

Delegation von Hausbesuchen: wer macht was und wie wird das organisiert?

K. Voigt^{1,4}, A. Klement^{2,4}, St. Bojanowski^{1,4}, E. Bodendieck^{3,4}, A. Bergmann^{1,4}

Einleitung

Hausbesuche (HB) sind elementarer Bestandteil der hausärztlichen Versorgung immobiler Patientengruppen, die häufig durch Multimorbidität und fortgeschrittenes Alter gekennzeichnet sind. Untersuchungen zeigten, dass sich mit zunehmendem Patientenalter die Anzahl und Frequenz der HB erhöht (Aylin et al. 1996; Snijder et al. 2007; van den Berg et al. 2006). Vor dem Hintergrund kontinuierlich wachsender Bevölkerungsanteile älterer Personen in Deutschland, parallel steigender Prävalenzen chronischer Erkrankungen in den älteren Bevölkerungsgruppen (Beske et al. 2009; Christensen et al. 2009) und eines bereits teilweise gegebenen Hausärztemangels stellt sich die Frage, wie zukünftig die adäquate medizinische Versorgung insbesondere immobiler Patienten gewährleistet werden kann. Für bereits von Hausärztemangel betroffene Regionen wurden zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von HB-Patienten verschiedene Delegationsmodelle eingeführt (Kalitzkus et al. 2009). So wird zum Beispiel die Delegation von HB an qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA), die eine Fortbildung zur Versorgungsassistentin/in in der Hausarztpraxis (VERAH®) absolviert haben, unter anderem in Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne der Delegations-Vereinba-

rung anerkannt und gefördert (Anlage 8 BMV-Ä und EKV 2009). In Sachsen liegt diese Anerkennung aktuell nicht vor, da das VERAH®-Curriculum des Deutschen Hausärzterverbandes in der vorliegenden Form im Gegensatz zum Fortbildungscurriculum zur nichtärztlichen Praxisassistentin der Bundesärztekammer (BÄK) die Anforderungen aus der Delegations-Vereinbarung nicht erfüllt (Gerst 2012).

Rechtlich ist die Delegation von HB an qualifiziertes nichtärztliches Personal auch außerhalb der Modellprojekte seit dem 01.01.2009 möglich (§ 87 Abs. 2b SGBV; Anlage 8 BMV-Ä und EKV, 2009). Damit sind an MFA delegierte HB offiziell zumindest in unterversorgten Gebieten abrechenbar. Zur Abrechnung delegierter HB-Leistungen an qualifizierte MFA (nichtärztliche Praxisassistentinnen) existieren die EBM-Ziffern 40870 bzw. 40872 (Mitbesuch weiterer Patient). Welche konkreten HB-Leistungen delegiert werden dürfen, ist nicht definiert. Seit 2008 liegt die Stellungnahme „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ der BÄK und der KBV vor, in der verschiedene Kategorien grundsätzlich delegierbarer Leistungen beschrieben und mit Beispielen veranschaulicht sind (BÄK und KBV 2008). Der im SGB V § 28 Abs. 1 bis 30.06.2012 von den Partnern der Bundesmantelverträge geforderte Katalog delegierbarer Leistungen liegt bisher jedoch nicht vor. Im Kontext von Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Leistungen (SGB V § 63) wurden delegierbare Leistungen für den ambulanten und stationären Bereich definiert, die aber nur in Modellprojekten durchgeführt werden dürfen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 63 Abs.3c SGB V, 2011).

Vor dem Hintergrund dieser veränderten juristischen Rahmenbedingungen, der gebliebenen „Grauzone“ hinsichtlich delegierbarer HB-Leistungen, und dem teilweise bereits gegebenem Hausärztemangel stellt sich die Frage, ob und wie HB

im hausärztlichen Praxisalltag bereits delegiert werden.

Methode

In Vorbereitung auf eine repräsentative Jahrerhebung zu HB in sächsischen Hausarztpraxen wurde durch den Bereich Allgemeinmedizin/MK3 der Technischen Universität Dresden in Kooperation mit der Sektion Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg eine Pilotstudie zur Testung des Studiendesigns durchgeführt. Ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden liegt vor (EK 291082011). Das Studiendesign, das verschiedene Erhebungsmethoden umfasste, wurde in einer anderen Publikation bereits beschrieben (Voigt et al. 2013). Die vorliegende Publikation basiert auf 41 Telefoninterviews mit allgemeinmedizinischen Lehrärzten der Universität Halle-Wittenberg. Im Kontext der Telefoninterviews wurden Hausärzte (HÄ) zu Ausmaß und Inhalten bereits praktizierter Delegation von HB befragt.

Ergebnisse

Die Mehrheit (66 %, n=29) der befragten HÄ gab an, dass sie HB delegierten. Die meisten (93 %, n=28) delegierten HB an ihre MFA, von denen 54% (n=15) über einen VERAH®-Abschluss verfügten oder anstrebten. In Einzelfällen wurden HB an Assistenzärzte, an den häuslichen Krankenpflagedienst oder an eine Medizinisch-Technische Angestellte delegiert. Alle 15 HÄ, die eine VERAH® im Team hatten, delegierten auch HB an diese. Bei 13 HÄ, deren MFA keine VERAH®-Qualifizierung aufwies, delegierten dagegen 59 % HB.

Delegiert wurden vor allem Aufgaben zur Verlaufskontrolle chronischer Krankheiten (Diabetes mellitus 2, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit) sowie Verbandswechsel (Tabelle 1).

Obwohl nicht explizit in den Interviews thematisiert, beschrieben sieben HÄ, wie sie die Delegation an die MFA in ihrer Praxis organisieren. In der Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergaben sich drei Delegationsmodelltypen.

¹ Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

² Sektion Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

³ Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

⁴ Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V.

Tabelle 1: Delegationsleistungen an Medizinische Fachangestellte

Delegierte Aufgaben*	gesamt (n=29)
Blutentnahme, Quick-Kontrolle	19
Verbände wechseln, Fäden ziehen	7
Blutdruckmessung	6
Blutzuckermessung	4
Injektionen, z.B. Vitamin B12	2
Chipkarte einlesen/Rezept überbringen	2
Atemgymnastik	1
„Vorabkontrollen“	1
Koordination Pflege	1
„alles, was juristisch erlaubt ist“	1
„1x pro Quartal als Ansprechpartner zur Hausarztentlastung“	1
*spontane Mehrfachnennungen, kein Anspruch auf Vollständigkeit	

A) Alternierende Betreuung von HB-Patienten

Das alternierende Betreuungsmodell ist dadurch gekennzeichnet, dass Hausarzt und MFA abwechselnd geplante HB in der Langzeitversorgung von immobilien, „gesundheitlich stabilen“ Patienten mit chronischen Krankheiten durchführen.

„(...) also im Wechsel, also einmal fahre ich zu den Routinehausbesuchen und dann in dem nächsten Zeitabschnitt fährt dann die Schwester. Die ruft vorher den Patienten an, ob etwas Außergewöhnliches wäre, und wenn es nur um Routinesachen geht, dann fährt die Schwester.“ (HA26)

„Das haben wir auch ein bisschen so vereinbart, dass wir dann versuchen, dass ich auf jeden Fall ein- bis zweimal im Quartal die sehe, und einmal dürfen auch die Schwestern da hinfahren. Dadurch ist die Fülle für mich nicht so groß und ich habe aber eben doch eine Übersicht. Und auch für den Patienten: (...) er hat einen Ansprechpartner, er kann sich äußern, er ist auch sozusagen versorgt und bildet sich nicht ein, dass sich keiner kümmert oder er vergessen ist.“ (HA33)

B) Vorbereitungshausbesuch

Bei diesem Modelltyp wird der hausärztliche HB nicht ersetzt, sondern durch einen vorbereitenden inhaltlich entlastet, indem notwendige

Voruntersuchungen bereits von der MFA ausgeführt werden.

Basierend auf den Untersuchungsergebnissen wird dann der nachfolgende hausärztliche HB geplant.

„Ich mach das dann so, dass ich den VERAH-Pfleger schicke und vorher zum Beispiel Blutentnahmen usw. mitmachen lassen kann. Oder mal eine Blutdruckkontrolle oder andere Kontrollen, wenn sich ein Patient längere Zeit nicht meldet, dass ich dann schon vorinformiert bin und gucken kann, wenn ich dann einen HB plane.“ (HA28)

C) Routinebetreuung „stabiler“ Patienten

Im Rahmen der Langzeitversorgung gesundheitlich stabiler immobilier Patienten werden geplante Routineuntersuchungen fall- und situationsbezogen an MFA delegiert.

„Na, wenn ich jetzt weiß, es geht einem Patienten soweit gut, wir müssen nur mal Zucker kontrollieren, Blutdruck kontrollieren und eben gucken, wie es ihm geht. Da kann das theoretisch auch mal eine Schwester machen.“ (HA33)

Die drei Delegationsmodelltypen schließen sich nicht aus, sie können in einer Praxis parallel je nach situativen Krankheitsausprägungen und Versorgungsbedürfnissen der verschiedenen Patienten auftreten.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass die Delegation von HB beim Großteil der an dieser Studie teilnehmenden Hausarztpraxen bereits stattfindet und dabei drei Delegationsmodelle unterschieden werden konnten. Das Ausmaß der Delegation von HB war in Hausarztpraxen, deren MFA eine zusätzliche VERAH®-Qualifizierung aufwies, wesentlich höher als in denen, die keine VERAH® im Team hatten. Dennoch werden HB auch an MFA ohne zusätzliche Qualifizierung delegiert. Die Ergebnisse unserer Studie decken sich mit Erfahrungen, die im Rahmen des HzV-Modellprojektes in Baden-Württemberg gemacht wurden. Im Kontext der Evaluation des HzV-Projektes wurde die persönliche Einschätzung der HÄ zur Delegation von Aufgaben (generell, nicht nur HB) an die VERAH® erhoben. Jeweils knapp drei Viertel der befragten HÄ schätzten ein, dass durch den Einsatz der VERAH® a) vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen profitierten und b) sich die Patientenversorgung insgesamt verbessert hätte. Eine deutliche zeitliche Entlastung wurde von 58 % der HÄ bestätigt. Jedoch bestätigten 60 % der teilnehmenden VERAH® auch, dass die neu übernommenen Aufgaben für sie persönlich zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung führten [Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg, 2013].

Die zeitliche Entlastung in der Praxisorganisation ist aus Sicht von deutschen HÄ ein starkes Motiv für die Delegation hausärztlicher Leistungen an qualifizierte MFA (Dini et al. 2012; Vollmar et al. 2013). Inwiefern dieses Ziel der zeitlichen Entlastung tatsächlich erreicht wird, muss – neben anderen wichtigen Parametern wie der Qualität der medizinischen Versorgung oder der Patientensicherheit – zukünftig kritisch geprüft werden. Die internationale Studienlage zeigt für die Substitution von HÄ durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal („nurses“) im englischsprachigen Raum heterogene Ergebnisse

auf. Bei der Routineversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten gab es kaum signifikante Unterschiede im Hinblick auf Gesundheitsstatus, Patientenzufriedenheit und -compliance sowie den Versorgungsprozess. Bei der Versorgung von Patienten mit akuten Anlässen wurde hingegen festgestellt, dass nichtärztliches medizinisches Fachpersonal im Vergleich zu HÄ durch signifikant länger dauernde Konsultationen und häufigere Wiederbestellungen der Patienten gekennzeichnet war, während Gesundheitsoutcomes sich nicht signifikant unterschieden (Laurant et al. 2005). Diese Ergebnisse sind nicht direkt auf die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitssystem übertragbar. Sie verweisen jedoch darauf, dass das Ziel der zeitlichen Entlastung der HÄ zu einer vergleichsweise stärkeren Belastung nichtärztlicher medizinischer Berufsgruppen führen kann. Entsprechend notwendig sind Organisationskonzepte, die eine Umverteilung der Aufgaben im gesamten Praxisteam thematisieren und stärker zu einer Praxisteamversorgung führen (Erler et al. 2010).

Häufig beschriebene Tätigkeitsfelder bei delegierten HB umfassten in unserer Studie a) die Versorgung von immobilen Patienten mit chronischen Erkrankungen im Kontext der hausärztlichen Langzeitbetreuung sowie b) die Unterstützung beim Wundmanagement. Diese Angaben decken sich mit delegierten Arbeitsinhalten bei HB im Rahmen des evaluierten VERAH®-Einsatzes in Baden-Württemberg [Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg 2013].

Die analysierten Delegationsmodelle der praxisinternen HB-Organisation sind gekennzeichnet von einer stärkeren Einbindung der MFA in die

Patientenversorgung, die mit einer erwarteten Arbeitsentlastung der HÄ verbunden wurde. Ob und in welchem Ausmaß es Zusammenhänge zwischen Delegationsmodelltyp und spezifischen Praxismerkmalen gibt, konnte im Rahmen dieser Pilotstudie nicht analysiert werden, ist jedoch perspektivisch zu prüfen. Weiterführend sollte zudem evaluiert werden, welche Langzeiteffekte die verschiedenen praxisinitiierten HB-Delegationsmodelle auf die Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit von HÄ und MFA sowie die Versorgungsqualität haben und ob sie von allen beteiligten Akteuren akzeptiert werden.

Schlussfolgerungen

Die Delegation von HB und anderen ärztlichen Aufgaben an qualifizierte MFA findet im hausärztlichen Praxisalltag in Deutschland statt und wird mehrheitlich von den HÄ akzeptiert (Urban et al. 2012; Vollmar et al. 2013). Dennoch gibt es auch Bedenken (zum Beispiel Patientenängste vor Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung oder nicht adäquate Honorierung der delegierten, durch MFA geleisteten Aufgaben), die bei der praktischen Umsetzung beachtet werden sollten (Rosemann et al. 2006). Die Diskussion um die Delegation ärztlicher Leistungen bleibt wichtig, wobei Fragen zur Gestaltung im Mittelpunkt stehen sollten. Die Erstellung des bereits im SGB V § 28 Abs. 1 bis 30.06.2012 geforderten Katalogs beispielhafter delegationsfähiger Leistungen bleibt notwendig und sollte auf Evidenz basieren, die neben Akzeptanz und Umsetzbarkeit auch den Erhalt von Versorgungsqualität und Patientensicherheit bei delegierten HB-Leistungen bestätigt.

Es sollte zudem kritisch über arbeitsorganisatorische Delegationsmodelle nachgedacht werden, um die angestrebte zeitliche Entlastung in Haus-

arztpraxen tatsächlich durch eine effiziente Aufgabenverteilung zu erreichen. Neben der Änderung organisatorischer Abläufe sind Maßnahmen zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Praxisteams notwendig, damit die Aufgabenumverteilung von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt wird (Erler et al. 2010). Die zunehmend stattfindende systematische Verbesserung der Ausbildung und Weiterqualifikation der MFA schafft wichtige Voraussetzungen, um im Kontext des § 87 Abs. 2b SGBV hausärztliche Tätigkeiten delegieren zu können. Parallel zu den für die MFA steigenden Arbeitsanforderungen und -verantwortungen muss auch die Frage der angemessenen Honorierung dieser erbrachten Leistungen thematisiert werden (Erler et al. 2010; Gerst 2012).

Interessenkonflikte

Erik Bodendieck ist Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und des Landesverbandes der Freien Berufe. Die anderen Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Förderung

Dieses Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Geschäftszeichen VO 1815 1-1) gefördert.

Danksagung

Allen allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die an dieser Studie teilgenommen haben, wird sehr herzlich gedankt.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel. 0351 458-2203
E-Mail: Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de