Bertelsmann-Studie: „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung“

Aufbruch in eine teambasierte Primärversorgung

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht an einem kritischen Wendepunkt. Während die demografische Entwicklung und eine zunehmende Morbiditätslast den Bedarf an medizinischen Leistungen steigern, verschärfen unbesetzte Arztsitze und veränderte Arbeitszeitpräferenzen der Ärzteschaft die Versorgungslage. Vor diesem Hintergrund präsentiert die Bertelsmann Stiftung eine wegweisende Potenzialanalyse der Autoren Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. med. Monika Schliffke, Dipl.-Oec. Steven Renner, PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm und Pascal Wendel. Die Studie „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung“ belegt, dass eine konsequente Arbeitsteilung unter Einbeziehung akademisierter und weitergebildeter Praxisassistenzberufe die Lösung für drohende Versorgungsengpässe sein kann. Diese wissenschaftliche Erkenntnis findet politische Unterstützung durch den AOK-Bundesverband, dessen Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann die Überführung dieser Modelle in die Regelversorgung fordert.

>> Die aktuelle Situation ist alarmierend: Bereits heute sind deutschlandweit rund 5.000 Hausarztsitze unbesetzt. Prognosen des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) sagen bis zum Jahr 2030 einen zusätzlichen Bedarf von 3.218 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) voraus. Bis 2040 könnte dieser Zusatzbedarf auf fast 7.000 VZÄ ansteigen, da immer mehr Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen oder ihre Arbeitszeit reduzieren möchten. Laut einer Umfrage planen 24% der Hausärzt:innen, ihre Tätigkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre zu beenden. Gleichzeitig steigt der Versorgungsbedarf durch die Alterung der Gesellschaft bis 2040 um etwa 3%. Der Ruf nach mehr Medizinstudienplätzen greift hierbei zu kurz, da neue Kapazitäten erst in 12 bis 15 Jahren wirksam würden.

Delegation als strukturelle Antwort

Die Studie der Bertelsmann Stiftung fokussiert sich daher auf die Delegation als kurzfristig verfügbaren und nachhaltigen Hebel. Im Zentrum stehen zwei Berufsgruppen: die Nichtärztlichen Praxisassistent:innen (NäPA) – inklusive Qualifikationen wie VERAH oder EVA – und die akademisierten Physician Assistants (PA). Während NäPAs auf Basis einer MFA-Ausbildung und eines 271-stündigen Curriculums qualifiziert werden, verfügen PAs über ein 6 bis 7-semestriges Bachelorstudium. Beide Gruppen können unter ärztlicher Supervision Aufgaben übernehmen, die weit über rein administrative Tätigkeiten hinausgehen.

Der rechtliche Rahmen wird durch das Sozialgesetzbuch (§ 28 Abs. 1 SGB V) und die Delegationsvereinbarungen des Bundesmantelvertrags – Ärzte gesteckt. Kernleistungen wie Diagnosestellung und Therapieentscheidung verbleiben beim Arzt, doch Vorbereitungen, Verlaufskontrollen und technische Diagnostik sind in hohem Maße delegierbar.

Erfolgsmodelle aus der Praxis: Innovationspraxen im Vergleich

Um die Effekte der Delegation zu quantifizieren, analysierten die Autor:innen zwei „Innovationspraxen“:

- **MVZ Birkenallee (Papenburg):** Unter der Leitung von Dr. Volker Eissing hat sich dieses Zentrum zu einem multiprofessionellen Standort entwickelt. Hier arbeiten elf PAs und drei NäPAs mit vier ärztlichen VZÄ zusammen. Das Ergebnis ist beeindruckend: Die Praxis versorgt pro Quartal 12.788 Patient:innen, was rund 3.197 Patienten pro Arzt entspricht – ein Vielfaches des Bundesdurchschnitts von 916 Patienten. Delegation umfasst hier Wundtherapie, kardiologische Diagnostik und sogar fachärztliche Supervision per Telemedizin.
- **Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn):** Das Team um Prof. Dr. Wolfgang von Meißner kombiniert Delegation mit einem hohen Digitalisierungsgrad. Neben dem Einsatz von PAs und VERAHs nutzt die Praxis KI-gestützte Transkriptionssysteme und eine eigene Patienten-App zur Prozessoptimierung. Hier liegt die Fallzahl bei 1.817 Patienten pro Arzt.

Im Vergleich dazu versorgen die untersuchten Standardpraxen nur etwa 1.084 Patienten pro Arzt. Die Analyse zeigt, dass qualifizierte Praxisassistenzberufe unter Supervision im Durchschnitt 65% des ansonsten erforderlichen ärztlichen Zeitvolumens ersetzen. In der Innovationspraxis 1 entspricht das Entlastungsvolumen rechnerisch der Arbeitskraft von fast zehn zusätzlichen Ärzt:innen. Besonders delegierbar sind die technische Diagnostik, geriatrische Assessments, das Management chronischer Erkrankungen sowie Hausbesuche.

Simulation einer „gelungenen Vollversorgung“ bis 2030

Basierend auf der Delegationsquote von 65% simulierten die Autor:innen die Effekte auf die bundesweite Versorgung. Das Ergebnis ist optimistisch: Wenn das Potenzial der Delegation konsequent genutzt wird, könnten bis zum Jahr 2030 Arbeitszeitkapazitäten im Umfang von 8.818 Hausarzt-Vollzeitäquivalenten freigesetzt werden. Damit ließe sich nicht nur der demografisch bedingte Mehrbedarf decken, sondern auch die Lücke der aktuell 5.000 unbesetzten Arztsitze schließen.

Rechnerisch wäre so deutschlandweit eine Vollversorgung möglich. Voraussetzung hierfür ist ein wachsender Umsetzungsgrad in den Praxen, der in der Simulation von 15% im Jahr 2026 auf 70% im Jahr 2030 ansteigt. Die Plausibilitätsrechnung ergibt, dass im Jahr 2030 bereits eine Delegationskraft auf 1,7 ärztliche VZÄ in kooperativen Strukturen ausreichen würde, um das Ziel der Vollversorgung zu erreichen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link: https://t1p.de/2e5af und S. 87 ff.



Unser Anspruch bei Johnson & Johnson: Wir gestalten medizinischen Fortschritt.
Jeden Tag arbeiten wir an Innovationen, die die Grenzen des Machbaren verschieben.

Denn wir erforschen und entwickeln Therapien, mit denen wir Krankheiten
immer gezielter behandeln, heilen oder zukünftig sogar verhindern können.
Für einen echten Unterschied im Leben von Patient:innen.

Dafür verbinden wir das Beste aus Health&Care:
Medizinische Innovation mit dem Menschen im Mittelpunkt.

jnj.com/innovativemedicine/germany

Johnson&Johnson
The Health&Care Company

Der 15-Punkte-Plan für ein modernes Primärversorgungssystem in Nordrhein-Westfalen

Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten

Angesichts tiefgreifender struktureller Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalens am heutigen Dienstag ein umfassendes Reformkonzept für den ambulanten Sektor vorgestellt. Unter dem Titel „Versorgung der Zukunft" präsentierte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann gemeinsam mit Vertreter:innen der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenkassen ein Eckpunktepapier, das 15 konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung umfasst.

>> Der Reformbedarf resultiert aus einem doppelten demografischen Wandel. Während die Bevölkerung altert und der Bedarf an kontinuierlicher medizinischer Betreuung steigt, scheiden gleichzeitig zahlreiche Ärztinnen und Ärzte altersbedingt aus dem Berufsleben aus. Aktuelle Statistiken belegen, dass bereits heute über ein Drittel der Niedergelassenen 60 Jahre oder älter ist. Zudem verändern sich die Arbeitsformen: Es erfolgt ein Trend weg von der Freiberuflichkeit hin zur Anstellung, oft in Teilzeit, was das verfügbare Arbeitsvolumen für die Versorgung reduziert. Zudem wird trotz einer im internationalen Vergleich hohen Kontaktfrequenz – deutsche Patient:innen suchen im Schnitt fast zehnmal pro Jahr eine Praxis auf, während der OECD-Schnitt bei weit wenigeren Besuchen liegt – wird die Versorgung oft als ineffizient wahrgenommen. Kurze Behandlungszeiten und lange Wartezeiten auf Facharzttermine prägen den Alltag vieler Versicherter. „Das Gesundheitssystem ist für die Patienten da und nicht umgekehrt", betonte Laumann und forderte eine gezielte Steuerung der Ressourcen.

Der Weg in die Versorgung

Ein zentraler Pfeiler der Reform ist die Einführung eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens. Ziel ist es, den tatsächlichen medizinischen Behandlungsbedarf objektiv festzustellen, bevor Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Dies soll vor allem im Akutfall gelten, während Vorsorgeuntersuchungen oder laufende Behandlungen chronisch Kranker davon unberührt bleiben. Als technisches Rückgrat dient hierbei die Rufnummer 116 117, die zu einer zentralen Gesundheitsplattform weiterentwickelt werden soll. Über diese Hotline oder digitale Portale soll künftig gesteuert werden, ob eine Behandlung in einer Hausarztpraxis, einer Facharztpraxis oder einer Notdienstpraxis erfolgen muss. „Wir brauchen kluge und unterschiedliche Wege in die Versorgung", erklärte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Das System soll so konfiguriert sein, dass es bei fehlendem Behandlungsbedarf auf evidenzbasierte Gesundheitsinformationen oder regionale Selbsthilfeangebote verweist.

Primärarztsystem im Fokus

Das Reformmodell sieht vor, Primärversorgungspraxen (PVP) gesetzlich zu verankern. Diese Rolle wird primär den hausärztlichen Praxen zugewiesen, denen die Koordination des gesamten Versorgungsprozesses obliegt. Patient:innen entscheiden sich verbindlich für eine PVP, wobei die freie Arztwahl gewahrt bleibt. Für komplexe Fälle, etwa bei Multipler Sklerose, sind Tandem-Modelle zwischen PVP und spezialisierten Fachärzten vorgesehen. Um die Steuerungsfunktion zu stärken, soll ein qualifizierter Überweisungsvorbehalt eingeführt werden. Fachärztliche Leistungen können künftig – mit Ausnahmen für die Gynäkologie, Pädiatrie und Psychotherapie – nur nach vorheriger Abstimmung mit der PVP in Anspruch genommen werden. Damit soll verhindert werden, dass Patient:innen unkoordiniert verschiedene Fachdisziplinen aufsuchen und so Ressourcen blockieren.

Delegation und Digitalisierung

Ein großer Teil des 15-Punkte-Plans widmet sich der operativen Ebene in den Praxen. Ministerium und Akteure fordern einen massiven Abbau unnötiger Bürokratie, etwa durch die Vereinheitlichung von Formularen, um automatisierte Befüllungen aus der ePA zu ermöglichen. Um den Ärztemangel abzufedern, setzt das Konzept auf die Stärkung von Teampraxen. Aufgaben sollen verstärkt auf qualifizierte nichtärztliche Berufsgruppen wie Physician Assistants oder spezialisierte Versorgungsassistent:innen delegiert werden. Hierfür fordert das Eckpunktepapier Rechtsklarheit bei der Delegation und eine Anpassung des Vergütungssystems, das künftig den „Praxis-Patienten-Kontakt" anstelle des rein ärztlichen Kontakts honorieren soll.

Weitere Entlastungen sollen durch Dauerverordnungen und Jahresüberweisungen für chronisch Kranke erzielt werden, um unnötige Quartalsbesuche zu vermeiden. Zudem sollen standardisierte Versorgungspfade auf Basis medizinischer Leitlinien für Transparenz und Qualitätssicherung sorgen. Die Reform erfordert auch eine Neuausrichtung der Vergütungs- und Anreizsysteme – weg von Einzelleistungsvergütungen hin zu Pauschalierungen und Vorhaltepauschalen für PVP. „Wir müssen das bestehende System auf neue Füße stellen, um Fehlsteuerungen zu verhindern", so Minister Laumann.

Gleichzeitig soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden, damit Bürger Symptome besser einschätzen können und seltener ohne medizinische Notwendigkeit Praxen konsultieren. Auch die Prävention wird als essenzieller Baustein genannt, um die Krankheitslast langfristig zu senken.

Da wesentliche Punkte der Reform bundesrechtliche Änderungen erfordern – etwa die gesetzliche Verankerung der PVP oder Anpassungen im SGB V – versteht sich das Eckpunktepapier als Impulsgeber für die Bundespolitik. NRW hat sich bereit erklärt, als Modellregion für die Umsetzung digitaler Stützprozesse voranzugehen. Laumann schloss die Konferenz mit einem Appell zum Schulterschluss: „Reformen können nur dann gelingen, wenn wir sie gemeinsam mit den Akteuren der Selbstverwaltung gestalten." <<

von: MVF-Chefedakteur Peter Stegmaier

Link: https://t1p.de/qy7s5