

Zwischen neuer Verantwortung und Routinetätigkeit: Die Rolle der VERAH in der hausärztlichen Versorgung – Eine qualitative Sekundärdatenanalyse am Beispiel des softwaregestützten Case Management

Between New Responsibility and Daily Routines – The Role of the VERAH in GP Care: A Qualitative Secondary Data Case Study of the Introduction of Software-Based Case Management



Autorinnen/Autoren

Johanna Forstner^{1‡}, Jasmin Mangold^{2, 3‡}, Nicola Litke¹, Aline Weis¹, Joachim Szecsenyi¹, Michel Wensing¹, Charlotte Ullrich¹

Institute

- 1 Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, UniversitätsKlinikum Heidelberg, Heidelberg, Germany
- 2 Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany
- 3 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV), Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany

Schlüsselwörter

Hausärztliche Versorgung, Delegation, VERAH, nicht-medizinisches Personal, Software

Key words

primary care, delegation, VERAH, non-medical staff, software

Artikel online veröffentlicht 18.10.2023

Bibliografie

Gesundheitswesen 2023; 85: 1124–1130

DOI 10.1055/a-2144-5767

ISSN 0941-3790

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Charlotte Ullrich
UniversitätsKlinikum Heidelberg
Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
INF 130.3
69120 Heidelberg
Germany
charlotte.ullrich@med.uni-heidelberg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Das Konzept der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) wurde entwickelt, um nicht-ärztliches Personal stärker in die hausärztliche Versorgung einzubinden und somit dem steigenden Versorgungsbedarf und der gleichzeitigen Verknappung von ärztlichem Personal zu begegnen. VERAHs werden zunehmend auch im softwaregestützten Case Management eingesetzt und sind somit mit neuen Aufgaben und Verantwortungsgefügen konfrontiert. Das Ziel dieser Studie war es daher, zu explorieren, wie sich die Rolle der VERAH in hausärztlichen Praxen darstellt.

Methoden Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine qualitative Sekundärdatenanalyse im Rahmen der Projekte VESPEERA und TelePraCMan. Es wurden 20 Einzelinterviews und 2 Fokusgruppen mit insgesamt 30 Ärzt:innen, VERAHs und Medizinischen Fachangestellten aus der hausärztlichen Versorgung durchgeführt. Die Analyse der Daten fand qualitativ in Anlehnung an Emerson statt. Kontext- und soziodemographische Daten wurden mit einem begleitenden Fragebogen erhoben.

Ergebnisse Die VERAHs aller Hausarztpraxen, aus denen Interviewpartner:innen teilnahmen, nehmen Aufgaben innerhalb des softwaregestützten Case Management wahr. In den Aussagen zur Rolle der VERAH ließen sich drei Themen identifizieren: a) Beschreibung der konkreten Aufgaben der VERAH

‡ Diese Autorinnen haben zu gleichen Teilen beigetragen.

im softwaregestützten Case Management innerhalb des Praxisteam, b) Stellenwert des softwaregestützten Case Managements innerhalb der Tätigkeiten der VERAHS und c) Beziehung der VERAHS zu den Patient:innen.

Schlussfolgerung Die Wahrnehmung von Aufgaben des softwaregestützten Case Managements kann zu einer Stärkung und Erweiterung der Rolle der VERAH beitragen. Künftig sollte verstärkt auf eine klare Beschreibung der neuen Rolle geachtet und die Rahmenbedingungen der Aufgabenerfüllung der VERAH berücksichtigt werden.

ABSTRACT

Background The concept of Care Assistant in General Practice (VERAH) was developed in order to integrate non-medical staff more strongly into primary care and thus to meet the increasing demand for care and the simultaneous shortage of medical staff. VERAHS are increasingly responsible for software-supported case management and are thus confronted with new tasks. The aim of this study was therefore to explore the role of the VERAH in primary care practices.

Methods The present study is a qualitative secondary data analysis; the data collection took place within the projects VESPEERA and TelePraCMan. Twenty individual interviews and two focus group meetings were conducted with a total of 30 physicians, VERAHS and medical assistants from primary care. The data were analysed qualitatively according to Emerson. Contextual and socio-demographic data were collected with an accompanying questionnaire.

Results The VERAHS of all primary care practices from which interview partners participated performed tasks within software-supported case management. Concerning the role of the VERAH, three themes were identified in the interviews: a) concrete tasks of the VERAH in software-supported case management within the practice team, b) relevance of software-supported case management within the activities of the VERAHS and c) relationship between VERAHS and patients.

Conclusion Taking over tasks in software-supported case management can contribute to strengthening and expanding the role of the VERAH. In the future, more attention should be paid to a clear description of the new role, and the conditions of the VERAHS' task fulfilment should be considered.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
MFA	Medizinische:r Fachangestellte:r
NÄPA	Nichtärztliche:r Praxisassistent:in
PraCMan	Hausarztpraxis-basiertes Case Management
sCM	softwaregestütztes Case Management
TelePraCMan	Modellprojekt, Erweiterung von PraCMan durch eine Patienten-App
VESPEERA	Modellprojekt, Einführung einer komplexen Intervention inkl. sCM-Intervention
VERAH	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis

Hintergrund

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht vor mehreren Herausforderungen: Die Anzahl chronisch erkrankter Personen steigt [1], was mit einer gesteigerten Kontaktaufnahme zu ambulanten Ärzt:innen [2], sowie einer Verschiebung und Steigerung der Versorgungsanforderungen in der hausärztlichen Versorgung [3] einhergeht. Zudem wird durch demographische Verschiebungen und veränderte Arbeitsmodelle der Bedarf an nicht-gedeckter hausärztlicher Versorgung auf 20 000 Stellen für das Jahr 2025 geschätzt [4]. Für das Jahr 2035 wird prognostiziert, dass über 19% der maximal zu besetzenden kassenärztlichen Sitze unbesetzt bleiben, bei erheblichen regionalen Unterschieden [5]. Zugleich wird bereits seit längerem eine Stärkung von hausärztlich koordinierten Versorgungsmodelle empfohlen [5, 6]. Es stehen sich zukünftig somit ein steigender Versorgungsbedarf und eine Verknappung von ärztlichem Personal gegenüber [3].

Die Delegation ursprünglich ärztlicher Aufgaben wie Wundversorgung, Prävention und Schulungsmaßnahmen [7, 8] oder Haus- und Heimbefuche [9] an nicht-ärztliches Personal stellt einen Ansatz dar, diesen Herausforderungen zu begegnen. Internationale Studien weisen darauf hin, dass mit der Aufgabenübernahme durch Pflegende, gemessen an u. a. patientenbezogenen Outcomes [10], Patientenzufriedenheit [11], aber auch bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [10] eine gleichbleibende, wenn nicht sogar verbesserte Patientenversorgung einhergeht.

Die Delegation ärztlicher Leistungen in der Primärversorgung ist in den angloamerikanischen, skandinavischen und südeuropäischen Ländern stark verbreitet, wo vor allem an Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss delegiert wird [12, 13]. In Deutschland hingegen ist die Primärversorgung stark ärztlich geprägt. Die Bereitschaft zur Anwendung von Delegationsmodellen hat in den letzten Jahren zugenommen [14], hängt jedoch auch von den gesetzlichen Bestimmungen ab [15]. Konkrete Ansätze für die Umsetzung von Delegationsmodellen stellen Qualifizierungsmaßnahmen für Medizinische Fachangestellte (MFA) dar [16]. Das am weitesten verbreitete Modell ist das der Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH), das im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) 2008 eingeführt wurde. Zu den Aufgabengebieten der VERAHS gehört unter anderem das Case Management, in dessen Rahmen die VERAH, in enger Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsversorgern die Evaluation, Planung, Koordination und Priorisierung der auf die Bedürfnisse der Patienten angepassten Gesundheitsversorgung übernimmt [8, 17].

Bisherige Studien zur Rolle von nicht-ärztlichem Personal fokussieren meist patientenbezogene Outcomes oder beschreiben die übernommenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, in der Regel durch Pflegende [18–20]. Für die Vorbereitung der hausärztlichen Gesundheitsversorgung auf die zukünftigen Herausforderungen

► **Tab. 1** Übersicht Datenquellen/Material (Daten aus: [24, 28]).

	TelePraCMan (27.11.2017–17.06.2021)	VESPEERA (01.10.2017–30.09.2020)
Projektkontext	Projekt zur App-Entwicklung	Prozessevaluation der Implementierung des sCM
Erhebungsform	Fokusgruppen (n = 2), Einzelinterviews (n = 3)	Leitfadengestützte semistrukturierte Einzelinterviews (n = 17)
Erhebungszeitraum	04/2019 bis 06/2019	09/2018 bis 09/2019
Rekrutierungswege/Sampling	Forschungspraxennetz Baden-Württemberg (FoPraNet), Tag der Allgemeinmedizin Heidelberg, Ärztestammtisch Heidelberg	alle Hausärzt:innen und VERAHs aus an der Hauptstudie teilnehmenden Hausarztpraxen (n = 74) postalisch
Sample	7 MFAs/VERAHs, 6 Hausärzt:innen	11 VERAHs, 6 Hausärzt:innen
Alter (in Jahren)	MFAs/VERAHs: 38.57 (24–56)*	VERAHs: 40 (31–54)*
	Hausärzt:innen: 53.83 (38–77)*	Hausärzt:innen: 58 (50–64)*
Geschlecht (weiblich)	MFAs, VERAHs: n = 7 (100%)	MFAs, VERHAs: n = 11 (100%)
	Hausärzt:innen: n = 3 (50%)	Hausärzt:innen: n = 4 (66%)
Berufserfahrung (in Jahren)	MFAs/VERAHs: 10.43 (2–24)*	VERAHs: 17,5 (2–38)*
	Hausärzt:innen: 14.48 (0.4–46) *, **	Hausärzt:innen: 16.5 (2–25)*
Länge (in Minuten)		
Interviews	29 (21–39)*	39 (26–67)*
Fokusgruppen	69 (67–71)*	-
*Mittelwert (Minimum- Maximum), **1 fehlender Wert		

ist jedoch ein genaueres Verständnis der Rolle der VERAH in den neuen Aufgaben- und Verantwortungsgefügen im konkreten Praxisalltag notwendig. Bisherige Studien zeigen, dass die Nutzung protokollbasierter Versorgungskonzepte die Rolle von Pflegenden verändert und deren Autonomie erhöhen kann [25]. Die Unterstützung des Teams ist entscheidend für die Umsetzung [21] und eine mangelnde Klarheit über die Rolle und übernommenen Aufgaben von Seiten der Ärzt:innen und die Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte als abhängig arbeitende Assistenz schränken die Zusammenarbeit und die Rolle der Pflegekraft ein [22].

Das Ziel dieser Studie war es daher, zu explorieren, wie sich die Rolle der VERAH in hausärztlichen Praxen darstellt. Hier waren drei Fragestellungen leitend: a) Welche Aufgaben übernehmen VERAHs, b) welchen Stellenwert haben diese Tätigkeiten im Praxisalltag und c) wie verändert sich dadurch die Beziehung zu Patient:innen?

Methodisches Vorgehen

Studiendesign

Zur Exploration der Rolle der VERAH in der hausärztlichen Versorgung wurde eine qualitative Sekundäranalyse durchgeführt [23]. Grundlage waren zwei Forschungsprojekte, in denen neue VERAH-Aufgaben im Rahmen der Einführung und Umsetzung von softwaregestütztem Case Management (sCM) vorgesehen waren. Von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg liegen positive Ethikvoten vor (S-071/2018, S-092/2019), beide Studien wurden zudem vorab registriert (DRKS00015183, DRKS00017320).

Seit 2014 wird in Baden-Württemberg im Rahmen der HZV der AOK Baden-Württemberg eine hausarztbasierte Case Management-Intervention für chronisch Kranke (PraCMan) umgesetzt. Diese wurde in einem Entwicklungsprojekt (TelePraCMan) durch eine Patienten-App erweitert (Primärstudie 1 [24]). Ziel von VESPEERA (Primärstudie 2) war der Einbezug von Hausarztpraxen in

das Einweisungs- und Entlassmanagement [25]. In beiden Projekten war vorgesehen, dass die Case Management-Aufgaben dabei größtenteils (VESPEERA) oder ganz eigenständig (TelePraCMan) von VERAHs softwaregestützt, standardisiert und strukturiert umgesetzt werden.

Die Berichterstattung der vorliegenden Studie orientiert sich an Empfehlungen zur Sekundärdatenanalyse [26], so zutreffend wurden die Empfehlungen der COREQ Checkliste [27] genutzt.

Datenquellen

Insgesamt wurden 20 Einzelinterviews und zwei Fokusgruppen mit insgesamt 30 Mitarbeitenden in die vorliegende Untersuchung mit eingeschlossen [24, 28] (inkl. soziodemographischer Angaben, keine Feldnotizen, s. ► **Tab. 1**).

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung befanden sich die Praxen in unterschiedlichen Stadien des Implementierungsprozesses der sCM-Interventionen. Die Erfahrung der Praxismitarbeitenden reicht von ersten Berührungspunkten mit dem sCM im Rahmen des VESPEERA-Projektes bis hin zu mehrjähriger Erfahrung mit der PraCMan-Intervention.

Alle Teilnehmenden wurden vor der Datenerhebung schriftlich und mündlich aufgeklärt und haben in die Teilnahme schriftlich eingewilligt. Während den Befragungen waren ausschließlich die Teilnehmenden und Forschenden anwesend. Die Interviews wurden auf Tonband, die Fokusgruppen zudem auf Video aufgezeichnet. Die Transkripte wurden nach zuvor festgelegten Regeln erstellt, pseudonymisiert und den Teilnehmenden nicht zur Kontrolle vorgelegt. Soziodemographische Daten wurden über einen Fragebogen erhoben.

Datenanalyse

Grundlage der Auswertung der qualitativen Daten waren die unkodierten Transkripte der Einzelinterviews und Fokusgruppen. In der Analyse wurden induktive und deduktive Schritte verbunden

[29]: a) offenes Kodieren mit Fallmemos, b) fokussiertes thematisches Kodieren, c) Zusammenführung von Codes und Themen (JM). Die Analyse wurde von JM (weiblich, Versorgungsforscherin) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden regelmäßig mit an der Datenerhebung beteiligten Forscherinnen (JF, NL) und in einer Forschungswerkstatt zu qualitativen Methoden (Leitung CU, RPD) diskutiert. Für die Auswertung des qualitativen Datenmaterials wurde die Software MAXQDA PLUS genutzt. Soziodemographiebögen wurden deskriptiv mit Microsoft Excel ausgewertet.

Ergebnisse

In allen Einzelinterviews und Fokusgruppen wurden Aussagen zur Rolle der VERAH im sCM gemacht. Dabei ließen sich drei Themen identifizieren a) Beschreibung der konkreten Aufgaben der VERAH im sCM innerhalb des Praxisteam, b) Stellenwert des sCM innerhalb der Tätigkeiten der VERAHS und c) Beziehung der VERAHS zu Patient:innen.

Aufgaben der VERAH im sCM und Stellung/ Zusammenarbeit im Praxisteam

In den Aussagen der Befragten wird deutlich, dass VERAHS aus allen Praxen, aus denen Mitarbeitende befragt wurden, Aufgaben im sCM übernehmen, etwa die Erstellung von Einweisungsbriefen und die Organisation der Versorgung nach Entlassung (z. B. Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln, Durchführung von Telefonmonitorings).

Das Aufgabenspektrum und das Ausmaß der Verantwortung für diese Tätigkeiten sind unterschiedlich. Einige VERAHS beschreiben sich als die Hauptbetreuenden im sCM und sehen sich in einer Koordinatoren- und Vermittlerfunktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bzw. anderen Leistungserbringenden. Eine VERAH stellt dies wie folgt dar: „Klar der Arzt, der schaut drüber und man bespricht es ja dann auch, aber die Hauptbetreuung liegt ja eigentlich schon bei der VERAH.“ [V22]. Die Verantwortung der VERAHS wird auch daran deutlich, dass manche Ärzt:innen in einige Bereiche des sCM keinen Einblick haben, denn „das macht überwiegend meine VERAH, da habe ich relativ wenig mit zu tun.“ [HA7]. Der Grad, in dem sich die VERAHS bei der selbständigen Durchführung von patientennahen Tätigkeiten mit Ärzt:innen absprechen, scheint in den Praxen unterschiedlich. Einerseits wird von regelmäßigen und engen Absprachen berichtet, in anderen Fällen wird berichtet, dass eine Absprache nur bei Unklarheiten stattfindet.

Darüber hinaus gibt es in den Interviews viele Hinweise auf eine Zusammenarbeit von VERAHS und MFAs im sCM. Eine VERAH beschreibt: „Ich mach VESPEERA, dann bin ich halt auch mal fünf Minuten weg und dann wissen auch alle anderen: Ok, die müssen quasi meinen Part mit übernehmen, also das läuft bei uns super gut“ [V17]. Diese Zusammenarbeit ermöglicht auch die Durchführung des sCM im Schichtbetrieb: „[...] von der einen Kollegin 'hey da ist jemand, nimm den mal'. Weil dann ich ja auch nicht alles mitkriege [...], ich bin nicht immer da“ [V19]. Gleichzeitig erschweren Probleme bei der Kommunikation im Team die Umsetzung des sCM.

Stellenwert des sCM innerhalb der VERAH-Tätigkeiten

In den Aussagen der Befragten zeigt sich eine Heterogenität bzgl. des Ausmaßes der Übernahme an neuen Aufgaben und Verantwortungen, der Priorisierung von sCM-Tätigkeiten gegenüber Routineaufgaben und den gegebenen notwendigen Rahmenbedingungen.

In wenigen Praxen liegt die vorrangige Aufgabe der VERAHS in der Durchführung des sCM bzw. reiner VERAH-Tätigkeiten. Eine VERAH berichtet beispielsweise: „Ich bin hier als VERAH hauptsächlich für die VESPEERA- und die PraCMan-Patienten eingesetzt. [...] Ich springe schon auch vorne ein, aber hauptsächlich bin ich in meinem Zimmer und mache bestimmte Patienten.“ [V22]. In zahlreichen Praxen hingegen entsprechen die Hauptaufgaben der VERAHS denen der MFAs, das sCM nimmt dann eine Sonderstellung ein und wird als Zusatzaufgabe gegenüber dem Tagesgeschäft, Routinearbeit und Kernaufgaben wahrgenommen. Das sCM wird dann teilweise als problematisch angesehen, im Praxisalltag nur teilweise umgesetzt oder häufig nur verfolgt, sofern die Erledigung der Routinearbeiten nicht beeinträchtigt wird. In anderen Praxen existieren hingegen explizite Regelungen (z. B. Bürotage), die eine Durchführung des sCM parallel zu den Routinearbeiten und somit eine stärkere Integration in den Alltag ermöglichen.

Als weitere Rahmenbedingungen zur Umsetzung werden zum einen EDV-bezogene Faktoren wie die Anbindung der sCM-Software an die Praxissoftware genannt. Zum anderen wurde angeführt, dass für die Durchführung des sCM ein zusätzlicher separater Raum notwendig wäre, während dies in anderen Praxen bereits umgesetzt wird: *Das ist mein Raum, in dem bin immer ich den nutze ich hauptsächlich nur für diese Dinge* [V22]. In einigen Interviews wird außerdem berichtet, dass die benötigte infrastrukturelle Ausstattung, wie z. B. Computer und Drucker, nicht in notwendigem Ausmaß oder den entscheidenden Räumen vorhanden sind.

Die VERAHS wenden unterschiedliche Strategien, wie die Reservierung von festen Zeitfenstern, handschriftliche Zwischenschritten (zunächst papierbasierte Dokumentation, später Nachfassung in der Software) und Anpassungen der sCM-Intervention in Form von Kürzungen/Auslassungen in den Assessments an, um die Umsetzung des sCM dennoch zu ermöglichen. Diese werden jedoch von den VERAHS kritisch betrachtet und als nicht dauerhaft praktikabel bewertet.

Insgesamt wird deutlich, dass die neuen Aufgaben im sCM zu einer Aufwertung der Rolle der VERAH führen, diese Neues lernen und damit Freunde und Abwechslung verbinden. Eine VERAH berichtet: „Ja gut, das ist halt eigenverantwortliches Arbeiten [...], man kriegt einfach einen guten Draht zum Patienten, [...]. Ist natürlich auch eine Aufwertung, klar keine Frage, ja das macht einfach auch Spaß, [...]“ [V17]. Ärzt:innen bestätigen diesen Eindruck: „Ich denke auch, dass es für die Mitarbeiterin, die sich da engagiert hat, eine positive neue Herausforderung [...] und eine Aufwertung für ihren Beruf ist, dass sie nun eine gewisse Koordination und Betreuung übernimmt.“ [HA31]. Sofern die Rahmenbedingungen erfüllt sind, geht damit auch eine hohe Zufriedenheit einher. Gleichzeitig befürchten die Befragten jedoch auch, dass es durch die Übernahme weiterer Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu einer insgesamt sehr hohen Arbeitslast für die VERAHS kommen kann. Sofern die Rahmenbedingungen nicht erfüllt und Verantwortlichkeiten nicht

abschließend geklärt sind – die Rolle der VERAH also unklar definiert ist – kann dies zu Stress, Überforderung, Unzufriedenheit und Frust führen. Ein Arzt beschreibt: „Also die VERAH wird halt immer gefragt und ist natürlich auch immer die, die ran muss und das ist manchmal ein bisschen viel für eine.“ [HA7].

Beziehung zwischen VERAHs und Patient:innen

Durch die Übernahme von Aufgaben im sCM verändert sich die Beziehung der VERAH zu den Patient:innen. Hierbei erfahren sich die VERAHs als Koordinatorinnen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sowie als arztentlastend und patientenunterstützend.

Viele VERAHs berichten detailliert von ihren Beziehungen zu Patient:innen und beschreiben diese als eng, intensiv oder vertrauensvoll. Sie geben in ihren Konsultationen Raum nicht nur für medizinische, sondern auch außermedizinische Anliegen der Patient:innen. VERAHs sehen sich so als wichtige Ansprechpersonen für die Patient:innen. Eine VERAH erläutert, die Patient:innen: „wollen den Arzt nicht so lange belasten [...]. Die kommen dann zu mir und erzählen mir das. Die merken dann, da ist mehr Zeit da und da kann ich das auch erzählen.“ [V22]. Dabei betont sie jedoch auch, dass diese Beziehung die Arzt-Patienten-Beziehung nicht ersetzt, sondern ergänzt. Durch das sCM bekommen einige VERAHs ein „breiteres Hintergrundwissen“ [V17] über die Patient:innen oder „einen besseren Einblick“ [V6] in die jeweilige Patientensituation. Dies wiederum ermöglicht einigen ein besseres Verständnis für das Verhalten der Patient:innen und die Notwendigkeit von Behandlungsschritten: „Manch ungünstige Situation, die an der Anmeldung passiert, bei der man das Verhalten des Patienten nicht versteht, versteht man dann, wenn man jemanden näher kennenlernt oder die Geschichte dazu kennt.“ [V16].

Diskussion

Wie in der Konzeptionen der sCM-Interventionen VESPEERA und TelePraCMan intendiert, übernehmen die VERAHs aller Hausarztpraxen, aus denen Interviewpartner:innen teilnahmen, Aufgaben im sCM. Dies führt nicht nur zu einer Übernahme von neuen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, sondern auch zu einer Veränderung der Stellung gegenüber Patient:innen. Dies bestätigt bereits im Rahmen der HZV-Evaluation gewonnene Erkenntnisse, dass sich VERAHs als wichtige zusätzliche Vertrauenspersonen innerhalb des Praxisteam sehen [30] und auch von Patient:innen als solche gesehen werden [31], was auf die Stärkung der Kernaufgaben der VERAHs hindeutet.

Zugleich wird das sCM häufig als Zusatzaufgabe wahrgenommen, die neben allgemeinen MFA-Aufgaben übernommen wird. Auch Gensichen et al. [32] zeigen in der Evaluation einer von speziell geschulten MFA durchgeführten Case Management-Intervention eine zusätzliche Arbeitsbelastung der MFA und beschreiben dies als einen Limitationsfaktor für die Umsetzung des Case Managements [18]. Ähnlich wie bisherige Studien [22, 33–35], weist auch die vorliegende Studie auf konkrete Konflikte hin, die sich aus dieser Rollenunklarheit ergeben.

Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität in der Umsetzung des sCM und damit auch in der Ausgestaltung der Rolle der VERAH im sCM. So zeigen die Ergebnisse, dass für die Umsetzung des sCM ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen sowie notwendige infrastrukturelle Gegebenheiten ausschlaggebend

sind. Dies bestätigt Ergebnisse einer qualitativen Befragungsstudie zur Umsetzung des VERAH-Konzepts und damit verbundenen Förder- und Hemmfaktoren [36]. In der Selbstbeschreibung der VERAHs deutet sich an, dass einige VERAHs sich als autonom, andere als stark weisungsgebunden wahrnehmen. Die Studie von McInnes et al. [22] zeigt, dass es die Zusammenarbeit im Team und die Rolle der Pflegekraft einschränkt, wenn diese sich als Assistenz und nicht als autonome Gesundheitsversorger:in wahrnimmt.

Dennoch weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass protokollbasierte Versorgungsansätze eine Möglichkeit darstellen, die Rolle der VERAHs bzw. des nicht-ärztlichen Personals in Deutschland zu stärken. Dies bestätigt vorliegende Studienergebnisse, die zeigen, dass die Nutzung eines protokollbasierten Versorgungsansatzes das Potenzial hat, die Umverteilung von ärztlichen Aufgaben auf nicht-ärztliches Personal zu erleichtern [37] und die Autonomie nicht-ärztlichen Personals zu erhöhen [16]. Hierbei ist das von Seiten der Ärzt:innen entgegengebrachte Vertrauen in die VERAHs förderlich für die Delegation [36].

Insgesamt zeigen sich positive Effekte der VERAH-Weiterbildung für deren Stellenwert und Arbeitsalltag. Ein Ausbau der Weiterqualifizierungsmöglichkeiten könnte die Attraktivität des Berufs weiter steigern. Unsere Ergebnisse weisen zugleich auf Herausforderungen hin, die neuen Kompetenzen im Alltag umzusetzen. Weiterqualifizierungsmöglichkeiten sollten auf diesen Aspekt verstärkt eingehen und die Relevanz von Rollenklärung, Aufgabenteilung im Team sowie Anpassung von Rahmenbedingungen adressieren.

Stärken und Limitationen

Die analysierten Daten bieten einen unmittelbaren Einblick in die Arbeit mit sCM-Interventionen in der hausärztlichen Versorgung, welcher durch den Einbezug von zwei Projekten an Breite gewonnen hat. Die Auswertung der Daten mit einer anderen Zielsetzung als derjenigen, für welche sie erhoben wurden, kann das Ausmaß, in welchem ein thematisches Ergebnis identifiziert wurde, einschränken. Die in der Studie untersuchten Praxen nehmen alle an der HZV in Baden-Württemberg sowie an Forschungsprojekten zu neuen Versorgungskonzepten teil, daher ist von einem entsprechenden Selektionsbias auszugehen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Einführung des sCM zu einer Erweiterung der Rolle der VERAHs beitragen kann. Um die durch Weiterbildung bereitgestellten Kompetenzen und Fähigkeiten des nicht-ärztlichen Personals optimal nutzen zu können, sollte künftige Forschung sowohl eine klare Beschreibung der neuen Rolle fokussieren als auch die Rahmenbedingungen der Aufgabenerfüllung der VERAH adressieren.

Einhaltung Ethischer Richtlinien

Deklaration von Helsinki

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission (Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg (S-071/2018, S-092/2019), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration

von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patient:innen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Fördermittel

VESPEERA: Innovationsfonds, Förderkennzeichen 01NVF17024;
TelePraCMan: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Förderprogramm „Digitalisierung in Medizin und Pflege“

Danksagung

Wir danken Dr. Regina Poß-Doering (RPD) für die Unterstützung bei der Erstellung der Leitfäden der Interviews im Projekts VESPEERA sowie für Feedback im Rahmen der Master-Forschungswerkstatt zu qualitativen Methoden, Lars Wiezorreck für seinen Beitrag in der Datenerhebung im Projekt TelePraCMan und Prof. Dr. Cornelia Mahler für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Finanzierung Die Projekte wurden vom Innovationsfonds (VESPEERA: Förderkennzeichen 01NVF17024) bzw. dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (TelePraCMan: Förderprogramm „Digitalisierung in Medizin und Pflege“) gefördert. Von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg liegen positive Ethikvoten vor (S-071/2018, S-092/2019).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Fuchs J, Busch M, Lange C et al. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 576–586. DOI: 10.1007/s00103-012-1464-9
- [2] Lehnert T, König H-H. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 685–692. DOI: 10.1007/s00103-012-1475-6
- [3] van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2019; 62: 1129–1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9
- [4] Stengel S, Kotowicz M, Nohl-Deryk P et al. Qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung und begrenzte Arbeitszeit – ein Widerspruch? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2021; 97. DOI: 10.3238/zfa.2021.0341–0346
- [5] Nolting H-D, Ochmann R, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung Stuttgart 2021
- [6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn 2018
- [7] Vail L, Bosley S, Petrova M et al. Healthcare assistants in general practice: a qualitative study of their experiences. *Prim Health Care Res Dev* 2011; 12: 29–41. DOI: 10.1017/S1463423610000204
- [8] Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M et al. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2016; 78: e62–e68. DOI: 10.1055/s-0035-1555948
- [9] Gisbert Miralles J, Heintze C, Dini L. Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2020; 156-157: 50–58. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.07.010
- [10] Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 214. DOI: 10.1186/1472-6963-14-214
- [11] Laurant M, van der Biezen M, Wijers N et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 7: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
- [12] Freund T, Everett C, Griffiths P et al. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 727–743. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014
- [13] Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health* 2016; 26: 927–934. DOI: 10.1093/eurpub/ckw098
- [14] Jedro C, Holmberg C, Tille F et al. The Acceptability of Task-Shifting from Doctors to Allied Health Professionals. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 583–590. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0583
- [15] Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J et al. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 2017; 18: 102. DOI: 10.1186/s12875-017-0697-y
- [16] Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J et al. für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2011; 87:
- [17] National Case Management Network of Canada. Canadian Standards of Practice for Case Management. Connect, Collaborate, Communicate. The Power of Case Management. Canadian Cataloguing 2009
- [18] Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D et al. Protocol-based care: impact on roles and service delivery*. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 867–873. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.01015.x
- [19] McCarthy G, Cornally N, Moran J et al. Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *J Clin Nurs* 2012; 21: 2286–2295. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04148.x
- [20] Walker L, Clendon J, Nelson K. Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies. *J Prim Health Care* 2015; 7: 236. DOI: 10.1071/HC15236
- [21] Olbort R, Mahler C, Campbell S et al. Doctors’ assistants’ views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2009; 65: 799–808. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x
- [22] McInnes S, Peters K, Bonney A et al. A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse’s role. *J Clin Nurs* 2017; 26: 1960–1968. DOI: 10.1111/jocn.13598
- [23] Medjedović I. Qualitative Sekundäranalyse. Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung. Research. Wiesbaden: Springer VS; 2014. DOI: 10.1007/978-3-658-05488-5

- [24] Göbl L, Weis A, Hoffmann M et al. Eine explorative Querschnittsstudie zur Technikaffinität und Smartphone-Nutzung von Praxispersonal und PatientInnen – Entwicklung einer App für multimorbide PatientInnen in der allgemeinmedizinischen Versorgung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2022; 169: 39–47. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.11.002
- [25] Forstner J, Straßner C, Kunz A et al. Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 206. DOI: 10.1186/s12913-019-4022-4
- [26] Ruggiano N, Perry TE. Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? *Qual Soc Work* 2019; 18: 81–97. DOI: 10.1177/1473325017700701
- [27] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
- [28] Forstner J, Bossert J, Weis A et al. The role of personalised professional relations across care sectors in achieving high continuity of care. *BMC Fam Pract* 2021; 22: 72. DOI: 10.1186/s12875-021-01418-8
- [29] Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing ethnographic fieldnotes. Chicago guides to writing, editing, and publishing.* 2nd ed. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press; 2011
- [30] Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 398–407. DOI: 10.1007/s00103-015-2122-9
- [31] Mergenthal K, GÜthlin C, Beyer M et al. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 1077–1083
- [32] Gensichen J, von Korff M, Peitz M et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–378. DOI: 10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001
- [33] McInnes S, Peters K, Bonney A et al. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs* 2015; 71: 1973–1985. DOI: 10.1111/jan.12647
- [34] Poghosyan L, Norful AA, Martsof GR. Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics: Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork. *J Ambul Care Manage* 2017; 40: 77–86. DOI: 10.1097/JAC.000000000000156
- [35] Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A et al. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *J Adv Nurs* 2016; 72: 1490–1505. DOI: 10.1111/jan.12903
- [36] Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM et al. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet? Eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2016; 92: 402–407. DOI: 10.3238/zfa.2016.0402–0407
- [37] Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy* 2014; 117: 151–169. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.04.016