

Versorgungs-Report 2011

„Chronische Erkrankungen“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 227-237



12	Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co	227
	<i>Wolfgang Hoffmann, Adina Dreier, Neeltje van den Berg</i>	
12.1	Einführung.....	227
12.2	AGnES: Konzept, gesetzliche Rahmenbedingungen	228
12.2.1	Überwachung durch den Hausarzt.....	229
12.2.2	Qualifizierung – Grundvoraussetzung für die Delegation ärztlicher Leistungen.....	230
12.2.3	AGnES: Ergebnisse der Evaluation	231
12.2.4	AGnES: Übergang in die Regelversorgung	232
12.3	Weitere Möglichkeiten und Entwicklungen für die Flächenversorgung	233
12.3.1	Versorgungsmodelle mit telemedizinischem Anteil.....	233
12.3.2	AGnES-Modelle für spezielle Indikationen im fachärztlichen Bereich – das Beispiel Demenz	234
12.3.3	Subsidiäre regionale Versorgungsangebote durch Kliniken.....	234
12.3.4	Weiterentwicklung der Pflege.....	235
12.4	Literatur	236

12 **Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co.**

Wolfgang Hoffmann, Adina Dreier, Neeltje van den Berg

Abstract

Gestiegene Anforderungen an die Qualität und gesundheitsökonomische Effizienz im Gesundheitswesen sowie die Konsequenzen des demographischen Wandels vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen erfordern innovative Versorgungsansätze zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Integration der noch immer bestehenden Sektoren ist dabei entscheidend. Entscheidend für die Übernahme von Versorgungsaufgaben ist die Qualifikation, die auf der Basis evidenzbasierter, modularer Qualifizierungen lebenslang erworben wird. Ziel ist eine kooperative Neugestaltung der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, die am Behandlungsziel und –ergebnis orientiert ist und sich dabei stärker als bisher am Patienten orientiert. Die Fachkraft vor Ort muss, unter der Bedingung einer adäquaten Qualifizierung, aber weitgehend unabhängig von standesrechtlichen Hinderungsgründen, in der Lage versetzt werden, die notwendigen Aufgaben zu übernehmen.

Based on the increasing demands for quality and economic efficiency of health care, the consequences of the demographic change with an imminent shortage of health care professionals require innovative concepts. To maintain health care provision on the population level, an integration of the distinct sectors is an important theme. Qualification will be based on evidence driven, modular, life-long learning. The goal is a new concept of cooperative work sharing between health care professionals which is directed towards predefined and measurable outcomes more than hitherto considering the priorities of the individual patient. The person on site should, on condition of an adequate qualification, but largely independent of conduct rules, be enabled to conduct all necessary tasks.

12

12.1 Einführung

Als Folge demografischer Entwicklungen wird der Bedarf an hausärztlicher Versorgung in Deutschland in den nächsten Jahren insgesamt zunehmen. Die Veränderung der Altersstruktur innerhalb der Bevölkerung hat erhebliche Auswirkungen auf die Patientenzahlen, insbesondere auf das Auftreten von altersassoziierten chronischen Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, Demenz) sowie von Multimorbidität (Fendrich und Hoffmann 2007). Erschwert wird die Versorgung dieser Patienten durch die altersbedingt abnehmende Mobilität und soziale Veränderungen, beispielsweise die Abwanderung vieler jüngerer Menschen aus länd-

lichen Gegenden der neuen Bundesländer. Konsequenz dieser Entwicklungen ist, dass in einigen Regionen Lücken in der hausärztlichen Versorgung bereits bestehen oder in naher Zukunft zu erwarten sind. Insbesondere in ländlichen Regionen sind deswegen innovative Modelle zur Sicherung der ärztlichen Versorgung notwendig.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen befasste sich in seinem Gutachten von 2007 mit der notwendigen Neuverteilung von Aufgaben und Kompetenzen verschiedener Gesundheitsberufe (Sachverständigenrat 2007). In seinem Sondergutachten von 2009 weist der Rat zusätzlich auf die Wichtigkeit einer generationenspezifischen integrierten Versorgung hin (Sachverständigenrat 2009). In diesem Beitrag werden die Möglichkeiten und Limitationen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe erläutert. Bei der Entwicklung von Delegationsmodellen spielen beide Themen aus den Gutachten des Sachverständigenrates eine wichtige Rolle. Das Hauptaugenmerk dieses Beitrages liegt auf der Beschreibung von Konzepten, Inhalten und Ergebnissen aus den Modellprojekten nach dem AGnES-Konzept (AGnES: Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald.

12.2 AGnES: Konzept, gesetzliche Rahmenbedingungen

12

Das AGnES-Konzept basiert auf der Delegation ärztlicher Hausbesuche an speziell qualifizierte PraxismitarbeiterInnen. Das Konzept wurde im Institut für Community Medicine der Universität Greifswald in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern entwickelt (van den Berg et al. 2009a). Bisher wurden insgesamt sieben Modellprojekte in vier Bundesländern nach dem AGnES-Konzept durchgeführt (van den Berg et al. 2009b). Die Delegation fand immer auf der individuellen Patientenebene zwischen dem behandelnden Arzt¹ und der AGnES-Fachkraft statt. Die AGnES-Fachkräfte waren in allen Modellprojekten direkt an die Hausarztpraxen angebunden. Die AGnES-Fachkräfte übernahmen jeweils von den Hausärzten delegierte diagnostische und therapeutische Tätigkeiten. Zusätzlich entwickelten die Autoren Module, die bei entsprechender Indikation von den AGnES-Fachkräften in der Häuslichkeit durchgeführt wurden. Diese Module bezogen sich auf die Bereiche Medikation (umfassende Arzneimittelerhebung und -kontrolle), Sturzprävention (einschließlich Wohnungsbegehung und Monitoring der Umsetzung der gegebenen Empfehlungen), geriatrisches Assessment, Palliativmedizin und Telemedizin.

Zu Beginn der AGnES-Projekte (September 2005) war die Delegation ärztlicher Leistungen in der häuslichen Umgebung der Patienten, also außerhalb der sogenannten „Rufweite des Arztes“, gesetzlich nicht geregelt. Delegation innerhalb der Rufweite war und ist aber gesetzeskonform und wird sowohl in der stationären als

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text eine geschlechterneutrale Personenbezeichnung gewählt bzw. das generische Maskulinum verwendet und auf die Verwendung der femininen Personenbezeichnung verzichtet, obgleich bei allen Personenbezeichnungen beide Geschlechter gemeint sind.

auch in der ambulanten Versorgung vielfach angewendet. Der Arzt trägt dabei die Endverantwortung und Haftung für die Leistungen, die einzeln angeordnet werden müssen. Bedingungen für die Delegation ärztlicher Leistungen sind deswegen eine für die Übernahme und Ausführung der delegierten Tätigkeit spezifische Qualifizierung der Fachkräfte sowie die ausreichende Überwachung durch den Arzt (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008).

12.2.1 Überwachung durch den Hausarzt

Innerhalb der AGnES-Projekte wurde ein besonderes Augenmerk auf die Überwachungsmöglichkeiten durch den delegierenden Hausarzt gelegt. Ziel war die Implementation einer angemessenen Überwachung bei Delegation außerhalb der Rufweite.

In den meisten Fällen wurde die Überwachungspflicht durch den Hausarzt durch zeitnahe Übergabebesprechungen erfüllt. Bei 662 der insgesamt 11 228 durchgeführten Hausbesuche (5,9%) war ein ungeplanter Anruf der AGnES-Fachkraft beim Hausarzt notwendig. Gründe für die ungeplanten Kontaktaufnahmen waren akute Schmerzen oder Beschwerden des Patienten, von der Norm abweichende Werte, z. B. des Blutdrucks oder Blutzuckers, Probleme mit der medikamentösen Therapie (z. B. Nebenwirkungen oder Compliance-Probleme) sowie in seltenen Fällen die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung (van den Berg et al. 2009c).

Darüber hinaus wurde die Kommunikation zwischen AGnES-Fachkraft und Hausarzt mit Hilfe eines Videokonferenzsystems erprobt. Bei vier der teilnehmenden Hausärzte und drei der AGnES-Fachkräfte wurde ein teilmobiles Videokonferenzsystem installiert, das mit zwei Kameras ausgestattet war, einer fest montierten und einer zusätzlichen, dreh- und schwenkbaren Kamera. Die Daten wurden über das UMTS-Netz übertragen. Da es in ländlichen Regionen noch große Lücken in der UMTS-Versorgung gibt, wurde zusätzlich die Datenübertragung über Satellit technisch implementiert und erfolgreich erprobt.

Während der Erprobungszeit führten die jeweiligen AGnES-Fachkräfte 3 994 Hausbesuche durch. Bei ca. 1% dieser Hausbesuche (N=38) wurde eine Verbindung zur Hausarztpraxis über das Videokonferenzsystem hergestellt. Die Gründe für eine Kontaktaufnahme waren ähnlich wie die bei telefonischen Kontakten. Wichtigster Unterschied zu den telefonischen Kontaktaufnahmen war die Möglichkeit des direkten, audiovisuellen Kontaktes zwischen Hausarzt und Patient. Die Ergebnisse zeigen, dass in den meisten Fällen eine telefonische Kontaktaufnahme ausreichend ist. Die Durchführung einer Videokonferenz ist in solchen Fällen sinnvoll, in denen ein direkter Kontakt mit dem Patienten erwünscht ist (van den Berg et al. 2009c).

Am 1.7.2008 trat im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eine Gesetzesänderung in § 87 Absatz 2b SGB V in Kraft, wonach die Delegation von medizinischen Leistungen in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes zugelassen wurde. Diese Gesetzesänderung hatten die Landesregierungen der neuen Bundesländer auf der Basis der positiven Erfahrungen mit dem AGnES-Konzept initiiert. Als Konsequenz können Hausärzte in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen seit dem 1.4.2009 delegierte Hausbesuche abrechnen. Voraussetzung für die Delegation ist, dass die betreffenden PraxismitarbeiterInnen für die Übernahme der delegierten Tätigkeiten ausreichend qualifiziert sind.

12.2.2 Qualifizierung – Grundvoraussetzung für die Delegation ärztlicher Leistungen

Voraussetzung für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist eine der Tätigkeit entsprechende Qualifizierung der AGnES-Fachkraft. Auf der Basis der Ergebnisse und Erfahrungen aus den AGnES-Projekten wurde in einer Kooperation zwischen dem Institut für Community Medicine der Universität Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg ein AGnES-Curriculum entwickelt und evaluiert.

Die erste Version des Curriculums basierte auf den Ergebnissen der initialen AGnES-Modellprojekte sowie auf verschiedenen Expertengesprächen und bestand aus einem Theorie- und einem Praxisteil. Diese Version wurde zunächst mit 16 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Altenpflegerinnen erprobt und umfassend evaluiert (Rogalski 2010). In die Evaluation flossen sowohl Bewertungen der praktikumsbegleitenden Hausärzte als auch der Teilnehmerinnen ein. Bewertet wurden Inhalte, Qualität und Praxisbezug der Lerninhalte sowie die Weiterentwicklung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmerinnen in Bezug auf das Ziel der Kompetenzsteigerung für die Tätigkeitsfelderweiterung der AGnES-Fachkräfte (Rogalski et al. 2008; Oppermann et al. 2008; Dreier et al. 2008).

Auf Basis der Ergebnisse der Evaluation und der AGnES-Praxisprojekte in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde das Curriculum strukturell und inhaltlich weiterentwickelt (Prinzip eines „Lernenden Curriculums“). In die aktuelle Version wurden die Ergebnisse aus der Auswertung der Daten von 1 430 teilnehmenden Patienten, 53 Hausärzten, 38 AGnES-Fachkräften und 11 228 Hausbesuchen sowie die Schlussfolgerungen der juristischen Prüfung in das AGnES-Curriculum integriert. Ausgewertet wurden z. B. Diagnosen/Diagnosekombinationen, Pflegestufen und Pflegesituation der Patienten, Häufigkeit und spezielle Anforderungen der durch die Hausärzte an die AGnES-Fachkraft delegierten Tätigkeiten, Ergebnisse standardisierter Befragungen der Patienten z. B. zur Akzeptanz des Konzepts sowie Auswertungen standardisierter Evaluationsfragebögen der teilnehmenden Hausärzte und AGnES-Fachkräfte zu unterschiedlichen Themen, z. B. der Qualität der medizinischen Versorgung in den Modellprojekten, der Kompetenzen der AGnES-Fachkräfte, festgestelltem Fortbildungsbedarf und notwendigen Tätigkeitsschwerpunkten (van den Berg et al. 2008).

In den Modellprojekten nach dem AGnES-Konzept waren nichtärztliche Fachkräfte mit der Basisqualifikation Gesundheits- und Krankenpflege oder Arzthelfer tätig. Das Curriculum lässt darüber hinaus eine Reihe weiterer Grundqualifikationen zu, z. B. die Altenpflege, eine zu DDR-Zeiten abgeschlossene Ausbildung zur Sprechstundenschwester/-pfleger, eine abgeschlossene Ausbildung zum medizinischen Fachangestellten und weitere verwandte Gesundheitsberufe.

Um die unterschiedlichen Primärqualifikationen sowie den sehr unterschiedlichen Stand der Fort- und Weiterbildung der AGnES-Fachkräfte flexibel abzubilden, wurde die Qualifizierung modular aufgebaut (van den Berg et al. 2008; van den Berg et al. 2009d).

In der aktuellen Version besteht das Curriculum aus sieben Hauptmodulen: Einführung und Grundlagen, medizinische Kompetenzen 1 und 2, die Hausarztpraxis als Unternehmen, AGnES im Netz der sozialen Dienste und Gesundheitsdienste,

Beratung und Gesprächsführung, EDV/Telemedizin. Alle Hauptmodule bestehen aus theoretischen Inhalten und praktischen Übungen und umfassen insgesamt 622 Stunden. Zusätzlich werden 200 Stunden Praktikum in einer Hausarztpraxis durchlaufen (van den Berg et al. 2008).

Die modulare Struktur erlaubt es, die Primärqualifikation, die erworbene Praxiserfahrung und bereits geleistete Fort- und Weiterbildungen jedes Kandidaten für eine individuelle Zusammenstellung des Curriculums zu berücksichtigen. Hierdurch wird nach Durchlaufen des Programms unabhängig von der Primärqualifikation ein vergleichbarer Qualifikationsstand erreicht. So können alle erfolgreich nach diesem modularen Curriculum qualifizierten medizinischen Fachkräfte alle AGnES-Tätigkeiten verantwortlich übernehmen (Hoffmann und van den Berg 2009; van den Berg et al. 2009d). Das AGnES-Curriculum wurde als Buch veröffentlicht (van den Berg et al. 2008).

12.2.3 AGnES: Ergebnisse der Evaluation

Das AGnES-Konzept wurde in sieben Modellprojekten in vier Bundesländern implementiert und evaluiert. Es wurden insgesamt 11 228 Hausbesuche bei 1 430 immobilen oder eingeschränkt mobilen, mehrheitlich multimorbiden Patienten mit einem Durchschnittsalter von 78,6 Jahren (Spannbreite 21–100 Jahre) durchgeführt. Dabei wurden mehr als 300 unterschiedliche delegierte Tätigkeiten dokumentiert. Etwa die Hälfte der Tätigkeiten betrafen die Erhebung diagnostischer Parameter (z.B. Blutdruck- und Blutzuckerwerte, Gewicht, Peakflow, Körpertemperatur oder EKG). Etwa 35% der Tätigkeiten der AGnES entfielen auf die Bereiche Beurteilung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes des Patienten, Dokumentation von Krankheitssymptomen und medizinisch relevanten Ereignissen (z.B. Stürze, Unfälle, Veränderungen im sozialen Umfeld, arzneimittelbezogene Probleme) sowie Beratungen zu einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen Themen (z.B. Flüssigkeitsaufnahme, Ernährung, Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln, Pflegestufen-Begutachtung durch den MDK). Bei den übrigen handelte es sich um medizinische Tätigkeiten im engeren Sinn wie z.B. Blutentnahmen, Injektionen, Wund- und Dekubitusbehandlungen (van den Berg et al. 2009a; van den Berg et al. 2009b).

Die Akzeptanz des Konzepts bei den Patienten war sehr gut, ebenso die Qualität der medizinischen Versorgung – alle beteiligten Ärzte vertraten die Auffassung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung durch die AGnES-Fachkräfte für die große Mehrheit ihrer Patienten ebenso gut war, wie es ihre eigene gewesen wäre. Die große Mehrheit der Hausärzte fand, dass sich das AGnES-Konzept entlastend auf ihre Tätigkeiten ausgewirkt hatte (van den Berg et al. 2009b). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass eine Reihe von hausärztlichen Tätigkeiten im Rahmen einer Delegation an qualifizierte, nicht-ärztliche PraxismitarbeiterInnen übertragen werden kann. Dies bestätigt die Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinen Gutachten von 2007 und 2009. Eine Neuverteilung der Kompetenzen innerhalb des Teams in der Hausarztpraxis fördert eine effizientere Versorgung der Patienten ohne Abstriche bei der Qualität.

12.2.4 AGnES: Übergang in die Regelversorgung

Mit der Änderung in § 87 Absatz 2b SGB V vom 1.7.2008 wurde die Delegation in der Häuslichkeit der Patienten gesetzlich zugelassen. Nach der Einigung im Bewertungsausschuss können seit dem 1.4.2009 Hausärzte unter bestimmten Bedingungen AGnES-Hausbesuche („Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten“) bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen:

- Die Praxis muss in einer hausärztlich unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Region oder in einer Region mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf liegen;
- Die PraxismitarbeiterIn, die die delegierten Hausbesuche durchführt, muss über einen qualifizierten Berufsabschluss als Arzthelferin, medizinische Fachangestellte oder nach dem Krankenpflegegesetz verfügen;
- Die PraxismitarbeiterIn muss eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis nach dem qualifizierenden Berufsabschluss vorweisen;
- Die PraxismitarbeiterIn muss, abhängig von ihrer/seiner Berufserfahrung, eine zusätzliche theoretische Fortbildung zwischen 170 und 220 Stunden und praktische Fortbildung zwischen 20 und 50 Stunden nachweisen. Der praktische Teil der Qualifizierung besteht aus der Begleitung des Hausarztes bei Hausbesuchen. Bei Praxisassistenten mit einem Abschluss als Gesundheits- und KrankenpflegerIn und einer mindestens vierjährigen Berufserfahrung im Bereich der Krankenpflege reduziert sich der theoretische Teil der Qualifizierung auf 80 Stunden.

Im Nachgang zu den AGnES-Projekten und als Reaktion auf die Gesetzesänderung werden aktuell von verschiedener Seite weitere Qualifizierungen angeboten. Ein Beispiel ist die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) vom Deutscher Hausärzteverband). Diese modulare Fortbildung umfasst insgesamt 200 Stunden (Quelle: www.verah.de). Ein weiteres Beispiel ist die Fortbildung zur entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), die nach einer Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 26.1.2009 160 Stunden umfasst. In Niedersachsen soll nach einem Bericht in der Ärztezeitung vom 16.10.2009 („Schwester Agnes heißt in Niedersachsen MoNi“) im Jahr 2010 das Modell Niedersachsen (MoNi) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in einer Modellregion erprobt werden.

Eine Übernahme delegierter Tätigkeiten in der Häuslichkeit des Patienten, also außerhalb der Rufweite des Arztes, dazu in hausärztlich unterversorgten Regionen, setzt umfassende Kenntnisse und Fähigkeiten voraus. Die AGnES-Fachkraft muss in der Lage sein, unerwartete und medizinisch und pflegerisch komplexe Situationen richtig zu erkennen und einzuschätzen sowie auf der Basis ihrer eigenen Beobachtungen die richtigen Entscheidungen zu treffen – beispielsweise den Hausarzt zu konsultieren, den Notarzt zu rufen, eine Überprüfung der Pflegestufe vorzuschlagen usw.

Eine parallel mit den AGnES-Modellprojekten durchgeführte juristische Überprüfung des Konzepts ergab, dass das umfangreiche Leistungsspektrum im AGnES-Konzept als Ganzes sowohl von medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen

als auch von Pflegefachkräften erbracht werden kann, wenn diese zusätzlich die AGnES-Qualifizierung absolviert haben. Weiter hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zu § 87 Abs. 2b SGB V ausdrücklich auf die AGnES-Modellprojekte verwiesen (van den Berg et al. 2009d).

In den Modellprojekten wurde nachgewiesen, dass gut qualifizierte Pflegefachkräfte und Arzthelferinnen die für delegierte hausärztliche Hausbesuche benötigten Anforderungen zuverlässig und mit hoher Qualität erfüllen können. Die Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität bei einer wesentlich reduzierten Qualifikationsanforderung kann daher nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden, sondern muss zunächst unter Regelversorgungsbedingungen nachgewiesen werden (Hoffmann und van den Berg 2009).

12.3 Weitere Möglichkeiten und Entwicklungen für die Flächenversorgung

Das AGnES-Konzept in seiner derzeitigen Ausbaustufe leistet einen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in von Unterversorgung bedrohten Regionen, der allerdings durch die strengen Auflagen des Bewertungsausschusses einerseits und die derzeit noch ungeklärten Haftungsfragen angesichts der deutlich reduzierten Qualifikationsanforderungen andererseits limitiert ist. Auf der Basis des AGnES-Konzepts werden aktuell weiterführende innovative Konzepte entwickelt. Einige Beispiele werden im Folgenden beschrieben.

12.3.1 Versorgungsmodelle mit telemedizinischem Anteil

Telemedizin wurde bisher in aller Regel streng indikationsspezifisch und selten als Bestandteil flächenbezogener Versorgungsmodelle angewendet. In den AGnES-Projekten wurden erste Erfahrungen mit telemedizinischen Funktionalitäten in Kombination mit Hausbesuchstätigkeiten in einer eingeschränkt mobilen, multimorbiden Patientenpopulation gesammelt. Die Ergebnisse, insbesondere die Machbarkeit und Akzeptanz bei Ärzten und Patienten, waren hier mehrheitlich positiv. 90 Patienten, die telemedizinische Geräte angewendet hatten, wurden im Rahmen einer Abschlussbefragung befragt. 77 (85,6%) dieser Patienten fanden den Einsatz von telemedizinischen Geräten sinnvoll oder teilweise sinnvoll. Auch 28 von 34 befragten Hausärzten (82,4%) bewerteten den Einsatz von telemedizinischen Systemen in der Hausarztpraxis als sinnvoll oder teilweise sinnvoll (van den Berg et al. 2009c).

Auf dieser Basis hat das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald im September 2008 mit finanzieller Unterstützung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT) aufgebaut. Der IFT ist integraler Bestandteil des Universitätsklinikums Greifswald. Primäres Ziel des IFT ist es, neue, subsidiäre Versorgungsmodelle und -strategien in der bevölkerungsbezogenen Flächenversorgung zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Die AGnES-Fachkräfte sind dabei Mitarbeiter des Klinikums. Die AGnES-Fachkräfte begleiten geeignete Pati-

enten während des Übergangs zwischen stationärem Aufenthalt und Wiedereingliederung in der Häuslichkeit. Hierbei arbeiten sie eng zusammen mit den betreuenden Ärzten des Klinikums und den weiterbehandelnden niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Telemedizinische Konzepte und Verfahren ergänzen die bisherigen AGnES-Tätigkeiten. Diese umfassten sowohl telemedizinische Verbindungen zwischen Kliniken oder zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten als auch das telemedizinische Monitoring von Patienten in der Region, stets in enger Kooperation mit den behandelnden Haus- und Fachärzten.

12.3.2 AGnES-Modelle für spezielle Indikationen im fachärztlichen Bereich – das Beispiel Demenz

In Deutschland und anderen Industrieländern sind derzeit zwischen 6 und 9 % der Bevölkerung über 65 Jahre an einer Demenz erkrankt. Dies bedeutet für Deutschland, dass etwas mehr als eine Million Menschen gegenwärtig an Demenz leiden. Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich etwa 200 000 Neuerkrankte hinzukommen (Bickel 2000). Das Vorliegen einer Demenzerkrankung stellt eine Komplikation für die Behandlung der meisten anderen Erkrankungen dar. Daneben erhöhen sich sowohl Häufigkeit und Grad der Pflegebedürftigkeit als auch die Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte.

Diese Situation kann durch eine stärkere sektorübergreifende Vernetzung und den Einsatz ambulanter Betreuungsmanager deutlich verbessert werden (Callahan et al. 2006; Callahan et al. 2009). Vernetzung bedeutet dabei insbesondere die Standardisierung von Kommunikationswegen, die Etablierung von Rückmeldealgorithmen und die Abstimmung und individuelle Anpassung von Diagnose- und Behandlungsleitlinien. Ambulante Betreuungsmanager können zur Unterstützung dieses Prozesses und zur Optimierung der Betreuung von Demenzerkrankten und deren Angehörigen im Hinblick auf deren individuelle Bedarfe und Ressourcen eingesetzt werden. Innovative Versorgungskonzepte in diesem Bereich werden gegenwärtig im Partnerzentrum Rostock/Greifswald des neu gegründeten Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) entwickelt. Hier wird eine prospektive, randomisierte kontrollierte Studie vorbereitet, in der die Interventionsgruppe eine regional abgestimmte und individuell angepasste Versorgung erhält, koordiniert von speziell qualifizierten Dementia Care Managers. Die praktische Erprobung beginnt im Jahr 2010.

12.3.3 Subsidiäre regionale Versorgungsangebote durch Kliniken

In Regionen mit einer bereits existierenden haus- oder fachärztlichen Unterversorgung können Kliniken subsidiär und in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten Teile der ambulanten medizinischen Versorgung übernehmen. Möglichkeiten hierzu bieten z. B. die oben beschriebenen Modelle (Telemedizin und indikationsspezifische AGnES-Modelle).

Für diese Form der Versorgung bestehen derzeit verschiedene Organisations- und Finanzierungsmöglichkeiten. Die Inhalte und Struktur der Modelle sowie die Rolle der beteiligten Akteure sollten dabei abhängig von den Bedarfen der jeweiligen Region in kooperativen Verfahren entwickelt werden:

- Verträge zur Integrierten Versorgung nach SGB V § 140 a–d. Voraussetzung ist, dass die Leistungen entweder sektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend sein müssen. Vertragspartner können Leistungserbringer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sein.
- Seit Januar 2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft. Es regelt die rechtlichen Rahmenbedingungen für Vertragsärzte in Deutschland. Dieses Gesetz beinhaltet rechtliche und organisatorische Möglichkeiten, die für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung genutzt werden können, z. B. die Möglichkeit der Gründung von Zweigpraxen, die flexibel und wohnortnah auf die spezifischen Bedarfe der Bevölkerung reagieren können, und die gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt. Praxen können sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von angestellten Ärzten aus Hausarztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren besetzt werden. Wo diese fehlen, können subsidiär Klinikumsärzte eingesetzt werden.
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ein MVZ ist eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in der außer verschiedenen Haus- und Fachärzten auch weitere Dienstleister im Gesundheitsbereich tätig sein können. Beispiele sind Apotheker, Physiotherapeuten, Logopäden, Sanitätsanbieter, orthopädische Schuhmacher usw. Der Vorteil insbesondere von größeren MVZs ist, dass diese sich flexibel und nach dem Bedarf der jeweiligen Region an Sicherstellungskonzepten beteiligen können. Ein Beispiel ist die Gründung von Zweigpraxen aus einem MVZ heraus, in denen Haus- und Fachärzte aus dem Pool des MVZ an unterschiedlichen Tagen Sprechstunden durchführen können.

12.3.4 Weiterentwicklung der Pflege

Die Pflege in Deutschland steht im weltweiten Vergleich noch am Beginn einer akademischen Entwicklung. In europäischen Nachbarstaaten und im angloamerikanischen Raum übernehmen akademisch gebildete Pflegefachkräfte seit langem medizinisch-pflegerische Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung. So führen beispielsweise in den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Schweden sogenannte Nurse Practitioners selbständig definierte Aufgaben in der medizinischen Versorgung aus. In enger Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen beinhaltet das Aufgabenspektrum der Nurse Practitioners die Beurteilung des Gesundheitszustandes, Diagnostik, Behandlung und Organisation der Betreuung von Patienten (Unsworth 2001; Strandberg et al. 2007; Oppermann et al. 2008).

Die deutschen Pflegeberufsverbände fordern daher seit 2007 als neue Möglichkeit, dem Bedarf an pflegerischer Kompetenzsteigerung zu entsprechen, die Einführung autonom handelnder Pflegekräfte, die analog zu den Nurse Practitioners tätig werden sollen. Es existieren an verschiedenen Hochschulen in Deutschland bereits akademische Ausbildungsstrukturen im Bereich Pflege als Modellprojekte (z. B. Hochschule Neubrandenburg, Universität Witten/Herdecke).

Mit Blick auf die absehbar über die nächsten Jahre in vielen Regionen Deutschlands drohenden primärärztlichen Versorgungslücken wird die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen auf eine neue Grundlage gestellt werden.

Gegenwärtig sind alle Beteiligten in diesem Prozess – Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflege, Arzthelfer und Medizinische Fachangestellte – in separaten Berufs-

verbänden organisiert, die über Jahre und Jahrzehnte eine möglichst konsequente Abgrenzung der fachlichen Kompetenzbereiche als vordringliche Aufgabe angesehen haben – wo immer möglich einschließlich der Definition von Vorbehaltstätigkeiten für die jeweils eigene Klientel.

Zukünftig wird die Qualifikation bedeutsamer sein als die (primäre) Profession. Die alte Wer-darf-was-Frage im Gesundheitswesen stellt sich auf dieser Basis grundsätzlich neu. Neben der Qualifikation („derjenige, der es kann“) wird die Antwort regionale und logistische Aspekte berücksichtigen („derjenige, der vor Ort ist“). Der demographische Wandel ist zwar Katalysator dieser Entwicklung, die Veränderungen in der Arbeitsteilung und die Professionalisierung der nicht-ärztlichen Heilberufe sind jedoch grundsätzlich davon unabhängige Prozesse (Schmacke 2006). In diesem Rahmen sind sowohl Studien zur Curriculumsentwicklung und -evaluation notwendig als auch Implementations- und Interventionsstudien. Zusätzlich zur Primärdatenanalyse sollten mit Hilfe von Sekundärdaten (z. B. Routinedaten der Krankenkassen) die Effekte der erprobten Modelle auf das gesamte Gesundheitssystem analysiert werden.

Entscheidend wird die Rekrutierung von motivierten Nachwuchskräften sein, denen evidenzbasierte, flexible Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden müssen. Unterstützt wird die Flexibilisierung der Qualifikationen durch die zunehmende Erfolgsorientierung in der medizinischen Versorgung. Diese Priorisierung wird zu ergebnisbezogenen, patientennahen Evaluationskriterien führen, deren Erfüllung über die zukünftige Aufgabenteilung mit entscheidet.

12.4 Literatur

- Bickel H. Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 211–8.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Berlin 2008. http://www.baek.de/page.asp?his=0.7.47.3225#_ftn5 (Stand 30.12.2009).
- Callahan CM, Boustani M, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2006; 18: 2148–57.
- Callahan CM, Boustani M, Sachs GA, Hendrie HC. Integrating care for older adults with cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res.* 2009; 6: 368–74.
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W. „Community Medicine Nursing“ Qualifikationsprojekt in Mecklenburg-Vorpommern. *PADUA* 2008; 4: 62–5.
- Fendrich K, Hoffmann W. More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *J Public Health* 2007; 15: 345–51.
- Hoffmann W, van den Berg N. AGnES-Konzept in der Regelversorgung – Vergütung, regionale Randbedingungen und Qualifizierung. *Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk)* 2009; 4: 30–2.
- Oppermann RF, Rogalski H, Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A. Qualifikation „Community Medicine Nursing“- Konzept Curriculum. *Schriften Reihe G der Hochschule Neubrandenburg Band 6.* Neubrandenburg 2008.
- Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann RF. Community Medicine Nursing- ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege. *Die Schwester – der Pfleger* 2008; 01: 70–3.

- Rogalski H. Systematische, multidimensionale Evaluation der Praxisphase in der Qualifikation "Community Medicine Nurse" – Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums. Dissertation Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 2010.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten, Bonn 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Bonn 2009.
- Schmacke N. Ärztemangel: viele Fragen werden noch nicht diskutiert. GGW 2006; 3:18–25.
- Strandberg, EL, Ovhd I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. BMC Family Practice 2007; 8: 8. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-8-8.pdf> (28. Februar 2008).
- Unsworth J. Developing primary care: the influence of society, policy and professions. In: Spencer, Sue; Unsworth J, Burke W. Developing Community Nursing Practice. Buckingham: Open University Press 2001.
- van den Berg N, Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W. Das AGnES Curriculum – Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES-Modellprojekten (2005–2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 87 Abs. 2b SGB V. Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg, Reihe G, Band 7. Neubrandenburg 2008.
- van den Berg N, Fiß T, Meinke C, Heymann R, Scriba S, Hoffmann W. GP-support by means of AGnES-practice assistants and the use of telecare devices in a sparsely populated region in Northern Germany - proof of concept. BMC Fam Pract 2009a; 10(1): 44.
- van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W. AGnES: Supporting General Practitioners with qualified medical practice personnel - Model project evaluation regarding quality and acceptance. Dtsch Arztebl Int 2009b; 106(1–2): 3–9.
- van den Berg N, Meinke C, Hoffmann W. Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in der Flächenversorgung. Der Ophthalmologe 2009c; 106(9): 788–94.
- van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W. Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Das Gesundheitswesen 2009d; vorab online.