

Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte

Susanne Döpfmer, Barbara Trusch, Judith Stumm, Lisa Peter, Lisa Kuempel, Ulrike Grittner, Susanne Schnitzer, Nina Rieckmann, Lorena Dini, Christoph Heintze

Document type

Postprint (accepted version)

This version is available at

<https://doi.org/10.17169/refubium-39581>

Citation details

Döpfmer S, Trusch B, Stumm J, Peter L, Kuempel L, Grittner U, et al. Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*. Georg Thieme Verlag KG; 2020;83(10): 844–853. DOI: 10.1055/a-1173-9225

Terms of use

All rights reserved. This document is intended solely for personal, non-commercial use.

Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte

Support for General Practitioners in the Care of Patients with Complex Needs: A Questionnaire Survey of General Practitioners in Berlin

Autoren

Susanne Döpfmer¹, Barbara Trusch¹, Judith Stumm¹, Lisa Peter¹, Lisa Kuempel¹, Ulrike Grittner², Susanne Schnitzer³, Nina Rieckmann⁴, Lorena Dini¹, Christoph Heintze¹

Institute

- ¹ Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin
- ² Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin
- ³ Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin
- ⁴ Institut für Public Health, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin

Schlüsselwörter

Delegation, Substitution, Multimorbidität, Hausärztliche Versorgung, Lotsen

Key words

Delegation, Substitution, Multimorbidity, General Practitioner, Navigator

Korrespondenzadresse

Dr. Susanne Döpfmer

Institut für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin
susanne.doepfmer@charite.de

Zusammenfassung

Ziel Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung werden zukünftig Versorgungsmodelle wichtig, die Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf unterstützen können. Die vorliegende Fragebogenstudie untersucht, welche Formen der Unterstützung sich Berliner Hausärzte wünschen.

Methodik Alle niedergelassenen Hausärzte Berlins (n = 2354) wurden im Zeitraum August bis September 2018 postalisch gebeten, einen für die Fragestellung entwickelten Fragebogen auszufüllen. Die Fragen adressierten den Unterstützungsbedarf sowie verschiedene Unterstützungsmodelle. Es wurde zwischen Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb (Delegation, Substitution) und außerhalb (Sozialarbeiter, Versorgungslotsen, Pflegestützpunkt) von Hausarztpraxen differenziert. Die Auswertung erfolgte deskriptiv, sowie explorativ multivariat in Bezug auf Zusammenhänge zwischen der Zustimmung zu Unterstützungsmodellen und Praxis- bzw. Arztcharakteristika (Alter, Geschlecht der Ärzte, Lage der Praxis, Praxisform, Arbeitszeit).

Ergebnisse 557 Fragebögen (Response Rate 23,7 %) wurden ausgewertet. Unterstützungsbedarf wurde v. a. für administrative, koordinative und organisatorische Tätigkeiten gesehen sowie für soziale und sozialrechtliche Fragestellungen. Ein Großteil der teilnehmenden hausärztlichen Praxen steht sowohl der Delegation als auch der Substitution ärztlicher Leistungen positiv gegenüber. Darüber hinaus ist für Hausärzte auch Unterstützung außerhalb der eigenen Praxis durch Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes, eines Pflegestützpunktes, oder durch Sozialarbeiter und Versorgungslotsen vorstellbar. Insbesondere jüngere und weibliche Hausärzte sowie diejenigen, die bereits in kooperativen Praxis-Strukturen tätig sind, sind offen für kooperative Ansätze unter Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe.

Schlussfolgerung Es bestehen noch unzureichend genutzte Potenziale der Delegation und der Kooperation mit bestehenden Strukturen. Die hier befragten Berliner Hausärzte zeigten ein hohes Maß an Zustimmung zu Delegation und Substitution. Aber auch Gesundheitsberufe und Institutionen außerhalb der eigenen Praxis könnten die Hausärzte stärker unterstützen. Insbesondere für administrative und koordinative Tätigkeiten sowie für soziale und sozialrechtliche Fragestellungen wird Unterstützungsbedarf gesehen. In weiteren Untersuchungen sollte die Akzeptanz unter der Ärzteschaft und die Machbarkeit unterschiedlicher Modelle weiter untersucht werden.

Abstract

Objectives Because of demographic changes, new models of care are important for supporting general practitioners in the care of patients with complex needs. This study addresses the question of the type of support that is requested by general practitioners working in Berlin.

Methods All general practitioners working in Berlin (n = 2354) were asked between August and September 2018 to return a questionnaire by post which has been developed for this study. Questions addressed support needs as well as support models within the practice (delegation, substitution) and outside the practice (social worker, navigator, community care points). Data were analysed descriptively and by exploratory multivariate analysis to show the influence of practice and doctor characteristics on the preference of support models (age, gender, location of the practice, type of practice, working hours).

Results A total of 557 questionnaires (response rate 23.7 %) were included in the analysis. Need for support was seen particularly for administrative, coordinative and organisational tasks and for advice on social issues. The majority of the study participants approved delegation and substitution. In their view, it was conceivable to get support from professionals or institutions outside their practice, such as mobile care services, community care points, social workers or navigators. Particularly younger and female doctors working in group practices were open for cooperative care models integrating other health professions.

Conclusions There is unused potential for delegation and cooperation within existing structures. Further research should investigate the acceptance and feasibility of different support models.

Einleitung

Deutschland gehört weltweit zu den Ländern, die am stärksten von einer demografischen Entwicklung hin zu älteren multimorbiden Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf betroffen sind [1, 2]. Während die Zahl der Ärzte insgesamt über die letzten Jahre insbesondere in den Stadtstaaten zugenommen hat, stagniert die Zahl der Hausärzte bzw. nimmt leicht ab [3–5].

Durch die Altersstruktur der Hausärzteschaft ist in Berlin damit zu rechnen, dass in den nächsten 10 Jahren von ca. 2500 tätigen Hausärzten mehr als ein Drittel in den Ruhestand gehen werden [6]. Gleichzeitig wird deutlich, dass die nachrückende ärztliche Generation tendenziell nur mit reduziertem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden möchte, sodass die Angabe absoluter Arztzahlen die tatsächlichen Angebotskapazitäten in der ambulanten Versorgung unzureichend widerspiegelt; Folgen für die Versorgungsqualität sind zu erwarten [7].

Daneben stellt die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung für Patienten wie Hausärzte eine große Herausforderung dar: Bei Patienten kann es zu Brüchen in der Kontinuität der Versorgung kommen [8]; bei Hausärzten sind im Besonderen koordinative Leistungen gefordert. Sie konstatieren Schwierigkeiten bei Kommunikation und Kooperation an den ambulant-stationären sowie an den hausärztlich-fachärztlichen Schnittstellen, insbesondere in der Versorgung älterer und multimorbider Patienten [9]. Das Zusammenwirken von physischen, psychologischen und sozialen Problemen mit Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie führen oftmals zu unadressierten, komplexen Bedarfen und einem erhöhten Aufwand für die Koordinierung der Inanspruchnahme verschiedenster Versorger [10, 11].

Eine Patienten-zentrierte Versorgung erfordert daher ein komplexes Management, das im Langzeitverlauf wechselnde, auch nicht-medizinische und psychosoziale Bedarfe und unterschiedliche Leitlinien und Empfehlungen mitbehandelnder Spezialisten adressieren muss [12].

Bereits 2009 konstatierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit neuer Versorgungsmodelle, die multidisziplinär, integriert, kooperativ und Patienten-zentriert arbeiten. Hausärzte haben hier eine zentrale Rolle sowohl als erste Ansprechpartner als auch in der Langzeitbetreuung und in der Koordination der Versorgung [13]. Zur Unterstützung der Hausärzte kann die Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe in das hausärztliche Team oder die Erweiterung der Kompetenzen der bestehenden medizinischen Assistenzberufe ein Ansatz sein. Dies wird bereits in anderen Ländern vielfach praktiziert [14].

Die deutsche Ärzteschaft hat sich auf dem Deutschen Ärztetag 2008 für eine stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte ausgesprochen. Unterstützung der Ärzte, insbesondere durch Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten (MFA), wird im Rahmen der Delegation ermöglicht [15].

Inzwischen gibt es bereits gute Erfahrungen mit dem Einsatz qualifizierter MFA [16]. Die Akzeptanz durch Patienten ist hoch, und eine Erweiterung delegierbarer Leistungen ist für sie vorstellbar [17]. Auch unter Hausärzten herrscht große Offenheit für Delegation ärztlicher Tätigkeiten, jedoch ist der Kenntnisstand bzgl. der Delegationsvereinbarung eher gering [18]. In Deutschland ist in der Delegationsvereinbarung definiert, welche ärztlichen Tätigkeiten an

medizinische Assistenzberufe delegiert werden dürfen [19].

Unterschieden werden muss dabei zwischen Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Während bei der Delegation die Verantwortung für den Gesamtversorgungsprozess beim Arzt verbleibt, schließt die Substitution die Eigenverantwortung für zugeteilte Aufgaben ein [20].

Eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe wurde vom Deutschen Ärztetag 2008 und erneut 2017 abgelehnt [15, 21]. Entsprechend kann der Einsatz von Angehörigen eines neuen akademisierten medizinischen Assistenzberufs, den „Physician Assistants“ (PA), bislang nur im Rahmen der Delegation erfolgen [22]. Über eine bundeseinheitliche Ausgestaltung des Berufsbildes „Physician Assistant“ wird gegenwärtig von einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Landes- und Bundesärztekammer(n), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der einzelnen Hochschulen in Deutschland, in denen der Studiengang „Physician Assistant“ angeboten wird, beraten [23]. Es ist es vorstellbar, dass PA zukünftig auch im ambulanten Sektor eingesetzt werden.

Weitere Modelle zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf beinhalten den Einsatz von „Navigatoren“ oder „Patienten- bzw. Versorgungslotsen“, die für die Sicherstellung der Versorgungskontinuität sorgen können: (Im Fragebogen wurden beide Begriffe, Versorgungslotse und Navigator, verwendet. Hier wird im Weiteren nur der Begriff Versorgungslotse verwendet) [24]. Auch in Deutschland werden entsprechende Versorgungsmodelle erprobt. Dabei hat sich insbesondere ein Bedarf für die Fallbegleitung zur Überwindung von Schnittstellenproblemen bei vulnerablen Patientengruppen wie pflegebedürftigen Personen, chronisch Kranken und multimorbiden Hochaltrigen gezeigt [25].

Die Herausforderungen der demografischen Entwicklung führen jedoch nicht nur für Patienten, sondern auch für ihre Versorger zu einer stärkeren Beanspruchung. So gibt es Hinweise, dass die steigende Rate von Multimorbidität das Burn-Out-Risiko von Hausärzten erhöht [26]. Den Herausforderungen steigender Patientenzahlen mit Multimorbidität wird mit „moderatem Optimismus bis beginnender Verzweiflung“ begegnet [12].

Hinsichtlich der Debatte, ob und inwieweit neue Versorgungsmodelle vermehrt in die ambulante Gesundheitsversorgung integriert werden sollten, ist es daher von zentraler Bedeutung, die Sichtweise der Ärzte sowie ihre Bedarfe und Wünsche für die Versorgung zu kennen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, den Unterstützungsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf - beispielhaft bei Vorliegen von Multimorbidität, Schlaganfall oder Lungenkrebs - aus hausärztlicher Sicht und in Abhängigkeit von Praxischarakteristika zu erfassen.

Folgende Fragestellungen sollten beantwortet werden:

Welche Faktoren erschweren die Versorgung vulnerabler Patientengruppen?

Durch was bzw. durch wen und für welche Tätigkeiten könnten Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf unterstützt werden?

Wird bereits delegiert, und was ist die Haltung zur Substitution ärztlicher Leistungen?

Methodik

Die Studie ist Teil des Forschungsverbundes „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“ an der Charité Berlin (<https://navicare.berlin/de/>) der das Ziel verfolgt, Barrieren und Ungleichheiten in der Versorgung von Patienten mit altersassoziierten Erkrankungen zu reduzieren.

In den beiden Teilprojekten „COMPASS“ und „CoreNavi“ des Navicare-Verbundes wurde mit zunächst qualitativen Methoden die Perspektive von Berliner Hausärzten und MFA bzw. von Patienten erfasst. Die Ergebnisse wurden für die Entwicklung der hier vorliegenden Fragebogenerhebung verwendet, in der die hausärztliche Sichtweise quantitativ untersucht wurde. Die Zielpopulation war die Grundgesamtheit aller in Berlin tätigen Hausärzte. Basis für die Adressdaten war die Internetfunktion „KV-Arztsuche Berlin“ (<https://www.kvberlin.de/60arztsuche/>). Als Fachgebiet wurden „Allgemeinmedizin / Prakt. Arzt“ sowie „Innere Medizin“ gewählt und ein Kreuz bei der Option „Hausarzt“ gesetzt. Die daraus entstandene Liste von 2557 Treffern wurde um Dopplungen und bereits (aus früheren Befragungen) bekannten nicht mehr gültigen Adressen bereinigt. In einem zweiten Schritt wurden die Ärzte, aus deren Angaben zum Vorliegen eines Schwerpunktes geschlossen werden konnte, dass sie nicht (überwiegend) hausärztlich tätig sind, von der Liste entfernt (z. B. Kardiologen, Gastroenterologen). Im Zweifelsfall wurden die Webseiten der jeweiligen Praxen nach ihrem Leistungsangebot beurteilt. In diesem Schritt wurden 92 Ärzte aus der Liste entfernt (Abb. 1; Flow Chart).

Der Fragebogen wurde nach umfangreicher Literaturrecherche vom Autorenteam entwickelt. Im Rahmen der Instituts-internen Forschungswerkstatt, einem methodischen Kolloquium, wurden die einzelnen Fragen wiederholt vorgestellt und hinsichtlich ihrer Verständlichkeit angepasst. Darüber hinaus wurde der Fragebogen den hausärztlich erfahrenen Institutsmitarbeitern zur Testung im Sinne der Think-Aloud-Methode (Methode des lauten Denkens bei der Antwortfindung) vorgelegt. Die Fragen wurden im Laufe dieser Prozesse mehrfach umformuliert. Nachdem es in dem Institutsinternen Vorgehen zu keinen weiteren Änderungen mehr kam, wurde der Fragebogen 3 Hausärzten vorgelegt, die nicht wissenschaftlich arbeiten und die nicht dem KV-Bezirk Berlin angehörten. Daraus ergaben sich keine Hinweise für erforderliche Änderungen des Fragebogens. Der finale Fragebogen wurde postalisch an 2423 Hausärzte verschickt. Ein frankierter und adressierter Rückumschlag wurde beigelegt. Für 69 Praxen kamen die Briefsendungen wegen falscher Adressdaten ungeöffnet zurück; diese konnten auch nicht ermittelt werden. Die Grundgesamtheit erreichter Praxen betrug daher $n = 2354$. Die Fragebögen waren nicht gekennzeichnet. Jedem Fragebogen wurde eine frankierte Rückantwortkarte beigelegt, auf der die Ärzte unabhängig vom Fragebogen ankreuzen konnten, ob sie an der Fragebogenerhebung teilnehmen oder nicht teilnehmen möchten. In einer zweiten Welle wurden die Fragebögen nach 4 Wochen erneut versendet, jedoch nicht mehr an die Ärzte, die eine Postkarte geschickt hatten, aus der hervorging, dass sie bereits teilgenommen haben oder nicht teilnehmen möchten. Die anonyme Datenerhebung erfolgte von August bis Oktober 2018.

Die Daten wurden per Hand in das Programm IBM SPSS Statistics, Version 25 eingegeben und ausgewertet. Um Zusammenhänge zwischen Arzt- und Praxischarakteristika (Tab. 1) und den Zielvariablen (Zustimmung zur Substitution, Unterstützung durch andere Gesundheitsberufe) zu analysieren, wurden aufbauend auf die deskriptive Analyse bivariate Analysen mittels Chi-Quadrat-

Tests und multivariate Analysen mittels einer multiplen logistischen Regressionsanalyse durchgeführt. Dafür wurden Antwort-Kategorien dichotomisiert: Im Fall einer Variablen mit 4 Ausprägungen wurden die jeweils 2 zustimmenden und ablehnenden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Variablen mit 3 Ausprägungen (davon eine mittlere „teils-teils“) wurden dichotomisiert zu „trifft zu“ vs. „unentschieden/trifft nicht zu“. Fehlende Werte wurden mittels multipler Imputation (20 vollständige Datensätze, Methode: vollständig konditionale Spezifikation, predictive mean matching) für die Regressionsmodelle geschätzt. Die möglichen unabhängigen Einflussvariablen wurden im multiplen Modell mittels schrittweiser Rückwärtsselektion ausgewählt. Alter und Geschlecht der Ärzte wurden als fixe Variablen eingeschlossen.

Da es sich um eine explorative Datenanalyse handelt, sind p-Werte und Regressionskoeffizienten orientierend zu interpretieren. Freitextangaben wurden qualitativ unter Bildung von Kategorien ausgewertet.

Ein positives Votum der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin wurde vor Projektbeginn eingeholt (EA4/034/17).

Ergebnisse

Response und Beschreibung der Stichprobe

Von den 2354 angeschriebenen Ärzten in Berlin haben 557 ausgefüllte Fragebögen zurückgeschickt. Dies entspricht einer Response-Rate von 23,7 % (Abb. 1)

Für Details zur Stichprobe Tab. 1.

Unterstützung innerhalb der hausärztlichen Praxis: Delegation und Substitution

In mehreren Fragen wurden Erfahrungen mit Delegation und dem Einsatz zusätzlich qualifizierten Personals, sowie die Meinung zur Substitution ärztlicher Leistungen ermittelt (Fragebogen im anhang). Ein weiterer Fokus lag auf dem Bedarf zusätzlicher Unterstützung durch nicht ärztliches Personal innerhalb der Praxis.

Unter den Befragten wünschten sich 89 % Unterstützung durch die Mitarbeiter der eigenen Praxis in der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, insbesondere bei koordinativen (82 %) und administrativen Aufgaben (83 %).

Bereits 78 % der Befragten delegierten ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal; von diesen 47 % für Hausbesuche, 31 % für Heimbefuche und 74 % für Tätigkeiten innerhalb der Praxis.

60 % bezeichneten ihren Informationsstand zur Delegationsvereinbarung als schlecht oder sehr schlecht. Auch unter Praxen, die bereits eine VERAH/NäPa („Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ bzw. „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“) beschäftigen, war der Informationsstand nach Selbsteinschätzung niedrig: nur 13 % bezeichneten ihren Informationsstand als gut oder sehr gut (8 % unter Praxen ohne VERAH/NäPa).

Eine Substitution ärztlicher Leistungen (in der Frage spezifiziert, siehe unterhalb Abb. 2) würden insgesamt 77 % der Befragten befürworten, 26 % voll und ganz, 51 % mit Einschränkungen. Substitution wurde dabei tendenziell häufiger von jüngeren Ärzten befürwortet, sowie von Ärzten

in Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), in Praxen in einem sozial starken Stadtbezirk, von Ärzten, die weniger als 50 Stunden pro Woche tätig waren, sowie von Ärzten, die bereits delegierten. Unter den Praxen mit einem höheren Anteil multimorbider oder älterer Patienten (mehr als 20 % Anteil von über 75-jährigen Patienten) fand sich keine höhere Zustimmung zur Substitution ärztlicher Leistungen, Abb. 2.

Insbesondere Ärzte, die bereits Aufgaben delegieren (Odds Ratio: 3,19, 95 % Konfidenzintervall (KI): 1,98–5,14, $p < 0,01$), mit Praxen in guter sozialer Lage (Odds Ratio: 3,69, 95 % KI: 1,83–7,45, $p < 0,01$) sowie jüngere Ärzte (Odds Ratio pro 10 Jahre Altersunterschied 0,73, 95 % KI: 0,57–0,95, $p = 0,018$) stimmen in höherem Maße der Substitution ärztlicher Leistungen zu.

Unter der Bedingung einer Finanzierungsgrundlage würden 47 % der Befragten eine Person mit einer akademischen nichtärztlichen Qualifikation in ihrer Praxis beschäftigen. In einer Freitextoption gaben diese als mögliche Arbeitsbereiche bereits delegierbare Aufgaben an, wie z. B. Hausbesuche, Impfen, Wundversorgungen und diagnostische Maßnahmen wie EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Administratives, aber auch Managementaufgaben, case management und Verlaufskontrollen chronisch Erkrankter einschließlich DMP (Disease Management Programme) bis hin zu selbständiger Versorgung bei geringfügigen Erkrankungen wie banalen Infekten oder Beratungen wie z. B. bei sozialrechtlichen Angelegenheiten.

Unterstützung außerhalb der hausärztlichen Praxis: Modelle für die kooperative Versorgung

In mehreren Fragen wurde dem Themenschwerpunkt nachgegangen, welche mögliche zusätzliche Person in welchem Rahmen und für welche Tätigkeiten die Hausärzte unterstützen könnte. Die befragten Hausärzte würden v. a. Beratungsstellen für soziale/sozialrechtliche Aspekte und Informationen über Zusatzangebote im Kiez als Unterstützung betrachten. Eine zusätzliche Person, die bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf unterstützen könnte, wäre neben den Mitarbeitern der eigenen Praxis idealerweise Mitarbeiter einer Sozialstation/ambulanten Pflegedienst, oder eines Pflegestützpunktes, oder wäre eine Gemeindeschwester im Bezirk oder ein Versorgungslotse (Tab. 2). Abschließend wurde nach möglichen Aufgaben gefragt, die ein Versorgungslotse übernehmen könnte. Alle der auswählbaren Tätigkeiten wurden häufig als auf einen Versorgungslotse übertragbar genannt (Tab. 3)

Mehr Offenheit für verschiedene Unterstützungsmodelle wurden tendenziell eher unter Ärztinnen (verglichen mit Ärzten), und unter jüngeren Kollegen (beiderlei Geschlechts) gefunden, unter denen, die bereits delegieren, sowie unter Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ beschäftigt sind.

Eine höhere Arbeitsbelastung (ausgedrückt in einer hohen Wochen-Stundenzahl oder in der Scheinzahl) sowie Patientencharakteristika - wie ein höherer Anteil von multimorbiden Patienten oder Hochbetagten (> 75 Jahre) – spielten keine Rolle in dem Wunsch nach Unterstützung.

Diskussion

In der vorliegenden Befragung ergaben sich sowohl ein hoher Unterstützungsbedarf aus der Perspektive urban tätiger Hausärzte als auch Unterstützungsmöglichkeiten für hausärztliche Praxen in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf.

Bestehende Studien benennen den Versorgungsbedarf aufgrund der allgemeinen demografischen Entwicklung. Verschiedene Modelle der Integrierung weiterer bzw. der Weiterqualifizierung bestehender Gesundheitsfachberufe sind erprobt und evaluiert [2, 14, 16]. Allerdings wurde der Bedarf an Unterstützung für Hausärzte aus deren Sicht bisher kaum untersucht.

Zudem fokussierten bisherige Untersuchungen mehr auf den fraglos stärkeren Bedarf in ländlichen Regionen [27–29]. Eine Modellrechnung zur zukünftigen Beanspruchung von Vertragsärzten ergab, dass auch in großstädtischen Regionen eine Zunahme der Beanspruchung von Hausärzten und spezialisierten Fachgruppen, die sich insbesondere an der Behandlung älterer Menschen beteiligen, erwartet wird [30].

Angenommen wird, dass die Bewältigung einer zunehmenden Arbeitslast durch die Umverteilung ihrer Tätigkeiten innerhalb einer Hausarztpraxis verbessert werden könnte [31]. Während ein Großteil der hier befragten Ärzte angab, bereits zu delegieren, sind möglicherweise nicht alle in der Delegationsvereinbarung ausgewiesenen Möglichkeiten ausgeschöpft. Dies könnte zum einen an Praxisseitigen Faktoren wie der personellen und räumlichen Ausstattung sowie weiteren Rahmenbedingungen liegen [32, 33]. Möglicherweise aber sind hier noch mehr Informationen für Hausärzte erforderlich, um die Unterstützungsmöglichkeiten durch Delegation bekannter zu machen. Auch mehrere Jahre nach Einführung der Delegationsvereinbarung und Zusatzqualifikationen für MFA (VERAH, NÄPa und andere) ist das Wissen um die Möglichkeiten der Delegation noch nicht sehr verbreitet. Unsere Berliner Erhebung bestätigt hier Befunde aus einer Befragung in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2016 [18].

Die Ergebnisse unserer Befragung legen nahe, dass Hausärzte noch weitergehende Unterstützung benötigen zur Bewältigung bestehender Aufgaben, obwohl MFA bereits vielfältige koordinative und administrative Tätigkeiten übernehmen. Aus einer Erhebung des Normenkontrollrates von 2015 geht hervor, dass in jeder Arztpraxis im Schnitt pro Jahr mehr als 2800 Überweisungen, 600 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und 300 Heilmittelverordnungen ausgestellt werden. Nach dieser Studie ist eine Person mit der Bewältigung bürokratischer Vorgaben 96 Tage pro Jahr und Praxis beschäftigt [7, 34]. Um mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung zu haben, benötigen die Ärzte daher weitere Unterstützung.

Die Möglichkeit der Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten und die zukünftige Aufgabenteilung mit anderen Gesundheitsberufen sollten weiter beforscht werden. Bei bereits guten Erfahrungen im Ausland [35] gibt es auch in Deutschland Hinweise, dass aus Sicht von Hausärzten und MFA die Verantwortung Medizinischer Fachangestellter erweitert werden könnte, bis hin zur Versorgung von Patient mit banalen Problemen wie z. B. bei grippalen Infekten [36] oder mit chronischen Krankheiten [37].

Überraschend in dieser explorativen Studie ist die Offenheit gegenüber Konzepten der Substitution. Die Haltung des Deutschen Ärztetages von 2008 und erneut 2017 [15, 21] weist in eine andere Richtung. Auch der Einsatz von akademisierten Assistenzberufen, in Deutschland kontrovers diskutiert [38, 39] wird in dieser Befragung positiver gesehen.

Die vorliegende Studie explorierte zudem die hausärztliche Sicht auf weitere mögliche Unterstützungsmodelle unter Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe, wie z. B. von Versorgungslotsen, sowie anderer Institutionen wie Pflegestützpunkten, Pflegediensten und

sozialen Einrichtungen.

Eine große Mehrheit der befragten Hausärzte konnte sich eine Unterstützung durch Pflegestützpunkte sehr gut oder teilweise vorstellen. Das ist bemerkenswert, da trotz gesetzlicher Festlegung zur Etablierung von Pflegestützpunkten 2008 deren Umsetzung und Nutzung in Deutschland wenig bekannt ist [40]. Es fehlen allerdings Untersuchungen, welche Erfahrungen Hausärzte und Patienten mit den Pflegestützpunkten gemacht haben. Die in § 7c SGB XI aufgeführten Aufgaben der Pflegestützpunkte umfassen neben Pflegeberatung auch die Koordinierung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten und die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote (care management). Daraus ergeben sich für Hausärzte bisher unzureichend genutzte Potenziale der Kooperation mit bereits bestehenden Strukturen [41].

Unsere Erhebung bestätigte die Ergebnisse vorheriger Studien, dass Hausärzte sich insbesondere auch Unterstützung bei der Adressierung sozialer Probleme von Patienten wünschen [42, 43]. Sowohl die bessere Abstimmung mit sozial-rechtlichen Beratungsstellen als auch Unterstützung durch Sozialarbeiter im Bezirk wurden in unserem Fragebogen mit großer Mehrheit als wünschenswert eingestuft.

Eine Limitation unserer Befragung ist, dass in dem Fragebogen mehrere Konzepte und Begriffe für Gesundheitsberufe und Institutionen benannt wurden, die von den ausfüllenden Ärzten unterschiedlich interpretiert werden konnten, wie Substitution, Navigation, Gemeindeschwestern, Versorgungslotsen. Unsere Erhebung ist diesbezüglich explorativ zu werten. Die einzelnen Konzepte sollten noch weitergehend bzgl. ihrer Akzeptanz in der Ärzteschaft untersucht werden.

Unter den befragten Hausärzten zeigten sich nach explorativer Auswertung Unterschiede im Antwortverhalten: Es sind tendenziell eher die Ärzte, die bereits in kooperativen Zusammenhängen arbeiten, die sich weitere Unterstützung durch ihre eigenen Praxismitarbeiter oder durch andere Institutionen/Berufsgruppen vorstellen können bzw. wünschen würden. Eine Substitution ärztlicher Leistungen können sich eher die Ärzte vorstellen, die bereits delegieren. Hingegen haben Parameter hoher Arbeitsbelastung wie Wochenarbeitszeit oder Scheinzahl keinen Einfluss auf den Wunsch nach Unterstützung, ebenso wenig wie ein hoher Anteil multimorbider oder hochbetagter Patienten. Wie auch in früheren Erhebungen sind es eher die jüngeren Ärzte und eher die Ärztinnen, die die Übertragung von Aufgaben begrüßen würden [44]. Die Entwicklungen hin zu einem ärztlichen Generationenwechsel und zu einem deutlich höheren weiblichen Anteil in der Ärzteschaft sowie zu kooperativen Berufsausübungsformen sollten berücksichtigt werden bei Entscheidungen über Delegation, Substitution und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in der Versorgung von Patient/innen mit komplexem Bedarf.

Weitere bzw. wiederholte Fortbildungsangebote für Hausärzte über konkrete Anwendungen der Delegation, über Gestaltung von Arbeitsprozessen in einem multidisziplinären Team und Qualifizierungsmöglichkeiten für MFAs könnten helfen, die vielfältigen Anforderungen in der Versorgung multimorbider Patienten arbeitsteiliger und somit entlastender zu gestalten.

Aber auch außerhalb der Praxis bereits bestehende Strukturen, wie z. B. die Pflegestützpunkte, sollten und könnten mehr genutzt werden. Hier wäre ein besserer Austausch zwischen den Praxen und den jeweiligen regionalen Institutionen und deren Angebot wünschenswert.

Darüber hinaus sollten die Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten oder sogar Substitution ärztlicher Leistungen weiter unter der ambulanten Ärzteschaft im Allgemeinen und Hausärzten im Besonderen eruiert und diskutiert werden sowie neue Modelle der sozialen/sozialrechtlichen Beratungsangebote evaluiert und angeboten werden.

Fazit

Die demografische Entwicklung sowohl in der Bevölkerung als auch in der Ärzteschaft erfordert die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle.

Bei Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf benötigen Hausärzte Unterstützung v. a. in der Koordination der Versorgung und bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen.

Bestehende Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen sind noch nicht umfänglich bekannt und werden noch nicht ausgeschöpft.

Danksagung

Wir möchten uns bei den Hausärztinnen und Hausärzten, die an unserer Befragung teilgenommen haben, herzlich bedanken.

Interessenkonflikt

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Verbundprojekts „NAVICARE – Patientenorientierte Versorgungsforschung“. NAVICARE wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunkts Strukturaufbau in der Versorgungsforschung (01GY1601).

Literatur

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: The 2017 Revision; Volume II: Demographic Profiles (2017). https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf; Stand: 7.10.2019
2. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J et al. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2010; 53: 441–450
3. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. Z Allg Med 2010; 86: 93–98
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

- Kurzfassung des Gutachtens 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Im Internet: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf ; Stand 20.2.2020
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten 2018. Im Internet: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17077.php> ;Stand: 20.2.2020
 6. Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Titelthema: Allgemeinmedizin wird attraktiver. KV-Blatt 2018;3:26-31. Im Internet: https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2018/03/30_titelthema/kvbm.pdf ; Stand 20.2.2020
 7. Czihal T, von Stillfried D. Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung. GuS Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70: 27–31
 8. Tarrant C, Windridge K, Baker R et al. ‘Falling through gaps’: primary care patients’ accounts of breakdowns in experienced continuity of care. Fam Pract 2015; 32: 82–87
 9. Lang C, Gottschall M, Sauer M et al. „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulanzfachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. Gesundheitswesen 2019; 81: 822–30.
 10. Poitras M-E, Hudon C, Godbout I et al. Decisional needs assessment of patients with complex care needs in primary care. J Eval Clin Pract 2019; <https://doi.org/10.1111/jep.13325>
 11. Seger W, Cibis W, Deventer A et al. Die Zukunft der medizinisch–rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Gesundheitswesen 2018; 80: 12–19
 12. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J et al. GPs’ perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. BMJ open 2013; 3: e003610
 13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009, Kurzfassung: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (2009). Im Internet: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung2009.pdf ; Stand: 20.2.2020
 14. Freund T, Everett C, Griffiths P et al. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? Int J Nurs Stud 2015; 52: 727–743
 15. Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages 2008 in Ulm. 2008. Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/111DAETBeschlussprotokoll200808251.pdf ; Stand: 20.2.2020

16. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M et al. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2016; 78: e62–e8.
17. Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M et al. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 1077–83.
18. Dini L, Miralles J, Heintze C. Delegation in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen. Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW. 2018; Im Internet: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u = /_media/pdf/service/Pub/2018_df/befragung_delegation_hausaerztl_taetigkeiten.pdf; Stand: 20.2.2020
19. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 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: 1757–1760
20. Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF et al. Delegation und Substitution spezifischermedizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2012; 106: 656–662
21. Bundesärztekammer: Beschlußprotokoll des 120. Ärztetages (2017). Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf; Stand: 20.2.2020
22. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen 2017. Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf ; Stand: 20.2.2020
23. Marschall T, Hoffmann M. Eine neue Berufsgruppe kommt in der Praxis an: Erste Erkenntnisse über Einsatzgebiete, Tätigkeiten und Gehalt von Physician Assistants/Arztassistenten in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2019; 81: 9–16
24. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E et al. National Cancer Institute Patient Navigation Research Program. *Cancer* 2008; 113: 3391–3399
25. Braeseke G, Pflug C. Lotsen im Versorgungssystem – Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem 2017; Im Internet: <https://www.berlin.de/sen/gpg/service/publikationen/index.php/detail/18>; Stand: 20.2.2020
26. Pedersen AF, Nørøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract* 2020; 70: e95–e101
27. Schang L, Schüttig W, Sundmacher L. Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R, Hrsg. *Gesundheitsmonitor 2016: Bürgerorientierung*

im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung; 2016: 58–85

28. Auschra C, Deisner J, Berghöfer A et al. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Organisationsmodelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch; Berlin. 2018; Im Internet: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf; Stand: 20.2.2020
29. Tangermann U, Kleij K-S, Krauth C et al. Hausärztliche Versorgungssituation und Einführung neuer Versorgungsformen in schwer zu versorgenden Regionen: Eine Befragung der Bevölkerung. Gesundheitswesen 2019; 81: 498–504
30. Schulz M, Czihal T, Bätzing-Feigenbaum J et al. Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035. Versorgungsatlas-Bericht. Berlin. 2016; DOI: 10.20364/VA-16.02
31. Ulrich L, Pham T, Gerlach FM et al. Family Health Teams in Ontario – Vorstellung eines kanadischen Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. Gesundheitswesen 2019; 81: 492–497
32. Mergenthal M, Beyer M, Gerlach F et al. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet? Z Allg Med 2016; 92: 402–407
33. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J et al. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. BMC Fam Pract 2017; 18: 102
34. Mehr Zeit für Behandlung. Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlußbericht. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates, Hrsg. Wiesbaden: 2015; Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?_blob=publicationFile; Stand: 20.2.2020
35. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H et al. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? Med Care Res Rev 2009; 66: 36–89
36. Egidi G, Bülders S, Diederichs-Egidi H et al. Könnte das nicht auch die MFA erledigen? Z Allg Med 2015; 91: 517–521
37. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM 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; 164: 323–330
38. Hilienhof A. Konzept der Physician Assistants weiter umstritten. Aerzteblatt.de 2017; Im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79362/Konzept-der-Physician-Assistants-weiter-umstritten> ; Stand: 20.2.2020
39. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Bundesvorstand: Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe zu ‚Physician Assistants‘ (2017). Im Internet: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-Physician->

Assistants-2017.pdf ; Stand: 20.2.2020

40. Kollak I, Schmidt S. Umfrage zur Bekanntheit von Pflegestützpunkten. Case Management 2012; 3: 132–133
41. Kirchen-Peters S, Nock L, Baumeister P et al. Pflegestützpunkte in Deutschland – Die Sicht der Mitarbeitenden, der rechtliche Rahmen -die politische Intention. WISO Diskurs 2016; Im Internet: <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12538.pdf> ; Stand: 20.2.2020
42. Zimmermann C, Mews C, Kloppe T et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2018; 131–132 81–89
43. Jobst D, Joos S. Patients’ Social Problems – a Survey in Family Practices. Z Allg Med 2014; 90: 496–501
44. Dini L, Sarganas G, Boostrom E et al. 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; 29: 448–454

Tab. 1 Sozio-demografische Angaben der Ärzte und Charakteristika der Praxen.

	Prozentanteil bzw. Median (Interquartilsbereich) der gültigen Antworten	Anzahl gültiger Antworten (Teilnehmerzahl insgesamt: 557)
Alter	55 (49–61)	537
Geschlecht weiblich	63,2 %	549
Berufsjahre seit Facharztprüfung 10 Jahre 20 Jahre	69,7 % 37,8 %	555
Städtische Lage Innerstädtisch Stadttrand	70,3 % 29,7 %	546
Soziale Region der Praxis Eher schwach Durchmischt Eher stark	26,8 % 50,5 % 22,7 %	513
Beschäftigungsart Selbständig Angestellt	84,5 % 15,5 %	542
Praxisform Einzelpraxis BAG PG MVZ	49,2 % 28,1 % 13,7 % 9,0 %	536
Scheinzahl * Unter 600 600–999 1000 und mehr	14,3 % 48,3 % 37,4 %	552
Wochen-Arbeitszeit * < 40 Std. 40–49 Std. 50 und mehr Std.	42,0 % 28,1 % 29,8 %	553
Delegiert bereits Ja	77,6 %	536
Nicht-ärztliche Mitarbeiter Gesamtanzahl Anteil Praxen mit VERAH oder NÄPa Anteil Praxen mit Praxismanager	3 (2–5) 20 % 14 %	
Beschäftigt VERAH/NÄPa Ja	20,0 %	557
Anteil multimorbider Patienten < 25 % 25–49 % 50 % und mehr	8,4 % 36,9 % 52,0 %	553
Anteil Patienten mindestens 75 Jahre alt Über 20 %	53 %	533
BaG Berufsausübungsgemeinschaft, PG Praxisgemeinschaft, MVZ Medizinisches Versorgungszentrum, VERAH Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis, NÄPa Nicht-ärztliche Praxisassistentin.		

Tab. 2 Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der Praxis bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf.

	trifft zu %	teil-teils %	trifft nicht zu %
Was würde Ihnen helfen, Patienten mit komplexen Versorgungsbedarf noch besser zu unterstützen?			
a) Optimierung von Schnittstellen, wie z. B.			
Beratungsstellen für soziale/rechtliche Aspekte	82,1	13,2	4,8
Versorgungslotsen für einzelne Patientengruppen	78,7	13,4	7,9
Informationen über Zusatzangebote im Kiez	74,3	18,2	7,5
Eine optimierte IT-Vernetzung	43,4	25	31,6
b) Eine Person, die mich bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf zusätzlich unterstützen könnte, wäre idealerweise...			
Mitarbeiter/in eines ambulanten Pflegedienstes/einer Sozialstation	67,9	29,3	2,8
Mitarbeiter/in meiner Praxis	64,7	24,2	11,1
Sozialarbeiter/in im Bezirk	59,3	34,7	6,0
Gemeindeschwester/-pfleger im Bezirk	53,7	35,4	10,9
Mitarbeiter/in eines Pflegestützpunktes	53,4	41,5	5,1
Versorgungslotse für einzelne Patientengruppen	51,0	37,3	11,6
Mitarbeiter/in einer Spezialambulanz	37,7	46,8	15,5
Mitarbeiter/in eines Krankenhauses	19,3	53,4	27,3
Mitarbeiter/in einer Krankenkasse	17,7	41,6	40,7
Die Anzahl gültiger Antworten variiert zwischen 523 und 535.			

Tab. 3 Tätigkeiten, die von einem Versorgungslotsen übernommen werden könnten.

folgende Tätigkeiten können von einem Versorgungslotsen übernommen werden:	Anteil der zustimmenden Teilnehmer
Organisation von sozialer und pflegerischer Unterstützung	73 %
Terminvereinbarungen bei nicht-ärztlichen Mitbehandlern	72 %
Organisation von Krankentransporten	70 %
Organisation von häuslicher Pflege	64 %
Terminvereinbarungen bei mitbehandelnden Ärzten	61 %
Versorgung mit Hilfsmitteln	58 %

Abb. 1: Flowchart Stichprobe

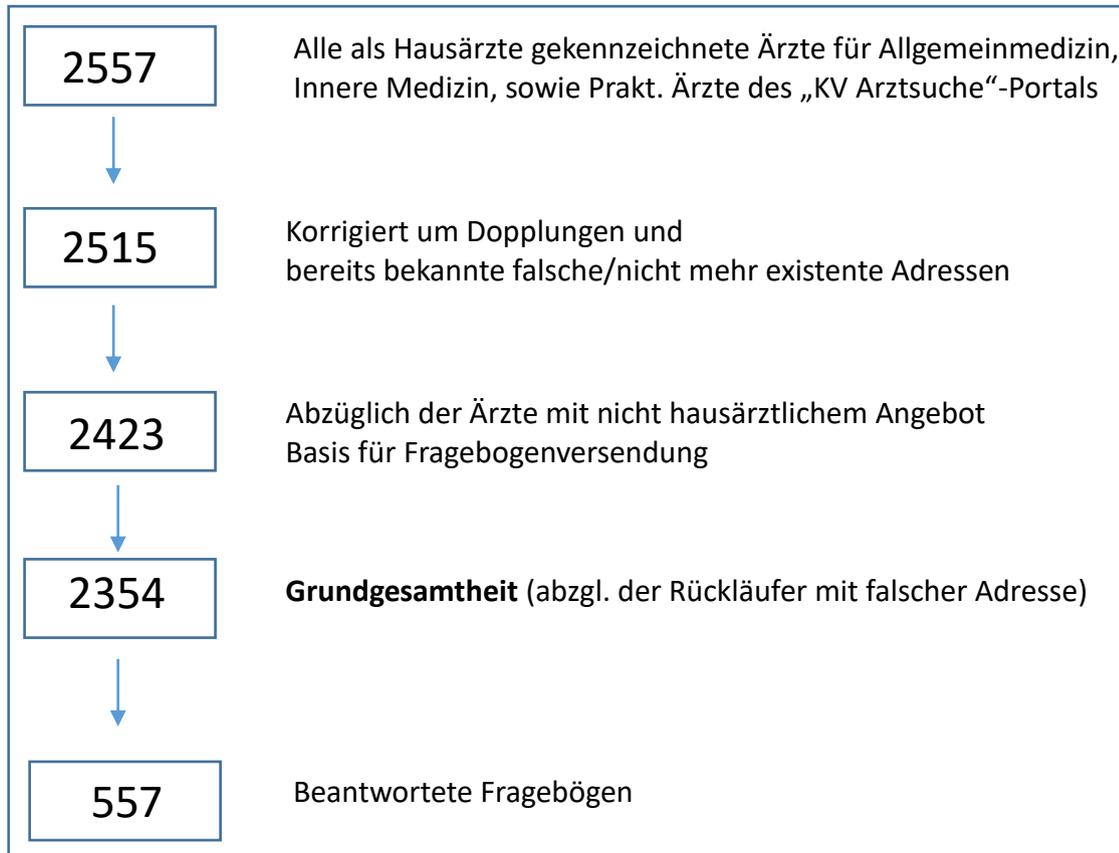
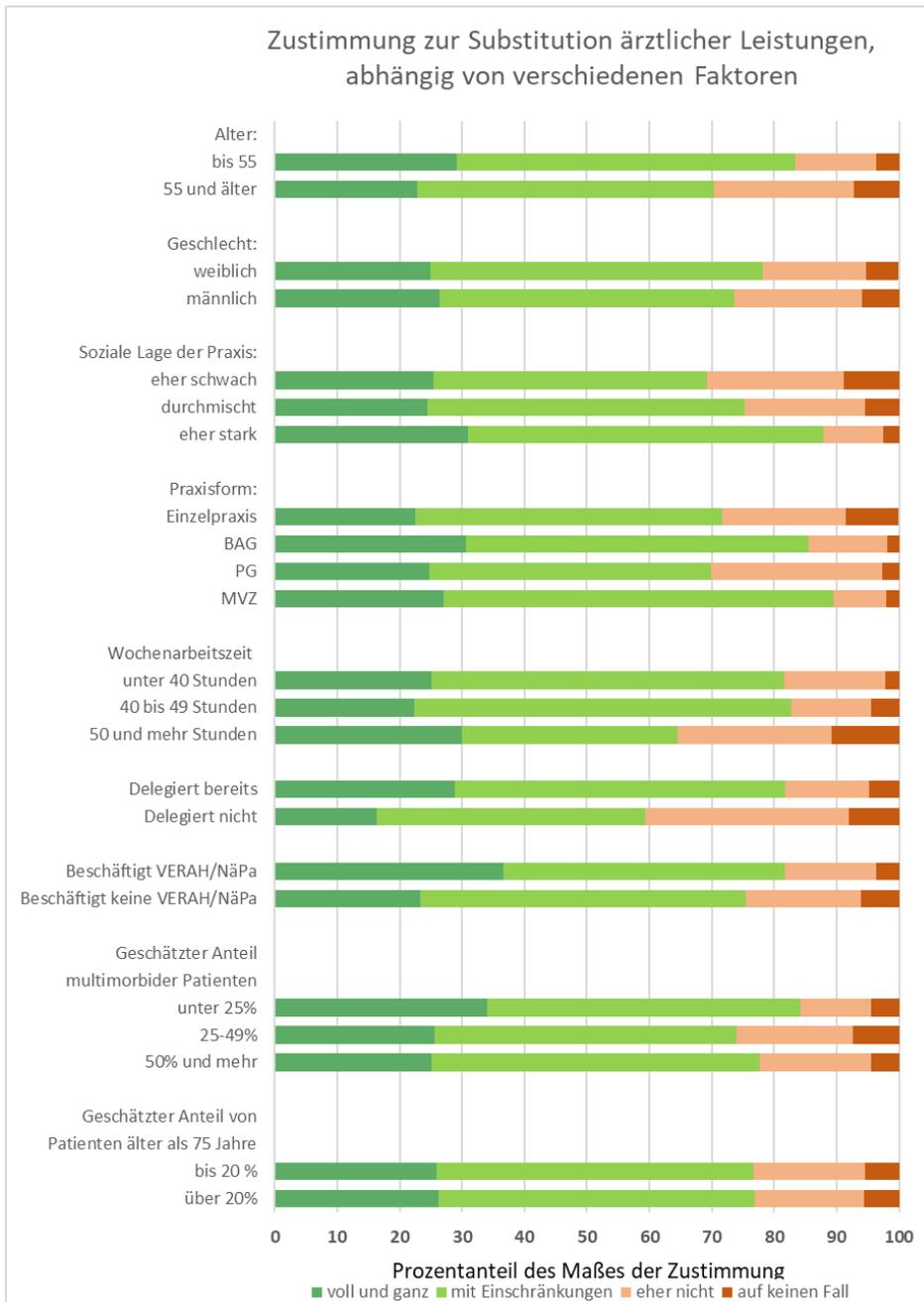


Abb. 2 Zustimmung zur Substitution ärztlicher Leistungen, abhängig von verschiedenen Faktoren. **BAG** Berufsausübungsgemeinschaft, **PG** Praxisgemeinschaft, **MVZ** Medizinisches Versorgungszentrum, **VERAH** Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis **NäPa** Nicht-ärztliche Praxisassistentin. Frage im Fragebogen: Substitution meint im Gegensatz zu Delegation eine selbstständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch eine/n geschulte/n Mitarbeiter/in, wie z. B. für das DMP-Management. Sie würden in diesem Beispiel die Patienten nur sehen, wenn die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter dies für erforderlich hält. In anderen Ländern ist das durchaus üblich; in Deutschland ist dies bisher nicht erlaubt. Würden Sie Substitution befürworten?



Ergänzendes Material

Charité Universitätsmedizin Berlin- Institut für Allgemeinmedizin – COMPASS

I. Zunächst möchten wir uns gerne ein Bild von Ihrer Praxisstruktur machen

1. Sie sind Arzt Ärztin 2. Geburtsjahr: 19

3. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Hausärztin/Hausarzt (nach Facharztprüfung)?
 seit weniger als 5 Jahren seit 5-10 Jahren seit 10-20 Jahren seit mehr als 20 Jahren

4. Wie würden Sie die Region beschreiben, in der Sie tätig sind?
 eher innerstädtisch **oder** eher Stadtrand
sowie eher sozial schwacher Bezirk eher sozial starker Bezirk durchmischt

5. Sie sind angestellt oder selbstständig niedergelassen
in einer Einzelpraxis einer Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
 einer Praxisgemeinschaft einem MVZ

6. Wie viele Arztstühle gehören insgesamt zu der Praxis, in der Sie tätig sind? (z. B. 1,5)

7. Wie viele Scheine haben Sie persönlich durchschnittlich pro Quartal im letzten Jahr abgerechnet, bezogen auf Ihren Arztsitz(-Anteil) bzw. auf den Arztsitz(-Anteil), auf dem Sie angestellt arbeiten?
 bis 399 400 bis 599 600 bis 799
 800 bis 999 1.000 bis 1.199 1.200 bis 1.399 1.400 und mehr

8. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Praxis (alle Tätigkeiten zusammen)?
 unter 20 20 bis unter 30 30 bis unter 40 40 bis unter 50 50 bis unter 60 60 und mehr

9. Wie viel Prozent entfallen dabei geschätzt auf
direkten Patienten- oder % Angehörigenkontakt: % andere Tätigkeiten: %

10. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie geschätzt mit patientennahen Leistungen, die Sie nicht in den bestehenden KV-Abrechnungsziffern abgebildet sehen (z. B. mehrfache Vorstellungen im Quartal, Telefonate mit anderen Ärzten, Hauskrankenpflege etc., Organisatorisches wie z. B. Terminvereinbarungen bei anderen Ärzten)?
 keine 1-3 Stunden 4-6 Stunden mehr als 6 Stunden kann ich nicht sagen

11. Wieviel nichtärztliches Personal ist in Ihrer Praxis angestellt?
 Anzahl Mitarbeiter/innen mit mindestens 20 Wochenarbeitsstunden davon MFA bzw. ausgebildete Arzthelfer/in
 Anzahl Mitarbeiter/innen mit weniger als 20 Wochenarbeitsstunden davon MFA bzw. ausgebildete Arzthelfer/in

12. Wie viele Ihrer Mitarbeiter/innen haben eine weiterqualifizierende Ausbildung oder eine andere Ausbildung als zur MFA oder Arzthelfer/in durchlaufen bzw. sind gerade dabei?
 VERAH oder NäPa Praxismanager/in anderes: _____

13. Wie ist die Altersstruktur Ihrer Patienten? Bitte schätzen Sie.
< 19 Jahre: % 19-54 Jahre: % 55-75 Jahre: % >75 Jahre: %

14. Wie viele Ihrer Patienten schätzen Sie als multimorbide ein (mehr als 2 chronische Erkrankungen)?
 < 25 % 25-49 % 50 % und mehr

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in Fragebogen an manchen Stellen darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder nur in weiblicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

15. Die aktuelle Delegationsvereinbarung ist als Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte 2015 in Kraft getreten. Wie schätzen Sie Ihren Informationsstand zur Delegationsvereinbarung ein?
 sehr gut gut teils/teils schlecht sehr schlecht

16. Delegieren Sie bereits ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal?
für Hausbesuche: ja nein; für Heimbefuche: ja nein; für Tätigkeiten in der Praxis: ja nein

17. Substitution meint im Gegensatz zu Delegation eine selbstständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch eine/n geschulte/n Mitarbeiter/in, wie zum Beispiel für das DMP-Management. Sie würden in diesem Beispiel die Patienten nur sehen, wenn die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter dies für erforderlich hält. In anderen Ländern ist das durchaus üblich; in Deutschland ist dies bisher nicht erlaubt. Würden Sie Substitution beforworten?
 voll und ganz mit Einschränkungen eher nicht auf keinen Fall

18. Es gibt inzwischen die Möglichkeit, sich in Pflege- und Assistenzberufen durch ein Studium weiter zu qualifizieren, wie zum Beispiel zum „Physician assistant“. Würden Sie eine Person mit einer akademischen nichtärztlichen Qualifikation in Ihrer Praxis beschäftigen, soweit es dafür eine Finanzierungsgrundlage gäbe?
 ja und zwar in folgenden Arbeitsbereichen _____ nein

II. Im folgenden Fragenblock geht es um die Versorgung spezieller Patientengruppen

19. Wenn es Patienten gibt, bei denen die Versorgung nicht optimal läuft, sind dies am ehesten Patienten mit ...

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenziellen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multimorbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohem Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeitserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrischen Gebrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychischen Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Folgende individuelle patientenseitige Faktoren erschweren nach Ihrer persönlichen Erfahrung eine optimale Versorgung:

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Viele Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere behandelnde Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Mobilität des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde finanzielle Ressourcen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche/kulturelle Barrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzureichende Angebote zur sozialen oder pflegerischen Unterstützung (Pflegegrade, GdB etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Was sind für Sie wichtige Bestandteile einer optimalen hausärztlichen Versorgung Ihrer **multimorbiden** Patienten?

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Leitliniengerechte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigschwellige Erreichbarkeit für meine Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionierendes soziales Sicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperative Behandlung mit ärztlichen Fachkollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperative Behandlung mit nichtärztlichen Versorgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Stellen sich die Bestandteile einer optimalen hausärztlichen Versorgung für **Patienten, die einen Schlaganfall hatten oder für Patienten, die Lungenkrebs haben**, anders dar als bei multimorbiden Patienten?

	bei Schlaganfallpatienten			bei Lungenkrebspatienten		
	ist wichtiger	genauso wichtig	weniger wichtig	ist wichtiger	genauso wichtig	weniger wichtig
Leitliniengerechte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigschwellige Erreichbarkeit für meine Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionierendes soziales Sicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperative Behandlung mit ärztlichen Fachkollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperative Behandlung mit nichtärztlichen Versorgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Manche Patienten haben einen komplexen Versorgungsbedarf, der neben der Hausärztin/dem Hausarzt auch andere Akteure involviert. Diese Komplexität erfordert Abstimmungen und eine Koordination der Versorgung.

23. Was würde Ihnen helfen, Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf noch besser zu betreuen?

	ja	eher ja	teils-teils	eher nein	nein
Effizientere Umverteilung der Tätigkeiten innerhalb meiner Praxis an meine MFA/Arzthelferin, wie z. B.					
Mehr gesetzliche Delegationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei koordinativen Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei administrativen Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei Hausbesuchen	<input type="checkbox"/>				
Unterstützung bei eigentlich ärztlichen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>				

23. Forts.: Was würde Ihnen helfen, Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf noch besser zu betreuen?

	ja	eher ja	teils-teils	eher nein	nein
Optimierung von Schnittstellen, wie z. B.					
IT-Vernetzung	<input type="checkbox"/>				
Kenntnisse über Zusatzangebote im Kiez	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstelle für soziale/rechtliche Aspekte	<input type="checkbox"/>				
Versorgungslotsen für einzelne Patientengruppen	<input type="checkbox"/>				

24. Eine Person, die mich bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf zusätzlich unterstützen könnte, wäre idealerweise....

	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
Mitarbeiterin/Mitarbeiter			
meiner Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Spezialambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Sozialstation/eines ambulanten Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Pflegestützpunktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eines Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein/e Gemeindegewerkschaftler/-pfleger im Bezirk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein/e Sozialarbeiter/in im Bezirk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Versorgungslotse für einzelne Patientengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Zur Versorgung von **Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf** könnten auch andere Personen oder Strukturen eingebunden werden. Denkbar wäre z. B. ein „Navigator“, der koordinative Aufgaben übernimmt. Diese Person kann bei Ihnen angestellt sein, in einer Fachabteilung (z. B. eines Krankenhauses), einer Sozialstation, einer Krankenkasse oder selbstständig tätig sein. Für andere Tätigkeiten könnte der Einsatz eines Online-Tools hilfreich sein. Uns interessiert hier, ob folgende beispielhafte Tätigkeiten eher durch Sie oder Ihre MFA übernommen werden sollten oder ob eine andere Person/Struktur das übernehmen kann.

	Sollte durch Hausarztpraxis übernommen werden		Kann übernommen werden durch		
	Hausärztin/Hausarzt selbst	MFA	(Mehrfachnennungen möglich)		
			Einen Navigator	Online-Tool	Anderen/Anderes, und zwar:
Terminvereinbarungen bei mitbehandelnden Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Terminvereinbarungen bei nichtärztlichen Versorgern wie Physio-/Ergotherapeuten oder Logopäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organisation von Krankentransporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Informations-/Befundeinholung oder -übermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organisation von häuslicher Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organisation der sozialen und pflegerischen Unterstützung (z. B. Pflegegrade, GdB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Fragebogen an manchen Stellen darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder nur in weiblicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.