

**Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin**

DISSERTATION

**-Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen.
Konzepte zur Unterstützung der Hausärzt*innen – eine
qualitative Studie-**

**-Coordination of care for multimorbid patients. Concepts to
support general practitioners – a qualitative study-**

**zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)**

**vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

von

Judith Stumm

aus Köln

Datum der Promotion: 04.06.2021

INHALTSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
ABSTRACT DEUTSCH	1
ABSTRACT ENGLISH.....	2
EINLEITUNG.....	3
DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSSTANDES	5
NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung	8
METHODE	9
Studiendesign	9
Studienpopulation.....	10
Interviewleitfaden	11
Pretest.....	13
Durchführung der Interviews	13
Datenanalyse	13
Ableitung der Ergebnisse aus dem Interviewmaterial	16
DATENSCHUTZ UND ETHIKVOTUM	18
ERGEBNISSE.....	18
Beschreibung der Stichprobe	18
Koordination in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen	19
Herausforderungen und Probleme in der Koordination.....	21
Ungedeckter Bedarf im sozialen und sozialrechtlichen Bereich.....	26
Vorstellbare Versorgungskonzepte: Was kann delegiert werden?.....	27
Versorgungskonzepte außerhalb der Hausarztpraxis	28
Versorgungskonzepte innerhalb der Hausarztpraxis.....	29
Konzepte zur Unterstützung im sozialen und sozialrechtlichen Bereich.....	31
Vorbehalte gegenüber neuen Versorgungskonzepten	32
Welche unterstützende Rolle übernehmen MFA in der Versorgung multimorbider Patient*innen?	32
DISKUSSION	37
SCHLUSSFOLGERUNG.....	42
WEITERFÜHRENDE WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN	42
SELBSTERBRACHTE LEISTUNGEN	44
LITERATURVERZEICHNIS.....	46
EIDESSTÄTTLICHE VERSICHERUNG.....	51
ANTEILSERKLÄRUNG AN DER ERFOLGTEN PUBLIKATION	52
AUSZUG AUS DER JOURNAL SUMMARY LIST	54

DRUCKEXEMPLAR DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATION: Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study.	55
LEBENS LAUF	67
PUBLIKATIONEN	71
Veröffentlichungen.....	71
Vorträge	71
Posterpräsentationen	72
DANKSAGUNG.....	74

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Auswahl an Themenschwerpunkten aus dem teilstrukturierten Interviewleitfaden	12
Tabelle 2: Personenbezogene Daten Hausärzt*innen und MFA.....	19
Tabelle 3: Vorstellbare Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete für eine(n) zusätzliche(n) Mitarbeiter*in	28
Tabelle 4: Argumente gegen vorgeschlagene Delegationskonzepte	32
Tabelle 5: Vergleichende Perspektive Hausärzt*innen und MFA.....	36

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Darstellung der NAVICARE-Projektstruktur.....	9
--	---

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

GP	General practitioner
MPA	Medical practice assistant
COMPASS	„Coordination of Medical Professions Aiming at Sustainable Support“
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
MFA (m/w/d)	Medizinische Fachangestellte
HA	Hausarzt*in (in Zitatquellen verwendet)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
ANCHOR	Allgemeinmedizinisches Netz der Charité-Forschungspraxen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
DMP	Disease-Management-Programm

ABSTRACT DEUTSCH

Hintergrund: Der demografische Wandel und der Rückgang der Anzahl an Hausärzt*innen in Deutschland erschweren die Versorgungssituation von multimorbiden Patient*innen in der Hausarztpraxis. Als Koordinator*in der Langzeitversorgung von multimorbiden Patient*innen trägt der/die Hausarzt*in die Verantwortung für den Versorgungsprozess. Die Studie erforscht die hausärztliche Perspektive auf Herausforderungen und Probleme in der Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen. Vorstellbare Versorgungskonzepte zur Unterstützung der Hausärzt*innen durch nichtmedizinische Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Hausarztpraxis werden diskutiert. Die Sicht der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zur Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen in der Hausarztpraxis fließt ergänzend in die Arbeit mit ein.

Methode: Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns wurden teilstrukturierte Leitfadeninterviews mit 16 Hausärzt*innen und 16 MFA aus der jeweils gleichen Berliner Praxis geführt.

Die Interviews wurden audiodigital aufgenommen, transkribiert und mit der Framework-Analyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die Koordination in der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis steht im Fokus dieser Dissertation. Hausärzt*innen fühlen sich verantwortlich für die entstehenden Probleme und Herausforderungen, wie beispielsweise den administrativen Mehraufwand oder die fehlende Kommunikation mit anderen Versorger*innen. Die MFA zählen administrative und organisatorische Aufgaben zu ihren primären Verantwortungsbereichen. Hinzu kommen ungedeckte Bedarfe im sozialen und sozialrechtlichen Bereich in der Hausarztpraxis, die Hausärzt*innen während der Sprechstunde adressieren müssen. Die befragten Hausärzt*innen und ihre MFA sind im Allgemeinen zwar skeptisch gegenüber neuen Versorgungskonzepten innerhalb oder außerhalb der Hausarztpraxis. Es lässt sich jedoch eine eher positive Tendenz in Bezug auf die Einstellung gegenüber der Umsetzung von Konzepten zur Delegation von Aufgaben an nichtmedizinisches Fachpersonal zur Unterstützung in der Koordination und bei sozialrechtlichen Beratungsanlässen erkennen, die innerhalb der Hausarztpraxis umgesetzt werden. Die MFA als Vertrauenspersonen für die Patient*innen eignen sich dafür, weitere nichtmedizinische und koordinative Aufgaben zu übernehmen. Die Motivation, sich in Themenbereichen wie beispielsweise dem sozialrechtlichen Bereich weiterzubilden, ist auf Seiten der MFA vorhanden.

Schlussfolgerung: Hausärzt*innen benötigen Unterstützung bei koordinativen Tätigkeiten, insbesondere in sozialen und sozialrechtlichen Aufgabenbereichen. Sowohl die interviewten

Hausärzt*innen als auch die MFA favorisieren ein Versorgungskonzept zur Delegation an einen/eine zusätzlich qualifizierte(n) Mitarbeiter*in, der/die in der Hausarztpraxis angesiedelt ist.

ABSTRACT ENGLISH

Background: Demographic change and the decline in the number of general practitioners (GPs) in Germany challenges GPs in the care of patients with multimorbidity. GPs, as the coordinators of the whole process of care, play a central role and take main responsibility in the long-term care of multimorbid patients.

The study explores the perspective of GPs on problems and challenges in the coordination of care of multimorbid patients. Concepts of task shifting to support GPs are discussed. In addition, the perspective of the medical practice assistants (MPAs) on coordination of care for multimorbid patients in the general practice is included in the study.

Methods: Within a qualitative research design, semi-structured, qualitative interviews were conducted with 16 GPs and 16 MPAs from respectively the same general practice in Berlin. The interviews were audio-recorded, transcribed and analysed using the framework analysis method.

Results: The doctoral thesis focuses on the coordination of care of multimorbid patients in the general practice. The GPs feel responsible for problems in coordination of care such as administrative obstacles or insufficient communication with other health care providers. MPAs describe administrative and organisational tasks as their main responsibilities. In addition, GPs have to address unmet needs with regard to social and legal issues in the general practice. Although the interviewed GPs and their MPAs are generally sceptical about new task shifting concepts inside or outside the general practice, a rather positive tendency can be seen in their attitude towards the implementation of a concept for delegating tasks to non-medical health care professionals for support in coordinative as well as social and legal tasks within the general practice.

The MPAs, as persons of trust for the patients, are suitable for taking on further non-medical and coordinative tasks. Moreover, they are highly motivated to extend their knowledge for example in the social and legal sector by undergoing further training.

Conclusion: GPs need to be supported in coordinative tasks, in particular in social and legal duties. They are generally in favour of delegating such tasks to non-medical healthcare professionals. Both GPs and MPAs prefer task shifting concepts with an additional qualified employee who is based in the general practice.

EINLEITUNG

Die Versorgung multimorbider Patient*innen wird durch Ärzt*innen verschiedener Fachbereiche und mehrere andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen durchgeführt [1].

Die komplexe Versorgung von multimorbiden Patient*innen macht den Hauptbestandteil des Arbeitsalltags von Ärzt*innen in der Hausarztpraxis aus. Als Koordinator*in der Versorgung ihrer Patient*innen tragen Hausärzt*innen eine große Verantwortung, im Besonderen gegenüber ihren Patient*innen [2]. Der demografische Wandel, einhergehend mit einer hohen Anzahl von alten und chronisch kranken Patient*innen, sowie der absehbare Rückgang der Anzahl an Hausärzt*innen erschweren hinzukommend die koordinatorischen Verpflichtungen von Hausärzt*innen und ihren Teams [1, 3].

Neben den Hausärzt*innen sind Medizinische Fachangestellte (MFA) fester Bestandteil des Teams in der Hausarztpraxis. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes und der Kompetenz sowie die damit einhergehende Professionalisierung der MFA werden seit 2007 diskutiert und sind seit 2013 mit der Delegationsvereinbarung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V offiziell anerkannt [2, 4]. Verschiedene Qualifizierungsmodelle mit dem Schwerpunkt der Entlastung der Hausärzt*innen wurden bereits erprobt und umgesetzt [5].

Neue Versorgungskonzepte sehen überwiegend sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgungsmodelle vor. Ansätze, die nichtmedizinische Gesundheitsfachberufe zur Unterstützung der Hausärzt*innen innerhalb des Hausarztpraxisteams integrieren, sind jedoch gleichermaßen von Relevanz [6, 7]. Das Hausarztpraxis-Team, unter Einbindung der MFA, gewinnt in Zukunft an Bedeutung [2].

Nichtmedizinische sowie insbesondere soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe multimorbider Patient*innen gehören darüber hinaus neben der Koordination der Versorgung zu den täglichen Herausforderungen in der Hausarztpraxis. Lösungsansätze innerhalb der Hausarztpraxis, aber ebenso Konzepte, die stadtbezirksspezifisch und institutionsübergreifend stattfinden, werden berücksichtigt [8].

Die Sichtweise von Ärzt*innen in Bezug darauf, ob und inwieweit neue Versorgungskonzepte in die hausärztliche Versorgung von multimorbiden Patient*innen integriert werden sollten, ist deutschlandweit bislang noch nicht erforscht.

Diese Arbeit zielt darauf ab, zunächst das Verständnis von Koordination durch den/die Hausärzt*in zu erfassen und darauf aufbauend Probleme und Hindernisse in der Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen in der Hausarztpraxis zu identifizieren. Weiterhin dient die Arbeit der Exploration möglicher Berufsgruppen, die die Hausarztpraxis dabei unterstützen können, identifizierte Herausforderungen zu bewältigen. Auch die Rolle der

Medizinischen Fachangestellten (MFA) als Teil der Hausarztpraxis und bereits unterstützende Fachkräfte soll beschrieben werden. Zuletzt wird eruiert, welche multidisziplinären unterstützenden Konzepte für die Versorgung von multimorbiden Patient*innen, aus der Perspektive von Hausärzt*innen (und MFA), vorstellbar sind.

Daraus ergeben sich fünf zentrale Fragestellungen:

1. Was bedeutet Koordination im Arbeitsalltag des/der Hausärzt*in und welche Aufgaben gehören dazu?
2. Welche Herausforderungen und Probleme in der Koordination der Gesundheitsversorgung von multimorbiden Patient*innen werden durch die Hausärzt*innen hauptsächlich identifiziert?
3. Welche Berufsgruppe könnte den/die Hausärzt*in in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen unterstützen?
4. Welche Versorgungskonzepte für die Überwindung der Barrieren in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen sind für die Hausärzt*innen vorstellbar:
 - ein Versorgungskonzept innerhalb der Hausarztpraxis durch die Übertragung von Aufgaben an Mitarbeiter*innen, die in der Hausarztpraxis angesiedelt sind;
 - oder die Unterstützung durch nichtmedizinische Fachkräfte, hier externe Versorger*innen genannt, die nicht in der Praxis angesiedelt sind?
5. Welche Perspektive nehmen MFA in der Hausarztpraxis hinsichtlich der Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen ein?

Für die Beantwortung der Fragestellungen wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt. Die Interviewstudie ist eine von drei Studienphasen eines Teilprojektes namens „COMPASS – Coordination of Medical Professions Aiming at Sustainable Support“, welches Teil des Forschungsverbundes „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“ ist. Das Forschungsnetzwerk rund um NAVICARE wird auf S. 8 (*in Kapitel: Darstellung des Forschungsstandes*) erläutert.

Diese Arbeit konzentriert sich ausschließlich auf die Ergebnisse der Interviewstudie. Die Interviews wurden sowohl mit Hausärzt*innen als auch mit MFA derselben Praxis durchgeführt. Die hausärztliche Perspektive einnehmend, fokussiert sich diese Arbeit auf die Interviews mit den Hausärzt*innen. Die Perspektive der MFA, die ebenso Hauptbestandteil der Hausarztpraxis und

entscheidendes Bindeglied zwischen Ärzt*in und Patient*in sind, wird in dieser Arbeit, aufbauend auf der Ergebnisdarstellung der Hausärzt*innen, ergänzend aufgezeigt.

Begründet wird diese thematische Priorisierung dadurch, dass die Hausärzt*innen in ihrer Rolle als Koordinator*innen (per Gesetz, siehe § 73 SGB V) des Versorgungsprozesses mehr Gewicht in dieser Debatte haben.

Die Sichtweise der Hausärzt*innen spielt bei der Entwicklung von Versorgungskonzepten eine entscheidende Rolle. In den Interviews mit den Hausärzt*innen werden die Bedarfe, Vorstellungen und Wünsche von Hausärzt*innen in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen beleuchtet.

Die Ergebnisse der Studie, auf der die folgende Dissertationsschrift basiert, wurden publiziert in: Stumm J, Thierbach C, Peter, L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019 Nov; 20:160. doi:10.1186/s12875-019-1048-y.

DARSTELLUNG DES FORSCHUNGSSTANDES

Multimorbide Patient*innen

Laut der S3-Leitlinie „Multimorbidität“ spricht man von Multimorbidität, wenn drei oder mehr chronische Erkrankungen vorliegen. Wesentliches Merkmal der Versorgung von Multimorbidität ist, dass nicht einzelne Krankheiten, sondern das Zusammenspiel aller Krankheiten untereinander und ihrer Folgen für den Lebenskontext der Betroffenen im Vordergrund stehen, einhergehend mit einer hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei verschiedenen Versorger*innen [9].

Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen

Die Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen beinhaltet eine transsektorale Versorgung, die alle involvierten Versorger*innen idealerweise miteinander verzahnt. Die Koordination der Versorgung beinhaltet Aufgaben, die über den direkten Patient*innenkontakt hinausgehen. Die Definition von Koordination mit ihren einzelnen Bestandteilen lässt sich nur schwer bestimmen, da Koordinationsaufgaben nur selten losgelöst von anderen Versorgungsaufgaben zu betrachten sind [2]. Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung stellt Hausärzt*innen und Patient*innen vor ein Problem. Insbesondere bei Patient*innen kann es zu Brüchen in der Versorgungskontinuität kommen [3, 10].

Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass es durch eine hausarztgeleitete und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer besseren Koordination und Versorgungskontinuität in der Versorgung multimorbider Patient*innen kommt [2, 11].

Die Rolle des/der Hausärzt*in in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen

Hausärzt*innen spielen eine zentrale Rolle in der ganzheitlichen Langzeitversorgung von multimorbiden Patient*innen [2].

Oftmals nehmen sie eine vermittelnde Rolle zwischen Patient*innen und Versorger*innen ein. Sie sind diejenigen, die Kompromisse zwischen den Empfehlungen der Versorger*innen und den Bedürfnissen, Perspektiven und Wünschen der Patient*innen finden müssen [2, 11]. Für viele Patient*innen, insbesondere isolierte, vulnerable und multimorbide Patient*innen, stellt der/die Hausärzt*in jedoch auch den/die erste Ansprechpartner*in dar, dem/der die Patient*innen sich anvertrauen [10].

Der Rückgang der Anzahl an Hausärzt*innen in Deutschland stellt einen Ausgangspunkt für die Notwendigkeit der Entwicklung neuer Konzepte dar, welche Hausärzt*innen insbesondere in der Koordination der Versorgung von Patient*innen mit komplexem Bedarf unterstützen sollen [12].

Versorgungskonzepte in der Hausarztpraxis

Mögliche Konzepte umfassen die Integration der Hausarztpraxis in ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell, welches die Verzahnung verschiedener Professionen über die Sektorengrenzen hinaus, wie etwa von Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Pflegenden und Sozialarbeiter*innen beinhaltet. Dadurch soll die Abgrenzung zwischen den Sektoren an Bedeutung verlieren und der Fokus auf eine multiprofessionelle nachhaltige Versorgung gelegt werden [6]. Weitere Ansätze sind die Einbeziehung anderer Gesundheitsfachberufe zur Unterstützung der Hausärzt*innen im Praxisteam sowie die Kompetenzerweiterung der in der Praxis tätigen medizinischen Assistenzberufe. Dies wird in anderen Ländern bereits vielfach mit guten Erfahrungen praktiziert [7].

Der Einsatz von nichtmedizinischen Professionen für Aufgaben in der Koordination und spezifische medizinische und pflegerische Aufgaben entlastet den/die Hausärzt*in und ermöglicht einen verlängerten Arzt-Patient*innen-Kontakt [2, 6, 13]. Schließlich führen multiprofessionelle Einrichtungen, in denen Ärzt*innen und nichtmedizinische Versorger*innen zusammenarbeiten, zu verbesserten Patient*innen-Outcomes, wie zum Beispiel der Patient*innenzufriedenheit und Lebensqualität [14].

Delegation an Medizinische Fachangestellte

Deutsche Hausarztpraxen sind meist kleine Praxen mit einem/einer oder zwei Hausärzt*innen sowie zwei bis vier MFA [13]. Gegenwärtig sind Einzelpraxen die häufigste Praxisart deutschlandweit [4]. MFA nehmen eine wichtige Rolle in der Hausarztpraxis ein. Die dreijährige Ausbildung zum/zur MFA qualifiziert ihn/sie dazu, administrative Aufgaben (zum Beispiel Terminplanung und Aktualisierung der Patient*innenakten) sowie ein breites Spektrum an medizinischen Tätigkeiten (zum Beispiel die medizinische Vorgeschichte erfassen, Behandlungsabläufe erklären, Hausbesuche) und diagnostischen Verfahren (EKG, Blutdruckmessung, Blutabnahme) durchzuführen [15]. Obwohl Hausärzt*innen die medizinische

Untersuchung und Behandlung persönlich durchführen müssen, haben sie die Möglichkeit, bestimmte Aufgaben zu delegieren. Diese Aufgaben sind in der Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter*innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V festgeschrieben. Die Delegationsvereinbarung wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband als Anlage 24 im Bundesmantelvertrag – Ärzte geschlossen. Durch die Qualifizierung von MFA können diese unterstützend im Rahmen der Delegation tätig werden [16]. Hausärzt*innen zeigen sich offen gegenüber der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Der Kenntnisstand bezüglich der Delegationsvereinbarung ist jedoch eher gering [17].

Studien belegen die Machbarkeit und Effektivität von Caremanagement-Interventionen, die durch MFA durchgeführt werden [18]. Weiterhin kann die Einbeziehung von MFA die Patient*innenversorgung verbessern und zu einer Entlastung der Hausärzt*innen führen [19]. Hausärzt*innen und MFA arbeiten eng zusammen. Die Akzeptanz durch die Patient*innen gegenüber den MFA ist sehr hoch [20].

Miteinbeziehung von nichtmedizinischen Berufen im internationalen Kontext

In anderen Ländern, wie beispielsweise in den USA und England, ist die Miteinbeziehung von zusätzlichen Gesundheitsfachberufen, wie zum Beispiel des/der Physician Assistant, des/der Nurse Practitioner oder – in den Niederlanden – des/der Praktijkondersteuner, üblich. Ein multidisziplinäres Team in der Hausarztpraxis trägt zu einer ganzheitlichen Patient*innenversorgung bei und verbessert die Koordination der Versorgung im Vergleich zu einem/einer Hausärzt*in, die in einer Einzelpraxis arbeitet [20, 21].

Multidisziplinäre Versorgungskonzepte

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Sondergutachten von 2009 [2] die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle, die multidisziplinär, integriert, kooperativ und patient*innenzentriert arbeiten. Die Hausarztpraxis übernimmt darin eine zentrale Rolle [2].

Weitere Konzepte für eine verbesserte Versorgung multimorbider Patient*innen beinhalten den Einsatz von Navigator*innen oder Lots*innen, die Patient*innen unterstützen und durch das Gesundheitssystem leiten. In der Patient*innennavigation liegt der Fokus nicht auf spezifischen Erkrankungen, sondern auf dem/der einzelnen Patient*in [22].

Auch in Deutschland werden entsprechende Versorgungskonzepte erprobt. Hierbei hat sich besonders ein Bedarf für die Fallbegleitung zur Überwindung von Schnittstellenproblemen bei pflegebedürftigen Menschen, chronisch Kranken und multimorbiden Hochaltrigen abgezeichnet [23].

NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung

Die hier beschriebene Interviewstudie des Projektes COMPASS ist in den Forschungsverbund NAVICARE eingebettet.

NAVICARE ist ein Netzwerk für patient*innenorientierte Versorgungsforschung in der Region Berlin mit dem Ziel, Barrieren und Ungleichheiten in der Versorgung von Patient*innen mit altersassoziierten Erkrankungen zu reduzieren. Als Verbundprojekt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin wird NAVICARE im Förderschwerpunkt „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Aktuell umfasst das NAVICARE-Netzwerk Partner*innen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und der Forschung. Neben einzelnen Expert*innen aus der Forschung sind Arbeitsbereiche für qualitative Methoden/Mixed Methods, Biometrie sowie Gesundheitsökonomie mit eingebunden. Aktivitäten des Netzwerkes sind unter anderem Workshops, die Entwicklung von Lehrmodulen, die Nachwuchsförderung und Arbeitsgruppen-Treffen.

In Abbildung 1 wird der NAVICARE-Projektstruktur als Übersicht dargestellt.

Abbildung 1: NAVICARE-Netzwerk

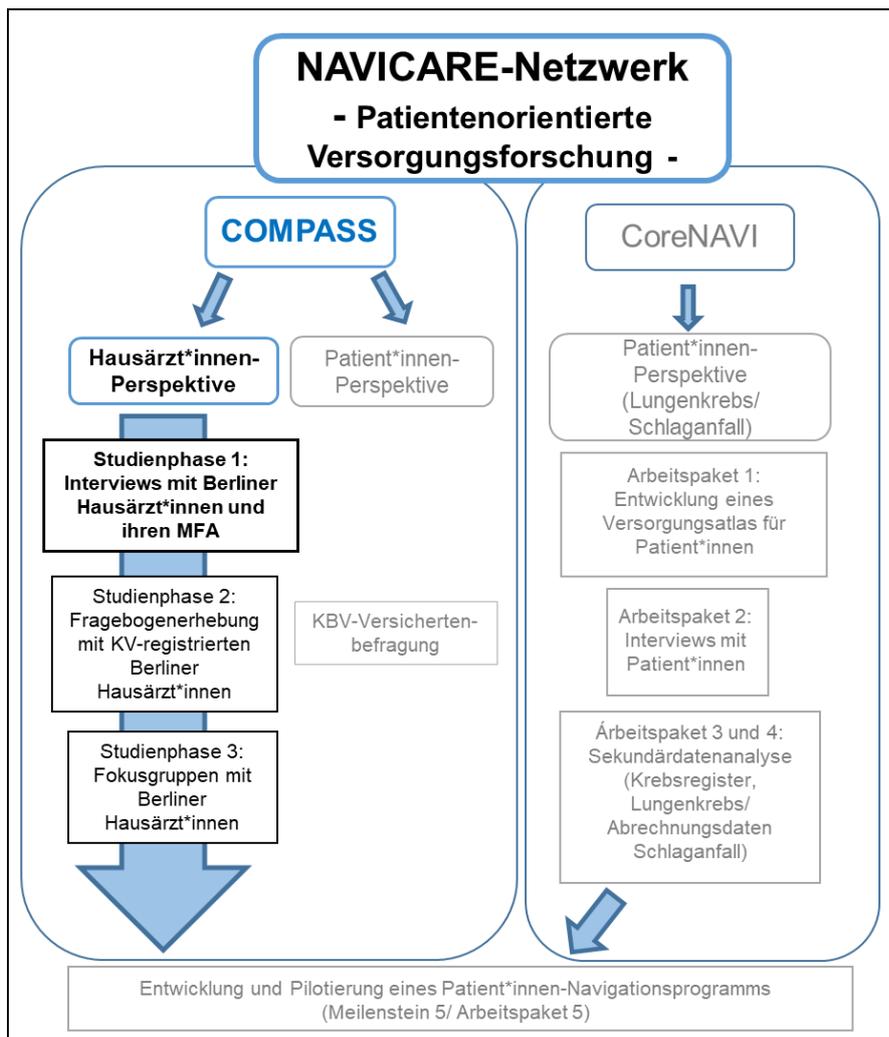


Abbildung 1: Darstellung der NAVICARE-Projektstruktur (Eigene Darstellung in Anlehnung an [24])

METHODE

Studiendesign

Aufbau und Ablauf der COMPASS-Studie

Im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes wurde COMPASS in drei Studienphasen eingeteilt. In der ersten Phase wurden semistrukturierte leitfadengestützte qualitative Interviews mit Hausärzt*innen und ihren MFA durchgeführt. In der zweiten Studienphase wurde aufbauend auf den Ergebnissen der Interviewstudie eine Fragebogenerhebung mit allen in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) registrierten Hausärzt*innen in Berlin durchgeführt. Auf dieser Grundlage fanden in der dritten Studienphase Fokusgruppen mit Hausärzt*innen aus Berlin statt. Alle drei Phasen wurden thematisch aufeinander aufbauend konzipiert.

Es wurden Interviews mit 16 Berliner Hausärzt*innen und 16 MFA aus der jeweils gleichen Praxis geführt und audiodigital aufgezeichnet.

Die qualitativen Interviews dienten als Vorläufer für den quantitativen Studienteil. Eine breitere Perspektive der Hausärzt*innen wurde in der nächsten Studienphase berücksichtigt, in welcher eine Fragebogenerhebung mit allen KV-registrierten Hausärzt*innen in Berlin durchgeführt wurde. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Interviewstudie. Methodik, Ergebnisteil und Diskussion konzentrieren sich auf die geführten Interviews.

Studienpopulation

Rekrutierung

Anhand der Methode des Purposive Samplings wurden die Hausärzt*innen aus dem ANCHOR-Forschungspraxennetzwerk (Allgemeinmedizinisches Netz der Charité-Forschungspraxen) des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin rekrutiert. Bei ANCHOR handelt es sich um ein Netzwerk von an Forschung interessierten Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg.

Alle Berliner Hausarztpraxen aus dem ANCHOR-Netzwerk (N = 147) wurden per Post zur Teilnahme an der geplanten Interviewstudie eingeladen. Per Rückantwortfax, E-Mail und per Telefon konnten sich interessierte Hausarztpraxen zurückmelden.

Im Gegensatz zu einer randomisierten Sampling-Strategie zielt das Purposive Sampling nicht auf die Generalisierbarkeit der Daten ab, sondern auf den Zugang zu möglichst tiefgründigen Informationen des zu erforschenden Themengebietes [25]. Die Teilnehmer*innen wurden zudem bewusst mit dem Ziel der Sättigung ausgewählt. Die bewusste Auswahl der Teilnehmer*innen sollte sicherstellen, dass alle aus der Forschungsfrage hervorgehenden Gesichtspunkte umfassend berücksichtigt und gründlich beleuchtet werden [25].

Den Hausärzt*innen und ihren MFA wurde im Rahmen des Purposive Samplings darüber hinaus die Rolle der Expert*innen zugewiesen (Strategie des Expert*innen-Samplings) [26], die ein besonderes Forschungsinteresse sowie ein Expert*innenwissen als besondere Art von Wissen mitbringen. In dieser Rolle konnten sie in den Interviews ihr Fakten- und Erfahrungswissen (Wissen aus ihrer Berufsrolle), aber auch implizites Wissen in Form von subjektiven Deutungen einbringen und somit einen Zugang zu den forschungsrelevanten Themenbereichen eröffnen [27].

Darüber hinaus sollten die Hausarztpraxen mindestens neun der zwölf Berliner Bezirke repräsentieren, um eine heterogene soziale Patient*innenstruktur darzustellen, sowie möglichst das Geschlechterverhältnis der Berliner Hausärzt*innen widerspiegeln. Die Auswahl von Teilnehmer*innen mit dem Ziel, eine Vielfalt der Population darzustellen, ist nicht unüblich [25].

Nach dem Einschluss von 16 Hausärzt*innen und ihren MFA wurde eine Sättigung durch das Forscher*innenteam erwartet und die Rekrutierung wurde abgeschlossen.

Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden Berliner Hausärzt*innen (Allgemeinmediziner*innen und/oder Internist*innen) und ihre MFA unabhängig von Alter und Geschlecht aus der gleichen Praxis eingeschlossen.

Ausgeschlossen wurden Hausärzt*innen und ihre MFA, deren Praxis sich nicht in Berlin befindet. Der/die teilnehmende MFA aus der jeweiligen Praxis wurde durch die Hausärzt*innen bestimmt, die sich bereit erklärten an dem Interview teilzunehmen. Somit hatten die Forscher*innen keinen direkten Einfluss auf die Rekrutierung der MFA.

Interviewleitfaden

Ein Leitfaden diente im Verlauf der teilstrukturierten Interviews als Richtschnur zur Gestaltung des Interviewablaufs.

Der teilstrukturierte Interviewleitfaden wurde anhand von Literatur und durch die Expertise einer multidisziplinären Arbeitsgruppe entwickelt, die aus Hausärzt*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen, Versorgungsforscher*innen und Soziolog*innen bestand. In dieser wurde der Leitfaden diskutiert und in iterativen Prozessen angepasst, bis ein Konsens erreicht wurde. Für die Interviews mit den Hausärzt*innen und den MFA wurde jeweils der gleiche Interviewleitfaden angewendet.

Der Interviewleitfaden bestand aus vier Themenkomplexen (Koordination, Delegation, Optimal Care und Kiezmedizin), die im Verlauf des Interviews behandelt wurden.

Folgende methodische Elemente waren in dem Leitfaden enthalten: Erzählaufforderungen, vorformulierte Fragen sowie Stichpunkte für frei zu formulierende Fragen. Einige Fragen waren bereits ausformuliert und andere Aspekte dienten in Form von Stichpunkten als Erinnerungstütze. Alle Themenaspekte konnten trotz Vorstrukturierung flexibel im Verlauf des Interviews angesprochen werden. Entsprechende Stimuli, wie die aktive Aufforderung, Stellung zu beispielhaften Konzepten zu beziehen, wurden eingesetzt.

Die Interviewpartner*innen wurden vor Beginn der Interviews schriftlich und mündlich über das Ziel von COMPASS sowie über die Forschungsfragen informiert.

Drei wesentliche Anforderungen an einen Leitfaden wurden erfüllt:

1. Die Einschränkung der Offenheit wird mit dem Forschungsinteresse begründet.
2. Der Leitfaden ist übersichtlich gestaltet.
3. Die Konstruktion des Leitfadens sollte sich in den Erzählfluss eingliedern [27].

Die Themenfelder „Koordination“ und „Delegation“ in der Hausarztpraxis werden in dieser Arbeit als Schwerpunkte dargestellt und diskutiert.

In Tabelle 1 ist eine Auswahl an Fragen aus dem Interviewleitfaden abgebildet, welche sich auf die genannten Themenschwerpunkte beziehen.

Tabelle 1: Inhalte aus dem Interviewleitfaden

Koordination
<ul style="list-style-type: none"> • Welche sind Ihre ganz persönlichen Erfahrungen, die Sie mit Patient*innen gemacht haben, die multimorbide sind oder bei denen aus anderen Gründen die medizinische Versorgung komplex ist? <ul style="list-style-type: none"> ○ Würde Ihnen dazu ein(e) Patient*in einfallen, auf den/die das zutrifft? ○ Können Sie schildern, was die Versorgung dieses/dieser Patient*in schwierig oder kompliziert gemacht hat? • Was beinhaltet alles Koordination – zunächst bei diesem/dieser Beispielpatient*in, aber dann auch darüber hinaus?
<ul style="list-style-type: none"> • Fällt Ihnen auch ein Beispiel ein, bei dem die Koordination gut lief? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was zeichnete da eine gelungene Koordination aus?
<ul style="list-style-type: none"> • Jetzt wurden einige Probleme und Erfolge genannt, haben Sie darüber hinaus Vorschläge, was Sie in der Koordination verbessern möchten?
<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich vorstellen eine Person zu bestimmen, die in Ihrer Praxis angesiedelt ist, die hauptsächlich Koordinationsaufgaben übernimmt?
<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich den Einsatz eines/einer sogenannten Navigator*in vorstellen, der/die hauptsächlich Koordinierungsaufgaben übernimmt, aber nicht in der Praxis angesiedelt ist?
Delegation
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aufgaben übernimmt Ihre MFA bereits?
<ul style="list-style-type: none"> • Welche zusätzlichen Aufgaben würden Sie an Ihre MFA abgeben?
<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich auch vorstellen, in Ihrer Praxis eine(n) Mitarbeiter*in zu haben, die/der weder ärztlich noch MFA ist, sondern einer neuen Berufsgruppe angehört und Aufgaben der Versorgung und der Koordination übernimmt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was müsste diese Person als Qualifikation mitbringen?

Tabelle 1: Auswahl an Themenschwerpunkten aus dem teilstrukturierten Interviewleitfaden (Eigene Darstellung) (als Fragen formuliert; Formulierung weicht teilweise von Formulierung in Leitfaden ab; vollständiger Interviewleitfaden wird der Dissertation angehängt)

Zur deskriptiven Beschreibung der Studienteilnehmer*innen enthielt der Interviewleitfaden darüber hinaus einen kurzen Fragebogen (elf Fragen) zu personenbezogenen Daten, wie Alter, Geschlecht, Art der Praxis, Dauer der Niederlassung und Arbeitsstunden pro Woche (Darstellung der Ergebnisse siehe Tabelle 2).

Pretest

Im Vorfeld der Durchführung der Interviews wurde ein Pretest zur Bewertung der praktischen Umsetzung des Leitfadens sowie zur technischen, organisatorischen und zeitlichen Machbarkeit durchgeführt.

Hierfür wurde gezielt eine Hausarztpraxis aus dem ANCHOR-Forschungspraxennetzwerk ausgewählt. Inhaltlich, technisch, zeitlich und organisatorisch gesehen konnte das Probeinterview als positiv gewertet werden und es wurden keine weiteren Anpassungen vorgenommen. Somit ist es als erstes Interview in die geplante Datenerhebung eingeflossen.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden zwischen Juli und September 2017 durchgeführt und fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Hausarztpraxis statt. Hausärzt*in und MFA wurden jeweils getrennt und nacheinander am selben Tag interviewt. Die Reihenfolge der Interviews wurde spontan vor Ort durch die Teilnehmenden entschieden. Die Interviews wurden in den meisten Fällen im Sprechstundenzimmer und in einigen Ausnahmefällen im leeren Wartebereich für die Patient*innen durchgeführt. Alle Interviews fanden in ruhiger und ungestörter Atmosphäre statt und dauerten im Mittel 49 Minuten.

Datenanalyse

Framework-Analyse

Die geführten Interviews wurden mit der Framework-Analyse kombiniert induktiv und deduktiv ausgewertet. Die Framework-Analyse ist eine systematisierte und flexible qualitative Datenauswertungsmethode. Sie wurde in den 1980er Jahren durch die Wissenschaftlerinnen Jane Ritchie und Liz Spencer vom britischen National Center for Social Research entwickelt und gehört zu der Familie der Inhalts- und Themenanalyse. Das Merkmal dieser Methode ist die Matrix, welche die Daten strukturiert und organisiert darstellt [28].

Gale et al. teilen den Analyseprozess in sieben Schritte ein:

1.) Transkription (Transcription)

Der Prozess der Transkription bietet die Möglichkeit, sich mit den Daten auseinanderzusetzen und sich einen ersten Eindruck über die Inhalte der Interviews zu verschaffen.

2.) Vertraut machen mit den Interviews (Familiarisation with the interviews)

Dieser Schritt beschreibt eine erste Annäherung an die Interviews. Dies beinhaltet das Anhören der Audioaufnahmen sowie das Lesen der Transkripte, der Feldnotizen und der Memos. Forscher*innen, die weder an der Durchführung noch an der Transkription der Interviews beteiligt waren, können eine unterschiedliche Auffassung und Interpretation des Gesagten, im Vergleich

zu den Interviewer*innen und den Personen, die bereits in den Forschungsprozess mit eingebunden sind haben und somit weitere Aspekte in den Analyseprozess mit einbringen.

3.) Kodieren (Coding)

Das Kodieren eignet sich insbesondere für induktive Studien. In diesem Schritt lesen die Forscher*innen das Transkript und ordnen einzelnen Textstellen einen Kode zu, der beschreibt, wie die jeweilige Textstelle interpretiert wurde. In rein deduktiven Studien, in denen ein Kodebaum bereits vordefiniert wurde, kann dieser Schritt übersprungen und gleich mit dem Schritt fünf fortgefahren werden.

4.) Entwicklung eines analytischen Rahmens (Developing a working analytical framework)

Nachdem die verschiedenen Forscher*innen unabhängig voneinander die ersten Transkripte kodiert haben, werden die Codes miteinander verglichen und diskutiert. Anschließend wird sich auf einen einheitlichen Kodebaum (hier: analytischer Rahmen) geeinigt, welcher auf alle Transkripte durch die Forscher*innen angewendet wird. Einzelne Codes, die thematisch zueinander passen, können in übergeordneten Kategorien gruppiert werden. Dieser Kodebaum kann bis zum Durcharbeiten des letzten Transkriptes noch angepasst und ergänzt werden.

5.) Anwendung/Umsetzung des analytischen Rahmens (Applying the analytical framework)

Der Kodebaum wird auf alle Transkripte angewendet (Indexing). Hierbei kann ein Software-Programm zur Unterstützung hinzugezogen werden. Ein solches Software-Programm dient im Vergleich zu Software-Programmen für quantitative Auswertungen jedoch nicht der eigentlichen Analyse der Daten. Durch die Organisation der Daten in dem Software-Programm wird die Analyse vereinfacht. Der Prozess der Analyse kann somit beschleunigt werden.

6.) Schematische Darstellung der Daten in einer Matrix (Charting data into the framework matrix)

Die Daten werden zugehörig zu den jeweiligen Codes und Kategorien zusammengefasst in eine Matrix eingefügt (Charting). Ein Gleichgewicht zu halten zwischen der Reduktion durch das Zusammenfassen der Daten und dem gleichzeitigen Beibehalten der ursprünglichen Bedeutung des Gesagten, macht ein sogenanntes gutes Charting aus. Die Matrix enthält zudem prägende und aussagekräftige Textpassagen in Form von Zitaten.

7.) Interpretation der Daten (Interpreting the data)

Die Interpretation der Daten beginnt bereits im ersten Analyseschritt. In Form von Memos und Notizen werden Themen und Aspekte notiert und im Team diskutiert. Im letzten Schritt werden dann allmählich Charakteristiken und Unterschiede in den Daten identifiziert. Hieraus können beispielsweise Typen gebildet oder Konzepte entwickelt werden. Die Ergebnisse werden dokumentiert [28].

Die Framework-Analyse ist nicht an theoretisch-philosophische Vorannahmen angelehnt und dadurch keine rein induktive oder deduktive Herangehensweise. In Abhängigkeit von der

Forschungsfrage kann die Analyse sowohl induktiv oder deduktiv als auch als Kombination beider Vorgehensweisen durchgeführt werden [28].

Die Herangehensweise der Framework-Analyse ermöglicht auch die Analyse durch Forscher*innen, die nicht das Kontextwissen der Interviewer*innen haben. Weiterhin ist die klare Schritt-für-Schritt-Vorgehensweise für die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams hilfreich, in denen nicht alle Teammitglieder mit der Methode oder gar mit der Analyse von qualitativen Daten vertraut sind [28].

Die Analyse der Interviews wurde gemäß den oben beschriebenen Schritten in einem interdisziplinären Forscher*innenteam bestehend aus Hausärzt*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen und einer Soziolog*in durchgeführt. Zwei Forscher*innen, welche die Interviews durchgeführt hatten, haben die Audioaufnahmen der Interviews transkribiert (Schritt 1).

Die Transkription gilt als weit verbreitete Form der Dokumentation von Gesprächsinhalten, zum Beispiel in Interviews, und als geeignete Form, das Gesagte der Gesprächsteilnehmer*innen zu verschriftlichen. Durch sogenannte Transkriptionsregeln lässt sich die Verschriftung in gewisser Weise vereinheitlichen und nachvollziehbar machen. Für die Transkription der Interviews wurde das vereinfachte Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl angewendet [29]. Dieses beinhaltet eine wörtliche Transkription. Die Annäherung von Dialekten oder Akzenten in ein normales Schriftdeutsch dient der vereinfachten Lesbarkeit und Auswertung. Der Fokus liegt auf den Inhalten des Gesprochenen [28], so dass eine Glättung der Sprache (bei Wort- und Satzabbrüchen, Wortverschleifungen, Interpunktionen etc.) in einzelnen Sätzen oder gar Textabschnitten vertretbar ist [29]. Das Risiko eines Verlustes zusätzlicher Informationen durch sprachliche Färbung wird hierbei in Kauf genommen. Betonte Wörter und Äußerungen sowie Sprechpausen werden hingegen gekennzeichnet.

Das Vertrautmachen mit den Transkripten (Schritt 2) erfolgte durch das gesamte Forscher*innenteam. Einzelne Transkripte wurden zunächst individuell gelesen. Im Anschluss wurde sich über erste Eindrücke im Team ausgetauscht.

Das offene Kodieren von Textstellen (Schritt 3), die Entwicklung des einheitlichen analytischen Rahmens (Schritt 4), das Anwenden des analytischen Rahmens (Schritt 5) und die Erstellung der Matrix (Schritt 6) wurden durch zwei Forscherinnen in wechselseitigem Austausch miteinander sowie in ständiger Rücksprache mit dem restlichen Forscher*innenteam durchgeführt. Die Interpretation der Daten (Schritt 7) erfolgte durch die gesamte Forscher*innengruppe.

Bei der Analyse der Interviews wurde zur Unterstützung das Software-Programm MAXQDA ® 2018 (VERBI Software GmbH, Deutschland) genutzt.

Ableitung der Ergebnisse aus dem Interviewmaterial

Kodesystem

Die zunächst deduktive Entwicklung des Kodebaums erfolgte primär in Orientierung an theoretisches Vorwissen der Forscher*innen und in Anlehnung an den Interviewleitfaden. Die Kategorien stellten zunächst die übergeordneten Fragenkomplexe aus dem Leitfaden dar. Einzelne Fragen, beziehungsweise Themen, die im Rahmen dieser Fragenkomplexe Anwendung fanden, wurden in Kodes umgewandelt (zum Beispiel Koordination innerhalb der Hausarztpraxis; Delegation). Den Kategorien wurden diese untergeordneten Kodes zugeteilt. Diese Kodes wurden ebenso zunächst deduktiv aus den Fragen des Interviewleitfadens abgeleitet (zum Beispiel Einschätzung zusätzlicher Mitarbeiter*innen in der Praxis; Barrieren in der Delegation). In einem nächsten Schritt fand die offene Kodierung statt, in welcher die Transkripte gelesen und einzelnen Textstellen ein Kode zugeordnet wurde, der beschreibt, wie die jeweilige Textstelle interpretiert wurde. Im Verlauf der offenen Kodierung der Interviews stellten sich weitere Themenbereiche, die nicht explizit im Leitfaden enthalten waren (zum Beispiel Entlassmanagement aus dem Krankenhaus; Terminvereinbarung medizinische Spezialist*innen; MFA als Vertrauensperson), also das theoretische Konzept ergänzen konnten, heraus. Diese wurden induktiv dem Kodesystem hinzugefügt. Wo inhaltlich möglich, wurden sie in bereits bestehende Kategorien eingeordnet. Anderenfalls wurde jeweils eine neue Kategorie geschaffen. Bei jeder Neuentstehung eines Kodes wurde dieser auf alle Transkripte erneut angewendet. Unter der Kodebezeichnung „Sonstiges“ wurden Themen gesammelt, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten. Diese wurden nur vereinzelt als Inhalte im Verlauf der Interviews aufgegriffen und konnten in keinen Zusammenhang zu anderen Themenbereichen gesetzt, also keiner Kategorie untergeordnet werden (zum Beispiel Patient*innen mit Migrationshintergrund).

Nach erster Sichtung des Textmaterials mit Anwendung des Kodebaums wurde ein Kodierleitfaden erstellt, welcher die Liste der Kategorien und Kodes sowie zugehörige Definitionen (in Form von Memos) enthielt. In den Memos wurde stichpunktartig definiert, welche Bestandteile unter eine Kategorie beziehungsweise den jeweiligen Kode fallen sollten. Einigen Kodes wurden Ankerbeispiele aus einem der bereits gesichteten Transkripte angefügt, welche als Musterbeispiele für den jeweiligen Kode dienen sollten. Abgrenzungsprobleme zwischen den jeweiligen Kategorien und Kodes wurden mit den Forscher*innen aus dem Studienteam im Verlauf diskutiert. Mögliche Verständnisprobleme wurden behoben, indem die Definitionen transparent überarbeitet wurden. Eine eindeutige Zuordnung der Kodes konnte somit sichergestellt werden. Hinzukommende Kategorien und Kodes wurden dem Kodierleitfaden im Prozess hinzugefügt.

Die Anwendung der Codes auf alle Transkripte (Indexen) wurde zunächst durch die Forscher*innen, unabhängig voneinander, auf das Interviewmaterial angewendet, um im Rahmen einer anschließenden Besprechung sicherzugehen, dass das Verständnis des Textes durch die Forscher*innen weitestgehend übereinstimmt.

Während der Anwendung der Codes auf das Textmaterial wurde deutlich, welche Codes tatsächlich dem Text zuzuordnen sind. Codes, die gar keine Anwendung im Text fanden, wurden gestrichen oder auch mit anderen Codes zusammengelegt.

Interpretation der Daten

Die angewendete Methode der Framework-Analyse stellt, wie bereits beschrieben, eine flexible, nicht theoriegeleitete Herangehensweise dar, die keiner festgelegten Interpretationstechnik folgt. Die Interpretation der Daten erfolgte bereits während der Datenerhebung, der Dokumentation der Daten und der Datenanalyse in einem permanenten Austausch mit den involvierten Forscher*innen.

Die ständige Durchsicht und Überprüfung der Matrix, als wichtiger Bestandteil dieser Methodik, erleichterte die konstant vergleichende Form der Interpretation. Ein wichtiges Element der Interpretation bestand in der Führung eines „Forschungstagebuches“, welches bereits im Kodierungsprozess Anwendung fand. Während der Schritte drei (Kodieren), vier (Entwicklung eines analytischen Rahmens) und fünf (Anwendung des analytischen Rahmens/Indexen) wurden in Form von Memos jeweils Gedanken, Hinweise und mögliche Interpretationen notiert. Diese waren für alle Forscher*innen einseh- und nachvollziehbar.

Die finale Diskussion und Interpretation der Ergebnisse fand im gesamten Forschungsteam statt. Zur Identifikation dominanter Themenbereiche wurden einerseits quantitative Aspekte der Auswertung berücksichtigt, indem Codes ausgewählt wurden, die eine hohe Anzahl an Kodierungen aufwiesen (zwischen 75 und 95 Kodierungen). Andererseits wurden Kategorien und Codes ausgewählt, die den größten Bezug zur Forschungsfrage hatten.

In einem schrittweisen Vorgehen konnten Charakteristiken, aber auch Unterschiede zwischen Daten identifiziert und in einem weiteren Schritt Beziehungen der einzelnen Codes zueinander diskutiert werden. Zu einigen Codes (wie zum Beispiel Koordination in der Hausarztpraxis; Barrieren und Probleme; Delegation), welche komplexe Themenbereiche beinhalteten, konnten über die Beschreibung der Inhalte hinausgehend Gründe und Erklärungen für bestimmte Phänomene formuliert und Konzepte gebildet werden [28].

So konnten etwa die in den Interviews angesprochenen Themenfelder, wie das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus, die Kommunikation mit anderen Fachspezialist*innen, nichtmedizinische Beratungsanlässe sowie der administrative und organisatorische Aufwand, in einem Konzept (Herausforderungen und Probleme) zusammengefasst sowie Bezüge zueinander und zu weiteren Kategorien hergestellt werden. Daraus ließ sich auf die Entstehung der genannten Herausforderungen und Probleme durch den

regulatorischen Rahmen für Hausärzt*innen schließen. Weiterhin konnten beispielsweise aus den nichtmedizinischen Beratungsanlässen in der Hausarztpraxis die ungedeckten Bedarfe im sozialen und sozialrechtlichen Bereich abgeleitet und wiederum mit den speziellen Versorgungsbedarfen multimorbider Patient*innen in Verbindung gebracht werden.

Sowohl für die Hausärzt*innen als auch für die MFA wurde der gleiche Interviewleitfaden genutzt. Dennoch konnten anhand von spezifischen Themenbereichen unterschiedliche Schwerpunkte herausgefiltert werden. Aus wichtigen Hinweisen in Hinblick auf die Rolle der MFA und die daraus resultierenden Unterstützungsmöglichkeiten für die Hausärzt*innen konnten Konzepte abgeleitet werden, so zum Beispiel die Rolle der MFA als Vertrauensperson und erste Ansprechpartner*in für die Patient*innen.

DATENSCHUTZ UND ETHIKVOTUM

Der gesamte Forschungsprozess erfolgte unter Beachtung der Charité-Leitlinie für Forschungsintegrität und gute Forschungspraxis („Research Integrity and Good Research Practice“). Die gesetzlichen Bestimmungen des Berliner Datenschutzgesetzes in einer Fassung vom 30. November 2007, insbesondere §§ 16 und 17, wurden eingehalten. Die datenschutzrechtliche Unbedenklichkeitserklärung wurde am 10.05.2017 gemeinsam mit einem positiven Ethikvotum (EA/034/17) erteilt.

Die Studienteilnehmer*innen wurden vorab durch eine Studienmitarbeiterin über die Studie (Wesen, Bedeutung und Risiken) mündlich und schriftlich aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung für die Erfassung, Verarbeitung und Speicherung der Daten in pseudonymisierter Form.

ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Interviewstudie beschrieben. Alle im Folgenden beschriebenen Ausführungen beziehen sich vorwiegend auf die Inhalte der Interviews mit den Hausärzt*innen sowie ergänzend auf die Inhalte der Interviews mit den MFA und werden zum Teil mit Zitaten untermauert.

Alle Zitate, die in dieser Arbeit Verwendung finden, wurden in Bezug auf Verständlichkeit und Lesbarkeit geglättet.

Beschreibung der Stichprobe

In Tabelle 2 werden personenbezogene Daten der Hausärzt*innen und MFA, wie etwa Geschlecht und Alter, ihre Berufserfahrung in Jahren sowie der Praxistyp und die Anzahl der angestellten Mitarbeiter*innen, dargestellt. Alle interviewten Hausarztpraxen liegen im städtischen Raum.

Tabelle 2: Personenbezogene Daten der Hausärzt*innen und der MFA

Personenbezogene Daten der Hausärzt*innen (n = 16)	
Geschlecht	Weiblich: 6 (37,5 %)
	Männlich: 10 (62,5 %)
Alter (in Jahren)	Median: 54,5 (Spanne: 39–69)
Berufserfahrung (in Jahren)	Median: 18,5 (Spanne: 3–28)
Praxistyp	Einzelpraxis: 7 (43,75 %)
	Andere: 9 (56,25 %)
Anzahl angestellter Mitarbeiter*innen in Praxis	Median: 5,5 (Spanne: 3–19)
Personenbezogene Daten der MFA (n = 16)	
Geschlecht	Weiblich: 14 (87,5 %)
	Männlich: 2 (12,5 %)
Alter (in Jahren)	Median: 44 (Spanne: 21–63)
Berufserfahrung (in Jahren)	Median 21 (Spanne: 5–45)
Dauer Tätigkeit in dieser Praxis (in Jahren)	Median: 8,5 (Spanne: 0,75–26)

Tabelle 2: Personenbezogene Daten Hausärzt*innen und MFA
(Eigene Darstellung in Anlehnung an [24])

Koordination in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen

Was bedeutet Koordination in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen?

Anhand von Beispielen aus dem Praxisalltag lassen sich verschiedene Aspekte, die Koordination beinhaltet, herausfiltern.

Zur Koordination werden unter anderem organisatorische und administrative Aufgaben, aber auch die Koordination der Versorgung durch andere medizinische und nichtmedizinische Berufsgruppen, wie beispielsweise andere Fachärzt*innen, Pflegedienste, therapeutische Berufsgruppen, Psycholog*innen oder auch Krankenkassen, gezählt.

„Na ja, das ist alles Koordination, was ich hier mache. Also ich bringe ja die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten und Angebote des Gesundheitssystems hier zusammen. Ich mache ja nichts anderes als Koordinieren. Also wir selber machen ja außer Tabletten verschreiben →

und so was relativ wenig. Das ist alles Koordination, wir sind mehr so Dispatcher; wir verknüpfen, wo es sinnvoll ist.“ (HA_10)

*„Erstellung vom Medikationsplan; schauen, dass die häusliche Krankenpflege oder ähnliche ihre Aufgaben tun. Überweisung, Zuweisung an Physiotherapie, Logotherapie etc.; Krankenhauseinweisungen vermeiden. Lebensqualität des Patienten, irgendwie auch ein bisschen dieses Psychosoziale zu erhalten. Das ist ja oft auch das Problem, weil die [Patient*innen] sehr einsam sind.“ (HA_15)*

Die Rolle des/der Hausärzt*in in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen

Idealerweise ist die Hausarztpraxis die erste medizinische, aber auch soziale Anlaufstelle und somit der/die Hausärzt*in die erste Kontaktperson, welche gleichzeitig Akut-, aber auch Langzeitversorgung anbietet. Der/die Hausärzt*in nimmt eine koordinierende Rolle in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen ein. Er/sie erschließt die Bedürfnisse der Patient*innen und ihrer Angehörigen und organisiert die weitere Versorgung.

„Und ich sehe mich quasi als der Zentral-Doktor, der, wenn Probleme sind, halt akut reagieren kann natürlich. Wenn irgendetwas ist, zum Beispiel Zucker stimmt nicht mehr, da kann man nicht warten, bis er dann quasi jetzt da fachärztliche Behandlung kriegt, sondern akut reagieren, aber dann halt auch in den entsprechenden Bereich weiterverweisen kann.“ (HA_1)

Die Rolle der Hausärzt*innen als Koordinator*in der Patient*innenversorgung ist per Gesetz (§ 73 SGB V) festgeschrieben. Sie fühlen sich zudem zuständig für die Koordination der Patient*innenversorgung und sehen sich selbst als die Person, die den gesamten Versorgungsprozess der Patient*innen bewerkstelligt.

„Also ich glaube, da gibt es kein Gleichgewicht. Den Hut hat immer der Hausarzt auf. Der ist auch im Ernstfall dann immer schuld.“ (HA_7)

Was macht eine erfolgreiche Koordination aus?

Die Einbeziehung der Angehörigen der Patient*innen, die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes, die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) und die Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen sind Beispiele erfolgreicher Koordination.

Folgende Schlüsselaussagen, die eine erfolgreiche Koordination beschreiben, können zusammengefasst werden:

Eine erfolgreiche Koordination

- bedeutet, im Interesse der Patient*innen zu handeln.
- basiert auf der Zuverlässigkeit und dem Vertrauen in das Team der Hausarztpraxis.
- erfordert das Wissen sowie die Kommunikation aller medizinischen und nichtmedizinischen in den Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen miteinander.

„Die Fachärzte, die machen immer so ein bisschen ihr Spezialgebiet und schicken den Patienten dann damit nach Hause. – Sie müssten eigentlich dies und jenes machen und gucken, wie sie das hinkriegen. – Und WIR müssen irgendwie versuchen, das dann im Interesse des Patienten auf bestmögliches praktikables Niveau herunterzubereiten.“ (HA_10)

Herausforderungen und Probleme in der Koordination

Die Vorstellung der teilnehmenden Hausärzt*innen von einer erfolgreichen Koordination und gut funktionierender Patient*innenversorgung unterscheidet sich von den Erfahrungen aus dem Praxisalltag. Probleme und Einschränkungen in der Koordination werden verursacht durch eine Vielzahl aufkommender nichtmedizinischer Beratungsanlässe, administrativen und organisatorischen Aufwand, steuernde Rahmenbedingungen für Hausärzt*innen im deutschen Gesundheitssystem sowie die unzureichende Kommunikation mit anderen Fachärzt*innen und Gesundheitsberufen.

Nichtmedizinische Beratungsanlässe

Viele Beratungsanlässe der Patient*innen in der Hausarztpraxis sind nichtmedizinischer Art. Trotz ihrer Rolle als Koordinator*innen des gesamten Versorgungsprozesses müssten die Hausärzt*innen nichtmedizinische Tätigkeiten gar nicht selbst durchführen.

„Also der Hausarzt ist zwar DER Koordinator schlechthin für die allermeisten Patienten, aber das sind im Grunde genommen ja zum Teil Aufgaben, die der Hausarzt gar nicht erfüllen muss. Weil die jetzt keinen medizinischen Hintergrund haben.“ (HA_16)

Administrativer und organisatorischer Aufwand

Medizinische und nichtmedizinische Tätigkeiten bringen häufig administrative und organisatorische Aufgaben mit, welche eine hohe Belastung in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen im Praxisalltag darstellen.

Organisatorische und administrative Tätigkeiten beinhalten unter anderem die Buchhaltung, die Terminvereinbarung mit anderen Fachärzt*innen oder anderen Behandler*innen, das Ausfüllen von Formularen, die Organisation eines Pflegedienstes oder den Transport von immobilien Patient*innen ins Krankenhaus oder zu anderen Versorger*innen.

„Aber ich sage mal so, der Patient, der 85 Jahre alt ist, dem müssen wir irgendwie den Termin organisieren, wir müssen Krankentransport organisieren, wir müssen die Befunde sogar noch ausdrucken und mitgeben.“ (HA_5)

„Ja und ich natürlich mache den bürokratischen Teil. Also Überweisung und also was auch immer also was von mir erwartet wird, würde ich dann machen.“ (HA_4)

Obwohl Administration und Organisation zu Routineaufgaben im Praxisalltag gehören, nehmen sie viel zusätzliche Zeit in Anspruch. Die Delegation solcher Tätigkeiten an eine andere Person würde für Entlastung sorgen.

„Man kann so Routinekrams, den man immer wieder hat, der Zeit wegschluckt, den kann man auch gut delegieren. Wenn da schon was steht, brauche ich das nicht machen. Und das erspart mir wieder zehn Mal auf das Klick.“ (HA_11)

Organisatorische und administrative Tätigkeiten scheinen gleichermaßen für die MFA im Vordergrund zu stehen. Auch für die MFA erfordern sie den Einsatz zusätzlicher zeitlicher Ressourcen.

Die MFA fühlen sich hauptsächlich verantwortlich für typische administrative und organisatorische Aufgaben, also Telefonate, die Terminvereinbarung sowie das Ausfüllen von Formularen.

„Na ja, also es ist schon immer sehr aufwendig, wenn irgendwo Termine zu vereinbaren sind, das machen wir ja. Und das dann alles mit Krankentransport, dann kommt es ja darauf an, welchen Pflegegrad sie haben etc. Da hat man schon manchmal Schwierigkeiten oder muss dann erst die Kasse anrufen, dann nochmal den Transport anrufen und die Termine koordinieren. Das ist schon recht aufwendig, recht zeitaufwendig auch im Praxisalltag, finde ich.“ (MFA_7)

Der Wunsch, organisatorische und administrative sowie andere nichtmedizinische Tätigkeiten an eine MFA aus der Praxis zu übertragen, wird von den Hausärzt*innen im Zusammenhang mit einer Entlastung im Versorgungsalltag geäußert.

„Ich würde mir wünschen, dass ein Teil dieser ganzen Formulare, zum Beispiel dieses Krankengymnastikformular, von der Schwester unterschrieben wird. Oder das Hauspflegeformular, das Formular für die Ergotherapie, von mir aus auch irgendwie Wiederholungsrezepte. Warum soll das denn nicht gehen? Also da gibt es noch einmal ganz viel, was mich wirklich entlasten würde, was nicht unbedingt ärztlich sein muss.“ (HA_1)

Doppelstrukturen könnten aus Sicht der MFA vermieden und der/die Hausärzt*in könnte entlastet werden, indem die volle Verantwortung für organisatorische und administrative Aufgaben ihnen zugewiesen werden würde.

„Genau wie mit der häuslichen Krankenpflege; läuft alles genauso. Also die Anfrage kommt. Entweder vom Patienten selbst oder von der Pflegestation. Wird von uns bearbeitet, von den Arzthelfern oder MFA. Dann von dem Arzt rückgecheckt, also geguckt, ob alles in Ordnung ist. Dann unterschreibt er und dann werden die entsprechenden Formulare durch uns zurückgesandt.“ (MFA_15)

Regulatorischer Rahmen für Hausärzt*innen in Deutschland

Die vorgegebenen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems sind herausfordernd für die Patient*innenversorgung in dem Sinne, dass Tätigkeiten, die über die Versorgungsleistungen der Regelversorgung hinausgehen, gegenüber den Krankenkassen durch einen erhöhten administrativen Aufwand zu begründen sind.

Eine unzureichende Vergütung für die Versorgung von Patient*innen mit komplexem und häufigem Versorgungsbedarf ist zudem ein oft diskutierter Aspekt. Dem Konflikt, entweder im eigenen wirtschaftlichen Interesse zu handeln oder im Sinne der optimalen Versorgung der Patient*innen, sehen sich Hausärzt*innen häufig ausgesetzt. Eine optimale Versorgung multimorbider Patient*innen erfordert es häufig, dass die Hausärzt*innen über ihren regulären Umfang hinaus zeitliche und finanzielle Ressourcen aufwenden.

„Und Sie kriegen zwei Mal den Patienten, der chronisch krank ist, finanziell versorgt. Das heißt, Sie haben nur zwei Termine, die Sie von der Kasse einfach abgerechnet bekommen. Und dieser Patient kommt dann nur halbfertig nach Hause. Der wird in unserem ambulanten Vergütungssystem nicht abgebildet. [...] Wenn ich wirtschaftlich arbeiten würde oder müsste, dann müsste ich eigentlich die Leute nur zwei Mal sehen. Aber ich muss auch zusätzlich auf jeden Befund reagieren, muss alles organisieren. Das ist ja, als ob der Patient hier im Bett liegt. [...] Wenn ich die Patienten auf einem hohen Level weiter versorgen möchte, muss ich das einfach umsonst machen.“ (HA_5)

Durch die Unterstützung eines/einer speziell weitergebildeten Mitarbeiter*in, beispielsweise des/der MFA in der Versorgung von Patient*innen mit unkomplizierten Beschwerden, wie einem unkomplizierten Schnupfen, könnte dem/der Hausärzt*in mehr Handlungsspielraum für die medizinische Versorgung von Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf geschaffen werden.

„Das würde uns entlasten; aber das würde unser System auf den Kopf stellen (lacht). Wir sind arzt dominiert, bei uns muss jeder Schnupfenpatient zum Arzt. Also klar wäre es absolut sinnvoll, dass nicht jeder Quatsch zum Arzt muss. Aber warum muss ich als Arzt jemanden mit Schnupfen sehen? Das ist völlig absurd. Ökonomisch ist es aber absolut attraktiv, die Gesunden in die Praxis zu schleifen.“ (HA_12)

MFA bringen ein hohes Maß an Motivation auf und sind bereit, ihr Wissen und ihre Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildungen weiterzuentwickeln. Die knappen zeitlichen Ressourcen stehen einer Weiterqualifizierung der MFA jedoch im Weg.

„Also es ist sehr oft so, dass man eigentlich viel mehr machen möchte, aber einfach die Zeit dafür nicht hat. Eben auch so schade eigentlich an dem Beruf ist, dass es wie so ein →

Hamsterrad ist. Du kratzt eigentlich nur an der Oberfläche, weil du einfach nicht mehr schaffst. Aber, dass man sich so richtig mal in irgendwas rein vertieft oder mal was richtig gründlich macht, das würde schon Spaß machen.“ (MFA_16)

Zwei gegensätzliche Patient*innengruppen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, durch das Netz des Gesundheitssystems zu fallen: einerseits multimorbide Patient*innen ohne stabiles soziales Umfeld, die an keine Hausarztpraxis angebunden sind, und andererseits Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, die im Kontrast zu den zuvor genannten einen eher ausgiebigen Gebrauch von Versorgungsleistungen, das sogenannte „Doktorhopping“, praktizieren. Für beide Patient*innengruppen würde eine Person, die sie durch den „Dschungel“ des Versorgungssystems führt und gleichzeitig den Versorgungsprozess koordiniert, hilfreich sein.

„Na ein strukturelles Problem ist, dass einfach so jemand durchs Gesundheitswesen wandert oder fällt, ohne eigentlich irgendwo eine vernünftige Koordinationsstelle zu haben, die das alles managed, was da passiert; diese Person dann hier aufschlägt mit einer völlig unklaren Situation und dann im Nachhinein eben vieles einfach nicht mehr rekonstruieren kann. Die Befunde sind nirgends vernünftig gesammelt, koordiniert worden.“ (HA_12)

Erschwerte Kommunikation mit anderen Versorger*innen

Aufwendige Kommunikationsstrukturen mit anderen Gesundheitsversorger*innen, wie anderen Fachärzt*innen, Mitarbeiter*innen von Pflegediensten oder Physiotherapeut*innen als Teil der Koordination der Versorgung, kosten die Mitarbeiter*innen der Hausarztpraxis viel Zeit.

„Also die meiste Zeit, die ich aufwende, ist ja nicht, dass ich irgendwie irgendwelche Wunden behandle oder Rezepte ausstelle, sondern wirklich reden und zuhören, jemanden anrufen, jemanden nicht erreichen, dann jemand anderes anrufen. Das ist einfach schwierig in manchen Situationen.“ (HA_14)

Zur Kommunikation mit anderen Arztgruppen gehört unter anderem der Austausch zum Versorgungsstand der Patient*innen über den Arztbrief. Erfahrungsgemäß gelingt die Zusendung des Arztbriefes an die Hausarztpraxis erst nach wiederholter Erinnerung.

Probleme bei der Kommunikation treten insbesondere in der Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus auf, wie beispielsweise beim Entlassmanagement aus dem Krankenhaus oder aber an der Schnittstelle zu ambulant-fachärztlichen Kolleg*innen.

Fehlende Patient*inneninformationen sowie der zusätzliche (Zeit-)Aufwand für den Erhalt von Informationen erschweren die Koordination der Patient*innenversorgung.

„Was auch ein Riesenproblem ist, sind diese vielen Telefonate zu verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten, damit ich meine Informationen bekomme, denn die Information intersektoral ist total katastrophal. Als Hausärztin bin ich immer hinterher und ich oder meine Mitarbeiterinnen verbringen viele Stunden am Tag damit, vollständige Informationen einzuholen. Ich hätte gerne jemanden, der mir das abnimmt, die dann in den Krankenhäusern, beim ehemaligen Hausarzt oder bei den Krankenkassen anruft und die ganzen Informationen zusammensucht. Also solche bürokratischen, organisatorischen Arbeiten, da hätte ich gerne jemanden, das würde uns alle ein Stück entlasten.“ (HA_9)

Die Schwierigkeit der Terminvereinbarung bei anderen Fachärzt*innen wird hervorgehoben. Für die Patient*innen selber ist es schwierig, einen Termin bei Fachärzt*innen zeitnah zu vereinbaren. Aber auch die Delegation der Terminvereinbarung an MFA aus der Hausarztpraxis scheitert meist daran, dass der direkte Ärzt*in-zu-Ärzt*in-Kontakt durch die jeweilige andere Praxis gewünscht wird. Folglich übernehmen die Hausärzt*innen diese Tätigkeit meist selbst. Die Zeit, die für die aufwendige Terminvereinbarung investiert wird, fehlt den Hausärzt*innen für den regelmäßigen fachlichen Austausch mit ihren fachärztlichen Kolleg*innen.

„Schnell einen Facharzttermin zu bekommen ist manchmal ein Problem. Es gibt immer die Option, dass wir Ärzte uns dahinterklemmen und telefonieren. Aber das ist dann halt auch manchmal sehr zeitaufwendig. Das ist eine Sache, die sich summiert: wenn man zwei, drei Patienten am Tag hat, wo man eventuell noch einen Facharzttermin selber initiieren muss. Man würde es der MFA übermitteln, aber die scheitert dann meistens auch an der anderen MFA in der anderen Praxis, weil die sagt: ‚Na ja, da müsste schon der Arzt mal mit dem Arzt sprechen.‘ Und das ist dann manchmal auch so ein leidiges Thema. [...] Das ist ein bisschen zeitaufwendig, nervig und stört so ein bisschen den Arbeitsfluss. (...) Es erfordert halt mehr Zeit, weil man schickt den Patienten dann eventuell nach Hause, telefoniert nach der Sprechstunde, telefoniert dann nochmal zehn Minuten, dann telefoniert man wieder mit dem Patienten, dann kommt er wieder hierher. Und das ist eine Zeit, die natürlich wieder Aufwand bedeutet, klar.“ (HA_3)

Sowohl die Kommunikation im Team der Hausarztpraxis als auch die mit den Patient*innen und ihren Angehörigen stellen für die MFA ein prioritäres Aufgabengebiet dar. Die funktionierende Zusammenarbeit sowohl mit dem/der Hausärzt*in als auch mit den Patient*innen und ihren Angehörigen steht für die MFA im Vordergrund und trägt zu einer verbesserten Patient*innenversorgung bei.

„Na erstmal die Zusammenarbeit zwischen meiner Chefin und uns und, dass der Patient mitmacht. Und wenn es Angehörige gibt, die dann auch mitmachen. Weil nur, indem wir →

gemeinsam ein Ziel haben, ist das zu bewältigen. Wenn irgendjemand querschießt, dann läuft das nicht. Jeder ist wichtig.“ (MFA_9)

Unterbrechung der Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus

Das unkoordinierte Entlassmanagement aus dem Krankenhaus stellt für die Hausärzt*innen eine Barriere in der Koordination der Versorgung dar. Eine Entlassung aus dem Krankenhaus, wie sie typischerweise meist vor dem Wochenende stattfindet, führt zu einer nicht ausreichend gesicherten Weiterversorgung mit Medikamenten und einer fehlenden Informationsvermittlung an die Hausarztpraxis. Das erschwert die weitere Koordination der Versorgung durch den/die Hausärzt*in. Durch eine unkoordinierte Entlassung aus dem Krankenhaus entsteht eine Verlagerung der Nachsorge vom Krankenhaus auf die Hausarztpraxis. Somit wird die gesamte Verantwortung der Weiterversorgung an die Hausarztpraxis übergeben.

„Aus meiner Sicht werden Patienten aus den Kliniken abgeschoben. Dann werden die Hausärzte vor vollendete Tatsachen gestellt, ohne Rücksprache zu halten. Und auch als Hausarzt schafft man es Freitagabend nicht mehr, eine Hauskrankenpflege zu organisieren. Da stimmt die Zusammenarbeit einfach nicht.“ (HA_2)

Ungedeckter Bedarf im sozialen und sozialrechtlichen Bereich

Die Hausarztpraxis berät zu medizinischen Fragestellungen, aber auch zu sozialen und sozialrechtlichen Problemlagen der Patient*innen. Soziale und sozialrechtliche Aspekte in der Hausarztpraxis beziehen sich zum Beispiel auf Fragen zum Anspruch auf soziale Hilfen. Aber auch die Inanspruchnahme von sozialrechtlichen Leistungen spielt in der Sprechstunde vermehrt eine Rolle.

Das Bewusstsein der Hausärzt*innen über die ungedeckten Bedarfe im sozialen und sozialrechtlichen Bereich, insbesondere in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen, ist hoch. Ein breites Spektrum an Aufgaben mit sozialem und sozialrechtlichem Hintergrund gilt es im Rahmen des Versorgungsprozesses zu berücksichtigen. Ihnen fehlt allerdings sowohl die Zeit als auch die fachliche Kompetenz, um diese Anlässe selbst zu adressieren.

Tätigkeiten im sozialen und sozialrechtlichen Bereich

Zu den sozialrechtlichen Tätigkeiten, die den Hausärzt*innen immer wieder im Praxisalltag begegnen, gehören vorzugsweise die Antragstellung von zum Beispiel Pflegegrad, Rehabilitationsmaßnahmen und Hilfsmitteln, aber auch die Erstellung einer Patient*innenverfügung. Damit geht unter anderem das Ausfüllen einer Vielzahl an Formularen, also administrativer Aufwand, einher. Zusätzlich sind pflegerechtliche, juristische und betreuungsrechtliche Kenntnisse in diesem Zusammenhang gefordert.

„Also was mir zum Beispiel gefallen würde, wäre, wenn ich jemanden hätte, der so diese sozialen Sachen macht, eine Art Sozialarbeiter. Es gibt viele Probleme, die die Patienten im Alter nicht mehr regeln können: Anträge stellen, irgendwelche Formulare ausfüllen. Da fände ich es ganz schön, wenn ich dafür jemanden hätte, dass man sagt: ‚Eine Patientenverfügung erstellen, wie mache ich das?‘ Ich habe nicht die Zeit und ich kann das auch nicht an meine Mitarbeiterinnen delegieren, die haben auch nicht die Zeit dafür.“ (HA_9)

„Ich weiss nicht, wie das anderen Ärzten geht, aber das wird so ähnlich sein, was sie hören. Ich habe immer Probleme bei diesen ganzen juristischen, pflegerechtlichen, betreuungsrechtlichen Sachen. Das ist ja ein Riesending. Und da müsste man eigentlich Jurist sein. Ich durchschaue das nicht. Das wird immer komplizierter. Jetzt ist dieses Jahr wieder ein neues Betreuungsrecht, Pflegerecht rausgekommen. Wie soll das ein Arzt, der täglich in der Praxis sitzt, noch durchschauen? Wenn das dann so ein Koordinator machen könnte.“ (HA_1)

Unterstützung bei sozialen und sozialrechtlichen Aufgaben

Aufgaben wie die Organisation und Koordination und im Speziellen die Beratung zu sozialen und sozialrechtlichen Angelegenheiten sind Aufgabengebiete, die auch von zusätzlichen Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis durchgeführt werden können, die Berufserfahrung im sozialen und sozialrechtlichen Bereich aufweisen.

Tätigkeiten aus dem sozialen und sozialrechtlichen Bereich könnten einem/einer zusätzlichen Mitarbeiter*in in der Praxis zugewiesen werden. Die Bedingung ist eine Qualifikation im sozialrechtlichen Bereich; dies könnte auch ein(e) Krankenschwester/Krankenpfleger oder MFA sein, der/die in diesem Bereich weitergebildet ist.

*„Irgendwas Medizinisches, Soziales, vielleicht Soziales UND Medizinisches, jedenfalls, dass er auch mitreden kann über... [Interviewte*r beendet den Satz nicht] Also im Idealfall vielleicht eine Arzthelferin oder Krankenschwester oder besser noch Arzthelferin, die sich in irgendeine Richtung fortentwickelt hat.“ (HA_11)*

„Ich habe zehn Jahre in einer Einrichtung mit eigener Sozialarbeiterin gearbeitet. Das ist GOLD wert. Sie hat sämtliche koordinative Tätigkeiten im Transportwesen, Gespräche mit den Krankenkassen, Kostenübernahmen und was weiß ich nicht alles übernommen hat. Das ist ein Segen. Also, da weiß ich, dass das funktioniert und dass das auch gut ist.“ (HA_2)

Vorstellbare Versorgungskonzepte: Was kann delegiert werden?

Aufgaben und Verantwortungsbereiche im Bereich der Koordination, die grundsätzlich an andere Gesundheitsberufe innerhalb oder außerhalb der Hausarztpraxis übertragen werden könnten, sind in Tabelle 3 dargestellt.

Die Zustimmung der Patient*innen sowie ein Vertrauensverhältnis zu der behandelnden Person sind für die Hausärzt*innen eine essenzielle Voraussetzung für die Delegation von Aufgaben an eine/n zusätzliche Mitarbeiter*in.

Tabelle 3: Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete für eine(n) zusätzliche(n) Mitarbeiter*in

Vorstellbare Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete für eine/n zusätzlichen Mitarbeiter*in
<ul style="list-style-type: none"> • Terminvereinbarung mit anderen Fachärzt*innen • Organisation und Koordination des Krankentransports • Beratung zu sozialen und sozialrechtlichen Angelegenheiten • Durchführung von Hausbesuchen • Kontaktaufnahme, Kommunikation und Austausch mit anderen Versorger*innen

*Tabelle 3: Vorstellbare Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete für eine(n) zusätzliche(n) Mitarbeiter*in (Eigene Darstellung in Anlehnung an [24])*

Zwei Konzepte zur Koordination der Versorgung von multimorbiden Patient*innen ergeben sich aus dem Interviewmaterial:

- Koordination durch eine(n) sogenannte(n) externe(n) Navigator*in, welche(r) nicht in der Hausarztpraxis angesiedelt ist (Versorgung außerhalb der Hausarztpraxis).
- Koordination durch eine(n) zusätzliche(n) Mitarbeiter*in, welche(r) in der Hausarztpraxis angesiedelt ist (Versorgung innerhalb der Hausarztpraxis).

Versorgungskonzepte außerhalb der Hausarztpraxis

Einsatz eines/einer externen Navigator*in

Der Begriff des/der externen Navigator*in wurde durch die Interviewerinnen als eine Person, die nicht in der Hausarztpraxis angestellt ist, jedoch in einer anderen Einrichtung aus dem Gesundheitssektor angesiedelt ist und im Sinne einer Kooperation mit der Hausarztpraxis in die Patient*innen-Versorgung involviert ist, einleitend definiert.

Nur wenigen Hausärzt*innen ist der/die externe Navigator*in ein Begriff. Die wenigen Informationen über sowie die fehlende Erfahrung mit einem solchen Konzept lassen viele Hausärzt*innen eher skeptisch gegenüber dem Einsatz eines/einer solchen Navigator*in sein.

Für Hausärzt*innen, für die ein koordiniertes Team in der Praxis einen wichtigen Aspekt in der Versorgung von Patient*innen ausmacht, stellt eine externe Person, die weder die Praxisstruktur noch die Kolleg*innen kennt, einen zusätzlichen Aufwand dar und bringt den Versorgungsprozess durcheinander. Für die Einarbeitung und Integration eines/einer externen Mitarbeiter*in, der/die die internen Prozesse der Praxis nicht kennt, wird ein großer Ressourcenaufwand befürchtet.

„Das kann ich mir nicht vorstellen. Damit habe ich keine Erfahrungen gemacht. Halte ich für (...) so Energie- und Zeitverschwendung. Also das sehe ich nicht, wie das miteinander verzahnt werden soll. Weil das ist dann so wie stille Post. Dann ist da ja NOCH jemand, der dazwischenquatscht. Den direkten Kontakt mit dem Patienten oder der Pflegestation finde ich besser, als wenn ich jemandem sage: ‚Sagen Sie mal der Pflegestation, dass Sie das so machen sollen.‘ Da rede ich lieber selbst mit denen oder die Arzthelferin redet mit denen und gibt das so weiter. Das ist (...) ein zusätzlicher Fehlerfaktor und zusätzlicher Zeitaufwand. Was das Zeitmanagement angeht, kann ich mir nicht vorstellen, dass das eine Verbesserung GÄBE.“ (HA_14)

Trotz bestehender Bedenken gibt es einige Hausärzt*innen, die der Inanspruchnahme eines/einer externen Navigator*in nicht abgeneigt sind. Die vernetzende Rolle eines/einer Navigator*in zwischen den verschiedenen Versorger*innen ist vorstellbar, eine langfristige und nachhaltige Integration eines solchen Konzeptes in den Praxisalltag allerdings weniger.

„Ja, also um den jetzigen Zustand zu verbessern, ist das keine schlechte Idee. Ich finde nicht, dass es eine gute Endlösung ist, da es irgendwo hinmuss, wo es passt. Eine übergeordnete Instanz kann nicht ersetzen, was in den Praxen passieren sollte. Also wenn diese Navigatoren zum Beispiel eine Rolle spielen, dass sie für die verschiedenen wichtigen Player, also Pflegedienst zum Beispiel und Hausarztpraxen und vielleicht Kontakt zu speziellen Betreuungspraxen, onkologische Praxen oder so, das gut koordinieren, da kann das hilfreich sein, glaube ich. Aber aufgrund der Vielzahl multimorbider Patienten wären das dann auch wieder so Leuchtturmnummern, die keine flächendeckende Versorgung garantieren.“ (HA_12)

Versorgungskonzepte innerhalb der Hausarztpraxis

Einsatz von zusätzlichen Mitarbeiter*innen innerhalb der Hausarztpraxis

Dem Einsatz einer weiteren Person innerhalb der Hausarztpraxis wird weitaus mehr Akzeptanz entgegengebracht als dem Einsatz eines/einer externen Navigator*in.

Als vorstellbare Option für den Einsatz eines/einer zusätzlichen Mitarbeiter*in innerhalb der Hausarztpraxis kommt die Delegation von Aufgaben an MFA, die mit den Patient*innen bereits vertraut sind, in Frage.

„Der Punkt ist ja, die MFAs kennen natürlich die Patienten und das ist natürlich ein Riesenvorteil gegenüber einem Externen.“ (HA_13)

Die MFA begegnen den Patient*innen einerseits auf Augenhöhe, andererseits haben sie in Situationen, wie der Blutentnahme, mehr Zeit, sich mit den Patient*innen zu unterhalten. Dies

macht sie zu einer Vertrauensperson für die Patient*innen und ihre Angehörigen. Patient*innen vertrauen MFA in diesem Rahmen persönlichere und intimere Informationen an als dem/der Ärzt*in, der/die von den Patient*innen als Autoritätsperson angesehen wird. MFA übernehmen in diesem Zusammenhang zusätzlich die wichtige Aufgabe, zwischen persönlichen und gesundheitsrelevanten Informationen zu differenzieren und selbstständig zu entscheiden, welche medizinisch wichtigen Informationen an den/die Hausärzt*in weitergeleitet werden müssen.

„Zum Beispiel, wenn man dann im Labor mit dem Patienten gerade allein ist, dann erzählen die manchmal Sachen, die sie dann vielleicht in der Sprechstunde nicht erzählen.“ (MFA_6)

„Der Arzt ist ja doch ein bisschen so ein kleiner Gott, kann man sagen, für manche Patienten. Und wir [MFA] sind dann doch schon so ein bisschen auf einer Stufe mit ihnen und ich erlebe oft, dass sie sich dann so ein bisschen aussprechen.“ (MFA_16)

Erfahrungen mit bereits bestehenden Konzepten aus dem Ausland haben einen positiven Einfluss auf die Akzeptanz eines solchen Versorgungsansatzes.

Der Einsatz eines/einer zusätzlichen Mitarbeiter*in, der/die in der Praxis angesiedelt ist, ist jedoch an Bedingungen geknüpft. Neben dem wiederholt aufgegriffenen Vertrauen des/der Patient*in zu einem/einer zusätzlichen Mitarbeiter*in ist die Frage der finanziellen Grundlage, auf der ein solches Versorgungsmodell basieren soll, nicht unerheblich.

„Die Frage ist über was, wie bezahlbar? Wie zu bezahlen? Aber grundsätzlich natürlich. Also ich kenne es wie gesagt aus dem Ausland, dass in Praxen Sozialarbeiter und Physios und alle zusammenarbeiten. Klar.“ (HA_15)

„Ich bin jetzt 25 Jahre Arzt und ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass die Patienten Vertrauen haben. Und gerade je älter, umso mehr. Und wenn da irgendeine wildfremde Person anruft, die derjenige vielleicht gar nicht kennt, dann stehen die nämlich hier auf der Matte und sagen: ‚Ich hatte übrigens einen Anruf, ist o. k.?’ Also ich könnte mir das als schwierig in einer Praxis vorstellen. Wenn so eine halbe Stelle oder ganze Stelle finanziert werden würde, und das müsste aber jemand sein, der dieses organisatorische Talent hat. Ja und das ist dann wie Praxiskoordinatorin oder so, ja. Aber die müsste aus meiner Sicht eher in der Praxis selbst sein.“ (HA_5)

Genauso wie die Hausärzt*innen favorisieren die MFA ebenso ein Versorgungskonzept innerhalb der Hausarztpraxis. Die Sorge, dass ein(e) zusätzliche(r) Mitarbeiter*in von extern die bestehenden Arbeitsabläufe in der Hausarztpraxis durcheinanderbringen könne, steht im Vordergrund.

„Tja, ich denke mal, wenn wir uns mal ganz ordentlich organisieren würden, dann würden wir das auch aus den eigenen Reihen irgendwie schaffen können. Also es müsste ja wirklich →

jemand sein, der die Strukturen und die Abläufe dann auch genau kennt. Also ist vielleicht schwierig von außen da jemanden (...). Dauert ja doch ein bisschen, ehe man sich in so ein Team reingefitzt hat, und ist ja wahrscheinlich auch in jeder Praxis anders, die Abläufe, die man jetzt auch nicht so gleich von außen durchschaut.“ (MFA_16)

Konzepte zur Unterstützung im sozialen und sozialrechtlichen Bereich

Ein weiteres Konzept lässt sich aus dem häufig genannten ungedeckten Bedarf in sozialen und sozialrechtlichen Beratungsanlässen erschließen: die Delegation von Tätigkeiten aus dem sozialen und sozialrechtlichen Bereich.

Folgende Konzeptideen zur Delegation von Aufgaben im sozialen und sozialrechtlichen Bereich werden diskutiert. Hierbei kommen sowohl Optionen in Hinblick auf den Einsatz einer Person innerhalb als auch außerhalb der Praxis in Frage.

- Ein(e) Sozialarbeiter*in, der/die in der Hausarztpraxis angestellt ist und zum festen Praxisteam gehört.
- Ein(e) Sozialarbeiter*in, die nicht direkt in der Hausarztpraxis, sondern in einer anderen Einrichtung angesiedelt ist.
- Mehrere Hausarztpraxen im Bezirk teilen sich eine(n) Sozialarbeiter*in, der/die stundenweise in den verschiedenen Praxen eingesetzt wird.
- Die Weiterqualifizierung oder Spezialisierung einer MFA in der Hausarztpraxis im sozialrechtlichen Bereich.

„[Die Sozialarbeiterin] sollte immer an verschiedene Praxen angebunden sein. Also sie sollte vielleicht regional so einen kleinen Minibezirk versorgen. Die regionalen Bedingungen sind irgendwie auch ganz wichtig: Welches Krankenhaus da ist, welche Sozialdienste, wie die Infrastruktur ist. Also das wäre wünschenswert, wenn man sowas meinetwegen immer so zehn Hausarztpraxen oder sowas zusammenfasst und die das dann machen würden und das Ganze eben halt in einer regionalen Infrastruktur.“ (HA_10)

Die Rolle des/der Sozialarbeit*in soll in erster Linie die des/der ersten Ansprechpartner*in für die Patient*innen, die Angehörigen und andere relevante Personen zu sozialrechtlichen Themen sein. Denkbar ist, dass Hausärzt*innen sich nicht mehr um soziale und sozialrechtliche Tätigkeiten in der Hausarztpraxis kümmern müssen und diese an eine zuständige und verantwortliche Person übertragen können.

Vorbehalte gegenüber neuen Versorgungskonzepten

Trotz der zu erwartenden Entlastung der Hausärzt*innen besteht eine allgemeine Zurückhaltung gegenüber beiden Konzepten, innerhalb und außerhalb der Hausarztpraxis.

Tabelle 4 zeigt die genannten Gründe der Hausärzt*innen für eine eher zurückhaltende Einstellung gegenüber dem Einsatz von zusätzlichen Mitarbeiter*innen innerhalb und außerhalb der Hausarztpraxis auf.

Tabelle 4: Argumente gegen Versorgungskonzepte mit zusätzlichen Mitarbeiter*innen

Argumente gegen Versorgungskonzepte mit zusätzlichen Mitarbeiter*innen
Eingeschränkte finanzielle Ressourcen
Großer Zeitaufwand
Ein Großteil an Aufgaben wird bereits an MFA delegiert
MFA sind bereits vertraut mit den Patient*innen
Knappe Raumausstattung in kleineren Praxen
Patient*innen brauchen eine Person, der sie vertrauen

*Tabelle 4: Argumente gegen vorgeschlagene Delegationskonzepte
(Eigene Darstellung in Anlehnung an [24])*

Welche unterstützende Rolle übernehmen MFA in der Versorgung multimorbider Patient*innen?

In den bisher aufgeführten Ergebnissen wurden bereits die hausärztlichen Sichtweisen durch die Perspektiven der MFA ergänzt. Hier soll nun vertiefend auf die besondere Rolle der MFA in der Versorgung multimorbider Patient*innen eingegangen werden.

I: „Welche Aufgaben übernehmen Sie bereits“

MFA: „Eigentlich so gut wie alles. Angefangen bei Blutabnahmen sowie Patientenannahme, Telefongespräche, Befunde sortieren, Urinuntersuchungen, Lungenfunktionsmessungen, EKGs, Wundversorgungen, also wirklich von A bis Z, mit Klammern entfernen, Fäden ziehen, sowas alles. Also eigentlich komplett alles.“ (MFA_8)

Ein Hauptbestandteil des Tätigkeitsprofils der befragten MFA sind, wie bereits zu Beginn dieser Arbeit beschrieben, administrative und organisatorische Aufgaben (siehe Kapitel „Administrativer und organisatorischer Aufwand“).

Vor dem Hintergrund des hohen administrativen und organisatorischen Aufwands, der gleichermaßen für Hausärzt*innen und für MFA in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen entsteht, spielen MFA eine wichtige Rolle in der Unterstützung der Hausärzt*innen.

Die MFA nehmen als unmittelbar im Anmeldebereich für die Patient*innen verfügbare Praxismitarbeiter*innen mehrere Funktionen wahr: Sie sind erste Ansprechpartner*innen für Patient*innen, führen Telefonate, vereinbaren Termine und halten Rücksprache mit den Ärzt*innen. Der Anmeldebereich ist in den meisten Fällen der erste Kontaktbereich für die Patient*innen, die die Praxis betreten. Hier fällt den MFA die Rolle des/der ersten Ansprechpartner*in zu, welche sie zunächst zu einer Art Bezugsperson für die Patient*innen macht. Die kommunikativen Kompetenzen der MFA sowie ihr Einfühlungsvermögen und die richtige Einschätzung der Situation sind an dieser Stelle gefragt. Eine weitere wichtige Eigenschaft, die MFA mitbringen müssen, ist eine hohe Stressresistenz gegenüber der Gleichzeitigkeit aller bereits im Anmeldebereich anfallenden Aufgaben.

Neben dem Anmeldebereich sind MFA auch für diagnostische Verfahren, wie beispielsweise EKG, Blutdruckmessung und Blutabnahme, verantwortlich.

Während der Blutabnahme, aber auch während der Fußkontrolle, beim Wiegen, Impfen oder während des Verbandswechsels und auch im Rahmen von Hausbesuchen entstehen Gespräche, welche nicht im Sprechzimmer mit dem/der Hausarzt*in geführt werden. Private Themen (Intimleben, Geldprobleme, Sorgen etc.) werden in diesem Kontext besprochen.

„Also wenn man dann im Labor mit dem Patienten gerade alleine ist, dann erzählen die manchmal Sachen, die sie dann vielleicht in der Sprechstunde nicht erzählen.“ (MFA_6)

„Ja, wenn sie Probleme haben mit den Enkelkindern, wenn die Schwiegertochter nicht möchte, dass sie so oft bei ihr sind, dann werden Fotos gezeigt, dann wird hier erzählt, dann wird mal da gelacht, da rollt mal eine Träne, also schon sehr vertrauensvoll.“ (MFA_9)

Der/die MFA übernimmt hier einerseits die Rolle einer Vertrauensperson für die Patient*innen. Andererseits repräsentiert er/sie für die Patient*innen eine(n) niedrigschwellige(n) Ansprechpartner*in auf Augenhöhe.

„Ich denke, dass ist die Chemie, die dann stimmt und wie man eben auf Menschen zugeht. Ich meine, das ist ein Beruf, da muss man eben offen sein, man muss die Leute gut ansprechen können, ihnen die Ruhe und das Vertrauen geben, dass sie einem das mitteilen, und umgekehrt teilen wir ja auch mit.“ (MFA_9)

Themen, die zunächst vorwiegend privater Natur zu sein scheinen, haben jedoch womöglich auch Einfluss auf den Gesundheitszustand der Patient*innen und können relevant für die medizinische Versorgung werden. Für die vertrauliche Weitergabe relevanter Informationen an den/die Hausarzt*in liegt die Zuständigkeit bei den MFA.

„Die Leute haben ja viel zu erzählen. Das fängt ja schon an beim Blutdruckmessen, bei der Blutabnahme vorne bei uns an. Dann fangen sie an, mir ihre Familiengeschichte zu erzählen.“

Wenn ich da schon etwas heraushöre, dann haben wir ja so ein System hier in der Praxis, dann kann ich der Ärztin schon mal reinschreiben: ‚Patientin erzählte mir gerade in der Kabine so und so und so...‘, dass sie nochmal darauf eingehen möchte, weil das ist eine wichtige Information, die sie jetzt in so einer entspannten Atmosphäre zwar mir erzählt hat, aber das sie vielleicht im Sprechzimmer der Ärztin nicht erzählen würde.“ (MFA_9)

Ein Grund dafür, dass solche Gespräche nicht im Rahmen des Ärzt*innen-Patient*innen-Kontaktes stattfinden, ist aus Sicht der MFA der, dass die Hausärzt*innen für Patient*innen eine Autoritätsperson darstellen. Im Sprechzimmer haben die Patient*innen das Gefühl, unter zeitlichem Druck Informationen zu ihrem Gesundheitszustand zu geben.

„Dieser Dokortitel ist so ein bisschen eine Barriere. Und dann glauben die Patienten, dass der Arzt ein bisschen höher steht als sie.“ (MFA_4)

(siehe auch vergleichende Perspektiven in Tabelle 5: MFA als niedrigschwellige(r) Ansprechpartner*in)

Die MFA hingegen scheinen für die Patient*innen jederzeit präsent zu sein und die Zeit zu haben zuzuhören. In diesem Zusammenhang kommt den MFA zudem auch eine Art Vermittler*innen-Rolle zu, nicht nur, wenn es um die Weitergabe medizinisch relevanter Informationen an den/die Hausärzt*in geht, sondern auch, wenn Patient*innen sich durch den/die Ärzt*in nicht ausreichend beraten fühlen oder Aspekte der Behandlung nicht verstanden haben.

„Aber auch wenn sie sich mal nicht richtig beraten fühlen vom Arzt oder nicht richtig für ernst genommen, kommen sie auch häufig zu uns.“ (MFA_8)

MFA können im Rahmen dieses niedrigschwelligen Austausches eine Bindung zum/zur Patient*in herstellen, welche vor allem in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen von Bedeutung ist. Ein Austausch über private Angelegenheiten lässt möglicherweise auch einen Einblick in ihre soziale Situation zu. Diese vertrauensvolle Beziehung zu den Patient*innen kann maßgeblich dazu beitragen, dass kein(e) Patient*in durch das Netz des Gesundheitssystems fällt (siehe vergleichende Perspektiven in Tabelle 5: MFA als niedrigschwellige(r) Ansprechpartner*in).

Insgesamt trauen sich die interviewten MFA viel Verantwortung zu. Insbesondere ältere MFA, die bereits einige Jahre Berufserfahrung mitbringen, haben einen routinierten Arbeitsablauf entwickelt, kennen viele der älteren Patient*innen und übernehmen entsprechend mehr Verantwortung. Auch durch die Hausärzt*innen wird das Vertrauen in MFA, welche schon lange in der Praxis tätig sind, hervorgehoben (siehe vergleichende Perspektiven in Tabelle 5: Verantwortung der MFA).

Während die finanzielle Anerkennung für MFA eher zweitrangig erscheint, fühlen sie sich wesentlich durch das Vertrauen durch den/die Hausarzt*in als ihre(n) Vorgesetzte(n) und die damit einhergehenden zusätzlich zugeteilten Verantwortungsbereiche wertgeschätzt.

„Also die Anerkennung vom Patienten ist schon wichtig. Und von den Ärzten natürlich auch. Gut, Geld kann auch jeder gebrauchen. Das ist auch schön. Aber was nutzt einem das Geld, wenn keiner zufrieden ist. Also ich würde nur das Geld haben wollen, wenn auch wirklich der Doktor und die Patienten froh und glücklich mit mir sind.“ (MFA_12)

Die Wertschätzung, die Patient*innen ihnen gegenüber aufbringen, hat für die MFA darüber hinaus einen genauso hohen Stellenwert wie die Wertschätzung durch den/die Vorgesetzte(n). Diese sorgt für Erfolgserlebnisse und trägt zur Zufriedenheit, nicht zuletzt aber auch zur Motivation für die Ausübung ihres Berufes bei. Insbesondere mit Patient*innen, die bereits über Jahre in der Praxis in Behandlung sind, besteht ein enger Kontakt. Das Wohlbefinden der Patient*innen steht für MFA als Sinn ihrer Tätigkeiten an erster Stelle und wird im Laufe der Interviews immer wieder in den Vordergrund ihrer Tätigkeiten gestellt.

„Ja, also für mich ist immer am schönsten, wenn die Patienten sich freuen. Also das tut einfach gut, wenn man sieht, man hat einen Erfolg auch bei dem, was man sagt oder macht.“ (MFA_12)

„Aber viele sagen doch, die Atmosphäre ist angenehm und es sind auch alle nett. Aber das gehört für mich dazu, dass die Patienten sich hier gut aufgehoben fühlen.“ (MFA_12)

Das „Gesehen werden“ durch Patient*innen und ihre Vorgesetzten ist für MFA wichtig, da sie aus ihrer Perspektive eine elementare Position innerhalb der Hausarztpraxis einnehmen, indem sie viele substantielle Aufgaben übernehmen, welche jedoch eher im Hintergrund ablaufen beziehungsweise dem/der Hausarzt*in angerechnet werden.

„Viele sehen ja auch gar nicht, was eigentlich eine MFA so alles macht. Viele denken ja wirklich nur, man sitzt da vorne, dreht Däumchen, macht ein paar Termine und das wars. Viele wissen gar nicht, was wir alles machen.“ (MFA_1)

Die Möglichkeit der Teilnahme an einer Fortbildung zur Erweiterung der eigenen Fachkompetenzen wird vielmehr als angemessene Anerkennung ihrer Arbeit durch den/die Vorgesetzte(n) eingeschätzt.

„Also ich will jetzt auch so einen Fernkurs machen als Praxismanagerin und das ist für mich auch schon diese Anerkennung, dass sie sieht, ‚Aus der Kleinen können wir auch was machen‘. Und sie bezahlt auch den Kurs. Also das ist so für mich eine Anerkennung. Also ich bräuchte jetzt nicht unbedingt mehr Gehalt, dass sie sagt, ‚Ich zahle Ihnen jetzt noch 500 Euro mehr‘ oder so. Also das wäre Anerkennung genug.“ (MFA_2)

Tabelle 5: Vergleichende Perspektiven Hausärzt*innen und MFA

Zitate MFA	Zitate Hausärzt*innen
MFA als niedrigschwellige Ansprechpartner*in	
<p>„Ich denke, das hängt auch damit zusammen, dass es noch eine bestimmte Generation gibt, wo der Doktor der ‚Gott in Weiß‘ ist. So war das ja früher immer. Und da ist dann vielleicht manchmal das Vertrauen eben größer, mal schnell der Medizinischen Fachangestellten was zu erzählen, als dann dem Doktor.“ (MFA_6)</p>	<p>„Das ist die Niedrigschwelligkeit irgendwie. In der Sprechstunde sind sie auf Empfang und wenn sie bei den Mitarbeitern dran sind, dann sind sie auf Mitteilung.“ (HA_5)</p>
<p>„Bei mir sagen die Patienten immer wieder, dass ich eine gewisse Freundlichkeit habe. Ich nehme mir die Zeit, wenn ich sie habe, und höre den Patienten zu, weil die erzählen auch viel privat, und ich muss auch sagen, ich quatsche auch gerne. Ich find das immer interessant, was die Patienten so zu berichten haben, ihre Erfahrungen, und die fühlen sich bei mir da ganz sicher, also auch wenn ich sie immer runterhole, wenn sie gerade überkochen, und dann kommen sie auch wieder.“ (MFA_8)</p>	<p>„Also es ist niedrigschwelliger als beim Doktor. Also bei mir ist es ja doch immer zeitgehetzt. Ich habe ein relativ enges Zeitspektrum. Die sehen ja auch, wenn die reinkommen: ‚Oh, das Wartezimmer ist voll. Doktor hat wohl keine Zeit.‘ Da versuchen die sich schon auf das Wichtige zu konzentrieren. Draußen, da kann man dann halt eben über die Sachen reden, die halt auch noch wichtig sind.“ (HA_1)</p>
Verantwortung der MFA	
<p>„Na ja, letztendlich alles das, was man macht, hat ja Verantwortung. Also die Terminabsprache, die Informationen weiterzugeben. Wenn es nur ein kleines Informationsdefizit irgendwo gibt, das bringt ja große Probleme mit sich. Und ich denke, dass ich da Verantwortung habe, das korrekt hinzukriegen. Das ist einfach auch die jahrelange Erfahrung, das hat man nicht von jetzt auf gleich.“ (MFA_9)</p>	<p>„Ja, das ist so bisschen eine Gratwanderung, also da würde ich auch differenzieren zwischen den einzelnen Personen. Zum Beispiel meine MFA, die vorher hier war, die ist schon sehr erfahren, was Pflege oder Patientenbetreuung angeht. Also ihr würde ich schon sehr viel zutrauen, auch klinische Einschätzungen.“ (HA_1)</p> <p>„Ach, ich traue ihnen schon eine ganze Menge zu, weil wir schon 25 Jahre zusammenarbeiten, ne.“ (HA_6)</p>

Tabelle 5: Vergleichende Perspektive Hausärzt*innen und MFA
(Eigene Darstellung)

DISKUSSION

Deutsche Hausärzt*innen übernehmen per Gesetz (§ 73 Absatz 1a SGB V) die Rolle des/der Koordinator*in in der Patient*innenversorgung. Neben der Steuerung der diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen ist der/die Hausärzt*in weiterhin für die Sicherstellung der kontinuierlichen und nachhaltigen Zusammenarbeit aller Versorger*innen verantwortlich.

Aus den Interviews geht eine Vielfalt von Meinungen darüber hervor, was Koordination alles beinhaltet, insbesondere in der komplexen Versorgungssituation von multimorbiden Patient*innen. Zu den Koordinationsaufgaben in der Versorgung multimorbider Patient*innen zählten die interviewten Hausärzt*innen überwiegend nichtmedizinische Tätigkeiten, die im Praxisalltag anfallen. Das Zusammenbringen der unterschiedlichen Akteur*innen im Versorgungsprozess machte zudem einen nicht unerheblichen Anteil an Koordinationsaufgaben für die Interviewten aus. Zentral war hierbei, dass der/die Hausärzt*in als Ansprechpartner*in und die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle im Interesse des/der Patient*in handelt.

Verschiedene Probleme und Herausforderungen, die eine Rolle im Gesamtkontext der Koordination in der Hausarztpraxis spielen, konnten aus den Interviews herausgearbeitet werden und werden im Folgenden diskutiert.

Die Ergebnisse der Interviews unterstreichen die Problematik einer nicht angemessenen Vergütung für Hausärzt*innen für eine umfassende Versorgung von Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf. Eine Studie von Krug H. zeigt die Notwendigkeit von zusätzlichen finanziellen Ressourcen in der Versorgung von älteren und multimorbiden Patient*innen auf. Demnach sollten neue Finanzierungskonzepte entwickelt werden, um zu verhindern, dass die Versorgung dieser Patient*innengruppe unberücksichtigt bleibt [30]. Zudem hindern aufwendige Koordinationstätigkeiten die Hausärzt*innen an der Umsetzung einer optimalen Patient*innenversorgung. Oftmals sind sie gezwungen zwischen dem eigenen wirtschaftlichen Nutzen und dem Wohl des/der Patient*in abzuwägen. Hausärzt*innen müssen die Patient*innenversorgung an die vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen anpassen [31].

Eine weiterhin auffallend häufig von Hausärzt*innen und MFA genannte Herausforderung war die unzureichende Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitssystem. Eine erfolgreiche Kooperation zwischen verschiedenen Versorger*innen erfordert einen umfassenden und zeitnahen Informationsfluss.

Im Ergebnis zeigen die Interviews den hohen Stellenwert der sektorenübergreifenden Kooperation auf, da in ihnen die entstehende Problematik bei der Entlassung der Patient*innen aus dem Krankenhaus deutlich zur Sprache kam.

Die Studie von Sinnott et al. bestätigt die in den Interviews genannten Probleme: Arztbriefe und Entlassungsberichte werden den weiterbehandelnden Hausärzt*innen häufig erst verspätet zugestellt und Medikationspläne, die aus dem Krankenhaus mitgegeben werden, sind für Patient*innen meist nicht verständlich [32].

In einem internationalen „Health Policy Survey“ mit Hausärzt*innen von 2006 heben 70 % der befragten Hausärzt*innen eine verbesserte Integration von Informationssystemen zwischen den ambulanten Arztpraxen und den Krankenhäusern als Lösungsansatz hervor [33].

Weitere Studien bestätigen eine Unterbrechung des Versorgungsverlaufs an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor [34, 35]. Hierdurch wird deutlich, dass das Hauptaugenmerk der Patient*innenversorgung vorrangig auf der akut- und fachärztlichen Behandlung liegt. Der Langzeitversorgung älterer Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, wie sie in der Hausarztpraxis umgesetzt wird, wird hierbei zu wenig Bedeutung beigemessen [2].

Zu der Betreuung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis gehören vornehmlich durch gesetzliche Rahmenbedingungen hervorgerufene administrative und organisatorische Tätigkeiten. Diese erfordern einen erheblichen (Zeit-)Aufwand. Die Dokumentation des Versorgungsverlaufes, die Organisation der Weiterversorgung und das Ausfüllen von Formularen sind Tätigkeiten, die Hausärzt*innen im Praxisalltag übernehmen. Organisatorische und administrative Aufgaben, die während der Konsultationszeit aufkommen, bringen einen zusätzlichen Aufwand für die interviewten Hausärzt*innen mit sich. Dies wirft die Frage auf, ob die Übertragung solcher Tätigkeiten an beispielsweise den/die MFA oder einen anderen nichtmedizinischen Assistenzberuf dem/der Hausärzt*in die Möglichkeit bieten würde, sich mehr auf die medizinische Versorgung der Patient*innen zu konzentrieren. Eine Studie von Margolius et al. empfiehlt die Neuorganisation von Praxen im Sinne einer Erweiterung der Mitarbeiter*innenzahl und der Delegation von Aufgaben an nichtmedizinisches Personal. Dies könnte, auch vor dem Hintergrund des Rückgangs der Anzahl an Hausärzt*innen, dazu beitragen, die Patient*innenversorgung zu verbessern [36].

Die Verantwortung, die MFA gegenüber ihren Patient*innen haben, sowie ihr Stellenwert in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen werden in der Darstellung der Ergebnisse aus dem Kapitel zur Perspektive der MFA nochmals deutlich. Jedoch ist dem Einsatz von MFA sowie ihren Kompetenzen ein Rahmen gesetzt, der gesetzlich in der Delegationsvereinbarung (§ 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V) festgelegt ist. Dies ist ein Grund dafür, dass MFA nicht alle Tätigkeiten übernehmen (können), die sie sich selbst oder die die Hausärzt*innen ihnen zutrauen würden.

So war laut den Ergebnissen der Fragebogenerhebung mit niedergelassenen Berliner Hausärzt*innen von 2018, die in einem zweiten Teil der gleichen Studie, aufbauend auf den hier beschriebenen Interviews, durchgeführt wurde, ein Großteil der Hausärzt*innen insgesamt positiv

gegenüber der Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen an und durch nichtärztliches Fachpersonal eingestellt [37].

In einer Befragung der Bevölkerung von 2017 zur Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an MFA (KBV-Survey 2017) waren etwa knapp 70 % der Befragten bereit, sich bei kleineren Erkrankungen (zum Beispiel Erkältungen, Magen-Darm-Probleme oder Kopfschmerzen) durch eine(n) speziell dafür ausgebildete(n) MFA behandeln zu lassen. Etwa die Hälfte der Befragten würde laut der Befragung die Behandlung durch eine(n) MFA bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung akzeptieren. Insgesamt kann also von einer eher positiven Einstellung gegenüber der Übertragung medizinischer Tätigkeiten an MFA gesprochen werden. In der gleichen Untersuchung zeigte sich jedoch, dass vor allem ältere Menschen eher kritisch gegenüber der Behandlung durch MFA eingestellt sind. Die Interpretation dieser Daten lässt vermuten, dass ältere Patient*innen eher ein traditionelles Bild einer paternalistischen Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung vor Augen haben [20].

Aus den Interviews mit den MFA kann zusätzlich abgeleitet werden, dass diese motiviert sind sich weiter fortzubilden und gerne mehr Verantwortung übernehmen würden, um die Hausärzt*innen zu entlasten. Auch bisherige Studien weisen darauf hin, dass MFA Interesse an zusätzlichen Qualifikationsmaßnahmen mitbringen. Durch die Fort- und Weiterbildung von MFA kann die Rolle dieser Berufsgruppe im Team der Hausarztpraxis gestärkt werden. Außerdem können so die Qualität der Patient*innenversorgung sowie die Patient*innenzufriedenheit verbessert werden [5, 38]. Die Ausweitung der Rolle der MFA und anderen nichtmedizinischen Berufsgruppen in der Hausarztpraxis kann jedoch nur funktionieren, wenn sich Hausärzt*innen durch die Umlagerung von Aufgaben nicht in ihrer Rolle und Verantwortung bedroht fühlen [18, 19].

Gleichzeitig würden die Notwendigkeit von qualifizierenden Maßnahmen und die Übernahme weiterer Tätigkeitsfelder mit einer deutlichen Mehrbelastung für die MFA einhergehen. Angesichts der bereits deutlichen Auslastung der MFA im Praxisbetrieb ist anzunehmen, dass eine Erweiterung des Aufgabengebietes der MFA nur mit zusätzlichen personellen Ressourcen umgesetzt werden kann.

Die Ergebnisse der Interviews deuten darauf hin, dass ein einziges einheitliches Konzept zur Unterstützung der Hausärzt*innen in Koordinationsaufgaben nicht auf jede Hausarztpraxis übertragbar ist. Dieser Meinung sind auch Sinnott et al. In ihrer Studie zu Hausärzt*innenperspektiven zum Versorgungsmanagement von multimorbiden Patient*innen kommen sie zu dem Schluss, dass es keine einheitliche Intervention gibt, die mit einer verbesserten Versorgung von multimorbiden Patient*innen einhergeht [32]. Das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 [2] unterstreicht zudem den zusätzlichen strukturellen Bedarf in der Allgemeinmedizin in Deutschland. Es wird empfohlen, die Verteilung von Kompetenzen neu zu strukturieren. Nichtmedizinische Berufe sollen außerdem mehr Aufgaben und Verantwortungsbereiche

zugeteilt bekommen. Der Sachverständigenrat hebt weiterhin den Forschungsbedarf bezüglich der Tragweite von praxisinternen organisatorischen Eigenschaften, wie zum Beispiel der Führung und Praxiskultur, aber auch von internen Ressourcen zur Verbesserung von Gesundheits-Outcomes in der Hausarztpraxis hervor [2].

Petersen et al. zeigen in ihrer Studie auf, dass auch aus der Sicht von multimorbiden Patient*innen die Umsetzung einer strukturierten und koordinierten Versorgung in deutschen Hausarztpraxen verbessert werden sollte. Die Implementierung von neuen Konzepten in Einzelpraxen (als typisches Setting in Deutschland), die ohnehin meist über knappe personelle und finanzielle Ressourcen verfügen, kann vor allem durch den Einsatz von fortgebildeten medizinischen Assistenzberufen umgesetzt werden [39]. Bereits bestehende Versorgungslücken ergeben sich aus der fehlenden Koordination der Patient*innenversorgung. Um zu verhindern, dass insbesondere multimorbide Patient*innen durch diese Versorgungslücken fallen, bedarf es auf der Seite der Hausarztpraxis hinreichend an Ressourcen und Versorgungskontinuität [10]. Eine koordinierte Versorgung in der Hausarztpraxis, einschließlich einer guten Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sowie der Kooperation zwischen verschiedenen Versorger*innen in unterschiedlichen Settings, kann zur Versorgungskontinuität beitragen [11].

Der ungedeckte Bedarf im Bereich sozialer und sozialrechtlicher Beratungsanlässe von multimorbiden Patient*innen scheint den Hausärzt*innen gegenwärtig zu sein. Jedoch fehlt ihnen die Zeit und sie fühlen sich nicht genügend qualifiziert, um soziale und sozialrechtliche Probleme adäquat zu betreuen. Ein Lösungsansatz könnte die Einbeziehung von Sozialarbeiter*innen aus einer Einrichtung im Stadtbezirk oder aber auch eines/einer MFA mit einer Weiterbildung im sozialen und sozialrechtlichen Bereich darstellen. Diese Berufsgruppen könnten soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe in Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis adressieren, ohne mit dem Verantwortungsbereich der Hausärzt*innen zu konkurrieren. Ergebnisse aus vorangegangenen Studien kommen zu den gleichen Ergebnissen [8, 40, 41]. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen wurde in den Interviews immer wieder in Zusammenhang mit dem Bedarf der Unterstützung durch eine nichtmedizinische Berufsgruppe thematisiert. Sozialarbeiter*innen können umfassende Versorgung anbieten. Diese beinhaltet beispielsweise Patient*innen zu helfen, mit ihrer chronischen Erkrankung umzugehen, Beratung anzubieten oder aber Patient*innen und ihren Angehörigen im Alltag Hilfestellung zu bieten [40]. McGregor et al. fanden des Weiteren heraus, dass Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf von der Versorgung durch eine/n Sozialarbeiter*in im Hausarztsetting profitieren können [41]. Auch Zimmermann et al. weisen auf den Bedarf an kooperativen und niedrighwelligen Konzepten hin, die den Einsatz von nichtmedizinischen Unterstützungsmaßnahmen im Hausarztpraxis-Setting vorsehen. Lösungsansätze innerhalb der Hausarztpraxis scheinen zwar bevorzugt in Erwägung gezogen zu werden. Institutionsübergreifende Konzepte außerhalb der Hausarztpraxis sollten jedoch ebenso weitergedacht werden [8].

Aus den Interviews kann der Unterstützungsbedarf für koordinative Tätigkeiten, aber auch für soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe deutlich herausgearbeitet werden. Die interviewten Hausärzt*innen und ihre MFA scheinen diesbezüglich tendenziell ein Konzept zur Unterstützung ungedeckter Bedarfe mit einem zusätzlichen Teammitglied innerhalb der Praxis zu favorisieren.

Stärken und Limitationen der Studie

Die Methode des Purposive Samplings von Hausärzt*innen aus dem institutsinternen Forschungspraxennetzwerk ANCHOR garantiert zwar eine ausreichende Teilnehmer*innenrate. Auch wenn durch den qualitativen Ansatz kein Anspruch auf Repräsentativität besteht, wären bei der Teilnahme von mehr Hausärzt*innen unter Umständen noch weitere Aspekte zur Sprache gekommen. Weiterhin kann die Rekrutierung von Hausärzt*innen aus einem Forschungspraxennetzwerk auch zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da nur Hausärzt*innen befragt wurden, die forschungsinteressiert und somit engagierter als andere sind [42]. Das Ziel dieser Studie bestand jedoch in der Exploration von Bedarfen, Vorstellungen und Wünschen der Hausärzt*innen hinsichtlich der Versorgung von multimorbiden Patient*innen. Eine nichtrandomisierte Auswahl von Teilnehmer*innen durch das Purposive Sampling schien der Forscher*innengruppe eine adäquate Wahl zu sein, um Meinungen und Sichtweisen von Individuen einzufangen, die bereits informiert oder interessiert an dem Thema der Studie sind [26]. Durch die Fragebogenstudie in der darauffolgenden Studienphase, die auf den Ergebnissen der Interviewstudie basierte, konnte eine breitere Perspektive einer größeren Anzahl an Hausärzt*innen erfasst werden, in die sich tiefergehende Einblicke der ausgewählten Gruppe an Hausärzt*innen aus den Interviews integrieren ließen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass insbesondere städtisch arbeitende Hausärzt*innen befragt wurden.

Durch die Methode der Framework-Analyse konnte der Schritt der Datenanalyse von einer multidisziplinären Zusammenarbeit im Team profitieren. Das ist als eine Stärke der Studie zu sehen, da die verschiedenartigen Sichtweisen der unterschiedlichen Disziplinen einen tiefen Einblick in die Daten ermöglichten.

Die Patient*innenperspektive wird in anderen Teilprojekten von NAVICARE beziehungsweise COMPASS evaluiert. Eine Interviewstudie erforscht die Sicht von chronisch kranken Patient*innen in Hinblick auf die Versorgungsqualität sowie ungedeckte Bedarfe. Darüber hinaus wird im Rahmen einer bundesweiten Versichertenbefragung die Bevölkerung zur Delegation von medizinischen Tätigkeiten an MFA befragt. Diese Ergebnisse ergänzen die hier dargestellte Perspektive der Hausärzt*innen und MFA.

Die Ergebnisse der COMPASS-Studie spiegeln die Charakteristiken des deutschen Gesundheitssystems mit seinen typischen Settings wider. Nichtsdestotrotz wurden diese Ergebnisse unter Berücksichtigung der internationalen Literatur, in welcher verschiedene

Koordinationsmodelle in der Hausarztpraxis bereits entwickelt wurden, diskutiert und mit ihr untermauert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Koordination in der Hausarztpraxis beinhaltet ein breites Spektrum an Aufgaben, die jeweils von der Struktur der einzelnen Praxen abhängig sind. Der/die Hausärzt*in als Koordinator*in trägt die Hauptverantwortung im gesamten Versorgungsprozess. Die komplexe Versorgung von multimorbiden Patient*innen bezieht Akteur*innen aus verschiedenen Gesundheitssektoren mit ein. Um eine optimale Versorgung für multimorbide Patient*innen zu gewährleisten, bedarf es insbesondere der Unterstützung im Bereich der Koordination sowie im sozialen und sozialrechtlichen Bereich der Versorgung.

Obschon eine gewisse Zurückhaltung gegenüber neuen Versorgungskonzepten von Seiten der Hausärzt*innen besteht, ist eine positive Tendenz zur Umsetzung von Konzepten zur Delegation von Aufgaben an zusätzliche Mitarbeiter*innen, die in der Hausarztpraxis angesiedelt sind, zu erkennen.

Die bereits tragende Rolle der MFA, insbesondere in Bezug auf ihr Vertrauensverhältnis und den niedrigschwelligen Kontakt zu den Patient*innen, sollte in ein innovatives Versorgungskonzept integriert werden.

WEITERFÜHRENDE WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN

Aus den dargestellten Ergebnissen lassen sich weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen ableiten, die unter anderem in den darauffolgenden Studienphasen Beachtung fanden. Darüber hinaus sind weitere Fragen entstanden, die die Notwendigkeit des zusätzlichen Forschungsbedarfes nach Beendigung der Studie deutlich machen.

Aus den geführten Interviews wurden die Herausforderungen an die Hausärzt*innen und ihre MFA in der Versorgung von multimorbiden Patient*innen deutlich. Außerdem konnte ebenso eine Tendenz erkannt werden, in welchen Tätigkeitsbereichen Hausärzt*innen Unterstützung benötigen und welche Personen oder Einrichtungen zur Unterstützung der Hausärzt*innen und MFA in Frage kommen.

- Welche Eigenschaften sollte ein Versorgungskonzept innerhalb der Hausarztpraxis beinhalten, um die Herausforderungen in der Koordination der hausärztlichen Versorgung von multimorbiden Patient*innen zu bewältigen?

Weitere Analysen zeigen auf, dass sich Hausärzt*innen im Speziellen Unterstützung in sozialen und sozialrechtlichen Tätigkeiten wünschen. Darauf aufbauend ergibt sich folgende Fragestellung:

- Kann eine MFA im Rahmen einer Weiterbildung mit sozialem und sozialrechtlichem Schwerpunkt die ungedeckten Bedarfe in der Hausarztpraxis decken?

Um eine langfristige Versorgung von multimorbiden Patient*innen zu gewährleisten, welche nicht an eine Projektlaufzeit gebunden ist, ist die Unterstützung durch bereits bestehende Strukturen, zum Beispiel soziale und sozialrechtliche Angebote im Bezirk, vorstellbar. Folgende Forschungsfrage schließt sich somit an:

- Welche bestehenden Versorgungsangebote sind in der Hausärzt*innenschaft bekannt und welche werden bereits genutzt?

Darauf aufbauend ist zu überlegen, welche bestehenden Angebote in der Hausarztpraxis angesiedelt werden können und ebenso im Praxisalltag, angelehnt an die durch die Hausärzt*innen in den Interviews gestellten Bedingungen, umsetzbar sind.

Basierend auf der Analyse der Interviews, aber auch gestützt durch die Literatur wird deutlich, dass Hausärzt*innen nicht nur per Gesetz die Koordination des Versorgungsprozesses übernehmen. Sie fühlen sich auch im Praxisalltag als die Verantwortlichen in der Patient*innenversorgung. Es hat sich aber ebenso gezeigt, dass MFA in der Hausarztpraxis einen hohen Stellenwert haben. Zudem sind sie motiviert sich weiter fortzubilden und mehr Verantwortung zu übernehmen. Folgende weiterführende Fragestellung lässt sich aufbauend formulieren:

- Welche koordinative Rolle übernehmen Hausärzt*innen und ihre MFAs in Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen?

Die Rahmenbedingungen für eine funktionierende Zusammenarbeit gilt es im Vorhinein zu diskutieren und abzustecken.

Bezugnehmend auf die Kritik der Hausärzt*innen an dem fehlenden Informationsfluss zwischen ihnen und anderen Versorger*innen lässt sich die weiterführende Frage ableiten:

- Welche Kommunikationswege sind in einer Kooperation mit den beteiligten Akteur*innen vorstellbar?

Eine wichtige Komponente, die neben jeder einzelnen der bereits aufgeworfenen Fragen unbedingt stehen sollte, ist die des Mehrwertes für die Patient*innen.

- Welche Vorteile ergeben sich aus einer Zusammenarbeit zwischen der Hausarztpraxis und einer sozialen/sozialrechtlichen Einrichtung für die Patient*innen und wie lassen sich diese einbinden?

Es bedarf an dieser Stelle eines regelmäßigen Assessments der Patient*innenzufriedenheit, welches zu verschiedenen Zeitpunkten während des Versorgungsverlaufes erfasst werden sollte. Im Rahmen eines zweiten Förderzeitraumes der NAVICARE-Studie soll Raum für diese weiterführenden Fragen gegeben werden.

SELBSTERBRACHTE LEISTUNGEN

Mein Beitrag für die Erarbeitung der Publikation, auf der diese Dissertationsschrift basiert, wird nachfolgend beschrieben.

Einarbeitung in die Studie: umfassende Literaturrecherche

In Vorbereitung auf die erste Studienphase habe ich mit einer umfassenden Sichtung der Literatur aus dem deutschen sowie dem angelsächsischen Raum begonnen. Neben einer generellen Einarbeitung in das und dem Vertrautmachen mit dem Studienthema diente die Sichtung der Literatur ebenso der Sicherstellung eines Literaturbestandes, der im Verlauf der Studie fortwährend ergänzt wurde. Die Literatur habe ich in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X7 eingepflegt. Diese war somit für alle Studienmitarbeiter*innen zugänglich. Der in Endnote angelegte Projektliteraturordner konnte von allen Projektmitarbeiter*innen genutzt und ergänzt werden. Der aktuelle Forschungsstand konnte somit zunächst in der Breite (in Hinblick auf die übergeordnete NAVICARE-Studie und das Teilprojekt COMPASS) herausgearbeitet werden. Im Verlauf des Forschungsprozesses wurde spezifische Literatur, zugeschnitten auf die konkreten Forschungsfragen der Interviewstudie, herausgefiltert und analysiert.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Nach der Lektüre zum Forschungsstand war ich im nächsten Schritt federführend an der Entwicklung eines Konzeptes zur Erstellung des Interviewleitfadens beteiligt. Das Konzept beinhaltete zunächst die Festlegung von Inhalten sowie die Art der Interviewdurchführung. Daraufhin wurde der teilstrukturierte Interviewleitfaden erstellt. Die Konzeptualisierung sowie Erstellung des Interviewleitfadens wurde in ständiger Rücksprache mit dem Studienteam umgesetzt. Weiterhin habe ich in Zusammenarbeit mit dem Studienteam den Leitfaden in einer institutsinternen Forschungswerkstatt vorgestellt. Unter Berücksichtigung des Feedbacks der Teilnehmer*innen aus der Forschungswerkstatt wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet.

Die finale Version wurde auf die Interviews angewendet.

Rekrutierung der Hausärzt*innen für die Durchführung der Interviews

Die Rekrutierung der Hausärzt*innen und MFA für die Teilnahme an den Interviews gehörte ebenso zu meinen Aufgabengebieten. Sowohl die postalische Adressierung mit der Einladung zur Teilnahme an der Studie als auch die telefonische Terminabsprache und Erinnerung waren meine Hauptaufgaben vor der Durchführung der Interviews.

Durchführung der Interviews

Im Zeitraum zwischen Juli und September 2017 wurden 32 Interviews mit den Hausärzt*innen und ihren MFA geführt. Den Großteil der Interviews habe ich durchgeführt.

Analyse der Interviews

Schon während der Interviewphase habe ich in Zusammenarbeit mit dem Studienteam mit der Transkription der Interviews begonnen. Die Transkription der Interviews war im Dezember 2017

abgeschlossen. Während der Transkription der Interviews konnte ich mich bereits mit den Inhalten der Interviews vertraut machen.

An der Analyse der Interviews war ich federführend beteiligt. Diese wurde in Zusammenarbeit mit dem Projektteam durchgeführt. In regelmäßigen Projekttreffen habe ich über den Stand der Auswertung berichtet und es wurden erste Ergebnisse diskutiert.

Schon während des Analyseprozesses konnten erste Ergebnisse herausgezogen werden.

Präsentation der Ergebnisse

Vorläufige Ergebnisse habe ich auf Kongressen und Symposien schon während der Auswertungsphase präsentiert. Im August 2018 wurde die Analysephase abgeschlossen.

Weitere Präsentationen auf Kongressen und Symposien dienten der abgeschlossenen Ergebnisdarstellung und Diskussion zu spezifischen Themenbereichen der Interviewstudie.

Erstellung des Manuskriptes zur Publikation der Ergebnisse

Auf Grundlage der Ergebnisauswertung der Interviews habe ich mit der Erstellung des Manuskriptes begonnen. Den ersten Entwurf des Manuskriptes habe ich vollständig und selbstständig in englischer Sprache entworfen. In der weiteren Bearbeitung bekam ich Unterstützung, insbesondere durch meine Zweit-Promotionsbetreuerin Dr. Susanne Döpfmer. Auch die Hinweise der Ko-Autor*innen wurden in der Bearbeitung weiterer Entwürfe mit eingebracht.

Eigenanteil an der Erstellung des Manuskriptes

Mein Eigenanteil in der konzeptionellen Erarbeitung sowie praktischen Ausarbeitung des Manuskriptes beinhaltete unter anderem die Auswahl und Gliederung der Themenschwerpunkte, die Auswahl der Zitate aus dem Datenmaterial, die Beschreibung der Ergebnisse anhand der Zitate, die Auswahl der verwendeten Literatur zur Darstellung des Forschungsstandes, der Methodik und Diskussion der Ergebnisse sowie die Darstellung der Inhalte in Graphiken und Tabellen. Die Verschriftlichung aller Kapitel lag in meiner Verantwortung. Der aktuelle Stand des Manuskriptes wurde den Ko-Autor*innen in regelmäßigen Abständen rückgemeldet. Schließlich wurde ein finaler Entwurf einer Lektorin vorgelegt, die das Manuskript auf Stil und Sprache hin korrigiert hat.

Einreichung und Veröffentlichung des Manuskriptes bei BMC Family Practice

Den finalen Entwurf des Manuskriptes habe ich am 10. Juli 2019 bei dem Journal BMC Family Practice eingereicht. Im Oktober habe ich die Änderungsempfehlungen der Reviewer erhalten und eingearbeitet. Anschließend habe ich das Manuskript erneut eingereicht. Am 07. November 2019 kam die Mitteilung, dass der Artikel zur Veröffentlichung angenommen wurde.

Der Artikel wurde am 20. November 2019 in BMC Family Practice online in Open-Access-Form (Volume 20, Issue 160) publiziert.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Baldauf A, Gerlach FM, Szecsenyi J. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*. 2011 Jun 29; 12:163. doi:10.1186/1745-6215-12-163.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>. Zugriffsdatum: 20.01.2020.
3. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmei A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsbl*. 2010 Apr 9; 53:441–450. doi:10.1007/s00103-010-1052-9.
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand 31.12.2017.
http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf. Zugriffsdatum: 20.01.2020.
5. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co–Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *ZFA*. 2009; 85:403-405. doi:10.3238/zfa.2009.0403.
6. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med*. 2010; 86(3):93–98. doi:10.3238/zfa.2010.0093.
7. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. 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(3):727-43 [published online first: 2014 Dec 19]. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.
8. Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, Scherer M. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid Fortbild und Qual im Gesundheitsw*. 2018 April; 131-132:81-89. doi:10.1016/j.zefq.2018.01.008.
9. Scherer M, Wagner HO, Lühmann, D, Muche-Borowski, Schäfer I, Duben HH, Hansen H, Thiesemann R, von Renteln-Kruse W, Hofmann W, Fessler J, van den Bussche H. In: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.). Multimorbidität. S3-Leitlinie. Berlin; 2017.

10. Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Fam Pract*. 2015 Feb; 32(1):82-7 [published online first: 2014 Nov 18]. doi:10.1093/fampra/cmu077.
11. Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *J Health Serv Res Policy*. 2011 Apr; 16(2):67-74 [published online first: 2010 Jun 30]. doi:10.1258/jhsrp.2010.010015.
12. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Eler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM, Szecsenyi J. Medical assistant-based care management for high-risk patients in small primary care practices: a cluster randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2016 Mar 01; 164(5):323-30. doi:10.7326/M14-2403.
13. Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med*. 2011; 87(6):280-286. doi:10.3238/zfa.2011.0280.
14. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004 Mar; 291(10):1246–1251. doi:10.1001/jama.291.10.1246.
15. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract*. 2012 Aug; 29(4):448-54 [published online first: 2012 Jan 27]. doi:10.1093/fampra/cmr127.
16. Kassenärztliche Vereinigung. Bekanntmachung der Herausgeber. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs.1 S.3 SGB V. *Dtsch Arztebl*. 2013; 110(38):A-1757 / B-1549 / C-1525.
17. Dini L, Miralles J, Heintze C. Delegation in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht. LZG.NRW. Bochum; 2018.
https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2018_df/befragung_delegation_hausaerztl_taetigkeiten.pdf. Zugriffdatum: 24.01.2020.
18. Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2009 Apr; 65(4):799-808 [published online first: 2009 March 02]. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x.
19. Rosemann T, Joest K, Koerner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J: How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract*. 2006 Mar 03; 7:14. doi:10.1186/1471-2296-7-14.

20. Jedro C, Holmberg C, Tille F, Widmann J, Schneider A, Stumm J, Döpfmer S, Kuhlmei A, Schnitzer S. The acceptability of task-shifting from doctors to allied health professionals—results from a representative telephone survey of members of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 583–90. doi:10.3238/arztebl.2020.0583.
21. Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. [The Bellagio Model: an evidence-informed, international framework for population-oriented primary care. First experiences]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2009; 103(7):467-74. doi:10.1016/j.zefq.2009.06.006.
22. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Dudley DJ, Fiscella K, Paskett E, Raich PC, Roetzheim RG; Patient Navigation Research Program Group. National Cancer Institute Patient Navigation Research Program. *Cancer.* 2008 Dec 15; 113(12):3391-9. doi:10.1002/cncr.23960.
23. Braeseke G, Pflug C. Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten für Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. IGES Institut GmbH; Berlin; 2017.
24. Stumm J, Thierbach C, Peter, L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2019 Nov; 20:160. doi:10.1186/s12875-019-1048-y.
25. Palinkas LA, Horwitz S.M, Green CA., Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health.* 2015 Sep; 42(5):533-44; doi:10.1007/s10488-013-0528-y.
26. Etikan I, Musa SA, Alkassim RS. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics.* 2016 Jan; 5(1):1-4. doi:10.11648/j.ajtas.20160501.11.
27. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* 2. Auflage. Band 2:669-686. Springer Nature. Wiesbaden, Germany; 2019.
28. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol.* 2013 Sept 18; 13:117. doi:10.1186/1471-2288-13-117.
29. Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* 6. Auflage. Marburg, Germany; 2015. <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf>.
Zugriffsdatum: 24.01.2020.

30. Krug H. Der alte Patient: Herausforderung an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes. *Ethik in der Medizin*. 2009 Jun; 21(2):101-111. doi:10.1007/s00481-009-0012-0.
31. Klingler C, Marckmann G. Was ist eine gute Versorgung? Ein ethisches Framework zur Bewertung der Versorgung chronisch Kranker. *Gesundheitswesen*. 2015; 77:533-539. doi:10.1055/s-0034-1387741.
32. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2013; 3:e003610. doi:10.1136/bmjopen-2013-003610.
33. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb; 28(1):w1-16 [published online first: 2008 Nov 13]. doi:10.1377/hlthaff.28.1.w1.
34. Yatim F, Cristofalo P, Ferrua M, Girault A, Lacaze M, Di Palma M, Minvielle E. Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: a mixed method study for the case of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017 Mar; 25(3):863-868 [published online first: 2016 Nov 9]. doi:10.1007/s00520-016-3474-x.
35. Sondergaard EG, Grone BH, Wulff CN, Larsen PV, Sondergaard J. A survey of cancer patients' unmet information and coordination needs in handovers - a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2013 Sep 25; 6:378. doi:10.1186/1756-0500-6-378.
36. Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med*. 2012 Mar-Apr; 25(2):209-15. doi:10.3122/jabfm.2012.02.100279.
37. Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Schnitzer S, Kümpel L, Grittner U, Rieckmann N, Dini L, Heintze C. Unterstützungsbedarf und –möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf – Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*. 2020; doi:10.1055/a-1173-9225
38. Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, Restle S, Schluckebier I, Schmiedeberg E, Schulz-Rothe S, Gütthlin C. Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. 2014; 90(11): 445-450. doi:10.3238/zfa.2014.0445–045.
39. Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer S, Riedel-Heller SG, Fuchs A, Maier W, Bickel H, König HH, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, Dahlhaus A; MultiCare Study Group. Implementation of chronic illness care in German primary care practices--how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC Health Serv Res*. 2014 Aug 7; 14:336. doi:10.1186/1472-6963-14-336.

40. Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The critical role of social workers in home based primary care. *Soc Work Health Care*. 2014; 53(4):330-43. doi:10.1080/00981389.2014.884041.
41. McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018 Jan; 26(1):1-13 [published online first: 2016 Apr 5]. doi:10.1111/hsc.12337.
42. Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, Sigle J, Boeckmann H, Kuehnel S, Niebling W, Scheidt-Nave C. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Family practice*. 2005 Aug; 22(4):458-64 [published online first: 2005 Apr 6]. doi:10.1093/fampra/cmi022.

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

„Ich, Judith Stumm, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: -Koordination der Versorgung multimorbider Patient*innen. Konzepte zur Unterstützung der Hausärzt*innen – eine qualitative Studie- / -Coordination of care for multimorbid patients. Concepts to support general practitioners – a qualitative study- selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren*innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer*in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

ANTEILSERKLÄRUNG AN DER ERFOLGTEN PUBLIKATION

Frau Judith Stumm ist seit März 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit Januar 2018 als Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin unter Leitung von Prof. Dr. med. Christoph Heintze tätig.

Frau Stumm war von Beginn der COMPASS-Studie im Wesentlichen in der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Interviewstudie (Projektphase 1, COMPASS) tätig.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin war sie außerdem auch als Erstautorin sowie als Koautorin an der Erstellung und Revision von Manuskripten im inhaltlichen Projektkontext tätig.

Judith Stumm hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Stumm J, Thierbach C, Peter, L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019 Nov; 20:160. doi:10.1186/s12875-019-1048-y.

Impact Faktor: 2,431

Beitrag im Einzelnen:

Vorbereitung, Planung und Durchführung der Interviews mit den Hausärzt*innen und ihrer MFA; Hauptverantwortliche für die Analyse und Interpretation der erhobenen Daten; Verfassen der Publikation; Corresponding Author.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Nach der Lektüre zum Forschungsstand war ich im nächsten Schritt federführend an der Entwicklung eines Konzeptes zur Erstellung des Interviewleitfadens beteiligt. Das Konzept beinhaltete zunächst die Festlegung von Inhalten sowie die Art der Interviewdurchführung. Daraufhin wurde der teilstrukturierte Interviewleitfaden erstellt. Die Konzeptualisierung sowie Erstellung des Interviewleitfadens wurde in ständiger Rücksprache mit dem Studienteam umgesetzt. Weiterhin habe ich in Zusammenarbeit mit dem Studienteam den Leitfaden in einer institutsinternen Forschungswerkstatt vorgestellt. Unter Berücksichtigung des Feedbacks der Teilnehmer*innen aus der Forschungswerkstatt wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet.

Die finale Version wurde auf die Interviews angewendet.

Rekrutierung der Hausärzt*innen für die Durchführung der Interviews

Die Rekrutierung der Hausärzt*innen und MFA für die Teilnahme an den Interviews gehörte ebenso zu meinen Aufgabengebieten. Sowohl die postalische Adressierung mit der Einladung zur Teilnahme an der Studie als auch die telefonische Terminabsprache und Erinnerung waren meine Hauptaufgaben vor der Durchführung der Interviews.

Durchführung der Interviews

Im Zeitraum zwischen Juli und September 2017 wurden 32 Interviews mit den Hausärzt*innen und ihren MFA geführt. Den Großteil der Interviews habe ich durchgeführt.

Analyse der Interviews

Schon während der Interviewphase habe ich in Zusammenarbeit mit dem Studienteam mit der Transkription der Interviews begonnen. Die Transkription der Interviews war im Dezember 2017 abgeschlossen. Während der Transkription der Interviews konnte ich mich bereits mit den Inhalten der Interviews vertraut machen.

An der Analyse der Interviews war ich federführend beteiligt. Diese wurde in Zusammenarbeit mit dem Projektteam durchgeführt. In regelmäßigen Projekttreffen habe ich über den Stand der Auswertung berichtet und es wurden erste Ergebnisse diskutiert.

Schon während des Analyseprozesses konnten erste Ergebnisse herausgezogen werden.

Erstellung des Manuskriptes zur Publikation der Ergebnisse

Auf Grundlage der Ergebnisauswertung der Interviews habe ich mit der Erstellung des Manuskriptes begonnen. Den ersten Entwurf des Manuskriptes habe ich vollständig und selbstständig in englischer Sprache entworfen. In der weiteren Bearbeitung bekam ich Unterstützung, insbesondere durch meine Zweit-Promotionsbetreuerin Dr. Susanne Döpfmer. Auch die Hinweise der Ko-Autor*innen wurden in der Bearbeitung weiterer Entwürfe mit eingebracht.

Eigenanteil an der Erstellung des Manuskriptes

Mein Eigenanteil in der konzeptionellen Erarbeitung sowie praktischen Ausarbeitung des Manuskriptes beinhaltete unter anderem die Auswahl und Gliederung der Themenschwerpunkte, die Auswahl der Zitate aus dem Datenmaterial, die Beschreibung der Ergebnisse anhand der Zitate, die Auswahl der verwendeten Literatur zur Darstellung des Forschungsstandes, der Methodik und Diskussion der Ergebnisse sowie die Darstellung der Inhalte in Graphiken und Tabellen. Die Verschriftlichung aller Kapitel lag in meiner Verantwortung. Der aktuelle Stand des Manuskriptes wurde den Ko-Autor*innen in regelmäßigen Abständen rückgemeldet. Schließlich wurde ein finaler Entwurf einer Lektorin vorgelegt, die das Manuskript auf Stil und Sprache hin korrigiert hat.

Aus der qualitativen Analyse der Interviews sind Tabelle 2, 3 und 4 entstanden. Abbildung 1 wurde zur Übersicht der NAVICARE-Projektstruktur und Tabelle 1 zur übersichtlichen Darstellung des Interviewleitfadens erstellt. Beide (Abbildung 1 und Tabelle 1) sind im Rahmen der Erstellung des Methodenteils entstanden.

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

AUSZUG AUS DER JOURNAL SUMMARY LIST

Journal Data Filtered By: Selected JCR Year: 2018 Selected Editions: SCIE,SSCI Selected Categories: "PRIMARY HEALTH CARE" Selected Category Scheme: WoS Gesamtanzahl: 19 Journale			
Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor
1	BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE	6,489	4.434
2	ANNALS OF FAMILY MEDICINE	5,314	4.185
3	npj Primary Care Respiratory Medicine	659	2.820
4	AMERICAN FAMILY PHYSICIAN	6,860	2.580
5	Journal of the American Board of Family Medicine	3,654	2.511
6	BMC Family Practice	4,209	2.431
7	CANADIAN FAMILY PHYSICIAN	3,761	2.186
8	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE	1,381	2.095
9	Primary Care Diabetes	843	2.008
10	FAMILY PRACTICE	4,651	1.986
11	PHYSICIAN AND SPORTSMEDICINE	1,317	1.874
12	PRIMARY CARE	1,094	1.723
13	European Journal of General Practice	648	1.617
14	Atencion Primaria	1,201	1.346
15	FAMILY MEDICINE	2,817	1.089
16	Primary Health Care Research and Development	606	1.034
17	Australian Journal of Primary Health	844	1.024
18	Australian Family Physician	1,790	0.826
19	JOURNAL OF FAMILY PRACTICE	1,978	0.822

Selected JCR Year: 2018; Selected Categories: "PRIMARY HEALTH CARE"

DRUCKEXEMPLAR DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATION:

Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study.

Vorgelegte Publikation:

Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019 Nov; 20:160. doi:10.1186/s12875-019-1048-y.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study



Judith Stumm^{1*}, Cornelia Thierbach¹, Lisa Peter¹, Susanne Schnitzer², Lorena Dini¹, Christoph Heintze¹ and Susanne Döpfmer¹

Abstract

Background: In Germany, a decreasing number of general practitioners (GPs) face a growing number of patients with multimorbidity. Whilst care for patients with multimorbidity involves various healthcare providers, the coordination of this care is one of the many responsibilities of GPs. The aims of this study are to identify the barriers to the successful coordination of multimorbid patient care and these patients' complex needs, and to explore the support needed by GPs in the care of multimorbid patients. Interviewees were asked for their opinion on concepts which involve the support by additional employees within the practice or, alternatively, external health care professionals, providing patient navigation.

Methods: Thirty-two semi-structured, qualitative interviews were conducted with 16 GPs and 16 medical practice assistants (MPAs) from 16 different practices in Berlin. A MPA is a qualified non-physician practice employee. He or she undergoes a three years vocational training which qualifies him or her to provide administrative and clinical support. The interviews were digitally recorded, transcribed and analysed using the framework analysis methodology.

Results: The results of this paper predominantly focus on GPs' perspectives of coordination within and external to general practice. Coordination in the context of care for multimorbid patients consists of a wide range of different tasks. Organisational and administrative obstacles under the regulatory framework of the German healthcare system, and insufficient communication with other healthcare providers constitute barriers described by the interviewed GPs and MPAs. In order to ensure optimal care for patients with multimorbidity, GPs may have to delegate responsibilities associated with coordinating tasks. GPs consider the deployment of an additional specifically qualified employee inside the general practice to take on coordinative and social and legal duties to be a viable option.

Conclusions: The cross-sectoral cooperation between all involved key players working within the healthcare system, as well as the coordination of the whole care process, is seemingly challenging for GPs within the complex care system of multimorbid patients. GPs are generally open to the assignment of a person to support them in coordination tasks, preferably situated within the practice team.

Keywords: Primary health care, Multimorbidity - coordination of care - general practitioner, Medical practice assistant - navigator - qualitative research

* Correspondence: judith.stumm@charite.de

¹Institute of General Practice, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

Due to a recent demographic change in Germany, GPs are faced with a growing number of patients with multimorbidity. The care of these patients with complex needs is often provided by multiple doctors and a range of other healthcare professionals, and the coordination of their care is challenging for both GPs and patients [1]. Coordination of care for multimorbid patients means a functioning trans-sectoral care that interlocks all involved healthcare providers. The coordination of care especially includes work beyond the direct patient contact. The elements that define coordination are difficult to specify, because coordination tasks are not detached from other care tasks [2]. Research findings suggest that coordination of care in general practice as well as care provided by multidisciplinary teams can enhance the continuity of care of patient with multimorbidity [2–4].

Primary health care (–teams) play a decisive role in the coordination and therefore the continuity of care of multimorbid patients [2]. GPs provide comprehensive long-term care for patients with multimorbidity, playing the central role in patients' care, which implies a sense of affiliation [5]. Often, they have to assume a mediating role between specialists and patients in order to find a compromise between the specialist's recommendations and the patient's needs, views and wishes [2–6].

At the same time, the decline in the number of GPs in Germany means that new concepts have to be developed to support them, particularly in the coordination of care for patients with complex needs [7].

Possible concepts include the integration of general practice into a cross-sectoral model of care [8], or the deployment of additional healthcare professionals to coordinate the care of patients with multimorbidity in general practice. The deployment of non-medical professions for coordination tasks and specific clinical duties could relieve the GPs and raise consultation times [2, 8, 9]. Furthermore, medical settings, in which physicians and non-medical healthcare professions work together in teams demonstrate improved patient outcomes [10]. A shared definition of goals, cooperative tasks and responsibilities help to enhance patient care [11].

In Germany, general practices are mostly small units with one or two GPs and two to four MPAs [9]. Currently, single-handed practices are the most strongly represented in Germany [12]. In general practices, the “qualified medical practice assistant” (“Medizinische Fachangestellte”, MPA), the primary mid-level healthcare professional, is an important member of German GPs' practice teams. MPAs complete a three-year training programme which qualifies them for office management/clerical administration (such as scheduling appointments and updating patients' files) and a broad range of nursing-based clinical duties (such as taking medical histories, explaining treatment procedures,

performing diagnostic procedures like ECG and blood pressure measurements, taking blood samples, and providing home visits). Two thirds of the training programme take place in the practice and one third in vocational school [13]. Even though GPs have to provide medical treatments personally, they are allowed to delegate certain tasks. These tasks are defined in the “Agreement on the delegation of medical services to non-medical staff in ambulatory healthcare” by the Federal Medical Association [14]. Studies have shown that care management interventions are feasible and effective if they are delivered by MPAs [15, 16]. The involvement of MPAs can also improve patient care, and lead to a reduction of GPs' workloads [17]. GPs and MPAs work in close collaboration, and MPAs enjoy a high level of acceptance on the side of patients [18].

In other countries, the involvement of additional health professionals in primary care, such as physician assistants, nurses and nurse practitioners in anglo-american countries or “praktijkondersteuner” in the Netherlands is common. A multidisciplinary primary care team might contribute to more comprehensive patient care and improve the coordination of care in comparison to a physician working in a solo practice (Bellagio-Model) [19].

Another model for the improvement in the care of patients with complex needs is based on navigation. Patient navigation is an umbrella term based upon models of care and case management that include support and guidance for patients accessing the care system [20]. Patient navigation does not address a single point in care but follows patients proactively throughout the entire process of ambulatory and inpatient healthcare. Navigation programs differ in types of navigator roles; common tasks are the provision of information, guidance, advocacy, emotional and practical support, as well as education and empowerment [20, 21]. A central aim of patient navigation is to serve vulnerable populations [20].

The research consortium “NAVICARE – Patient-centred health services research” (<https://navicare.berlin/de/>), funded by the Federal Ministry of Education and Research (“Bundesministerium für Bildung und Forschung”, BMBF), aims to acquire knowledge about the barriers which keep patients from receiving optimal care, and to study effective, patient-oriented ways to overcome these barriers, such as navigation, by exploring different perspectives in two subprojects, see Additional file 1: Figure S1.

The subproject COMPASS (<https://navicare.berlin/de/forschung/navicare-forschung/>) focuses on the perspective of the GP practice and patients in the long term ambulatory care. This article concentrates on the findings of the first stage of the mixed-methods approach within COMPASS, the interviews with GPs and MPAs. The aims of the interviews were 1.) to explore the views of GPs' and MPAs' on requirements and barriers for the

successful coordination of care for patients with multi-morbidity and complex needs, 2.) to identify the need for support, and 3.) to investigate opinions on two different models of support: support from within the practice, by delegation and/or expansion of the practice team, or support from external health care professionals, providing navigation.

Methods

We conducted semi-structured interviews with 16 GPs who are statutory health insurance registered (“KV-Ärzte”) in Berlin, as well as one of their MPAs ($n = 16$). The participants were purposively sampled from the practice-based research network “ANCHOR” of the Institute of General Practice, Charité - Universitätsmedizin Berlin. They were approached via e-mail and telephone. The selection of GPs was carried out in order to represent the Berlin GP population in terms of gender as well as the maximum spread of practice locations over different city districts of Berlin. The GPs then designated one MPA from their practice as the other interview partner, meaning that from each recruited practice, one GP and one MPA were interviewed individually. The interviews took place in the respective GP practices.

Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Any identifying details were removed and participants were assigned pseudonyms. Written informed consent was obtained from all participants.

The study was approved by the research ethics committee of the Charité - Universitätsmedizin Berlin (EA4/034/17).”

The interview guideline was developed based on studies from the previous literature as well as the experience of the researcher. It was discussed in a multidisciplinary working group and adjusted until a consensus was reached. The same interview guideline was applied to GPs and MPAs. The interview guideline included a number of open questions regarding the theme’s coordination, delegation, optimal care and community care in general practice (see Table 1).

Face-to-face interviews were chosen as the data collection method for the first stage of the COMPASS project. This was in order to ensure in-depth discussions of this complex topic. The issues raised in the interviews were then used to develop a questionnaire that was sent to all GPs in Berlin who are statutory healthcare registered. The aim was to supplement the qualitative study results by obtaining a broader perspective of a large number of GPs. In this paper we report the results of the interviews with the GPs, complemented by the views of the interviewed MPAs.

Data analysis

By using the framework analysis [22] as a systematic approach to manage and analyse qualitative data, seven

Table 1 Topic guide with exemplary questions from the interview guideline

Theme: Coordination	
Topic	Examples of questions
1. Problems/Barriers in health care coordination	Can you recall a multimorbid patient of yours with complex care needs?
2. Patient groups with need for coordination	Are there any other patient groups that you think are particularly affected by coordination difficulties?
3. Achievements in the coordination of health care	Can you think of an example where coordination went well?
4. Improvements in the coordination of health care	You mentioned some problems and achievements, do you have additional suggestions on what you would like to improve in coordination?
5. Coordination within your practice	Could you imagine that one or more people in your practice take on coordinative tasks?
6. Coordination offers outside the general practice	There are concepts and projects that introduce so-called extern navigators - these are additional people who are supposed to take on specific coordinative tasks but are not permanently located in the GP practice. Do you have any experience with this?
Theme: Delegation	
7. Delegation of medical services from doctor to medical practice assistant in the practice	Which additional tasks would you hand over to your medical practice assistant?
8. Recognition of the professional group of the medical practice assistant	What could be an appropriate appreciation/compensation for the additional services and responsibilities of the medical practice assistant?
9. Team collaboration	How do you exchange information about patients in your team?
10. Multidisciplinary collaboration	Could you imagine having an employee in your practice who is neither a medical doctor nor a medical assistant, but belongs to a new professional group and takes on tasks of care and coordination?
Theme: Optimal Care	
11. Definition of optimal patient care from a primary care perspective and viewpoint of the MPA	What would optimal care mean for your sample patient from the question in the beginning?
Theme: Community Care	
12. Use of social and medical support services in the region	What are your experiences regarding medical and social support services? Which ones do your patients use?

Topic guide with exemplary questions. Complete interview guideline is available from the authors upon request. Questions could be individually adapted to the conversation flow of the respective interviews

steps have been implemented: (1) transcription of the interviews; (2) familiarisation with the interviews; (3) coding; (4) developing a working analytical framework; (5) applying the analytical framework; (6) charting data into the framework matrix; and (7) interpreting the data. The interviews were analysed by a research team that included researchers from different professional disciplines, such as GPs, health services researchers, a sociologist and a public health scientist. By applying these different perspectives, researcher (investigator-) triangulation was achieved. Two researchers (CT, JS) coded the interviews independently. Subsequently, both researchers compared, discussed and, if necessary, adjusted the coding. A combined deductive and inductive approach was used for the coding procedure. Consensus on the interpretation was established in the group of researchers after a thorough discussion of the data.

All interviews were analysed with the support of the qualitative analysis software program MAXQDA® 18 (VERBI software GmbH, Germany).

Results

We interviewed 16 GPs from nine different city districts and, independently, 16 MPAs from the same practices (for details, see Table 2). Each interview lasted 45 to 60 min.

Coordination from the perspective of the GPs

Initially, we wanted to know what the term “coordination” means to GPs in the context of care for patients with multimorbidity. The interviewed GPs had various opinions on what coordination consists of.

“Well everything I do here is actually coordination, I bring the various support possibilities and healthcare services together, yes. I do little else except coordinate. Apart from prescribing tablets. [...] and so we actually do very little. We are more a sort of dispatcher; we connect where and when it makes sense.” (GP_10).

“[...] Coordination means: one learns from the other ... and one informs the other, like hospitals and GPs. [...]” (GP_11).

Table 2 Characteristics of interviewees by group (n = 32)

Characteristics of interviewees		
	GPs (n = 16)	MPAs (n = 16)
Gender	Male: 10 Female: 6	Male: 2 Female: 14
Age (years)	Median: 54.5 (Range: 39–69)	Median: 44 (Range: 21–63)
Practice type	Single handed: 7 Group: 9	
Number of employees in the practice	Median: 5.5 (Range: 3–19)	

“Determining the medication regime; ensuring home care; referrals, also for physiotherapy, logotherapy etc.; avoiding hospitalisations; and the quality of life of the patient and the psychosocial context are also important.” (GP_15).

The coordination role of the GP starts with being the primary contact for the patient, assessing the needs of the patient and their relatives and organising further help structures.

The general practice constitutes a social and medical contact point and simultaneously provides immediate and sustained medical care. It can act as an advisory point for medical matters but also for social and legal problems, relating to questions relevant to family as well as local community relationships, and questions relevant to social legislation like gaining access to social benefits and socio-medical services.

“[...] The general practitioner is the person who is always in charge.” (GP_7).

GPs perceive themselves as the appropriate person to coordinate patients’ care. They take on a coordinating role by law (Book V of the Social Law § 73), but also see themselves as the authority to manage the patient’s entire care process. The role of the coordinator includes organisational and administrative matters, as well as coordinating care involving other medical and non-medical professionals, such as other medical specialists, home care services, physiotherapists, psychologists or health insurance.

GPs cite examples of successful coordination, such as the involvement of patients’ relatives, the implementation of the standardised national medication plan, the introduction of disease management programs (DMP), as well as quality assurance measures.

In summary, from the GPs’ perspective, good coordination:

- requires defining what is best for the patients and acting in the interests of the patients;
- in general practice, is based on reliability as well as trust in the practice staff;
- requires that all medical and non-medical key players engaged in the patient’s care have knowledge of and communicate with each other.

Barriers to successful coordination

Frequently reported problems in the coordination of patients’ care were constraints resulting from administrative and organisational issues, the regulatory framework for GPs in Germany, and the communication with other health professionals and specialists.

Organisation and administration

Many of the patients' needs are not of a medical nature. Some of the interviewed GPs feel that there is a need to delegate services that do not fall within their responsibilities to other professionals. These needs are not of a medical nature and rather relate to social and legal issues.

"[...] There is a need for services that essentially don't fall into the responsibility of the GPs because they are not of a medical nature. They could be delegated to a person who is qualified in social matters, for example, social services." (GP_16).

Many interviewed GPs feel burdened by the lack of time in the care of patients with complex needs. The scheduled time for consultation does not provide enough time to deal with the multiple issues of the patient.

"Lack of time is the biggest problem. The patients have too many issues ... and after the consultation, they don't know any more what has been discussed. I try to write it down for them, but I only have the time for very short notes. [...]" (GP_8).

The burden of administrative and organisational requirements seems to be particularly high when caring for patients with multimorbidity.

According to the interviewed GPs, organisational and administrative tasks include accounting, arranging appointments with specialists and other healthcare providers, filling out and signing forms (such as assessment forms for nursing care), organising home care services, and organising the transfer of immobilised patients to hospitals or other health specialists.

"Let me put it this way. We have an 85-year-old male patient; we have to arrange appointments for him, organise transport and even have to print out his medical report and make sure he takes it with him." (GP_5).

Some GPs feel that certain organisational duties could be assigned to a trusted MPA, but most GPs want to retain ultimate responsibility. Others would appreciate an additional employee to take responsibility for all future organisational and administrative tasks.

"I would wish that all these forms [...] could be signed by a nurse, e.g. for home care, ergotherapy, even the repeat prescriptions. Why not? This would be a relief for me because for this you don't need to be a doctor [...] But this isn't possible with the existing bureaucratic regulations." (GP_1).

Regulatory framework for GPs in Germany

Individual elements of the general framework of the German health system seem to cause a barrier to patient care.

The interviewed GPs reported that they need to justify necessary care beyond the basic level of services, which causes extra administrative work.

In this context, a frequently mentioned problem is the insufficient remuneration for the care of patients with complex and frequent needs. GPs describe that they are often in conflict in terms of whether to act in line with economic considerations or to offer optimal care for this patient group by investing a considerable amount of time and financial resources.

"[...] The lump sum payment per patient per three months only covers two visits per patient. Patients who are chronically ill and have to come more often are not sufficiently covered. [...] If I wanted to work economically, I could only see the patients twice every three months. But even if the patient is not here, I still have to react to diagnostic reports and have to organise things like transports to other doctors or arranging appointments [...] If I want to care for the patients at the highest possible level, I have to do that for free." (GP_5).

In Germany, every patient has to be personally seen by the doctor, even for minor ailments. Some interviewees believe that an employee with an additional qualification in certain fields could relieve the GP and provide more room for the care of patients with complex care needs.

"This would indeed be a relief for us, but it would also turn our system on its head (laughs). We are a doctor-dominated system and every patient with a bug, such as a cold, has to visit a GP. Of course, it would make more sense if not every patient with minor ailments was obliged to visit a GP; why should I as a doctor see every patient with a cold? It's completely absurd. Economically, of course, it makes sense: financially it is attractive to see healthy patients." (GP_12).

In Germany, GPs don't have a gatekeeping function. Therefore, some patients don't even have a GP. Most of the interviewed GPs perceived that multimorbid patients with insufficient social support from a stable social environment who are not in contact with a general practice, are in danger of slipping through the net of the German healthcare system. On the other hand, patients with complex needs may make extensive use of the system. For both patient groups, it would be helpful if someone led them through the "jungle" of manifold available healthcare resources and coordinated their care.

“This is a structural problem: someone rambles through the health care system without any coordination, then suddenly hits the GP practice with a completely unclear situation. Then it is impossible to reconstruct the story because reports were not collected anywhere” (GP_12).

Communication with external healthcare providers

The interviewed GPs reported a lack of sufficient communication structures with other caregivers such as specialist physicians, home care nurses or physiotherapists. Much time has to be invested into trying to contact other healthcare providers in order to coordinate the next steps in the care of the patient. In Germany, patient data is not exchanged electronically between healthcare professionals. External patient documents such as discharge letters and findings are usually sent by post.

Often medical reports are only sent to GPs after repeated reminders. As a result, the coordination of care becomes difficult when important information is missing or is difficult and time-consuming to obtain.

“I actually don’t spend most of my time treating patients and writing prescriptions; I spend most of my time talking, listening, calling someone, not being able to reach someone and then having to call someone else. This makes some situations very difficult.” (GP_14).

The GPs reasoned that better cooperative treatment with the possibility of easily accessible, specialised counselling for patient-related issues would lead to better patient care.

In the interviews, they often emphasised the difficulty that patients have obtaining appointments with specialists, as well as the lack of opportunities for professional exchange with other doctors.

“To obtain an appointment with a specialist sometimes is really difficult for the patient. Principally, it is an option that we as GPs try to arrange for an appointment, but we also have to phone several times before we reach somebody, and this is extremely time-consuming and often unsuccessful. [...] So, you have to send the patient home and try it again after office hours, and finally you have to ask the patient to come again to your practice to explain everything. All this requires considerable effort ...” (GP_3).

Discharge from hospital

Another frequently mentioned problem is the uncoordinated management of discharge from hospital. Often the patient gets discharged from hospital without ensuring the

further continuation of treatment. The GPs don’t receive information about the patient’s discharge in advance to prepare further care. Often discharge takes place just before the weekend and without sufficient medication.

“I believe that patients are getting pushed out of clinics. From a GP’s perspective, we are being presented with a fait accompli without being consulted. And even as GPs, we can’t organise home care on a Friday evening. The cooperation just doesn’t work.” (GP_2).

Through premature and/or uncoordinated discharge from the hospital, aftercare is shifted from the hospital to the general practice.

Concepts for task shifting to an additional healthcare professional inside or outside the general practice

During the interviews, the GPs identified some tasks and responsibilities that, in principle, could be shifted to other professional groups inside or outside general practice (see Table 3). From the perspective of the GPs, it is an essential prerequisite for task shifting that the patients are open to a new person becoming involved in their care. The patients need a person whom they can trust.

During the course of the interview, the GPs were asked for their views on two different concepts to support the general practice in the coordination of care: the deployment of an external navigator who is not affiliated with the general practice; or, alternatively, the employment of a further healthcare professional within the practice.

Deployment of an external navigator

The interviewer explained the definition of an external navigator as a person who is not employed by the practice but is affiliated to another institution that participates in the collaborative care of the patient.

Only very few of the interviewed GPs had ever heard or read about the possible role of a “navigator”, and most of them were sceptical. Initially, they could not imagine which professional group had to the skills and abilities to work as an external navigator. For GPs, a

Table 3 Possible areas of responsibilities for an additional health care professional

Arrangement of appointments with specialists
Organisation of the patient transfer
Providing advice relating to social and legal services
Undertaking home visits
Coordination of patients with dementia or multimorbidity
Contact and communication with other health care professionals involved in the care

well-coordinated team is crucial. An external person, who does not know the team members and the work structure of the practice, could be a disruptive factor. The GPs feared needing to invest even more time and energy into the integration of yet another person who does not know the work processes of the practice.

“(...) No, I haven’t had any experience with it at all. I think it’s a waste of time and energy. I can’t see how this cooperation can work out; it would be like Chinese Whispers. There will be yet another person between me and the patient. I’d prefer to deal directly with the patient or ask my MPA to sort things out. I think it will just cause further mistakes and I don’t have the time. When it comes to time management, I can’t see how it would improve anything either.” (GP_14).

Table 4 gives an overview of the reasons GPs are sceptical about both task shifting concepts or why they refuse to work with an external navigator or an additional employee inside the general practice.

A few GPs still felt attracted by the idea of an external navigator, although they remained sceptical at the same time.

“Yes, for the moment, as an interim solution, this might be a good idea. But I think in the long run, another institution can’t replace what should actually happen in the practices. [...] And there are too many multimorbid patients. So, this would only work in lighthouse projects but could not be applied comprehensively. [...]” (GP_12).

Deployment of other healthcare professionals inside the practice

The idea of the employment of a further healthcare professional within the practice was accepted more openly than the idea of an external navigator. From the perspective of some of the interviewed GPs, shifting tasks and responsibilities to an MPA could be a possible solution, either with an MPA who already is a member of the team or to an additional MPA.

Table 4 Arguments against a task shifting concept

Limited financial resources
Requires a large amount of time
MPAs take over most of the tasks already
MPAs are familiar with the patients
Deployment location only possible outside the practice, for example, in home care
Patients need a person they know

“The point is that the medical practice assistants know the patients, and this, of course, gives them an enormous advantage over external professionals.” (GP_13).

The idea of assigning a person who works within the practice and who is familiar with social and legal matters was mentioned frequently by the GPs.

“Anyone medical, social, possibly social AND medical, so that they can take part in the process. In an ideal world it would be a medical practice assistant or a nurse or even better, a medical practice assistant who has had further training.” (GP_11).

Most of the interviewees felt that an additional person involved in the care of multimorbid patients inside the practice could reduce the burden of the GPs as well as MPAs, given that the effort required to involve this person is low.

Social worker/ person who is familiar with social and legal matters

GPs are highly aware of the patients’ unmet needs with regards to social and legal issues, especially in the context of multimorbidity. Upon asking the GPs which professional group would be the most appropriate to meet these needs, the majority of GPs mentioned the need for a qualified person to take care of all social and legal demands.

“Well I would like it if I had someone who could take over the social issues, a kind of social worker. There are lots of problems which older patients have and can’t deal with any more, such as writing applications and filling out forms. I would like it if there was someone here who could explain how to draw up a living will. I just don’t have the time and neither do my MPAs, so I can’t delegate it to them.” (GP_9).

“I don’t know how other doctors manage, but I think they face the same difficulties. I have problems with all this social legislation, I never really got to grips with. This gets more and more complicated. [...] How is a physician sitting in his practice all day long supposed to understand this? If this could be done by someone else ...” (GP_1).

Several possible ideas for assigning social and legal matters to an additional member of the care team were discussed. These consisted of:

- A social worker who is employed within the general practice, belonging to the established practice team.
- A social worker who is not directly affiliated with the general practice, but to another institution.

- A social worker who is shared by several general practices in the district and who could be deployed to different practices on an hourly basis.
- Qualifying the existing MPA with training or specialisation in social and legal affairs. However, to ensure financing, additional services must be covered by the public health insurance scheme.

The role of the social worker is primarily to be the first contact person for patients, relatives, GPs and other relevant parties with regards to social and legal issues.

Perspective of the MPAs

MPAs perceived similar problems to GPs in the coordination of care of multimorbid patients. Organisational and administrative issues appeared to be a major concern and require additional time for MPAs as well as for GPs.

The MPAs described themselves as the principally responsible person for administrative and organisational tasks. Phone calls, arranging appointments and filling in forms are typical administrative and organisational tasks for MPAs.

“It is really time-consuming to arrange appointments and organise the transport of immobile patients. [...]” (MPA_7).

By assigning the full responsibility for these matters to MPAs, in their view, double structures in administrative procedures could be avoided.

„ [...] As soon as the request for nursing care is received it is processed by us. Then the doctor checks it back; he determines whether everything is filled in correctly. Finally, he signs it and gives it back to us to send the formula back to the patient or nursing care.” (MPA_15).

In contrast to the GPs, the MPAs tended to focus more on the coordination within the general practice and the cooperation of everyone involved. For example, the issues of priority were the communication with the patient and their relatives as well as the regular scheduling of patients' appointments.

“Important is the cooperation between my boss and us, and with the relatives; only if we all have the same goal can things work out”. (MPA_9).

The interviewed MPAs were highly motivated and willing to extend their knowledge by undergoing further training. Nevertheless, a lack of time was considered to be a barrier to acquiring additional qualifications.

“Very often you would like to do more, but you simply don't have the time. This really is a shame in this profession: we go through our day like a hamster on a wheel and we can only touch the surface. But when you do this very thoroughly you also are more satisfied.” (MPA_16).

MPAs seem to be persons of trust to whom patients can talk to on their own level. In contrast, GPs are seen as authority figures. Accordingly, patients entrust MPAs with more intimate information. MPAs hereby undertake the important task of distinguishing between personal and health-related information and decide what to communicate to the GP.

“For example, when you are alone with a patient while taking a blood sample, they take the opportunity to tell me things they wouldn't want to report to the doctor.” (MPA_6).

“The doctor is seen almost as a god by some patients. So, we are rather on the same level and they rather share their worries with me.” (MPA_16).

In line with the perspectives of the GPs, the MPAs were concerned that an additional coordinator or navigator from outside the practice might disturb the workflow.

“Well, I think if we were better organised, we would be able to manage everything from within. Somebody from the outside would really need time to understand the processes, and probably every practice is a bit different.” (MPA_16).

Discussion

This paper explores the perspective of GPs, complemented by the views of MPAs of the same practices, of requirements and barriers for the coordination of care of patients with complex needs, such as multimorbid patients.

While the responsibility of the GPs for the coordination of patient care is embodied in German social law, in the interviews we found very heterogeneous views on what coordination entails, especially in the context of complex care for multimorbid patients.

A study from Krug H. demonstrates the necessity of additional expenditure for the care of elderly, multimorbid patients. New financial concepts should be adopted to prevent negligence occurring in the patients' medical care [23].

Our results confirm the problem of the lack of adequate compensation for coordination tasks, which may hinder the GPs from giving optimal care to their patients. GPs have to consider their resources while trying to provide optimal care to their patients [24, 25].

A barrier discussed by many of the interviewed GPs and MPAs is the insufficient cooperation and communication between different players in the healthcare system, especially across the sectoral borders. Successful cooperation requires a full and timely flow of information.

The interviews show that the importance of cooperation across the sectors is particularly reflected in the problems regarding the discharge of the patient from hospital. Treatment reports and discharge letters were reported as often not reaching the GPs in time. Medication regimes as recommended by the hospital are often not fully understood by the patients at the time of discharge.

This is in line with previous research. An international health policy survey with primary care physicians from 2006 shows that more than 50% of primary care physicians wait over 14 days before receiving the patients' full report from the hospital after their discharge. 70% of the responding GPs stated the importance of better integrating information systems between office-based physicians and hospitals [6]. Other studies confirm that discontinuation of care happens at the interface between the inpatient and outpatient sectors [23, 26–29]. Also Gulliford et al. confirm that problems with management continuity of care are highly associated with hospital utilisation [3]. The focus still is on acute medical care and specialist care. Too little emphasis has been given to life-long support for chronically ill patients in primary care [2]; life-long support measures are implemented in the general practice. A coordinated care in general practice including a good relationship between doctors and patients and the collaboration between different professions in different settings goes hand in hand with continuity of care [3].

Furthermore, statutory regulations require substantial time and effort for administrative and organisational matters. The documentation of work, filling in forms and administrative tasks are part of the doctors' responsibilities.

The interviews with GPs confirm that these tasks are a major part of the coordination of care in general practice. The interviewed GPs burdened by assuming organisational and administrative tasks while providing medical care. Assigning responsibility for these tasks to someone else, such as an additional MPA, could allow them to focus on the medical care of the patients. The findings from our interviews are in line with the findings of a study from Margolius et al.; at times of primary care physician shortage, it may help to improve patients' care by reorganising practices to expand the capacity for staff members to engage in different tasks [30].

While expressing a need for support and identifying possible tasks that could be delegated, GPs mostly seem to favour support by an additional healthcare professional who works within the general practice while retaining ultimate responsibility.

The findings from our interviews with MPAs confirm that they are highly motivated to undergo further training to take over more responsibilities and to relieve GPs. Previous studies also show that MPAs are interested in gaining supplementary qualifications. Further training of MPAs can strengthen the role of the MPA in the practice team and improve the quality of patients' care as well as the satisfaction of patients [31, 32]. However, the expansion of roles in general practice will only be feasible if GPs do not feel threatened by the shift of territory and responsibility [15, 17].

As for coordination tasks, which were the focus of our study, the question arises as to whether one single, uniform concept for the support of the GPs would fit the setting of each individual general practice. The expert report from the 'Advisory Council on the Assessment of Developments in the Healthcare System' [2] underlined the need for further structural development in primary healthcare in Germany, involving a restructured distribution of work and competencies, in which non-medical professionals will take over more tasks and responsibility. The advisory council stressed the need for research on the significance of organisational features such as leadership and practice culture in Germany, as well as internal resources for changes on health outcomes in general practice [2].

GPs are highly aware of multimorbid patients' unmet social needs and they do not feel sufficiently equipped and qualified to respond to questions concerning the social and legal sector. Another professional group – such as social workers or MPAs with further training in social and legal fields, in cooperation with other local institutions – could address social and legal issues without interfering with GPs' responsibility. These findings are in line with previous studies. Social workers can provide comprehensive care, which goes hand in hand with a broad range of roles, such as, helping patients to cope with their complex chronic illness providing counselling, or supporting patients and families in their daily routines [33]. McGregor et al. found that patients with complex needs may obtain measurable health benefits from the deployment of social workers in primary care settings [34]. According to Zimmermann et al., cooperative and "low-threshold" solutions to employ non-medical support measures in the general practice are required [35].

Strengths and limitations

Certain limitations should be taken into account when interpreting the findings of the study.

Recruiting GPs from a practice-based research network assures sufficient participation rates but might introduce sampling effects and bias by selecting GPs

who are interested in research and therefore more committed than others [36]. However, the non-random selection of participants by applying a purposive sampling strategy is the adequate choice when aiming at understanding the opinion of individuals who are already informed or interested in the topic of the study [37].

We believe that by performing a comprehensive survey as the next step in the project, on the basis of the results of the qualitative interviews, a broader perspective of a large number of GPs will be integrated with the deeper insights of a selected group. By using the framework approach to analyse the data, we could benefit from multidisciplinary teamwork. This approach may also add different perspectives and provide more depth to the data.

The patient perspective will be evaluated in further subprojects: an ongoing interview study explores the view of chronically ill patients on the quality of care and unmet needs. Furthermore, as part of a regular nationwide survey members of the public are asked for their view on delegation of tasks to medical practice assistants. The results will complement the perspective of GPs and MPAs presented here.

There may also be limitations concerning the transferability of the results to other countries. The German healthcare system neither has a gatekeeping system nor rules for committing patients to specific practices. Our findings reflect the characteristics of German settings. Nonetheless, we discussed and underpinned our findings with several studies from the international literature, in which new models of coordination in general practice have already been developed.

Conclusions

Coordination is a primary component in patient care in general practice. The term “coordination” includes a wide range of tasks, which vary depending on the structure of the practice. The GP, as the coordinator of the whole process of care, has the main responsibility. Therefore, they also take responsibility for tasks which aren't exclusively medical and are not remunerated. The support of patients with multimorbidity, in particular, is comprehensive and involves players across different sectors. In order to ensure optimal care for this patient group, the general practice needs to obtain coordinative support. The findings from the interviews in this study show that GPs and MPAs hold diverse opinions about possible solutions. Both GPs and MPAs are generally interested in implementing new concepts, but they are also still sceptical about the practicability. GPs are nevertheless more open to the deployment of an additional healthcare professional within the practice rather than from outside.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>.

Additional file 1: Figure S1. NAVICARE network. Authors own figure of NAVICARE project structure

Abbreviations

DMP: Disease management programs; GP: General Practitioner; MPA: Medical practice assistant

Acknowledgements

The authors would like to thank all interviewees for participating in this study and sharing their ideas, knowledge and experiences with the coordination of multimorbid patients. Furthermore, we would like to thank all of the researchers for participating in the interviews as well as supporting the NAVICARE research consortium team and the funding of the German Ministry of Education and Research.

Authors' contributions

All authors qualify as an author according to the ICMJE guidelines. They have read the final draft of the manuscript and have revised it for important intellectual content. In the following, we highlight the particular commitment of individual authors in certain areas: J.S., S.D., L.P. and C.H. developed the research questions. J.S., L.P. and S.D. conducted the interviews. J.S. and C.T. predominantly performed the qualitative analysis. S.D. and C.T. monitored the data collection for the entire study. As part of the analysis, S.D., C.T. and C.H. regularly discussed the results of the coding process with J.S. to ensure a high-quality analysis. S.Schn. substantially contributed to the results section and discussion of this paper by integrating the patient perspective into the interpretation of this study by providing results from the patient survey. L.D. substantially supported the study as well as the writing process with her professional expertise in the field of delegation and task shifting in primary care. J.S. wrote and revised the first draft of the manuscript and all authors contributed to editing the article. S.D., C.T., C.H., S.Schn. and L.D. contributed significantly to subsequent manuscript revisions. All authors have read and approved to the final version of the manuscript.

Funding

COMPASS is part of the research consortium “NAVICARE – Patient-centred health service research” and is funded by the German Ministry of Education and Research (BMBF- grant no. 01GY1601).

The funding body had no role in the design and conduct of the study, data collection, analysis, and interpretation of the data; nor in the preparation, review and approval of the manuscript.

The publication is supported by the Open Access Publication Fund, provided by the Charité-Universitätsmedizin Berlin, and the German Research Foundation (DFG).

Availability of data and materials

The data in this paper is based on the transcripts of 16 audio-recorded interviews with GPs and their MPAs. Data supporting the findings of this study can be found in the translated quotes in the results section of this article. However, to protect the participants' identities, the full data from this study (transcripts and audio files) will not be made available to the public.

Ethics approval and consent to participate

The study protocol for this qualitative study was approved by the ethical review committee of the Charité - Universitätsmedizin Berlin (reference EA4/034/17). All participants gave written informed consent to participate in the study.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Institute of General Practice, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. ²Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany.

Received: 10 July 2019 Accepted: 7 November 2019

Published online: 20 November 2019

References

- Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PracMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*. 2011. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-163>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *J Health Serv Res Policy*. 2011. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010015>.
- Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*. 2009. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008111>.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. 2009. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.w1>.
- Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Medical assistant-based care management for high-risk patients in small primary care practices: a cluster randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2016. <https://doi.org/10.7326/M14-2403>.
- Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med*. 2010. <https://doi.org/10.3238/zfa.2010.0159>.
- Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med*. 2011. <https://doi.org/10.3238/zfa.2011.0280>.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *Jama*. 2004. <https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1246>.
- Foth T, Block K, Stamer M, Schmacke N. The long way toward cooperation: nurses and family physicians in northern Germany. *Glob Qual Nurs Res*. 2015. <https://doi.org/10.1177/2333393614565185>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand 31.12.2017. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf.
- Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract*. 2012. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm127>.
- Vereinigung K. Bekanntmachung der Herausgeber. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. *Dtsch Arztebl*. 2013;110(38):A1757–60.
- Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x>.
- Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, et al. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care*. 2009. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp032>.
- Rosemann T, Joest K, Koerner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract*. 2006. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-14>.
- Boelter R, Ose D, Goetz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. [Involvement of doctors' assistants in primary care for patients with long-term conditions. General practitioners' (GPs) perception of barriers and opportunities—a qualitative study]. *Med Klin (Munich)*. 2010; doi:<https://doi.org/10.1007/s00063-010-1000-3>.
- Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. [The Bellagio Model: an evidence-informed, international framework for population-oriented primary care. First experiences]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2009; doi:<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.06.006>.
- Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Dudley DJ, Fiscella K, Paskett E, et al. National Cancer Institute patient navigation research program. *Cancer*. 2008. <https://doi.org/10.1002/cncr.23960>.
- Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*. 2012. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0982>.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>.
- Krug H. Der alte Patient: Herausforderung an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes. *Ethik in der Medizin*. 2009. <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0012-0>.
- Klingler C, Marckmann G. Was ist eine gute Versorgung? Ein ethisches Framework zur Bewertung der Versorgung chronisch Kranker. *Gesundheitswesen*. 2015. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387741>.
- Irvine DH, Donaldson LJ. The doctor's dilemma. *Br Med Bull*. 1995. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmba.a072999>.
- Yatim F, Cristofalo P, Ferrua M, Girault A, Lacaze M, Di Palma M, et al. Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: a mixed method study for the case of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3474-x>.
- Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Masya L, et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01187.x>.
- Sondergaard EG, Grono BH, Wulff CN, Larsen PV, Sondergaard J. A survey of cancer patients' unmet information and coordination needs in handovers - a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2013. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-378>.
- Gothe H, Köster AD, Storz P, Nolting HD, Häussler B. Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. *Dtsch Arztebl*. 2007;104(20):A1394–9.
- Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med*. 2012. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.100279>.
- Wilm S, Kalitzkus V, Schluckebier I, AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Z Allg Med*. 2009. <https://doi.org/10.3238/zfa.2009.0403>.
- Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, et al. Dedicated but poorly paid! Study on health care assistants' views on their profession. *Z Allg Med*. 2014. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0445-0450>.
- Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The critical role of social workers in home based primary care. *Soc Work Health Care*. 2014. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.884041>.
- McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>.
- Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid, Fortbild und Qual im Gesundheitsw: Reaktionen*; 2018. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008>.
- Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, et al. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam Pract*. 2005. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi022>.
- Etikan I, Bala K. Sampling and Sampling Methods. *Biom Biostat Int J*. 2017. <https://doi.org/10.15406/bbij.2017.05.00149>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

LEBENS LAUF

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

PUBLIKATIONEN

Veröffentlichungen

Stumm J, Peter L, Sonntag U, Kümpel L, Heintze C, Döpfmer S. Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausarzt*innen. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ).2020. doi:10.1016/j.zefq.2020.09.001.

Stumm J, Thierbach C, Peter, L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019 Nov; 20:160. doi:10.1186/s12875-019-1048-y.

Döpfmer S, Trusch B, **Stumm J**, Peter L, Schnitzer S, Kümpel L, Grittner U, Rieckmann N, Dini L, Heintze C. Unterstützungsbedarf und –möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf – Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. Das Gesundheitswesen. 2020. doi:10.1055/a-1173-9225.

Jedro C, Holmberg C, Tille F, Widmann J, Schneider A, **Stumm J**, Döpfmer S, Kuhlmeier A, Schnitzer S. The acceptability of task-shifting from doctors to allied health professionals— results from a representative telephone survey of members of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 583–90. doi:10.3238/arztebl.2020.0583.

Schneider AM, Amelung VE, Brümmer A, **Stumm J**, Thoma R. Einführung zum Schmerz. In: Amelung VE, Läger R (Hrsg.). Innovative Konzepte und Verträge in der Rückenschmerztherapie. MWV, Berlin. 1. Auflage. 2014 ISBN: 978-3-95466-141-1.

Vorträge

Döpfmer S, Bruns F, **Stumm J**, Peter L, Heintze C. Ethische Konflikte in der Hausarztpraxis, Vortrag, 51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 21.09.2017, Düsseldorf.

Stumm J, Peter L, Thierbach C, Schnitzer S, Müller-Nordhorn J, Heintze C, Döpfmer S. Koordination der Patientenversorgung in Berliner Hausarztpraxen – Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Präsentation auf dem 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM, ÖGAM und SÜGAM, 13.09.2018, Innsbruck.

Döpfmer S, Trusch B, **Stumm J**, Sturz T, Kümpel L, Rieckmann N, Heintze C. Versorgung multimorbider Patienten in der Hausarztpraxis – eine Befragung Berliner Hausärzte. Präsentation auf dem 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 13.09.2019, Erlangen.

Stumm J, Peter L, Sonntag U, Heintze C, Döpfmer S. Sozialer Unterstützungsbedarf in der Versorgung multimorbider Patient*innen – Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen. Präsentation auf dem 18. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 09.10.2019, Berlin.

Gödde K, Fügemann H, Goerling U, Desch AK, **Stumm J**, Rieckmann N, Meisel A, Müller-Nordhorn J, Holmberg C. Entwicklung eines Patienten-Navigationsmodells für Patient*innen mit Schlaganfall und Lungenkrebs. Präsentation auf dem 18. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 09.10.2019, Berlin.

Jedro C, Holmberg C, Kuhlmei A, Schneider A, Tille F, **Stumm J**, Schnitzer S. Delegation of medical services to specially trained medical assistants. Präsentation auf dem International Health Congress, 26.-28.06.2019, Oxford (UK)

Stumm J, Voss M, Kümpel L, Peter L, Heintze C, Döpfmer S. Soziale Bedarfe multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Verschiedene Konzepte aus zwei Berliner Projekten. Präsentation auf 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). 30.09.–01.10.2020, Berlin.

Posterpräsentationen

Stumm J, Schnitzer S, Peter L, Döpfmer S, Heintze C. COMPASS (NAVICARE) (Coordination of Medical Professions Aiming at Sustainable Support), Koordination und Delegation in der ambulanten Versorgung - (Erste Ergebnisse, 1. Projektphase). Posterpräsentation auf dem BMC-Kongress 2018, 24.01.2018, Berlin.

Jedro C, Holmberg C, Kuhlmei A, Schneider A, Tille F, **Stumm J**, Schnitzer S. Delegation ärztlicher Leistungen an Medizinische Fachangestellte – Akzeptanz und Beurteilung durch die Bevölkerung in Deutschland. Posterpräsentation auf dem 18. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) Berlin, 9.-11.10.2019

Jedro C, Holmberg C, Kuhlmei A, Schneider A, Tille F, **Stumm** J, Schnitzer S. Delegation of medical services to specially trained medical assistants. Posterpräsentation auf dem 12th European Public Health Conference, 20.-23.11.2019, Marseille (Frankreich)

DANKSAGUNG

Großer Dank gilt in erster Linie Herrn Prof. Dr. med. Christoph Heintze und Frau Dr. med. Susanne Döpfmer für die langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit und Betreuung meiner Dissertation. Ihre umfassende Unterstützung, ihr großes Engagement und die fachliche Begleitung von den ersten Ideen an, waren unverzichtbar für die Einreichung der vorliegenden Arbeit.

Weiterer Dank gilt der gesamten Arbeitsgruppe des NAVICARE-Verbundprojektes sowie den Kolleg*innen des Instituts für Allgemeinmedizin, welche mich in einem kollegialen und fachlichen Austausch durch den gesamten Studienprozess begleitet haben.

Ich möchte mich außerdem bei allen Hausärzt*innen aus dem ANCHOR-Forschungsnetzwerk und bei ihren Medizinischen Fachangestellten bedanken, die wir im Rahmen des COMPASS-Projektes interviewt haben. Ihr wertvoller Beitrag steht zentral in der Studiendurchführung.

Mein herzlichster Dank gilt meinen Freundinnen und Freunden und meiner Familie, die mir während des gesamten Zeitraumes liebevoll und unterstützend zur Seite standen.