

Delegierbarkeit von hausärztlichen Hausbesuchen

Fabian Lenz¹, Stefan Bojanowski¹, Karen Voigt¹, Andreas Klement², Antje Bergmann¹

¹ Bereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Deutschland
² Sektion Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Deutschland

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft
 Gefördertes Projekt
 Versorgungsforschung 2010/11,
 VO 1815/1-1

Universitätsklinikum
 Carl Gustav Carus
 DIE DRESDNER.



Einleitung

Mit dem wachsenden Anteil älterer und multimorbider Patienten geht eine komplexere hausärztliche Betreuung einher. Durch häufig damit einhergehende Einschränkung der Mobilität werden Hausbesuche (HB) nötig. Demografisch bedingt ist daher mit einem Anstieg des HB-Bedarfs zu rechnen¹. Tatsächlich sinkt aber deutschlandweit die Zahl der HB je Hausarzt^{2,3}. Einer der Gründe könnte eine Überlastung der hausärztlichen Strukturen sein³. Eine Möglichkeit zur Reduzierung der Arbeitslast wird deshalb in der Delegation eines Teils der HB gesehen⁴.

Studienfrage

Welche HB werden bereits an Medizinische Fachangestellte/ArzthelferInnen delegiert? Wie viele HB sind potentiell delegierbar?

Methoden

- Feasibilitystudie (Querschnittsdesign) von Mai bis September 2012 zur Vorbereitung auf die Jahreserhebung SESAM-5 (2015) in Sachsen
- Hausärzte der Lehrpraxen der Sektion Allgemeinmedizin Halle/Saale dokumentierten HB einer Woche anhand eines zweiseitigen teilstandardisierten Dokumentationsbogens sowie eines einseitigen standardisierten Fragebogens zu Praxismerkmalen innerhalb eines Quartals
- Aus dieser Querschnittsstudie ergaben sich 209 dokumentierte HB aus 21 Lehrarztpraxen (vgl. Abb. 1)
- Die Inhalte dieser HB wurden theoretisch mit Anhang 24 Bundesmantelverträge (BMV) abgeglichen, um eine potentielle Delegierbarkeit an nicht-ärztliches Praxispersonal zu ermitteln (vgl. Tab. 1)

Tabelle 1 – Delegierbare Leistungen nach Anhang 24 Bundesmantelverträge

Delegierbare Leistung	Beispiel/Besonderheit
Administrative Tätigkeit	Datenerfassung, Dokumentation
Anamnese	standardisiert
Aufklärung	standardisiert
Früherkennung	z.B. Haemocult®-Test
Injektionen	Keine i.v. Erstapplikation.
Labordiagnostik	Blutzucker-, Urintest
Maßnahmen zur Diagnostik	Blutentnahme, Vitalparameter, Status
Wundversorgung	z.B. Verbandwechsel

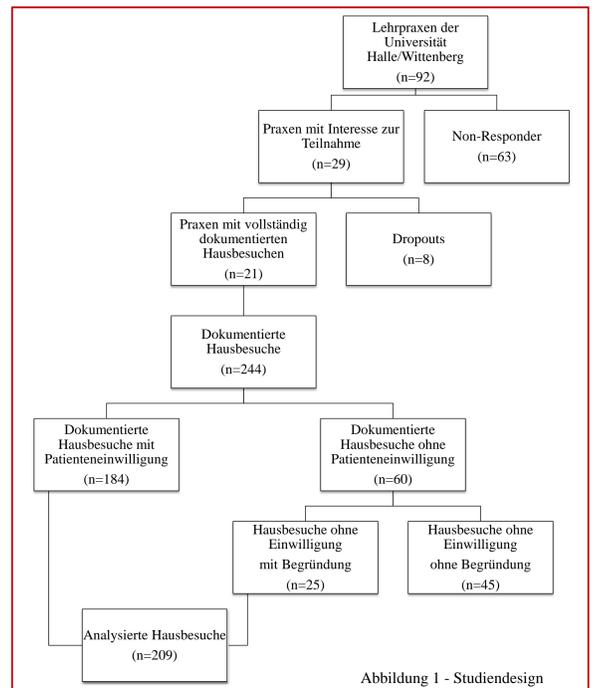


Abbildung 1 - Studiendesign

Ergebnisse

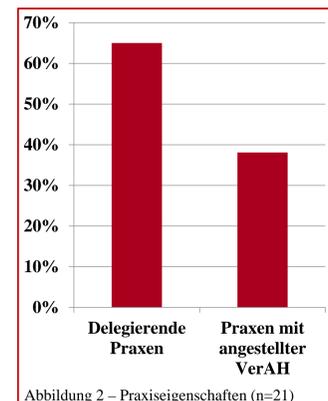


Abbildung 2 – Praxiseigenschaften (n=21)

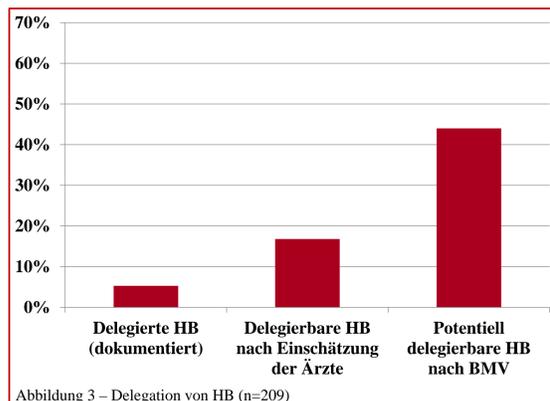


Abbildung 3 – Delegation von HB (n=209)

- Von 21 Lehrarztpraxen wurden 209 HB dokumentiert (vgl. Abb. 1)
- 13 von 21 Praxen delegierten bereits HB, 8 davon beschäftigten eine VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)
- Meist delegierte Tätigkeiten waren Blutentnahme, Blutzucker-Bestimmung und Überprüfung der Vitalparameter.
- Delegierende Praxen führten eine signifikant höhere Anzahl an HB durch (15,1 vs. 10,6 HB/Woche; $p \leq 0,001$)
- 44% (n=92) der 209 HB wurden im theoretischen Abgleich mit Anhang 24 der BMV als potentiell delegierbar eingeschätzt.
- Die Ärzte selbst schätzten im Vergleich nur 16,8% (n=35) der HB als eher delegierbar ein, tatsächlich delegiert wurden 5,3% (n=11)

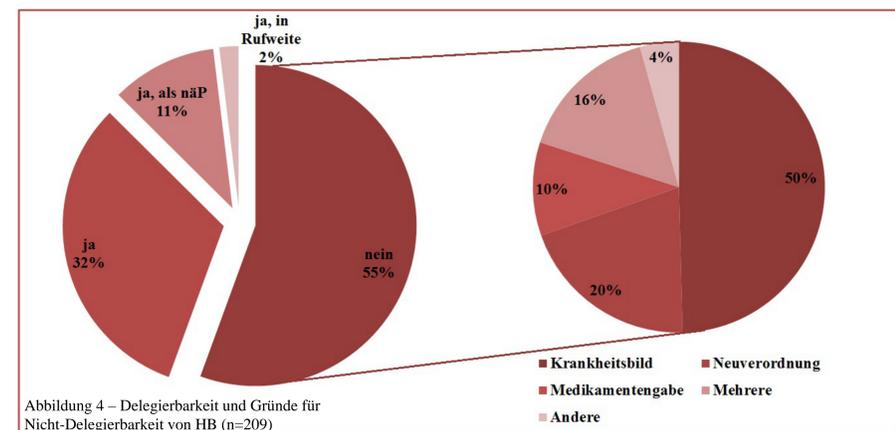


Abbildung 4 – Delegierbarkeit und Gründe für Nicht-Delegierbarkeit von HB (n=209)

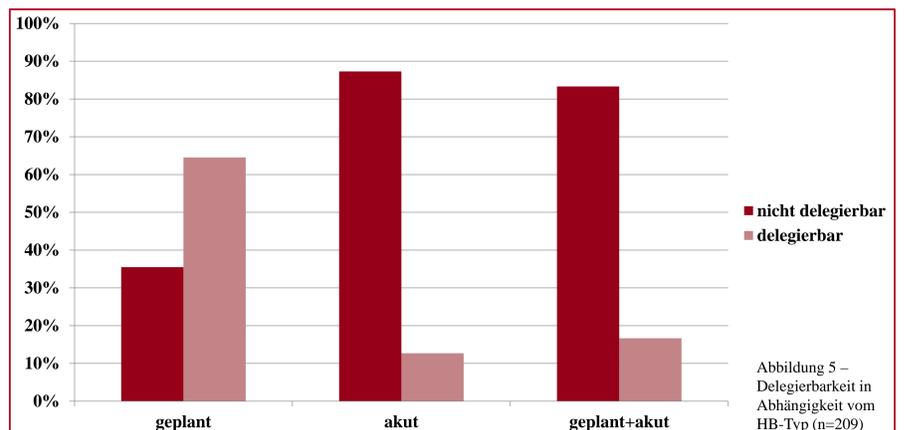


Abbildung 5 – Delegierbarkeit in Abhängigkeit vom HB-Typ (n=209)

- 55% der HB wurden als nicht-delegierbar eingeschätzt, häufigster Grund war die Komplexität des Krankheitsbildes (49,6%; n=57)

- Routine-HB konnten signifikant häufiger als potentiell delegierbar eingeschätzt werden als akute HB (64,5% vs. 12,7%; $p \leq 0,001$)

Schlussfolgerung

Delegation von HB findet bereits statt, dennoch wurden in dieser Studie nur wenige HB delegiert. Es fällt die Differenz zwischen potentieller Delegierbarkeit und subjektiver Einschätzung der Hausärzte auf (44% vs. 16,8%). Ein Teil der Hausärzte scheint in der Delegation keinen Mehrwert zu sehen oder glaubt, HB nur selbst durchführen zu können⁵. Limitiert wurden die Angaben dabei durch eingeschränkte Informationen über die HB. Darüber könnten weitergehende Analysen nicht-delegierter Routinebesuche Aufschluss geben. Höhere HB-Zahlen bei delegierenden Praxen zeigen aber, dass eine Entlastung der Hausärzte gegeben sein kann. Dies scheint vor allem im Bereich der Routinebesuche der Fall zu sein.

[1] Nowossadek, E. RKI - GBE kompakt 2012 - Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitssystem.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.html?nn=3321752-

[2] van den Berg, M. J., Cardol, M., Bongers, F. J., & de Bakker, D. H. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Family Practice 2006, 7(1), 58.

[3] Snijder EA, Kersting M, Theile G, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E et al.: Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. Das Gesundheitswesen 2007, 69: 679-685

[4] Heymann, R., Weitmann, K., Weiß, S., Thierfelder, D., Fleß, S., & Hoffmann, W. Bevölkerungsdichte, Altersverteilung und Urbanität als Einflussfaktoren der Hausbesuchshäufigkeit—eine Analyse für Mecklenburg-Vorpommern. Das Gesundheitswesen 2009, 71(7), 423-428.

[5] Dini, L., Sarganas, G., Heintze, C., & Braun, V. Delegation von Hausbesuchstätigkeiten an Medizinische Fachangestellte-Akzeptanz unter den Hausärzten Mecklenburg-Vorpommerns. Deutsches Ärzteblatt 2012, 109(46), 795.

