



# Aufgabenteilung in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz

Fokusgruppen mit Hausärzt\_innen und Pflegefachpersonen

Eva Drewelow<sup>1</sup>, Attila Altiner<sup>1</sup>, Bianca Biedenweg<sup>5</sup>, Maresa Buchholz<sup>5</sup>, Esther Henning<sup>3</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>3</sup>, Thomas Kohlmann<sup>5</sup>, Petra Lücker<sup>3</sup>, Bernhard Michalowsky<sup>4</sup>, Roman F. Oppermann<sup>2</sup>, Anika Rädke<sup>4</sup>, Daniela Zorn<sup>2</sup>, Anja Wollny<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock, Rostock

<sup>2</sup>Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg

<sup>3</sup>Institut für Community Medicine Abteilung Versorgungsepideiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

<sup>4</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen DZNE e.V., Greifswald

<sup>5</sup>Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

**Zusammenfassung:** *Hintergrund:* Menschen mit Demenz (MmD) zu versorgen, fordert Gesundheitssystem und pflegende Angehörige heraus und ist nur durch interprofessionelle medizinische und pflegerische Betreuung zu bewältigen. *Fragestellung/Ziel:* Die AHeD-Studie untersuchte Einstellungen von Hausärzt\_innen (HÄ) und Pflegefachpersonen (PFP) zur Übertragung bislang hausärztlich ausgeführter Tätigkeiten an PFP in der ambulanten Versorgung von MmD. *Methoden:* In vier Fokusgruppendiskussionen mit 10 HÄ und 13 PFP wurden Einstellungen zur Übertragung bestimmter Tätigkeiten inhaltsanalytisch untersucht sowie Chancen und Barrieren einer Einführung identifiziert. *Ergebnisse:* HÄ befürworteten die Übertragung bestimmter Tätigkeiten wie Blutentnahmen, Assessments, deren Monitoring oder Folgeverordnungen für Pflegehilfsmittel. „Klassische“ ärztliche Aufgaben (z.B. Diagnostik von Erkrankungen, Erstverordnung von Medikamenten) wurden weiter in hausärztlicher Hand gesehen. PFP forderten für die Beziehung zwischen PFP und HA mehr Wertschätzung und Anerkennung und bemängelten fehlendes Vertrauen sowie unzureichende Kommunikation. Beide Seiten verwiesen auf knappe Zeitbudgets, die sich kaum am reellen Bedarf der MmD orientierten. *Schlussfolgerung:* Die Umsetzung einer Aufgabeneuverteilung erfordert die Schaffung eines gesetzlichen und finanziellen Rahmens, zeitlicher Ressourcen, konkreter Aufgabenbeschreibungen sowie die stärkere Zusammenarbeit der involvierten Berufsgruppen. Innovative Konzepte könnten zum sinnvollen Einsatz der Ressourcen beider Berufsgruppen beitragen und die Versorgung von MmD stärken.

**Schlüsselwörter:** Demenz, ambulante Versorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Aufgabeneuverteilung, Inhaltsanalyse

## Task sharing in outpatient dementia care – Focus groups with GPs and nurses

**Abstract:** *Background:* Caring for people with dementia (PWD) is challenging for the health system and family carers and can only be managed through interprofessional medical and nursing care. *Aim:* The AHeD study investigated attitudes of general practitioners (GPs) and nurses towards the transfer of activities previously performed by GPs to advanced nurses in the outpatient care of PWDs. *Methods:* In four focus group discussions with 10 GPs and 13 nurses, qualitative content analysis was used to investigate attitudes towards the transfer of certain tasks and to identify opportunities and barriers to their introduction. *Results:* GPs primarily preferred the transfer of nursing activities such as blood sampling, assessments, their monitoring or follow-up prescriptions for nursing aids. “Classical” medical tasks (e.g. diagnosis of diseases, initial prescription of medication) are still seen in the hands of GPs. Nurses demanded more appreciation and recognition for the relationship between GPs and nurse and criticised the lack of trust and insufficient communication. Both sides pointed to tight time budgets that were hardly oriented towards the actual needs of the PWD. *Conclusions:* The implementation of a redistribution of tasks requires the creation of legal and financial framework conditions, time resources, concrete task descriptions as well as a stronger cooperation between the professional groups involved. Innovative concepts could contribute to the sensible use of the resources GP and nurses and strengthen the care of PWDs.

**Keywords:** Dementia, outpatient care, interprofessional health care, task shifting, content analysis

**Was ist schon bekannt?**

Aufgabenübertragung an Pflegefachpersonen kann Patientenversorgung verbessern.

**Was ist neu?**

Hausärzt\_innen und Pflegefachpersonen befürworten eine Aufgabeneuverteilung und sehen Vorteile für die Versorgung von Menschen mit Demenz.

**Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**

Es gilt, Bedingungen und Ressourcen zu schaffen und die Zusammenarbeit involvierter Berufsgruppen zu stärken.

## Einleitung

Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft erkrankt in Deutschland alle 100 Sekunden ein Mensch an Demenz. Aktuell leben ca. 1,7 Mio. Menschen hierzulande mit der Diagnose (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. & Selbsthilfe Demenz, 2020), 2/3 davon in der Häuslichkeit (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Menschen mit Demenz (MmD) sind in der Regel ältere und multimorbide Patient\_innen (Kaczynski et al., 2019; DGPPN & DGN, 2016), deren umfassende Versorgung sowohl für das Gesundheitssystem als auch für die pflegenden Angehörigen eine Herausforderung darstellt. Offene Versorgungsbedarfe zeigen sich hinsichtlich pflegerischer, medizinischer, medikamentöser, psychosozialer und sozialrechtlicher Angelegenheiten (Bangerter, Griffin, Zarit & Havyer, 2017). Ein frühzeitiges Identifizieren und Decken dieser Versorgungsbedarfe – im Sinne einer individuellen und ganzheitlichen Betreuung (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016) – kann nur durch eine intensive und umfassende medizinische und pflegerische Betreuung und damit idealerweise durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit bewältigt werden (Michałowsky, Kaczynski & Hoffmann, 2019; DEGAM, 2008; Weyerer, Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt, 2005).

Die Diskussion über eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Gesundheitsfachberufe ist nicht neu (Beerheide, 2020). Eine Berücksichtigung der Debatte erfolgte 2013 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband mit einer Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Krull, 2015). Die aktuelle Forderung des Pflegebeauftragten der Bundesregierung nach einer dauerhaften Übertragung heilkundlicher Aufgaben für bestimmte Pflegebereiche wird durch positive internationale und nationale Beispiele gestützt (Westerfellhaus, 2020; NP/APN Network, 2020; Martínez-González et. al., 2014; van den Berg et al., 2012). Die seit 2012 geltende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V umfasst diagnostische- und prozedurbezogene ärztliche Tätigkeiten.

Vor dem Hintergrund bestehender Versorgungsprobleme, vor allem in strukturschwachen Gebieten, der Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit und des sinnvollen Einsatzes der Ressourcen Hausarzt/-ärztin (HA) und Pflegefachpersonen (PFP) wurde untersucht, inwieweit bisher im Rahmen der hausärztlichen Versorgung von MmD ausgeführte Tätigkeiten zukünftig in Delegation oder Substitution an speziell aus- bzw. weitergebildete PFP übergeben werden können (Rogalski, Dreier, Hoffmann & Oppermann, 2012). „Delegation“ beschreibt die Übertragung von Tätigkeiten durch HA an PFP, wobei die Verantwortung beim HA verbleibt. Der Begriff „Substitution“ bezieht sich auf die eigenverantwortliche Übernahme bestimmter Tätigkeiten durch die PFP.

Zwar haben sich international in der ambulanten Primärversorgung vielversprechende Konzepte wie das ‚Primary Care Nursing‘ Konzept (Boyle, Saunders & Drury, 2016; Harris et al., 2016; Martínez-Gonzales et al., 2015) etabliert, jedoch wurde deren Akzeptanz aus der Perspektive von HA und PFP in Deutschland bisher nicht untersucht. Wichtig war zudem, zu eruieren, welche Voraussetzungen (z.B. Qualifikationsanforderungen) vorliegen müssen, um erste Modellprojekte zur Erprobung einer erweiterten Pflegerolle zu ermöglichen.

## Forschungsziel und Fragestellung

Die hier vorgestellten Ergebnisse sind Teil der AHeA-D-Studie „Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzt\_innen in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz und Qualifikation“ (Michałowsky et al., 2020). Diese wurde vom Innovationsfond des G-BA gefördert und erhielt positive Voten der Ethikkommissionen der Medizinischen Fakultäten der Universitätsmedizin in Rostock (A 2017-0169) und Greifswald (BB 090/17).

Übergreifend sollte ermittelt werden, wie Arbeitsprozesse im Rahmen der ambulanten Versorgung von MmD zukünftig in Kooperation, Delegation und Substitution organisiert und gemäß der Heilkundeübertragungsrichtlinie § 63 Abs. 3c SGB V implementiert werden können. Dazu wurden in verschiedenen Studienphasen und mit unterschiedlichen Methoden (Mixed-Methods-Design) die Einstellungen aller Beteiligten (HÄ, PFP, MmD und ihre Angehörigen) zur Übertragung von Tätigkeiten an PFP untersucht (siehe Abb. 1).

Dabei standen Aufgaben zur Diskussion, die in der Versorgung von MmD bislang von HÄ ausgeführt werden und folgende Bereiche umfassen: Verordnungen für Pflegehilfs-/Heilmittel, Fahrdienste, häusliche Kranken-/Behandlungspflege, sozialdienstliche Aufgaben, Überweisungen, Blutentnahmen, Assessments neurologischer Auffälligkeiten, Hören, Sehen, Rehabilitationsfähigkeit und das Monitoring von Vitalparametern, Ernährungsstatus, Mobilität, Schmerzempfinden.

In der dritten, qualitativen Datenerhebungsphase sollten vertiefendende Sichtweisen zur möglichen Übertra-

**Abbildung 1.** Phasen der AHeAD-Studie. DCM = Dementia Care Manager.

gung ärztlicher Aufgaben an PFP, deren Akzeptanz sowie Möglichkeiten der Qualifizierung und Finanzierung in der ambulanten Versorgung gewonnen werden. Damit sollten auch die in der zweiten Phase erzielten quantitativen Ergebnisse besser verstanden und eingeordnet werden. Diese Arbeit konzentriert sich auf die in der dritten Phase erfolgten Analysen und präsentiert eine theoretisch ausgearbeitete Gegenüberstellung der Aussagen von HA und PFP.

## Methoden

### Rekrutierung und Datenerhebung

Von den 457 bereits schriftlich Befragten erklärten 54 (36 Hausärzt\_innen, 18 Pflegefachpersonen) schriftlich ihr Interesse an den Fokusgruppendiskussionen (FGD), wovon insgesamt 23 teilnahmen. Zwischen Februar und April 2019 fanden jeweils zwei monoprofessionelle FGD mit HÄ und PFP statt. Erfahrene und geschulte Moderatorinnen leiteten die FGD und wurden durch Co-Moderator\_innen unterstützt.

Für die FGD wurde ein gemeinsamer, halbstandardisierter Leitfaden entwickelt, welcher durch einen offenen Start zu generellen Einstellungen hinsichtlich Delegation und Substitution sowie deren Chancen und Barrieren die Diskussionsbedürfnisse der jeweiligen Gruppe berücksichtigte (siehe Elektronisches Supplement ESM1). Danach wurden ausgewählte quantitative Ergebnisse als Fokus für die Diskussion zu folgenden Themen vorgestellt: (1) Übernahme von Assessment-Tätigkeiten, (2) Durchführung von Blutentnahmen, (3) Ausstellen von Folgeverordnungen, (4) Auswirkungen von Delegation bzw. Substitution auf die Beziehungsebene, (5) Patientenversorgung, (6) Arbeitspensum und berufsbezogene Zufriedenheit von HA und PFP.

Im Durchschnitt dauerten die FGD 88 Minuten (Min.–Max.: 58–110 min). Alle FGD wurden mit Einwilligung der Teilnehmer\_innen audio-aufgezeichnet und durch geschulte studentische Hilfskräfte pseudonymisierend transkribiert. Zusätzlich dazu erstellten die Moderator\_innen

eine Verlaufsdokumentation, welche jeweils den Ablauf und Inhalt zusammenfasste.

### Datenauswertung

Die Transkripte wurden gruppenzugehörig inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2000; 2015). Das Kategoriensystem wurde zunächst deduktiv, auf Basis der quantitativen Studienergebnisse und des Leitfadens der FGD entwickelt und im weiteren Analyseprozess kontinuierlich weiterentwickelt und induktiv erweitert. Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe von MAXQDA (Version 12, VERBI GmbH, Berlin) durch methodisch erfahrene wissenschaftliche Studienmitarbeiter\_innen (Sozialwissenschaftler\_innen, PFP, HÄ) nach dem Schema des konsensualen Codierens. Hierbei folgte, in abwechselnden Phasen, dem Codieren durch einzelne Wissenschaftler\_innen immer eine Diskussion der Analyseergebnisse in der Gruppe. Im Ergebnis entstand ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien sowie Codes für die Befragungsdimensionen (siehe ESM2). Parallel wurden Definitionen zu Kategorien, Codes und Beispiele für die jeweilige Berufsgruppe in einem Codierhandbuch festgehalten. So konnte über die Berufsgruppen hinweg ein gemeinsames Kategoriensystem erstellt und die Inhalte gruppenübergreifend verglichen werden.

## Ergebnisse

### Teilnehmer\_innen

Alle teilnehmenden HÄ waren Fachärzt\_innen für Allgemeinmedizin aus Mecklenburg-Vorpommern (MV). Die PFP kamen ebenfalls aus MV und waren u.a. examinierte Krankenpfleger\_innen und PFP mit oder ohne Bachelorstudium sowie diversen Zusatzqualifikationen (z.B. Rettungsdienst). Sie waren entweder bei einem privaten oder gemeinnützigen freien Träger, überwiegend als PFP im ambulanten Pflegedienst angestellt. Weitere Charakteristika sind in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1.** Beschreibung der Teilnehmer\_innen

	Hausärzt_innen (N = 10)	Pflegefachpersonen (N = 13)
Alter (im Durchschnitt)	44 Jahre (Min.–Max.: 37–61)	42 Jahre (Min.–Max.: 32–55)
Geschlecht	4 weiblich; 6 männlich	9 weiblich; 4 männlich
Berufserfahrung (im Durchschnitt)	8 Jahre (Min.–Max.: 1–29)	12 Jahre (Min.–Max.: 3–33)

## Kategoriensystem

Das entwickelte Kategoriensystem enthielt folgende Hauptkategorien mit den jeweiligen (Unter-)Kategorien, Codes und zugehörigen Textstellen: (1) Arbeitsteilung zwischen HÄ und PFP, (2) Übernahme ärztlicher Aufgaben durch PFP u.a. Verordnungen für Pflegehilfs-/ Heilmittel, Fahrdienste, Durchführen verschiedener Assessments, (3) Beziehung/Wertschätzung aller an der Pflege von MmD beteiligten Personen, (4) Überführung der Aufgabeneuverteilung in die Regelversorgung/Finanzierung, (5) Berufsbild der PFP, (6) Erwartungen an PFP/Betreuung bei Demenz bei Aufgabeneuverteilung, (7) Ist-Zustand der Regelversorgung bei MmD in der ambulanten Versorgung.

Die Ergebnisdarstellung fokussierte auf jene Aspekte der Kategorien, zu denen sich sowohl HÄ als auch PFP äußerten und bildet daher nicht spiegelbildlich die Kategorien ab (siehe ESM3).

## Arbeitsteilung zwischen HÄ und PFP

Mit dem Ziel die Versorgung zu optimieren, waren die befragten HÄ grundsätzlich offen für eine Übertragung von überwiegend pflegerischen Tätigkeiten an PFP. Vorrangig präferierten sie Delegation anstelle einer vollständigen Substitution.

Bezogen auf die in der AHeA-Studie ausgearbeiteten Aufgaben sahen die HÄ wenig Notwendigkeit für Unterstützung durch eine weitere Berufsgruppe. So würde der Austausch mit ortsansässigen Pflegediensten bei der Übermittlung von Auffälligkeiten bereits gut funktionieren. Zudem würden sie es vorziehen, mögliche Aufgaben an eigenes Personal (z.B. die Nichtärztliche Praxisassistentenz [NäPas] oder Versorgungsassistent\_innen in der Hausarztpraxis [VERAHs]) zu übertragen (ESM3: Z1).

Die PFP konnten sich eine Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten durch ihre Berufsgruppe grundsätzlich vorstellen. Allerdings zeigte sich aufgrund empfundener Unsicherheiten eine gewisse Ambivalenz zwischen dem Willen und der tatsächlichen Ausführung der Tätigkeit (ESM3: Z2). Einwände hinsichtlich der Aufgabenteilung und Tätigkeitsübernahme in Delegation oder Substitution schienen vorrangig von den jeweiligen Tätigkeiten abzuhängen.

## Übernahme ärztlicher Aufgaben durch PFP

Sowohl HÄ als auch PFP waren der Ansicht, dass sich nicht alle ärztlichen Tätigkeiten gleichermaßen für eine Übertragung eigneten. Beide Gruppen stimmten dafür, dass klassisch ärztliche Aufgaben, wie z.B. Diagnostik neurologischer Erkrankungen, Erstverordnung verschreibungspflichtiger Medikamente sowie Begutachtung der Rehabilitationsbedürftigkeit auch weiterhin durch HÄ erfolgen sollten. Insbesondere die PFP sprachen diesbezüglich ihrerseits fehlende Kompetenzen an (ESM3: Z3).

Blutentnahmen durch PFP konnten sich beide Gruppen, mit entsprechender Routine und auf Grundlage einer ärztlichen Entscheidung, gleichermaßen vorstellen. Ihre Entscheidung für Delegation anstelle von Substitution begründeten die PFP mit fehlender Praxis und bestehender Unsicherheit, wann und warum eine Blutentnahme zu tätigen sei.

Die Durchführung von Assessment- und Monitoringaufgaben zur Erfassung der Seh-/Hörfähigkeit, von Ernährungsauffälligkeiten, der Alltagskompetenzen und von Mobilitätseinschränkungen an PFP zu übertragen, wäre für die HÄ hingegen vorstellbar. Einige dieser Tätigkeiten, wie z.B. Erfassen und Überwachen von Gewicht/Ernährung, Schmerzen und Mobilität führten PFP bereits durch, wobei hier feste Absprachen, Rückmeldung bei Überschreitungen festgelegter Grenzen sowie Vertrauen in die jeweilige PFP eine wichtige Rolle zu spielen schienen (ESM3: Z4).

HÄ und PFP befürworteten auch für z.B. Folgeverordnungen für Pflegehilfsmittel eine Übernahme durch PFP. Hier sahen beide Gruppen, aber v.a. die PFP eine wesentliche Erleichterung ihres Arbeitsalltages und Zeiter sparnis. Dadurch würde die Kommunikation für ein Rezept mit den HÄ entfallen und ihnen somit schnelleres und bedarfsgerechteres Handeln ermöglichen. Jedoch wünschten sich die PFP hierfür eine vorbereitende Schulung (ESM3: Z5).

Auch das Ausstellen von Folgeüberweisungen für Fahrdienste an PFP zu delegieren, konnten sich die HÄ grundsätzlich vorstellen, erachteten jedoch in Bezug auf die finanzielle Verantwortung eine ärztliche Anweisung bzw. Rücksprache mit dem HA als zwingend erforderlich (ESM3: Z6). Für den Bereich der Bedarfsmedikation wünschten sich die PFP für eine individuelle bedarfsgerechte Versorgung von MmD mehr Flexibilität und Eigenverantwortlichkeit (ESM3: Z7).

## Beziehung/Wertschätzung aller an der Pflege von MmD Beteiligten

### Beziehung zum/zur Patient\_in

Generell verstanden sich die HÄ eher als „Lotse“, der die Patient\_innen bei der Behandlung unterstützt, durch das Gesundheitssystem navigiert und einzelne Aufgaben delegiert. Durch das Delegieren von Aufgaben an PFP vermuteten sie eine Reduzierung des Arzt-Patienten-Kontaktes, was sich aber nicht nachteilig auf die Patientenversorgung auswirken müsse (ESM3: Z8). Währenddessen würden die PFP durch den täglichen Kontakt zu den Patient\_innen deren Vertrauen genießen und sie am besten kennen, während HÄ aufgrund der seltenen Hausbesuche für MmD häufig wie Fremde wären (ESM3: Z9).

### Beziehung zu Angehörigen

Ihre Beziehung zu Angehörigen beschrieben die PFP ebenfalls als vertrauenvoll. Dies erklärten sie sich durch den regelmäßigen Kontakt sowie die von den Angehörigen wahrgenommene Entlastung. Von den HÄ wurde die Versorgung der MmD in der Häuslichkeit als Idealzustand

benannt. Hierbei wurde v.a. die bedeutende Rolle der Angehörigen betont. Einerseits sollten sie wieder mehr Verantwortung für die Pflege/Versorgung z.B. der Eltern übernehmen und andererseits aber auch gestärkt werden. Von einem neuen Versorgungskonzept für MmD erwarteten die HÄ vor allem Entlastung und Unterstützung für die Angehörigen (ESM3: Z10).

### **Beziehung zwischen HA und PFP**

Bei der Frage zur Aufgabenneuverteilung spielte für die HÄ die Beziehung zur PFP und das generelle Vertrauen in deren Fähigkeiten eine entscheidende Rolle. Allerdings schienen sie ihrem eigenen Personal (z.B. NäPa, VERAH) mehr zu vertrauen. Sie begründeten dies damit, dass sie die Qualifikation externer PFP schwer einschätzen könnten.

Grundsätzlich sahen die HÄ es als selbstverständlich und notwendig an, dass PFP für ihre – auch jetzt schon geleistete – Arbeit Wertschätzung und Anerkennung erfahren. Zudem waren sie der Meinung, dass PFP fachlich durchaus mehr zugetraut werden sollte und vermuteten, dass darin noch ungenutztes Potenzial für die Patientenversorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit läge (ESM3: Z12). Die PFP sahen ihre Beziehung zu HÄ eher kritisch und bemängelten insbesondere die fehlende Wertschätzung und gefühlte Hierarchie (ESM3: Z13). Laut der HÄ wird diese Wahrnehmung möglicherweise aber auch durch andere Aspekte beeinflusst. Sie berichteten von ihrem Eindruck, dass PFP – scheinbar auch aufgrund der derzeitig geltenden rechtlichen Beschränkungen ihrer Tätigkeit – mitunter absichtlich „klein gehalten“ würden. Aus hausärztlicher Sicht wirke sich dies negativ, v.a. auf die fachliche Selbsteinschätzung der PFP, aus.

## **Überführung in die Regelversorgung**

### **Finanzierung/Vergütung**

Die zusätzliche Vergütung von durch PFP übernommenen ärztlichen Tätigkeiten wurde von HÄ und PFP ausnahmslos befürwortet. Hier empfahlen die HÄ die Schaffung eines notwendigen rechtlichen Rahmens sowie einer Gebührenordnung für PFP. In diesem Zusammenhang schien es ihnen wichtig, dass mit der Aufgabenübertragung gleichermaßen auch die finanzielle Verantwortung an die PFP, als zukünftige Verordner\_innen übergehe und nicht bei ihnen bliebe. Konkret wurde die Angst vor Regressionsforderungen durch Krankenkassen angesprochen (ESM3: Z14). Die PFP diskutierten hier die Möglichkeit eines persönlichen Budgets für jeden MmD, welches als Stundensatz abgerechnet und selbstständig durch sie verwaltet würde (ESM3: Z15).

### **Zeitliche und personelle Kapazitäten**

Die HÄ vermuteten, dass PFP, trotz einer Erweiterung ihres Kompetenz- und Verantwortungsbereiches für die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, lediglich begrenzte Kapazitäten hätten. Aufgrund der bereits bestehenden Arbeitsbelastung könnte dies zu einer (noch stärkeren) Überlastung führen. Unter Berücksichtigung der zeitintensiven

Versorgung von MmD und zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Betreuung erachteten die PFP daher eine eigenverantwortlich flexibel gestaltbare Betreuungszeit als notwendig (ESM3: Z16 und Z17).

Für sich selbst vermuteten die HÄ durch eine Aufgabenübertragung keine finanziellen Einbußen und grundsätzlich eine zeitliche Entlastung. Sie hofften, dass die Patient\_innen direkt davon profitieren würden, in dem für die Durchführung der verbleibenden ärztlichen Tätigkeiten (z.B. Hausbesuche, Patientengespräche) mehr Zeit bliebe. Sie merkten kritisch an, dass die Delegation ärztlicher Aufgaben für sie mehr zu einer „scheinbaren“ als zu tatsächlicher Entlastung führen könnte. Den Grund sahen sie darin, dass freiwerdende Kapazitäten aufgrund der hohen Patientenzahlen in Folge des Hausärztemangels umgehend durch neue Patientenfälle aufgefüllt würden.

### **Berücksichtigung individueller Bedürfnisse von Patient\_innen und Angehörigen**

Die HÄ und PFP wünschten sich v.a. mehr Zeit für zwischenmenschliche Kontakte mit den Patient\_innen. Die befragten PFP forderten dazu einen höheren Personalschlüssel, ähnlich wie bei Intensivpatient\_innen. Grundsätzlich sahen die HÄ durch die Aufgabenneuverteilung durchaus Potenzial für eine verbesserte Versorgung von MmD (ESM3: Z18 und Z19). Allerdings befürchteten sowohl HÄ als auch PFP, dass durch den zusätzlichen Dokumentationsaufwand am Ende weniger Zeit für die Versorgung der MmD bliebe (ESM3: Z19). Neben dem Zeitfaktor wünschten sich HÄ und PFP eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Patient\_innen (ESM3: Z20). Aus Sicht der PFP würde das bestehende System dem individuellen Betreuungsbedarf nicht gerecht und sei eher unflexibel (ESM3: Z21). Den HÄ schien es wichtig, die pflegenden Angehörigen zu entlasten, sie für die Pflegeaufgaben zu stärken und ihnen ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln, auch um frühzeitig einer möglichen Überlastung entgegenzuwirken.

### **Kommunikation**

Die PFP berichteten, dass sie die Kommunikation zu HÄ teils als schwierig empfanden. Sie bemängelten z.B. fehlende Informationen der HÄ zu aktuellen Medikationsplänen oder Facharztterminen. Ihrer Aussage nach bestünde oft kein direkter Kontakt zu den HÄ, weshalb sie häufig Angehörige oder Betreuer\_innen als Kommunikationsbrücke nutzten (ESM3: Z11). Demnach sollten Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den an der ambulanten Versorgung von MmD Beteiligten stärker mit-, als bisher nebeneinander erfolgen (ESM3: Z22). Beispielsweise schlügen die PFP die Bildung eines Netzwerkes für jeden MmD vor und sahen sich durch den täglichen Kontakt als Schnittstelle zwischen den Akteuren (ESM3: Z23). Durch die engere Kommunikation und Aufgabenteilung vermuteten die PFP eine deutliche Entlastung und Zeiteinsparnis, was aus Sicht der HÄ vor allem der Versorgung der MmD zugutekäme (ESM3: Z24 und Z25).

Für eine Überführung in die Regelversorgung wünschten sich die PFP von den HÄ mehr Vertrauen in ihre Kompeten-

zen. Teilweise berichteten die HÄ bereits von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und erkannten dieses Potenzial für die Versorgung von MmD (ESM3: Z26 und Z27).

## Qualifikation der PFP für Aufgabenneuverteilung

Zur Notwendigkeit und zum Inhalt der möglichen Qualifikation von PFP im Rahmen einer Aufgabenteilung äußerten sich die HÄ wenig spezifisch und forderten ein stärkeres gesundheitspolitisches Engagement.

Die PFP legten hingegen dar, dass zur Aneignung von fehlendem Fachwissen eine demenzspezifische Weiterbildung unerlässlich sei und benannten denkbare Inhalte und Kompetenzbereiche (ESM3: Z28). Besonders wichtig war ihnen eine enge berufsbegleitende Verzahnung von Theorie und Praxis. Auch seien regelmäßige demenzspezifische Schulungen wünschenswert und Berufserfahrung unerlässlich.

## Diskussion

Grundsätzlich schienen die teilnehmenden HÄ einer Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten wie Blutentnahmen, Assessments, deren Monitoring oder Folgeverordnungen für Pflegehilfsmittel offen gegenüber zu stehen. Die HÄ erkannten durchaus Vorteile, die sich dadurch für alle an der Versorgung von MmD Beteiligten ergeben würden, sprachen sich aber vielfach für eine Übertragung in Delegation aus. Für einige HÄ wurde der generelle Mehrgewinn einer speziell zur Versorgung von MmD eingesetzten PFP hingegen nicht immer deutlich. Auch die PFP befürworteten generell eine Aufgabenneuverteilung von bisher (überwiegend) ärztlichen Tätigkeiten und wünschten sich für einzelne Bereiche, wie z.B. die Verordnung von Bedarfsmedikation mehr Handlungsspielraum. Beide Gruppen waren sich einig, dass klassisch ärztliche Aufgaben auch künftig in hausärztlicher Hand verbleiben sollten. Allerdings fehlte beiden Gruppen eine klare Trennung zwischen klassisch ärztlichen und zur Übernahme geeigneten pflegerischen Tätigkeiten.

Bezogen auf vorhandene Kompetenzen und Erfahrungen seitens der PFP wurde die Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten – sowohl von HÄ als auch von PFP selbst – ambivalent betrachtet. Als größte Hürden für eine Überführung in die Regelversorgung wurden das Fehlen einer Gebührenordnung für PFP und eines finanziellen Rahmens für die Umsetzung der Tätigkeiten sowie die Klärung der Haftung genannt. Allerdings ist zu bedenken, dass mit der Schaffung einer Gebührenordnung nach SGB V auch die Finanzierung der Pflege neu zu diskutieren wäre. Diese wird bisher aus dem SGB XI finanziert und würde dann Eingang in die medizinische Versorgung erhalten.

Aus Sicht der PFP wurden zudem das derzeitige Fehlen von Vertrauen und Wertschätzung seitens der HÄ sowie die unzureichende Kommunikation mit diesen bemängelt. Außerdem betonten sowohl HÄ als auch PFP das knappe

Zeitbudget der PFP und den begrenzten Spielraum für eigenverantwortliches Handeln bei der Versorgung von MmD, welches sich wenig an den realen Bedürfnissen der Betroffenen orientiere. Darüber hinaus sahen die PFP noch Potenzial in der Verbesserung und im Ausbau von Netzwerken für MmD und deren Angehörigen.

Im Hinblick auf die Übertragung ärztlicher Aufgaben an PFP schien für HÄ und PFP zudem die Beziehung zwischen ihnen elementar zu sein. So waren sich die HÄ darüber einig, dass PFP mehr zugetraut werden sollte und sie für die geleistete Arbeit mehr Wertschätzung und Anerkennung verdienen würden. Dennoch sahen sie nicht immer die Notwendigkeit zur Übertragung von Aufgaben an externe PFP.

Aufgabenneuverteilung bietet die Chance für eine individuelle und ganzheitliche Versorgung von MmD, in der auch die Belange der Angehörigen stärker in den Fokus rücken. Neben der Förderung einer kontinuierlichen Beziehung zwischen PFP, MmD und Angehörigen wird das Erkennen von Bedarfen und die Koordination sich daraus ableitender Aufgaben zur Erfüllung dieser erleichtert und Abstimmungsprozesse optimiert. Internationale Studien zeigen, dass speziell qualifizierte PFP mindestens die gleiche, wenn nicht sogar eine bessere, Versorgung von Patient\_innen in Bezug auf einzelne Outcomes, wie z.B. Patientenzufriedenheit erzielen können (Laurant et al., 2018; Gibson, Goeman & Pond, 2020). Maximal geringe Unterschiede zwischen PFP und Ärzt\_innen wurden in Bezug auf die Zahl von Medikamentenverordnungen, Einweisungen in die Notaufnahme oder das Krankenhaus sowie für die Zahl durchgeföhrter Tests bzw. Untersuchungen festgestellt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Betreuungszeiten und Häufigkeiten etwas höher seien, als wenn Ärzt\_innen die Aufgaben übernahmen. Unklar seien auch mögliche Effekte auf den Pflegeprozess sowie dadurch entstehende Kosten. Ebenso müsse das Niveau der Pflegeausbildung zur PFP definiert werden (Laurant et al., 2018). In der hausärztlichen Versorgung von MmD bestünde der Vorteil des verstärkten Einsatzes von PFP bei ärztlichen Aufgaben z.B. darin, dass kognitive Veränderungen frühzeitig erkannt, behandelt und die Zusammenarbeit mit PFP und HÄ eingeleitet werden könnten (Gibson, Goeman & Pond, 2020).

Das derzeitige Arbeitspensum von PFP berücksichtigend, sahen HÄ und PFP wenig Spielraum für die Übernahme weiterer Tätigkeiten. Möglicherweise überschätzten die Befragten aber auch den für PFP anfallenden Arbeitsaufwand, weil sie in ihrem Arbeitsalltag bei Patient\_innen häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig versorgen, währenddessen sich eine speziell qualifizierte Dementia Care Managerin (DCM) ausschließlich um Patient\_innen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz kümmert (Dreier-Wolfgramm et al., 2017; Eichler et al., 2015). Erfolgversprechend erscheint ein evidenzbasiertes Versorgungsmodell, welches in die bestehende hausärztliche Versorgung von MmD eingebettet ist und die Rolle der PFP in dieser klar definiert (Krull, 2015). Für eine Implementierung in die Regelversorgung müssten insbesondere finanzielle und rechtliche Fragen geklärt werden sowie eine genaue Festlegung der betreffenden Tätigkeiten

und der notwendigen Qualifikationen von PFP erfolgen. Einen Grundpfeiler könnte hierfür das 2020 eingeführte Pflegeberufereformgesetz (PfIBG) bilden, welches auf die Modernisierung der Ausbildung von PFP abzielt, um den Beruf attraktiver zu machen und aufzuwerten. Damit PFP ärztliche Tätigkeiten jedoch substituieren dürfen, müssen sie laut PfIBG u. a. eine staatliche Prüfung im Rahmen ihrer Zusatzqualifikation absolvieren. Auch wenn das PfIBG dazu beiträgt, die Qualität der Qualifikation zu verbessern und den Beruf zu professionalisieren, erschweren die damit verbundenen Anforderungen die Umsetzung der rechtlichen Grundlagen, auch in Bezug auf § 63 Abs. 3c SGB V.

Anzumerken ist, dass die teilnehmenden HÄ der FGD die Begrifflichkeiten Delegation und Substitution scheinbar willkürlich interpretierten und diese, zumindest teilweise, synonym verwendeten. Eine Erklärung könnten die fehlenden Möglichkeiten einer fachlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Übernahme im Sinne einer Substitution durch PFP im derzeitigen Versorgungssystem sein. In der Folge erscheint es sinnvoll, eher von einer generellen Bereitschaft zur Aufgabenübertragung an die Pflege bzw. zur eigenverantwortlichen Übernahme durch die PFP zu sprechen. Zudem stellen Delegation und Substitution nur zwei mögliche Kooperationskonzepte im Bereich der Versorgung dar und sollten eine Ergänzung zu anderen bereits etablierten und effektiven Kooperationsformen sein.

## Schlussfolgerungen

Auch wenn die Ergebnisse der qualitativen FGD keine Generalisierungen erlauben, so zeigen sie, dass es sich lohnt, über andere, innovative Konzepte im Bereich der Versorgung von MmD nachzudenken. Mit neuen Wegen kann den Herausforderungen einer stetig älter werdenden Bevölkerung und der steigenden Zahl von MmD sowie dem wachsendem Fachkräftemangel begegnet werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der übereinstimmenden Aussagen von HÄ und PFP in Bezug auf die Möglichkeiten der Verantwortungsübertragung klar definierter Aufgaben an PFP können die Ressourcen HA und PFP sinnvoller eingesetzt und eine optimierte Versorgung von MmD noch stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Wie bereits von Dreier et al. (2015) gefordert, bedarf die Umsetzung der Aufgabeneuverteilung von Pflege und Medizin einer umfassenden politischen Unterstützung sowie die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung weiterer Konzepte. Ebenso stellt sich die Frage, wie eine mögliche Aufgabeneuverteilung auch unter Berücksichtigung des Pflegeberufegesetzes konkret zu regeln wäre (BMFSFJ, 2020). Weiterer Forschungsbedarf ist zudem notwendig hinsichtlich der Qualifikationsanforderung an speziell mit der ambulanten Versorgung von MmD betrauten PFP (Hochschulausbildung vs. dreijährige Ausbildung mit Zusatzqualifikation). Neben der Schaffung eines gesetzlichen und finanziellen Rahmens, zeitlicher Ressourcen sowie konkreter Aufgabenbeschreibungen gilt es auch die Zusammenarbeit verschiedener

Berufsgruppen zu stärken. Die Hausarztpraxis der Zukunft kann hier als Teampraxis verstanden werden, in der die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z.B. mit (externen) PFP ausdrücklich angestrebt wird (DEGAM, 2012). Hierfür werden von Arztpraxis und PFP losgelöste innovative Lösungen benötigt, wie beispielsweise eine übergeordnete Beschäftigung von Dementia Care Manager\_innen in Ärztenetzen (TK Die Techniker, 2021). Eine entsprechende Qualifizierung von PFP und die kontinuierliche Zusammenarbeit mit Praxen könnten dabei das Vertrauen auf Arztseite stärken. Zudem könnten die Erweiterung der Pflegerolle und die Akademisierung des Berufes der PFP die Attraktivität dieses nachhaltig erhöhen. Damit kann den steigenden Anforderungen bei der Versorgung chronisch Kranker – und über das Krankheitsbild der Demenz hinaus – begegnet und weiterhin ein umfassendes Behandlungsspektrum für alle Patientengruppen angeboten werden.

## Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000851>.

**ESM1.** Leitfaden FGD (Hausärztinnen / Hausärzte).

**ESM2.** Tabelle E1 (Kategoriensystem).

**ESM3.** Tabelle E2 (Zitate Hausärzt\_Innen [HÄ] / Pflegefachpersonen [PFP]).

## Literatur

- Bangerter, L. R., Griffin, J. M., Zarit, S. H. & Havyer, R. (2017). Measuring the needs of family caregivers of people with dementia: an assessment of current methodological strategies and key recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 38(9), 1304–1318.
- Beerheide, R. (2020). Gesundheitsfachberufe: Bund und Länder wollen Berufsgesetze reformieren. *Deutsches Ärzteblatt*, 117 (11), A-521/B-449.
- Boyle, E., Saunders, R. & Drury, V. (2016). A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13–14), 1977–1986.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz*. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG\\_Ratgeber\\_Demenz\\_Oktober\\_2019\\_barr.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Ratgeber_Demenz_Oktober_2019_barr.pdf) [01.06.2021].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020). *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe*. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-zur-reform-der-pflegeberufe-pflegeberufereformgesetz--119230> [10.06.2021].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. & Selbsthilfe Demenz. (2020). *Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. Verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/neues-informationsblatt-der-deutschen-alzheimer-gesellschaft-alle-100-sekunden-erkrankt-in-deutsch.html> [13.11.2020].
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). (2008). *DEGAM-Leitlinie, Nr. 12: Demenz*. Düsseldorf: Omikron. Verfügbar unter <https://www.degam.de/files>

- Inhalte/Leitlinien-Inhalte/\_Alte%20Inhalte%20Archiv/Demenz/LL-12\_Langfassung.TJ\_03\_korr\_01.pdf [19.03.2021]. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). (2012). *DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis.* Verfügbar unter [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) [19.03.2021].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). (2016). S3-Leitline „Demenzen“. Verfügbar unter [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf) [09.02.2021].
- Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F., Hingst, P. & Hoffmann, W. (2015). Erwartungen, Wünsche und Grenzen der künftigen Aufgabenteilung von Pflege und Medizin – Ergebnisse der Care-N Study M-V. *Pflege*, 28(5), 287–296.
- Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B., Austrom, M. G., van der Marck, M. A., Iliffe, S., Alder, C. et al. (2017). Dementia care management in primary care: Current collaborative care models and the case for interprofessional education. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(Suppl 2), 68–77.
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Dreier, A., Michalowsky, B., Wucherer, D., Teipel, S. et al. (2015). Dementia Care Management. Neue Wege in der ambulanten Demenzversorgung – ein Fallbeispiel. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(1), 31–37.
- Gibson, C., Goeman, D. & Pond, D. (2020). What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)? A systematic review. *BMC Family Practice*, 21(1), 141.
- Harris, T., Kerry, S. M., Victor, C. R., Ekelund, U., Woodcock, A., Iliffe, S. et al. (2016). A Primary Care Nurse-Delivered Walking Intervention in Older Adults: PACE (Pedometer Accelerometer Consultation Evaluation)-Lift Cluster Randomised Controlled Trial. *PLoS Medicine*, 12(2), e1001783.
- Kaczynski, A., Michalowsky, B., Eichler, T., Thyrian, J.R., Wucherer, D., Zwingmann, I. et al. (2019). Comorbidity in Dementia Diseases and Associated Health Care Resources Utilization and Cost. *Journal of Alzheimer's Disease*, 68(2), 635–646.
- Krull, B. (2015). Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: Möglichkeiten und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt*; 112(3), [2].
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vugt, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001271.
- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geissmann, F., Markun, S., Wensing, M. et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(214). doi: 10.1186/1472-6963-14-214.
- Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Djalali, S., Huber-Geissmann, F. & Tandjung, R. (2015). Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 72(4), 395–418.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 468–475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Michalowsky, B., Kaczynski, A. & Hoffmann, W. (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metanalyse. *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 981–992.
- Michalowsky, B., Henning, E., Rädke, A., Dreier-Wolfgramm, A., Altinger, A., Wollny, A. et al. (2020). Attitudes towards advanced nursing roles in primary dementia care – Results of an observational study in Germany. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1800–1812.
- NP/APN Network. (2020). *ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. (2020). APN Roles. Definition and Characteristics of the Role*. Verfügbar unter <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> [09.02.2021].
- Riedel, O., Klotsche, J. & Wittchen, H.U. (2016). Overlooking informal dementia caregivers' burden. *Research in Gerontological Nursing*, 9(4), 167–174.
- Rogalski, H., Dreier, A., Hoffmann, W. & Oppermann, R. F. (2012). Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. *Pflege*, 25(1), 11–21.
- TK Die Techniker. (2021). *Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann erläutert das Projekt „InDePendent“*. Verfügbar unter <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitssystem/gesundheitspolitik/interview-prof-hoffmann-2101126> [04.03.2021].
- van den Berg, N., Heymann, R., Meinke, C., Baumeister, S. E., Fleßa, S. & Hoffmann, W. (2012). Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. *BMC Health Services Research*, 2012, 12, 355.
- Westerfellhaus, A. (2020). *Positionspapier „Mehr PflegeKRAFT 2.0“ – Pflege ist mehr als systemrelevant*. Verfügbar unter <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/details/mehr-pflegekraft-2-0.html> [19.03.2021].
- Weyerer, S., Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28, Altersdemenz*. Verfügbar unter [https://kggeriatrie.de/Info-Service\\_Geriatrie/Documents/gbe\\_altersdemenz\\_2005.pdf](https://kggeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/gbe_altersdemenz_2005.pdf) [09.02.2021].

## Historie

Manuskripteingang: 07.04.2021  
Manuskript angenommen: 06.11.2021  
Onlineveröffentlichung: 24.11.2021

## Autorenschaft

Konzeption, Design, Erfassung, Datenanalyse / -interpretation: ED, AW, DZ, EH, BB, MB, PL, BM, AR  
Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung: ED, AW, BH, AA, RFO, WH, TK  
Genehmigung des Manuskripts zur Publikation: AA, WH  
Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme: ED, AW, AA

## Danksagung

Wir danken allen Teilnehmer\_innen der Fokusgruppendiskussionen (Hausärzten\_innen, Pflegefachpersonen).



**Dr. rer hum. Eva Drewelow**

Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsmedizin Rostock  
Doberaner Straße 142  
18057 Rostock  
Deutschland  
[eva.drewelow@med.uni-rostock.de](mailto:eva.drewelow@med.uni-rostock.de)

## Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Eine offene, gesundheitspolitisch kritische Diskussion anzuregen.

## Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Die kritische Auseinandersetzung und eine stärkere Kooperation der Berufsgruppen auf Augenhöhe.

## Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?

Heintz, H., Monette, P., Epstein-Lubow, G., Smith, L., Rowlett, S. & Forester, BP. (2020). Emerging Collaborative Care Models for Dementia Care in the Primary Care Setting: A Narrative Review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 320–330.