus*ärztinnen 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.

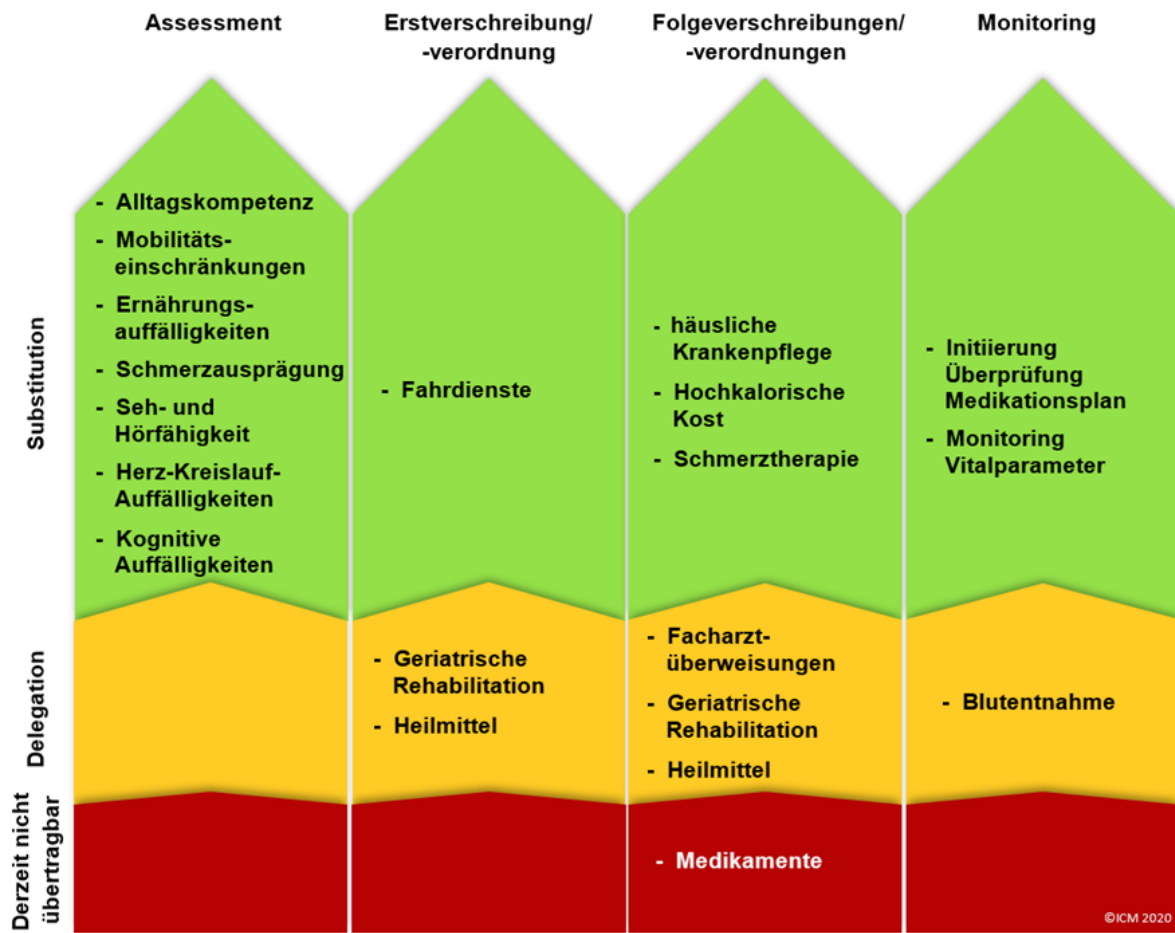


Abb. 1: Übertragungsmöglichkeiten bislang ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen lt. Befragungsergebnissen der AHead-Studie

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 Aufgabeneuverteilung 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

Vertikaler Karriereverlauf	Habilitation										
	Promotion - Doktorat Pflege-/ Gesundheits- Wissenschaften - PhD - DNP (Doctorate in Nursing Practice)	Teamleitung von Masterabsolventen (ANP)	Entwicklung und Implementierung klinischer (Pflege-, Reha-) Forschung		Entwicklung und Implementierung von Konzepten zur Pflegepraxisentwicklung			Lehrbeauftragung			
	Master - Master of Science - Master of Arts	Sektorenübergreifendes Case Management	Pflegeentwicklung (professions- und sektorenübergreifend)		Anwendungsorientierte Pflegeforschung		Pflegeexperte, Advanced Practice Nurse in direkter Patientenversorgung (z. B. Nurse Practitioner, Community Health Nurse) und/oder mit Spezialisierung als APN z. B. in Palliative Care, psychiatrischer Pflege		Supervision		
	(Grundständiger) Pflegestudiengang Bachelor mit Fachweiterbildung	Fachpflege (z. B. Wundmanagement)	Primary Nurse	Übernahme fachlicher Verantwortung für ein spezifiziertes Tätigkeitsfeld	Fachexperte mit erweiterter Pflegepraxis (z. B. Beatmung)	Mitarbeit in Expertenteams	Multiplikator/Ansprechpartner für klinische Fachfragen (z. B. Theorie-Praxis-Transfer)	Patienten- edukation	Qualitätsmanagement	Case Management/ Schnittstellenmanagement	Fachbereichs- praxisanleitung
	(Grundständiger) Pflegestudiengang Bachelor										
	3-jährige Ausbildung Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, Altenpflege mit Fachweiterbildung	Innerbetriebliche Fortbildungen zu spezifischen Themen	Moderation v. Fallbesprechungen, Qualitätszirkeln	(Mit-)Konzeption und Durchführung niedrigschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote	Analyse von für die Organisationseinheit relevanten Pflegephänomenen und -problemen	Übernahme von Managementfunktionen in definiertem Bereich (z. B. Station)	Projektmanagement	Wohnbereichsleitung	Pflegedienstleitung	Übernahme von Lehrfunktionen	
3-jährige Ausbildung Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, Altenpflege	Prozessverantwortliche „Pflegefachperson“	Praxisanleitung	Multiplikator für Sachthemen (z. B. Hygiene)	Pflegeberatung (nach § 7a, SGB XI)	Familiale Pflege	Weitere Qualifikationen und Fortbildungen gemäß der benötigten Handlungskonzepte					
Kürzer als 3-jährige, mindestens 1-jährige Ausbildung Gesundheits- und Pflegeassistent/-helfer, Altenpflegehelfer	Qualifikationen und Fortbildungen gemäß der benötigten Handlungskonzepte (z. B. Kinästhetik, Inkontinenz)										
	Horizontaler Karriereverlauf										

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
- Pflegefachpersonenauschalen
- 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>

Anlage 4: Tätigkeitsanalyse



Abbildung: Häufigkeit der ausgeführten Tätigkeiten, angegeben als Mittelwert über alle analysierten Probanden (N=284) (unterschiedliche Einfärbung der Tätigkeitsgruppen I - V)

Tabelle: Poisson-Regression der Tätigkeitskategorien in Abhängigkeit von Probanden-Merkmalen (signifikante Zusammenhänge markiert)

	Angehörigen -beratung		Assessment & Anamnese		Beratung		Pflege		Sozialrechtl. Versorgung		Zusammen- arbeit	
	Coef.	p	Coef.	p	Coef.	p	Coef.	p	Coef.	p	Coef.	p
MMST	-0,007	0.788	0,018	0.127	0,000	0.992	0,006	0.374	-0,019	0.025	0,005	0.658
B-ADL	0,135	0.000	0,090	0.000	0,054	0.000	0,040	0.002	0,003	0.884	0,014	0.425
allein lebend	-0,280	0.056	-0,038	0.619	-0,082	0.140	0,019	0.743	0,093	0.428	0,014	0.855
Demenz	0,412	0.060	0,122	0.329	0,055	0.548	0,017	0.833	0,409	0.001	0,120	0.116

Anlage 5: Quantitative Befragung

Tabelle: Zustimmung zur Tätigkeitsübernahme bzw. –übertragung nach

Probandengruppe

	Delegation				Substitution			
	Hausärzte N=225	Pflegefachpersonen N=232	Angehörige N=197	MmD N=211	Hausärzte N=225	Pflegefachpersonen N=232	Angehörige N=197	MmD N=211
Assessmenttätigkeiten/ Erkennen der								
Fahrttauglichkeit			36 (18,27%)	27 (12,80%)			75 (38,07%)	65 (30,81%)
psychiatrischen, neurologischen und kognitiven Auffälligkeiten	142 (63,11%)	78 (33,62%)	49 (24,87%)	44 (20,85%)	29 (12,89%)	55 (23,71%)	138 (70,05%)	144 (68,25%)
Herz-Kreislauf-Auffälligkeiten	118 (52,44%)	107 (46,12%)	50 (25,38%)	53 (25,12%)	42 (18,67%)	49 (21,12%)	140 (71,07%)	144 (68,25%)
Rehabilitationsfähigkeit	88 (39,11%)	70 (30,17%)			47 (20,89%)	49 (21,12%)		
Ernährungsauffälligkeiten	70 (31,11%)	86 (37,07%)	29 (14,72%)	27 (12,80%)	147 (65,33%)	132 (56,90%)	161 (81,73%)	173 (81,99%)
Schmerzausprägung	106 (47,11%)	88 (37,93%)	49 (24,87%)	55 (26,07%)	92 (40,89%)	106 (45,69%)	137 (69,54%)	139 (65,88%)
Alltagskompetenzen	65 (28,89%)	78 (33,62%)	32 (16,24%)	32 (15,17%)	155 (68,89%)	139 (59,91%)	157 (79,70%)	168 (79,62%)
Mobilitätseinschränkungen	62 (27,56%)	83 (35,78%)	26 (13,20%)	32 (15,17%)	158 (70,22%)	131 (56,47%)	166 (84,26%)	167 (79,15%)
Seh- und Hörfähigkeit	83 (36,89%)	89 (38,36%)	33 (16,75%)	41 (19,43%)	118 (52,44%)	73 (31,47%)	156 (79,19%)	148 (70,14%)
Summe der Assessmenttätigkeiten	734 (40,78%)	679 (36,58%)	304 (19,29%)	311 (18,42%)	788 (43,78%)	734 (39,55%)	1130 (71,70%)	1148 (68,01%)
Erstverschreibungen von								
Pflegehilfsmitteln	104 (46,22%)	60 (25,86%)			59 (26,22%)	143 (61,64%)		
häusliche Krankenpflege			57 (28,93%)	51 (24,17%)			133 (67,51%)	145 (68,72%)
Heilmitteln	77 (34,22%)	88 (37,93%)	100 (50,76%)	94 (44,55%)	12 (5,33%)	73 (31,47%)	67 (34,01%)	81 (38,39%)
hochkalorischer Kost	107 (47,56%)	71 (30,60%)			34 (15,11%)	101 (43,53%)		
geriatrischer Reha	82 (36,44%)	71 (30,60%)	119 (60,41%)	102 (48,34%)	15 (6,67%)	41 (17,67%)	50 (25,38%)	70 (33,18%)
Fahrdiensten	71 (31,56%)	61 (26,29%)	51 (25,89%)	59 (27,96%)	110 (48,89%)	111 (47,84%)	140 (71,07%)	135 (63,98%)
Summe Erstverschreibungen	441 (39,20%)	351 (30,26%)	327 (41,50%)	306 (36,26%)	230 (20,44%)	469 (40,43%)	390 (49,49%)	431 (51,07%)

	Delegation				Substitution			
	Hausärzte N=225	Pflegefachpersonen N=232	Angehörige N=197	MmD N=211	Hausärzte N=225	Pflegefachpersonen N=232	Angehörige N=197	MmD N=211
Folgeverschreibung von								
Pflegehilfsmitteln	87 (38,67%)	64 (27,59%)			117 (52,00%)	144 (62,07%)		
Heilmitteln	49 (21,78%)	86 (37,07%)	94 (47,72%)	89 (42,18%)	94 (41,78%)	0 (0,00%)		98 (46,45%)
hochkalorischer Kost	112 (49,78%)	76 (32,76%)			79 (35,11%)	106 (45,69%)	89 (45,18%)	
geriatischer Reha	103 (45,78%)	79 (34,05%)	102 (51,78%)	97 (45,97%)	36 (16,00%)	47 (20,26%)	69 (35,03%)	77 (36,49%)
Fahrdiensten	58 (25,78%)	68 (29,31%)	37 (18,78%)	44 (20,85%)	146 (64,89%)	107 (46,12%)	154 (78,17%)	149 (70,62%)
häusliche Krankenpflege	92 (40,89%)	81 (34,91%)	47 (23,86%)	43 (20,38%)	106 (47,11%)	117 (50,43%)	143 (72,59%)	153 (72,51%)
Behandlungspflege	103 (45,78%)	92 (39,66%)	65 (32,99%)	69 (32,70%)	94 (41,78%)	97 (41,81%)	121 (61,42%)	121 (57,35%)
Schmerztherapie	90 (40,00%)	94 (40,52%)			15 (6,67%)	44 (18,97%)		
Antidementiva	49 (21,78%)	85 (36,64%)			5 (2,22%)	29 (12,50%)		
Facharztüberweisungen	88 (39,11%)	59 (25,43%)	87 (44,16%)	76 (36,02%)	37 (16,44%)	53 (22,84%)	96 (48,73%)	113 (53,55%)
Summe Folgeverschreibungen	831 (36,93%)	784 (33,79%)	432 (36,55%)	418 (33,02%)	729 (32,40%)	744 (32,07%)	672 (56,85%)	711 (56,16%)
Monitoring								
Vitalparameter	99 (44,00%)	79 (34,05%)	94 (47,72%)	88 (41,71%)	19 (8,44%)	37 (15,95%)	89 (45,18%)	86 (40,76%)
Ernährungsauffälligkeiten	112 (49,78%)	90 (38,79%)			99 (44,00%)	114 (49,14%)		
Schmerzen	133 (59,11%)	110 (47,41%)			59 (26,22%)	66 (28,45%)		
Mobilität	104 (46,22%)	90 (38,79%)			113 (50,22%)	110 (47,41%)		
Summe Monitoring	448 (49,78%)	369 (39,76%)	94 (47,72%)	88 (41,71%)	290 (32,22%)	327 (35,24%)	89 (45,18%)	86 (40,76%)
weitere Tätigkeiten								
Verschreiben von Medikamenten			112 (56,85%)	91 (43,13%)			35 (17,77%)	57 (27,01%)
Durchführung von Blutentnahmen	130 (57,78%)	99 (42,67%)	97 (49,24%)	100 (47,39%)	87 (38,67%)	67 (28,88%)	84 (42,64%)	88 (41,71%)
Überprüfung Medikationsplan	101 (44,89%)	92 (39,66%)	66 (33,50%)	63 (29,86%)	70 (31,11%)	68 (29,31%)	116 (58,88%)	128 (60,66%)
Beratung des Patienten	105 (46,67%)	87 (37,50%)	74 (37,56%)	79 (37,44%)	53 (23,56%)	66 (28,45%)	106 (53,81%)	97 (45,97%)
Summe weiterer Tätigkeiten	336 (49,78%)	278 (39,94%)	349 (44,29%)	333 (39,45%)	210 (31,11%)	201 (28,88%)	341 (43,27%)	370 (43,84%)

Anlage 6: Zustimmung zur Übertragung spezifischer, aktuell ärztlicher Tätigkeiten

Tätigkeit	Kooperation	Delegation	Substitution
MONITORING / WEITERE TÄTIGKEITEN			
Monitoring von Vitalparametern	X	X	
Beratung des Patienten	X		X
Überprüfung Medikationsplan	X	X	
Monitoring von Schmerzen*	X		X
Monitoring von Ernährungsauffälligkeiten*	X	X	
Monitoring von Mobilität*	X	X	
Blutentnahme	X		X
ERSTVERSCHREIBUNG / ERSTVERORDNUNG VON			
Heilmitteln	X		X
geriatrischer Rehabilitation	X		X
Hochkalorische Kost*	X		X
Pflegehilfsmittel*	X	X	
Fahrdienste	X	X	
Häuslicher Krankenpflege	X	X	
FOLGEVERSCHREIBUNG / FOLGEVERORDNUNG VON			
Antidementiva ¹	X		X
Schmerztherapie	X	X	
Facharztüberweisungen ²	X	X	X
Geriatrische Rehabilitation	X		X
Heilmitteln	X		X
Hochkalorische Kost	X	X	
Behandlungspflege*	X	X	X
häuslicher Krankenpflege	X	X	
Fahrdienste*	X	X	
Pflegehilfsmittel*	X	X	
ASSESSMENT VON			
Rehabilitationsfähigkeit*	X		X
Herz-, Kreislaufauffälligkeiten	X	X	
Kognitive Auffälligkeiten	X	X	
Schmerzausprägung	X	X	
Seh- und Hörfähigkeit	X	X	
Ernährungsauffälligkeiten	X	X	
Alltagskompetenz	X	X	
Mobilitätseinschränkungen	X	X	

* = Die Zustimmung zur Aufgabenneueverteilung dieser Tätigkeit wurde bei den MmD und ihren pflegenden Angehörigen nicht erhoben.

1 = weniger als 33 % der befragten Hausarzt*innen stimmte für eine Übertragung an Pflegefachpersonen

2 = weniger als 33 % der befragten Pflegefachpersonen stimmte für eine Übertragung an Pflegefachpersonen

grau markiert = die Zustimmung zu Delegation und Substitution war gleich groß

Tabelle: Zustimmung zur Übertragung spezifischer, aktuell ärztlicher Tätigkeiten in Kooperation, Delegation und Substitution

Anlage 7: Qualifikationsbedarf



Die Abweichung von ±1 % ergibt sich durch die Rundungen der Einzelergebnisse für den Qualifikationsbedarf

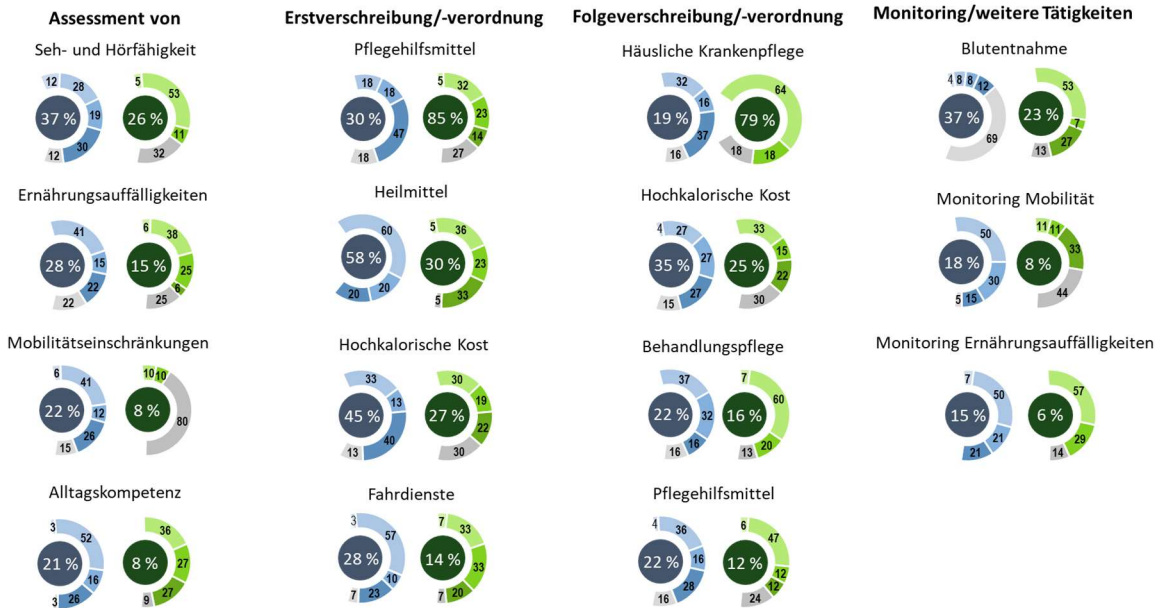


Abbildung: Einschätzung des Qualifikationsbedarfs zur Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten in Substitution durch Pflegefachpersonen