

# Praxisspezifische Organisationsmodelle bei der Delegation von Hausbesuchen in allgemeinmedizinischen Praxen

Karen Voigt<sup>1</sup>, Andreas Klement<sup>2</sup>, Stéphanie Taché<sup>1</sup>, Stefan Bojanowski<sup>1</sup>, Antje Bergmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bereich Allgemeinmedizin der TU Dresden, <sup>2</sup> Sektion Allgemeinmedizin der MLU Halle-Wittenberg

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



## Einleitung

Die medizinische Versorgung immobiler oder akut erkrankter Patienten im Rahmen von Hausbesuchen (HB) gehört zum primärärztlichen Aufgabenbereich [1]. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von HB-Patienten wurden in von Hausärztemangel betroffenen/bedrohten Regionen Delegationsmodelle eingeführt [2]. Die Delegation von HB an nichtärztliches qualifiziertes Personal (Medizinische Fachangestellte, MFA) wurde zum 1.1.2009 legalisiert (§ 87 Abs. 2b SGBV). Unbekannt sind bisher die individuell gelebten praxisspezifischen „bottom up“-Organisationsformen der Delegation von Hausbesuchen außerhalb von extern initiierten Delegationsmodellprojekten.

## Fragestellung

**Hausbesuche: An WEN wird WAS delegiert und WIE wird das organisiert?**

## Methoden

Machbarkeitsstudie (Mixed-Methods-Design, Mai-Oktober 2012) in Vorbereitung auf eine zwölfmonatige repräsentative Erhebung von HB in Sachsen: Testung des Studiendesigns

- interessierte Lehrärzte der Sektion Allgemeinmedizin Halle-Wittenberg dokumentierten alle HB einer gesamten Woche (3 € Incentive pro dokumentiertem HB)
- teilstandardisierte Telefoninterviews zur Evaluation des Studiendesigns/Fragebogens
- Nonresponderanalyse via teilstandardisierter Telefoninterviews
- Auswertung der Transkripte mittels qualitativer Inhaltsanalyse [3]

### Teilstandardisierte Telefoninterviews

Leitfäden: u.a. Fragen zu Ausmaß und Inhalten bisheriger HB-Delegation  
Basierend auf dem Prinzip der Flexibilität ergaben sich zusätzliche Informationen zur Organisation der Delegation von HB.

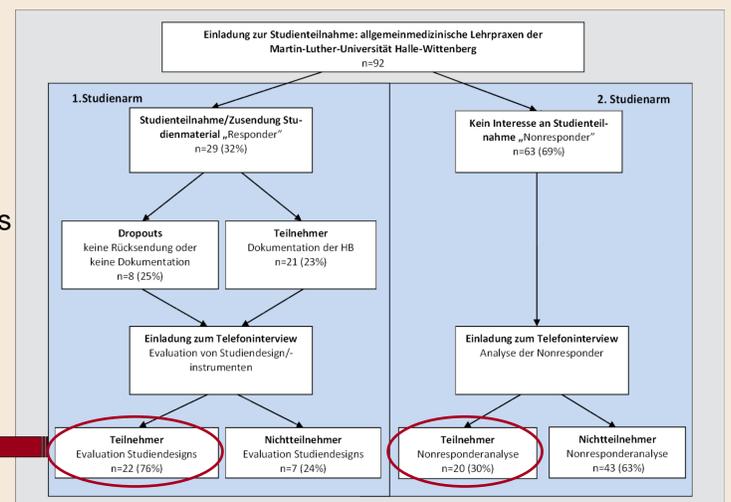


Abb. 1 Flowchart Machbarkeitsstudie

## Stichprobe

42 (46%) aller Lehrärzte/Hausärzte (HÄ) beteiligten sich an Telefoninterviews

- Alter der interviewten Lehrärzte in Jahren: Ø 52,7 (SD=8,8), Median 53,5
- Anzahl Hausbesuche/Woche: Ø 19 (SD=14), Median 15
- Anteil Patienten ≥ 65 Jahre: Ø 50,6% (SD=18,5), Median 50,0
- Anzahl betreute Pflegeheimpatienten: Ø 41 (SD=44), Median 30

Tab. 1 Deskriptiver Vergleich Stichprobenmerkmale

Merkmale	Interviewteilnehmer (n=42)	Nichtteilnehmer (n=43)
weiblich	32 (78%)	32 (74%)
großstädtische Region (>200.000 Einwohner)	25 (61%)	32 (74%)
Einzelpraxis	32 (78%)	35 (83%)

## Ergebnisse

### An WEN wird delegiert?

- 29 (69%) HÄ delegierten HB an MFA, davon 15 MFA=VerAH®
- 3 HÄ delegierten HB an Assistenzärzte,
- jeweils 1 HÄ delegierte HB an ambulanten Pflegedienst oder Laborantin/MTA

### WAS wird an MFA delegiert?

Tab. 2 Delegierte Hausbesuchsleistungen

Delegierte Aufgaben*	gesamt (n=41)
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

## Diskussion

An MFA delegierte HB-Leistungen beinhalten v. a. die Routineuntersuchungen von HB-Patienten in Langzeitbetreuung und die Unterstützung beim Wundmanagement [4]. Die explorierten HB-Delegationstypen sind gekennzeichnet durch stärkere, verantwortungsvollere Einbindung der MFA in die Langzeitversorgung stabiler HB-Patienten, verbunden mit erwarteter Arbeitsentlastung der HÄ. Langfristig zu prüfen ist, 1. die Effizienz der HB-Delegationstypen (tatsächliche Entlastung) und 2. die Akzeptanz der erlebten Delegation bei den beteiligten Akteuren (HÄ, MFA, Patienten).

## Ergebnisse

### WIE werden HB delegiert?

Sieben Hausärzte beschrieben, wie Delegation an die MFA in ihrer Praxis organisiert wird. Es ergaben sich drei Delegationstypen:

A) **Alternierende HB-Betreuung:** abwechselnde Durchführung geplanter HB in der Langzeitversorgung von „stabilen“ HB-Patienten mit chronischen Krankheiten

„Das haben wir (...) so vereinbart, (...) 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. Und da macht das also schon Sinn.“ (HA33)

B) **Routinebetreuung „stabiler“ Patienten:** geplante Routineuntersuchungen bei sog. Langzeitversorgung von Patienten 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 eine Schwester machen.“ (HA33)

C) **Vorbereitungs-HB:** entlastet, indem notwendige Voruntersuchungen (z.B. Labor-/Kontrolluntersuchungen) von MFA vorab ausgeführt werden; basierend auf Untersuchungsergebnissen wird der hausärztliche HB inhaltlich und zeitlich 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)

## Literatur

- [1] Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: <http://www.degam.de/index.php?id=303>, letzter Zugriff: 18.4.2013  
[2] 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; 10: 403-405.  
[3] Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag; 2010.  
[4] Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011).

Dieses Projekt wurde gefördert von **DFG** Deutsche Forschungsgemeinschaft (GZ: VO 1815/1-1)

Kontakt:  
Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

