OptiMedis-Studie für die Bertelmann Stiftung: Potenzialanalyse zum Einsatz von Praxisassistenzberufen

Kann Delegation die Hausarztversorgung sichern?

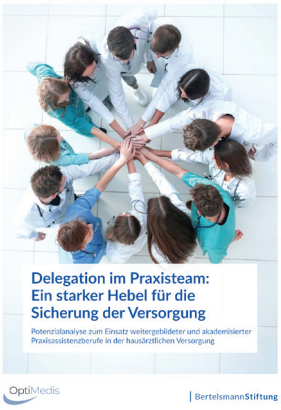
Wenn Hausärzt:innen knapper werden, lautet die reflexhafte Antwort meist: mehr Studienplätze. Eine neue Potenzialanalyse von OptiMedis im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hält dem entgegen, dass dieser Weg viel zu lange dauert. Selbst bei sofortiger Aufstockung stünden zusätzliche ärztliche Kapazitäten erst in 12 bis 15 Jahren bereit. Die aktuelle Studie (1) verfolgt deshalb eine andere These: Die vorhandene ärztliche Arbeitszeit lässt sich durch konsequente Arbeitsteilung im Praxisteam so viel effizienter nutzen, dass die Versorgung kurzfristig gesichert werden kann.

>> Der Studienbefund fällt deutlich aus. Auf Basis zweier fallzahlstarker Innovationspraxen kommen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass weitergebildete und akademisierte Praxisassistenzberufe – vor allem Physician Assistants (PAs) und Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPAs) – unter ärztlicher Aufsicht im Schnitt rund 65 Prozent jenes Zeitvolumens übernehmen können, das sonst Hausärzt:innen selbst aufbringen müssten. Anders gerechnet: Eine Praxis kann ihr Versorgungsvolumen rechnerisch um bis zu 200 Prozent steigern – und zwar bereits innerhalb der heute geltenden Delegationsvereinbarungen.

Den Vergleich liefern zwei Praxen, die schon heute stark auf Delegation setzen. Das MVZ Birkenallee im niedersächsischen Papenburg versorgt mit vier ärztlichen Vollzeitäquivalenten rund 3.200 Patientinnen und Patienten pro Arzt und Quartal – ein Vielfaches des bundesweiten Durchschnitts von 916. Möglich machen das elf PAs und drei NäPAs, die Hausbesuche, Wundversorgung, technische Diagnostik und geriatrische Assessments übernehmen, teils sogar fachärztliche Untersuchungen unter telemedizinischer Supervision spezialisierter Klinikärzte. Die zweite Innovationspraxis, die Hausärzte am Spritzenhaus im baden-württembergischen Baiersbronn, kombiniert Delegation mit einem ungewöhnlich hohen Digitalisierungsgrad, darunter KI-gestützte Dokumentation und eine Patienten-App; dort kommen 1.817 Patienten pro Arzt zusammen.

Den Gegenpol bilden drei kommunal getragene Standard-MVZs in ländlichen Regionen. Sie arbeiten überwiegend arztzentriert, beschäftigen keine PAs und nur punktuell NäPAs. Ihre Patientenstruktur unterscheidet sich kaum von den Innovationspraxen, der Chronikeranteil liegt bei etwa 52 Prozent. Trotzdem werden dort schätzungsweise nur fünf bis zehn Prozent der Leistungen delegiert – ein Hinweis darauf, dass die Unterschiede in der Versorgungskapazität nicht durch die Krankheitslast, sondern durch die Organisation der Arbeit erklärt werden.

Aus dem Quotienten von 65 Prozent leitet die Studie eine Simulation ab. Grundlage ist das Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg), das für 2030 einen zusätzlichen Bedarf von gut 3.200 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten prognostiziert. Rechnet man die rund 5.000 heute unbesetzten Arztsitze hinzu, ergibt sich ein Zielwert von rund 8.300 Vollzeitäquivalenten für eine, wie es heißt, "gelungene Vollversorgung". Das Ergebnis: Schon bei eher konservativen Annahmen lässt sich der errechnete Mehrbedarf kurzfristig zunehmend verringern und bis 2030 sogar überschießend decken; freigesetzt würde die Arbeitszeit von 8.818 vollzeitbeschäftigten Hausärzt:innen – rechnerisch genug, um bundesweit eine Vollversorgung zu ermöglichen.



Wie groß die regionalen Unterschiede sind, macht ein von OptiMedis entwickelter Versorgungssimulator sichtbar. Er ergänzt die bislang zu groben hausärztlichen Planungsbereiche um ein 100-Meter-Raster aus dem Mikrozensus, das auf einer Forschungsarbeit des Leibniz-Instituts für ökologische Raumentwicklung beruht. So lässt sich modellieren, wie zusätzliche Delegationskräfte den Versorgungsgrad und die verfügbare ärztliche Versorgungszeit in einzelnen Teilräumen verändern, und es wird sichtbar, wo zusätzliche Kapazitäten den größten Nutzen entfalten. Drei Beispiele illustrieren das Prinzip.

Beispiel Jüterbog

Im brandenburgischen Mittelbereich Jüterbog mit gut 28.000 Einwohnenden liegt der Versorgungsgrad bei 60,4 Prozent, getragen von 10,6 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten und Versorgungszeiten zwischen 22 und höchstens 62 Minuten – deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 66 Minuten. Nach der modellhaften Verteilung von 13,3 Delegationskräften steigt der Versorgungsgrad auf 109,6 Prozent, die Versorgungszeiten auf 43 bis 93 Minuten. Zum Vergleich: Die bifg-Prognose erwartet für Jüterbog im Jahr 2040 lediglich einen Versorgungsgrad von 51,5 Prozent.

Beispiel Salzwedel

Ein ähnliches Bild zeigt Salzwedel in Sachsen-Anhalt. Den heute 30,8 vorhandenen ärztlichen Vollzeitäquivalenten und 34 Ärztinnen und Ärzten in 26 Praxen steht ein offizieller Versorgungsgrad von 77,5 Prozent gegenüber. Werden dem Mittelbereich 19,8 Delegationskräfte zugewiesen, steigt der Versorgungsgrad auf 111,6 Prozent. Über ein Histogramm lässt sich zudem nachvollziehen, wie sich die Einwohnerinnen und Einwohner im Szenario auf die verschiedenen Versorgungsgrade verteilen und wie deutlich sich die Ausgangslage verbessert.

Beispiel Hamburg

Dass es nicht nur um den ländlichen Raum geht, zeigt das dritte Beispiel: Auch in Stadtstaaten existieren Versorgungsschwachstellen. In Hamburg betrifft dies etwa Teile von Neugraben-Fischbek mit gut 27.500 Einwohnenden und einer durchschnittlichen Versorgungszeit von 57 Minuten sowie von Finken-

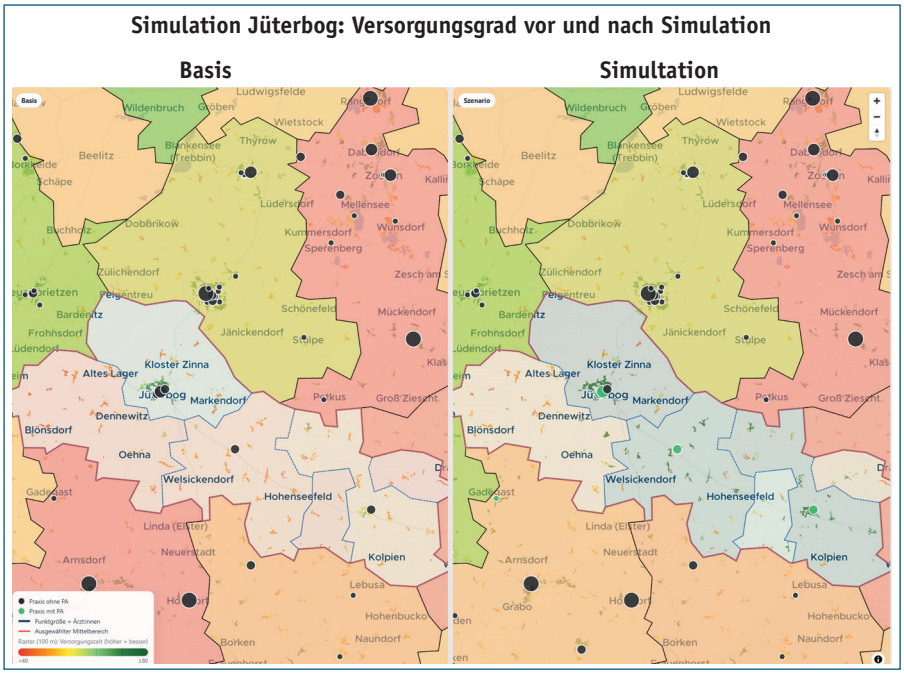


Abb. 1: Beispiel für die Simulation in Jüterbog. Quelle: Vortrag von Dr. h c. Helmut Hildebrandt auf dem BMC-Webgespräch „Wie sichern wir hausärztliche Versorgung trotz Ärztenmangel?" Vortragstitel: „Versorgungssimulation: Potenzialanalyse zum Einsatz von Praxisassistenzberufen in der hausärztlichen Versorgung / Delegation im Praxisteam".

werder und angrenzende Gebiete jenseits der Landesgrenze in Niedersachsen. Vergleichbar liegt der Mittelbereich Porta Westfalica in Nordrhein-Westfalen mit rund 36.500 Einwohnenden bei einem Versorgungsgrad von 65,9 Prozent und einer durchschnittlichen Versorgungszeit von 47 Minuten. Der Simulator versteht sich dabei ausdrücklich als ergänzende Entscheidungshilfe; er bildet weder Spezialisierungen noch tatsächliche Patientenströme ab und unterstellt eine lineare, homogene Wirkung der Delegationskräfte.

Bemerkenswert ist, dass dieser Effekt selbst unter bewusst vorsichtigen Annahmen bestehen bleibt. Die Simulation rechnet mit überwiegender Teilzeittätigkeit, mit einer Quote von nur 25 Prozent, die nach der Ausbildung tatsächlich in Hausarztpraxen gehen, und mit einem Umsetzungsgrad, der langsam von 15 Prozent im Jahr 2026 auf 70 Prozent 2030 ansteigt. Eine Plausibilitätsrechnung zeigt zudem, dass selbst bei einem Einsatz ausschließlich in kooperativen Strukturen wie Gemeinschaftspraxen und MVZs 2030 nur eine Delegationskraft auf 1,7 ärztliche Vollzeitäquivalente eingestellt werden müsste.

Die Hürden benennen die Autor:innen offen: Sorgen um rechtliche Sicherheit und Haftung, ungeklärte Refinanzierung, Unkenntnis über Ausbildungsinhalte sowie die Befürchtung von Qualitätsverlust oder Ablehnung durch Patienten. Für all dies lägen jedoch bereits Erfahrungen und Argumente vor. Ein Cochrane-Review von 2018 etwa legt nahe, dass von Pflegekräften erbrachte Versorgung im Vergleich zur ärztlichen "probably generates similar or better health outcomes for a broad range of patient conditions".

Die OptiMedis-Studie versteht sich ausdrücklich als Debattenbeitrag. Ihr Zielbild ist ein erweitertes Primärversorgungssystem, in dem ärztliche Zeit für Kernaufgaben, Supervision und Teamkoordination reserviert bleibt, während qualifizierte Teams, digitale Werkzeuge und Telemedizin die Routine tragen. Die Botschaft von Dr. Brigitte Mohn, der Vorstandsvorsitzenden der Bertelsmann Stiftung, im Studienvorwort ist eindeutig: Um einen künftigen Ärztemangel müsse man sich wenig sorgen, wenn die Aufgabenverteilung in den Praxen modernisiert werde – man müsse den Weg nur entschlossen angehen, bevor sich die Engpässe weiter verschärfen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://t1p.de/2e5af

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Kann Delegation die Hausarztversorgung sichern?", in „Monitor Versorgungs-forschung" (04/26), S. 28–29. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2844

Zuerst zum Hausarzt?

>> In dem Beitrag (1) „Zuerst zum Hausarzt? So wirkt ein Primärarztsystem auf die Versorgung", veröffentlicht im „Science Media Center" der SMC Germany gGmbH e.V., Köln, wurden sechs Expert:innen gebeten, die die bislang vorhandene Evidenz für ein Primärarztsystem einzuschätzen und mit Blick auf die hausärztlichen Kapazitäten zu bewerten.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach vom Institut für Allgemeinmedizin der Frankfurter Goethe-Universität betont, dass in 80 bis 90% der Fälle eine fallabschließende Grundversorgung im Vordergrund stehe und nur bei 10 bis 20% eine Weiterleitung in andere Ebenen nötig sei. Deutschland leiste sich einen ungesteuerten Direktzugang in alle Versorgungsstufen, was zu hohen Kosten und mittelmäßigen Ergebnissen führe.

Auffällig ist die hohe Zahl der Arztkontakte. Die von der OECD berichteten 9,8 Kontakte pro Jahr bilden laut **Prof. Dr. Reinhard Busse** von der TU Berlin nur Abrechnungsfälle ab; tatsächlich dürften es grob geschätzt rund 20 sein. Fehlanreize einer mengenorientierten, quartalsbezogenen Vergütung provozierten unnötige Wiedereinbestellungen.

Prof. Dr. Stefanie Joos vom Universitätsklinikum Tübingen sieht das Kernproblem weniger in zu vielen Arztbesuchen als in mangelnder Koordination. Ein gutes System dürfe nicht auf Zugangskontrolle reduziert werden, sondern brauche eine verlässliche Anlaufstelle, multiprofessionelle Teams und eine funktionierende elektronische Patientenakte. Die zugleich diskutierte Krankschreibung ab dem ersten Tag hält sie für unvereinbar mit dem Ziel, unnötige Kontakte zu vermeiden.

Prof. Dr. Michel Wensing vom Universitätsklinikum Heidelberg betont, eine starke Primärversorgung verbessere die Gesundheit und senke Kosten.

Entscheidend sei Verbindlichkeit, so **Prof. Dr. Jonas Schreyögg** (Universität Hamburg): Die freiwillige hausarztzentrierte Versorgung entfalte nur begrenzte Steuerungswirkung.

Prof. Dr. Marco Roos (Universität Augsburg) fordert für die DEGAM verbindliche Versorgungspfade und eine bedarfsgerechte Vergütung. Als Vorbilder gelten die Niederlande, Dänemark und weitere nordische Länder – kopieren lasse sich jedoch keines. <<

1: https://t1p.de/ekei9