Das Innovationsfondsprojekt ErwiN (**Erw**eiterte arztentlastende Übertragung von Tätigkeiten **i**n Arzt**N**etzen)

Entlastung von Arztpraxen und zukunftsfähige Versorgung

In Deutschland leben mehr als 16 Millionen über 67-Jährige. Bis zum Jahr 2040 werden es voraussichtlich über 20 Millionen sein. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung steigt ebenfalls die Anzahl der chronisch erkrankten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen. Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen wird sich die Versorgungsproblematik zuspitzen, da hier die beschriebenen demografischen Entwicklungen tendenziell stärker ausfallen als in urbanen Räumen. Infolge dieser Entwicklung wird sich die bereits gegenwärtig angespannte Situation in vielen Arztpraxen weiter verschärfen. Gleichzeitig bestehen Schwierigkeiten, Ärzte und Pflegefachkräfte für die Tätigkeit in ländlichen und strukturschwachen städtischen Regionen zu gewinnen. Um diesen unerwünschten Entwicklungen zu begegnen, werden im Innovationsfondsprojekt ErwiN unter Ausnutzung der Vorteile des geordneten Settings „Arztnetz" ärztliche Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde gemäß Richtlinie des G-BA nach § 63 Abs. 3c SGB V übertragen. Mit der Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten auf spezialisierte Pflegefachpersonen (SPFP) wird eine deutliche Entlastung von Arztpraxen angestrebt und ein genuiner Beitrag zur Zukunftsfähigkeit von Versorgungsstrukturen in Deutschland geleistet.

>> Die Situation trifft unter anderem für verschiedene Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu. Auch einige Berliner Stadtbezirke haben vergleichbare Problemlagen. In der Folge werden Rettungsdienste und Rettungsstellen frequentiert, obwohl dies medizinisch nicht indiziert ist, und Patientinnen und Patienten werden stationär aufgenommen, obwohl eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Um die zentralen Anliegen von ErwiN zu realisieren, wurde zunächst Pionierarbeit geleistet, weil für die Zielindikationen das Curriculum für die Aus- und Fortbildungen nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) zur Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte erst noch entwickelt werden musste. Aufbauend auf Vorarbeiten, unter anderem aus dem vom Innovationsfonds geförderten Projektes „InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung", wurde in ErwiN ein projektspezifisches Curriculum entwickelt, das vom BMG und BMFSFJ mit Schreiben am 21.12.2023 vorläufig genehmigt wurde.

Die Umsetzung

An der Umsetzung der neuen Versorgungsform (nVF) sind insgesamt vier Arztnetze der Konsortialpartner MEDIS, HaffNet und AGBAN in den Umsetzungsregionen Süd-West-Brandenburg, Stettiner Haff, Neuruppin/Templin und Berlin Köpenick/Neukölln beteiligt. Hier werden ab Oktober 2024 bis Dezember 2025 insgesamt 1.200 Patient:innen (mindestens 65 Jahre alt und einen Pflegegrad 2 oder höher bewilligt bzw. beantragt) der teilnehmenden Krankenkassen AOK Nordost und BARMER durch die ErwiN-Fachkräfte in Zusammenarbeit mit den Netzärzt:innen versorgt. Um die selbstständige Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Umsetzungspraxis jederzeit durch Einschaltung eines Arztes medizinisch absichern zu können, werden die Möglichkeiten der telemedizinischen Unterstützung ausgenutzt. Die Arztnetze bieten den Vorteil, dass hier auf die positiven Erfahrungen im Rahmen von delegierten Hausbesuchen durch nicht ärztliches Fachpersonal zurückgegriffen werden kann. Damit besteht bereits eine Basis für die Akzeptanz einer auch weitergehenden Aufgabenübertragung. Letztere kann nur in enger Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt erfolgen, wozu ein einem Rezept nachempfundenes „Übertragungsformular" eingesetzt wird, auf dem die vom G-BA vorgenommenen Festlegungen in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht für die Aufgabenübertragung konkretisiert sind.

Die Evaluation

Die Evaluation erfolgt über eine prospektive multizentrische, kontrollierte, clusterrandomisierte Interventionsstudie im Stepped-Wedge-Design. Das heißt, alle eingeschlossenen Patienten – aufgeteilt in vier Wellen – erhalten nach einem Wartequartal die Intervention und wechseln dadurch nach einer mindestens dreimonatigen Wartezeit (Wartequartal) von der Kontrollgruppe (KG) in die Interventionsgruppe (IG), in der sie sechs Monate durch die ErwiN-Fachkräfte versorgt und betreut werden. Die IG setzt sich aus den Subgruppen Hypertonie (Einordnung über Blutdruckmessung), Schmerz (Einordnung über Brief Pain Inventory short form (BPI short)) und Mangelernährung (Einordnung über Mini Nutritional Assessment (MNA

Das Konsortium

MEDIS Management GmbH (Konsortialführung)
HaffNet Management GmbH
AGBAN – Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze GmbH & Co. KG
AOK Nordost
BARMER
DZNE – Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e. V.
AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
JGM GmbH

Weitere Beteiligte

Kassenärztliche Vereinigungen
Ärztekammern
Gesundheitsministerien der Länder bzw. Senat
Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) der Umsetzungsregionen bzw. Stadtbezirk
Universität zu Lübeck

Zitationshinweis

Lenk, A., Bohm, S.: „Entlastung von Arztpraxen und zukunftsfähige Versorgung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 38–39.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2667

long form)) zusammen. Grundlegend wird die Studie durch eine ausbildungs-, prozess-, ergebnis- und gesundheitsökonomische Evaluation strukturiert.

Mit dem Einsatz der ErwiN-Fachkräfte wird primär eine Reduzierung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK-Fälle) um 18% angestrebt. Sekundär sollen durch ErwiN die nicht-institutionalisierte Pflege stabilisiert sowie die subjektive Gesundheit und Lebensqualität der teilnehmenden Patienten verbessert werden. Schließlich soll der Einsatz der SPFP zu einer signifikanten Steigerung der Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie einer höheren Patientenzufriedenheit führen.

Zur Überprüfung der dargelegten Zielgrößen werden qualitative und quantitative Primär- und Sekundärdaten herangezogen und miteinander verknüpft. Hierzu wird beispielsweise im Rahmen der Ausbildungsevaluation mittels standardisierter Befragungen, leitfadengestützter Einzel- und Gruppeninterviews die formale Eignung der Ausbildung mit Blick auf die normativen Vorgaben analysiert. Weiterführend werden in Anlehnung an das Kirkpatrick-Modell die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Qualifizierung, der Lernerfolg im Sinne des Wissens- und Kompetenzerwerbs sowie die Befähigung bzw. das Ausmaß an Empowerment für die neue Berufsrolle evaluiert. Den qualitativen Befragungen gehen standardisierte Kurzbefragungen voraus, in denen Basisdaten der Berufsbiografie und die Erwartungen an die Qualifizierung (Präbefragung) bzw. die Einschätzung der Qualifizierung (Postbefragung) erfasst werden. Diese Abfragen entlasten das darauffolgende qualitative Interview und bieten einen Einstieg in eine vertiefende Behandlung interessierender Aspekte. Generell gilt, dass Fragestellungen und Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen in der Weise aufeinander bezogen werden, dass in den qualitativen Befragungen vertiefend auf interessierende Aspekte eingegangen wird. Die Kombination beider Methoden unterstützt damit – im Sinne der Datentriangulation – eine Validierung der Ergebnisse.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wird untersucht, ob der intendierte Effekt der nVF bei der Inanspruchnahme nachweisbar ist. Dazu werden alle Krankenhausfälle der teilnehmenden Patient:en ab dem ersten Quartal 2023 bis einschließlich des zweiten Quartals 2026 berücksichtigt. Die Krankenhausfallzahlen vor und ab dem Start der Intervention werden einander gegenübergestellt, desgleichen die Teilmengen der Anzahl von Notfallaufnahmen sowie der Fälle mit ASK-Diagnose. Zusätzlich wird ab dem Start des Wartequartals für alle eingeschlossenen Patienten in den teilnehmenden primärärztlichen Praxen bis zum Ende der Interventionsphase zusätzlich zum Datum einer Konsultation auch die Dauer des Arztkontaktes dokumentiert. Bei der Messung von Effekten auf die primärärztliche Inanspruchnahme werden Unterschiede bei den Konsultationshäufigkeiten und -dauern in der KG und in der IG ermittelt und auf statistische Signifikanz geprüft. In einem weiteren Analyseschritt werden für die IG Kontakthäufigkeiten und -dauern mit der ErwiN-Fachkraft als die primärärztliche Versorgung ergänzendem Versorgungsbestandteil (SPFP-Primärversorgungsbestandteil) mit einbezogen, so dass der mittlere primärärztliche Versorgungsaufwand in der KG mit dem mittleren primärärztlichen Versorgungsaufwand unter Einbezug des SPFP-Versorgungsbestandteils in der IG verglichen werden kann. Schlussendlich wird mit einer Kosten-Effektivitäts-Analyse die Wirksamkeit des Einsatzes der ErwiN-Fachkräfte bezogen auf die Gesamtkosten, die Krankenhauskosten sowie bezogen auf die mit ASK-Fällen verbundenen Kosten untersucht. Abschließende Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2026 vorliegen. <<

von: Dr. Alexander Lenk[1], Steffen Bohm[1]

1: AGENON

Im Kurzinterview: Marit Weber, Geschäftsführerin MEDIS Management GmbH

Die größte Herausforderung ist die gesellschaftliche Akzeptanz

Frau Weber, wo sehen Sie die größten Herausforderungen, die mit dem Innovationsfondsprojekt ErwiN angegangen werden müssen?

Große Herausforderungen liegen einerseits in den formalen Qualifikations- und Prüfungserfordernissen – die Ansprüche an die Qualifizierung sind mit der Genehmigung des Curriculums durch 2 Bundesministerien und einer abschließenden staatlich anerkannte Prüfung relativ hoch. Hinzu kommen Fragen der Haftung und der Versicherung der Fachkräfte. Die größte Herausforderung ist allerdings nach wie vor die gesellschaftliche Akzeptanz dieses neuen Berufsbildes.



Marit Weber, Geschäftsführerin der MEDIS Management GmbH

Und wo sehen Sie die größten Chancen?

Ganz oben steht hier vor allem in unseren ländlichen Regionen die Entlastung der Ärzte und Praxisteams. Hausbesuche sind durch die spezialisierten Fachkräfte engmaschiger möglich, was die Patientenzufriedenheit erhöht. Krankenhausaufenthalte und soziale Probleme können reduziert werden. Außerdem wird durch diesen neuen Berufszweig die Pflege aufgewertet – ein Schritt, mit dem sich Deutschland im internationalen Vergleich bisher eher schwergetan hat.

Gesetzt den Fall, das Projekt ErwiN ist erfolgreich und wird vom G-BA positiv beschieden: Was muss die Politik auf Bundes- und Landesebene tun, um diese Versorgungsform der breiten Bevölkerung zugänglich zu machen?

Es müssen zwingend Möglichkeiten zur Anstellung und Finanzierung solcher spezialisierten Fachkräfte in allen Bereichen der ambulanten Versorgung geschaffen werden. Prädestiniert sind hier sicher primär größere Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten, wie beispielsweise BAG, MVZ oder eben Ärztenetze, wie bei uns im Pilotprojekt.

Die in das Projekt involvierten Arztnetze bieten den großen Vorteil, dass sie seit langem Erfahrungen mit „im Einzelfall delegierten“ Hausbesuchen durch nichtärztliches Fachpersonal machen konnten. Wie sieht die Möglichkeit der Übertragbarkeit in Regionen ohne diese Erfahrung aus?

Durch diese jahrelange Arbeit ist natürlich Vertrauen zwischen allen Mitwirkenden entstanden. Dieses Vertrauen ist eine Voraussetzung zur erfolgreichen Einführung neuer Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch spezielles Pflegefachpersonal. Die ErwiN-Fachkräfte hatten in den beteiligten Arztnetzen aufgrund der Erfahrungen mit Delegationsmodellen einen gewissen Vertrauensvorsprung und somit einen etwas leichteren Start und konnten sicher auch etwas zügiger mit der konkreten Umsetzung starten. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass bei guter Kommunikation und Interaktion auch Ärzte, die bisher keine Tätigkeiten delegiert oder übertragen haben, schnell von den Vorteilen für die Patienten und die eigene Praxis überzeugt werden konnten.