

Aus dem - Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie -
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Delegationspotenziale in der Primärversorgung -
Einstellungen, Erfahrungen und Optimierungsansätze aus hausärztlicher Sicht**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Nicolai Schnier
aus Nairobi, Kenia

Mainz, 2026

Wissenschaftlicher Vorstand:	Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees
1. Gutachter:	Univ.-Prof. Dr. Michael Jansky
2. Gutachter:	Univ.-Prof. Dr. Stephan Letzel
Tag der Promotion:	26.08.2026
Nachnutzungslizenz*:	CC-BY-ND-4.0

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Gender-Hinweis	6
1. Einleitung	7
2. Hintergrund	10
2.1 Struktureller Wandel in der (haus-)ärztlichen Versorgung.....	10
2.1.1 Allgemeine Bevölkerungsentwicklung	10
2.1.2 Statistische Veränderung im Aufbau der Ärzteschaft	10
2.1.3 Bedarfsgerechte Versorgung	13
2.1.4 Auswirkung des demographischen Wandels auf Gesundheit und Versorgungsbedarfe	14
2.2 Delegation	15
2.3 Fortbildungsmodelle	16
2.3.1 Überblick	16
2.3.2 VERAH	17
2.3.3 NÄPA	18
2.3.4 Anerkennung	20
2.4 Aktueller Stand der Forschung	20
2.5 Erkenntnisinteresse und Fragestellung	23
3. Methodik	24
3.1 Studiendesign.....	24
3.2 Befragungsinstrument	24
3.3 Rekrutierung	25
3.4 Durchführung der Interviews.....	26
3.5 Dauer der Gespräche	26
3.6 Transkription.....	27
3.7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	28
3.7.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse.....	31
3.7.2 Kategorienbildung	33
3.8 Codierung.....	37
4. Ergebnisse.....	38
4.1 Stichprobe	38
4.2 Delegation	40
4.2.1 Einstellung und Erfahrung.....	41
4.2.2 Relevanz und Bedarf	42
4.2.3 Kenntnisstand	43
4.2.4 Vor- und Nachteile	44

4.3 Praxis.....	48
4.3.1 Tätigkeiten und Potenziale.....	49
4.3.2 Bedingungen	55
4.3.3 Problematik.....	57
4.4 Delegationsmodelle	59
4.4.1 Aufgaben	60
4.4.2 Vorraussetzungen.....	62
4.4.3 Einstellung	64
4.4.4 Erfahrung	65
4.4.5 Vor- und Nachteile	67
4.4.6 Kenntnisstand	68
4.4.7 Quellen	69
4.5 Ausbaumöglichkeiten	70
4.5.1 Leitlinien	71
4.5.2 Zukunftsideen	73
5. Diskussion	77
5.1 Vorgehensweise.....	77
5.2 Zusammenfassung	78
5.3 Ergebnisse anderer Studien	88
5.4 Stärken und Limitationen der Studie.....	96
6. Abschließende Betrachtung und Ausblick	97
7. Literaturverzeichnis.....	99
8. Anhang	103
9. Danksagung.....	219
10. Tabellarischer Lebenslauf	220

Abkürzungsverzeichnis

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung

MVZ - Medizinisches Versorgungszentrum

BMV-Ä - Bundesmantelvertrag-Ärzte

SGB V - fünftes Sozialgesetzbuch

GKV-Spitzenverband - Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen

CM - Case Management

VERAH - Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis

NäPA - Nichtärztliche Praxisassistent/in

PA - Physician-Assistant

AGnES - Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention

MFA - medizinische Fachangestellte

BÄK - Bundesärztekammer

DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DMP - Disease Management Programm

IT - Informationstechnologie

EKG - Elektrokardiogramm

QM - Qualitätsmanagement

NRW - Nordrhein-Westfalen

HZV - Hausarztzentrierte Versorgung

RLP - Rheinland-Pfalz

HÄPPI – Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell

PCM - Primary Care Manager

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell.....	29
Abbildung 2 - Grundformen der Interpretation	30
Abbildung 3 - Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse.....	32
Abbildung 4 - Kategoriensystem: Hauptkategorie Delegation.....	34
Abbildung 5 - Kategoriensystem: Hauptkategorie Praxis	35
Abbildung 6 - Kategoriensystem: Hauptkategorie Delegationsmodell	36
Abbildung 7 - Kategoriensystem: Hauptkategorie Ausbaumöglichkeiten	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Ärztestatistik Allgemeinmedizin und Hausärzte 2017, 2022 und 2023.....	12
Tabelle 2 – Altersgruppen Allgemeinmedizin 2017, 2022 und 2023.....	12
Tabelle 3 – Modulübersicht VERAH	18
Tabelle 4 – Modulübersicht NäPA	19
Tabelle 5 – Dauer der Interviews	27
Tabelle 6 – Kategorienbildung	33
Tabelle 7 – Stichprobe	39

Gender-Hinweis

In dieser Arbeit wird nur das generische Maskulinum verwendet, um die Lesbarkeit zu gewährleisten. Personenbezeichnungen beziehen sich aber jeweils auf alle Geschlechter.

1. Einleitung

Der demographische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem vor zunehmende Herausforderungen. Seit mehreren Jahrzehnten verändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung deutlich. Dabei steigt der Anteil älterer Menschen kontinuierlich, während der Anteil jüngerer Bevölkerungsgruppen sinkt (1, 2). Prognosen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass der Anteil der über 60-Jährigen weiter ansteigen wird und bis zum Jahr 2030 etwa 35 % der Bevölkerung dieser Altersgruppe angehören könnten (3). Besonders stark wächst dabei die Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahren, die zu den am schnellsten zunehmenden Bevölkerungsgruppen in Deutschland zählt (1). Diese Entwicklung wird häufig als „dreifaches Altern“ beschrieben und umfasst die steigende Zahl älterer Menschen, eine zunehmende Lebenserwartung sowie einen wachsenden Anteil Hochaltriger innerhalb der Bevölkerung (1, 2).

Mit der Alterung der Bevölkerung verändert sich zugleich die Krankheitslast innerhalb der Gesellschaft. Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und altersassoziierte Erkrankungen treten im höheren Lebensalter häufiger auf und führen zu einer steigenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (1, 4). Neben demenziellen Erkrankungen wird insbesondere bei nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose oder malignen Erkrankungen ein weiterer Anstieg erwartet (4). Damit verbunden ist eine zunehmende Belastung des Gesundheitssystems sowie ein wachsender Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung.

Eine zentrale Rolle bei der Bewältigung dieser Herausforderungen kommt der hausärztlichen Versorgung zu. Hausärzte stellen die erste Anlaufstelle für viele Patienten dar und übernehmen eine koordinierende Funktion innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung. Gleichzeitig unterliegt jedoch auch die Ärzteschaft selbst strukturellen Veränderungen. Zwar ist die Gesamtzahl berufstätiger Ärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren gestiegen, dennoch zeigen sich innerhalb einzelner Fachgruppen sowie in der regionalen Verteilung deutliche Unterschiede (5, 6). Insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin wird eine zunehmende Alterung der Ärzteschaft beobachtet. So sind mehr als 70 % der Allgemeinmediziner älter als 50 Jahre, während der Anteil jüngerer Ärzte vergleichsweise gering ist (6). Parallel dazu verändert sich die Struktur der Berufsausübung innerhalb der ambulanten Versorgung. Während die Zahl der angestellten Ärzte zunimmt, geht die Zahl der selbstständig niedergelassenen Allgemeinmediziner kontinuierlich zurück (5, 6).

Zusätzlich bestehen deutliche regionale Unterschiede in der ärztlichen Versorgung. Während urbane Ballungsräume häufig eine hohe Arztdichte aufweisen, sind ländliche und strukturschwache Regionen häufiger von Versorgungsengpässen betroffen (7-9). Diese

Entwicklung stellt die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung zunehmend vor Herausforderungen. Bereits in mehreren Gutachten hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen darauf hingewiesen, dass insbesondere die Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen langfristig gefährdet sein könnte (10, 11).

Vor diesem Hintergrund rückt die effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen im Gesundheitswesen zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen. Ein möglicher Ansatz besteht in der Delegation ärztlicher Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal. Unter Delegation wird die Übertragung ärztlich angeordneter Tätigkeiten an nicht-ärztliche Fachkräfte verstanden, wobei die ärztliche Verantwortung weiterhin bestehen bleibt (12, 13). In Deutschland wird die Delegation ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich insbesondere durch den Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt, der sowohl delegierbare als auch nicht delegierbare Tätigkeiten definiert und Anforderungen an Qualifikation, Anleitung und Überwachung des nicht-ärztlichen Personals festlegt (12, 13).

Zur Umsetzung dieser Delegationsmöglichkeiten wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Fortbildungsmodelle entwickelt, die eine erweiterte Qualifikation medizinischer Fachangestellter ermöglichen. Zu den bekanntesten Programmen zählen die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) sowie die Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPA), die speziell darauf ausgerichtet sind, Hausärzte in der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten zu unterstützen (14-16).

Studien zeigen, dass sowohl Hausärzte als auch medizinische Fachangestellte grundsätzlich eine positive Einstellung zur Delegation ärztlicher Leistungen aufweisen (17, 18). Dennoch werden bestehende Delegationsmöglichkeiten in der praktischen Versorgung bislang nur teilweise genutzt. Als mögliche Gründe werden unter anderem organisatorische Hürden, Unsicherheiten hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen sowie ein begrenzter Kenntnisstand über bestehende Delegationsmodelle diskutiert (17, 19, 20).

Vor diesem Hintergrund besteht weiterhin Bedarf an empirischen Untersuchungen, die den aktuellen Stand der Delegation im hausärztlichen Setting sowie die Einstellungen und Erfahrungen der beteiligten Akteure analysieren. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, aus der Perspektive von Hausärzten den aktuellen Status quo der Delegation ärztlicher Leistungen zu untersuchen. Dabei sollen insbesondere der Kenntnisstand, die Einstellungen sowie die bisherigen Erfahrungen von Hausärzten erfasst werden. Darüber hinaus sollen bestehende Bedarfe und mögliche Ansatzpunkte identifiziert werden, die zu einer stärkeren Nutzung und Weiterentwicklung delegierter Versorgungsstrukturen im hausärztlichen Bereich beitragen können. Dazu wurden mehrere übergeordnete Fragestellungen formuliert.

1. Welche Einstellungen und Erfahrungen vertreten Hausärzte in Bezug auf die Delegation?

Neben den Einstellungen und Erfahrung die mit der Delegation bereits gemacht worden sind, sollen auch die Relevanz des Themas sowie der Bedarf erhoben werden. Der eigene Kenntnisstand soll erfragt werden, ebenso die Vor- und Nachteile die mit der Delegation einhergehen.

2. Welche Bedingungen und Problematiken gehen mit der Delegation einher?

Es wird untersucht, welche Aufgaben bereits delegiert werden und in welchen Bereichen einer Hausarztpraxis Potenziale für eine Delegation liegen. Von besonderer Bedeutung sind hier vor allem die Bedingungen für eine erfolgreiche Delegation aber auch welche Probleme in der Praxis auftreten können.

3. Welche Erfahrungen wurden mit Delegationsmodellen gemacht?

Teilaspekt der Arbeit sind Delegationsmodelle wie die der VERAH und NÄPA. Es sollen Erfahrungen und Einstellung bezüglich solcher Modelle erhoben werden, aber auch das Tätigkeitsfeld solcher Mitarbeiter beleuchtet werden.

4. Welche Ausbaumöglichkeiten zur Verbesserung der Delegation wären wünschenswert?

Schlussendlich werden Ideen und Wünsche der Hausärzte erfragt, wie die Delegation aus ihrer Sicht verbessert oder ausgebaut werden kann.

Hierfür wurden zwischen November 2022 und Mai 2023 insgesamt 20 Hausärzte mittels qualitativer, leitfadengestützter und halbstandardisierter Experteninterviews befragt.

Zunächst erfolgt die Darstellung des theoretischen Hintergrunds dieser Arbeit. Anschließend wird der aktuelle Stand der Forschung näher beleuchtet. Es folgt die methodische Gestaltung der Forschungsarbeit mit der dazugehörigen Kategorienbildung und Auswertung. Anschließend werden die gewonnenen Ergebnisse präsentiert. Zum Schluss erfolgt eine Auswertung und Gegenüberstellung der Resultate mit anderen Studienergebnissen.

2. Hintergrund

2.1. Struktureller Wandel in der (haus-)ärztlichen Versorgung

2.1.1. Allgemeine Bevölkerungsentwicklung

Die Analyse der Altersstruktur in Deutschland belegt, dass ein fortschreitender Alterungsprozess der Bevölkerung stattfindet (1). Dieser demographische Wandel ist dadurch gekennzeichnet, dass der Anteil der in Deutschland lebenden Personen im Alter von 60 Jahren und älter den Anteil der 20-Jährigen übersteigt und bereits zu Beginn der 2000er Jahre vollzogen war (1). Laut einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes steigt die Lebenserwartung für Männer im Vergleich von 2015 zu 2060 um 4,1 Lebensjahre, die der Frauen um 3,2 Lebensjahre (2). Zudem steigt sowohl der absolute als auch der relative Anteil der über 60-Jährigen stetig, während der Anteil der unter 20-Jährigen stetig sinkt (1, 2). So prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Anstieg der über 60-Jährigen in Deutschland von 2013 bis 2030 von 27% auf 35% (3). Insbesondere die Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen (≥ 80 Jahre) verzeichnet im Vergleich zu anderen Altersgruppen ein überdurchschnittlich starkes Wachstum. Ihr Anteil innerhalb der älteren Bevölkerung nimmt kontinuierlich zu. Personen im Alter von 80 Jahren und älter zählen somit zu den am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppen in Deutschland (1).

Man kann diese genannten Faktoren in Deutschland unter dem Begriff des „dreifachen Alterns“ zusammenfassen (1). 1990 betrug die Zahl der 67-Jährigen und älteren Menschen in Deutschland 10,4 Millionen. 2018, 28 Jahre später, verzeichnete diese Gruppe einen Anstieg um 54% und wuchs auf 15,9 Millionen an. Prognostisch wird diese Zahl bis 2038 auf mindestens 20,9 Millionen ansteigen (2). Wie oben bereits beschrieben, wird der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in 2060 zwischen 9 und 13% liegen. Somit wäre ungefähr jeder 10te deutsche Bürger 80 Jahre oder älter. Prognostisch wird sich dieser Trend fortsetzen. Aufgrund verbesserter Lebensumstände, geringerem Nikotin- und Alkoholkonsum sowie einer besseren medizinischen Versorgung kann mit einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung gerechnet werden (2).

2.1.2. Statistische Veränderung im Aufbau der Ärzteschaft

Da der demographische Wandel die deutsche Bevölkerung insgesamt betrifft, spiegelt er sich auch in der Altersstruktur der Ärzteschaft in Deutschland wider. Wie zahlreiche andere Berufsgruppen ist auch die Ärzteschaft von diesen strukturellen Veränderungen betroffen. Bevor die Altersentwicklung der Ärzteschaft im Detail analysiert wird, ist zunächst die

allgemeine Entwicklung der Zahl berufstätiger Ärzte in Deutschland zu betrachten. In den vergangenen Jahren ist hierbei ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Während im Jahr 2017 insgesamt 385.100 berufstätige Ärzte registriert waren, belief sich ihre Zahl im Jahr 2023 auf rund 428.500 (5, 6). Von den 428.500 berufstätigen Ärzten waren 168.300 im ambulanten Bereich tätig, ca. 108.000 befanden sich in der Niederlassung, während sich der restliche Anteil in einem Angestelltenverhältnis befand (6). Im Jahr 2017 waren im Vergleich zum Jahr 2023 rund 10.000 Ärzte mehr in eigener Niederlassung tätig, während gleichzeitig etwa 24.000 Ärzte weniger in einem Angestelltenverhältnis standen. Diese Entwicklung verdeutlicht eine strukturelle Verschiebung innerhalb der ambulanten Versorgung hin zu einem steigenden Anteil angestellter Ärzte bei gleichzeitig rückläufiger Zahl selbstständig niedergelassener Tätigkeiten. Im Jahr 2023 befand sich bereits etwas mehr als ein Drittel der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte in einem Angestelltenverhältnis, während dies im Jahr 2017 lediglich auf etwa ein Fünftel zutraf. Insgesamt entspricht dies einem Anstieg des Anteils angestellter Ärzte um rund 12 Prozentpunkte innerhalb eines Zeitraums von sechs Jahren (6).

Da sich die vorliegende Forschungsarbeit auf die hausärztliche Versorgung fokussiert, wird im Folgenden die Entwicklung dieser Berufsgruppe näher betrachtet. Im Jahr 2017 waren in Deutschland insgesamt 43.524 Ärzte als Allgemeinmediziner tätig, darunter 20.807 Frauen (5). Bis zum Jahr 2022 stieg diese Zahl auf 44.612, wovon 23.293 Frauen waren. Im Jahr 2023 belief sich die Gesamtzahl der Allgemeinmediziner auf 44.912, wobei der Frauenanteil 23.827 betrug (6, 21). Insgesamt zeigt sich anhand dieser Daten ein moderates Wachstum der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzteschaft, wobei der Zuwachs bei den Allgemeinmedizinerinnen vergleichsweise stärker ausfällt. Die Zahl der ambulant tätigen Allgemeinmediziner nahm im Zeitraum von 2017 bis 2023 zu, wenngleich in geringerem Ausmaß, und stieg von 37.489 auf 38.141 (5, 6). Bei der Betrachtung der Beschäftigungsformen innerhalb der Allgemeinmedizin zeigt sich eine deutliche Verschiebung von der selbstständigen Niederlassung hin zu angestellten Tätigkeitsverhältnissen. Während im Jahr 2017 noch 31.548 Allgemeinmediziner selbstständig niedergelassen waren, sank diese Zahl bis zum Jahr 2023 auf 27.822 (5, 6). Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang von etwa 1,5 bis 2%. Parallel dazu nahm die Zahl der angestellten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im selben Zeitraum deutlich zu und stieg von 5.941 im Jahr 2017 auf 10.319 im Jahr 2023. Insgesamt entspricht dies einer Zunahme von knapp 50 % (5, 6).

In der Ärztestatistik des Statistischen Bundesamtes wird zudem die Berufsgruppe der Hausärzte ausgewiesen. Diese umfasst sowohl Allgemeinmediziner als auch Internisten, die jeweils hausärztlich tätig sind. Trotz der Zusammenfassung zweier Facharztgruppen ließ sich im Zeitraum von 2017 bis 2023 kein substantielles Wachstum dieser Berufsgruppe feststellen.

Im Jahr 2017 waren insgesamt 1.392 Hausärzte ambulant tätig, davon 1.047 in selbstständiger Niederlassung und 345 in einem Angestelltenverhältnis (5). 6 Jahre später waren insgesamt 1.390 Hausärzte ambulant tätig, 1100 in der Selbstständigkeit und 290 im Angestelltenverhältnis (6). Die oben aufgeführten Zahlen sind in der nachfolgenden Tabelle nochmals zusammengefasst.

	2017	2022	2023
Allgemeinmedizin	43524	44612	44912
Allgemeinmedizin Ambulant	37489	37912	38141
Niederlassung	31548 (-1,8% zum Vorjahr)	28433 (-3,2% zum Vorjahr)	27822 (-2,1% zum Vorjahr)
Angestellt	5941	9479	10319
Hausarzt	1558	1561	1550
Hausarzt Ambulant	1392	1393	1390
Niederlassung	1047	1106	1100
Angestellt	345	287	290

Tabelle 1 – Ärztestatistik Allgemeinmedizin und Hausärzte 2017, 2022 und 2023

Nachdem sowohl die Entwicklung der allgemeinmedizinisch als auch der hausärztlich tätigen Ärzte dargestellt wurde, erfolgt nun die Analyse der Altersstruktur. Der zuvor beschriebene demographische Wandel der deutschen Gesamtbevölkerung spiegelt sich auch in der Altersentwicklung der Ärzteschaft wider. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner. Im Jahr 2017 waren 501 Ärzte unter 35 Jahren tätig, während diese Zahl im Jahr 2023 auf 729 anstieg (5, 6). Dies entspricht einer absoluten Zunahme von 228 Ärzten. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der Ärzte, die das 65. Lebensjahr überschritten hatten, um 2.030 an. So waren 2017 6.981 Allgemeinmediziner über 65 Jahre, während es 2023 bereits 9.011 Ärzte waren (5, 6). Zur Veranschaulichung kann eine genaue Verteilung der Altersgruppen der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

	2017	2022	2023
bis 34 Jahre	501	701	729
35-39 Jahre	2166	2904	3125
40-49 Jahre	9135	9023	9556
50-59 Jahre	16191	14063	13408
60-65 Jahre	8550	9017	9083
über 65 Jahre	6981	8904	9011

Tabelle 2 – Altersgruppen Allgemeinmedizin 2017, 2022 und 2023

Die Analyse der Altersstruktur zeigt, dass im Jahr 2023 mehr als 70% der Allgemeinmediziner 50 Jahre oder älter sind. Etwa 20 % dieser Berufsgruppe haben bereits das 65. Lebensjahr

überschritten. Demgegenüber liegt der Anteil der unter 40-Jährigen lediglich bei etwa 8%, was auf eine zunehmende Alterung der hausärztlich tätigen Ärzteschaft hinweist (6).

Nicht nur das Alter der Ärzteschaft ist von Bedeutung, sondern auch deren räumliche Verteilung. Dies betrifft insbesondere die Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen den Bundesländern. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums versorgt in Städten wie Hamburg ein einzelner Arzt etwa 127 Einwohner, während in Brandenburg ein Arzt durchschnittlich 249 Einwohner betreut. Daraus ergibt sich, dass in urbanen Ballungsgebieten tendenziell eine Überversorgung besteht, während ländliche Regionen durch eine geringere Arztdichte gekennzeichnet sind. Neben dem absoluten Mangel an Ärzten tritt somit in bestimmten Regionen auch ein relativer Versorgungsmangel auf (7).

Die absolute Anzahl und die regionale Verteilung der berufstätigen Allgemeinmediziner liefern noch keine Aussage über die tatsächlich geleistete Arbeitszeit pro Woche. Hieraus ergibt sich ein wesentliches drittes Problemfeld, nämlich die realen Arbeitskapazitäten innerhalb der Berufsgruppe. Das Bundesministerium für Gesundheit weist darauf hin, dass Ärzte über 65 Jahre dem Arbeitsmarkt häufig nicht mehr in vollem Umfang zur Verfügung stehen (7). Eng damit verbunden ist die Teilzeitbeschäftigung, die insbesondere bei Ärztinnen häufiger vorkommt als bei männlichen Kollegen. Während der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bei Ärztinnen etwa 28 % beträgt, liegt er bei Ärzten lediglich bei 10 % (22). Vor dem Hintergrund des kontinuierlich steigenden Frauenanteils in der Allgemeinmedizin gewinnt die Teilzeitbeschäftigung somit zusätzlich an Bedeutung und beeinflusst die effektive Arbeitskraft der hausärztlich tätigen Ärzteschaft maßgeblich.

2.1.3. Bedarfsgerechte Versorgung

Unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Ärzteschaft lässt sich ein genereller Ärztemangel nicht eindeutig feststellen. Eine differenzierte Analyse der Verteilung nach Berufsgruppen und Altersklassen weist jedoch bereits strukturelle Defizite auf. Darüber hinaus zeigt die räumliche Verteilung der niedergelassenen Ärzte innerhalb der Bundesländer, dass in bestimmten Regionen ein Verteilungsproblem besteht, das die Versorgungslage zusätzlich beeinflusst (8, 9). Vor diesem Hintergrund stellt sich die zentrale Frage nach bedarfsgerechter medizinischer Versorgung einer zunehmend alternden und damit stärker gesundheitlich belasteten Bevölkerung.

Zwar lassen die absoluten Zahlen der Ärzte keine generelle Unterversorgung erkennen, jedoch ist der bestehende Mangel, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, seit Jahren ein anerkanntes und diskutiertes Problem innerhalb der

gesundheitpolitischen Fachliteratur (23, 24). Diese Einschätzung wird durch eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gestützt. Die Ergebnisse zeigen, dass 57 % der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in ländlichen Regionen angaben, Probleme aufgrund eines Ärztemangels zu haben (25). In der öffentlichen Diskussion wird dieses Phänomen unter anderem auf den zuvor beschriebenen demographischen Wandel zurückgeführt (24). Bereits im Jahr 2009 wies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen darauf hin, dass die Sicherstellung einer effektiven Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte in ländlichen beziehungsweise strukturschwachen Regionen eine besondere Herausforderung darstellt (10). Die zuvor angesprochene, besonders gefährdete Versorgungssituation in den genannten Regionen blieb auch fünf Jahre später, im Jahr 2014, Gegenstand des Gutachtens des Sachverständigenrats (11). In diesem wird eine Versorgungslücke zwischen urbanen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen aufgezeigt, für deren Schließung bereits auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene Maßnahmen und Strategien entwickelt werden (11).

Bisherige Lösungsansätze, wie beispielsweise das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz oder monetäre Anreize, haben keine ausreichende Abhilfe geschaffen. Als mögliche Gründe werden unter anderem bessere Freizeitangebote und eine höhere Lebensqualität in den urbanen Regionen genannt (11). Studierende zieht es für die spätere Niederlassung ebenfalls eher in städtische Regionen (26). Der Sachverständigenrat empfiehlt, die Attraktivität ländlicher Regionen gezielt zu steigern, um die hausärztliche Versorgung dort langfristig zu sichern. Gleichzeitig wird realistisch eingeschätzt, dass selbst unter Berücksichtigung potenzieller neuer Versorgungsmodelle ein Rückgang der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen nicht vollständig kompensiert werden kann (11). Im Gutachten von 2014 wurde bereits ein jährliches Defizit von etwa 1.000 Hausarztpraxen dokumentiert (11).

2.1.4. Auswirkung des demographischen Wandels auf Gesundheit und Versorgungsbedarfe

Neben dem biologischen Alterungsprozess ist insbesondere die Frage relevant, welche Auswirkungen das Altern der Bevölkerung auf die Gesundheit und den daraus resultierenden Versorgungsbedarf hat. Mit zunehmendem Alter treten vermehrt altersassoziierte Erkrankungen wie Demenz auf, ebenso wie chronische, altersbedingte Erkrankungen und Komorbiditäten (1, 4). Besonders in der Altersgruppe der über 80-Jährigen ist mit einem Anstieg multimorbider Patienten sowie einer erhöhten Krankheitslast zu rechnen (1). Neben demenziellen Erkrankungen werden weitere nicht übertragbare Krankheiten, darunter

Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose und Krebs, zunehmend auftreten, verbunden mit den entsprechenden gesundheitlichen und ökonomischen Belastungen (4).

Prognostisch wird erwartet, dass die Zahl der Diabetiker im Alter von 55 bis 74 Jahren zwischen 2010 und 2023 von 2,4 Millionen auf 3,9 Millionen Personen ansteigt. Dies führt zwangsläufig zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen, die das Gesundheitssystem zusätzlich belasten (4). Gleichzeitig ist mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu rechnen, wodurch die Diskrepanz zwischen dem vorhandenen Pflegepersonal und den benötigten Leistungen weiter verschärft werden könnte. Vor diesem Hintergrund stellen der bestehende Fachkräftemangel, der insbesondere in ländlichen Regionen zunehmende Ärztemangel sowie die wachsende Belastung des Gesundheitssystems infolge einer alternden Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (4).

2.2. Delegation

Zentrales Thema dieser Forschungsarbeit ist die Delegation von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen an einen anderen Arzt oder an nicht-ärztliches Fachpersonal. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird die Delegation durch den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) gesetzlich geregelt. Verankert ist dieser BMV-Ä im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Anlage 8 und Anlage 24 dieses Vertrags stellen die Delegationsvereinbarungen dar und sind Vereinbarungen zwischen der KBV und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Spitzenverband) (12, 13). Vertragsdatum der Anlage 8 ist der 17.03.2009 in der gültigen Fassung vom 17.07.2023. Sie ist die „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“. Hier wird sowohl der Geltungsbereich festgelegt als auch der Versorgungsauftrag definiert. Gleichzeitig werden die Qualifikationsvoraussetzungen bestimmt, die ein nicht-ärztliches Fachpersonal mitbringen muss, um die angeordneten Hilfeleistungen durch den Arzt durchzuführen. Somit versteht sie sich auch als eine Maßnahme der Qualitätssicherung (12).

Damit ein nicht-ärztliches Fachpersonal angeordnete Hilfeleistungen erbringen kann, müssen gewisse Voraussetzungen bei den Patientengruppen gegeben sein. Es sollte mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegen, und der Patient sollte in der Regel das 65. Lebensjahr überschritten haben. Eine andere mögliche Voraussetzung wäre eine Erkrankung, die einer dauerhaften intensiven ärztlichen Betreuung bedarf. Bei einer akuten schwerwiegenden Erkrankung muss eine gesonderte Begründung durch den Arzt vorliegen,

damit die Hilfeleistung durch ein nicht-ärztliches Fachpersonal erbracht werden darf. Zudem muss der Patient durch seine Erkrankung so eingeschränkt sein, dass er die Praxis nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen könnte (12).

Die Anlage 8 zum BMV-Ä bleibt von der Anlage 24 zum BMV-Ä unberührt. Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ ist die Delegationsvereinbarung (13). Die aktuelle überarbeitete Fassung der Anlage trat am 01.01.2015 in Kraft. Sie definiert die Anforderungen an die Delegation und führt in ihrem Anhang einen Beispielkatalog von delegierbaren Leistungen auf. Diese Leistungen entsprechen einer beispielhaften Aufzählung und sind als Orientierung zu verstehen. Leistungen, die hier genannt werden, sind unter anderem administrative Tätigkeiten, Anamnesevorbereitung, technische Untersuchungen, Früherkennungsleistungen, Hausbesuche und Injektionen (13). Gleichzeitig werden auch nicht delegierbare Leistungen genannt, die aufgrund der besonderen Fachkenntnisse dem Arzt vorbehalten sind. Hierzu zählen Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe (13).

Zu den Anforderungen an die Delegation gehört, dass der Arzt entscheidet, ob und an wen er delegiert. Delegiert er eine Tätigkeit, so muss er sich vergewissern, dass die Person, an die er eine Aufgabe delegieren möchte, eine geeignete Qualifikation besitzt (Auswahlpflicht), er sie vor der Tätigkeit entsprechend angeleitet hat (Anleitungspflicht) und die Tätigkeit regelmäßig überwacht wird (Überwachungspflicht) (13).

2.3. Fortbildungsmodelle

2.3.1. Überblick

Mittlerweile existieren zahlreiche Fortbildungsangebote für nicht-ärztliches Praxispersonal, die die Anforderungen der Delegationsvereinbarung erfüllen und dadurch potenziell zur Entlastung bzw. Ergänzung der Hausärzte beitragen können. Ein Beispiel ist die Fortbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), die vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachangestellter entwickelt wurde (14). Ziel dieses Programms ist insbesondere die Entlastung der Ärzte. Die Aufgabenbereiche der VERAH umfassen die eigenständige Durchführung von Hausbesuchen, das Management chronischer Wunden sowie die Koordination des Fallmanagements.

Ein weiteres, von der Bundesärztekammer 2010 initiiertes Fortbildungsmodell ist die Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPA) (14). Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts lag der Fokus insbesondere auf diesen beiden Fortbildungsmodellen. Andere Programme, wie die entlastende Versorgungsassistentin bzw. der entlastende Versorgungsassistent (EVA), die Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention (AGnES) oder der Physician Assistant (PA) wurden in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Die Vielzahl vorhandener Delegationsmodelle verdeutlicht jedoch den bestehenden Bedarf an qualifizierten Fortbildungsangeboten (14). Im Folgenden werden die Modelle der VERAH und der NäPA näher beschrieben.

2.3.2. VERAH

Das Fortbildungskonzept der Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis wurde durch den deutschen Hausärzteverband 2008 ins Leben gerufen (15). Ziel der Fortbildung war es, den Hausarzt in der ambulanten hausärztlichen Versorgung über das in der Grundausbildung vorgesehene Maß zu unterstützen und zu entlasten (15). Fortbildungsbefähigt ist sowohl der medizinische Fachangestellte (MFA) als auch der Arzthelfer. Ausgebildete VERAHS übernehmen unter anderem die Betreuung von Patienten in der häuslichen Umgebung sowie die Durchführung ausgewählter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Die Zielgruppe dieser Intervention umfasst vor allem chronisch kranke Personen sowie Patienten, die im Rahmen eines geriatrischen Basisassessments betreut werden (15). Neben den eben genannten Aufgaben folgt eine Aufzählung weiterer definierter Aufgaben:

- koordinierende Aufgaben im Rahmen des Case Managements (CM) übernehmen
- Im Rahmen der delegierbaren Leistungen Risiken für die Gesundheit in häuslichen Bereichen erkennen und Maßnahmen mit dem Hausarzt und den Angehörigen einleiten und deren Umsetzung kontrollieren
- Präventions- und Prophylaxe- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen bei und mit Patienten durchführen bzw. Unterstützung und Anleitung hierzu auch den Angehörigen geben
- Notfallsituationen im Hausbesuch einschätzen und Maßnahmen der Ersten Hilfe einleiten und durchführen
- Durch den Hausbesuch anfallende organisatorische Verwaltungsarbeiten durchführen
- Bei der Durchführung aller Tätigkeiten den Datenschutz beachten
- Bei ihrem Einsatz die Bestimmungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einhalten

- Den Umweltschutz beachten
- Die Autonomie des Patienten berücksichtigen und aufrechterhalten
- Durch diese Tätigkeiten den Hausarzt im Praxisalltag entlasten

Gemäß der Fortbildungsordnung ist diese in acht Module unterteilt, die zusammen 160 Unterrichtsstunden umfassen und sowohl theoretische als auch praktische Anteile enthalten. Ergänzend ist ein 40-stündiges Praktikum vorgesehen, sodass insgesamt mindestens 200 Unterrichtsstunden absolviert werden müssen. Die gesamte Fortbildung ist auf einen Zeitraum von 36 Monaten ausgelegt und kann entweder in Vollzeit oder berufsbegleitend durchgeführt werden (15). Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die zu absolvierenden Module und die jeweiligen Anteile an der Gesamtstundenzahl.

Modul	Gesamtstunden	Präsenzphase	Kompetenzphase
Case Management	40	28	12
Präventionsmanagement	20	12	8
Gesundheitsmanagement	20	12	8
Technikmanagement	10	6	4
Praxismanagement	28	22	6
Besuchsmanagement	12	4	8
Notfallmanagement	20	16	4
Wundmanagement	10	6	4

Tabelle 3 – Modulübersicht VERAH

Die Tabelle zeigt, dass der Großteil der Fortbildungsstunden praktischer Natur ist. Unter Einbeziehung des 40-stündigen Praktikums ergibt sich eine Gesamtzahl von 146 praktischen Stunden, was einem Anteil von 73% entspricht.

Nach Absolvierung aller Module und des Praktikums erfolgt eine schriftliche Prüfung in Form einer Hausarbeit sowie eine mündliche Abschlussprüfung. Bei Bestehen beider Prüfungen wird durch das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband e. V. eine Bescheinigung verliehen, die zur Führung des Titels „VERAH“ berechtigt (15).

2.3.3. NÄPA

2010 legte die Bundesärztekammer vor dem Hintergrund der Delegationsvereinbarung aus dem Jahr 2009 ein Musterfortbildungscurriculum für nicht-ärztliche Praxisassistenten (kurz NÄPA) im hausärztlichen Bereich vor (16). Dieses sieht 271 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs vor. Die 271 Stunden gliedern sich in eine theoretische

Fortbildung (201 Stunden), eine praktische Fortbildung (50 Stunden) und in ein Notfallmanagement/erweiterte Notfallkompetenz (20 Stunden) (16). Für die Teilnahme an dieser Fortbildung zugelassen sind Personen mit einem qualifizierten Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellter, Arzthelfer oder Krankenpflegehelfer, die zudem mindestens drei Jahre Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis vorweisen können. Seit der Ausweitung der NÄPA-Fortbildung im Jahr 2016 auf den fachärztlichen Bereich sind ebenfalls Personen mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung in einer fachärztlichen Praxis zur Teilnahme berechtigt (16). Abhängig von der Dauer der Berufserfahrung können sich die nachzuweisenden Fortbildungsstunden reduzieren. So verringert sich der theoretische Anteil beispielsweise nach über zehn Jahren Berufspraxis auf 150 Stunden. Die nachfolgende Tabelle gibt eine detaillierte Gliederung der Fortbildung wieder.

Module	Gesamtstunden
Theoretische Fortbildung	201
Grundlagen und Rahmenbedingungen beruflichen Handelns / Berufsbild	15
Medizinische Kompetenz	160
Kommunikation / Dokumentation	26
Notfallmanagement / Erweiterte Notfallkompetenz	20
Praktische Fortbildung	50

Tabelle 4 – Modulübersicht NÄPA

Die Praktische Fortbildung wird in Form von Hausbesuchen oder Besuchen in Alten- oder Pflegeheimen absolviert. Die Fortbildung zum NÄPA muss in einem Zeitraum von 5 Jahren absolviert werden, die Teilnahme an den Modulen ist in Form von Teilnahmebescheinigungen nachzuweisen. Nach erfolgreicher schriftlicher Abschlussprüfung erhält der Teilnehmer ein Zertifikat der zuständigen Ärztekammer (16).

Anders als bei dem VERAH gibt es gewisse Bedingungen, die eine Praxis erfüllen muss, um einen NÄPA beschäftigen zu dürfen. So erhält man die Genehmigung der KV zur Beschäftigung eines NÄPA nur, wenn diese auf mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis angestellt ist, zudem entweder in den letzten vier Quartalen durchschnittlich mindestens 700 Fälle je Hausarzt (mit voller Zulassung) und Quartal behandelt wurden (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang) oder in den letzten vier Quartalen im Durchschnitt mindestens 120 Fälle je Hausarzt und Quartal bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind, behandelt wurden (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 Fälle je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang) (27).

2.3.4. Anerkennung

Ein Vergleich der beiden Fortbildungsprogramme zeigt, dass sich die Ausbildung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPA) überwiegend auf medizinisch-theoretisches Wissen konzentriert, während die Fortbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) stärker praxisorientiert ausgerichtet ist. Die VERAH-Ausbildung umfasst darüber hinaus Inhalte wie Praxismanagement und Casemanagement, die im Curriculum der NäPA nicht vorgesehen sind. Aufgrund dieser Unterschiede wurde 2014 eine Einigung zwischen dem Deutschen Hausärzterverband und der Bundesärztekammer (BÄK) erzielt, die eine gegenseitige Anerkennung der beiden Modelle ermöglicht und somit Einheitlichkeit sowie Flexibilität in der Versorgung fördern soll. Demnach muss eine VERAH, um die Qualifikation einer NäPA zu erwerben, zusätzlich 20 Theoriestunden (zu Themen wie Sterbebegleitung, Schmerz, Demenz, Ulcus cruris) sowie 20 Hausbesuche absolvieren und eine abschließende Prüfung bestehen. Umgekehrt müssen NäPA-Teilnehmende zur Erlangung der VERAH-Qualifikation 40 Stunden praktische Tätigkeit sowie das Praxismodul „Praxismanagement“ absolvieren und die entsprechende Prüfung beim Institut für hausärztliche Fortbildung ablegen. Auf Länderebene bestehen teilweise zusätzliche, spezifische Regelungen zur gegenseitigen Anerkennung (28).

2.4. Aktueller Stand der Forschung

Seit mehreren Jahren wird in der Fachliteratur und der Praxis diskutiert, welche Aufgaben sinnvoll an nicht-ärztliches Praxispersonal delegiert werden können und dürfen. Diese Problematik wurde 2016 durch eine empirische Erhebung des Instituts für Allgemeinmedizin an der Berliner Charité untersucht. Hierfür wurden stichprobenartig Hausärzte in Nordrhein-Westfalen zu ihren Einstellungen zur Delegation befragt. Über zwei Drittel der Befragten beurteilten die Delegation von Aufgaben positiv. Gleichzeitig schätzten nur wenige ihren eigenen diesbezüglichen Kenntnisstand als gut oder sehr gut ein, was darauf hinweist, dass das Thema verstärkt an die Ärzte herangetragen werden muss. Das größte Potenzial für eine Ausweitung der Delegation wurde im Bereich diagnostischer Tätigkeiten gesehen. Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Praxisform auf die Einstellung zur Delegation. Während 87,5% der Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine positive Einstellung angaben, waren dies in Einzelpraxen nur etwa 61%. Ferner zeigte sich ein Zusammenhang von Alter und Geschlecht der Befragten. Delegationsbereitschaft war häufiger bei jüngeren, überwiegend männlichen Ärzten ausgeprägt, die seltener in Einzelpraxen tätig waren (17). Der anfängliche Mehraufwand, der mit der Delegation von Aufgaben verbunden

ist, wurde in der Studie als zentrales Hemmnis identifiziert, ebenso wie die Umsetzung bei der derzeitigen Personalbesetzung (19). Die Autoren betonen, dass zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung künftig mehr Hausärzte die Möglichkeiten der Delegation nutzen sollten. Neben erforderlichen gesetzlichen Anpassungen sind weitere Maßnahmen notwendig, um die Ärzte zu motivieren, sich mit den Delegationsmöglichkeiten auseinanderzusetzen, das nicht-ärztliche Personal gezielt fortzubilden und dieses entsprechend einzusetzen (17).

Trotz bestehender Möglichkeiten nutzen Hausärzte in Deutschland Delegation in vielen Bereichen nur eingeschränkt. Eine Befragung aus dem Jahr 2014 unter Hausärzten in Sachsen ergab, dass lediglich 8% der Hausbesuche von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wurden. Auf die Frage, ob sie grundsätzlich Hausbesuche delegieren würden, antworteten jedoch über 50% positiv. Dies weist auf eine hohe Bereitschaft zur Delegation hin, die in der Praxis jedoch nur unzureichend umgesetzt wird. Da die Delegation überwiegend auf persönlicher Vertrauensbasis erfolgte und weniger auf formale Weiterbildungen der MFAs gestützt war, diskutieren die Autoren, ob künftig formale Qualifizierungsmaßnahmen stärker gefördert werden sollten oder ob eine Anpassung des medizinischen Ausbildungscurriculums der MFAs ausreichend wären (20).

Bereits im Jahr 2009 organisierte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) an der Universität Witten/Herdecke eine Expertentagung, die sich mit verschiedenen Modellprojekten und Fortbildungsangeboten für MFAs beschäftigte. Anlass der Tagung war die damals prognostizierte primärmedizinische Unterversorgung in strukturschwachen Regionen. Dabei wurde herausgestellt, dass die steigenden Anforderungen an die hausärztliche Versorgung, bedingt durch demografische Veränderungen und die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen, eine Neudefinition der Aufgabenbereiche von MFAs notwendig machen. Programme wie AGnES, EVA und VERAH wurden als vielversprechende Ansätze präsentiert, um die Effizienz und Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen. Die Experten schlossen daraus, dass die Integration von MFAs in die hausärztliche Praxis nicht nur die Arbeitsbelastung der Hausärzte reduzieren, sondern auch zu einer verbesserten Versorgung der Patienten beitragen könne. Darüber hinaus wurde eine stärkere Unterstützung sowie eine formale Anerkennung der Rolle der MFAs innerhalb der medizinischen Gemeinschaft gefordert (29).

Eine repräsentative Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2020 zeigte, dass 67,2% der Befragten einer Übertragung ärztlicher Aufgaben an MFAs bei leichten Erkrankungen zustimmen würden. Bei chronischen Erkrankungen sank die Zustimmung auf 51,8%. Die Autoren betonen, dass zur Abschätzung der Erfolgchancen einer deutschlandweiten Einführung eines einheitlichen Delegationsmodells und zu dessen erfolgreicher Implementierung weitere empirische Untersuchungen notwendig seien (30).

Eine Untersuchung des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main aus dem Jahr 2014 hatte zum Ziel, eine Übersicht über bestehende Delegationsmodelle zu erstellen und deren Implementierungsstand zu erfassen. Die Ergebnisse zeigten, dass das Modell der VERAH am weitesten verbreitet war. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren deutschlandweit 57.444 Personen entsprechend qualifiziert. In Bezug auf die Bundesländer wiesen Baden-Württemberg und Bayern die höchste Anzahl qualifizierter VERAHS auf. Alle untersuchten Modelle leisteten laut den Autoren einen maßgeblichen Beitrag zur Professionalisierung der MFAs und trugen sowohl zur Patientenversorgung als auch zur Entlastung der Hausärzte bei (14).

Die Einstellung von Hausärzten sowie Medizinischen Fachangestellten zur Delegation ärztlicher Leistungen wurde 2023 in Berlin, Brandenburg und Thüringen untersucht. Hierfür erhielten alle KV-gelisteten Hausärzte sowie deren MFAs einen selbstentwickelten Fragebogen. Die Ergebnisse zeigten in beiden Berufsgruppen eine hohe Bereitschaft zur Delegation. Neben einer Vielzahl bereits delegierter Tätigkeiten war insbesondere die Bereitschaft zur Übertragung weiterer Aufgaben, wie etwa Folgeverordnungen von Rezepten oder die eigenständige Durchführung einfacher Konsultationen, ausgeprägt. Als wesentliche Voraussetzung für eine Ausweitung der Delegation wurden neben den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen die persönliche Eignung und Qualifikation der übernehmenden MFAs genannt (18). Eine Studie aus Brandenburg von 2015 identifizierte als möglichen Grund für die teilweise zurückhaltende Delegation an nicht-ärztliches Praxispersonal die Sorge der Ärzte, ihre fachliche Kompetenz einzubüßen (31).

Ein in diesem Zusammenhang häufig verwendeter Begriff ist „Substitution“. Unter Substitution versteht man das Ersetzen der ärztlichen Tätigkeit durch nicht-ärztliches Praxispersonal bei der Durchführung von Leistungen, die der selbständigen Ausübung von Heilkunde unterliegen. Dabei geht die ärztliche und juristische Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung dieser Maßnahmen auf die nicht-ärztliche Fachkraft über (32). Diese Form der Substitution wird nicht nur von Teilen der Ärzteschaft kritisch gesehen, sondern auch von der Bundesärztekammer (BÄK) abgelehnt (32, 33).

Zusammenfassend zeigt sich, dass bereits seit längerer Zeit strukturierte Delegationsmodelle sowie eine differenzierte Delegationsvereinbarung existieren. Der Wissensstand über diese Modelle und deren Umsetzung in der hausärztlichen Praxis bleibt jedoch aus unterschiedlichen Gründen unzureichend, was die effektive Nutzung der Delegationsmöglichkeiten einschränkt (19, 20).

2.5. Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Wie bereits in den Gutachten des Sachverständigenrats aus den Jahren 2009 und 2014 dargelegt, stellt eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe hausärztliche Versorgung die Grundlage eines funktionierenden Gesundheitswesens dar. Um eine solche Versorgung sicherzustellen, ist es erforderlich unterschiedliche Lösungsansätze zu entwickeln, da bisherige Maßnahmen nicht den erwarteten Erfolg erbracht haben (11). Ziel dieser Dissertation ist es daher, mit Fokus auf die hausärztliche Perspektive einen Beitrag zur bislang begrenzten Evidenzlage hinsichtlich der Delegation ärztlicher Leistungen in der hausärztlichen Versorgung zu leisten. Einerseits soll der aktuelle Status quo untersucht werden, um insbesondere den Kenntnisstand, die Einstellungen sowie die bisher gemachten Erfahrungen von Hausärzten zu erfassen. Andererseits sollen Bedarfe, Ansatzpunkte und Konzepte identifiziert werden, die eine höhere Akzeptanz und eine Optimierung der Delegation im hausärztlichen Setting ermöglichen. Im Zentrum der Arbeit stehen folgende Fragestellungen:

- Wie lassen sich aus der Wahrnehmung hausärztlicher Versorger die Genese und der aktuelle Stand der Delegationsmöglichkeiten im Hausarztsetting beurteilen?
- Wie ist der Kenntnisstand von Hausärzten bezüglich Delegationsmöglichkeiten?
- Welche Einstellungen und Erfahrungen vertreten Hausärzte beim Thema Delegation?
- Welche Aufgaben wurden bereits bzw. werden aktuell delegiert?
- Welche Erfahrungen wurden mit Delegationsmodellen gemacht? Wie fallen diese aus?
- Wird nur an nicht-ärztliches Personal delegiert, das eine entsprechende Fortbildung absolviert hat?
- Welche Delegationsmodelle sind bekannt und wie ist die Einstellung zu solchen?
- Inwiefern werden Delegationsmodelle in Anspruch genommen?
- Werden zum Beispiel VERAH- oder NÄPA-ausgebildete Mitarbeiter gezielt beschäftigt und welche Aufgaben übernehmen sie?
- Wo bestehen aus Sicht bzw. Erfahrungen von Hausärzten spezifische Delegationsbedarfe und Defizite?
- Welche Aufgaben und Tätigkeiten würden Hausärzte künftig gerne (verstärkt) delegieren?
- Welche Chancen der Weiterentwicklung der Delegation lassen sich für das Hausarztsetting aufzeigen? Welche Voraussetzungen gilt es dafür zu erfüllen?

- Wie kann die Delegation im Hausarztsetting entsprechend ausgebaut bzw. optimiert werden?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können dazu beitragen, den tatsächlichen Bedarf von Hausärzten präziser zu erfassen, wodurch die Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Praxispersonal optimiert und gezielter unterstützt werden kann. Darüber hinaus bieten die Befunde die Möglichkeit, neue Delegationsmodelle und -konzepte zu entwickeln oder bestehende Verordnungen und Regularien zu überarbeiten und anzupassen.

3. Methodik

3.1. Studiendesign

Da im Zentrum der Arbeit die Einstellungen und Erfahrungen der Hausärzte stehen, erfolgte die Entscheidung zugunsten eines qualitativen Forschungsdesigns. Für die Erhebung qualitativer Daten eignen sich klassischerweise Face-to-face-Interviews, da sich hier die subjektiven Sichtweisen erfassen und im Gespräch vertiefen lassen (34). Demnach wurden insgesamt 20 qualitative, leitfadengestützte, halbstandardisierte Interviews mit praktizierenden Hausärzten geführt. Durch offene Fragen kann so individuell auf den Experten (interviewter Hausarzt) eingegangen werden. Es entsteht ein Gespräch, in dem die Standpunkte und Erfahrungen der Experten deutlich werden. Da es sich um eine explorative Befragung handelt, wurde bei der Auswahl der Hausärzte auf eine ausreichende Differenzierung hinsichtlich verschiedener Merkmale geachtet. Hierzu zählen unter anderem Alter, Geschlecht, Niederlassungsart, Praxisumgebung und Facharztbezeichnung. Als Auswertungsmethode wurde sich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden. Diese Methode aus der Sozialforschung lässt eine systematische und strukturierte Auswertung des Materials zu bei gleichzeitiger Anpassungsfähigkeit an das individuelle Material. Eine ausführlichere Erklärung dieser Methode wird in Kapitel 3.7 beschrieben.

3.2. Befragungsinstrument

Um die Interviews strukturiert und halbstandardisiert zu führen, wurde im Vorfeld ein Leitfaden erarbeitet, an dem sich der Interviewer orientieren konnte. Die Grundlage für die Erstellung des Leitfadens bot die Arbeit von Helfferich, bei der gewisse Anforderungen an einen Leitfaden gestellt werden. Hierzu zählen beispielsweise das Prinzip der Offenheit, eine begrenzte Anzahl an Fragen und die Priorisierung von spontan produzierter Erzählung (35). Zu der Entwicklung eignet sich unter anderem das „SPSS-Schema“ welches hier zur Anwendung kam (36). Im

Zuge des Konstruktionsprozesses wurden mehrere Studien von Wangler und Jansky zwecks Orientierung berücksichtigt, bei denen Fragen des Praxisteam und der Praxisorganisation ein wichtiges Thema waren (37-40). Zuerst wurden mögliche Fragen gesammelt. Die Grundlage für den Inhalt der Fragen stellten die zentralen Forschungsfragen (s.o.) dar, die sich aus der Sichtung vorhandener Studien zu dem Thema Delegation ergeben hatten. Auf eine möglichst offene Formulierung der Fragen wurde geachtet. Im nächsten Schritt wurden die Fragen gesichtet, sodass am Ende 17 Fragen in der finalen Fassung übriggeblieben sind. Anschließend wurden sie inhaltlich und zeitlich sortiert.

Zur Validierung des Befragungsinstruments und zur Übung der Gesprächsführung wurde im Vorfeld ein Probeinterview geführt, um hierdurch potenzielle Schwierigkeiten mit dem Leitfaden aufzudecken. Das Interview wurde mit einem Hausarzt geführt, der nicht Teil der Stichprobe war, allerdings deren relevante Merkmale erfüllte.

Hierdurch konnte der finale Leitfaden, der für alle 20 Interviews genutzt wurde, erstellt werden. Begonnen wurde eher mit allgemeinen Fragen, die sich dann im Verlauf des Interviews spezifizierten. Die Fragen des Leitfadens können im Anhang eingesehen werden.

3.3. Rekrutierung

Als Zielgruppe für das Forschungsprojekt wurden Ärzte definiert, die hausärztlich tätig waren und die Weiterbildung Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder beides trugen. Um eine differenzierte Stichprobe zu erhalten, wurden weitere Merkmale festgelegt, die möglichst breit verteilt sein sollten. Zu den Merkmalen zählten Geschlecht, Alter, Praxisart, Praxisumgebung und das Bundesland, in dem sie tätig waren. Zudem sollten mehrere Praxen vertreten sein, die Angestellte mit der Zusatzbezeichnung VERAH und/oder NÄPA beschäftigten, da diese Fortbildungsmodelle Teil des Forschungsprojekts waren. Unter Berücksichtigung dieser Merkmale wurden von dem Promovierenden insgesamt 120 Praxen per E-Mail und/oder telefonisch persönlich kontaktiert. Die Auswahl der Praxen erfolgte durch Selbstsuche im Internet und im Verlauf durch persönliche Empfehlungen bereits interviewter Ärzte.

Von den 120 Praxen waren 20 bereit, ein Interview zu führen, 18 antworteten mit einer Absage, und die restlichen 82 Praxen reagierten gar nicht auf die Kontaktaufnahme. Bei der Kontaktaufnahme erhielten alle Praxen eine Information zu dem Interview, dem Thema, und der Versicherung, dass ihre Inhalte pseudonymisiert werden. Zudem erhielten sie eine Einwilligungserklärung, die sie vor Beginn des Interviews unterschreiben mussten.

3.4. Durchführung der Interviews

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig und unter der Zusicherung einer Pseudonymisierung. Bei der Terminfindung wurde den Interviewpartnern freigestellt, ob das Interview persönlich vor Ort oder telefonisch erfolgen sollte. So wurden 4 Interviews vor Ort durchgeführt, die restlichen 16 Interviews erfolgten telefonisch. Alle Interviews wurden in voller Länge und guter Qualität mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Bei jedem Interview wurde darauf geachtet, eine entspannte und ungestörte Gesprächssituation zu schaffen, in der sich die Interviewpartner wohlfühlten (41). Ebenfalls wurde auf ein ausreichendes Zeitfenster geachtet. Vor Beginn des Interviews wurde der Interviewte über den groben Ablauf aufgeklärt. Zudem wurden die Samplemerkmale wie Alter, Geschlecht etc. vorab abgefragt und in eine Tabelle eingepflegt. Die Interviews erfolgten anhand des erarbeiteten Leitfadens. Um eine möglichst natürliche Gesprächssituation zu erhalten, hielt sich der Interviewer an die gängigen Regeln der Interviewführung (42). Die 20 Interviews wurden in dem Zeitraum vom 27.11.2022 bis zum 31.05.2023 geführt und vom Promovierenden selbst durchgeführt.

3.5. Dauer der Gespräche

Die aufgezeichnete Gesamtdauer der Interviews betrug 10 Stunden 58 Minuten und 6 Sekunden. Die einzelnen Interviews unterschieden sich teilweise deutlich in ihrer Länge. Zurückzuführen ist dies auf die Redebereitschaft, Expertise und Motivation der interviewten Ärzte. So betrug das längste Interview 94 Minuten und 46 Sekunden, während das kürzeste bereits nach 13 Minuten und 1 Sekunde endete. Im Durchschnitt belief sich die Dauer der Interviews auf 32 Minuten und 55 Sekunden. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Gesamtübersicht über die Dauer der einzelnen Interviews.

Interviewlänge	Transkriptionscode
94:46 min	M57-E-AL
22:48 min	W46-GP-I
15:57 min	W55-GP-AL
20:33 min	M65-E-AL
22:48 min	W49-GP-AL
35:51 min	M46-GP-ALI
24:33 min	M72-GP-ALI
16:00 min	W54-GP-AL
51:55 min	M49-E-I
23:55 min	M45-E-I
52:59 min	W47-GP-AL
74:38 min	M51-MVZ-I
30:51 min	W63-E-I
36:21 min	W37-E-I
45:47 min	M48-GP-ALI
24:10 min	M64-E-AL
16:50 min	W45-GP-AL
18:45 min	W34-MVZ-AL
13:01 min	M60-E-AL
15:38 min	M60-GP-I

Tabelle 5 – Dauer der Interviews

3.6. Transkription

Um die Interviews der Analyse zugänglich zu machen, wurden sie durch den Promovierenden einzeln transkribiert. Als Analysetechnik wurde die inhaltliche Zusammenfassung nach Mayring gewählt (43). Da es hierbei vor allem auf den wesentlichen Inhalt des Materials ankam, bot es sich an, die Interviews inhaltlich-semantisch zu transkribieren. Hierfür wurde bei der Transkription das Regelsystem von Dresing und Pehl herangezogen (44). Das Regelsystem umfasst unter anderem eine wörtliche Transkription sowie die Annäherung von Wortverschleifungen an das Schriftdeutsch. So wird aus „samma“ beispielsweise „sag mal“. Ebenso werden Dialekte ins Hochdeutsche übernommen. Pausen, Wiederholungen und non-verbale Gesten, die keinen Einfluss auf die Aussage hatten, wurden ebenfalls nicht transkribiert. Die Interpunktion erfolgte sinngemäß.

Die Aussagen des Interviewers wurden mit dem Buchstaben „I“ gekennzeichnet, wohingegen die Redepassagen der Interviewten mit dem jeweiligen Code für den Arzt gekennzeichnet wurden. Namentliche Erwähnungen von Mitarbeitern oder andere Hinweise auf eine Person wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert.

3.7. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Es gibt zahlreiche Methoden textbasiertes Datenmaterial qualitativ zu analysieren. Eine etablierte Methode, die beispielsweise in der Kommunikationswissenschaft verankert ist, stellt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring dar. Diese Methode liegt dem Forschungsprojekt zugrunde (43). Ein wesentlicher Vorteil dieser Analysemethode besteht in dem strukturierten und regelgeleiteten Vorgehen gegenüber einer freien Interpretation. Diese Form der Analyse erhöht die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Interpretation für Dritte. Trotz dieser Strukturen und Regeln betont Mayring, dass die Analyse stets dem konkreten Gegenstand, also dem Material, angepasst werden muss (S. 51). Wie jede wissenschaftliche Methode misst sich auch die qualitative Inhaltsanalyse an gewissen Gütekriterien wie Objektivität und Validität.

Da es sich bei der Analyse um eine Auswertungsmethode handelt, die auf fertig gestelltem, sprachlichem Material basiert, ist laut Mayring eine eingehende Beschäftigung mit dem Ausgangsmaterial vor Beginn der eigentlichen Analyse erforderlich (S. 54). Für die **Bestimmung des Ausgangsmaterials** werden im Wesentlichen 3 Schritte definiert:

Festlegung des Materials

Hierbei wird definiert, welches Material für die Analyse benutzt werden soll. Dieses sollte, wenn möglich, nicht mehr verändert werden. Bezogen auf dieses Forschungsprojekt wurden alle 20 Interviews in ihrer vollständig transkribierten Form als Analysematerial herangezogen.

Analyse der Entstehungssituation

Unter diesem Punkt soll beschrieben werden, unter welchen Bedingungen das Material entstanden ist. Von Interesse ist hier unter anderem der Verfasser, die Zielgruppe und die Entstehungssituation. Sowohl die Durchführung der Interviews als auch die Transkription erfolgten durch den Promovierenden selbst.

Formale Charakteristika des Materials

Beschrieben werden soll hier die Form, in der das Material vorliegt. Alle Interviews liegen in einer transkribierten Form vor. In Kapitel 2.6 findet sich eine genaue Beschreibung, wie die Transkription erfolgte.

Nachdem man sich nun mit dem Ausgangsmaterial beschäftigt hat, geht es nach Mayring damit weiter, sich zu fragen, was aus diesem Material zu interpretieren ist (S. 58). Gemeint ist also die **Richtung der Analyse** und damit die spezifische Fragestellung. Da das Material auf unterschiedliche Weise interpretiert werden kann, hält Mayring es für hilfreich, es in ein Kommunikationsmodell einzuordnen. Hier greift er auf das Modell von Lagerberg zurück (43).

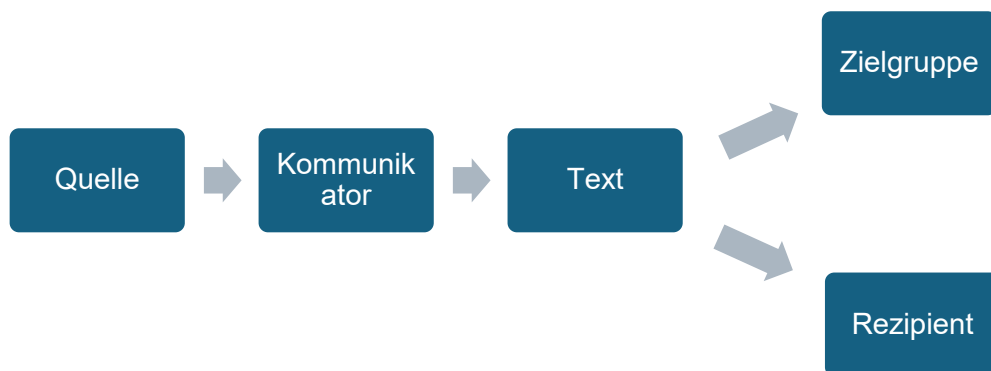


Abb. 1: Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Lagerberg 1975)

Ziel der Arbeit war es, mehr über die Einstellungen und Erfahrungen von Hausärzten bezüglich des Themas Delegation zu erfahren. Die Richtung der Analyse war es also, durch die Interpretation des Textes, Aussagen über die Erfahrungen und die Einstellung der Hausärzte zu erhalten.

Nun folgt als nächster großer Schritt das **Ablaufmodell der Analyse** (S. 61). Die Analyse wird in einzelne Interpretationsschritte untergliedert. Mayring hebt hierin den wesentlichen Vorteil gegenüber anderen Methoden hervor, da die Analyse durch die Zerlegung intersubjektiv überprüfbar wird. Es werden 3 Analyseeinheiten festgelegt:

Kodiereinheit

Dabei wird der kleinste auswertbare Materialbestandteil festgelegt, der unter eine Kategorie fallen kann.

Kontexteinheit

Sie bestimmt den größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen darf.

Auswertungseinheit

Sie bestimmt, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden.

Im Mittelpunkt der Analyse steht hierbei die Erstellung eines Kategoriensystems. Diese Kategorien werden anhand des Materials entwickelt, können deduktiv oder induktiv sein und lassen sich mit dem Material rücküberprüfen (43).

Bevor sich diese Kategorien aber bilden lassen, muss sich für eine Grundform der Interpretation entschieden werden. Mayring unterscheidet dabei 3 voneinander unabhängige Formen (43).

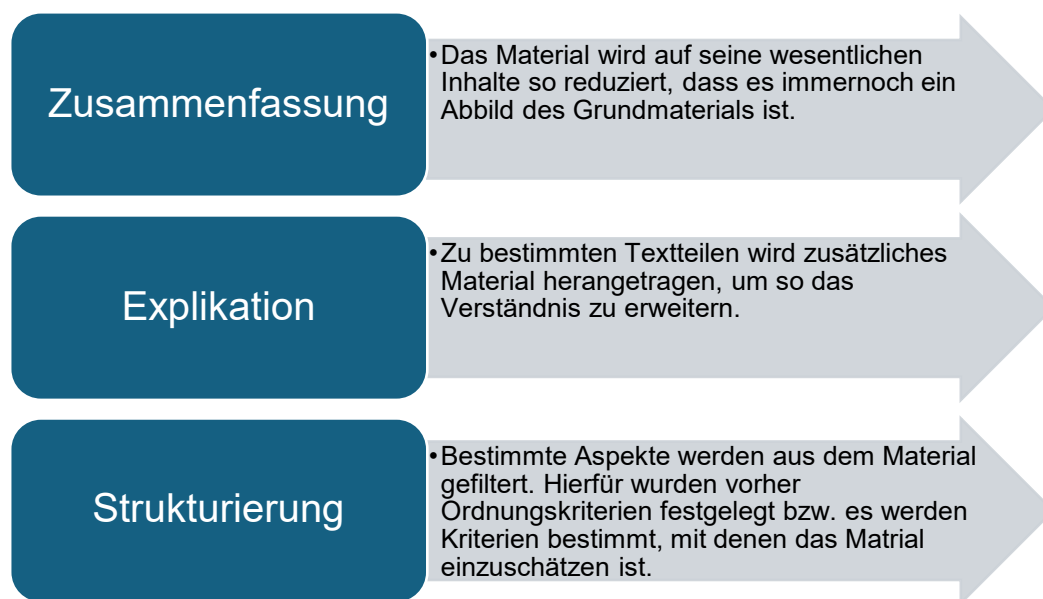


Abb. 2: Grundformen der Interpretation

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse geht mit einer induktiven Kategorienbildung einher. Im Gegensatz dazu liegt bei der strukturierten Inhaltsanalyse das Hauptkategoriensystem bereits fest, weshalb hier von einer deduktiven Kategorienanwendung gesprochen wird (S.68).

Da sich die Forschungsfragen vor allem auf den Inhalt der Transkripte beziehen, fiel die Wahl der Analysetechnik für dieses Forschungsprojekt auf die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die im folgenden Kapitel genauer beschrieben wird.

3.7.1. Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Mayring gliedert die zusammenfassende Inhaltsanalyse in sieben Schritte. Bei umfangreichem Material können die Schritte 2 bis 5 zu einem einzigen Schritt zusammengefasst werden (S. 70).



Abb. 3: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse

Nach Festlegung der Kodiereinheit wird diese paraphrasiert und ausschmückende Teile werden gestrichen. Anschließend bestimmt man das Abstraktionsniveau und generalisiert die Paraphrasen. In einem weiteren Schritt der Reduktion werden mehrere Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst. Danach muss eine Rücküberprüfung stattfinden, ob die zusammengefassten Aussagen (Kategorien) das Material und die ersten Aussagen noch repräsentieren (S. 71).

3.7.2. Kategorienbildung

Die Bildung von Kategorien stellt einen zentralen Schritt der Inhaltsanalyse dar. Wie bereits erwähnt, kann grundsätzlich zwischen einer deduktiven und induktiven Kategorienbildung unterschieden werden. Letztere bietet sich vor allem bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse an. In diesem Vorgehen leitet man die Kategorien direkt aus dem Material ab, wobei mehrere Verallgemeinerungen erfolgen und vorab formulierte Theorien unberücksichtigt bleiben. Somit wird das Material ohne Vorannahmen analysiert und eignet sich besonders, um gegenstandsnah Meinungen und Erfahrungen herauszuarbeiten.

Da die induktive Kategorienbildung aus dem Material selbst abgeleitet wird, stellte unser Textmaterial die Grundlage dar. Am Anfang stand ein Sinnabschnitt, der dann paraphrasiert und anschließend generalisiert wurde. Aus dieser Generalisierung konnte dann eine Kategorie abgeleitet werden. Unter diesen Regeln wurde jedes Interview durchgearbeitet. Sobald eine Kategorie gebildet wurde, musste überprüft werden, ob sie eine neue Kategorie darstellt oder unter eine bereits gebildete Kategorie passt. Wurde das gesamte Material so durchgearbeitet und ist daraus ein Kategoriensystem entstanden, wurde dieses durch eine Rücküberprüfung am Text validiert. Ein Beispiel für dieses Vorgehen zeigt die folgende Tabelle.

Sinnesabschnitt	Paraphrasierung	Generalisierung	Kategorie
„Ich glaube, auch für die Mitarbeiter ist es eine Steigerung der Wertschätzung und somit für beide Seiten von Vorteil.“ (M46-GP-ALI)	Die Mitarbeiter fühlen sich mehr wertgeschätzt und das ist ein Vorteil für beide Seiten	Die Wertschätzung der Mitarbeiter steigt	Wertschätzung (Oberkategorie: Vorteile)
„Das liegt einfach an den Personen, die etwas übernehmen sollen, können, dürfen. (...) Deswegen muss man sich eben überlegen, was man an wen delegiert.“ (M65-E-AL)	Ich muss mir im Vorfeld Gedanken machen, an wen ich welche Aufgabe delegiere.	Vorüberlegungen sind notwendig	Vorüberlegung (Oberkategorie: Bedingung)

Tabelle 6 – Kategorienbildung

Anhand dieser Vorgehensweise wurde jedes Interview durchgearbeitet, und es wurden Kategorien gebildet, die dann nach Rücküberprüfung, Subsummierung und Streichung zu einem Kategoriensystem zusammengefasst wurden. Anpassungen erfolgten bei der Analyse jedes weiteren Interviews, bis das finale Kategoriensystem entstand. Eine Übersicht über das finale Kategoriensystem findet sich in den nachfolgenden Abbildungen 4-7. Es besteht aus 4 Hauptkategorien (1. Delegation / 2. Praxis / 3. Delegationsmodelle / 4. Ausbaumöglichkeiten), die sich jeweils in mehrere Unterkategorien aufteilen.

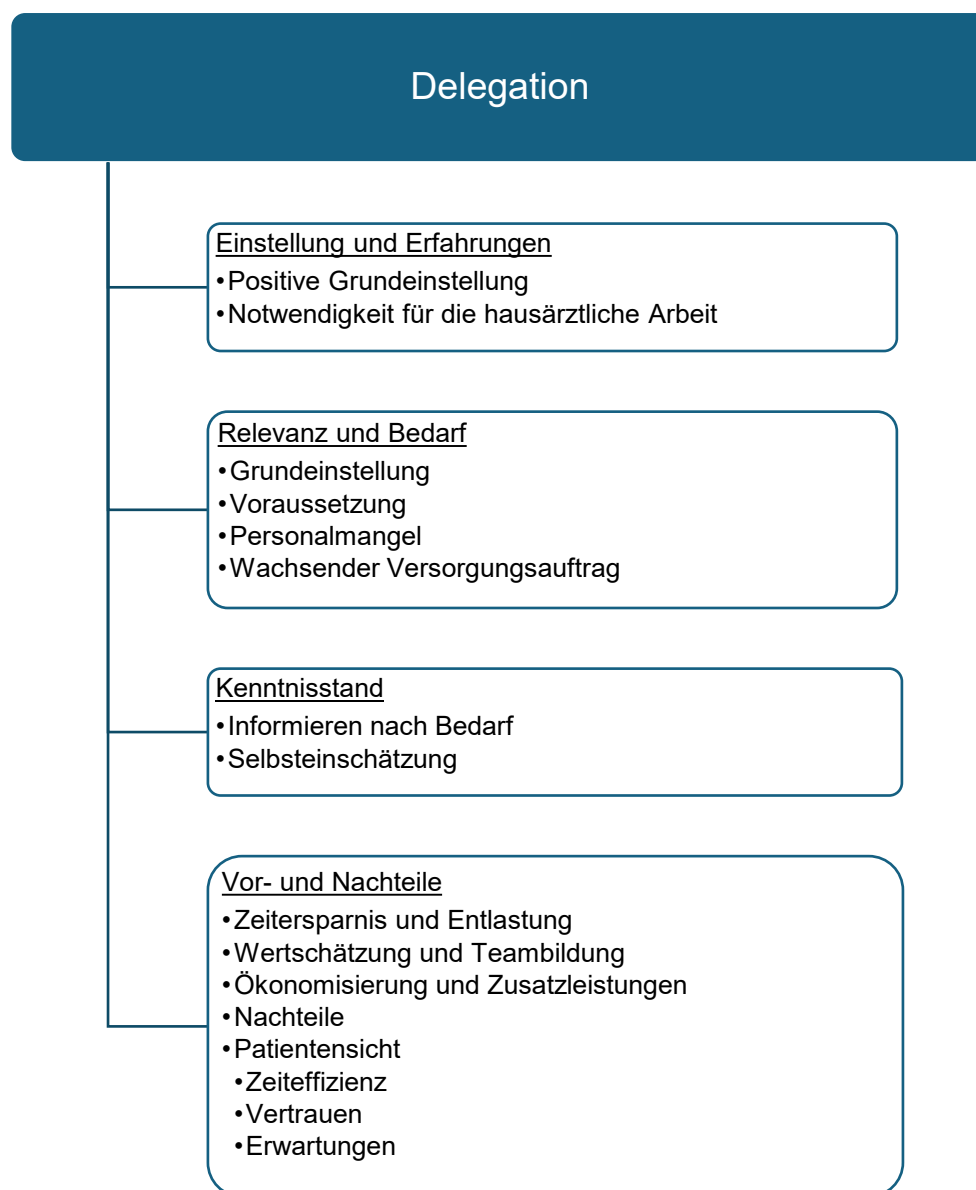


Abb. 4 Kategoriensystem: Hauptkategorie Delegation

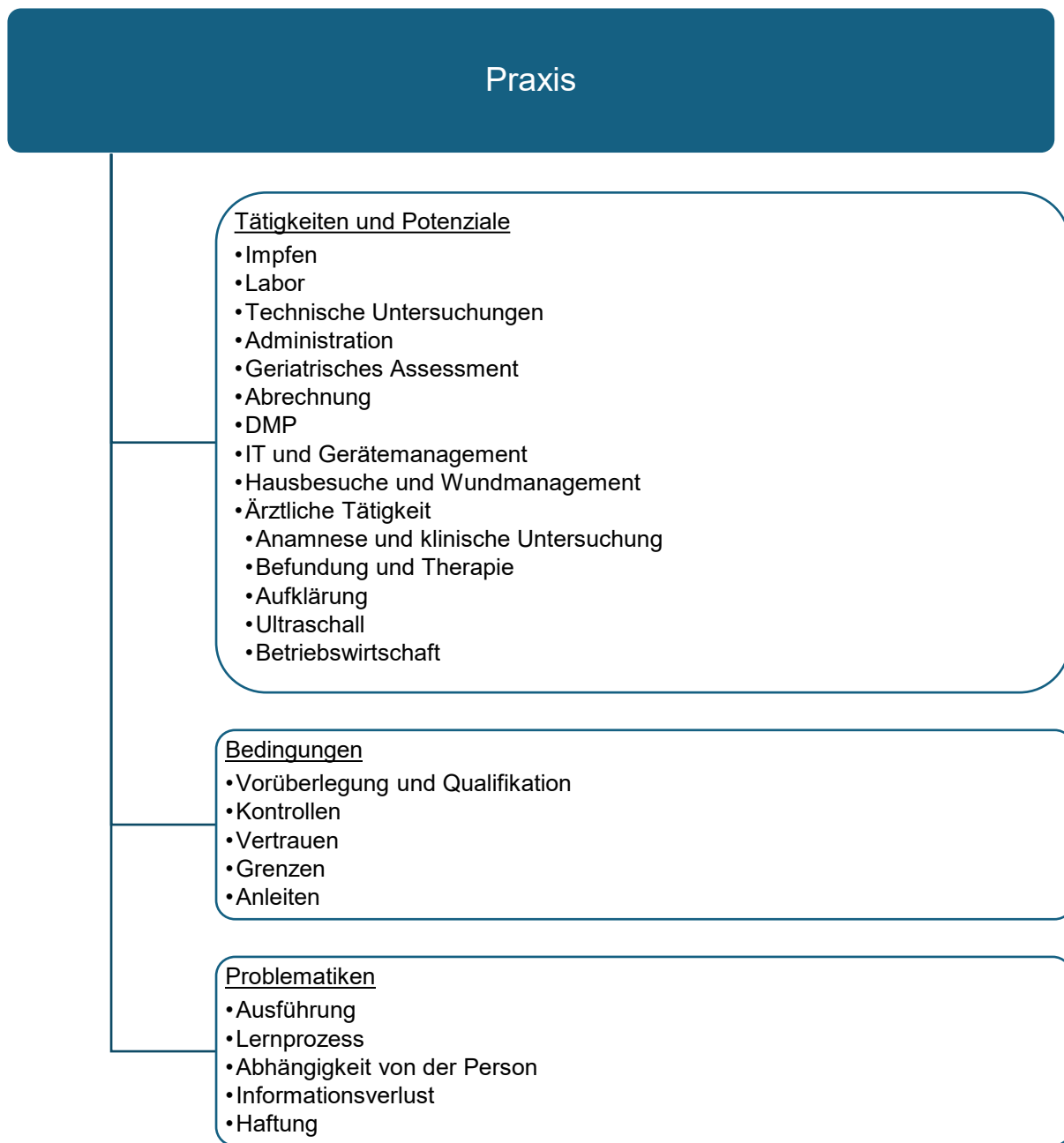


Abb. 5 Kategoriensystem: Hauptkategorie Praxis

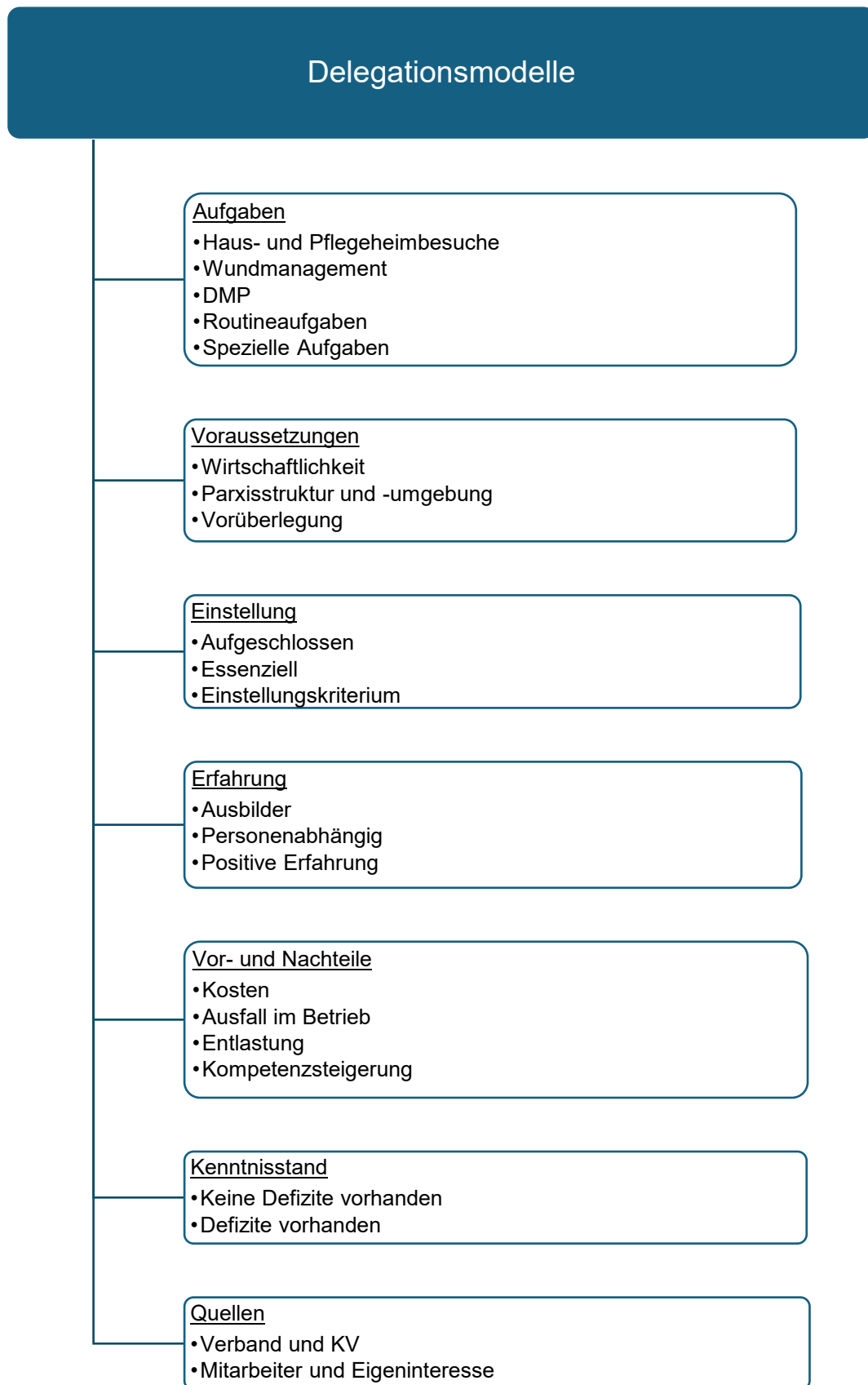


Abb. 6 Kategoriensystem: Hauptkategorie Delegationsmodelle

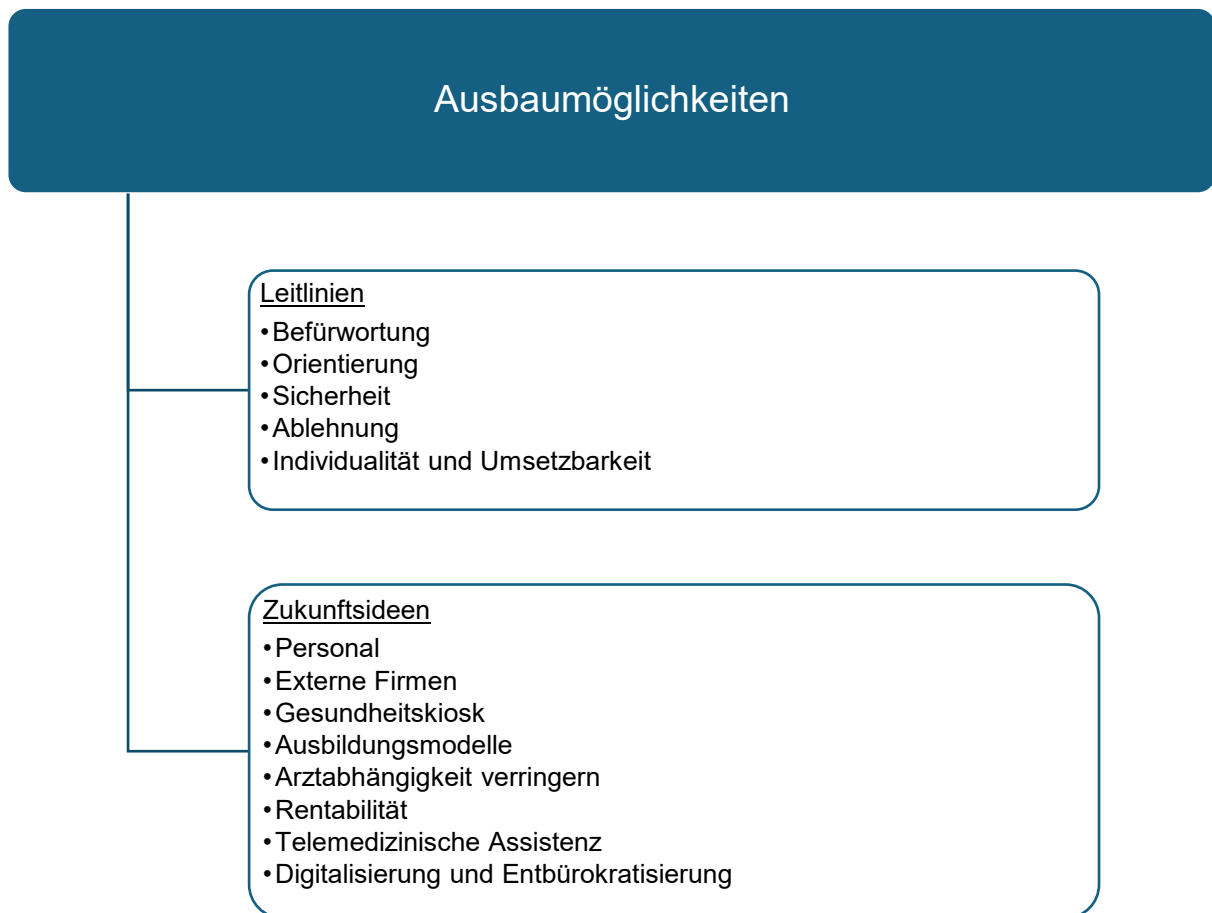


Abb. 7 Kategoriensystem: Hauptkategorie Ausbaumöglichkeiten

3.8. Codierung

Für die Kodierung aller 20 Interviews wurde das Computerprogramm MAXQDA Analytics Pro 2020 verwendet. Hierbei handelt es sich um ein Textanalyseprogramm, das für die qualitative Inhaltsanalyse häufig eingesetzt wird (S. 118).

In dieses Programm konnten die 20 Transkripte eingefügt werden. Anschließend war es möglich, einzelne Textstellen zu markieren und diesen den zuvor erstellten Codes bzw. Kategorien zuzuordnen. Nachdem alle Textmaterialien codiert wurden, bot das Programm an, sich zu einem Code alle markierten Textstellen anzeigen zu lassen. Somit ließ sich aus allen Aussagen eine Zusammenfassung erstellen, die die Grundlage für die Auswertung der Texte anhand des Kategoriensystems bildete.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobe

Nach der Rekrutierung (s. Kapitel 3.3) wurden 20 Interviews mit aktiv praktizierenden Ärzten geführt, welche die Gesamtheit der Stichprobe dieses Forschungsprojekts darstellten. 11 der Interviewten waren männlich, die verbleibenden 9 weiblich. Der jüngste Interviewpartner war 37 Jahre alt, der älteste 72 Jahre. Im Durchschnitt betrug das Alter der Interviewten 52,35 Jahre und der Median lag bei 50 Jahren. Relevant für das Sample waren die Facharztausbildung Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin. Zusätzliche Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen wurden nicht berücksichtigt. Somit wurden 10 Allgemeinmediziner interviewt, 7 hausärztlich tätige Internisten und 3 der Teilnehmer trugen sowohl die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin als auch Innere Medizin. 8 der Befragten führten eine Einzelpraxis. Weitere 9 waren Partner in einer Gemeinschaftspraxis. 2 Interviewte arbeiteten als Angestellte in einer Praxis und lediglich 1 Arzt führte ein MVZ. Da Fortbildungsmodelle wie VERAH und/oder NÄPA Teile des Forschungsprojekts waren, wurde bei der Auswahl der Ärzte darauf geachtet, dass diese Mitarbeiter mit einer solchen Zusatzbezeichnung beschäftigen. So beschäftigten 9 der 20 Ärzte Mitarbeiter mit der Zusatzbezeichnung VERAH und/oder NÄPA. Die restlichen 11 Ärzte hatten zu dem Zeitpunkt der Interviews keine solcher Mitarbeiter angestellt. 8 Praxen befanden sich in Rheinland-Pfalz, 7 in Hessen und 5 der Praxen im Nordwesten Bayerns. 10 der Praxen waren in städtischen Gebieten angesiedelt mit mehr als 100.000 Einwohner. 6 Praxen lagen in Gebieten mit einer Einwohnerzahl von ≥ 5.000 , die restlichen 4 Ärzte arbeiteten in einem ländlichen Gebiet mit einer Einwohnerzahl ≤ 4.000 . Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Stichprobe.

Geschlecht	Alter	Niederlassung	Facharzt	Bundesland
M	57	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin	RLP
W	46	Angestellt	Innere Medizin	Hessen
W	55	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin	RLP
M	65	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin	RLP
W	49	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin	RLP
M	46	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin und Innere Medizin	Bayern
M	72	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin und Innere Medizin	Bayern
W	54	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin	Hessen
M	49	Einzelpraxis	Innere Medizin	Hessen
M	45	Einzelpraxis	Innere Medizin	Hessen
W	47	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin	RLP
M	51	MVZ	Innere Medizin	RLP
W	63	Einzelpraxis	Innere Medizin	Bayern
W	37	Einzelpraxis	Innere Medizin	Bayern
M	48	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin und Innere Medizin	RLP
M	64	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin	Bayern
W	45	Gemeinschaftspraxis	Allgemeinmedizin	Hessen
W	34	Angestellt	Allgemeinmedizin	RLP
M	60	Einzelpraxis	Allgemeinmedizin	Hessen
M	60	Gemeinschaftspraxis	Innere Medizin	Hessen

Tabelle 7 – Stichprobe

Im folgenden Abschnitt werden nun die Ergebnisse der Interviews, differenziert anhand des erarbeiteten Kategoriensystems, dargestellt. Begonnen wird mit dem Thema Delegation (4.2). Hier werden neben Einstellung und Erfahrungen auch die Aussagen zu Relevanz, Kenntnisstand und den Vor- und Nachteilen der Delegation beschrieben. Im darauffolgenden Abschnitt (4.3) werden die in der Praxis delegierten Tätigkeiten sowie die Bedingungen und die Problematik der Delegation behandelt. Anschließend werden die Erfahrungen und

Einstellungen zum Thema Delegationsmodelle (4.4) wie VERAH und/oder NÄPA genauer beschrieben. Zuletzt werden dann die Wünsche, Ideen oder Erfahrungen bezüglich Ausbaumöglichkeiten (4.5) erläutert. Zu Beginn jeder Hauptkategorie werden die dazugehörigen Unterkategorien nochmals zur Veranschaulichung aufgeführt.

4.2. Delegation

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Thema der Delegation, welches im Zentrum dieser Arbeit steht. Zunächst erfolgt die Darstellung von Einstellungen und Erfahrungen, die die Ärzte mit der Delegation von Tätigkeiten bereits gemacht haben. Weiterhin werden die Ergebnisse zu den Unterkategorien Relevanz und Bedarf, Kenntnisstand und zu den Vor- und Nachteilen präsentiert. Zunächst erfolgt eine Übersicht über die Unterkategorien:

- Delegation
 - Einstellung und Erfahrungen
 - Positive Grundeinstellung
 - Notwendigkeit für die hausärztliche Arbeit
 - Relevanz und Bedarf
 - Grundeinstellung
 - Voraussetzung
 - Personalmangel
 - Wachsender Versorgungsauftrag
 - Kenntnisstand
 - Informieren nach Bedarf
 - Selbsteinschätzung
 - Vor- und Nachteile
 - Zeitersparnis und Entlastung
 - Wertschätzung und Teambildung
 - Ökonomisierung und Zusatzleistungen
 - Nachteile
 - Patientensicht
 - Zeiteffizienz
 - Vertrauen
 - Erwartungen

4.2.1. Einstellung und Erfahrung

Im Rahmen der Interviews wurden die Ärzte gebeten, ihre Erfahrungen beim Delegieren von Tätigkeiten zu beschreiben und auch ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema zu nennen. Die überwiegende Mehrzahl der Interviewten konnte über ausschließlich gute Erfahrungen berichten. Obwohl manche angaben, dass es manchmal nicht von Anfang an reibungslos funktioniert, schätzten auch diese Interviewten ihre Erfahrungen als positiv ein.

„Von dem her habe ich überwiegend gute Erfahrungen mit dem Thema Delegation gemacht. Wenn mal was nicht läuft, muss man eben nachbesprechen, aber ich hatte noch nie eine so problematische Situation, wo jemand zu Schaden oder so gekommen ist“ (M49-E-I)

Positive Grundeinstellung

Neben den guten Erfahrungen beschrieben alle Teilnehmer ihre grundsätzliche Einstellung zu der Delegation in der Hausarztpraxis ebenfalls als positiv. Sie wurde als wichtiger Bestandteil für den Arbeitsalltag angesehen.

„Eigentlich eine der wichtigsten Aufgaben einer Praxisführung ist die sinnvolle und vernünftige Delegation.“ (M-64-E-AL)

Diese durchweg positive Einstellung zeichnete sich auch in einem weiteren Punkt ab. Im Rahmen der Interviews wurde die Frage gestellt, ob die Ärzte Aufgaben an Personal delegieren würden, welches dafür keine gesonderte Fortbildung besitzt. Bis auf eine Ausnahme bejahten die Interviewten die Fragestellung. Als Begründung gaben sie an, dass sie sich unabhängig von einer Fortbildung vergewissern müssten, dass der Mitarbeiter dieser Aufgabe gewachsen sei. Lediglich ein Interviewpartner verneinte die Frage mit dem Grund der Haftung im Falle eines Fehlers.

Notwendigkeit für die hausärztliche Arbeit

Einige der interviewten Ärzte beschrieben ihre Einstellung nicht nur als positiv, sondern hoben hervor, dass es nicht nur eine wichtige, sondern auch notwendige Maßnahme sei.

„Also ich bin Geschäftsführer eines Betriebs. Wenn ich nicht delegieren kann, dann funktioniert der Betrieb nicht.“ (M-65-E-AL)

Arbeitspensum, Zeitdruck und der wachsende Versorgungsauftrag waren Beispiele für die Begründung der Notwendigkeit.

4.2.2. Relevanz und Bedarf

In den folgenden Unterpunkten werden die Ergebnisse dargestellt, bei denen es um die Relevanz und den Bedarf an Delegation ging.

Grundeinstellung

Alle Interviewten schätzten das Thema Delegation als relevant, die meisten sogar als sehr relevant und essenziell ein.

„Das ist lebenswichtig. Eigentlich eine der wichtigsten Aufgaben einer Praxisführung ist die sinnvolle und vernünftige Delegation.“ (M64-E-AL)

Die weiteren Unterkategorien behandeln die unterschiedlichen Gründe für die einheitliche Einstellung der Ärzte ausführlich.

Voraussetzung

Viele der Interviewpartner sahen in der Delegation eine Grundvoraussetzung für ihre tägliche Arbeit. Bei stetig steigendem Zeitdruck sei laut einigen Ärzten die anfallende Arbeit nur mit Hilfe der Delegation zu schaffen.

„Ja, total wichtig. Sowohl um effizient zu arbeiten und auch um sich selber nicht zu überlasten.“ (M-45-E-I).

Personalmangel

Mehrere Ärzte gaben an, dass der Personalmangel einen weiteren Grund für die Bedeutung der Delegation darstellt. Zum einen ging es um den Mangel an Ärzten, der vor allem auf dem Land zunimmt, zum anderen aber auch um den Mangel an Fachpersonal.

„Also auf dem Land hören ja immer mehr Hausärzte auf. Um da die Versorgung aufrecht zu erhalten, muss man viel delegieren, um die Zeit zu haben, die nicht weniger werdenden Patienten zu versorgen.“ (M46-GP-ALI)

„Also bei uns hat es schon immer sehr große Relevanz gehabt, aber ich kenn auch sehr viele Praxen, die personell so unterbesetzt sind und es da dann wichtiger geworden ist.“ (M48-GP-ALI)

Wachsender Versorgungsauftrag

In den meisten Fällen herrschte Einigkeit darüber, dass die Bedeutung der Delegation infolge der zunehmenden Vielfalt verschiedener Faktoren zugenommen habe. Viele begründeten die Zunahme nicht nur mit einer wachsende Patientenzahl, sondern mit der Zunahme an Verwaltungsaufgaben, Dokumentation und Bürokratie. Der interviewte M72-GP-ALI führt die wachsende Relevanz zusätzlich auf die Zunahme an Fachwissen und durchführbaren Untersuchungen zurück.

„Ja, wie gesagt, angesichts des immer größeren Ärztemangels und den wachsenden Patientenzahlen ist es immer relevanter geworden auf jeden Fall.“ (M51-MVZ-I)

Für ein paar wenige hat diese Zunahme an Patienten, Dokumentation und Untersuchungen jedoch nicht dazu geführt, dass sie das Thema als relevanter betrachteten. Ihrer Ansicht nach war das Thema immer schon bedeutend.

„Das ist eine schwierige Frage. Ich bin schon lange als Hausarzt tätig, und ich finde, es war schon immer relevant. Also klar, die Aufgaben und die Menge an Dingen, die man machen muss, haben zugenommen. Aber es geht ja nicht um die Quantität sondern die Relevanz, und da, denke ich, hat sich nichts geändert. Relevant war es immer schon.“ (W55-GP-AL)

4.2.3. Kenntnisstand

Ein weiterer Teil der Befragung bestand darin, die Einschätzung der Ärzte bezüglich ihres Wissens im Hinblick auf die Delegation zu erheben. Hierbei wurde darauf geachtet, welche Begründungen die einzelnen Ärzte für ihre Selbsteinschätzung als relevant erachteten.

Infomieren nach Bedarf

Lediglich zwei der Interviewpartner gaben neben ihrer eigenen Einschätzung an, dass sie sich bedarfsorientiert informieren würden. Damit war gemeint, dass sie sich für bestimmte zu delegierende Aufgaben gezielt erkundigten, ob und in welchem Rahmen eine Delegation zulässig war. Beispielweise wurde diesbezüglich das Thema Impfen genannt. In diesem Fall erkundigte sich die Ärztin vor der Delegation gezielt über die rechtlichen Rahmenbedingungen, wobei der Hauptgrund der Wunsch nach Sicherheit war.

„Also ich informiere mich ständig dann, wenn ich etwas abgebe, wie dazu die Rechtslage ist. Also, dass die Arzthelferinnen impfen, habe ich mich dann informiert,

inwieweit ich das machen kann. Habe dann auch geguckt, dass alle eine Weiterbildung zum Thema Impfen erhalten haben und denke, dass ich dann abgesichert bin.“ (W63-E-I)

Selbsteinschätzungen

Mehr als ein Drittel der Befragten schätzten ihren Wissensstand zu dem Thema der Delegation in der Hausarztpraxis als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Lediglich ein geringer Teil bekundete bestehende Unsicherheiten oder Defizite. Gründe für die Defizite waren unter anderem, dass es ständig Neuerungen gab, die nicht erfasst wurden, sodass man sich nicht immer sicher sein konnte. Als Hauptfaktoren für die positive Selbsteinschätzung wurden vor allem die langjährige Erfahrung im Delegieren von Tätigkeiten genannt. Zudem erwähnten 2 der Befragten in diesem Zusammenhang das Qualitätsmanagement (QM). Ein Arzt begründete seinen Kenntnisstand damit, dass sie ein Ausbildungsbetrieb seien und sich somit zwangsläufig mit dem Thema Delegation ausreichend auseinandersetzen müssten. Erwähnung fand in einem Interview ebenfalls, dass es Patienten gäbe, die nach der Rechtsmäßigkeit einer delegierten Aufgabe fragten.

4.2.4. Vor- und Nachteile

Um zu verstehen, warum Ärzte Aufgaben delegieren oder nicht, wurde nach den Vorteilen und Nachteilen der Delegation gefragt. Diese Beweggründe werden in den nachfolgenden Unterkategorien getrennt dargestellt und sollen Aufschluss darüber geben, warum Aufgaben delegiert werden.

Zeitersparnis und Entlastung

Als zentralsten und wichtigsten Aspekt nannten alle Ärzte die Zeitersparnis sowie die damit verbundene Entlastung bei der Arbeit. Die bedeutende Rolle dieses Vorteils spiegelte sich auch dadurch wider, dass dieses in den meisten Fällen nicht nur als erstes genannt wurde, sondern auch mehrfach in den Interviews erwähnt und hervorgehoben wurde.

„Das Hauptargument oder der größte Vorteil ist sicherlich die Zeitersparnis.“ (M46-GP-ALI)

Wertschätzung und Teambildung

Etwa die Hälfte aller Ärzte sah nicht nur Vorteile für sich selbst, sondern auch für die Delegationsempfänger. So würde durch das Delegieren und das damit entgegengebrachte Vertrauen gegenüber den Mitarbeitern die Wertschätzung und Anerkennung der Mitarbeiter angehoben. Dies steigere nicht nur die Qualifikation der Fachkräfte, sondern auch ihre Selbstwahrnehmung. Zusätzlich würde die Arbeitszufriedenheit erhöht, und es träge zur Teambildung bei. Laut einer Ärztin spiegelte sich diese Wertschätzung auch in einem höheren Gehalt wider. Somit sei eine bessere Bezahlung als ein weiterer Vorteil zu nennen.

„Ich denke auch, dass durch eine Delegation die Mitarbeiter mehr Kompetenzen erwerben. Es steigert die Arbeitszufriedenheit. Sie sehen, ich bringe ihnen Vertrauen gegenüber, und man kann sich da eben gegenseitig weiterbringen. Ich bin entlastet, und die Mitarbeiter sind froh, wenn ich ihnen was zutraue und sie nicht nur als Hilfskräfte sehe.“ (M72-GP-ALI)

Ökonomisierung und Zusatzleistungen

Neben den oben genannten Punkten sahen etwa ein Drittel der Befragten einen weiteren Vorteil in der Optimierung der Praxisabläufe und damit einhergehend in der Effizienz. Durch die sinnvolle Delegation könnten Arbeitsabläufe entzerrt und dadurch vereinfacht werden. Zudem käme es dazu, dass die einzelnen Mitarbeiter „Spezialisten“ in ihren Aufgaben werden. Durch diese Ökonomisierung der Praxisabläufe könnten laut den Befragten mehr Patienten behandelt werden. Ein Arzt erwähnte in diesem Zusammenhang, dass die Delegation es ermögliche, Zusatzleistungen wie Taping anzubieten und so die Patientenversorgung zu optimieren.

„Vorteile habe ich bereits benannt, dass man besser zusammenarbeitet und die Arbeit ökonomisiert. Dadurch kann man dann einen größeren Patientendurchfluss generieren.“ (W63-E-I)

Nachteile

Einige der interviewten Ärzte führten auch auf gezielte Nachfrage seitens des Interviewers keine konkreten Nachteile auf. Zwei der Ärzte erwähnten sogar explizit, dass sie in der Delegation von Tätigkeiten innerhalb der Hausarztpraxis keinerlei Nachteile sehen würden. Ein anderer Teil gab als Nachteil an, man wüsste nicht, wie die Aufgaben letztlich ausgeführt werden. Zudem könnte und würde es auch immer zu einem Verlust an Informationen kommen

oder es könnte etwas übersehen werden, was ebenfalls als nachteilig angesehen wurde. Andere führten auf, dass man sich auf die Mitarbeiter verlassen müsste, und sie sahen auch die mit der Delegation einhergehenden Kontrollen als Nachteil.

Patientensicht

Im Rahmen der Befragung sollten die Ärzte nicht nur die sie betreffenden Vor- und Nachteile benennen, sondern auch, ob sie für ihre Patienten einen speziellen Nutzen sehen würden. Im Gesamten berichteten die Ärzte, dass die Akzeptanz der Patienten, bezogen auf delegierte Tätigkeiten, die nicht vom Arzt selbst durchgeführt wurden, sehr groß sei und die allermeisten einen positiven Nutzen darin sehen würden.

„Das ist etwas zwiegespalten. Manche Patienten finden es super, dass sie nicht lange auf den Arzt warten müssen und schneller drankommen, weil es eben von einer Mitarbeiterin gemacht wird. Die Patienten, die zu Hause besucht werden als Routine, finden das auch klasse, dass die VERAH regelmäßig kommt und auch mehr Zeit hat zum Reden als der Arzt. Sie bauen ja auch eine Verbindung auf. Andere Patienten sind dann wiederum unzufrieden, weil sie den Arzt nicht immer zu Gesicht bekommen oder immer von jemanden anderen gesehen werden. Insgesamt würde ich aber sagen, dass bestimmt 80% zufrieden damit sind und das positiv aufnehmen und eben dankbar sind.“ (M46-GP-ALI)

„Letztendlich freut sich der Patient immer, wenn der Arzt es selber macht, aber oft können sich die nicht ärztlichen Mitarbeiter mehr Zeit nehmen und mal länger ein Gespräch führen. Ich denk, das ist auch schön für den Patienten, und er profitiert davon auch.“ (W49-GP-AL)

Zeiteffizienz

Der oben bereits beschriebene zeitliche Aspekt sei nicht nur ein Vorteil für den behandelnden Arzt, sondern wurde von vielen Ärzten auch als Vorteil für den Patienten gesehen. Einerseits wurde davon berichtet, dass sich Mitarbeiter, die nicht dem ärztlichen Berufsstand angehören, meistens mehr Zeit für den Patienten oder die delegierte Aufgabe nehmen könnten. Dadurch könnten sie teilweise gründlicher arbeiten. Weiterhin würde der Patient, nach Ansicht von vielen Ärzten, längere Wartezeiten einsparen, wenn Aufgaben nicht vom Arzt sondern von Mitarbeitern durchgeführt würden. Genannt wurden hier neben Impfungen auch das Ausstellen von Folgeprescriptionen sowie Verbandswechsel. Ein weiterer Aspekt, der unter diese Kategorie fällt und von einigen Befragten erwähnt wurde, ist die engmaschigere Versorgung der

ambulanten Patienten. Die Delegation von Hausbesuchen ermögliche eine bessere Betreuung der Patienten, als wenn diese ausschließlich durch die Ärzte erfolgen würden.

„Ja schon, denn unter Umständen hat der Patient dann eine engere Betreuung, weil sich der Mitarbeiter einfach mehr Zeit nehmen kann und es dann sogar gründlicher macht vielleicht als ich.“ (M45-E-I)

Vertrauen

Rund die Hälfte der befragten Ärzte bewertete als Vorteil für die Patienten insbesondere den Vertrauensaufbau zwischen ihnen und den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Es entstehe eine Verbindung, die eine gewisse Vertrautheit mit sich bringe. Dadurch fühle sich der Patient zum einen sicherer, und es würde zu einem Abbau bestehender Ängste führen.

„Natürlich, die Patienten gewöhnen sich ja auch an die Personen und bauen ein Vertrauensverhältnis zu denen auf. Sie kennen die Abläufe dann schon. Das gibt ihnen dann ja auch Sicherheit und nimmt ihnen die Angst.“ (M49-E-I)

Einzelne berichteten auch davon, dass die Patienten aufgrund dieses Vertrauensverhältnisses persönliche Gespräche mit den Mitarbeitern führen, die sie so nicht mit den Ärzten führen würden. Zudem hoben einige Interviewte hervor, dass insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung durch Praxismitarbeitende wie VERAH und/oder NÄPA dieser Vertrauensaufbau zustande komme. So würden sich Patienten über die regelmäßigen Besuche, die Betreuung in den eigenen Räumlichkeiten und die persönliche Betreuung freuen. Dadurch habe der Patient das Gefühl, von einem Team betreut zu werden und nicht nur von einem einzelnen Arzt. Fällt der Arzt beispielsweise wegen Krankheit aus, so würde der Patient trotzdem von einer ihm vertrauten Person betreut werden.

Erwartungen

Etwa ein Drittel der Interviewten sahen jedoch auch gewisse Nachteile aus Sicht der Patienten. So gäbe es Patienten, die darauf bestehen würden, vom Arzt gesehen zu werden. Die damit einhergehende Enttäuschung könne dazu führen, dass sich manche Patienten nicht ernst genommen fühlten, da sie „nur“ von einem MFA behandelt würden. Besonders wenn es immer andere Mitarbeiter seien, die die Patienten betreuen, könne es zu dieser Wahrnehmung führen. Eine Ärztin hob hervor, dass diese Erwartung gerade auf dem Land sehr groß sei. Die Patienten seien es hier gewohnt, regelmäßig vom Arzt besucht zu werden.

Ein Arzt berichtete ebenfalls darüber, dass die Patienten eine gewisse Erwartungshaltung entwickeln würden. Die Mitarbeiter könnten ja jetzt jede Woche zum Hausbesuch kommen. Diese Erwartungshaltung könne aber logistisch und auch wirtschaftlich nicht umgesetzt werden und führe dann zu Enttäuschung auf Seiten der Patienten.

4.3. Praxis

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Delegation in der Praxis, also der alltäglichen Umsetzung. Die Ergebnisse beziehen sich auf delegierte Tätigkeiten, Potenziale in verschiedenen Bereichen und Bedingungen, die aus Sicht der Ärzte erfüllt sein müssen, um eine erfolgreiche Delegation durchzuführen. Die letzte Unterkategorie stellt dann die Problematiken dar, die die Delegation mit sich bringen kann. Zuvor eine Darstellung der Unterkategorien:

- Praxis
 - Tätigkeiten und Potenziale
 - Impfen
 - Labor
 - Technische Untersuchungen
 - Administration
 - Geriatriisches Assessment
 - Abrechnung
 - DMP
 - IT und Gerätemanagement
 - Hausbesuche und Wundmanagement
 - Ärztliche Tätigkeit
 - Anamnese und klinische Untersuchung
 - Befundung und Therapie
 - Aufklärung
 - Ultraschall
 - Betriebswirtschaft
 - Bedingungen
 - Vorüberlegung und Qualifikation
 - Kontrollen
 - Vertrauen
 - Grenzen
 - Anleiten

- Problematiken
 - Ausführung
 - Lernprozess
 - Abhängigkeit von der Person
 - Informationsverlust
 - Haftung

4.3.1. Tätigkeiten und Potenziale

Teil des Forschungsprojekts war es, einen Eindruck davon zu gewinnen, wie sich der Status quo in den hausärztlichen Praxen in Bezug auf die Delegation darstellt. Hierfür sollte zu einem erhoben werden, welche Aufgaben von den Ärzten bereits delegiert werden, aber auch in welchen Bereichen einer Praxis sie Potenziale für die Delegation sehen. Nachfolgend werden die Ergebnisse detailliert in den jeweiligen Unterkategorien beschrieben

Impfen

Fast alle der befragten Ärzte gaben an, Impfungen an ihr nicht ärztliches Personal zu delegieren. Das Ausmaß der Delegation unterschied sich allerdings in gewissen Punkten. So erwähnte eine Ärztin, dass sie immer vorher ein Aufklärungsgespräch führe, bevor die Impfung erfolgen würde. Andere kontrollierten den Impfpass selbstständig, während ein Teil auch die Kontrollen und die Eintragung delegierte. Obwohl fast alle diese Tätigkeit mehr oder minder delegierten, erwähnte keiner dieses Thema im Zusammenhang mit Potenzialen in der Delegation.

Labor

Auch zum Thema Labortätigkeiten gab es große Übereinstimmungen. So berichteten mehr als dreiviertel der Befragten, dass sie Blutentnahmen nicht selbst durchführen würden. Zudem delegierten einige der Ärzte das Anhängen von Infusionen sowie das Legen von Braunülen. Ein Arzt berichtete sogar, er vertraue einer geschulten MFA die Injektion von Ferinject® an. Ein Interviewter hatte sogar ein eigenes Labor in seiner Praxis, das ebenfalls durch eine geschulte Mitarbeiterin betrieben wurde. Im Unterschied zu den Impfungen sahen zwei der Befragten in dem Thema Labor ein großes Potenzial.

Technische Untersuchungen

Diese Kategorie umfasste vor allem Untersuchungen wie EKG, Lungenfunktion, Langzeitblutdruckmessungen, Ergometrie etc. Hier sahen nur einige Ärzte ein besonderes Potenzial für die Delegation in der Hausarztpraxis. Trotz dessen berichteten alle befragten Ärzte, sie würden die meisten dieser Untersuchungen an ihre Mitarbeiter delegieren. Einige wenige delegierten sogar Doppleruntersuchungen an ihr geschultes Personal. In diesem Zusammenhang wurde hervorgehoben, dass die ausführenden Mitarbeiter aufgrund der regelmäßigen Durchführung der Untersuchungen mindestens gleichwertige, wenn nicht sogar bessere Ergebnisse erzielen könnten. Ein Arzt sagte sogar, dass er nicht mehr sicher sei, wie genau man ein EKG anlegt, da er es seit langer Zeit nicht mehr durchgeführt habe.

Administration

Laut den meisten Interviewten lag in der Administration, also den Verwaltungsaufgaben, ein großes Potenzial. Hier könne man zahlreiche Aufgaben an nicht-ärztliches Personal delegieren. Diese Auffassungen manifestierten sich zudem darin, dass in diesem Bereich von sämtlichen Ärzten bereits eine Delegation unterschiedlichster Aufgaben vorgenommen wurde. Zu den häufig genannten Aufgaben zählten unter anderem die Terminvergabe, die Beantwortung von Telefonanfragen sowie die Bearbeitung von Anträgen und Versicherungsanfragen. Ebenfalls erwähnt wurden die Lagerhaltung und das Bestellwesen. Ein Arzt delegierte sogar die gesamte Organisation seiner Praxis. Dies beinhaltete Dinge wie die Urlaubsplanung sowie die personelle Einteilung.

„Das heißt, ich habe mit der Organisation der Praxis nichts zu tun, weil alle mehr als 20 Jahre Erfahrung haben und sie damit meine Praxis nicht nach meinen Wünschen, sondern nach den Wünschen der MFAs organisieren, die sagen, wir brauchen zu dem Zeitpunkt so und so viele Menschen, wir brauchen die und die Zeit für unsere Arbeit, dann können wir früher oder später gehen.“ (M57-E-AL)

Geriatrisches Assessment

Nur wenige Ärzte erwähnten bei der Aufzählung delegierter Tätigkeiten das geriatrische Assessment. Inhalt dieses Assessments sind verschiedene standardisierte Tests die Rückschlüsse auf die körperliche, geistige und funktionelle Verfassung geriatrischer Patienten abzielen. Aufgrund der standardisierten Untersuchungen wurde von einzelnen Ärzten ein erhebliches Potenzial für eine Delegation identifiziert, da hierfür kein ärztliches Personal erforderlich sei.

Abrechnungen

Etwa die Hälfte der Befragten erkannte im Bereich der Abrechnung nicht nur ein hohes Delegationspotenzial, sondern hatte die Abrechnung bereits vollständig oder teilweise delegiert. Ein Arzt berichtete, dass er bei den Abrechnungen lediglich noch stichprobenartige Kontrollen durchführe, während diese im Übrigen vollständig von einer Mitarbeiterin erstellt würden. Ein anderer Befragter teilte die Abrechnung gleich auf drei seiner Mitarbeiterinnen auf. So befasste sich eine mit der Abrechnung von Privatpatienten, eine mit der kassenärztlichen Abrechnung und eine andere mit der Abrechnung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Doch auch das Gegenteil wurde berichtet. So erzählte ein Arzt, er delegiere die Abrechnung mittlerweile nicht mehr, obwohl er es früher in seiner vorherigen Praxis getan habe. Eine andere Ärztin war der Meinung, dass die Abrechnung in die Hand der Ärzte gehöre.

DMP

Disease-Management-Programme sind Programme für chronisch erkrankte Patienten. Ähnlich wie im geriatrischen Basisassessment gibt es hier standardisierte Untersuchungen, die im Rahmen der Programme in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Beispielerkrankungen dieser Programme sind Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Hier sahen die meisten Ärzte ein sehr großes Potenzial, um Aufgaben zu delegieren. Trotz des vermeintlichen Potenzials delegierten allerdings nur etwa die Hälfte der Ärzte die DMP-Untersuchungen.

„Ja, auf jeden Fall. Ich weiß gar nicht, wie es momentan ist und was in ärztlicher Hand sein muss, aber natürlich, das wäre gut. DMP mache ich auch selber, und da könnte ich auch noch viel delegieren. (M45-E-I)

„Das kann man abgeben ja. Das läuft ja immer nach dem gleichen Schema ab, und da brauchen Sie keinen Arzt für oder eine besondere Ausbildung.“ (W54-GP-AL)

IT und Gerätemanagement

Ein Bereich, den nur etwa ein Viertel der Befragten bei der Frage nach delegierten Tätigkeiten erwähnte, war der Bereich IT und Gerätemanagement. Auch bei der Frage nach dem Potenzial in den verschiedenen Bereichen einer Hausarztpraxis wurde der Bereich IT lediglich einmal erwähnt. Zu den in diesem Bereich delegierten Aufgaben zählten Tätigkeiten im

Zusammenhang mit der Telematik und der Gematik sowie die Durchführung von Softwareupdates. Während ein Arzt die Gerätewartung an eine Mitarbeiterin übertrug, delegierte eine Ärztin die Gerätebuchführung.

„Zum Beispiel Abrechnung oder Rücksprache mit der KV oder ein Riesenthema, die Telematik. Das macht meine Mitarbeiterin mittlerweile ganz alleine, und man merkt, wie sie daran gewachsen ist.“ (W47-GP-AL)

Hausbesuche und Wundmanagement

Etwa die Hälfte der befragten Ärzte delegierte sowohl Hausbesuche als auch Tätigkeiten im Bereich des Wundmanagements. Bei den delegierten Hausbesuchen handelte es sich nach Angaben der Befragten vor allem um Routinehausbesuche, die insbesondere Blutentnahmen oder die Messung von Vitalparametern umfassten.

Im Zusammenhang mit dem Wundmanagement wurde berichtet, dass Verbandswechsel und vergleichbare Tätigkeiten von nichtärztlichem Personal durchgeführt würden. Mehrere Ärzte betonten jedoch, dass sie die Wunden weiterhin selbst in Augenschein nähmen. In einem Fall wurde zudem angegeben, dass auch der Fadenzug bei genähten Wunden delegiert werde.

„Dann, ganz klar, die regulären Hausbesuche kann man alle delegieren. Besuche von Altenheimen zum Blutabnehmen oder zur Kontrolle. Das Wundmanagement ist ein großer Bereich.“ (M46-GP-ALI).

Sowohl im Bereich der Hausbesuche als auch in dem Bereich des Wundmanagements sahen einige der Interviewten ein großes Potenzial.

Ärztliche Tätigkeiten

Ziel des Forschungsprojektes war es jedoch nicht ausschließlich zu erheben, welche Aufgaben von Ärzten delegiert werden, sondern auch zu untersuchen, welche Tätigkeiten ihrer Ansicht nach dem ärztlichen Personal vorbehalten bleiben sollten. Die entsprechenden Auffassungen werden in den nachfolgenden Unterkategorien dargestellt.

Anamnese und klinische Untersuchung

Drei Viertel der befragten Ärzte vertraten die Auffassung, dass Anamneseerhebung, ärztliches Gespräch und klinische Untersuchung Aufgaben darstellen, die nicht delegiert werden können. Begründet wurde dies damit, dass die Fragestellungen einen Zusammenhang mit dem

ärztlichen Fachwissen aufweisen. Bereits während des Gesprächs werde zielgerichtet in eine bestimmte Richtung gedacht, was eine gezielte Befragung ermögliche. Darüber hinaus sei die Anamnese oft entscheidend für die Therapieplanung und somit integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit.

„Diagnostik zum größten Teil beziehungsweise die Interpretation und Auswertung der Ergebnisse. Die Therapie, die sich daraus dann ergibt auch. Letztendlich zählt auch das ärztliche Gespräch zu der Therapie und damit zur ärztlichen Tätigkeit. Das ist für viele Patienten sehr wichtig. Wir können einfach ganz anders Dinge interpretieren und hören Dinge zwischen den Zeilen raus, die jemand anderes gar nicht beachten würde.“
(W49-GP-AL)

Ein weiterer zentraler Aspekt war die Arzt-Patient-Beziehung sowie der persönliche Eindruck der behandelnden Ärzte. Nach Ansicht der Befragten werde diese Beziehung durch persönliche Gespräche aufgebaut und aufrechterhalten und sei sowohl für die Patienten von hoher Relevanz als auch für den Behandlungserfolg bedeutsam. Eine Ärztin differenzierte hierbei und hielt es für möglich, die allgemeine Anamnese mittels eines standardisierten Fragebogens zu erfassen, während bei akuten Problemen der persönliche Kontakt und das Gespräch als notwendig erachtet wurden. Ein anderer Arzt vertrat hingegen die Auffassung, dass die Anamnese nicht ausschließlich ärztliche Tätigkeit darstelle.

„Also ganz offen, ob die Anamnese der Arzt oder die Helferin macht, ist egal.“ (M51-MVZ-I)

Befundung und Therapie

Nahezu alle befragten Ärzte stufen die Befundung von Untersuchungsergebnissen, deren Interpretation sowie die daraus abgeleitete Therapie als ausschließlich ärztliche Aufgaben ein, unabhängig davon, ob eine konservative oder medikamentöse Therapie erforderlich sei. Darüber hinaus betonten viele Befragte, dass auch die Mitteilung der Ergebnisse als ärztliche Tätigkeit zu werten sei, wobei die Arzt-Patient-Beziehung erneut eine zentrale Rolle spiele. Die Begründungen hierfür lagen vor allem im fachlichen Wissen, der Erfahrung und der professionellen Einschätzung der Ärzte.

„Einschätzung von Diagnosen oder Befunden und die daraus resultierende Therapie. Also auch die Therapie. Umstellung von Medikamenten und diese Dinge. Und auf jeden Fall das ärztliche Gespräch also die Anamnese“ (W54-GP-AL)

Aufklärung

Neben den zuvor genannten Aufgaben identifizierten einige wenige Befragte die Aufklärung als eine Tätigkeit, die ausschließlich ärztlicher Verantwortung vorbehalten bleiben sollte. Dies betreffe nicht nur die Aufklärung über Impfungen, sondern auch die Erläuterung spezifischer Untersuchungsergebnisse sowie die Information über mögliche Konsequenzen einer Entscheidung oder Therapie. In diesem Kontext wurde zudem das beratende Gespräch hervorgehoben. Nach Angaben der Ärzte spiele hierbei wiederum die Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Rolle.

„Also ich bleibe dabei, dass Aufklärungen von einem Arzt erfolgen müssen. Der Arzt-Patienten-Kontakt muss regelmäßig stattfinden, damit auch die Arzt-Patienten-Beziehung bestehen bleibt.“ (W34-MVZ-AL)

Ultraschall

Im Hinblick auf Ultraschalluntersuchungen bestanden unterschiedliche Meinungen darüber, ob diese ausschließlich von einem Arzt durchgeführt werden sollten. Etwa ein Viertel der Befragten vertrat die Auffassung, dass Ultraschalluntersuchungen in die ärztliche Verantwortung fallen und nicht delegierbar seien.

„Ultraschallen bleibt auch eine ärztliche Tätigkeit.“ (M57-E-AL)

Ein Befragter betonte, dass Ultraschalluntersuchungen nicht delegierbar seien, merkte jedoch an, dass eine Delegation derzeit ohnehin nicht praktikabel sei. Nach seiner Einschätzung könnten Medizintechniker diese Tätigkeit mindestens gleichwertig, gegebenenfalls sogar besser ausführen.

„Der Ultraschall des Abdomens oder des Herzens. Das darf man nicht delegieren. Beziehungsweise kann man zurzeit nicht delegieren, weil Medizintechniker das zwar können, aber es nicht dürfen.“ (M60-GP-I)

Andere wiederum waren der Meinung, man könne die Ultraschalluntersuchung auch an geschultes Personal übertragen und dann nur die Auswertung übernehmen.

„Wo man noch mehr delegieren könnte, sind die schlecht bezahlten klinisch-technischen Untersuchungen wie der Ultraschall. Das man da eine angelernte Kraft hinsetzen kann, die dann den Ultraschall macht. Ich geh dann nur über die Bilder drüber, und die Person macht es in 15 bis 20 Minuten und ist nicht so teuer wie ich.“ (M48-GP-ALI)

Betriebswirtschaft

Nur zwei der befragten Ärzte stufen neben den zuvor genannten Aufgaben auch die Abrechnung beziehungsweise die Kontoführung als ärztliche Tätigkeit ein. Eine Befragte argumentierte, dass eine unternehmerische Selbstständigkeit nur auf diese Weise möglich sei, und hob in diesem Kontext die Haftung für Fehler in der Abrechnung hervor.

„Ich bin auch zum Beispiel dafür, dass man Abrechnungen selbst macht, weil man nur dann lernt, was Geld bringt und was man machen muss. Nur dann kann man unternehmerisch selbstständig sein. Auch mit der Haftung, Abrechnungsbetrug, man haftet selber dafür.“ (W34-MVZ-AL)

4.3.2. Bedingungen

Im Rahmen der Interviews erörterten die Ärzte auch die Voraussetzungen und Bedingungen, die für eine erfolgreiche Delegation erfüllt sein sollten. Auf Basis dieser Aussagen wurden verschiedene Unterkategorien gebildet, die nachfolgend einzeln dargestellt werden.

Vorüberlegung und Qualifikation

Alle befragten Ärzte betonten, dass vor einer Delegation sorgfältig geprüft werden müsse, welche Aufgaben an welche Mitarbeiter übertragen werden. Nur auf diese Weise könne gewährleistet werden, dass es zu keinen oder lediglich zu minimalen Problemen komme. Zudem waren sich die Befragten einig, dass bei dieser Vorabprüfung die individuelle Qualifikation der Mitarbeiter berücksichtigt werden müsse, da nicht jede Person für jede Aufgabe geeignet sei. Für eine erfolgreiche Delegation sei daher eine individuelle Betrachtungsweise erforderlich.

„Wie gesagt, ich muss mir im Vorfeld Gedanken machen, was ich delegiere und an wen. Wenn ich mich damit befasst habe und auch mit der Person gesprochen habe, dann läuft das in der Regel.“ (M46-GP-ALI)

Kontrollen

Fast alle Befragten bezeichneten die Kontrolle beziehungsweise Nachkontrolle delegierter Aufgaben als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation. Delegierte Tätigkeiten müssten kontinuierlich überprüft und überwacht werden, um sicherzustellen, dass sie im Sinne der delegierenden Ärzte ausgeführt werden. Ein Befragter betonte, dass diese

Aufgaben im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) besprochen werden sollten. Obwohl die Kontrollen initial Zeitaufwand erfordern, wurden sie von den Befragten als notwendig erachtet, um einen reibungslosen und erfolgreichen Ablauf sicherzustellen.

*„Also Nachteil ganz wichtig ist, dass man sich darauf verlässt, dass es auch wirklich so funktioniert. Da muss man dann Kontrollen im Verlauf machen, um sicher zu stellen, dass auch wirklich die Sache so durchgeführt wird, wie es lege artis gemacht wird.“
(M60-GP-I)*

Vertrauen

Rund ein Drittel der Befragten führte im Kontext einer erfolgreichen Delegation das Vertrauen in die Mitarbeiter als entscheidenden Faktor an. Zwar erfordere der Aufbau dieses Vertrauens Zeit, es sei jedoch unerlässlich, um sich auf die Mitarbeitenden verlassen zu können. Ohne ein entsprechendes Vertrauensverhältnis sei eine Delegation nicht praktikabel, da sonst eine kontinuierliche Überwachung jeder Aufgabe erforderlich wäre.

„Zudem baut man mit der Zeit ja auch Vertrauen in seine Mitarbeiter auf, so dass man ihnen mehr zutraut und damit auch mehr delegiert.“ (M60-E-AL)

„Selbstverständlich. Wenn wir kein Vertrauen in unsere Arbeit und die der Mitarbeiter haben, können wir es ganz sein lassen.“ (M65-E-AL)

Grenzen

Zwei Befragte identifizierten das Setzen klarer Grenzen als eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation. Mitarbeiter müssten demnach wissen, wann ihre Kompetenzen erschöpft sind und in diesen Fällen Unterstützung einfordern. Hierfür sollten eindeutige Strukturen geschaffen werden, innerhalb derer sich die Mitarbeiter bewegen können. Solche Strukturen gewährleisteten sowohl die Sicherheit der Patienten als auch der Mitarbeitenden und tragen gleichzeitig dazu bei, Hierarchien aufrechtzuerhalten, die nach Ansicht eines Arztes für eine erfolgreiche Delegation erforderlich sind.

„Nachteile sehe ich jetzt per se erstmal nicht. Ich meine, die Leute müssen befähigt sein das zu tun, man muss sie dann auch gut anleiten und man muss ihnen sagen, wenn etwas auffällt, dass sie mich dann dazu rufen und ihre Grenzen kennen.“ (M49-E-I)

„Die körperliche Untersuchung auf jeden Fall. Medikamentöse Einstellung, Interpretation der Befunde und Therapieentscheidungen. Das sind halt dann die Grenzen, die auch ganz scharf definiert sein müssen. Es wird nichts verschrieben, wenn das nicht mit dem Arzt besprochen wurde zum Beispiel.“ (M46-GP-ALI)

Anleiten

Einige Befragte betonten die Bedeutung einer ausreichenden und regelmäßigen persönlichen Anleitung der Mitarbeiter. Durch die direkte Demonstration der Aufgaben könne sichergestellt werden, dass diese gemäß den Erwartungen ausgeführt werden. Eine formale Fortbildung allein garantiere hingegen nicht, dass die delegierten Tätigkeiten korrekt umgesetzt werden. Aus diesem Grund sei eine individuelle, persönliche Anleitung nach Ansicht einiger Ärzte erforderlich.

„Ich finde, da Fortbildungen nicht immer garantieren, dass es einer dann auch kann, muss ich mich sowieso vergewissern, ob er das kann, und umgekehrt, wenn ich es jemandem zeige oder beibringe, dann weiß ich, dass er das kann.“ (M64-E-AL)

4.3.3. Problematik

Ein weiteres Ziel der Forschungsarbeit bestand darin, die Probleme zu untersuchen, die mit der Delegation von Tätigkeiten einhergehen können. Die Ärzte wurden hierzu befragt, und die Ergebnisse ließen sich in fünf Unterkategorien einteilen, die im Folgenden präsentiert werden.

Ausführung

Einige Befragte nannten die Ausführung delegierter Tätigkeiten als potenzielle Quelle für Probleme. Teilweise sei unklar, wie genau die Aufgaben umgesetzt würden, wobei in diesem Kontext auf die bereits beschriebene Kontrollsituation verwiesen wurde. Darüber hinaus äußerten andere Ärzte Kritik daran, dass Aufgaben teilweise mit geringerer Sorgfalt erledigt würden als von der ärztlichen Person selbst.

„Dass es nicht so umgesetzt wird, wie ich es gerne hätte. Dass es Unklarheiten gibt, wie verfahren werden muss.“ (M64-E-AL)

Lernprozess

Etwa ein Viertel der Befragten hob hervor, dass Delegation eine erlernbare Fähigkeit sei. Probleme entstünden demnach auch dadurch, dass Ärzte selbst nicht ausreichend geschult seien, um Aufgaben sachgerecht zu delegieren. Die Delegation wurde von den Befragten als Prozess beschrieben: Anfangs würden alle Aufgaben noch selbst übernommen, im Verlauf lerne man jedoch, Verantwortung schrittweise abzugeben. Vor dem Einstieg in eine Praxis habe man keine ausreichende Erfahrung darin, eine Praxis zu führen oder Mitarbeitende anzuleiten, und es werde niemandem systematisch vermittelt, wie Delegation korrekt erfolgt.

*„Gut, der Mediziner sollte vielleicht auch mal zur Delegation ausgebildet werden, Praxisführung und Personalführung. Wie fördere ich meine Mitarbeiter und so etwas.“
(M48-GP-ALI)*

Abhängig von der Person

Etwa die Hälfte der Befragten führte Schwierigkeiten, die in der Vergangenheit bei der Delegation aufgetreten waren, auf die individuelle Person zurück, an die die Aufgaben übertragen wurden. Nicht jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter sei für jede Aufgabe geeignet. In diesem Zusammenhang wurde erneut auf die unter Punkt 3.3.2 diskutierte Vorüberlegung verwiesen. Eine Befragte wies beispielhaft darauf hin, dass das Thema IT und Digitalisierung zunehmend an Bedeutung und Komplexität gewinne (W54-GP-AL), wobei die meisten ihrer Mitarbeitenden hier nur über eingeschränkte Kompetenzen verfügten und lediglich eine Mitarbeiterin in der Lage sei, damit souverän umzugehen. Ein anderer Arzt berichtete, dass er ebenfalls Erfahrungen gemacht habe, in denen Mitarbeitende sich weigerten, bestimmte Aufgaben zu übernehmen.

„Wenn ich dann also an Personal delegiere, das schlecht ausgebildet ist oder einfach nicht dazu in der Lage, dann führt es zwangsläufig zu Problemen.“ (M51-MVZ-I)

Informationsverlust

Etwa die Hälfte der Befragten betrachtete den Informationsverlust als problematisch, der im Rahmen des Delegationsprozesses auftreten kann. Die Auswirkungen dieses Verlustes können variieren. In manchen Fällen entstehen keine Probleme, in anderen können schwerwiegende Konsequenzen auftreten. Eine Befragte berichtete, dass sie ihre Mitarbeitenden angewiesen habe, bei der Sichtung von Laborwerten ausschließlich auffällige Werte zu präsentieren. Bei der anschließenden Kontrolle stellte sie jedoch fest, dass

zahlreiche relevante Werte nicht übermittelt worden waren. Folglich sah sie sich gezwungen, die Delegation zurückzunehmen und alle Laborwerte selbst zu prüfen.

„Dazu kommt, dass es auch immer einen Informationsverlust gibt beim Delegieren. Das ist wie die stille Post.“ (W54-GP-AL)

Haftung

Einzelne Befragte wiesen auf die rechtlichen Herausforderungen bei der Delegation hin. Obwohl viele Aufgaben delegiert werden können und dies auch empfohlen sei, trage der Arzt oder die Ärztin die rechtliche Verantwortung für Fehler oder Behandlungszwischenfälle, die im Rahmen delegierter Tätigkeiten auftreten.

„Ich bin der Einzige im System, der alles kann, alles muss, aber auch der Einzige, der dann sanktioniert wird.“ (M49-E-I)

Obwohl die Durchführung delegierter Aufgaben vom Mitwirken zahlreicher Mitarbeitender abhängig sei, werde die Verantwortung in der Regel ausschließlich beim Arzt oder der Ärztin belassen. Nach Ansicht der Befragten stellt dies ein zentrales Problem der Delegation dar.

4.4. Delegationsmodelle

Im Rahmen der Hauptkategorie „Delegationsmodelle“ standen die Fortbildungsprogramme VERAH und NäPA im Fokus. Diese Modelle wurden ebenfalls im Forschungsprojekt berücksichtigt, um Erfahrungen, Einstellungen, den Kenntnisstand sowie die wahrgenommenen Vor- und Nachteile zu erfassen. Da nicht alle Befragten bereits praktische Erfahrungen mit den Programmen hatten, wurden bestimmte Leitfadenfragen bei diesen Interviewten ausgelassen. Die Analyse wurde in die folgenden Unterkategorien strukturiert: übernommene Aufgaben, zu erfüllende Voraussetzungen, Einstellung und Erfahrung mit den Modellen, wahrgenommene Vor- und Nachteile, Kenntnisstand zu den Modellen und abschließend die Quellen, über die die Befragten von den Programmen erfahren hatten. Zur Visualisierung erfolgt zuvor eine Auflistung der Unterkategorien:

- Delegationsmodelle
 - Aufgaben
 - Haus- und Pflegeheimbesuche
 - Wundmanagement
 - DMP
 - Routineaufgaben

- Spezielle Aufgaben
- Voraussetzungen
 - Wirtschaftlichkeit
 - Praxisstruktur und -umgebung
 - Vorüberlegung
- Einstellung
 - Aufgeschlossen
 - Essenziell
 - Einstellungskriterium
- Erfahrung
 - Ausbilder
 - Personenabhängig
 - Positive Erfahrung
- Vor- und Nachteile
 - Kosten
 - Ausfall im Betrieb
 - Entlastung
 - Kompetenzsteigerung
- Kenntnisstand
 - Keine Defizite vorhanden
 - Defizit vorhanden
- Quellen
 - Verband und KV
 - Mitarbeiter und Eigeninteresse

4.4.1. Aufgaben

In dieser Kategorie werden die Aufgaben dargestellt, die von VERAH- und/oder NäPA-Mitarbeitenden übernommen werden. Ziel war es, Unterschiede in der Aufgabenverteilung zwischen MFA und VERAH/NäPA zu identifizieren und diese systematisch herauszustellen.

Haus- und Pflegeheimbesuche

Die Mehrheit der Ärzte, die eine VERAH oder NäPA beschäftigten, gab an, dass diese Hausbesuche übernahmen, wobei es sich überwiegend um Routinehausbesuche handelte. Zu den übertragenen Aufgaben zählten Blutentnahmen, die Messung der Vitalparameter

sowie die Beurteilung der Wohnsituation. Darüber hinaus waren die VERAH/NäPA in der Lage einzuschätzen, ob ärztliches Personal zur weiteren Evaluation hinzugezogen werden sollte.

Das Ausmaß der Übernahme dieser Aufgaben variierte deutlich zwischen den Praxen. Einige Ärzte delegierten nahezu alle Routinehausbesuche und berichteten von einer reibungslosen Durchführung. Eine Befragte erläuterte, dass sie bei Hausbesuchen von ihrer VERAH begleitet werde, die sowohl die Durchführung als auch die Dokumentation übernehme. Ein anderer Arzt delegierte nur vereinzelt Hausbesuche an seine VERAH und betonte, dass dies nicht seinen Erwartungen entsprach (M65-E-AL). In einem weiteren Fall wurde eine NäPA beschäftigt, während die Hausbesuche von einer MFA übernommen wurden, da die NäPA die Aufgaben nicht zur Zufriedenheit des Arztes ausführte.

Darüber hinaus delegierten einige Ärzte nicht nur Routinehausbesuche, sondern auch Besuche in Pflegeeinrichtungen und Altenheimen an ihre VERAH/NäPA.

Wundmanagement

Neben den Hausbesuchen wurde auch das Wundmanagement von einigen der Ärzte an ihre VERAH/NäPA delegiert.

„Wundmanagement. Das macht auch meine VERAH und ist da super geschult, und ich gebe das komplett an sie ab.“(M46-GP-ALI)

Nach Angaben der Befragten funktionierte diese Form der Delegation einwandfrei. Ein Arzt ließ seine VERAH und NäPA zusätzlich an Fortbildungen teilnehmen, wodurch sie die Zusatzqualifikation „Wundprofi“ erwerben konnten (M57-E-AL). In dieser Funktion versorgten sie Wunden nicht nur selbstständig, sondern wählten auch Materialien aus und führten die Bestellung eigenverantwortlich durch. Rücksprache mit dem Arzt erfolgte lediglich bei Unklarheiten.

DMP

Einige Befragte delegierten explizit die Untersuchungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) an ihre VERAH oder NäPA. Ein Arzt berichtete, dass nahezu alle Untersuchungen von seiner NäPA durchgeführt werden könnten. Ein weiterer Arzt (M57-E-AL) äußerte, dass die Durchführung der DMP ohne die Unterstützung seiner NäPA nicht möglich sei. Den beiden NäPAs stünden mittwochs und freitags eigene Räume zur Verfügung, an denen gezielt Patienten eingeplant würden, die im DMP erfasst und untersucht werden müssten. Die NäPAs erfassten eigenständig Puls- und neurologische Parameter,

dokumentierten die Ergebnisse und übernahmen somit weitgehend die Versorgung der Patienten.

Routineaufgaben

Zwei Befragte äußerten Unzufriedenheit darüber, dass ihre VERAH oder NäPA keine Aufgaben übernahmen, die nicht bereits von den Medizinischen Fachangestellten (MFAs) ausgeführt würden.

„An sich gut, aber sie macht ja bei uns nicht wirklich was Anderes. Da sich die Hausbesuche nicht lohnen, weil sie dann eben hier fehlt, bleibt sie von vornherein in der Praxis, und da macht sie aber auch die gleichen Dinge wie die anderen MFAs.“
(M65-E-AL)

Spezielle Aufgaben

Neben den bereits genannten Aufgaben berichtete ein Arzt von weiteren Tätigkeiten, die seine VERAH/NäPA übernehme. So versorge seine Mitarbeiterin Patienten mit Dauerkathetern, wobei sowohl Anlage als auch Wechsel eigenständig durchgeführt würden. Besonders hervorgehoben wurde der Wechsel suprapubischer Katheter.

„Es ist ja jetzt schon gewaltig. Ich fasse noch einmal zusammen: Wunden jeglicher Art, Nahtmaterial entfernen. Ich weiß nicht, kennst du viele NäPAs, die Katheter wechseln, nicht nur Katheter, sondern suprapubische Katheter, Zystofix, das ist Highend.“ (M57-E-AL)

Weitere Aufgaben, die der Arzt nannte, waren die Koordination der Impfungen und das Legen von Braunülen.

4.4.2. Voraussetzungen

In dieser Kategorie lag der Fokus auf den Voraussetzungen, die nach Ansicht der befragten Ärzte erfüllt sein müssen, um Mitarbeitende mit Fortbildungen wie VERAH oder NäPA erfolgreich einzusetzen. Die Ergebnisse werden in den folgenden Unterkategorien strukturiert präsentiert.

Wirtschaftlichkeit

Hinsichtlich der Voraussetzungen für die Beschäftigung oder Fortbildung einer VERAH/NäPA waren sich die meisten Befragten einig, dass die Kosten eine zentrale Rolle spielen. Einige Ärzte führten an, dass die unzureichende Vergütung der erbrachten Leistungen die Einstellung einer VERAH/NäPA wirtschaftlich unattraktiv mache. Eine Anpassung der Vergütung sei erforderlich, um sich ernsthaft mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Ein Arzt merkte an, dass für die Durchführung von Hausbesuchen durch die VERAH eine zusätzliche Mitarbeiterin eingestellt werden müsste, was sich aus wirtschaftlicher Sicht nicht lohne. In diesem Zusammenhang wies eine Ärztin darauf hin, dass eine Praxis auch als Wirtschaftsunternehmen zu betrachten sei. Nicht nur die Vergütung der Leistungen, sondern auch die Gehaltsanpassung nach der Fortbildung stelle eine finanzielle Belastung dar.

„Es müsste besser bezahlt werden. Damit die Kosten wieder reinkommen, muss man die NäPa dann auch hochfrequentiert einsetzen.“ (M60-GP-I)

Ein Befragter gab an, die Weiterbildung seiner Mitarbeiterinnen mehrfach finanziell getragen zu haben. Nach Abschluss der Fortbildung verließen die Mitarbeiterinnen jedoch den Betrieb, wodurch dem Arzt kein Ausgleich für die entstandenen Kosten zufluss.

Praxisstruktur und -umgebung

Neben dem wirtschaftlichen Aspekt sahen viele Ärzte die Praxisstruktur als eine entscheidende Voraussetzung für den Nutzen dieser Modelle. So bemerkte ein Arzt, dass es auch auf die Größe der Praxis und die Anzahl der Mitarbeiterinnen ankomme. Andere unterschieden zwischen Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder MVZ, da diese Praxisformen einen unterschiedlichen Bedarf an einer VERAH oder NäPA aufwiesen, der berücksichtigt werden müsse.

„Es kommt auf die individuelle Situation in der Praxis an. Ich bin alleine in der Stadt in einer kleinen Praxis, da sehe ich für mich keinen Bedarf.“ (W45-GP-AL)

Nicht nur die reine Struktur spielte eine Rolle, sondern auch die Lage der Praxis. In städtischen Praxen fielen deutlich weniger Hausbesuche an als auf dem Land, sodass sich der Einsatz einer VERAH/NäPA auf dem Land eher lohne, während er in der Stadt meist weniger relevant sei.

Vorüberlegung

Analog zur Überlegung bei der Delegation von Aufgaben waren sich die Befragten einig, dass eine sorgfältige Vorüberlegung auch im Kontext von VERAH- und NäPA-Modellen notwendig sei. Dabei seien nicht nur ökonomische Aspekte sowie die Praxisstruktur und -umgebung relevant, sondern auch die Bestimmung der Aufgaben, die die fortgebildete Person künftig übernehmen soll. Es gelte zu prüfen, ob der Bedarf an einer entsprechenden Fachkraft besteht. Eine Befragte betonte zudem, dass die Eignung der jeweiligen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters vorab zu beurteilen sei, da nicht jede Helferin bzw. jeder Helfer für die Weiterbildung geeignet sei (W63-E-I).

„Vorteile also der finanzielle Aspekt für die Helferin, aber auch für mich. Die Helferin kriegt mehr Verantwortung und mehr Wissen und steigert auch die Motivation. Dann die Zeitersparnis bei den Hausbesuchen. Nachteil nicht so richtig, aber man muss sich schon überlegen, was die Person dann auch für Aufgaben übernehmen soll. Sie kriegt ja mehr Geld, und das muss sich dann auch in der Arbeit widerspiegeln.“ (M49-E-I)

4.4.3. Einstellung

Im Rahmen des Forschungsprojekts sollte die Einstellung der interviewten Ärzte zu den Modellen VERAH und NäPA erfasst werden. Alle Teilnehmenden wurden hierzu befragt, da ihre Einstellung unabhängig davon ist, ob sie aktuell eine VERAH und/oder NäPA beschäftigen. Nachfolgend werden die Ergebnisse dargestellt.

Aufgeschlossen

Alle befragten Ärzte beschrieben ihre Einstellung zu den Fortbildungsmodellen durchgehend als positiv. Viele betonten, dass sie diese Modelle als „wichtig“ und als „gute Sache“ erachten. Ein Befragter äußerte zwar grundsätzlich Zustimmung, kritisierte jedoch, dass „das Problem ist, dass hier wieder alle ihre eigene Suppe kochen“ (M49-E-I). Demnach existierten sowohl VERAH als auch NäPA sowie Unterschiede in den Abrechnungen, während der eigentliche Bedarf an derartigen Fachkräften letztlich identisch sei.

„Positiv. Ich finde so etwas gut, und ist eben eine Möglichkeit sich weiter zu entlasten.“ (M72-GP-ALI)

Essenziell

Einige Befragte hoben hervor, dass sie die Fortbildungsmodelle nicht nur positiv bewerten, sondern diese auch als notwendig erachten, insbesondere mit Blick auf die Versorgung von Patienten in ländlichen Regionen und die aktuelle Problematik des Ärztemangels.

„Im niedergelassenen Bereich haben wir ja auch über die NÄPA die Möglichkeit der Delegation, wodurch bestimmte zusätzlich erlernte Fähigkeiten, bestimmte weiterreichende Tätigkeiten übernommen werden. Das halte ich angesichts der Situation, dass in den nächsten 10 Jahren etwa 80% aller niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres Alters ersetzt werden müssen, für einen wichtigen Teil der Medizin.“
(M51-MVZ-I)

Einstellungskriterium

Die durchweg positive Haltung zu den Fortbildungsmodellen zeigte sich auch in der Rekrutierungspraxis der Befragten. Rund ein Drittel der Interviewten gab an, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit einer entsprechenden Weiterbildung gezielt einzustellen oder selbst auszubilden. Für weitere Befragte stelle eine solche Qualifikation einen Vorteil im Bewerbungsprozess dar. Eine Befragte wies darauf hin, dass sie gezielt nur dann einstellen würde, wenn ein tatsächlicher Bedarf bestehe. Ein kleiner Teil der Befragten gab an, nicht gezielt nach einer VERAH oder NÄPA zu suchen oder diese einzustellen, was unter anderem auf die Höhe der Gehaltsvorstellungen der fortgebildeten Mitarbeitenden zurückgeführt wurde.

4.4.4. Erfahrung

Die in den folgenden Unterkategorien dargestellten Erfahrungen beziehen sich nicht auf alle Interviewten. Knapp die Hälfte der Interviewten hatte zum Zeitpunkt der Befragung noch keine persönlichen Erfahrungen mit den Fortbildungsmodellen gesammelt und konnte somit keine eigenen Aussagen hierzu machen.

Ausbilder

Einige der Befragten beschäftigten nicht nur eine VERAH und/oder NÄPA, sondern haben darüber hinaus in der Vergangenheit eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortgebildet. Eine Ärztin berichtete, dass sie eine Mitarbeiterin habe, die die Fortbildung kürzlich abgeschlossen

habe, und bewertete ihre bisherigen Erfahrungen als negativ. Dies sei sowohl auf die damit verbundenen finanziellen Mehrbelastungen als auch auf die Abwesenheit der Mitarbeiterin im Praxisbetrieb zurückzuführen. Ein weiterer Befragter schilderte ähnliche Probleme. Er habe die Fortbildung von insgesamt drei Mitarbeiterinnen finanziert, welche die Praxis unmittelbar nach Abschluss der Weiterbildung verlassen hätten.

Personenabhängig

Einige Befragte führten an, dass ihre Erfahrungen maßgeblich von den individuellen Eigenschaften der fortgebildeten Personen abhingen. Eine Ärztin berichtete, dass die von ihr beschäftigte NÄPA hinsichtlich Arbeitshaltung und Leistungsniveau unzureichend agierte, was zu erheblichem Nacharbeitsaufwand führte. Infolgedessen bewertete sie ihre Erfahrungen mit den Fortbildungsmodellen als eher negativ, betonte jedoch, dass dies primär auf die Person zurückzuführen und das Konzept selbst als positiv einzuschätzen sei. Ein weiterer Befragter schilderte vergleichbare Erfahrungen, da die ausgebildete NÄPA keine der speziell für sie vorgesehenen Aufgaben übernommen habe.

„Nein, leider noch nicht wirklich. Das ist halt leider manchmal so, je nachdem wer die Ausbildung eben macht. Sie brauchen jemanden, der das leisten kann und das auch gerne machen will. Gut gedacht ist eben nicht immer gut gemacht.“ (M51-MVZ-I)

Positive Erfahrungen

Rund die Hälfte der befragten Ärzte, die bereits Erfahrungen mit den Fortbildungsmodellen gesammelt hatten, bewertete diese durchweg positiv. Die Ausbildung wurde als hilfreich und sinnvoll eingeschätzt, über die Arbeit ihrer VERAHs und/oder NÄPAs wurden keine negativen Aspekte berichtet, und die Ärzte äußerten insgesamt hohe Zufriedenheit mit ihren bisherigen Erfahrungen.

„Also ich denke die Ausbildungen sind gut, und die Arbeit, die sie leisten, zumindest bei uns, genauso gut. Die Hausbesuche laufen einwandfrei. Das Wundmanagement funktioniert super. Also ich bin sehr glücklich mit unseren VERAHs und wüsste nicht, was es da zu bemängeln gäbe.“ (M46-GP-ALI)

„Also ich kann nicht sagen, dass da was nicht gut funktioniert. Es funktioniert bei uns perfekt. Ich finde es eine totale Bereicherung eine VERAH oder NÄPA zu haben.“ (W34-MVZ-AL)

4.4.5. Vor- und Nachteile

Nicht nur die Erfahrungen und die Einstellung der Ärzte zu dem Thema VERAH und NäPA spielte in dem Forschungsprojekt eine Rolle, sondern auch die Vor- und Nachteile, die eine solche Fortbildung mit sich bringt. Hierbei wurde nicht unterschieden, ob es sich um Vor- oder Nachteile für die Ärzte handelt oder auch für die Mitarbeiter, die die Fortbildung absolvierten. Während die meisten sowohl Vorteile als auch Nachteile nannten, gab es einzelne Ärzte, die in den Fortbildungen keinerlei Nachteile sahen.

Kosten

In Bezug auf den wirtschaftlichen Aspekt zeigten sich deutliche Unterschiede in den Einschätzungen der Ärzte. Einige gaben an, dass die Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer Fortbildung als VERAH und/oder NäPA nicht nur deren eigenes Einkommen erhöhe, sondern auch für die Ärzte einen finanziellen Vorteil bringe.

„Vorteile also der finanzielle Aspekt für die HelferIn, aber auch für mich.“ (M49-E-I)

Andere äußerten hingegen, dass die erbrachten Leistungen der VERAH/NäPA nicht adäquat vergütet würden und die Wirtschaftlichkeit der Fortbildung unter Berücksichtigung der Weiterbildungskosten eingeschränkt sei.

„Das ist auch ein nächster Punkt. Es rechnet sich betriebswirtschaftlich nur bedingt. Wenn man die Kosten für die Weiterbildung berücksichtigt, dann rechnet es sich nicht wirklich.“ (M60-GP-I)

Insgesamt wurde der finanzielle Aspekt somit sowohl als Vorteil als auch als potenzieller Nachteil bewertet.

Ausfall im Betrieb

Ein weiterer von den interviewten Ärzten benannter Nachteil betraf den personellen Ausfall im Betrieb während der Weiterbildung. In dieser Zeit stünden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur eingeschränkt zur Verfügung, was kompensiert werden müsse und zu einer zusätzlichen Belastung des Praxisbetriebs führe. Obwohl dieser Ausfall organisatorisch unvermeidbar sei, werde er subjektiv als nachteilig bewertet. Ein Befragter gab an, dass er die Fortbildung aus diesem Grund nicht anbieten könne, da der Ausfall seiner Mitarbeiterin für den Praxisbetrieb nicht tragbar sei.

„Für mich negativ war, dass die Helferin mir insgesamt 6 Wochen ausgefallen ist, aber ja, klar, das muss für die Ausbildung sein, aber trotzdem fehlt sie mir halt.“ (W37-E-I)

Entlastung

Als wesentlicher Vorteil wurde von den meisten Befragten die Entlastung des ärztlichen Personals genannt. Durch eine VERAH und/oder NäPA könnten Freiräume geschaffen und zusätzliche Zeit generiert werden. Besonders im Bereich der Haus- und Pflegeheimbesuche wurde diese Entlastung als erheblich eingeschätzt. Dadurch ließe sich sowohl eine größere Zahl von Patienten behandeln als auch eine regelmäßige Versorgung der Patienten gewährleisten.

„Dann sind die Vorteile definitiv eine große Entlastung bei den Hausbesuchen und Zeitersparnis für den Arzt.“ (M65-E-AL)

Kompetenzsteigerung

Mehr als die Hälfte der interviewten Ärzte sahen neben den Vorteilen für sich auch einen Nutzen für die Personen, die die Fortbildung absolvierten. Es komme zu einem Zuwachs an Wissen und damit einhergehend zu einer Steigerung der Qualifikation und Kompetenz. Zusätzlich werde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehr Verantwortung übertragen, wodurch ihre Wertschätzung im Betrieb deutlich zunehme.

„Also prinzipiell ist jeder Wissenszuwachs immer ein Vorteil. Der klinische Blick wird geschult. Dann natürlich auch ein Zusammenarbeiten auf einem höheren Niveau. Es ist ja auch eine Motivation und Anerkennung für die Helferin.“ (W54-GP-AL)

4.4.6. Kenntnisstand

Um einzuschätzen, wie das grundlegende Wissen der Ärzte bezüglich der Modelle VERAH und NäPA war, wurden sie gebeten ihren Kenntnisstand selbst zu beschreiben und einzuschätzen.

Keine Defizite vorhanden

Etwa die Hälfte der Befragten schätzte ihren eigenen Kenntnisstand hinsichtlich der Fortbildungsmodelle als ausreichend ein und sah keine Defizite. Dies wurde insbesondere

damit begründet, dass sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigten, die entsprechende Fortbildungen absolvierten, beziehungsweise selbst in die Ausbildung der Mitarbeitenden eingebunden waren.

„Also ich habe mich darüber zwangsläufig informiert, weil ich eine MFA aus dem Notdienst mitgenommen habe, die VERAH ist und bei mir in Teilzeit angestellt ist. Nur darüber habe ich mich letztlich informiert, sonst hätte ich es aus Zeitgründen wahrscheinlich nicht geschafft. Aber der ist jetzt, denk ich, gut.“ (W63-E-I)

Defizite vorhanden

Die andere Hälfte der Ärzte gab an, Defizite in ihrem Wissen über die Fortbildungsmodelle VERAH und NäPA zu haben. Ein Arzt berichtete, er habe sich lediglich soweit informiert, um beurteilen zu können, ob die Modelle für ihn und seine Praxis relevant seien. Andere setzten ihren Fokus darauf, welche Bedeutung die Modelle für den Praxisalltag hätten. Einige Teilnehmende kannten die Begriffe VERAH und NäPA zwar, verfügten darüber hinaus jedoch über keine weiterführenden Kenntnisse. Eine Befragte nutzte das Interview als Anlass, sich erneut mit dem Thema auseinanderzusetzen, da sie erkannte, nicht ausreichend informiert zu sein.

4.4.7. Quellen

Ein weiteres Ziel der Interviews war es, zu erfassen, auf welchen Wegen die Ärzte von den Fortbildungsmodellen VERAH und NäPA Kenntnis erlangt bzw. sich über diese informiert hatten. Zu diesem Aspekt machten lediglich etwas mehr als die Hälfte der Befragten konkrete Angaben.

Verband und KV

Die Mehrheit der Interviewten gab an, dass sie auf die Fortbildungsmodelle VERAH und NäPA durch die Kassenärztliche Vereinigung bzw. den Hausärzteverband aufmerksam geworden sei. Diese Institutionen stellten nicht nur Informationsmaterial zu den Fortbildungen bereit, sondern informierten auch über Vergütung, Abrechnungsmodalitäten und die jeweils geltenden Rahmenbedingungen.

„Hauptsächlich über den Hausärzteverband, die machen sehr viel Werbung dafür.“ (W37-E-I)

Mitarbeiter und Eigeninteresse

Eine kleine Gruppe an Ärzten wurde durch die eigenen Mitarbeiter auf diese Modelle aufmerksam. So wurde ein Arzt von seiner Mitarbeiterin gezielt darauf angesprochen, nachdem sie sich selber informiert hatte. Eine andere Ärztin wechselte die Praxis, in der eine VERAH arbeitete.

„Also bei mir war es so, dass meine Helferinnen in der Praxis sich darüber informiert haben und mich darauf angesprochen haben. Da hab ich mich dann damit auseinandergesetzt und somit eigentlich auf Wunsch der Helferinnen.“ (M49-E-I)

Lediglich ein Arzt nannte als Quelle für seine Informationen sein eigenes Interesse. Da er sich immer mit Neuheiten in der Medizin auseinandersetzen würde, habe er die Modelle berücksichtigt (M51-MVZ-I). Wo er seine Informationen einholte, wurde nicht erwähnt.

4.5. Ausbaumöglichkeiten

Neben der Erfassung des Ist-Zustandes der Delegation im hausärztlichen Bereich verfolgten die Forschungsfragen das Ziel, Potenziale zur Erweiterung der Delegation zu identifizieren. Dies betraf einerseits die Vorstellungen und Wünsche der Ärzte zu möglichen Verbesserungen und andererseits die Frage, ob das Thema in Leitlinien stärker berücksichtigt werden sollte. Unter Punkt 3.5.1 „Leitlinien“ werden die entsprechenden Aussagen der Befragten systematisch nach Unterkategorien geordnet dargestellt. Im nachfolgenden Punkt 3.5.2 „Zukunftsideen“ werden die Vorschläge und Ideen der Ärztinnen und Ärzte präsentiert, die sowohl die Delegation optimieren als auch den Herausforderungen der zukünftigen Patientenversorgung begegnen sollen. Es folgt eine Übersicht über die Unterkategorien:

- Ausbaumöglichkeiten
 - Leitlinien
 - Befürwortung
 - Orientierung
 - Sicherheit
 - Ablehnung
 - Individualität und Umsetzbarkeit
 - Zukunftsideen
 - Personal
 - Externe Firmen
 - Gesundheitskiosk

- Ausbildungsmodelle
- Arztabhängigkeit verringern
- Rentabilität
- Telemedizinische Assistenz
- Digitalisierung und Entbürokratisierung

4.5.1. Leitlinien

Ein Teil der Interviewfragen zielte darauf ab, zu erfassen, wie die einzelnen Ärzte dazu stünden, wenn das Thema Delegation in Leitlinien stärker berücksichtigt würde.

Befürwortung

Etwa die Hälfte der Befragten sprach sich dafür aus, das Thema Delegation in die fachlichen Leitlinien zu integrieren. Viele begründeten dies mit der Möglichkeit praxisrelevante Anregungen zu erhalten sowie mit einer potenziellen Steigerung der Versorgungsqualität. Eine Befragte wünschte zudem, dass das Thema verstärkt in ärztlichen Fachzeitschriften behandelt werde. Ein weiterer Befragter betonte die Notwendigkeit einer möglichst offenen Formulierung der Leitlinien, während ein anderer die grundsätzliche Integration befürwortete, jedoch aufgrund der Vielzahl bestehender Leitlinien einräumte, dass er entsprechende Änderungen vermutlich nicht wahrnehmen würde.

„Ja, fände ich sehr hilfreich. Dann könnte man alles noch systematischer und sinnvoller organisieren und hätte einen guten Überblick.“ (M72-GP-ALI)

Orientierung

Einige begründeten ihre Befürwortung damit, dass Leitlinien insbesondere für neue Ärzte sowie für Praxen mit geringer Erfahrung in der Delegation eine wertvolle Orientierung bieten könnten. Eine Befragte berichtete, dass die Beschaffung von Informationen zu delegierbaren Tätigkeiten in der Vergangenheit mit erheblichem Mehraufwand verbunden gewesen sei, da sie hierfür bei der Ärztekammer nachfragen musste. Eine Aufnahme entsprechender Informationen in die Leitlinien würde eine schnelle und unkomplizierte Unterstützung für neu etablierte Praxen ermöglichen.

„Das fände ich gut, gerade für neue Kollegen, die sich niederlassen, wenn es da einen Leitfaden geben würde, wo man das auch gezielt erfahren kann. Weil ich am Anfang

auch vor der Frage stand, was darf ich denn meinen Mann überhaupt in der Praxis machen lassen oder generell, was darf wer machen. Die Auskunft ist da eher schwer. Man muss bei der Ärztekammer anfragen und da dann rumfragen, was machbar und möglich ist vor allem bei den medizinischen Tätigkeiten. Das hat mich sehr viel Zeit gekostet und ich fände es super, wenn es da gerade für neue Kollegen etwas in den Leitlinien geben würde.“ (W37-E-I)

Sicherheit

Einzelne Befragte führten zudem die mit den Leitlinien verbundene Sicherheit als Begründung für ihre Befürwortung an. So sah ein Arzt darin eine Möglichkeit, im Falle rechtlicher Auseinandersetzungen auf ein leitliniengerechtes Vorgehen verweisen zu können, wodurch eine rechtliche Absicherung entstünde. Ein weiterer Befragter wies hingegen darauf hin, dass Leitlinien zwar eine zusätzliche Orientierung und Sicherheit bieten, diese jedoch nicht automatisch mit einer rechtlichen Garantie verbunden sei.

„Das wäre schon schön, wenn es da was zu gäbe, aber möglichst offen gehalten. Einfach damit man eine rechtliche Sicherheit hat, falls mal eine Klage in der Richtung kommt. Zum Beispiel ein Befund ist bei einem Hausbesuch der VERAH nicht erhoben worden oder so.“ (M64-E-AL)

Ablehnung

Knapp die Hälfte der Interviewten lehnte die Integration der Delegationsthematik in fachliche Leitlinien ab. Begründet wurde dies damit, dass Leitlinien sich auf medizinisch-wissenschaftliche Fragestellungen konzentrieren sollten und nicht auf organisatorische Aspekte wie Delegation. Zwei Befragte äußerten eine grundsätzliche Skepsis gegenüber Leitlinien, da ihrer Ansicht nach deren Umsetzung oft mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden sei und eine strikte Befolgung wirtschaftliche Nachteile für die Praxis mit sich bringen könne.

„Ganz ehrlich glaube ich, dass es da fehl am Platz ist. Die Leitlinien sollten sich auf medizinische Dinge konzentrieren.“ (M51-MVZ-I)

Individualität und Umsetzbarkeit

Sowohl Befragte, die die Integration der Delegation in Leitlinien ablehnten, als auch solche, die hierzu neutral eingestellt waren, führten die praktische Umsetzbarkeit als zentrales

Problem an. Delegation sei ein heterogenes Thema, das von einer Vielzahl von Faktoren abhängig sei, weshalb eine allgemeingültige Formulierung schwer zu entwickeln sei. Als relevante Einflussgrößen wurden insbesondere die situative Abhängigkeit, die Praxisstruktur und -umgebung, die Individualität der Mitarbeitenden sowie zwischenmenschliche Aspekte genannt.

„Ich glaube, das ist schwierig, sowas in die Leitlinien aufzunehmen. Ich glaube, da einen Konsens zu finden, wird schwierig. Das muss jeder für sich entscheiden, weil das einfach so heterogen ist.“ (M49-E-I)

4.5.2. Zukunftsideen

Dieser Abschnitt präsentiert die Ergebnisse in Bezug auf die Vorstellungen und Anregungen der interviewten Ärzte. Ziel der entsprechenden Fragen war es, herauszufinden, in welchen Bereichen Defizite in der aktuellen Delegationspraxis bestehen, welche Tätigkeiten die Ärzte gerne delegieren würden und welche Vorschläge sie für eine systematische Weiterentwicklung der Delegation in der hausärztlichen Versorgung haben.

Personal

Rund ein Viertel der befragten Ärzte betrachtete den bestehenden Personalmangel als zentrales Problem, sah darin jedoch zugleich eine Möglichkeit, die Delegation und die Patientenversorgung langfristig zu optimieren. Der Personalmangel betreffe dabei nicht nur die ärztliche Besetzung, sondern insbesondere das qualifizierte MFA-Personal. So berichtete ein Arzt, dass kaum noch gut ausgebildete Mitarbeitende verfügbar seien. Eine Ärztin bewertete die Situation als derart kritisch, dass sie sich ohne Lösung des Personalproblems zunächst nicht mit Verbesserungsmaßnahmen beschäftige. Ein weiterer Befragter äußerte die Frage, wie das erforderliche Personal überhaupt rekrutiert werden könne, um die Versorgung abzudecken.

„Das kann ich ganz kurz machen und an der Basis anfangen. Sie bekommen fast keine gut ausgebildete MFA mehr. Es ist ein absoluter Mangel, ich weiß nicht warum, aber alle Guten sind weg, und ich kenne keine Praxis, die nicht sucht. Daran scheitert es ja dann schon. Es fehlt schon an Leuten, an die sie überhaupt mal delegieren können und es dann auch gut umgesetzt wird. Solange das nicht behoben wird, muss ich mir keine Gedanken machen, was noch alles verbessert oder ausgebaut werden kann.“ (W54-GP-AL)

Externe Firmen

Einzelne Befragte nannten als zukünftige Option die Auslagerung bestimmter Leistungen an externe Dienstleister. Diese könnten geschultes Personal, wie VERAHs oder NÄPAs, beschäftigen und beispielsweise Hausbesuche im Auftrag von Praxen übernehmen. Nach Angaben einer Ärztin existieren derartige Modelle bereits im Wundmanagement, wobei zertifizierte Wundmanager flächendeckend tätig seien und kostspielige Materialien verordnen könnten (W47-GP-AL).

Ein weiterer Befragter wies darauf hin, dass derartige Initiativen häufig auf Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigung oder des Hausärzterverbandes stoßen. Als Grund führte er die Befürchtung an, dass externe Anbieter Leistungen übernehmen könnten, die sonst den Verbänden oder der KV zufallen würden.

Gesundheitskiosk

Im Rahmen der Interviews nannten mehrere Befragte die Option eines sogenannten „Gesundheitskiosks“. Unter diesem Begriff wurden Statements zusammengefasst, die sich auf das Konzept beziehen, nicht-ärztliches Personal in separaten Räumlichkeiten einzusetzen, um die Patientenversorgung effizienter zu gestalten.

Ein Befragter berichtete, dass er an einem Projekt teilnehme, das sowohl vom Gesundheitsministerium als auch von den Gemeinden unterstützt werde. Ziel sei die Einrichtung von Räumlichkeiten für VERAHs, um dort aktiv Tätigkeiten auszuführen. Gegenwärtig stehe lediglich eine Hausbesuchsziffer zur Abrechnung zur Verfügung. Durch das Projekt solle ein zentraler Standort geschaffen werden, an dem VERAHs verschiedener Praxen unter der Woche Aufgaben übernehmen. Diese umfassen insbesondere Impfungen, die Erhebung der Vitalparameter sowie die Ausstellung von Folgerezepten (M46-GP-ALI).

Ein anderer Arzt sah in diesen Projekten einen wichtigen Punkt für die zukünftige Versorgung. (M51-MVZ-I)

Ein Befragter bezeichnete die Initiative des Gesundheitskiosks als einen politisch motivierten Versuch zur Verbesserung der Patientenversorgung. Seiner Ansicht nach würde dies jedoch letztlich darauf hinauslaufen, dass die Patientinnen und Patienten weiterhin auf die ärztliche Versorgung verwiesen würden. Zudem sei unklar, mit welchem Personal die Räumlichkeiten dauerhaft zu besetzen seien (M49-E-I).

Eine weitere Teilnehmerin berichtete über ein vergleichbares Projekt in ihrer Gemeinde, bei dem ein Gebäude mit mehreren VERAHs eingerichtet worden sei. Sie bewertete die Initiative kritisch, da sie ihrer Einschätzung nach lediglich aus dem regionalen Ärztemangel resultiere und diesen nicht kompensieren könne. Der ärztliche Beitrag bleibe auch bei der Delegation von Aufgaben an VERAHs unabdingbar (W63-E-I).

Ausbildungsmodelle

Im Rahmen der Interviews identifizierten die befragten Ärzte verschiedene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die eine Entlastung der ärztlichen Tätigkeit ermöglichen könnten. Insbesondere wurde die Möglichkeit erörtert, Personal für die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen zu qualifizieren (M48-GP-ALI). Hierbei käme sowohl medizinisches Fachpersonal (MFA) als auch Medizintechniker in Betracht (M60-GP-I), alternativ könnte eine eigenständige Aus- oder Weiterbildung konzipiert werden.

Ein Befragter betonte, dass Medizintechniker die Untersuchungen fachlich mindestens gleichwertig durchführen könnten, dies jedoch aus rechtlicher Sicht nicht zulässig sei. Daher sei eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich. In allen Vorschlägen blieb die Interpretation der Untersuchungsergebnisse jedoch ausdrücklich in ärztlicher Verantwortung (M48-GP-ALI).

Ein Arzt berichtete bereits über schon bestehende Modelle wie die der Diabetesassistentin/-beraterin. Diese würden gezielt Aufgaben übernehmen, für die es sogar eigene Abrechnungsziffern gäbe (M51-MVZ-I). Als Ausbaumöglichkeit erwähnte er ein Programm, in dem MFAs zu Herzinsuffizienzassistenten ausgebildet werden. Solche Aus- und Weiterbildungsmodelle würden sich vor allem in Bereichen anbieten, bei denen es klare Leitlinien gäbe (M51-MVZ-I).

Ein weiteres Modell, das von einigen Ärzten erwähnt wurde, war beispielsweise der Beruf des Physician Assistants (PA). Diese Berufsgruppe stünde laut einer Ärztin zwischen dem Arzt und einer MFA (W47-GP-AL). Laut der befragten Ärztin bräuchte es für Symptome wie Schnupfen, Husten, Heiserkeit keinen Arzt. Solche „banalen“ Krankheitsbilder könnten durch Berufe wie den des Physician Assistant behandelt werden und würden den Arzt oder die Ärztin erheblich entlasten.

Die Restrukturierung der Ausbildung zur MFA wurde von einem Arzt als eine potenzielle Maßnahme zur Optimierung der Patientenversorgung betrachtet. Dabei wurde auf internationale Vergleichsmodelle, wie die Ausbildung von Paramedics in den USA, Bezug genommen (M49-E-I).

Arztabhängigkeit verringern

Ein Befragter kritisierte die starke Zentralisierung ärztlicher Entscheidungsbefugnisse im Gesundheitssystem. Sämtliche Dokumente, wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Verordnungen von Krankengymnastik, erforderten die Unterschrift des Arztes. Im internationalen Kontext existieren Modelle, in denen sich Patienten beispielsweise eigenständig für eine Woche krankmelden können. Weiterhin könnten Folge Rezepte für Physiotherapie durch die Physiotherapeuten selbst ausgestellt werden, nachdem die ärztliche Indikationsstellung erfolgt ist. Aufgrund ihrer Ausbildung seien Physiotherapeuten teilweise besser in der Lage, den weiteren Behandlungsbedarf eigenständig einzuschätzen. Der Befragte betonte, dass die Implementierung von Telematik- und Digitalisierungsmaßnahmen zur Optimierung solcher Prozesse beitragen könne (M49-E-I).

Rentabilität

Mehrere befragte Ärzte äußerten, dass die derzeitige Vergütung bestimmter ärztlicher Leistungen als unzureichend wahrgenommen werde und plädierten für eine angemessene Honorierung in der Zukunft. Insbesondere Hausbesuche wurden als wenig wirtschaftlich und zeitaufwendig eingeschätzt (M65-E-AL). Darüber hinaus werde die sprechende Medizin, obwohl sie einen zentralen Bestandteil ärztlicher Tätigkeit darstelle, nicht adäquat vergütet (M60-GP-I).

Telemedizinische Assistenz

Im Kontext der Erhebung von Verbesserungsideen berichtete eine Befragte über ein Projekt in Rheinland-Pfalz, an dem sie teilgenommen hatte. Im Rahmen dieses Projekts wurden VERAHs und/oder NÄPAs über zwei Jahre hinweg mit Tablets ausgestattet, um Hausbesuche durchzuführen. Mithilfe der Geräte konnten Videokonsultationen mit den Ärzten durchgeführt, Bildmaterial übermittelt und Protokolle dokumentiert werden. Die telemedizinische Assistenz wurde von der Befragten als erfolgreich bewertet und könnte nach ihrer Einschätzung dazu beitragen, den Ärztemangel in ländlichen Regionen zu reduzieren (W34-MVZ-AL).

Ein weiterer Arzt gab an, dass er ein vergleichbares Vorgehen in seiner eigenen Praxis implementiert habe. Hierbei würden seine VERAHs und/oder NÄPAs über ein iPad Fotos übermitteln, Protokolle führen und Vitalparameter erfassen, welche anschließend in das Praxissystem integriert werden. Darüber hinaus kämen Stethoskope zum Einsatz, die

Tonaufnahmen speicherten. Diese Aufnahmen könnten ebenfalls über das iPad an die behandelnden Ärzte weitergeleitet werden (M54-E-AL).

Digitalisierung und Entbürokratisierung

Etwa ein Viertel der befragten Ärzte wünschte sich eine Reduktion des administrativen Aufwands in der ärztlichen Tätigkeit. Konkret wurden Tätigkeiten wie das Ausfüllen zahlreicher Formulare, die Bearbeitung von Krankenkassenanfragen, die umfassende Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen sowie die Aktualisierung von Medikamentenplänen genannt. Teilweise seien diese Unterlagen auszudrucken und zusätzlich per Fax zu versenden. Die Befragten befürworteten eine Digitalisierung und Vereinfachung dieser bürokratischen Prozesse.

„Entbürokratisieren. Es muss einfach wieder einfacher werden, und die Digitalisierung muss besser werden. Ich fülle hier Zettel aus, die noch ausgedruckt werden und dann gefaxt werden. Dieser Aufwand ist einfach so groß, obwohl es heute viel einfacher sein könnte. Gerade die jungen Ärzte, die jetzt anfangen, schlagen sich die Hände überm Kopf zusammen, wenn sie das sehen.“ (W49-GP-AL)

„Zum einen sollten solche Aufgaben insgesamt weniger werden, zum anderen bräuchte man dafür auch oft keinen Arzt.“ (M49-E-I)

Im Kontext der Digitalisierung schlug ein befragter Arzt die Implementierung eines zentralen Registers vor, in dem die Verschreibungen von Medikamenten sowie deren Einlösung durch die Patienten nachvollzogen werden können. Durch ein derartiges Register könnten Mehrfachverordnungen vermieden und potenziellen Engpässen in der Medikamentenversorgung entgegengewirkt werden, wodurch eine Optimierung der Patientenversorgung erreicht werden könnte (M-48-GP-ALI).

Ein weiterer Aspekt der Digitalisierung, den ein Arzt anführte, betraf den Einsatz von Programmen, die auf künstlicher Intelligenz basieren, beispielsweise zur Analyse radiologischer Bildgebung (M60-GP-I).

5. Diskussion

5.1. Vorgehensweise

Ziel der vorliegenden Studie war es, den aktuellen Stand der Delegation in hausärztlichen Praxen zu erfassen, um ein vertieftes Verständnis des Kenntnisstandes, der Einstellungen sowie der Erfahrungen von Hausärzten zu gewinnen. Hierbei wurden sowohl die routinemäßige Anwendung delegierter Tätigkeiten als auch potenzielle Optimierungsansätze

untersucht. Darüber hinaus zielte das Forschungsprojekt darauf ab, den Kenntnisstand, die Einstellungen, die Erfahrungen sowie die praktische Umsetzung etablierter Delegationsmodelle, insbesondere VERAH und/oder NÄPA, systematisch zu analysieren.

Auf Grundlage eines qualitativen Studiendesigns konnten die relevanten Einstellungen und Erfahrungen der Hausärzte erhoben, der aktuelle Umgang mit Delegation in den jeweiligen Praxen dargestellt und sowohl eigene als auch bereits etablierte Konzepte zur Optimierung der Delegationspraxis identifiziert werden. Die Auswertung der leitfadengestützten Interviews ermöglichte die Entwicklung eines differenzierten Kategoriensystems. Zunächst erfolgt die Darstellung der eigenen Ergebnisse unter Bezugnahme auf die in der Einleitung formulierten übergeordneten Forschungsfragen. Anschließend werden die Ergebnisse im Kontext der vorhandenen Literatur diskutiert und mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen.

5.2. Zusammenfassung

In Bezugnahme auf die **Forschungsfrage Nr. 1**, zeigten alle befragten Hausärzte eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber der Delegation in der hausärztlichen Praxis. Diese Haltung lässt sich vor allem durch die überwiegend positiven Erfahrungen erklären, die die Teilnehmenden bereits mit der Delegation von Aufgaben in ihren Praxen gesammelt hatten. Mehrere Befragte betonten, dass Delegation unter den aktuellen Rahmenbedingungen eine zentrale Voraussetzung darstelle, um bei steigendem Versorgungsauftrag und zunehmendem Zeitdruck eine adäquate Primärversorgung gewährleisten zu können.

Neben dem zunehmenden Zeitdruck und dem erweiterten Versorgungsauftrag, der sowohl wegen steigender Patientenzahlen als auch durch eine Zunahme administrativer Anforderungen und den kontinuierlichen Wissenszuwachs in der Medizin bedingt ist, wurde der bestehende Personalmangel auf ärztlicher wie auch auf nicht-ärztlicher Seite als weiterer wesentlicher Faktor benannt. Vor diesem Hintergrund wurde Delegation von allen interviewten Hausärzten als notwendige Voraussetzung für die Bewältigung des Praxisalltags sowie für ein effizientes Arbeiten angesehen.

Angesichts der hohen Relevanz der Delegation im ärztlichen Praxisalltag ist es nachvollziehbar, dass die Mehrheit der befragten Hausärzte ihren Kenntnisstand zu diesem Themenbereich als gut bis sehr gut bewertete. Einzelne Teilnehmende wiesen darauf hin, dass es nicht in allen Fällen möglich sei, stets über den aktuellsten Wissensstand zu verfügen. Diese Wissenslücken könnten jedoch durch eine gezielte Informationsbeschaffung im Rahmen der Übertragung neuer Aufgaben kompensiert werden, um die erforderliche rechtliche Sicherheit sicherzustellen.

Vor- und Nachteile

Als zentraler und bedeutendster Vorteil der Delegation wurde von allen befragten Hausärzten die damit verbundene Zeitersparnis sowie die spürbare Entlastung im Arbeitsalltag benannt. Rund ein Drittel der Teilnehmenden führte darüber hinaus eine Steigerung der Effizienz und eine Ökonomisierung der Praxisabläufe als weiteren Nutzen an, wodurch eine Erhöhung der täglich versorgten Patientenzahl möglich werde.

Neben den Vorteilen für die Ärzteschaft wurden auch positive Effekte für die in den Praxen beschäftigten Mitarbeiter beschrieben. Die Übertragung delegierter Aufgaben gehe mit einem erhöhten Maß an Vertrauen einher und führe zu einer gesteigerten Wertschätzung sowie Anerkennung des Berufsbildes der MFA. Darüber hinaus wurde von einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit berichtet, die insgesamt eine stärkere Teambildung begünstige. Als weiterer Vorteil für entsprechend fortgebildete Mitarbeiter wurde zudem eine verbesserte Vergütung genannt.

Während ein Teil der befragten Hausärzte keine Nachteile in der Delegation im hausärztlichen Setting identifizierte, äußerten andere Bedenken hinsichtlich der eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten über die Durchführung delegierter Tätigkeiten. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass ein hohes Maß an Vertrauen in die ausführenden Mitarbeiter erforderlich sei. Darüber hinaus wurde ein potenzieller Verlust relevanter Informationen als weiterer Nachteil benannt, der nicht in allen Fällen vermeidbar sei.

Hinsichtlich der Patientensicht berichteten die befragten Hausärzte, dass die von nicht-ärztlichem Praxispersonal im Rahmen der Delegation durchgeführten Tätigkeiten von der überwiegenden Mehrheit der Patienten akzeptiert und positiv bewertet würden. Ein zentraler Vorteil wurde hierbei in der zeitlichen Entlastung gesehen. Zum einen verfüge das Praxispersonal über mehr Zeit für die individuelle Betreuung der Patienten, zum anderen könnten Wartezeiten reduziert sowie Hausbesuche in kürzeren Intervallen realisiert werden. Darüber hinaus wurde die Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Praxismitarbeitern und Patienten mehrfach als positiver Effekt hervorgehoben. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal das Risiko bestehe, dass sich einzelne Patienten nicht ausreichend ernst genommen fühlten und ausdrücklich den direkten Kontakt mit dem Arzt wünschten. Sofern dieser nicht durchgängig gewährleistet werde, könne dies zu Enttäuschungen auf Seiten der Patienten führen.

Im Rahmen der **Forschungsfrage Nr. 2** ging es neben den bereits delegierten Tätigkeiten um Bedingungen die an die Delegation gestellt werden. Ein weiterer Aspekt der Forschungsfrage

befasste sich mit Problematiken die im Zusammenhang mit der Delegation auftreten oder auftreten können.

Zu den typischen Tätigkeiten, die in der hausärztlichen Praxis bereits delegiert wurden, zählen insbesondere Standardimpfungen. Das Ausmaß der Delegation variierte dabei. Während in einigen Praxen lediglich die Impfungsdurchführung übertragen wurde, umfasste die Delegation in anderen Fällen auch das Aufklärungsgespräch sowie die Kontrolle des Impfausweises. Die Mehrheit der Befragten berichtete, dass Blutentnahmen durch geschultes nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden, und auch das Anlegen von Infusionen wurde teilweise delegiert. Technische Untersuchungen, darunter EKG, Lungenfunktionstests und Langzeitblutdruckmessungen, wurden von allen teilnehmenden Hausärzten delegiert. In diesem Zusammenhang betonten die Befragten, dass die MFAs diese Tätigkeiten mindestens gleichwertig, teilweise sogar effizienter als die Ärzte selbst ausführen. Vor diesem Hintergrund wurde von einigen Ärzten in diesem Bereich ein besonderes Potenzial für die Delegation festgestellt.

Ein besonders großes Potenzial für die Delegation wurde im Bereich administrativer Tätigkeiten identifiziert. Die vielseitigen Verwaltungsaufgaben eignen sich insbesondere für die Übertragung an nicht-ärztliches Praxispersonal, da hierfür in den meisten Fällen keine spezifische ärztliche Expertise erforderlich ist. Zu den delegierten Aufgaben gehören unter anderem Terminvergaben, die Bearbeitung von Telefonaten, Anträgen und Versicherungsanfragen, Lagerhaltung sowie Bestellwesen. Darüber hinaus berichteten nahezu alle befragten Hausärzte, dass auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen bereits erfolgreich delegiert wird.

Eine Diskrepanz zwischen dem identifizierten hohen Potenzial und der tatsächlichen Umsetzung der Delegation zeigte sich insbesondere im geriatrischen Basisassessment sowie in Disease-Management-Programmen. Aufgrund der hohen Standardisierung der hierbei durchzuführenden Untersuchungen wäre eine Delegation an geschultes nicht-ärztliches Personal prinzipiell gut möglich. In der Praxis wurde sie jedoch bislang nur von wenigen Hausärzten implementiert.

Darüber hinaus wurden Hausbesuche sowie das Wundmanagement chronischer Wunden als Bereiche mit erheblichen Potenzialen für Delegation bewertet. Etwa jeder zweite Befragte delegierte bereits Aufgaben in diesen Bereichen. Es ist hervorzuheben, dass die genannten Hausbesuche überwiegend Routinebesuche betrafen.

Ärztliche Tätigkeiten

Neben den bereits delegierten Leistungen identifizierten die Befragten Tätigkeiten, die nach ihrer Auffassung zwingend in ärztlicher Verantwortung verbleiben sollten. Hierzu zählen insbesondere die Anamneseerhebung, das ärztliche Aufklärungsgespräch sowie die klinische Untersuchung. Während diagnostische Maßnahmen vermehrt von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden, wurde die Befundung, Interpretation der Ergebnisse und Ableitung der entsprechenden Therapie von den Ärzten als unbedingte ärztliche Aufgabe angesehen. Im Falle der Ultraschalluntersuchung zeigten sich differenzierte Auffassungen. Einige Befragte betrachteten sie als ausschließlich ärztliche Tätigkeit, andere sahen die Möglichkeit, die Durchführung zu delegieren, während die Befundung weiterhin ärztlicher Verantwortung unterliegt.

Bedingungen

Die Befragten waren sich einig, dass vor der Delegation sorgfältig geprüft werden sollte, welche Aufgaben an welches Praxispersonal übertragen werden. In diese Entscheidungsfindung fließt die individuelle Qualifikation der Mitarbeiter ein, was potenzielle Probleme reduziert. Dieser Ansatz unterstreicht den individuellen Aspekt der Delegation. Da eine formale Zusatzqualifikation die Eignung nicht zwangsläufig sicherstellt, betonten die Hausärzte zudem die Notwendigkeit einer persönlichen Anleitung und Supervision. Vor diesem Hintergrund erklärt sich, dass viele der befragten Ärzte auch Aufgaben an Personal delegieren oder delegieren würden, das über keine spezifische Fortbildung verfügt.

Die Befragten betonten, dass für eine erfolgreiche Delegation regelmäßige Kontrollen und Nachkontrollen unerlässlich sind. Zwar sei dies mit einem anfänglichen Mehraufwand verbunden und könne zu Beginn problematisch sein, dennoch stellt es eine zentrale Voraussetzung für die langfristige Wirksamkeit der Delegation dar. Entsprechende Kontrollen sollten auch systematisch im Rahmen des Qualitätsmanagements erfolgen. Ergänzend dazu wurde die Bedeutung eines über die Zeit aufgebauten Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten sowie den Mitarbeitenden hervorgehoben.

Einige Befragte identifizierten die Etablierung klarer Strukturen als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation. Insbesondere die eindeutige Definition von Zuständigkeiten und Grenzen trage zu einer erhöhten Sicherheit bei. Dabei müsse klar geregelt sein, unter welchen Umständen ein ärztliches Eingreifen erforderlich sei, um eine Überforderung des Praxispersonals zu vermeiden.

Problematik

Wie bereits im Kontext der erforderlichen Kontrollen diskutiert, könne die Durchführung delegierter Aufgaben durch nicht-ärztliches Personal potenziell problematisch sein. Delegation sei stets mit einer gewissen Unsicherheit verbunden, inwiefern die Aufgaben sachgerecht ausgeführt werden. Schwierigkeiten, die im Rahmen der Delegation auftreten, ständen daher häufig in direktem Zusammenhang mit der Qualifikation und Leistung der ausführenden Person. Dieser Aspekt knüpft an die zuvor beschriebene Vorüberlegung an, welche Aufgaben an welchen Mitarbeitenden übertragen werden. Darüber hinaus wurde ein durch Delegation bedingter Informationsverlust als kritisch bewertet. Dessen Ausmaß variere und könne in bestimmten Fällen zu erheblichen Problemen führen.

Etwa ein Viertel der befragten Hausärzte identifizierte eine potenzielle Problematik auch auf Seiten der Ärzteschaft beziehungsweise bei sich selbst. Delegation wurde in diesem Kontext als ein Lernprozess verstanden. Die ärztliche Ausbildung würde den Erwerb entsprechender Kompetenzen nur unzureichend berücksichtigen. Mit zunehmender Erfahrung lerne man jedoch, zunehmend Aufgaben zu delegieren. Insofern stelle die individuelle Delegationsfähigkeit der Ärzte eine potenzielle Herausforderung beziehungsweise Problematik dar.

Darüber hinaus bleibt die ärztliche Endverantwortung für delegierte Tätigkeiten bestehen. Treten Probleme auf oder erleidet ein Patient Schaden, trägt der Arzt, der die Aufgabe delegiert hat, die Verantwortung, ausgenommen bei grober Fahrlässigkeit durch das nicht-ärztliche Personal. Diese Verantwortung wurde von einigen Befragten ebenfalls als problematischer Aspekt der Delegation hervorgehoben.

Die **Forschungsfrage Nr. 3** befasste sich mit den Delegationsmodellen der VERAH und/oder NäPA. Der Kenntnisstand der befragten Ärzte hinsichtlich der Delegationsmodelle VERAH und NäPA konnte in zwei Gruppen differenziert werden. Etwa die Hälfte bewertete ihr Wissen über diese Modelle als gut bis ausreichend. Diese Gruppe beschäftigte überwiegend bereits Mitarbeitende mit entsprechender Fortbildung. Die andere Hälfte räumte Defizite im Wissen um die Modelle ein. Man habe sich nur so weit informiert, dass eine Einschätzung zur Einstellung solcher Mitarbeitender möglich sei. Einige Befragte kannten die Begriffe lediglich, konnten jedoch keine weiterführenden Informationen liefern. Diejenigen, die über Kenntnisse zu den Modellen verfügten, bezogen diese aus unterschiedlichen Quellen, insbesondere durch den Hausärzteverband oder die Kassenärztliche Vereinigung. Weitere Informationsquellen waren Hinweise durch eigene Mitarbeitende oder Praxiserfahrungen mit bereits beschäftigten VERAH- oder NäPA-Mitarbeitenden.

Im Vergleich zu nicht-ärztlichem Personal ohne spezifische Fort- oder Weiterbildung wurden von beschäftigten VERAH- bzw. NäPA-Mitarbeitenden gezielt spezielle Aufgaben übernommen. So delegierten nahezu alle Praxen mit entsprechender Fachkraft Routinehausbesuche. Die Tätigkeiten umfassten dabei die Messung von Vitalparametern, Blutentnahmen sowie die Einschätzung der Wohnsituation der Patientinnen und Patienten. Auch Hausbesuche in Pflege- oder Altenheimen wurden von den geschulten Mitarbeitenden übernommen. Auffällig war jedoch ein Fall, in dem ein Arzt, trotz Beschäftigung einer NäPA, Hausbesuche durch eine nicht weitergebildete MFA durchführen ließ, da er mit der Durchführung durch die NäPA nicht zufrieden gewesen wäre. Dies unterstreicht noch einmal, dass eine formale Weiterbildung allein nicht automatisch die praktische Befähigung zur Durchführung der neuen Aufgaben gewährleistet.

Ein weiterer Bereich, in dem fortgebildete VERAH- bzw. NäPA-Mitarbeitende eingesetzt wurden, ist das Wundmanagement. Teilweise wurden hierfür zusätzliche Schulungen und Seminare absolviert, um die Qualifikation „Wundprofi“ zu erwerben. Die delegierten Tätigkeiten umfassten sowohl die Versorgung chronischer Wunden als auch die Bestellung der dafür benötigten Materialien. Bei fachlichen Unklarheiten wurde der ärztliche Rat eingeholt.

Der Bereich DMP wurde bereits als besonders delegationsgeeignet hervorgehoben, da er zahlreiche standardisierte Untersuchungen umfasst. Entsprechend delegierten einige Ärzte Routineuntersuchungen an ihre VERAH- bzw. NäPA-Mitarbeitenden. Teilweise standen den Mitarbeitenden hierfür eigene Räumlichkeiten zur Verfügung, um ein eigenständiges Arbeiten zu ermöglichen. Während einige VERAH- bzw. NäPA-Mitarbeitende darüber hinaus spezialisierte Zusatzaufgaben übernahmen, äußerten zwei befragte Ärztinnen und Ärzte Unzufriedenheit darüber, dass ihre fortgebildeten Mitarbeitenden keine gesonderten Aufgaben erfüllten.

Vorraussetzungen

Da nicht alle befragten Ärzte Mitarbeitende mit den genannten Zusatzqualifikationen beschäftigten, deutet dies darauf hin, dass die Einstellung solcher Fachkräfte an spezifische Voraussetzungen gebunden ist. Ein wesentlicher Aspekt sind die Kosten. Einige Befragte kritisierten die unzureichende Vergütung der entsprechenden Leistungen und gaben an, dass eine Einstellung erst bei hinreichender Kostendeckung erwogen würde. Darüber hinaus müssen erhöhte Lohnkosten berücksichtigt werden. Befände sich eine VERAH oder NäPA bei einem Hausbesuch außerhalb der Praxis, fehlte ein Mitarbeitender vor Ort, sodass eine ausreichende Personaldichte ebenfalls als Voraussetzung für die Beschäftigung angesehen wird. Weitere relevante Faktoren sind die Praxisstruktur und -umgebung. Einzelpraxen haben

einen anderen Bedarf an qualifiziertem Personal als Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Zudem fallen in städtischen Praxen deutlich weniger Hausbesuche an als in ländlichen Regionen, sodass auch die geographische Lage der Praxis bei der Entscheidung für eine Einstellung berücksichtigt werden muss.

Auf Grundlage der genannten Voraussetzungen betonten die Befragten, dass die Notwendigkeit der Beschäftigung höherqualifizierten Personals stets im Kontext der individuellen Praxisgegebenheiten geprüft werden sollte. Im Falle einer geplanten Fortbildung sei zudem zu berücksichtigen, welcher Mitarbeitende für die Weiterbildung geeignet ist. Somit wird deutlich, dass sowohl die individuelle Situation der Praxis und der Ärzte als auch die spezifische Eignung der Mitarbeitenden zentrale Faktoren bei der Entscheidung über Fortbildungen und die Delegation von Aufgaben darstellen.

Einstellungen und Erfahrungen

Unabhängig von der tatsächlichen Beschäftigung einer VERAH oder NÄPA zeigten alle befragten Ärzte eine positive Einstellung gegenüber diesen Delegationsmodellen. Einzelne Befragte betonten deren besondere Relevanz angesichts des Ärztemangels in ländlichen Regionen. Kritik wurde vereinzelt an der Vielzahl bestehender Modelle geäußert, da trotz ähnlicher Bedarfe zahlreiche unterschiedliche Delegationsmodelle existieren.

Die positive Haltung manifestierte sich darin, dass etwa ein Drittel der Befragten angab, einen Mitarbeitenden mit entsprechender Fortbildung gezielt einstellen oder gezielt weiterbilden zu wollen, unter Berücksichtigung der zuvor genannten Rahmenbedingungen. Rund die Hälfte der Befragten berichtete von ausschließlich positiven Erfahrungen mit den fortgebildeten Mitarbeitenden. Die Fortbildungen wurden als sinnvoll und nützlich erachtet, und die Arbeit der Mitarbeitenden wurde überwiegend als zufriedenstellend beschrieben.

Negative Erfahrungen standen primär im Zusammenhang mit der finanziellen Mehrbelastung, der Abwesenheit der Mitarbeitenden während der Fortbildung sowie dem Abwandern von Mitarbeitenden nach geförderter Weiterbildung. Darüber hinaus waren negative Erfahrungen häufig personenabhängig, etwa wenn Aufgaben nicht in der vom Arzt vorgesehenen Weise ausgeführt wurden.

Vor- und Nachteile

Die Kosten, die bereits zuvor als relevant diskutiert wurden, wurden von einigen Befragten als nachteilig eingestuft. Gleichzeitig berichteten einzelne Ärzte von ökonomischen Vorteilen für

beide Parteien. Einerseits ermögliche die Fortbildung eine höhere Vergütung der MFA, andererseits könne der Arzt durch die Beschäftigung einer VERAH oder NÄPA ebenfalls wirtschaftlich profitieren. Der zuvor erwähnte personelle Ausfall im Betrieb, sowohl während der Fortbildung als auch bei der Durchführung von Hausbesuchen, wurde von einigen Interviewten als nachteilig bewertet. Obwohl dieser Ausfall unvermeidlich sei, stelle er subjektiv eine Belastung dar, da er kompensiert werden müsse.

Analog zur allgemeinen Delegation wurde die Entlastung der Ärzte durch die Übernahme zusätzlicher ärztlicher Aufgaben als bedeutender Vorteil hervorgehoben. Insbesondere die Übernahme zeitaufwendiger Hausbesuche ermögliche eine effizientere Nutzung der Arbeitszeit, die Versorgung einer größeren Patientenzahl sowie eine regelmäßigere Betreuung. Darüber hinaus sahen viele Befragte einen Vorteil in der Kompetenzsteigerung der MFA. Der Zuwachs an Wissen, die Verbesserung der Qualifikation und die damit verbundene gesteigerte Wertschätzung des Berufsbildes stellten einen weiteren positiven Effekt der Fortbildungen dar.

Die letzte **Forschungsfrage Nr. 4** zielte auf die Ausbaumöglichkeit der Delegation im hausärztlichen Setting ab. Die Optimierung der Delegation in der Hausarztpraxis könnte durch eine Implementierung des Themas in hausärztliche Leitlinien unterstützt werden. Etwa die Hälfte der befragten Ärzte befürwortete eine derartige Maßnahme. Leitlinien würden nicht nur als Orientierungshilfe dienen, sondern auch zu einer Qualitätssteigerung beitragen, indem sie die Information über delegierbare Leistungen erleichtern. Offene Formulierungen und praxisnahe Beispiele könnten insbesondere junge Ärzte sowie solche mit geringer Erfahrung unterstützen. Darüber hinaus erhöht eine Leitlinienimplementierung die Behandlungssicherheit und die rechtliche Absicherung, da sich Ärzte auf eine leitliniengerechte Vorgehensweise berufen können. Einige Befragte standen Leitlinien hingegen kritisch gegenüber und argumentierten, dass diese sich auf medizinische Sachverhalte beschränken sollten. Das Thema Delegation sei dafür ungeeignet. Die Heterogenität der Delegation in der Hausarztpraxis und die Abhängigkeit von zahlreichen Einflussfaktoren erschwert aus Sicht einiger Befragter die Erstellung allgemein gültiger Leitlinien.

Zukunftsideen

Ein weiterer Ansatz zur Optimierung der Delegation liegt in der personellen Ausstattung. Der bestehende Personalmangel betrifft sowohl Ärzte als auch den pflegerischen Bereich. Dabei besteht das Problem nicht nur in der begrenzten Anzahl verfügbarer Fachkräfte, sondern auch in der abnehmenden Zahl hochqualifiziert ausgebildeten Personals. Für die zukünftige

Entwicklung ist es daher erforderlich, einerseits die Ausbildungszahlen zu erhöhen und andererseits die Qualität der Ausbildung zu verbessern.

Im Bereich des Wundmanagements existieren bereits externe Dienstleister, die Aufgaben für Hausarztpraxen übernehmen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Gründung weiterer solcher Unternehmen als potenzieller Optimierungsansatz. Diese Dienstleister könnten qualifiziertes Personal, etwa VERAHS und/oder NÄPAs, beschäftigen, das Routinehausbesuche im Auftrag der Praxen durchführt. Ein derartiges Outsourcing könnte jedoch auf institutionellen Widerstand stoßen, insbesondere seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, da ihnen die entsprechenden Leistungsanteile entzogen würden.

Ein weiterer potenzieller Optimierungsansatz wird in der Einrichtung von sogenannten „Gesundheitskiosken“ gesehen. Dabei handelt es sich um Räumlichkeiten, in denen spezialisiertes, nicht-ärztliches Personal patientennahe Versorgungsleistungen übernimmt. Aus der Mangelversorgung heraus, wurden erste Projekte dieser Art bereits in einzelnen Gemeinden implementiert. In diesen Einrichtungen könnten mehrere geschulte Mitarbeitende verschiedener Praxen zusammenarbeiten, um Hausarztpraxen zu entlasten. Mögliche Aufgaben umfassen Routineimpfungen, die Messung von Vitalparametern sowie die Ausstellung von Folgerezepten. Kritisch gesehen wird dieser Ansatz jedoch von einigen Befragten, da weiterhin eine ärztliche Aufsicht erforderlich ist. Zudem ist unklar, welches vorhandene Personal für den Betrieb dieser Einrichtungen eingesetzt werden sollte. Finanzierungs- und Abrechnungsfragen stellen ebenfalls potenzielle Hindernisse dar. In diesem Zusammenhang wird grundsätzlich eine adäquate Vergütung delegierter Leistungen als notwendig erachtet, um Anreize für die Übertragung von Aufgaben an nicht-ärztliche Mitarbeitende zu schaffen.

Fortbildungsmodelle wie die der VERAH oder NÄPA stellen praxisnahe Strategien dar, um die Arbeitsbelastung der ärztlichen Profession zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund erachteten die befragten Ärzte die Entwicklung weiterer spezialisierter Ausbildungsmodelle als potenziellen Ansatz zur Optimierung der Delegation. Hierbei könnten nicht-ärztliche Mitarbeitende beispielsweise in der Durchführung von Ultraschalluntersuchungen geschult werden, wobei die Befundung weiterhin in ärztlicher Verantwortung verbleibt.

Im Bereich der Diabetologie existieren bereits Fortbildungen zur Diabetesassistentin bzw. -beraterin. Ein Befragter berichtete, dass er Mitarbeiter mit dieser Qualifikation beschäftigt, die gezielte Aufgaben in der Blutzuckereinstellung übernehmen. Die erbrachten Leistungen sind teilweise abrechenbar. Fortbildungen in Bereichen mit klaren und strukturierten Leitlinien, könnten ebenfalls die Delegation erleichtern und die ärztliche Entlastung fördern. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise MFAs mit der Zusatzbezeichnung Herzinsuffizienzassistentin zu nennen.

Darüber hinaus stellen Physician Assistants (PAs) eine weitere Möglichkeit dar, die Delegation zu optimieren. Durch die akademische Ausbildung fungieren sie als Schnittstelle zwischen MFAs und Ärzten. Bestimmte, unkomplizierte Krankheitsbilder, wie etwa ein grippaler Infekt, erfordern nach Ansicht einiger Befragter keine ärztliche Expertise. Die Versorgung durch PAs könnte die hausärztliche Arbeitsbelastung signifikant reduzieren.

Während die oben genannten Fortbildungen entweder eine Zusatzqualifikation oder ein eigenes Studium darstellen, könnte auch eine grundlegende Umstrukturierung der Ausbildung zur MFA als Optimierungsansatz dienen. Die Diskrepanz zwischen den Kompetenzen einer MFA und denen eines Arztes sei derzeit zu groß. Diese Lücke ließe sich durch eine Anpassung und Erweiterung der Ausbildung verringern. Als Vorbild könnten internationale Ausbildungsmodelle dienen, beispielsweise die der „Paramedics“ in den USA.

Ein befragter Arzt kritisierte die starke Zentralisierung der Rolle als Arzt im deutschen Gesundheitswesen. Zur Steigerung der Effizienz in der Patientenversorgung und zur Minderung potenzieller Unterversorgung schlägt er vor, die Arztzentrierung zu reduzieren. Derzeit erfordern jede Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, jedes Rezept sowie Folgerezept eine ärztliche Unterschrift. Es wird diskutiert, dass beispielsweise Physiotherapeuten nach ärztlicher Indikationsstellung eigenständig Folgerezepte ausstellen könnten. In diesem Modell könnte der behandelnde Therapeut besser beurteilen, ob und inwieweit die Notwendigkeit weiterer therapeutischer Maßnahmen bestehe. Die Integration von Telematiksystemen und digitalen Lösungen könnte diesen Prozess zusätzlich unterstützen.

Generell wurde im Rahmen der Interviews die Telematik, Digitalisierung und Entbürokratisierung als zentraler Optimierungsansatz für die Delegation in der Hausarztpraxis identifiziert. Die zunehmende Bürokratisierung wurde von vielen Befragten als belastend wahrgenommen, da zahlreiche Formulare nicht nur ausgefüllt und dokumentiert, sondern auch ausgedruckt, gefaxt oder postalisch versendet werden müssen. Viele dieser Tätigkeiten erfordern keine ärztliche Fachkompetenz, sodass eine Reduktion und Digitalisierung der Prozesse als sinnvoll erachtet wird. Der Einsatz digitaler Lösungen könnte die organisatorische Effizienz erhöhen und die Umsetzung delegierter Aufgaben erleichtern. Zusätzlich wurden der Einsatz KI-gestützter Programme sowie der digitale Zugriff auf Medikamentenpläne und Verordnungen als zukünftige Optimierungsmaßnahmen genannt.

Ein Projekt aus Rheinland-Pfalz, das eine telemedizinische Assistenz implementierte, wurde von einer Befragten als beispielhaft hervorgehoben. Im Rahmen des Projekts führten VERAHs und NÄPAs, die mit Tablets ausgestattet waren, Routinehausbesuche durch. Die Tablets ermöglichten eine direkte Kommunikation mit den behandelnden Ärzten via Videokonferenz, die digitale Übermittlung von Fotos sowie die Protokollierung von Patientendaten in Echtzeit. Hierdurch konnte eine digitale Patientenakte nahezu in Echtzeit geführt werden. Darüber

hinaus erlaubte der Einsatz eines digitalisierten Stethoskops die Übertragung von Audioaufnahmen, die dann von einem der befragten Ärzte ausgewertet wurde, wodurch eine zeitnahe medizinische Einschätzung unterstützt wurde.

5.3. Ergebnisse anderer Studien

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Ergebnisse anderer Studien dargestellt und verglichen. Zur besseren Übersicht erfolgt die Studiendarstellung ebenfalls in 4 Abschnitten, die sich jeweils auf die Forschungsfragen bzw. die Hauptkategorien beziehen.

Einstellung und Erfahrungswerte (Forschungsfrage 1)

Die Ergebnisse des vorliegenden Forschungsprojekts bezogen auf die Einstellung und Erfahrungen der Hausärzte zum Thema Delegation stimmen weitgehend mit den Befunden anderer Studien überein. So zeigte auch eine Befragung niedergelassener Hausärzte in Nordrhein-Westfalen eine überwiegend positive Einstellung gegenüber der Delegation in der hausärztlichen Versorgung (45). Eine vergleichbare Offenheit sowie eine überwiegend positive Einstellung gegenüber der Delegation konnten auch in Studien aus Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg, Baden-Württemberg und Thüringen nachgewiesen werden (18, 20, 46). Eine Diskrepanz zu anderen Studien zeigt sich hinsichtlich des selbsteingeschätzten Kenntnisstandes. Während die Befragten in dieser Studie ihren Kenntnisstand überwiegend als gut einschätzten, weisen andere Studien auf bestehende Defizite mit entsprechendem Verbesserungspotenzial hin (45, 47, 48).

Eine erhöhte Zufriedenheit sowohl der Berufsgruppe der MFAs als auch von Patienten und Ärzten konnte in anderen Studien ebenfalls nachgewiesen werden (31, 49-52).

Im Jahr 2017 wurden deutschlandweit 6.105 Personen telefonisch befragt, ob sie bereit wären, sich von einer speziell geschulten medizinischen Fachangestellten (MFA) behandeln zu lassen. Die Akzeptanzrate lag bei etwa 67 % für die Behandlung kleinerer Erkrankungen und bei etwas über 50 % für chronische Erkrankungen (30). Diese Ergebnisse wurden durch weitere Studien bestätigt (31, 53).

Auch die zuvor beschriebenen Vorteile der Zeitersparnis, der damit verbundenen Entlastung der Ärzte sowie der Möglichkeit, dadurch mehr Patienten pro Tag zu behandeln, werden in zahlreichen Studien bestätigt (14, 29, 31, 45, 46, 48, 54, 55). Eine dadurch erreichte Steigerung der Effizienz wurde auch in einer anderen Studie beschrieben (48).

Zusammenfassend lässt sich auf Grundlage des vorliegenden Forschungsprojekts sowie zahlreicher weiterer Studien feststellen, dass die Hausärzte der Delegation überwiegend positiv gegenüberstehen und ihr eine hohe Relevanz innerhalb der hausärztlichen Versorgung zuschreiben. Die durch Delegation gewonnene Zeit ermöglicht eine Entlastung der Ärzte und trägt zu einer erhöhten Anzahl behandelbarer Patienten bei. Von der Delegation profitieren nicht nur die Ärzte, sondern auch das nicht-ärztliche Praxispersonal sowie die Patienten. Potenzielle Nachteile umfassen einen möglichen Informationsverlust, die eingeschränkte Kontrollierbarkeit delegierter Tätigkeiten sowie die Gefahr von Enttäuschungen auf Patientenseite.

Bedingungen und Problematiken (Forschungsfrage 2)

Die in der vorliegenden Studie identifizierten Bereiche mit hohem Potenzial für die Delegation an nicht-ärztliches Praxispersonal finden auch in der bestehenden Literatur Bestätigung. Insbesondere wurden hier die Diagnostik einschließlich technischer Untersuchungen, aber auch die Administration, das Qualitätsmanagement, das Wundmanagement sowie das geriatrische Basisassessment als besonders geeignete Felder für die Delegation hervorgehoben (45). Bereits 2014 identifizierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen die Delegation von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben als potenziellen Ansatz zur Entlastung der ärztlichen Tätigkeit (11). Eine Studie aus Nordrhein-Westfalen konnte zeigen, dass die Delegation organisatorischer Tätigkeiten einen höheren Stellenwert einnimmt als die Übertragung ärztlicher Leistungen (17).

In der vorliegenden Studie delegierte bereits etwa jeder zweite Hausarzt Routinehausbesuche. Im Vergleich dazu zeigte eine Untersuchung aus Sachsen, dass lediglich rund 8 % der Hausbesuche durch nicht-ärztliches Personal durchgeführt wurden (20). Eine Studie aus Mecklenburg-Vorpommern ergab, dass insbesondere ältere Ärzte Hausbesuche als ausschließlich ärztliche Leistung einstufen und eine Delegation ablehnten (46). Dies deutet darauf hin, dass das Alter einen Einfluss auf das Delegationsverhalten haben könnte. Eine weitere Untersuchung aus Baden-Württemberg zeigte, dass jüngere Ärzte eine positivere Einstellung zur Delegation hatten und ihr einen höheren Stellenwert zuschrieben (48). Zudem wurde hier erstmals festgestellt, dass Teilnehmende an der hausarztzentrierten Versorgung ebenfalls eine stärker positive Haltung gegenüber der Delegation aufwiesen (48).

Ebenso wie in dieser Studie, wurde die Delegation von Aufgaben in einer Untersuchung aus Sachsen als unabhängig vom formalen Fortbildungsstand des nicht-ärztlichen Personals beschrieben (20). Die hierbei hervorgehobene persönliche Eignung des

Delegationsempfängers, die als zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation angesehen wird, konnte auch in weiteren Studien belegt werden (18). Eine von mehreren ärztlichen Spitzenverbänden unterzeichnete Resolution zur Delegation unterstreicht diesen Individualitätsaspekt. Die Indikation zur Delegation sei demnach stets eine ärztliche Einzelfallentscheidung und orientiere sich an den spezifischen Fähigkeiten des jeweiligen Delegationsempfängers (56).

Sowohl in der vorliegenden Studie als auch in früheren Untersuchungen wurden der initiale Mehraufwand sowie die umfangreiche Einarbeitung als Barrieren für die Delegation identifiziert (17, 45). Darüber hinaus wurde ebenfalls die alleinige haftungsrechtliche Verantwortung der Ärzte bei delegierten Tätigkeiten in der Literatur als potenzielles Problem hervorgehoben (20, 31).

Erdmann und Ehlers (2015) publizierten einen Artikel mit dem Titel „So delegieren Sie richtig – Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen“, in dem sowohl der rechtliche Rahmen der Delegation als auch exemplarische Aufgaben beschrieben werden, die delegiert werden dürfen oder nicht (57). Diese Darstellung unterstützt die Ergebnisse der vorliegenden Studie, wonach Delegation als eine Fähigkeit verstanden wird, die von Ärzten erlernt und kontinuierlich entwickelt werden muss.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bereits zahlreiche Tätigkeiten aus verschiedenen Bereichen der Hausarztpraxis an nicht-ärztliches Personal delegiert werden. Besonders hervorzuheben sind dabei die Diagnostik, das geriatrische Basisassessment und vor allem administrative Aufgaben, die ein hohes Potenzial für Delegation aufweisen. Nicht delegierbar bleiben dagegen Befundung, Therapieableitung sowie das ärztliche Aufklärungsgespräch. Die Literatur unterstreicht, dass die individuelle Eignung der Delegationsempfänger eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Delegation darstellt, während der formale Fortbildungsstand eine eher untergeordnete Rolle spielt. Ärzte sollten daher sorgfältig abwägen, welche Aufgaben an welche Mitarbeitenden übertragen werden. Eine stabile persönliche Vertrauensbasis, klar definierte und begrenzte Delegationsbereiche sowie systematische Kontrollen, auch im Rahmen des Qualitätsmanagements, sind für den Erfolg der Delegation essenziell. Als potenzielle Herausforderungen werden der initiale Mehraufwand, ein nicht vollständig vermeidbarer Informationsverlust sowie die alleinige Haftungsverantwortung des Arztes genannt.

Erfahrungswerte mit Delegationsmodellen (Forschungsfrage 3)

Bereits im Jahr 2012 wurde in einer Studie gezeigt, dass hausarztbasiertes Case-Management durch eine MFA die Versorgung chronisch kranker Patienten effektiv verbessern kann (58).

Eine weitere Untersuchung aus Mecklenburg-Vorpommern belegte, dass Delegationsmodelle die hausärztliche Versorgung unterstützen und zugleich zur Entlastung der Ärzte beitragen (59, 60). Somit stellen solch fortgebildete, nicht-ärztliche Mitarbeitende eine relevante Ressource innerhalb der hausärztlichen Versorgung dar (61). Die Versorgung durch nicht-ärztliches Praxispersonal ist der ärztlichen Versorgung gleichwertig und kann zu einer verbesserten Lebensqualität sowie zu höherer Patientenzufriedenheit führen (62, 63). Im Speziellen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 konnte nachgewiesen werden, dass delegierte Aufgaben zu einer verbesserten glykämischen Kontrolle beitragen (64). Die Einbindung einer VERAH kann zudem die Anzahl von Krankenhauseinweisungen und Facharztkonsultationen verringern sowie die Medikamentenkosten reduzieren (65).

Ergebnisse einer Studie aus Nordrhein-Westfalen verdeutlichen, dass Hausärzte von der Beschäftigung weiterqualifizierter MFAs profitieren. In Praxen mit einer solchen weiterqualifizierten MFA wurde eine verstärkte Delegation beobachtet. Hausbesuche wurden beispielsweise 28-mal häufiger delegiert. Die Ärzte, die häufiger delegierten, waren zumeist jünger, verfügten über mehr Praxispersonal und arbeiteten vorwiegend in ländlichen Regionen (17). Ähnliche Befunde konnten in Baden-Württemberg nachgewiesen werden, wo Hausbesuche durch weitergebildete MFAs nahezu fünfmal häufiger durchgeführt wurden als durch nicht höher qualifizierte MFAs (49). Untersuchungen im ländlichen Brandenburg zeigten, dass die Delegation von Aufgaben zu einer Reduktion der ärztlichen Hausbesuche führte und es somit möglich war, eine größere Anzahl an Patienten pro Quartal zu versorgen (59, 66).

Weitere Studien belegen, dass sowohl die Praxisstruktur als auch die Lage der Praxis einen Einfluss auf das Delegationsverhalten haben. Insbesondere in ländlichen Regionen wird der Delegation ein höherer Stellenwert beigemessen, was durch entsprechende Untersuchungen gestützt wird (46). Eine Befragung von Hausärzten in Nordrhein-Westfalen zeigte zudem, dass die positive Einstellung zur Delegation mit der Anzahl der Kassensitze und den abgerechneten Patientenfällen korreliert. So berichteten etwa 61 % der Ärzte in Einzelpraxen von einer positiven Haltung gegenüber der Delegation, während dieser Anteil in MVZs bei 87 % lag (45).

In der Literatur wird ebenfalls die unterschiedliche Vergütung der Delegationsmodelle sowie deren Anpassung im zeitlichen Verlauf thematisiert (14). Dies unterstreicht die Relevanz der Kostendeckung als zentralen Faktor für die Implementierung solcher Modelle (46). Ferner wird in Studien eine ausreichende Personalbesetzung sowie die Bereitstellung von Zeit für die Tätigkeit der weiterqualifizierten MFA als wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung hervorgehoben (50). Der Vorteil der zeitlichen Entlastung sei vorhanden, allerdings hänge die erbrachte Leistung stark von der individuellen Person ab (50).

Die Aufwertung des Berufsbildes der MFA durch eine weiterführende Qualifizierung stellt einen weiteren Vorteil dar, der durch verschiedene Studien belegt wurde (29). In einer anderen

Untersuchung wurde diese Wertsteigerung vor allem auf das höhere Gehalt der MFA zurückgeführt (50).

Die Delegationsmodelle VERAH und NÄPA stellen die in Deutschland am meisten verbreiteten Modelle zur Übertragung ärztlicher Aufgaben an weiterqualifizierte MFAs dar (50, 67, 68). In diesen Modellen werden bereits vielfältige Tätigkeiten delegiert, wobei spezifische Aufgaben wie Hausbesuche und die Versorgung chronischer Wunden als feste Zuständigkeitsbereiche etabliert sind. Damit bilden diese Modelle eine zentrale Säule der hausärztlichen Versorgung und tragen zur Unterstützung der Patientenbehandlung bei. Insbesondere in ländlichen Regionen und in Praxen mit einem ausreichenden Personalschlüssel kommen diese Modelle verstärkt zum Einsatz. Die Sicherstellung eines kostendeckenden Betriebs erfordert eine Berücksichtigung des individuellen Bedarfs an weiterqualifizierten MFAs. Darüber hinaus spielt die persönliche Kompetenz der Mitarbeitenden eine wesentliche Rolle für eine erfolgreiche Umsetzung. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte berichten die befragten Ärzte überwiegend von positiven Erfahrungen. Als potenzielle Hindernisse für die Implementierung werden die Vielzahl bestehender Modelle, die unsichere Kostendeckung sowie die Personalsituation identifiziert.

Ausbaumöglichkeiten und Zukunftsideen (Forschungsfrage 4)

Der Bedarf an klaren und rechtssicheren Leitlinien zur Delegation in der Hausarztpraxis wurde auch in einer weiteren Untersuchung identifiziert. Es wurde hervorgehoben, dass Leitlinien nicht nur Ärzte adressieren sollten, sondern auch nicht-ärztliche Mitarbeitende, wie Physician Assistants, um eine konsistente und qualitativ hochwertige Patientenversorgung über Berufsgruppen hinweg sicherzustellen (69).

Die in dieser Studie genannten Ansätze zur Optimierung der Delegation sowie die aufgezeigten Zukunftsideen finden sich auch in der bestehenden Literatur wieder. Hausärzte aus Nordrhein-Westfalen kamen zu dem Ergebnis, dass eine Ausweitung der Delegation unter den gegenwärtigen Bedingungen des Personalmangels nur eingeschränkt umsetzbar sei (45). Darüber hinaus wurde in einer weiteren Untersuchung die potenzielle Entstehung von Doppelstrukturen diskutiert, wodurch beispielsweise Konkurrenz zu ambulanten Pflegediensten entstehen könnte (29).

Das Entstehen von Doppelstrukturen lässt sich auch im Zusammenhang mit der Einrichtung spezialisierter Versorgungsräume für höherqualifiziertes Pflegepersonal, beispielsweise in Form von „Gesundheitskioske“, diskutieren. Schröter (2024) beschreibt in seinem Artikel „Primärmedizinische Versorgung in Deutschland am Scheideweg“ verschiedene Initiativen zur Erweiterung der Versorgungsangebote. Hierzu zählen neben Gesundheitskiosken auch

Primärversorgungszentren, Community Health Nursing und hausärztliche Institutsambulanzen, die das bestehende System ergänzen sollen (70). Die untersuchten Versorgungsmodelle fokussieren überwiegend chronisch kranke Patienten in ländlichen Regionen. Nach Ansicht des Autors sind diese Konzepte jedoch nicht in der Lage, einen substanziellen Ausgleich für den bestehenden Mangel an Ärzten und qualifiziertem Fachpersonal zu schaffen (70). Nach Ansicht des Autors führen Gesundheitskioske zu einer Überlappung mit etablierten hausärztlichen Versorgungsformen und entsprechen somit dem Konzept einer Doppelstruktur. Gleichzeitig entsteht eine rechtliche Unklarheit bezüglich ihrer Zulässigkeit. Ferner wird kritisch hinterfragt, welches Personal für den Betrieb dieser Einrichtungen eingesetzt werden soll, was mit den Befunden dieser und anderer Studien korrespondiert (70). Das Modell der Community Health Nurse wird ebenfalls diskutiert, da es eine Akademisierung des Pflegeberufes vorsieht und eine teilweise Substitution ärztlicher Leistungen beinhaltet. Auf diese beiden Aspekte wird im weiteren Verlauf noch detailliert eingegangen. Schröter schließt die Schaffung eines neuen Heilkundeberufs mit einem vergleichbaren Zeitaufwand wie ein Medizinstudium als praxisnahe Lösung für den Fachkräfte- und Ärztemangel aus (70). Leistungen, die von Primärversorgungszentren unter Leitung akademisierten Pflegepersonals vorgesehen sind, könnten prinzipiell auch von regulären Hausarztpraxen erbracht werden. Das in hausärztlichen Institutsambulanzen eingesetzte Personal würde dem vertragsärztlichen Bestand entzogen, sodass lediglich eine Umverteilung erfolge. Schröter kommt zu dem Schluss, dass die Optimierung der Effizienz bestehender Versorgungsstrukturen Vorrang vor der Schaffung paralleler Strukturen haben sollte. Lösungsansätze könnten eine hierarchische Zugangskontrolle innerhalb eines gestuften Primärversorgungssystems oder die Sanktionierung nicht gesteuerter Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sein. Das Kernproblem sei demnach die inadäquate Nutzung ärztlicher Kapazitäten (70).

Das Berufsmodell der Community Health Nurse wird als ein Beispiel für neue, potenziell optimierende Versorgungsstrukturen diskutiert. Ihr Einsatz in der Primärversorgung zielt darauf ab, die Kontinuität der Patientenversorgung sicherzustellen. Typische Aufgabenbereiche umfassen Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen, Vorsorgeleistungen sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (71). Obwohl dieses Berufsbild in mehreren Ländern bereits etabliert ist, existieren in Deutschland bislang nur wenige Modellversuche, und die Evidenz zur Wirksamkeit ist unzureichend (72). In einer Befragung unter Hausärzten in Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2022 zeigte sich eine überwiegend ablehnende Haltung gegenüber dem Modell der Community Health Nurse. Als Begründung wurde insbesondere die fehlende Anbindung an die Praxis angeführt (73). Die Ärzte plädierten dafür, vorhandene Strukturen zu stärken, statt neue Versorgungsmodelle zu etablieren (73). Gleichzeitig befürworteten sie eine stärkere Einbindung der VERAH sowie eine

Akademisierung dieses Berufsbildes, was auch dem Standpunkt des Deutschen Hausärzteverbands entspricht (74). Befragte Hausärzte aus Berlin, Brandenburg und Thüringen sahen die Schaffung neuer Fortbildungsmodelle ebenfalls als irrelevant. Nur für 30 % der Befragten sei dies ein wichtiger Aspekt (18). Andere Studien bestätigen die eher kritische Betrachtung solcher Berufsbilder (73, 75). Viele Aufgaben einer Community Health Nurse würden bereits durch eine VERAH abgedeckt werden (73).

Der Wunsch nach einer Akademisierung bestehender Gesundheitsberufe wurde sowohl in der vorliegenden Studie als auch in weiteren Forschungsarbeiten identifiziert. Begründet wird dieser Wunsch durch die signifikante Kompetenz- und Wissensdifferenz zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Personal, die durch eine gezielte Akademisierung verringert werden soll (17). Der Sachverständigenrat wies bereits mehrfach darauf hin, dass die bestehenden Qualifikationsstrukturen in den Pflegeberufen, dem Aufgabenzuwachs und den gesteigerten Anforderungen hinterher hinken (11). Ein Ausbau hochschulischer Qualifizierungen gelte als erforderlich, und die Akademisierung bestehender Gesundheitsberufe sollte systematisch weiter gefördert werden (11). Auch ein Interdiszipliniertes Symposium kam zu dem Schluss, die Akademisierung der Gesundheitsberufe sei sinnvoll und notwendig (32, 33). Bei der Vielzahl der vorhandenen Modelle sollte jedoch eine Synchronisation der Modelle erfolgen (32). Die Notwendigkeit einer Synchronisierung und Anpassung des Ausbildungscurriculums zur MFA wurde sowohl in dieser Studie hervorgehoben als auch durch weitere Studienbefunde bestätigt (20, 54).

Der Physician Assistant (PA) stellt ein Beispiel für einen akademisierten Pflegeberuf dar, dessen Ziel es ist, die Schnittstelle zwischen Pflege und ärztlicher Tätigkeit zu überbrücken. Der Deutsche Hausärzteverband bewertet PAs jedoch als für die hausärztliche Versorgung ungeeignet, da ihnen die direkte Praxisnähe, wie sie beispielsweise bei VERAHs gegeben ist, fehlt (74). Eine Arbeit, die den Einsatz von PAs im Kontext des Hausärztemangels untersucht, kommt zu dem Schluss, dass dieses Berufsbild hierfür nur bedingt geeignet ist. PAs sind überwiegend im stationären Sektor tätig, und ihr Curriculum weist nur geringe Schwerpunkte auf, die für die primärmedizinische Versorgung relevant sind. Auch der praxisorientierte Anteil des Studiums ist im Vergleich zu VERAHs, NÄPAs oder MFAs deutlich geringer. Als alleinige oder prioritäre Maßnahme zur Abmilderung des Hausärztemangels ist der PA daher nicht geeignet. Ein speziell auf die primärmedizinische Versorgung ausgerichteter Studienplan wäre erforderlich (75). Im Jahr 2023 gaben nahezu 50 % der befragten Hausärzte aus Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt an, ein grundsätzliches Interesse am Berufsbild des PA zu haben. Etwa 60 % der Befragten hielten es für möglich, eine Sprechstunde für unkomplizierte Atemwegsinfektionen zu delegieren. Diese Befunde unterstreichen, dass die systematische

Untersuchung der Machbarkeit, Sicherheit und Qualität entsprechender Delegationsmodelle aus gesundheitspolitischer Sicht von hoher Relevanz ist (76).

Ein in diesem Zusammenhang zu nennendes Projekt, ist das der HÄPPI, kurz für Hausärztliches Primärversorgungszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell. Dieses Konzept wurde durch eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe im Hausärzteverband Baden-Württemberg entwickelt. Ein Kernaspekt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Ziel des Modells ist eine interprofessionelle Versorgung zu fördern. Dazu werden akademische, nicht ärztliche Gesundheitsberufe fest eingebunden. Zu nennen sind hier zum einen der PA aber auch der Beruf des Primary Care Manager, kurz PCM (77).

In mehreren europäischen Ländern mit einer gut etablierten allgemeinmedizinischen Versorgung übernehmen nichtärztliche Berufsgruppen ein hohes Maß an eigenständiger Tätigkeit. In Großbritannien werden beispielsweise sogenannte „Clinics for Minor Diseases“ eigenverantwortlich von Nurse Practitioners geführt (78). Eine potenzielle Gefährdung der beruflichen Identität der Allgemeinmedizin, wie sie in Deutschland teilweise diskutiert wird, konnte dort nicht beobachtet werden (78). Aufgrund struktureller Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen ist eine direkte Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Deutschland jedoch nur eingeschränkt möglich (78).

Die in dieser Studie ebenfalls erwähnte Arztzentrierung sticht auch im internationalen Vergleich hervor (31, 79). Trotz fortschreitender Akademisierung der Gesundheitsberufe, gelten in Deutschland, anders als im Ausland, nur für den Arzt Tätigkeitsvorbehalte (79). Die Anerkennung dieses Tätigkeitsvorbehalts sei eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (31). Es besteht die Befürchtung, dass durch die Abgabe ärztlicher Tätigkeiten eine Entwertung des Arztberufes eintreten könnte und der Hausarzt langfristig sogar ersetzt werden könnte (29, 31). Die Abgabe von ärztlichen Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal mit Abgabe der Endverantwortung an den nicht-ärztlichen Mitarbeiter wird als Substitution bezeichnet (57). Laut dem Sachverständigenrat könne durch Delegation und Substitution der Bedarf an Hausärzten verringert werden (80). Auch eine Studie aus NRW stellte die Frage, ob es wie im Ausland sinnvoll wäre, die Substitution in Deutschland einzuführen (17). In Deutschland wird die Substitution bisher nur im Rahmen von Modellvorhaben genutzt und ist kein Teil der Regelversorgung (18, 57). Im Rahmen eines interdisziplinären Symposiums im Jahr 2014 wurde die Delegation ärztlicher Tätigkeiten als geeignetes und entlastendes Instrument beurteilt, wohingegen eine Substitution ärztlicher Leistungen eindeutig abgelehnt und als nicht vorstellbar eingeschätzt wurde (32). Die Position der Bundesärztekammer verdeutlicht ebenfalls den berufspolitischen Widerstand gegenüber einer Substitution ärztlicher Leistungen. Während die Delegation als notwendiges Instrument zur Entlastung angesehen wird, wird einer Substitution weder ein positiver Effekt auf die

Versorgungsqualität noch auf die Kostenstruktur zugesprochen (33). Laut ihnen würde die Substitution das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach Facharztstandard verletzen. Es könne unter gewissen Umständen sogar gesundheitsgefährdend sein (33). Es wird die Entstehung einer Zweiklassenmedizin befürchtet. Zudem wird in anderen Studien auf die mögliche Verletzung des Rechts auf eine Behandlung nach Facharztstandard hingewiesen. Auch in diesem Zusammenhang wird betont, dass die Verantwortung vollständig beim Arzt verbleiben müsse (56). Im Gegensatz dazu ergab eine Studie aus Baden-Württemberg, dass insbesondere jüngere Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung beteiligt waren, eine größere Offenheit gegenüber der Substitution ärztlicher Aufgaben aufwiesen (48).

In einem Artikel mit dem Titel: „Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande“ spricht sich der Autor für die Förderung der Substitution und Delegation aus. Bei dem Verlust an Ärzten müssen die vorhandenen Strukturen optimaler genutzt werden. Dies gälte insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen (81). Im ländlichen Raum käme der Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote eine besondere Bedeutung zu. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen dieser Studie identifiziert der Autor die Einrichtung stationärer Anlaufstellen, die durch qualifiziertes Pflegepersonal betreut werden, als möglichen Lösungsansatz. Ergänzend können Mobilitätsangebote wie Bürgerbusse oder Ruftaxen zur Verbesserung des Zugangs zur Versorgung beitragen. Darüber hinaus wird die Etablierung und Förderung telemedizinischer und digitaler Versorgungsstrukturen als besonders relevant für ländliche Regionen hervorgehoben (81). Auch in diesem Artikel wird eine ausreichende Vergütung als zentrale Voraussetzung benannt. Eine im Jahr 2020 durchgeführte Befragung zeigte, dass Bürger der Telemedizin grundsätzlich offen gegenüberstehen (82). Zwar eröffne die Telemedizin neue Potenziale für die medizinische Versorgung, könne jedoch lediglich eine ergänzende Rolle einnehmen, da andernfalls die Arzt-Patienten-Beziehung gefährdet wäre (82). Während im Jahr 2017 lediglich rund 1,8 % der Befragten eine Videosprechstunde nutzten, stieg dieser Anteil bis 2020 auf 52,5 %. Dieser deutliche Anstieg innerhalb von drei Jahren verdeutlicht, dass die Telemedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt und sich stärker in der medizinischen Versorgung etabliert (82).

5.4. Stärken und Limitationen der Studie

Durch die Wahl von offenen Fragen können besonders die individuellen Erfahrungen aber auch die Wünsche der Teilnehmer erhoben werden. Daraus ergibt sich die Chance neue Erkenntnisse zu generieren, die wiederum in größeren Studien gilt zu erforschen. Die Stärken dieser Studien liegen auch in der Einbeziehung aller geführten Interviews sowie der selbständigen Durchführung aller Interviews. Da keiner der befragten Hausärzte einer

Institution zugehörig ist, bestehen keine Interessenskonflikte. Die Quellen sind als authentisch und vollständig anzusehen. Durch die Berücksichtigung gewisser Merkmale konnte eine heterogene Gruppe generiert werden, was zu einer hohen Variabilität beiträgt.

Gleichzeitig stellen die 20 interviewten Ärzte eine kleine Stichprobe dar und bilden eine wesentliche Limitation dieser Studie. Außerdem können die Ergebnisse der Befragungen, trotz hoher Variabilität, nicht auf die deutschlandweite Hausmedizin übertragen werden, da die Auswahl der Befragten nach bestimmten soziodemographischen Merkmalen erfolgte. Würde man weitere Hausärzte mit anderen soziodemographischen Merkmalen auswählen und mit demselben Interviewleitfaden befragen, könnten die Ergebnisse divergieren. Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, Tendenzen, Erfahrungen und Ideen zu erfassen, nicht allgemeingültige Aussagen zu treffen.

Eine weitere Limitation könnten die überwiegend telefonisch durchgeführten Interviews darstellen, die möglicherweise andere Ergebnisse liefern als persönliche Befragungen. Durch direkt gerichtete Fragen, Nachfragen und die Äußerung persönlicher Meinungen ist ein methodisch sauberes Arbeiten nicht vollständig gewährleistet. Die Kodierung in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bleibt ein interpretativer Prozess, sodass Objektivität nicht garantiert werden kann. Auch die Interkodier-Reliabilität ist bei der Einzelautorenschaft dieser Arbeit nicht gegeben. Daher ist nicht auszuschließen, dass eine Kodierung der Interviewtexte durch eine andere Person zu abweichenden Ergebnissen führen würde. Somit stellt auch die angewandte Methodik dieser Arbeit eine begrenzende Limitation dar.

6. Abschließende Betrachtung und Ausblick

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, den aktuellen Stand der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal in der hausärztlichen Versorgung zu erfassen. Dabei sollte ein vertieftes Verständnis zu Kenntnisstand, Einstellungen und Erfahrungen von Hausärzten gewonnen werden. Zusätzlich wurden etablierte Delegationsmodelle, insbesondere VERAH und NäPA, hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung und des Optimierungspotenzials analysiert. Die Studie untersuchte sowohl bereits delegierte Aufgaben als auch Möglichkeiten, die Delegation effizienter und breiter umzusetzen, unter Berücksichtigung individueller Qualifikationen, Praxisstrukturen und organisatorischer Rahmenbedingungen.

Die Befragungen zeigten eine grundsätzlich positive Haltung der Hausärzte gegenüber Delegation. Sie bewerteten Delegation als notwendig, um den steigenden Versorgungsauftrag, den zunehmenden Zeitdruck und den Personalmangel zu bewältigen. Als

zentrale Vorteile wurden Zeitersparnis, Entlastung im Arbeitsalltag, Effizienzsteigerung, höhere Patientenzufriedenheit sowie Wertschätzung und Qualifikation des Praxispersonals genannt. Potenzielle Nachteile bestanden in Informationsverlusten, eingeschränkter Kontrollierbarkeit delegierter Tätigkeiten und der Haftungsverantwortung der Ärzte.

Bereits delegierte Aufgaben umfassten Standardimpfungen, Blutentnahmen, technische Untersuchungen (EKG, Lungenfunktion, Langzeitblutdruck), administrative Tätigkeiten, Routinehausbesuche, Wundmanagement sowie geriatrische Basisassessments. Nicht delegierbar bleiben Befundung, Therapieableitung und ärztliche Aufklärungsgespräche. Erfolgreiche Delegation hängt insbesondere von der persönlichen Kompetenz der MFAs, von Vertrauen, individueller Anleitung und systematischen Kontrollen ab.

Die Befragten zeigten eine positive Einstellung gegenüber den Delegationsmodellen VERAH und NäPA, insbesondere im Hinblick auf Hausbesuche, standardisierte Routineaufgaben und Wundmanagement. Fortgebildete MFAs ermöglichten eine höhere Delegationsrate, steigerten die Effizienz und trugen zu einer verbesserten Patientenversorgung bei. Praktische Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung sind ausreichende Personalbesetzung, Kostendeckung, klare Strukturen und individuell abgestimmte Aufgabenbereiche.

Die Ergebnisse stimmen weitgehend mit Befunden aus früheren Studien in Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg, Baden-Württemberg und Thüringen überein. Auch dort zeigte sich eine überwiegend positive Einstellung gegenüber Delegation, Zeitersparnis als zentraler Vorteil, erhöhte Arbeitszufriedenheit bei MFAs sowie Patientenzufriedenheit (20, 27, 28, 30, 31, 40-47, 49, 50). Unterschiede bestanden teilweise im Selbsteinschätzungsstand der Ärzte, wobei die eigene Studie eine eher positive Bewertung des Kenntnisstands zeigt, während andere Studien Defizite identifizierten (40, 42, 43). In vielen Untersuchungen wurde die persönliche Eignung der MFA als wichtiger als der formale Fortbildungsstand hervorgehoben (27, 30). Die Notwendigkeit systematischer Kontrollen und die anfängliche Mehraufwendung werden ebenfalls in der Literatur bestätigt (25, 40).

Die Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Praxispersonal ist ein wirksames Instrument, um die hausärztliche Versorgung effizienter zu gestalten und die Arbeitsbelastung der Ärzte zu reduzieren. Sie bietet Vorteile für Ärzte, MFAs und Patienten, während Risiken wie Informationsverlust oder Haftungsverantwortung durch gezielte Organisation, Vertrauen und strukturierte Kontrollen minimiert werden können. Fort- und Weiterbildungsmodelle wie VERAH und NäPA sind zentrale Säulen für die erfolgreiche Umsetzung, insbesondere bei standardisierten Aufgaben und Hausbesuchen.

Die Studie zeigt, dass trotz positiver Einstellung und vorhandener Modelle Delegation in der Praxis noch nicht vollständig ausgeschöpft wird. Optimierungspotenziale bestehen in der

Leitlinienimplementierung, Digitalisierung, Akademisierung von Gesundheitsberufen, Telemedizin und gezielter Anpassung der MFA-Ausbildung. Eine verstärkte systematische Förderung der Delegation kann dazu beitragen den steigenden Versorgungsbedarf zu decken, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen, und stellt somit ein zentrales Instrument zur Sicherung der Primärversorgung dar.

7. Literaturverzeichnis

1. Blüher S, Kuhlmei A. Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. Soziologie von Gesundheit und Krankheit: Springer; 2016. p. 313-24.
2. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung in Deutschland bis 2060 - Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung - Hauptvarianten 1-9. 2019.
3. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. 2015.
4. Robert Koch Institut. Kapitel 9: Welche Auswirkung hat der demographische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? Gesundheit in Deutschland. 2015.
5. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. 2017.
6. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. 2023.
7. Bundesministerium für Gesundheit. Ärztliche Versorgung 2025 [Zitiert am 05.09.2025]; URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html>.
8. Klose J, Uhlemann T. Fehlllokationen in der vertragsärztlichen Versorgung - Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. GGW. 2006;6(3/06):7-17.
9. Demary V, Koppel O. Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2013(3):1-17.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009.
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche 2014.
12. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Delegations-Vereinbarung - Anlage 8 BMV-Ä in der Fassung vom 17. Juli 2023. 2009.
13. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Delegations-Vereinbarung - Anlage 24 BMV-Ä Stand 1. Januar 2015. 2013.
14. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2015;78(08/09):62-8.
15. Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) e. V. Fortbildungsordnung zur Versorgungsassistenten/-in in der Hausarztpraxis VERAH®. 2008.
16. Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ 3. Auflage. 2023.
17. Gisbert Miralles J, Heintze C, Dini L. Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2020;156-157:50-8.

18. Wolf F, Krause M, Meißner F, Rost L, Bleidorn J, Dierks MT, et al. [Attitudes of general practitioners and medical practice assistants towards the delegation of medical services: Results of a survey in Berlin, Brandenburg and Thuringia]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2023;85(12):1115-23.
19. Dini L, Koppelow M, Reuß F, Heintze C. [The Delegation Agreement and its Implementation Inside and Outside the GP Office from the Perspective of Practice Owners]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2021;83(7):523-30.
20. Bortz M, Schübel J, Pochert M, Bergmann A, Voigt K. [Delegation of Home Visits and Qualification of Health Care Assistants in Family Practices in Saxony, Germany - Results of the Cross-Sectional Study SESAM-5]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2021;83(2):95-102.
21. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. 2022.
22. Kögel A, Lauerer M, Zank D. Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus mit Fokus auf Niedergelassene. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2024;8(2):118-23.
23. Herrmann M, Ohlbrecht H, Seltrecht A. Hausärztemangel auf dem Land -Einblicke in die ländliche Primärversorgung: Mabuse-Verlag; 2019.
24. Wangler J, Jansky M. Hausärztemangel im Spiegel der Medien - Eine inhaltsanalytische Studie zu Darstellungsmustern in der Nachrichtenberichterstattung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2020;96(5):214-9.
25. Kassenärztliche Bundesvereinigung. MVZ Survey 2011 - Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. 2012.
26. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller C-H. Berufserwartungen von Medizinstudierenden - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012;109(18):327-32.
27. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Delegation - Regelungen zur Delegation ärztlicher Leistungen [zitiert am 05.09.2025]; URL: <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/delegation>.
28. Bundesärztekammer, Deutschen Hausärzteverband/Institut für hausärztliche Fortbildung. Memorandum of Understanding. 2014.
29. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co — Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinische Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2009;85(10):403-5.
30. Jedro C, Holmberg C, Tille F, Widmann J, Schneider A, Stumm J, et al. Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Medizinische Fachangestellte. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117(35-36):583-90.
31. Schmiedhofer MH, Brandner S, Kuhlmeier A. [Delegation of Medical Treatment to Non-physician Health Care Professionals: The Medical Care Structure agneszwei in Brandenburg - A Qualitative Acceptance Analysis]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2017;79(6):453-60.
32. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie E.V. Interdisziplinäres Symposium „Ärztliche Leistungen: Delegation gestalten, Substitution verhindern“ 2014 [zitiert am 05.09.2025]; URL: https://www.dgch.de/index.php?id=131&tx_news_pi1%5Bnews%5D=483&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=afed258bb2c0bbdbb28f7b83a08c931a.
33. Windhorst T. Ärztliche Leistungen: Delegation gestalten, Substitution verhindern - Vortrag: Standpunkt der Bundesärztekammer - Interdisziplinäres Symposium DGAI;DGCH;DGIM;BDA;BDA Deutsche Gesellschaft für Chirurgie E.V.; 2014 [zitiert am 05.09.2025];URL: https://www.dgch.de/index.php?id=131&tx_news_pi1%5Bnews%5D=483&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=afed258bb2c0bbdbb28f7b83a08c931a.

34. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. ed. Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag; 2005.
35. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. 4 ed. Heidelberg: Springer Verlag; 2011.
36. Kruse J. Qualitative Interviewforschung 2015.
37. Wangler J, Jansky M. Hausärztliche Betreuungsbedürfnisse pflegender Angehöriger - Ergebnisse einer Online-Befragung. ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2019;95:442-7.
38. Wangler J, Jansky M. Dementia diagnostics in general practitioner care. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2020;170(9):230-7.
39. Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M. [The practice staff in primary care dementia recognition-is there an untapped potential?]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2019;52(7):661-6.
40. Wangler J, Jansky M. Prerequisites for providing effective support to family caregivers within the primary care setting – results of a study series in Germany. BMC Family Practice. 2021;22.
41. Mey G, Mruck K. Qualitative Interviews. In: Naderer G, Balzer E, editors. Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Gabler Verlag; 2007. p. 247-78.
42. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2. ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
43. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. 12., überarb. Aufl. ed. Weinheim: Beltz; 2015.
44. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. ed. Marburg: Eigenverlag; 2018.
45. Dini ML, Miralles JG, Heintze C. Delegation in der Hausarztpraxis - Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen - Abschlussbericht.: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen; 2018.
46. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. Family practice. 2012;29(4):448-54.
47. Adarkwah C, Schaffert A, Labenz J, Becker A, Hirsch O. Einschätzung der beruflichen Perspektive von Hausärzten im ländlichen Raum. MMW – Fortschritte der Medizin. 2019;161:9–14.
48. Averbek H, Raedler J, Dhami R, Schwill S, Fischer JE. Task shifting to improve practice efficiency: A survey among general practitioners in non-urban Baden-Wuerttemberg, Germany. European Journal of General Practice. 2024;30(1):2413123.
49. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. [Evaluating the deployment of VERAHS in family doctor-centred health care in Baden-Wuerttemberg]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2013;107(6):386-93.
50. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Güthlin C. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2016;92:402-7.
51. Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Terschüren C, van den Berg N, Hoffmann W. A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. Journal of Advanced Nursing 2010;66(3):635-44.
52. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. BMC Family Practice. 2017;18(1):102.
53. Bölter R, Ose D, Goetz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten. Medizinische Klinik. 2010;105:7-12.
54. Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2011;87(6):280-6.
55. Vollmar HC, Oemler M, Schmiemann G, Beck A, Baum E, Schluckebier I, et al. Einschätzung von Hausärzten zu Leitlinien, Fortbildung und Delegation. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2013;89(1):23-30.
56. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Weitere ärztliche Spitzenverbände. Resolution zur Delegation. 2012.

57. Erdmann A, Ehlers A. Delegation ärztlicher Leistungen – So delegieren Sie richtig – Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2015;232(09):1040-3.
58. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient education and counseling.* 2012;86(1):114-9.
59. van den Berg N, Meinke C, Matzke M, Heymann R, Flessa S, Hoffmann W. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. *BMC health services research.* 2010;10:155.
60. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. [Evaluating the deployment of VERAHs in family doctor-centred health care in Baden-Wuerttemberg]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* 2013;107(6):386-93.
61. Schneider A. Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin – eine bayerische Perspektive. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)).* 2015;77(03):213-8.
62. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *The European journal of general practice.* 2021;27(1):198-210.
63. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2018;7(7):1-121.
64. Mirhoseiny S, Geelvink T, Martin S, Vollmar HC, Stock S, Redaelli M. Does task delegation to non-physician health professionals improve quality of diabetes care? Results of a scoping review. *PloS one.* 2019;14(10):e0223159.
65. Senft JD, Wensing M, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study. 2019;9(12):e033325.
66. van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W. [Transfer of the AGnES concept to the regular German health-care system: legal evaluation, reimbursement, qualification]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)).* 2010;72(5):285-92.
67. Beerheide R, Haserück A. Gesundheitsberufe: Kooperation und Delegation soll Versorgung sichern. 2022;119(47):2052–6.
68. Mergenthal K, Güthlin C. Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H, editors. *Management von Gesundheitsregionen IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018. p. 89-100.
69. Rusert R, Jansky M, Wangler J. Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien – Eine explorative Befragung 2023.
70. Schröter T. Primärmedizinische Versorgung in Deutschland am Scheideweg. *Die Innere Medizin.* 2024;65(9):865-70.
71. Weskamm A, Keßler IG, Marks F. Community Health Nursing in Deutschland - Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum: Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.; 2019.
72. Nock AM, Iversen L, Waidhas L, Petersen-Ewert C. Community Health Nursing in der Stadt (CoSta). 2022;35(6):373-80.
73. Mußgnug T, Mangiapane S, Czihal T. Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin.* 2022;98(9):298-303.
74. Mühlenfeld H-M. Entlastung aus der Praxis für die Praxis - Kann es jemand besser als die VERAH®? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin.* 2019;6:287.
75. Iqbal-Ochs S, Popert U. Physician Assistant - eine Lösung des Hausärztemangels in Deutschland? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin.* 2020;96(6):252-6.

76. Dehnen A, Borchardt B, Schillen P, in der Schmitten J, Kersting C, Fuchs A, et al. Integration von Physician Assistants in die hausärztliche Versorgung: Akzeptanz und Bedenken von Hausärzt*innen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2025;192:66-76.
77. Hausärzterverband H-u. HÄPPI Hausärztliches Primärversorgungszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell; ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes 2024.
78. Egidi G, Bülders S, Diederichs-Egidi H, Mergenthal K. Könnte das nicht auch die MFA erledigen? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2015;91(12):517-21.
79. Döhler M. Die Regulierung von Professionsgrenzen - Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag; 1997.
80. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018.
81. Lübking U. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. Gesundheits- und Sozialpolitik. 2020;74:8-15.
82. Harder JL, Linden P, Jahn L, Aslan M, Schmücker V. Überregionale telemedizinische Ergänzungsbehandlung für die ländliche Hausarztversorgung - eine Mixed-Methods-Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2022;169:67-74.

8. Anhang

Anhangsverzeichnis

1. Anhang A – Befragungsinstrumente	105
1.1 Leitfaden zum Experteninterview	105
1.2 Einwilligungserklärung	107
2. Anhang B – Interviewtranskripte	108
2.1 Transkript Interview I - M45-E-I	108
2.2 Transkript Interview II - M46-GP-ALI	112
2.3 Transkript Interview III - M48-GP-ALI	118
2.4 Transkript Interview IV - M49-E-I	123
2.5 Transkript Interview V – M51-MVZ-I	128
2.6 Transkript Interview VI – M57-E-AL	135
2.7 Transkript Interview VII – M60-E-AL	150
2.8 Transkript Interview IIX – M60-GP-I	154
2.9 Transkript Interview IX – M64-E-AL	159
2.10 Transkript Interview X – M65-E-AL	163

2.11 Transkript Interview XI – M72-GP-ALI	168
2.12 Transkript Interview XII – W34-MVZ-AL	173
2.13 Transkript Interview XIII – W37-E-I	179
2.14 Transkript Interview XIV – W45-GP-AL	184
2.15 Transkript Interview XV – W46-GP-I	188
2.16 Transkript Interview XVI – W47-GP-AL	193
2.17 Transkript Interview XVII – W49-GP-AL	200
2.18 Transkript Interview XVIII – W54-GP-AL	204
2.19 Transkript Interview XIX – W55-GP-AL	208
2.20 Transkript Interview XX – W63-E-I	212

1 Anhang A - Befragungsinstrumente

1.1 Leitfaden zum Experteninterview

Leitfaden zum Dissertationsprojekt:

„Delegationspotenziale in der Primärversorgung -
Einstellungen, Erfahrungen und Optimierungsansätze aus hausärztlicher Sicht“

1. a) Wenn Sie das Wort ‚Delegation‘ hören: Was fällt Ihnen hierzu ein?
b) Was verstehen Sie unter Delegation in der Hausarztpraxis?
2. Inwiefern ist Delegation für Sie und Ihre Arbeit ein relevantes Thema?
3. Wie stehen Sie grundsätzlich zu der Delegation von bestimmten Tätigkeiten in der Hausarztpraxis? Warum?
 - a) Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?
 - b) Welchen Nutzen sehen Sie sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus Sicht der Patienten?
 - c) Inwieweit ist Delegation heutzutage (für Hausärzt*innen) ein besonders relevantes Thema? Warum?
4. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand rund um dieses Thema beurteilen? Inwieweit kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?
5. Nach dem, was Sie wissen oder vermuten: Wo bestehen in der Hausarztpraxis Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereich liegen (besonders große) Potenziale?
6. Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Delegation gemacht? Wie würden Sie Ihre Erlebnisse bzw. Beurteilung von Delegation speziell in der Hausarztpraxis beschreiben?
7. a) Welche Aufgaben delegieren Sie aktuell in Ihrer Praxis?
b) Welche Aufgaben haben Sie in der Vergangenheit bereits delegiert?
c) Gibt es bestimmte Themengebiete, in denen Sie (verstärkt) Aufgaben delegieren? Falls ja, welche und warum?
d) Würden Sie sagen, Sie delegieren heute eher mehr Aufgaben als früher oder weniger? Falls ja, womit hängt dies zusammen?
e) Wo bzw. in welchen Bereichen haben Sie vor dem Hintergrund Ihrer hausärztlichen Tätigkeit einen konkreten Delegationsbedarf? Welche Aufgaben und Tätigkeiten würden Hausärzt*innen gerne (verstärkt) delegieren? (Welche Aufgaben würden Sie gerne in Zukunft delegieren können?)
8. Welche Herausforderungen und Probleme haben Sie bereits bei der Delegation von Aufgaben erlebt? Könnten Sie diese beschreiben?
9. Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein? Wo sollten Delegationsmöglichkeiten ausgebaut werden?

10. Delegieren Sie nur an nicht-ärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung durchlaufen hat oder delegieren Sie auch darüber hinaus? (Falls ja, was delegieren Sie ggf. auch an nicht-fortgebildetes Personal?)
11. Wie ist Ihr Kenntnisstand bezüglich Delegationsmodellen wie VERAH, NäPA etc. ?
 - a) Wie ist Ihre Einstellung bezüglich solcher Delegationsmodelle?
 - b) Haben Sie bereits Erfahrungen mit solchen Delegationsmodellen VERAH oder NäPA gemacht? Falls ja, wie würden Sie diese Erfahrungen beschreiben? Was funktioniert bei diesen Delegationsmodellen gut, was weniger gut?
 - c) Wie sind Sie auf diese Modelle aufmerksam geworden bzw. wie haben Sie davon erfahren? Was waren für Sie entscheidende Gründe, diese Modelle zu übernehmen?
12. Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie in solchen Fortbildungen?
13. Haben Sie oder würden Sie Mitarbeiter*innen mit einer solchen Fortbildung gezielt einstellen?
14. Falls Sie Mitarbeiter*innen beschäftigen, die über solch eine Fortbildung verfügen, übernehmen sie gezielte Aufgaben wie Hausbesuche?
15. Wo besteht Ihrer Meinung nach noch Bedarf an Delegation bzw. wo sehen Sie Defizite?
16. a) Haben sie Ideen zur Verbesserung von Delegation in Hausarztpraxen? Wie könnte man die Delegation im Hausarztsetting ausbauen bzw. weiterentwickeln?
 b) Welche Voraussetzungen gilt es dafür zu erfüllen?
17. a) Inwiefern würde es Ihnen eine Hilfe sein, wenn Leitlinien (z.B. der DEGAM) stärker auf Möglichkeiten der Delegation eingehen?
 b) Wäre es sinnvoll, wenn evidenzbasierte Strukturen wie Disease Management Programme stärker Möglichkeiten der Delegation berücksichtigen?

1.2 Einwilligungserklärung

Promotionsprojekt: Delegationspotenziale in der Hausarztpraxis

Intervieweinwilligung

1. Hintergrund und Ziel des Interviews

In Zeiten des Hausärztemangels gewinnt das Delegieren von ärztlichen Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal immer mehr an Bedeutung. Nicht umsonst gibt es bereits Weiterbildungen zu VERAH oder NäPA, die darauf abzielen Tätigkeiten des Arztes zu übernehmen, um den Arbeitsalltag effizienter zu gestalten. Ziel der dem vorliegenden Promotionsprojekt zugrundeliegenden Befragung ist es, eine Status-quo-Analyse zur Delegation in der Hausarztpraxis durchzuführen, aber auch Optimierungsansätze und Bedarfe zu ermitteln. Hierfür sollen ca. 20 Hausärzte*innen zu verschiedenen Aspekten rund um das Thema Delegation befragt werden.

2. Organisation und Ablauf der Interviews

Die Befragung erfolgt in Form von leitfadengestützten halbstandardisierten Interviews. Die Auswahl der Gesprächspartner*innen erfolgt anhand verschiedener Quotierungskriterien (z.B. Geschlecht, Praxisumgebung). Den Befragten ist es natürlich selbst überlassen, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Die Befragung nimmt ca. 40 Min. in Anspruch. Die Interviews werden elektronisch aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Dies dient der wissenschaftlichen Dokumentation und ermöglicht eine einheitliche Auswertung. Die Interviews können persönlich, alternativ aber auch per Video-Konferenz durchgeführt werden.

3. Anonymität

Die Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form ohne namentliche Nennung der Gesprächspartner*innen und ohne Angabe von Informationen, die einen Rückschluss auf die Person zulassen. Ergebnisse werden nur in aufbereiteter, aggregierter Form dargestellt. Die Erhebung und Auswertung der personenbezogenen Daten werden nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes durchgeführt.

4. Verwendung der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse der Interviews sollen in einer Studie veröffentlicht werden. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Interviews und weiterer Untersuchungen sollen gezielte Optimierungsansätze für Hausärzte und Praxispersonal entstehen. Auf Wunsch werden die Ergebnisse der Interviews den Gesprächspartnern*innen gerne zur Verfügung gestellt.

5. Kenntnisnahme und Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und stimme der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Interviewinhalte zu.

Unterschrift

Ort, Datum

2 Anhang B – Interviewtranskripte

2.1 Transkript Interview I - M45-E-I

I = Interviewer

M45-E-I = Arzt

I: So, dann starten wir direkt mit der Frage: Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M45-E-I: Delegation, dazu fällt mir Zeitersparnis ein. Ich muss daran denken, welche Aufgaben ich nicht zwingend selber ausführen muss und an mein Personal delegieren kann, damit ich Zeit einspare und mich auf die wesentliche Dinge konzentrieren kann.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema Delegation für Sie und Ihre Arbeit ein relevantes Thema ist?

M45-E-I: Ja, total wichtig. Sowohl um effizient zu arbeiten und auch um sich selber nicht zu überlasten.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu dem Thema Delegation in der Praxis und warum?

M45-E-I: Ja, sehr aufgeschlossen und positiv. Gründe sind eigentlich klar, denn wie schon gesagt, es geht um Zeitersparnis. Aber ich sage jetzt auch mal Empowerment von anderen Mitarbeitern, dass die sich freuen, wenn sie gewisse Sachen übernehmen können. Wobei hier natürlich gilt, ich übertrage nicht jede Aufgabe jedem sondern gucke, wer was kann. Also von der Kompetenz.

I: Fallen Ihnen noch andere Vorteile außer der Zeitersparnis ein und auch Nachteile?

M45-E-I: Nachteil auf jeden Fall, dass du nicht weißt, wie die Aufgabe erfüllt wird. Um das zu gewährleisten, musst du halt auch immer überprüfen, ist das gemacht worden, und ist das richtig gemacht worden. Da musst du dann das richtige Verhältnis finden, was du delegierst und was du lieber selber machst.

I: Gut, sehen Sie auch einen Nutzen für die Patienten?

M45-E-I: Ja schon, denn unter Umständen hat der Patient dann eine engere Betreuung, weil sich der Mitarbeiter einfach mehr Zeit nehmen kann und es dann sogar gründlicher macht vielleicht als ich.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist als früher, und wenn ja warum?

M45-E-I: Ja unbedingt, und wird auch noch relevanter werden, weil die Ärzte immer weniger Zeit haben und auch weniger werden, die Bezahlung der Ärzte schlechter wird, dass man auch wirtschaftlich gucken muss und vernünftig delegiert. Zudem nimmt die Arbeit abseits des Patienten, also die Bürokratie, enorm zu.

I: Das glaube ich gerne. Wie würden Sie denn grundsätzlich Ihren Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

M45-E-I: Also ich informiere mich da nicht generell sondern ich gucke immer einzeln, ob ich das delegieren kann oder nicht. Teilweise kriege ich es auch von meinem Personal gesagt, wie beispielsweise auszubildende MFAs darf ich nicht zum Blutentnehmen beauftragen. Zudem gibt es bestimmt auch Aufgaben, wo ich mir nicht sicher bin, ob ich das delegieren darf, die ich aber trotzdem delegiere, weil ich weiß, dass die Person das gut macht. Meine eine Mitarbeiterin zum Beispiel, der sag ich, du darfst Ferinject injizieren, weil ich weiß sie kann das, und wenn sie dabei ein Problem hat, dann hätte ich das genauso gehabt.

I: Wenn Sie sich jetzt die einzelnen Bereiche in einer Praxis angucken. Wo, würden Sie sagen, liegen generell Möglichkeiten der Delegation und in welchen Bereichen liegen vielleicht besonders große oder auch nicht so große Möglichkeiten?

M45-E-I: Also je nach Praxisstruktur und Tätigkeit ist bei Hausbesuchen ein großes Potenzial, also wenn eine Praxis viele Hausbesuche hat und es eben sehr viel Zeit kostet mit Anfahrt und Parkplatzsuche etc. Innerhalb der Praxis natürlich die technischen Untersuchungen und Blutentnahmen, aber zum Beispiel auch geriatrisches Basisassessment und andere Maßnahmen, die heute zum Geldverdienen wichtig sind. Da gibt es viele Tests, die auch etwas zeitaufwendig sind, und das kann die MFA genauso gut wie der Arzt machen. Dann natürlich Administration, Bürokratie und Kommunikation.

I: Wie würden Sie Ihre bisherigen Erlebnisse und Erfahrungen beim Thema Delegation beschreiben?

M45-E-I: War für mich am Anfang schwierig, weil ich mich nicht getraut habe gewisse Dinge abzugeben. Mit der Zeit lernt man dann aber auch, worauf man achten muss, dass es funktioniert, und man merkt, dass man Zeit für sich selber rausholt. Man merkt auch, dass sich das Personal freut, wenn sie bestimmte Aufgaben anvertraut bekommen, einfach weil sie merken man vertraut ihnen. Auf der anderen Seite nehme ich auch delegierte Aufgaben wieder zurück, wenn ich merke, das Personal ist überlastet. Ich hatte eine Zeit lang wegen Krankheit nur eine MFA da und habe dann wieder Dinge gemacht, die ich normalerweise delegiere. Aber insgesamt eigentlich nur gute Erfahrungen, würde ich sagen.

I: Welche Aufgaben delegieren Sie denn momentan konkret in Ihrer Praxis?

M45-E-I: Blutentnahme, Impfungen, Infusionen von Antibiotika, Ferinject Injektionen, EKG, Lufu. Mein MFA guckt über die Impfpässe, Terminvereinbarungen. Hausbesuche nicht, weil es so wenige sind.

I: Gibt es Dinge, die Sie früher delegiert haben und heute nicht mehr abgeben, also nicht kurzzeitig wegen Krankheit sondern generell?

M45-E-I: Ja, die Abrechnungen. Als ich noch in einer anderen größeren Praxis war, habe ich generell mehr delegiert, weil es so viel war, dass ich das gar nicht geschafft hätte.

I: Und würden Sie sagen, dass Sie heute insgesamt mehr Aufgaben delegieren als früher, und wenn ja, warum?

M45-E-I: Ja, insgesamt auf jeden Fall. Hängt einmal mit immer mehr Patienten und weniger Zeit zusammen, aber auch mit meinen kompetenten MFAs.

I: Gibt es denn noch Bereiche oder Aufgaben, die Sie gerne vermehrt delegieren würden oder Dinge, die Sie in Zukunft gerne abgeben würden?

M45-E-I: Gute Frage, ich überlege gerade mal. Da ist nicht mehr viel. Also bei der Abrechnung könnte ich bestimmt noch was abgeben. Von der medizinischen Seite wenig. Also geriatrisches Basisassessment mach ich noch selber, aber könnte ich abgeben.

I: Ok, und haben Sie auch schon Probleme oder Herausforderungen bei dem Delegieren von Tätigkeiten gehabt, und wenn ja, können Sie diese beschreiben?

M45-E-I: Ja, also erstes, dass sich Mitarbeiter weigern etwas zu tun. Dann dass ich etwas delegiere, und es wird entweder gar nicht gemacht oder es wird schlecht gemacht. Ja, das sind so die schlechten Erfahrungen, würde ich sagen.

I: Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein? Also was sollten ärztliche Tätigkeiten bleiben und nicht delegierbar sein?

M45-E-I: Die klaren Dinge sind Ultraschall und körperliche Untersuchung. Dann gibt es Dinge, die man theoretisch delegieren kann, wie Anamnese erheben. Das würde ich aber niemals machen und soll ärztlich bleiben meiner Meinung nach, denn die Fragen, die ich stelle hängen ja mit meinem medizinischen Wissen zusammen. Sie haben einen Sinn, weil ich in eine Richtung denke. Rein theoretisch gedacht, die Auswertung eines EKG einer KI zu überlassen würde ich auch nicht machen. Generell die Auswertung von technischen Untersuchungen oder generell Untersuchungen würde ich keinem Mitarbeiter überlassen. Das mache ich als Arzt selber. Oder auch Übermittlung von Befunden oder Blutwerten, ganz klar ärztliche Tätigkeit.

I: Würden Sie an nicht ärztliches Personal Dinge delegieren, auch wenn diese keine spezielle Fortbildung dafür haben?

M45-E-I: Ja klar, wenn ich es der Person zutraue. Mache ich ja auch schon.

I: Stimmt, haben Sie ja vorhin erwähnt.

I: Gut, nun ein etwas spezielleres Thema. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand bezüglich solcher Modelle wie NäPA oder VERAH einschätzen?

M45-E-I: Ja, sagt mir grundsätzlich was, mache ich aber persönlich nicht, weil ich überschlagen habe, wieviel die Ausbildung zur NäPA kostet und wieviel es mir dann am Ende bringt. Also rein vom Finanziellen bringt es nicht genug, und zum Anderen fehlt mir die Helferin dann ja auch im Betrieb, und das kann ich mir nicht leisten. Ich habe mich also soweit damit auseinandergesetzt, dass ich einschätzen kann, ob es für mich in Frage kommt.

I: Wie ist denn Ihre Einstellung dazu?

M45-E-I: Gut. In der alten Praxis wäre das auch viel mehr in Frage gekommen, weil wir da ja auch 10 Helferinnen hatten. Also es kommt auf die Struktur an. Wir hatten 6 Ärzte und dementsprechend viele Hausbesuche.

I: Haben Sie denn in der Vergangenheit schon mal Erfahrungen mit einer NäPA oder einer VERAH gehabt?

M45-E-I: Bis jetzt noch gar nicht.

I: Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

M45-E-I: Nachteile wie gesagt der Kostenfaktor und auch der Ausfall im Betrieb. Vorteile sind wieder das Schaffen von Freiräumen für einen selber und für den Patienten natürlich. Er wird oder kann engmaschiger betreut werden.

I: Würden Sie grundsätzlich Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M45-E-I: Gezielt nicht, nein. Wenn sie die Kompetenz zufällig haben, dann klar, warum nicht. Dann würde ich aber immer noch überlegen, ob es sich lohnt sie loszuschicken oder nicht.

I: Gut, wenn Sie keine Erfahrungen haben, dann fallen Fragen weg. Wo in der Hausarzt-praxis sehen Sie denn noch Bedarf an Delegation beziehungsweise wo sehen Sie noch Defizite?

M45-E-I: Das ist jetzt auf meine Praxis bezogen das, was ich schon gesagt habe: Abrechnungen und das Basisassessment. Ah, mir fällt noch ein: IT-Bereich. Da mache ich sehr viel selber. Mache Updates und die IT-Sicherheit. Das kann man natürlich alles abgeben.

I: Alles klar, dann sind wir fast am Ende. Würde es Ihnen helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

M45-E-I: Fände ich nicht schlecht und würde ich befürworten. Ich würde es bestimmt nicht mitbekommen bei den ganzen Leitlinien, die es gibt, aber grundsätzlich ist das gut. Keiner weiß alles, und da kann man sich dann Anregungen holen.

I: Letzte Frage wäre dann, ob es sinnvoll wäre bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker zu berücksichtigen?

M45-E-I: Ja, auf jeden Fall. Ich weiß gar nicht, wie es momentan ist und was in ärztlicher Hand sein muss, aber natürlich, das wäre gut. DMP mache ich auch selber, und da könnte ich auch noch viel delegieren.

I: Top, dann haben wir es geschafft. Danke für die Zeit und die Antworten und dann noch einen schönen Abend.

2.2 Transkript Interview II - M46-GP-ALI

I = Interviewer

M46-GP-ALI = Arzt

I: Hallo, und vielen Dank für Ihre Zeit. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M46-GP-ALI: Das ist eine sehr schwierige Frage, die man sehr lang beantworten kann. Da fällt ja so viel drunter. Also Delegation ist erstmal die Übertragung von Aufgaben an meine Mitarbeiter, die ich nicht selber machen muss. In der Praxis ist das natürlich eine ganze Menge. Es gibt zum Beispiel seit einigen Jahren die VERAH und die NÄPA, was natürlich sehr viel Sinn macht. Durch sie haben wir diese Routinehausbesuche, die man früher hatte, quasi nicht mehr. Die werden komplett durch die VERAH oder NÄPA abgedeckt. Wir machen nur noch akute Hausbesuche. Dadurch spart man sich fast ein halben Tag und kann mehr Sprechstundenzeit anbieten. Auch Altenheime und Pflegeheime werden größtenteils durch unsere VERAH abgedeckt. Das ist schon eine Delegation, die sehr viel Entspannung bringt und einfach mehr Zeit für den Arzt generiert.

I: Inwiefern ist das Thema Delegation für Sie und Ihre Arbeit in der Hausarztpraxis ein relevantes Thema?

M46-GP-ALI: Natürlich sehr relevant, weil wir unsere Arbeit sonst gar nicht mehr schaffen würden. Wir versorgen bei uns in der Praxis so 4500 Patienten mit 2 Kollegen. Das wäre ohne Delegation überhaupt nicht machbar.

I: Wie würden Sie denn Ihre grundsätzliche Einstellung zu dem Thema Delegation beschreiben?

M46-GP-ALI: Sehr positiv und eigentlich unabdingbar. Wie schon gesagt, ohne geht es gar nicht, und ich bin froh, wenn ich gewisse Dinge abgeben kann und dadurch mehr Zeit habe für meine ärztliche Tätigkeit. Ich glaube, auch für die Mitarbeiter ist es eine Steigerung der Wertschätzung und somit für beide Seiten von Vorteil.

I: Ok, und welche Vor- und Nachteile sehen Sie beim Delegieren von Tätigkeiten?

M46-GP-ALI: Das Hauptargument oder der größte Vorteil ist sicherlich die Zeitersparnis. Also auf dem Land hören ja immer mehr Hausärzte auf. Um da die Versorgung aufrecht zu erhalten, muss man viel delegieren um die Zeit zu haben, die nicht weniger werdenden Patienten zu versorgen. Es gibt ja natürlich aber auch andere Vorteile. Beispielsweise beim Wundmanagement. Das macht auch meine VERAH und ist da super geschult, und ich gebe das komplett an sie ab. Also ich sage immer gerne outsourcen dazu. Heißt, der Vorteile ist die Verteilung oder besser gesagt das Entzerren von Komplexität. Jeder hat seine speziellen Aufgaben, und dadurch kann die Person diese Sache dann auch besser als die anderen. Ich guck dann, wenn überhaupt, mal kurz auf die Wunde, aber was da am besten an Verband drauf kommt, weiß meine VERAH dann besser als ich. Wir schaffen durch solche Delegation eben mehr Patienten an einem Tag. Nachteil ist aber dann auch ganz klar, dass etwas durchrutscht oder übersehen werden kann. Da ist es eben wichtig immer wieder nachzukontrollieren und nach zu besprechen im Rahmen des Qualitätsmanagements. Heißt, wir haben immer wieder Nachkontrollen. Das ist natürlich wieder zeitaufwendig, aber dringend notwendig um sicher zu sein. Zudem muss man auch immer gucken, an wen man gewisse Dinge delegiert. Nicht jeder ist für manche Dinge geeignet, und man braucht für gewisse Dinge auch Erfahrung. Heißt, ich muss mich vorher schon damit beschäftigen, wem kann ich was anvertrauen, und wer hat dafür vielleicht die Qualifikation und wer nicht.

I: Gut, das war jetzt aus der Sicht des Arztes. Sehen Sie auch einen speziellen Nutzen aus Sicht des Patienten?

M46-GP-ALI: Das ist etwas zwiespalten. Manche Patienten finden es super, dass sie nicht lange auf den Arzt warten müssen und schneller drankommen, weil es eben von einer Mitarbeiterin gemacht wird. Die Patienten, die zu Hause besucht werden als Routine, finden das auch klasse, dass die VERAH regelmäßig kommt und auch mehr Zeit hat zum reden als der Arzt. Sie bauen ja auch eine Verbindung auf. Andere Patienten sind dann wiederum unzufrieden, weil sie den Arzt nicht immer zu Gesicht bekommen oder immer von jemanden anderen gesehen werden. Insgesamt würde ich aber sagen, dass bestimmt 80% zufrieden damit sind und das positiv aufnehmen und eben dankbar sind.

I: Das hört man doch gerne. Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat im Gegensatz zu früher und wenn ja, warum?

M46-GP-ALI: Ja, das ist auf jeden Fall mehr geworden. Wir waren hier in der Region früher 20 Hausärzte. Jetzt sind wir noch 10. Durch die Zunahme der Patienten und den Mangel an Ärzten ist es deutlich relevanter geworden zu delegieren. Sonst schafft man die Arbeit einfach nicht mehr. Zudem kann man heute auch so viel mehr machen und hat mehr Möglichkeiten zu delegieren. Das ist einfach gewachsen und damit auch wichtiger geworden.

I: Und wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

M46-GP-ALI: Schon maximal. Also schon sehr gut. Wir arbeiten auch seit Jahren mit VERAH und NäPA und sind da, denk ich, sehr gut aufgestellt und informiert. Also nur als Beispiel: wir haben momentan 4 VERAHs, die wir einsetzen.

I: Dann hab ich ja genau den richtigen Ansprechpartner für das Interview. Wenn Sie sich jetzt die Bereiche in einer Praxis angucken, in welchen Bereichen besteht die Möglichkeit der Delegation und in welchen vielleicht sogar größeres Potenzial und in welchen weniger?

M46-GP-ALI: Also erstmal kann man in jedem Bereich Sachen delegieren. Ich versuche auch wirklich alles was geht abzugeben. Von Versicherungsanfragen bis hin zum Ausfüllen von Formularen oder dem Wundmanagement. Ich denke, gerade so in der Abrechnung und Verwaltung kann man sehr viel delegieren. Dann auch bei den ganzen technischen Untersuchungen, also EKG und Belastungs-EKG zum Beispiel. Dann, ganz klar, die regulären Hausbesuche kann man alle delegieren. Besuche von Altenheimen zum Blutabnehmen oder zur Kontrolle. Das Wundmanagement ist ein großer Bereich. Ja, ich glaube, das sind so die Dinge, wo man viel machen kann.

I: Sehr gut, das ist ja auch schon Einiges. Wenn Sie auf Ihre Erfahrungen mit dem Thema Delegation zurückblicken, wie würden Sie diese beschreiben?

M46-GP-ALI: Eigentlich durchweg positiv. Ich denke, ich hab ein wirklich gutes Leben dadurch, dass ich eben so viel delegiere. Ich kann mich auf meine Sachen konzentrieren, und es läuft gut, also kann ich mich nicht beschweren. Man muss es eben nur auch richtig machen und nicht einfach die Mitarbeiter überschütten und deren Wünsche oder auch Qualifikation nicht berücksichtigen. Wenn man es gezielt macht und ein gutes Team hat, dann macht man eigentlich keine schlechten Erfahrungen, zumindest habe ich das noch nicht erlebt.

I: So soll es dann auch bleiben. Was sind denn alles Aufgaben, die Sie momentan in ihrer Praxis delegieren? Sie haben schon Einiges genannt, aber da sind ja sicherlich noch mehr Dinge.

M46-GP-ALI: Also Wundmanagement und Hausbesuche habe ich schon genannt. Die Untersuchungen wie EKG, Lungenfunktion, Blutentnahme und Impfen, die ganzen Anträge

der Kassen, die Abrechnungen sowohl KV als auch privat. Man kann sagen bei uns machen die Mediziner nur Medizin. Wir füllen keine Zettel aus. Wir unterschreiben nur, weil wir ja dafür am Ende verantwortlich sind, aber das war es auch. Ich wüsste gar nicht mehr wie ich ein EKG schreibe, wenn ich ganz ehrlich bin.

I: So sollte es ja auch optimalerweise sein. Sie können sich dann auf das Wesentliche konzentrieren. Haben Sie in der Vergangenheit Aufgaben delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

M46-GP-ALI: Also ich könnte mich jetzt nicht erinnern, dass ich jetzt wieder etwas mache, was ich früher delegiert habe, weil es schlecht gelaufen ist oder nicht funktioniert hat. Also gut, bei einzelnen Helferinnen vielleicht. Aber wenn man merkt, dass die eine das nicht gut macht, delegiert man eben an eine andere Helferin. Das schon, aber das ich wieder Dinge mache, nicht.

I: Würden Sie auch sagen, dass Sie heute mehr delegieren als früher und wenn ja warum?

M46-GP-ALI: Ja klar. Erstmal lernt man ja immer dazu und lernt eben auch, dass man Dinge abgeben kann und muss. Am Anfang macht man Alles selber, und wenn man dann aber Vertrauen aufbaut und sieht, dass Dinge funktionieren, dann delegiert man immer mehr und mehr. Dann hab ich vorhin schon gesagt, es gibt immer mehr Patienten und immer mehr Bürokratie. Man muss so viele Dinge ausfüllen, dass es alleine durch diese Dinge zugenommen hat. Dann auch weil man mehr macht an Diagnostik. Ich kann viel mehr Untersuchungen durchführen, und die muss ich aber nicht alle selber ausführen.

I: Ok, und wenn Sie in die Zukunft blicken. Was würden Sie gerne verstärkt delegieren oder auch in Zukunft gerne delegieren können?

M46-GP-ALI: Ja gut, die VERAH hat ja auch bei Hausbesuchen konkrete Vorgaben, was sie darf und was sie eben auch nicht vor Ort darf. Da hat die Ärzteschaft ja auch Angst, wenn man da mehr delegieren würde, dass es dann an den Geldbeutel der Ärzte geht oder sie nicht mehr so wichtig sind. Vielleicht machen das irgendwann externe Firmen und bieten Hausbesuche an. Das sind aber sehr weit gedachte Szenarien. Ich denke für jetzt delegiere ich alles, was geht und bin auch so zufrieden wie es ist. Das, was ich noch mache, mache ich gerne und will ich auch nicht mehr delegieren.

I: Sehr schön. Gab es denn auch schon Probleme bei der Delegation und wenn ja wie würden Sie diese beschreiben?

M46-GP-ALI: Also wirkliche Probleme nicht. Wie gesagt, ich muss mir im Vorfeld Gedanken machen, was ich delegiere und an wen. Wenn ich mich damit befasst habe und auch mit der Person gesprochen habe, dann läuft das in der Regel. Ich muss es natürlich am Anfang auch

mehrfach kontrollieren und vielleicht Anpassungen vornehmen, aber das gehört für mich dazu und sind keine Probleme.

I: Ok, und was sollte Ihrer Meinung nach klar ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

M46-GP-ALI: Die körperliche Untersuchung auf jeden Fall. Medikamentöse Einstellung, Interpretation der Befunde und Therapieentscheidungen. Das sind halt dann die Grenzen, die auch ganz scharf definiert sein müssen. Es wird nichts verschrieben, wenn das nicht mit dem Arzt besprochen wurde zum Beispiel.

I: Wie ist es mit dem Arzt-Patienten-Gespräch?

M46-GP-ALI: Auch ganz klar. Die Anamnese gehört in ärztliche Hand, weil sie ja auch therapiebestimmend ist. Ich denke, was delegierbar ist, sind alle standardisierten Dinge wie auch die DMPs. Alles, wo es um Erfahrung, Einschätzung und so etwas geht, da braucht es dann den Arzt.

I: Das ist nachvollziehbar. Wenn Sie delegieren, delegieren Sie dann nur an Personal mit einer entsprechenden Fortbildung oder auch an Personal ohne spezielle Fortbildung?

M46-GP-ALI: Nein, ich delegiere auch an Helferinnen, die keine spezielle Fortbildung haben. Wir haben Helferinnen, die machen ihren Job seit 25 Jahren und sind zwar keine VERAH, aber können gewisse Aufgaben genauso gut. Ich muss mir einfach sicher sein, dass es gewissenhaft durchgeführt wird.

I: Gut, dann kommen wir jetzt zu den Fortbildungsmodellen wie VERAH und NäPA. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen beurteilen?

M46-GP-ALI: Da wir schon lange mit diesen Modellen arbeiten und momentan 4 solcher Mitarbeite-rinnen beschäftigen, denke ich sehr gut.

I: Und wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung dazu?

M46-GP-ALI: Bestens. Also das ist ja auch das, was der Hausärzteverband jetzt favorisiert. Wo im Team gearbeitet wird und versucht wird die Arbeiten optimal zu verteilen. Einfach dass es in der Menge an Arbeit machbar ist.

I: Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit diesen Modellen beschreiben? Was funktioniert gut und was vielleicht auch nicht so gut?

M46-GP-ALI: Also ich denke die Ausbildungen sind gut, und die Arbeit, die sie leisten, zumindest bei uns, genauso gut. Die Hausbesuche laufen einwandfrei. Das

Wundmanagement funktioniert super. Also ich bin sehr glücklich mit unseren VERAHs und wüsste nicht, was es da zu bemängeln gäbe.

I: Wie sind Sie auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren die Gründe diese Modelle zu übernehmen?

M46-GP-ALI: Das man eben auch Zeit für sich selber haben will und sich auch immer wieder überlegt, was kann ich denn noch delegieren. Dann fängt es im Kleinen an, und dann wächst es immer weiter, und dann gab es die Ausbildung zur VERAH, die dann genau solche Dinge abdeckt. Erfahren habe ich davon durch den Hausärzteverband, dann durch Werbung quasi.

I: Welche Vorteile aber auch Nachteile sehen Sie denn in diesen Modellen?

M46-GP-ALI: Also Vorteile für mich, wie gesagt, die Zeitersparnis gerade bei den Hausbesuchen. Vorteile für die Mitarbeiter, die solche Fortbildungen machen, natürlich die Steigerung der Kompetenz. Die Qualifikation steigt ja und dadurch auch die Verantwortung und die Wertschätzung. Und natürlich verdienen sie auch mehr als vor der Fortbildung. Nachteile sehe ich ehrlich gesagt keine oder mir fallen jetzt keine ein.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M46-GP-ALI: Absolut. Ohne würde es nicht mehr gehen.

I: Wir nähern uns dem Ende. Haben Sie denn noch Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Was könnte man ausbauen und welche Voraussetzungen gäbe es dafür zu erfüllen?

M46-GP-ALI: Hatten wir doch schon oder ich wüsste nicht, was es da noch weiteres gibt.

I: Alles klar. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

M46-GP-ALI: Also prinzipiell fände ich es gut. Gerade für Praxen, die es vielleicht noch nicht so eingeführt haben oder für neue Kollegen. Für uns selber würde es keine Rolle spielen, denke ich, weil wir so viel schon umgesetzt haben.

I: Ok, und die letzte Frage wäre dann, ob es sinnvoll wäre, wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt würde?

M46-GP-ALI: Ja klar. Also das machen wir ja auch schon so. Alle DMPs werden von unseren Helferinnen gemacht und auch Dinge wie diese Test für geriatrische Patienten. Wir gucken dann nur noch über die Ergebnisse und sprechen dann kurz mit dem Patienten. Aber ja, die Untersuchungen muss kein Arzt machen, grade weil sie ja auch standardisiert sind.

I: Sehr gut, dann sind wir fertig. Vielen Dank für die ausführlichen Antworten und Ihre Zeit. Ich wünsche einen schönen Tag.

M46-GP-ALI: Gerne. Vielleicht noch eine Sache. Wir haben grade ein Projekt am Laufen mit dem Gesundheitsministerium und den Gemeinden hier bei uns. Wir versuchen für die VERAH Räumlichkeiten in den Gemeinden zu finden, wo sie für die Bewohner aktiv sein kann. Also momentan gibt es ja nur eine Hausbesuchsziffer, und die VERAH darf die Patienten nur in der Häuslichkeit besuchen. Wir versuchen einen Raum zu schaffen, wo dann montags die VERAH vom Doktor X ist und am Dienstag die VERAH von Doktor Y. Da könnten dann Patienten zum Beispiel hin, um sich eine Impfung abzuholen oder sich den Blutdruck messen zu lassen oder vielleicht auch ein Folgerezept zu holen. Das sind so Modelle, wo man die Delegation doch noch ausweiten kann. Man stößt nur leider oft auf Widerstände der KV oder des Hausärzterverbands, weil die Angst haben, dass dann Drittanbieter sowas auch mal anbieten könnten.

I: Super, vielen Dank, dass Sie das noch erwähnt haben. Das ist wirklich sehr interessant und hilft mir weiter. Dann vielen Dank, und machen Sie es gut.

2.3 Transkript Interview III - M48-GP-ALI

I = Interviewer

M48-GP-ALI = Arzt

I: Erstmal Hallo, und vielen Dank für Ihre Zeit. Legen wir direkt los. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein?

M48-GP-ALI: Mir fällt dazu ein, dass es eine sehr gute Sache ist, und ich das hier auch sehr gerne mache in der Praxis. Alles was ich delegieren kann, delegiere ich auch. Alles, was meine Helferinnen machen dürfen wie Impfungen und andere Sachen, machen sie dann eben auch. Wir haben so ein System entwickelt, dass da auch jeder ordentlich mitdenkt und in seinem selbstständigen Bereich dann auch verantwortlich ist.

I: Und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M48-GP-ALI: Die Hausarztpraxis deckt ja ein sehr breites Spektrum an Erkrankungen ab, so dass wir auch für alle Dinge, die kommen können, vorbereitet sein müssen. Das heißt zum Beispiel, ich mache ja die gesamte konservative Orthopädie abgesehen von der Stoßwelle, und das ist komplex. Oder wir haben eine Mitarbeiterin, die kümmert sich um die ganzen PC- und Telematik-Strukturen, und da sind wir auf dem neuesten Stand. Man braucht einfach fähiges Personal und Schwerpunkte, wo man diese Mitarbeiter dann einsetzt.

I: Inwiefern ist die Delegation für Sie und Ihre Arbeit ein relevantes Thema?

M48-GP-ALI: Extrem relevant, weil wir hier auch teilweise 300 Patientenkontakte am Tag haben. Das muss dann halt einfach sitzen. Und ich gehe wirklich pünktlich nach Hause.

I: So soll es ja auch sein. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie denn im Delegieren von Tätigkeiten?

M48-GP-ALI: Nachteile sehe ich eigentlich gar keine, weil ich fähiges Personal habe. Unfähigem Personal muss man dann leider kündigen. Der Vorteil ist einfach, dass man sich auf die Dinge, die man delegiert, verlassen kann und man sich nicht um alles kümmern muss. Also Zeitersparnis. Ich kann mich auf meine ärztliche Tätigkeit konzentrieren.

I: Sehen Sie auch einen Nutzen aus der Sicht des Patienten?

M48-GP-ALI: Naja, die kriegen, wenn sie anrufen, ja auch immer erstmal eine Helferin ans Telefon. Sie kann dann schon mit dem Patienten sprechen und zum Beispiel Rezepte fertig machen. Ich muss dann nur einmal drüber gucken, und es ist für mich eine Unterschrift. Der Patient hat also so keine unnötigen Wartezeiten, und es ist einfach zielorientiert.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema gerade in Hausarztpraxen heutzutage relevanter geworden ist als früher und, wenn ja, warum?

M48-GP-ALI: Also bei uns hat es schon immer sehr große Relevanz gehabt, aber ich kenn auch sehr viele Praxen, die personell so unterbesetzt sind und es da dann wichtiger geworden ist.

I: Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

M48-GP-ALI: Ich würde sagen relativ hoch, weil wir das auch bei uns im Qualitätsmanagement verankert haben. Da wir auch Ausbildungsbetrieb sind, setzen wir uns auch damit auseinander, was delegierbar ist und was nicht.

I: Wo in der Hausarztpraxis bestehen denn die Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen große Potenziale zur Delegation und in welchen Bereichen eher weniger?

M48-GP-ALI: Urlaubsplan und Terminkalenderpflege. Nachbestellung von Material, Praxis- und Büro-bedarf. Die Privatabrechnung ist komplett delegiert, und die Abrechnung wird durch die Helferinnen geprüft. Blutentnahme, Impfungen, Blutdruckmessungen, EKG, Lungenfunktion, Ultraschall vorbereiten, Impfkontrolle und -vorbereitung, Lagerhaltung.

I: Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Delegation gemacht? Wie würden Sie Ihre Erlebnisse bzw. Beurteilung von Delegation speziell in der Hausarztpraxis beschreiben?

M48-GP-ALI: Also ich einmal, als diese blöde Praxisgebühr da war, hat die Steuerberaterin festgestellt, dass die Barkasse nicht gestimmt hat. Wir haben halt auf Vertrauen kein Kassenbuch geführt, und es fehlten Tausende von Euro, die wir aber ja versteuert haben. Die wurden uns geklaut. Ansonsten kann ich mich an keine Probleme erinnern.

I: Gut, was Sie momentan alles delegieren, haben Sie ja gerade mit beantwortet, also überspringen wir diese Frage.

M48-GP-ALI: Ok.

I: Haben Sie in der Vergangenheit Sachen delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

M48-GP-ALI: Nein, würde ich nicht sagen. Man muss halt Kontrollinstanzen einbauen.

I: Gibt es bestimmte Themengebiete, in denen Sie verstärkt Aufgaben delegieren?

M48-GP-ALI: Administration, Lagerhaltung und Raumvorbereitung.

I: Und delegieren Sie heute mehr Aufgaben als früher?

M48-GP-ALI: Es ist mehr geworden, weil einmal der Umfang, den wir hier leisten, einfach mehr geworden ist.

I: Haben Sie Aufgaben, die Sie gerne in Zukunft delegieren würden?

M48-GP-ALI: Nein, alles was ich delegieren kann, tue ich auch. Ich hab auf Dinge keine Lust und mache jetzt wirklich nur noch Sachen, die Spaß machen.

I: Fallen Ihnen Erfahrungen ein, bei denen Sie Probleme oder Herausforderungen beim Delegieren von Tätigkeiten erfahren haben, und können Sie diese beschreiben?

M48-GP-ALI: Nur das, was ich vorhin erwähnt habe. Ansonsten nicht. Es wird eigentlich immer gut angenommen und macht den Helferinnen ja auch mehr Spaß, wenn sie mehr Aufgaben haben.

I: Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein, und wo kann man es vielleicht noch ausbauen?

M48-GP-ALI: Das klassische ärztliche Gespräch und die klinische Untersuchung. Wo man noch mehr delegieren könnte, sind die schlecht bezahlten klinisch-technischen Untersuchungen wie der Ultraschall. Das man da eine angelernte Kraft hinsetzen kann, die dann den Ultraschall macht. Ich geh dann nur über die Bilder drüber, und die Person macht es in 15 bis 20 Minuten und ist nicht so teuer wie ich. Ich meine, bei teilweise 100 Patienten am Tag ist die Zeit für solche filigranen Untersuchungen einfach nicht da. Deswegen werden sie

dann weniger gemacht, und wenn man sie delegieren könnte, dann könnte man sie öfters machen.

I: Wenn Sie delegieren, dann nur an nichtärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus, wenn Sie es der Person zutrauen?

M48-GP-ALI: Also wir haben ja eine NÄPA in der Praxis, auch eine der ersten VERAHs, sie war sogar beim allerersten Kurs dabei. Sie ist mittlerweile Anfang Sechzig und fährt auch die ganzen Hausbesuche. Da delegieren wir eigentlich alles, was wir können. Und auch hier vor Ort bieten wir immer an, dass die Helferinnen Fortbildungen machen können oder sollen. Das dann jede Vollzeitkraft auch theoretisch alles machen darf oder kann.

I: Sie haben bereits gesagt, Sie beschäftigen eine VERAH beziehungsweise NÄPA. Wie würden Sie denn grundsätzlich Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen einschätzen?

M48-GP-ALI: So mittel. Ich hab mich immer nur so damit auseinandergesetzt, wie es für den Alltag relevant ist.

I: Und wie ist Ihre Einstellung zu solchen Modellen?

M48-GP-ALI: Das ist eigentlich ganz gut. Was ich ein bisschen doof finde, sage ich jetzt mal, ist, dass man alle paar Jahre die Kuh in eine andere Richtung durchs Dorf jagt und es mit neuen 4 Buchstaben betitelt, obwohl ja die Ansprüche immer die gleichen sind. Da würde ich mir wünschen, dass man da zu einem Punkt kommt, wo man sagt, jetzt ist gut und macht einfach Auffrischungsmodule, wo dann auf die neuen Aspekte eingegangen wird.

I: Wie würden Sie denn Ihre Erfahrung mit Ihrer NÄPA beschreiben?

M48-GP-ALI: Sehr gut und unkompliziert und hilfreich.

I: Gibt es denn auch etwas, was bei den Modellen nicht so gut funktioniert?

M48-GP-ALI: Nein, das funktioniert bei uns wirklich gut, weil es aber auch gut dokumentiert ist und klar kommuniziert wird.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden?

M48-GP-ALI: Weil da immer nachgefragt worden ist, ob man diese Ausbildung machen kann und wir ja immer offen für Fortbildungen sind.

I: Auch wenn Sie dazu schon was gesagt haben: welche Vor- und Nachteile sehen Sie in solchen Fortbildungen?

M48-GP-ALI: Nachteile sehe ich gar keine. Ich sehe da eigentlich nur Vorteile drinnen. Je besser Sie Ihr Personal schulen und je besser Sie Qualitätsmanagement betreiben und Wert auf Kommunikation legen und es am Ende auch definieren, desto besser läuft es dann auch.

I: Würden Sie gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

M48-GP-ALI: Ich glaube nicht, ich würde eine bereits beschäftigte Mitarbeiterin die Fortbildung machen lassen.

I: Auch das haben Sie ja schon angeschnitten, aber übernimmt Ihre NäPA auch gezielt Aufgaben wie Hausbesuche, Wundmanagement etc.?

M48-GP-ALI: Ja, Hausbesuche, Wundmanagement, DMP, Impfkoordination, und das auch alles wöchentlich.

I: Dann haben wir es auch fast geschafft. Haben Sie vielleicht Ideen zur Verbesserung der Delegation in Hausarztpraxen? Wo besteht noch Bedarf?

M48-GP-ALI: Nein, da sehe ich eigentlich nichts. Und meistens geht es schief, wenn man versucht was auszubauen. Also Digitalisierung können Sie erstmal lassen, wenn Sie es nicht auf die Reihe kriegen. Es wäre zum Beispiel sinnvoll bei der Medikamentenknappheit, die wir haben, wenn man einsehen könnte, was hat ein Patient schon eingelöst. Der Durchschnittspatient hat 1,4 Hausärzte und lässt sich dann Sachen doppelt aufschreiben, und dadurch entsteht dann ja auch der doppelte Bedarf, und wenn der Apotheker oder so einsehen kann, er hat letzte Woche schon seine Medikamente für den Monat eingelöst, dann gebe ich jetzt nichts mehr raus.

I: Da würde man sich viele Sachen sparen. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

M48-GP-ALI: Das würde auf jeden Fall Sinn machen, aber nur dann, wenn ich das passende Personal dafür habe.

I: Die letzte Frage. Wäre es sinnvoll bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

M48-GP-ALI: Ja, gut, man kann es ja schon fast vollständig abgeben. Die Untersuchungen macht die NäPA ja schon.

I: Ja, dann haben wir es geschafft. Haben Sie noch etwas, was Sie gerne zu dem Thema sagen würden, was ich jetzt nicht gefragt habe?

M48-GP-ALI: Gut, der Mediziner sollte vielleicht auch mal zur Delegation ausgebildet werden, Praxisführung und Personalführung. Wie fördere ich meine Mitarbeiter und so etwas.

I: Sehr guter Punkt. Dann bedanke ich mich und wünsche einen schönen Tag.

2.4 Transkript Interview IV - M49-E-I

I = Interviewer

M49-E-I = Arzt

I: Guten Abend. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M49-E-I: Delegation ist eine Übertragung der Arbeit an jemand Anderen. Also das ist per se erstmal Delegation. In der Praxis letztlich Aufgaben an meine Mitarbeiter, die ich selber als Arzt nicht ausführen muss.

I: Inwiefern würden Sie sagen, dass das Thema Delegation für Sie und Ihre Arbeit ein relevantes Thema ist?

M49-E-I: Ist ein sehr relevantes Thema, weil ich ja nicht alles alleine machen kann. Alleine durch die Anstellung von Helferinnen delegiere ich ja quasi per se Aufgaben. Organisation, Termine, Blutentnahmen, technische Untersuchungen, Langzeit-Blutdruck und solche Dinge. Aber auch viele Untersuchungen aus dem DMP, auch die neurologischen Untersuchungen also die Vibrationstests zum Beispiel. Das sind alles Dinge, die ich delegieren kann und auch gerne delegiere. Somit hab ich dann schon die Ergebnisse vorliegen und spare mir Zeit und kann effizienter arbeiten.

I: Super, und wie stehen Sie grundsätzlich zu dem Thema Delegation in der Praxis und warum?

M49-E-I: Also prinzipiell finde ich es gut. Einmal wird Verantwortung übertragen. Meine eine MFA hat jetzt die Weiterbildung zur VERAH und auch zur NäPA gemacht. Dadurch hat sie ja schon per se mehr Wissen und mehr Fähigkeiten Dinge zu übernehmen wie Hausbesuche auch. Das sollen sie ja auch, sie sind ja nicht nur dazu da Chipkarten einzulesen und Termine zu vereinbaren. Sie können und wollen ja auch mehr Verantwortung übernehmen.

I: Als Vorteil haben Sie jetzt schon die Zeitersparnis genannt, fallen Ihnen noch weitere ein, und sehen Sie auch Nachteile?

M49-E-I: Vorteile sind vielleicht, dass Dinge gemacht werden können, die ich alleine gar nicht leisten könnte. Also Beispiel Taping, was angeboten werden kann, weil es die Helferinnen machen. Nachteile sehe ich jetzt per se erstmal nicht. Ich meine, die Leute müssen befähigt sein das zu tun, man muss sie dann auch gut anleiten, und man muss ihnen sagen, wenn etwas auffällt, dass sie mich dann dazu rufen und ihre Grenzen kennen.

I: Wie ist das aus Sicht der Patienten? Sehen Sie da einen speziellen Nutzen?

M49-E-I: Natürlich, die Patienten gewöhnen sich ja auch an die Personen und bauen ein Vertrauensverhältnis zu denen auf. Sie kennen die Abläufe dann schon. Das gibt ihnen dann ja auch Sicherheit und nimmt ihnen die Angst.

I: Ok, und würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist als früher, und wenn ja warum?

M49-E-I: Ja, es ist sehr relevant und wird ja auch gerade in der Politik diskutiert. Die Arbeit, die ich hier gerade leiste wird und muss auch in Zukunft auf mehr Köpfe verteilt werden. Die Ausbeutung, die leider immer noch stattfindet, muss langsam mal aufhören. Warum haben viele eine 35 oder 38 Stundenwoche, und ich arbeite im Schnitt 50 oder 60? Das kann einfach nicht sein, und da müssen Dinge dann einfach delegiert werden, um das zu reduzieren. Die wichtige Frage ist natürlich, wer es dann macht und wie es gemacht wird. Da sollen ja, wenn es nach der Politik geht, in so genannten Gesundheitskiosken Krankenschwestern oder so sitzen, die dann ein bisschen mehr machen dürfen, aber mehr als an einen Arzt verweisen, wird es dann ja auch nicht werden. Die nächste Frage wäre auch, wo dieses Personal herkommen soll. Ich glaube, die Strukturen werden einfach nicht effizient genutzt. Es fehlen ja nicht nur Ärzte sondern alle. Ich finde keine MFAs mehr.

I: Das habe ich jetzt leider schon von Vielen gehört. Wie würden Sie denn grundsätzlich Ihren Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen? Wie gut kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?

M49-E-I: Da kenn ich mehr sehr gut aus, würde ich sagen. Also ich habe mich auch sehr damit beschäftigt, auch mit Qualitätsmanagement. Da werde ich viel abgeben.

I: Nachdem was Sie wissen oder vermuten, wo liegen Möglichkeiten der Delegation in der Hausarztpraxis, und in welchen Bereichen liegen vielleicht besonders große oder nicht so große Potenziale?

M49-E-I: Also in der Verwaltung liegen ganz große Potenziale. Selbst in vielen Formularen, die ich täglich ausfülle, könnten es die Helferinnen machen. Im Qualitätsmanagement liegen große Potenziale. Da kann ich fast alles delegieren. Ich muss da eigentlich nur meine Unterschrift drunter setzen. Da gibt es auch eine webbasierte App, die das mittlerweile alles zusammen-führt, also echt super.

I: Wie würden Sie Ihre bisherigen Erlebnisse beim Delegieren von Tätigkeiten beschreiben?

M49-E-I: Da ist natürlich alles dabei. Wie immer, wenn man Sachen abgibt oder auch selber macht, passieren Dinge, die nicht geplant waren. Deshalb ist es ja auch so wichtig, dass man

sich vergewissert, ob die Person, an die man delegiert, die Sache auch kann. Da muss man dann ein wenig Zeit investieren oder auch in Fortbildungen, aber man spart sich am Ende dann halt die Zeit. Zeit ist eben die Ressource, die wir nicht unbegrenzt haben. Deshalb muss in der Zeit, die wir haben, sie so effizient wie möglich genutzt werden. Mein Tag hat auch nur 24 Stunden. Von dem her ich habe überwiegend gute Erfahrungen mit dem Thema Delegation gemacht. Wenn mal was nicht läuft, muss man eben nachbesprechen, aber ich hatte noch nie eine so problematische Situation, wo jemand zu Schaden oder so gekommen ist.

I: So soll es dann auch bleiben. Sie haben ja schon Einiges erwähnt, aber welche Aufgaben delegieren Sie denn momentan noch in Ihrer Praxis?

M49-E-I: Das Qualitätsmanagement ist natürlich ein Füllhorn an verschiedenen Aufgaben. So viele Dinge, die ich auch nicht wusste. Wenn man sich niederlässt, dann wird die Medizin ja fast zur Nebensache. Personal, Verwaltung, Abrechnung, da ist so viel zu machen. Klar, alles nicht von heute auf morgen. Das braucht Zeit, aber alles, was ich da abgeben kann, erspart mir viel Zeit, die ich für die Medizin dann nutzen kann. Aber was ich selber mache ist die Abrechnung, denn das ist Chefsache. Ich kriege das Geld nur, wenn die Abrechnung stimmt. Jeder Euro, der da verloren geht, geht mir ja verloren und niemand Anderem. Wobei das nicht heißt, dass ich da nichts delegieren kann. Die Suchläufe, die man machen kann auf Plausibilität zum Beispiel, kann ich ja abgeben.

I: Gibt es denn auch Dinge, die Sie früher delegiert haben und jetzt nicht mehr delegieren?

M49-E-I: Nein, denn auch das Delegieren ist ja letztlich ein Wachstum. Am Anfang denkt man, dass man alles selber machen muss. Man muss ja auch erstmal lernen zu delegieren. Das bringt einem ja auch keiner bei. Das ist ein Prozess und führt dazu, dass man am Ende immer mehr delegiert.

I: Das wäre jetzt auch die nächste Frage. Delegieren Sie heute mehr als früher, und wenn ja warum?

M49-E-I: Ja klar. Einmal wie gesagt mit dem Lernprozess, also dass man lernt mehr Dinge abzugeben mit der Zeit. Dann natürlich die Erfahrung. Wenn man selber in Dingen noch unsicher ist, gibt man da weniger ab. Sowie ich delegiere, muss ich ja auch sicher sein, dass es klappt. Dann natürlich einfach der immer größer werdende Patientenstamm und die Zunahme an Verwaltungskram.

I: Und gibt es denn noch Bereiche in der Praxis, wo noch konkreter Delegationsbedarf besteht? Gibt es Dinge, die Sie gerne verstärkt delegieren würden oder in Zukunft gerne delegieren würden?

M49-E-I: Da gibt es ganz viele Sachen. Letztlich hängt in diesem System noch alles an meiner Unterschrift. Keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, keine Krankengymnastik, keine Ergotherapie. Da kann sicherlich die Telematik, die Digitalisierung dazu beitragen, da gewisse Sachen zu delegieren. Krankengymnastik zum Beispiel. Warum muss ich ein Folgerezept verordnen? Warum kann das nicht der Krankengymnast selber machen, der ja genau weiß, was der Patient noch an Behandlung braucht? Dann ist er aber auch in Verantwortung letztlich. Dann ist er eben auch regressfähig, und davor scheuen sich alle. Der Apotheker, wenn ich ein Rezept ausstelle und das Medikament ist nicht da, dann verlangt er ein anderes Rezept. Ich bin der Einzige im System, der alles kann, alles muss, aber auch der Einzige, der dann sanktioniert wird. Wenn die Kasse irgendwann sagt, diese Verordnung war nicht richtig, dann darf ich das bezahlen und kein Anderer. Auch der Pflegedienst in Heimen braucht für jeden Handschlag eine Verordnung. Das sollte man auf jeden Fall in Zukunft ändern und delegieren an die Leute, die es eben auch am Besten wissen und ja auch eine Ausbildung dazu haben. Die Indikation, ja gerne, das kann ich machen, aber alles Weitere muss ich nicht machen und kann auch die Person selber entscheiden. Oder auch die Arbeitsunfähigkeit. Warum kann man sich nicht selber für eine Woche zum Beispiel krankschreiben? Ist in vielen anderen Ländern auch möglich. Für Schnupfen, Husten und Heiserkeit braucht man nicht zwingend einen Arzt. Schüler, die auf einmal ein Attest brauchen, weil sie mal 3 Tage krank sind. Das ist einfach unnötige Arbeit für alle Beteiligten.

I: Weg von der Delegation und die Frage, was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein?

M49-E-I: Naja, ganz klar die Diagnostik wie Ultraschall, die Diagnosestellung und die Therapie. Therapieplanung und Medikation. Dann auch die Anamnese. 80% der Diagnosen könnte man durch eine gute Anamnese stellen. Also so Fragebögen, ja kann man machen, aber die richtige Anamnese mit akuter Problematik gehört in ärztliche Hand.

I: Delegieren Sie nur an nichtärztliches Personal, das eine entsprechende Fortbildung dazu hat oder auch darüber hinaus?

M49-E-I: Klar, auch darüber hinaus, weil eine Fortbildung heißt ja nicht, dass sie es deswegen können. Ich muss sicher sein, dass die Person die Aufgabe richtig ausführt, und wenn ich das weiß, dann gebe ich es auch ab. Egal ob Fortbildung oder nicht.

I: Gut, nun zu einem anderen Thema. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand bezüglich solcher Modelle wie NäPA oder VERAH einschätzen?

M49-E-I: Sehr gut, denke ich.

I: Und Ihre Einstellung dazu?

M49-E-I: Das Problem ist, dass hier wieder alle ihre eigene Suppe kochen. Die NÄPA ist von der KV, die VERAH vom HZV. Dann ist es vom Bundesland zu Bundesland nochmal unterschiedlich. Letztlich ist damit wieder eine zusätzliche Abrechnung verknüpft. Wenn ich eine VERAH habe, kriege ich mehr Geld, und das ist in dem Fall eine Win-Win-Situation. Meine Helferin, die die Fortbildung hat, profitiert persönlich davon, sie verdient damit auch mehr Geld, und ich kriege für die mehr Geld aus dem System. Ob es dafür zwingend nötig ist, weiß ich nicht. Die Ausbildung ist ja auch sehr aufwendig mit vielen Blockseminaren. Aber insgesamt, würde ich sagen, ist die Einstellung positiv. Es steigt ja auch die Motivation bei den Mitarbeitern, wenn sie mehr Verantwortung übernehmen.

I: Wie würden Sie denn Ihre Erfahrung, die Sie bisher mit solchen Modellen gemacht haben beschreiben? Was funktioniert gut und was vielleicht auch weniger gut?

M49-E-I: Ich nutze das noch gar nicht so intensiv, weil ich in einer Einzelpraxis bin. Da fällt nicht so viel an. In einer Gemeinschaftspraxis, denke ich, lohnt sich das nochmal mehr. Da kann eine VERAH dann wirklich autark Hausbesuche machen. Da gibt es ja sogar ein Telematik-Modul, wo Dinge vor Ort direkt übermittelt werden können. Das spart dann natürlich viel Zeit ein.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden?

M49-E-I: Also bei mir war es so, dass meine Helferinnen in der Praxis sich darüber informiert haben und mich darauf angesprochen haben. Da hab ich mich dann damit auseinandergesetzt und somit eigentlich auf Wunsch der Helferinnen. Ich weiß aber auch von einem Kollegen, der das gerne machen würde, aber die Helferinnen gesagt haben, dann kündigen wir, wenn er das einführt. Es ist am Anfang auch viel Aufwand, aber wenn es dann mal läuft, ist das super.

I: Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

M49-E-I: Vorteile also der finanzielle Aspekt für die Helferin, aber auch für mich. Die Helferin kriegt mehr Verantwortung und mehr Wissen und steigert auch die Motivation. Dann die Zeitersparnis bei den Hausbesuchen. Nachteil nicht so richtig, aber man muss sich schon überlegen, was die Person dann auch für Aufgaben übernehmen soll. Sie kriegt ja mehr Geld, und das muss sich dann auch in der Arbeit widerspiegeln.

I: Haben Sie oder würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M49-E-I: Natürlich, wenn sie das schon hat, dann umso besser.

I: Gut, und wenn Sie Mitarbeiter mit einer solchen Fortbildung beschäftigen, übernehmen diese dann auch gezielte Aufgaben wie Hausbesuche?

M49-E-I: Ja klar.

I: Die Frage ist ähnlich zu einer davor, aber wo in der Hausarztpraxis könnte man die Delegation noch ausbauen und welche Voraussetzungen gäbe es hierfür zu erfüllen?

M49-E-I: Also ich denke, dass die Kluft zwischen der Ausbildung zur MFA und dem Mediziner zu groß ist. Da müsste es etwas dazwischen geben. Das wird ja auch gemacht mit Studiengängen wie Gesundheitsmanagement. Oder auch VERAH und NäPA zielen ja auf diese Lücke ab. Da könnte man aber grundsätzlich mal überlegen die Ausbildung einer MFA zu restrukturieren, um diese Lücke direkt zu verkleinern. Siehe die Paramedics in den USA.

I: Inwiefern würde es Ihnen helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

M49-E-I: Ich glaube, das ist schwierig, sowas in die Leitlinien aufzunehmen. Ich glaube, da einen Konsens zu finden, wird schwierig. Das muss jeder für sich entscheiden, weil das einfach so heterogen ist. Einmal von den Kollegen aber auch von den Helferinnen und auch den Praxisstrukturen.

I: Letzte Frage wäre dann, auch wenn Sie es schon gesagt haben: wäre es sinnvoll bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker zu berücksichtigen?

M49-E-I: Ja, auf jeden Fall. Die Untersuchungen können die Helferinnen machen, und ich spreche dann mit den Patienten, und die Therapieplanung mache ich dann.

I: Super, dann sind wir am Ende angekommen, und ich bedanke mich ganz herzlich und wünsche einen schönen Abend.

2.5 Transkript Interview V - M51-MVZ-I

I = Interviewer

M51-MVZ-I = Arzt

I: Guten Tag, und vielen Dank schon einmal für Ihre Zeit. Ich würde sagen, wir legen direkt los mit der Frage: Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie konkret unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M51-MVZ-I: Also Delegation ist ein wichtiger Bestandteil. Es müssen klare Strukturen sein. Ich bin ja auch Diabetologe, und da hab ich viel mit Delegation zu tun, weil wir da viel an unsere fortgebildete oder weitergebildete Diabetesberaterin abgeben. Im niedergelassenen Bereich haben wir ja auch über die NäPA die Möglichkeit der Delegation, wodurch bestimmte zusätzlich erlernte Fähigkeiten, bestimmte weiterreichende Tätigkeiten übernommen werden.

Das halte ich angesichts der Situation, dass in den nächsten 10 Jahren etwa 80% aller niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres Alters ersetzt werden müssen, für einen wichtigen Teil der Medizin. Einfach um dem ein bisschen entgegen zu wirken.

I: Damit ist die zweite Frage, wie relevant das Thema Delegation heutzutage ist, schon fast mitbeantwortet.

M51-MVZ-I: Ja, sehr relevant. Keine Frage.

I: Und wie stehen Sie grundsätzlich zu dem Thema Delegation und warum? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

M51-MVZ-I: Also grundsätzlich stehe ich dem sehr positiv gegenüber. Es müssen halt klar strukturierte Vorgehensweisen sein. Die einzige Gefahr sehe ich, wenn sich bestimmte Berufsgruppen verselbstständigen. Es muss am Ende eine klare Hierarchie der Verantwortung erhalten sein und erhalten bleiben. Das halte ich für sehr wichtig, sonst passiert das Gleiche wie in den Krankenhäusern, wo Pflege und Mediziner sehr selbstständige Wege gehen. Das ist die einzige Gefahr, die ich sehe. Solange klare Hierarchien erhalten bleiben, auch in der Verantwortung, sehe ich es sehr positiv.

I: Wie ist es aus der Sicht des Patienten, sehen Sie da einen speziellen Nutzen oder Vorteil?

M51-MVZ-I: Einen sehr großen Nutzen. Die Ressource Arzt wird immer knapper, und da werden bestimmte Möglichkeiten patientennah und auch zeitnah zu erfüllen nur noch durch Delegation erfüllbar sein. Also Beispiel Hausbesuche, dass da immer ein Arzt hin fahren muss, auch für Routinedinge wie Impfen, Blutentnahme etc., ist weder effizient noch sinnvoll. Wenn man solche Dinge delegieren kann, dann sind sie zeitnah zu schaffen.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat oder relevanter geworden ist als früher und, wenn ja, warum?

M51-MVZ-I: Ja, wie gesagt, angesichts des immer größeren Ärztemangels und den wachsenden Patientenzahlen ist es immer relevanter geworden auf jeden Fall.

I: Und wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen, also wie gut kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?

M51-MVZ-I: Das ist immer gemein, aber ich würde ihn schon als gut bezeichnen. Ich betreibe ja auch mehrere MVZ, und da, denke ich, kenne ich mich dann schon gut aus. Zudem bin ich Diabetologe, und wir haben da ja die Diabetesberaterinnen und -assistenten. Da ist man in der Diabetologie schon weiter, es gibt sogar eigene Abrechnungsziffern für Beratungen durch die Beraterinnen, die man als Arzt nicht abrechnen darf, wenn man es selber gemacht hat.

I: Ach ok, das wusste ich auch noch nicht.

M51-MVZ-I: Ja, da sind wir schon weiter. Es soll so etwas auch in der Kardio kommen, aber da sind die noch nicht so weit. Wir sind da schon seit vielen Jahren einen Schritt weiter.

I: Sehr interessant. Wo in der Hausarztpraxis bestehen denn die Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen da vielleicht besonders große Potenziale und in welchen Bereichen eher weniger?

M51-MVZ-I: Also ich hab gesagt im Bereich der Medizin, fangen wir damit an, im Bereich Diabetologie, Hausbesuche, Impfungen, Blutentnahmen und Wundmanagement. Das sind jetzt so die wichtigen oder auch DMPs zum Beispiel. Da liegt auch viel Potenzial, da es klar strukturierte Vorgaben gibt und man das gut abgeben kann. Darüber hinaus zum Beispiel in der Buchhaltung und im Controlling. Das sind aber Dinge, worin ein Mitarbeiter ausgebildet werden muss. Zudem kommt es ja auch auf die Praxisstruktur an. In einem MVZ, wo sie 4000 Patienten in einem Quartal behandeln, brauchen Sie andere Strukturen und zwischengeschaltete Ebenen als in einer Einzelpraxis.

I: Welche Erfahrungen haben Sie denn schon mit der Delegation gemacht, und wie würden Sie diese Erlebnisse beschreiben?

M51-MVZ-I: Das hab ich, denk ich, schon gut beantwortet. Ich habe Einiges an Erfahrung gemacht aufgrund der Geschichte des Unternehmens. Ich würde sie überwiegend als sehr gut bezeichnen, es ist aber wichtig, dass es eine gute Ausbildung ist, klare Strukturen sind, die klar definiert werden müssen. Klar auch für den Mitarbeiter, damit er sich in einem für ihn sicheren Rahmen bewegt. Das Schlimmste ist, wenn es Unklarheiten oder Unsicherheiten gibt. Das führt dann zu Verunsicherungen und zu Fehlern. Es muss also so sein, dass Mitarbeiter Verantwortung übertragen bekommen, dass man sich dann aber auch darauf verlassen kann, dass sie diese Verantwortung haben. Das bedeutet auch für den Arzt, dass er sich dem unterordnet, und wenn er etwas abgegeben hat, dann nicht mehr primär dafür verantwortlich ist und sich der Hierarchie anpassen muss.

I: Guter Punkt. Sonst führt es ja auch nur zu Verwirrung.

M51-MVZ-I: Ja, das ist halt oft so. Als Arzt in der Praxis, gerade in einer etwas kleineren Praxis, werden Sie dazu getriggert zu entscheiden. Sie werden vor ein Problem gestellt und sollen entscheiden. Wenn Sie dann aber das Unternehmen vielleicht umstrukturieren, stoßen Sie dann an Grenzen. Warum umstrukturieren? Wie vorhin gesagt, in den nächsten 10 Jahren bis 2035 werden 80% der niedergelassenen Ärzte über 65 Jahre alt sein. Die Ärzteschaft die nachkommt, ist überwiegend weiblich, wollen in einer Gemeinschaft arbeiten und am besten in Teilzeit. Heißt, wir stehen vor dem Problem, wer die klassische Landarztpraxis übernimmt oder nachbesetzt. Deswegen sind die Fragen, die Sie hier stellen mit dem Thema Delegation so extrem wichtig. Weil die Strukturen, die es braucht, um den Anforderungen gerecht zu

werden, nur möglich sind, wenn man delegiert. Den Arzt, der von morgens bis abends immer alleine in der Praxis ist und alles macht, wird es so nicht mehr geben oder zumindest weniger. Sie müssen delegieren, um eine Kontinuität herzustellen und damit die Patienten adäquat versorgt werden. Es ist essentiell, sonst wird das nicht funktionieren.

I: Das sehe ich auch so, und das ist ja auch mit der Grund für die Arbeit hier.

M51-MVZ-I: Und das Schlimme ist, jeder weiß, dass es diese Probleme gibt. Wir haben keinen richtigen Ärztemangel. Wir haben viele Ärzte in Deutschland, die aber völlig fehlverteilt sind. Und alle Lösungen mit mehr Studienplätzen etc. lösen das Problem nicht. Aber da schweifen wir jetzt ab, fragen Sie mal weiter.

I: Alles gut. Die nächste Frage wäre, was Sie momentan alles in der Praxis delegieren? Gesagt haben Sie schon DMP, Blutentnahmen und Impfungen. Was denn noch?

M51-MVZ-I: Hausbesuche auf jeden Fall noch. Dann im Bereich der Verwaltung und im Mitarbeitermanagement.

I: Und gibt es Dinge, die Sie in der Vergangenheit delegiert haben, die Sie heute nicht mehr delegieren?

M51-MVZ-I: Eigentlich nicht, nein.

I: Die Frage haben Sie ja auch schon quasi beantwortet, aber würden Sie sagen, dass Sie heute mehr Aufgaben delegieren als früher?

M51-MVZ-I: Absolut. Ich krieg manchmal die Frage, ob ich denn überhaupt noch Patienten sehe, und da kann ich sagen, 90% meiner Zeit arbeite ich am Patienten. Das geht aber nur, weil ich eben gelernt habe, alles was nicht ärztlich gemacht werden muss, abzugeben bzw. zu delegieren.

I: Würden Sie sagen, es gibt noch irgendwo konkreten Delegationsbedarf oder wo Sie sagen, das würde ich gerne vermehrt delegieren?

M51-MVZ-I: Ich denke, da muss das Rechtliche einerseits geklärt werden, und es muss ja auch finanzierbar sein. Ich gebe Ihnen das Beispiel Herzinsuffizienz. Da gibt es ein Programm, wo Schwestern zur Herzinsuffizienzassistentin ausgebildet werden sollen. Die rufen die Patienten an und fragen nach Luftnot oder solchen Dingen. Es gibt ja so viele Leitlinien dazu, und man setzt erstmal Alles an und soll dann nach 2 Wochen gucken, wie es aussieht. Aber da scheitert es ja schon, weil Sie keinen Termin kriegen. Ich warte hier teilweise 10-12 Wochen auf einen Echo-Termin. Also das ist alles nicht finanzierbar und somit auch nicht umsetzbar, denke ich.

I: Und wenn Sie einfach so mal unabhängig davon denken, was Sie gerne noch delegieren würden?

M51-MVZ-I: Ich hab es schon verstanden, ich glaube aber, dass wir relativ weit sind, und das was ich abgeben kann, auch abgegeben habe.

I: Ok, und Probleme, die Sie beim Delegieren von Tätigkeiten bereits erlebt haben und beschreiben müssten? Klare Hierarchie haben Sie ja schon gesagt, sonst noch etwas?

M51-MVZ-I: Wissen Sie, wir reden über ärztlichen Mangel, aber auch im Bereich der MFA ist das so. Also was ich meine ist der Mangel an nichtärztlichem Personal. Und wenn Sie da Leute ausgebildet haben, die dann umziehen oder weg gehen, dann ist das ein Riesenproblem. Dieser Fachkräftemangel betrifft nicht nur uns Ärzte. Wenn ich dann also an Personal delegiere, das schlecht ausgebildet ist oder einfach nicht dazu in der Lage, dann führt es zwangsläufig zu Problemen.

I: Also hängt es von der Person ab, an die Sie delegieren.

M51-MVZ-I: Absolut.

I: Delegieren Sie denn nur an nichtärztliches Personal, welches eine gewisse Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus, wenn Sie sich vergewissert haben, dass es gewissenhaft durchgeführt wird?

M51-MVZ-I: Ich delegiere schon an Personal, was eine Fortbildung dafür hat, weil es ist ja auch im Sinne des Qualitätsmanagements eine gewisse Kontrolle. Es ist ja auch immer so, dass man gucken muss, was sinnvoll ist zu delegieren. Ich gebe Ihnen ein Beispiel, wo Delegation in die Hose gegangen ist. Stichwort Telefon. In allen Praxen ist das Problem oder die meiste Kritik immer die schlechte Erreichbarkeit der Praxis. Wir haben das mal an eine Firma abgegeben, um uns zu entlasten, und es hat uns nur super viel Geld gekostet, und es wurde trotzdem wegen jedem Blödsinn die Praxis nochmal angerufen. Also um darauf zurückzukommen. Es ist schon wichtig, dass eine Ausbildung oder Fortbildung besteht. Das muss jetzt kein Highendding sein, aber es sollte schon eine solide Ausbildung oder Weiterbildung sein. Der Mitarbeiter muss davon ja auch einen persönlichen Nutzen haben. Mehr Gehalt oder eine Umsatzbeteiligung oder Ähnliches. Ohne Benefit bringt es ihm ja nichts einfach mehr Aufgaben zu haben. Und es geht hier um die Mitarbeiterzufriedenheit, und das darf man bei dem Thema Delegation auch nicht vergessen. Ich kann nur dann etwas delegieren, wenn derjenige davon auch einen Nutzen hat. Er muss dazu befähigt sein und sollte einen persönlichen Nutzen davon haben.

I: Ohne Motivation bringt es nichts, das stimmt. Gut, was sollte Ihrer Meinung nach denn dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein?

M51-MVZ-I: Die Entscheidung der Therapie und auch die Interpretation der Diagnostik. Diese Dinge abzugeben halte ich für grob fahrlässig. Letztlich sehe ich den Arzt da als den einzigen Anwalt der Patienten in der Richtung. Wenn man das macht, können da wirklich schlimme Dinge passieren. Beispiel sind da zum Beispiel die Wundtherapeuten. Die machen eine Ausbildung über eine Firma und kriegen von denen dann noch Bestellzettel mit und kriegen Provision, wenn sie so und so viele Wundaufgaben etc. verkauft haben. So sollte das nicht sein. Oder bei den Physiotherapeuten wurde mal überlegt, dass der Arzt das Rezept macht, aber der Physiotherapeut letztendlich die Verantwortung übernimmt auch über das Wirtschaftlichkeitsgebot. Scheitert immer wieder, weil die das natürlich auch nicht wollen. Es ist ja auch gut, dass es dieses Gebot gibt und der Arzt eben entscheidet, wie nutze ich die Ressourcen optimal für meinen Patienten. Ich kann auch Sachen nur verschreiben, wenn die Diagnose gesichert ist und nicht wie in Kliniken einfach mal geben und hilft bestimmt. Diese Verantwortung darf nicht aus ärztlicher Hand gegeben werden.

I: Wie ist das mit dem klassischen ärztlichen Gespräch?

M51-MVZ-I: Also ganz offen, ob die Anamnese der Arzt oder die Helferin macht ist egal. Die Entscheidung aus den Informationen muss ich dann treffen. Also muss ich aber auch alle Informationen haben. Wie ich an die komme, ist prinzipiell erstmal egal, denke ich, beziehungsweise muss jeder selber wissen, wie er denkt, dass es am besten und effektivsten geht.

I: Gut, dann kommen wir jetzt zu einem etwas spezielleren Thema und zwar Fortbildungen wie VERAH oder NäPA. Wie gut ist Ihr Kenntnisstand zu solchen Modellen?

M51-MVZ-I: Also wir haben natürlich auch unsere VERAH und NäPA und ist für Thema Hausbesuche, Pflegeheime und so eine ganz wichtige und entlastende Sache. Ich finde es sehr interessant in solchen Gesprächen, auch je nachdem wie die Organisation ist, es ist die Frage nach Effizienz und wie häufig und viel diese Mitarbeiterin macht. Es ist nämlich dann auch manchmal so, dass es eine Lücke gibt zwischen dem, was mich der Mitarbeiter kostet und dem, was er leistet. Das ist dann problematisch. Eigentlich Supersache, wenn es richtig funktioniert. Wird auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen, wenn es die Ärzte nicht gibt die die Hausbesuche machen. Wissen Sie, so Hausbesuche sind ja auch ineffizient. Ich kann als Arzt ja nicht viel machen vor Ort. Abhören und mal Blutdruckmessen und Blutabnahme. Dafür fahre ich aber hin und zurück, und es kostet mich sehr viel Zeit für wenig Outcome. Das kann eigentlich nicht mehr wirklich geleistet werden, man muss aber gucken, wie es eben geht, weil die Patienten es auch einfordern. Stichwort Zuwendung.

I: Verstehe ich, also würden Sie Ihren Kenntnisstand als wie bezeichnen?

M51-MVZ-I: Gut, denke ich.

I: Und Ihre grundsätzliche Einstellung zu solchen Modellen?

M51-MVZ-I: Wie gesagt, wenn sie richtig genutzt werden, sehr gut, und auch für die Mitarbeiter, die die Fortbildung machen, eine motivierende und gute Sache.

I: Sie haben ja schon gesagt, Sie beschäftigen Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen. Was funktioniert denn gut und was weniger gut?

M51-MVZ-I: Also Thema Hausbesuche funktioniert gut, wobei die von einer MFA gemacht werden, die keine NäPA ist, weil unsere NäPA da nicht so fit ist leider.

I: Heißt Ihre NäPA übernimmt gar keine speziellen Aufgaben, die durch die Ausbildung vorgesehen sind?

M51-MVZ-I: Nein, leider noch nicht wirklich. Das ist halt leider manchmal so, je nachdem wer die Ausbildung eben macht. Sie brauchen jemanden, der das leisten kann und das auch gerne machen will. Gut gedacht ist eben nicht immer gut gemacht. Verstehen Sie mich nicht falsch. Ich glaube, dass das in gewissen Regionen gerade auf dem Land sehr gut funktionieren kann. Es gibt da ja auch so Ideen zum Gesundheitskiosk, und das wird ein wichtiger Punkt sein, denke ich.

I: Wie sind Sie denn damals auf diese Modelle aufmerksam geworden?

M51-MVZ-I: Also, wir setzten uns natürlich immer damit auseinander, was entwickelt sich in der Medizin, was gibt es Neues, und so haben wir eben auch diese Modelle dann berücksichtigt.

I: Würden Sie denn gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

M51-MVZ-I: Doch, würde ich machen. Ich fördere das auch und halte es auch wichtig für die Mitarbeiterbindung und -zufriedenheit. Es gibt Mitarbeiter, die sollen sich weiterbilden, und da bin ich gerne dazu bereit. Es ist aber auch für die Praxis gut, Stichwort Qualität.

I: Haben Sie denn Ideen zur Verbesserung der bestehenden Delegationsstrukturen? Welche Voraussetzungen gäbe es hierfür zu erfüllen?

M51-MVZ-I: Ich denke, man sollte die Möglichkeiten noch mehr filtern und speziell auch durch Befragungen gucken, was ist an Bedarf da und wie zufrieden ist jemand damit. Also die Strukturen quasi weiter ausbauen durch gezieltere Fortbildungen, die aber dem Bedarf entsprechen. Zudem ist es sehr abhängig von der Struktur. Eine Einzelpraxis braucht andere Dinge als ein MVZ. Da muss man einzeln drauf gucken.

I: Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

M51-MVZ-I: Ganz ehrlich glaube ich, dass es da fehlt am Platz ist. Die Leitlinien sollten sich auf medizinische Dinge konzentrieren. Bei Berufsverbänden könnte es vielleicht Sinn machen oder bei Krankenkassen, aber bei der DEGAM zum Beispiel sehe ich das als nicht sinnhaft.

I: Ok, und wäre es sinnvoll bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

M51-MVZ-I: Also wie gesagt, bei uns machen das schon komplett die Helferinnen gerade auch beim Diabetes, aber ich denke, bei anderen Ärzten ist das noch nicht so und sollte auf jeden Fall umgesetzt werden.

I: Super, das war die letzte Frage. Vielen Dank für Ihre Zeit und die ausführlichen Antworten. Machen Sie es gut.

2.6 Transkript Interview VI - M57-E-AL

I = Interviewer

M57-E-AL = Arzt

I: Guten Tag, wir können die Fragen nacheinander abarbeiten, und ich würde Sie dann jetzt mit der ersten Frage behelligen. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M57-E-AL: Darüber habe ich mir gleich Gedanken gemacht. Sie müssen das genau differenzieren. Eine MFA hat ja eine Ausbildung, über die bestimmte Dinge ja eigentlich vorhanden sind. Wir sollten uns nicht darüber unterhalten, was eine MFA normalerweise machen sollte, sondern was in der neuen Zeit anders passieren muss, um uns Ärzte zu entlasten, das Problem des Ärztemangels aufzugreifen, um die höher zu qualifizieren.

Eine Delegation ist nicht, dass ich ihr sage, sie soll ans Telefon gehen, Delegation ist nicht, dass sie kopiert oder dass sie Blut abnimmt. Verstehst du? Ich glaube, dass du noch einmal den Ausbildungsstand der MFA und das Curriculum berücksichtigen musst. Alles, über was wir jetzt reden, sind Dinge, die ich als Arzt entscheide zu delegieren. Natürlich gehen meine Damen ans Telefon, machen Termine etc. Das sind ganz andere Details, die ich delegiere und von denen du wahrscheinlich überrascht sein wirst. Mit Delegation meine ich Dinge, die ich eigentlich ich zu tun hätte, mit denen ich aber nicht Zeit verschwenden will, weil sie eigentlich eine MFA gemäß ihrer Ausbildung zu tun hat.

I: Es geht auch mehr um die Tätigkeiten, die von dir delegiert werden?

M57-E-AL: Ok, wie wollen wir das systematisch machen? Wir haben zwei Bereiche: einmal die Verwaltung und das Management, da sind die Damen, u.a. meine Frau, die das Praxismanagement machen. Wollen wir damit anfangen?

I: Gerne.

M57-E-AL: Du weißt, dass wir sehr modern sind. Wir haben ein Doctolib-Anmeldesystem. Hast du dich schon einmal mit diesem Thema beschäftigt?

I: Ich habe es mir noch einmal angesehen, nachdem wir telefoniert hatten, bin aber noch nicht dazu gekommen, mir das genauer anzuschauen.

M57-E-AL: Das ist ein ganz zentraler Bestandteil, der auch ein Teil von Delegation bedeutet, weil hier wieder weiter delegiert wird, was die Terminvergabe angeht. Es ist ein ganz zentraler Punkt in unserer Praxis, weil wir über dieses Doctolib kommunizieren. Ich fange jetzt mal an. Was habe ich delegiert? Ich habe in unserem Team delegiert, dass alle Sprechzeiten, alle Urlaubsplanungen, alle Einteilungen, wer wann an welchem Ort ist, das Team macht und nicht ich. Also das macht natürlich meine Frau, aber auch die anderen drei Damen. Das heißt, ich habe mit der Organisation der Praxis nichts zu tun, weil alle mehr als 20 Jahre Erfahrung haben und sie damit meine Praxis nicht nach meinen Wünschen, sondern nach den Wünschen der MFAs organisieren, die sagen, wir brauchen zu dem Zeitpunkt so und so viele Menschen, wir brauchen die und die Zeit für unsere Arbeit, dann können wir früher oder später gehen. Ein Beispiel: ich bin ja als Vertragsarzt verpflichtet, von 7 bis 19 Uhr anwesend, erreichbar zu sein, montags, dienstags oder donnerstags und an einem Mittwoch bis 14 Uhr, an einem Freitag bis 16 Uhr. Es ist Quatsch, dass morgens zwischen 7 und 7:30 Uhr eine MFA nur deshalb kommt, um den Anrufbeantworter auszuschalten, um dann die ersten Telefonate entgegenzunehmen. Wir haben ein Anrufbeantwortersystem, das 7 bis 8 oder 9 verschiedene Ansagen hat, d.h. abends kommt die Ansage: "Die Praxis ist nicht besetzt, bitte wenden Sie sich an den hausärztlichen Notdienst". Morgens um 7 Uhr kommt dann die Ansage: "Die Praxis ist noch nicht besetzt. Wenn Sie in dringenden medizinischen Fällen den Arzt erreichen wollen, wählen Sie bitte folgende Handynummer ...". Und somit überbrücke ich von 7 bis 7:30 Uhr. Das ist eine Form der Delegation, die ich weitergebe. Abends ist es genau das Gleiche. Die Mitarbeiterinnen haben gesagt, nein, wir wollen in der Woche 2 ½ Stunden MFA-Zeit sparen, die wir lieber zu einem anderen Zeitpunkt einsetzen, wo wir dringender gebraucht werden, dass wir z.B. zu einer Stoßzeit 2 Mitarbeiterinnen haben, die in der Funktion sind. Also das ist das Praxismanagement.

Jetzt kommt ein ganz wichtiger Punkt. Es flattern ja täglich enorm viele Befunde ein, z.B. morgens die der Blutabnahmen vom Vortag. Ich beginne eine Stunde vor meinen MFAs und schaue mir alle Blutwerte an, die ganz gezielt in bestimmte Tabellen eingetragen werden, zur

Doppelkontrolle, so dass praktisch nichts verloren geht. Laborwerte kommen in eine bestimmte Liste, sie sind aber auch noch einmal handschriftlich auf einem Formular, das parallel geführt wird. Ich gehe Punkt für Punkt durch. Für jeden Patienten schaue ich mir morgens die Laborwerte an, die schon da sind. Manches dauert ein wenig länger, wird aber von mir erst ab geklickt, wenn ich alles gesehen habe. Jetzt habe ich die Laborwerte, habe den Fall im Hinterkopf und interpretiere das mit der Erwartung, dass der Patient oder die Patientin anruft und fragt, was los ist. Daraus ergeben sich die folgenden Situationen. Entweder ich habe von vornherein keine Idee und vereinbare einen neuen Termin oder ich gebe nur eine Antwort auf eine Frage und eine Diagnose oder eine Bestätigung oder eine Entwarnung. Dann kommt eine Notiz in unser Doctolib-System. Diese Information bekommt der Patient nicht mehr von mir. Das kann ich gar nicht leisten. Ich kann keine Termine machen für Routinedinge wie Besprechungstermine. Das heißt, die MFAs sind mein „Sprachrohr“, sie geben in meinem Wortlaut genau das wieder, was sie auch verstehen. Es ist ein Unterschied, ob eine MFA ganz einfach nur vorliest oder ob sie es auch inhaltlich verstanden hat. In dem Moment habe ich meine MFAs medizinisch so weitergebildet, das sie das auch verstehen. Also ein schwerer Sachverhalt wird ihnen erklärt: was ist mein Gedanke und was möchte ich weitergeben. Dadurch fallen einfach schon vielleicht mindestens die Hälfte der unnötigen Termine weg, an denen jemand kommt und seinen Befund anfragt oder mit mir telefoniert oder chattet.

Zweitens ist es genau so bei MRT, CT und irgendwelchen anderen Facharztbefunden. Wenn ich der Meinung bin, dass diese Information genügt, sage ich, was der Fall ist, was wir machen, was in der Zukunft passiert, und das wird dann so weitergegeben. Natürlich hat jeder Patient das Recht, trotzdem mit mir zu sprechen, das kommt auch vor, aber es wird weniger. Das hat aber auch mit der Entfernung zu tun, weil viele Kilometer zu fahren sind. Und auch mit der Tatsache, dass sie momentan immer noch in der Quarantäne sind oder mit anderen Umständen. Mittlerweile sind die Patienten auch bereit, es so zu machen. Es besteht ja immer noch die Möglichkeit, dass ich einen Chat mache. Also im Grunde übernehmen meine MFAs alle, aber schwerpunktmäßig die Praxismanagerinnen die Kommunikation, eine Art ärztliche Kommunikation, mit den Patienten. Und damit erniedrige ich mich ja auch, indem ich bereit bin zu sagen, ja, ich habe das Vertrauen, und ihr habt die Kompetenz, das weiterzugeben. Und das funktioniert sehr, sehr gut.

Das ist meiner Meinung nach das zentrale Thema bezüglich Praxisorganisation und -management. Momentan fällt mir nichts Anderes ein, außer dem, was sie in besonderen Bereichen machen. Es gibt bestimmte Codewörter bei uns, das sind „Bauch“ und „Herz“. Wenn in einer Annahmesituation der Bauch oder das Herz vorkommt oder jemand von sich aus von Schlaganfall spricht, sind die Leute sofort da. D.h. die MFA hat das Recht, egal wie unpassend

es ist oder wie voll die Praxis ist, die Leute sofort einzubestellen. Da gibt es kein Wenn und Aber. Die Berechtigung haben sie. Wenn diese Codewörter auftauchen, kommen die Leute sofort in die Sprechstunde. Das wird nicht diskutiert. Ist es mit einem Patienten im Hausbesuchssystem die Situation „Herz“, „Schlaganfall“ „umgefallen“, dann informieren wir für ihn den Notarzt. Das Notarztsystem wird dann bemüht, weil wir gar nicht mehr aus der Sprechstunde heraus einen Hausbesuch machen können. Das ist utopisch. Das gibt es in der Stadt schon lange nicht mehr. Und die Leute wissen das.

Das würde mir einfallen zu Delegation bezogen auf Praxismanagement. Jetzt nehmen wir den anderen Bereich, den Funktionsbereich. Natürlich wird alles delegiert. Meine MFAs machen EKGs, die machen die Belastungs-EKGs, die Lungenfunktion. Eine Dame ist ein Wundprofi, sie schaut sich jede Wunde an, wenn jemand zu einem Verbandswechsel kommt. Die Wunden habe ich oft vorher gesehen oder sie auch selbst erzeugt, weil ich auch kleine Chirurgie mache bei mir in der Praxis. Wir versorgen septische Wunden, die zu einem Verbandswechsel erneut einbestellt werden. Wenn Fragen sind, werde ich dazu gerufen, aber meistens wird nur fotodokumentiert über Silo. Über diesen Weg kommt es in die Patientenakte, und dann kommt eine Nachricht an mich, bitte, schau dir das kurz an, ist das so in Ordnung und fertig.

Auch die Auswahl der Verbandstoffe und -materialien ist immer erst auf Empfehlung meiner MFAs hin oder auch der NÄPAs. Die sind darin ausgebildet. Die machen einen Vorschlag, und es gibt kaum Situationen, wo ich das nicht akzeptiere. Ich habe ein- oder zweimal vielleicht ein wenig mehr Erfahrung, wo ich dann sage, ok, wir würden das so oder so machen, aber das ist immer eine Diskussion, ein Besprechen, meistens auch die Patienten betreffend. Aber das hat eher Seltenheitscharakter, weil z.B. viele Verbände an einem Mittwoch bestellt werden, wo ich speziell gar nicht im Hause bin. Ich bin von 7 bis 11 Uhr bei den Hausbesuchen, komme dann kurz für die Notfälle und bin von 12 bis 19 Uhr wieder weg, das heißt, die Kommunikation findet nur über Fotografien etc.

Genauso bei der MFA, eigentlich NÄPA, die uns diesen Hunsrück-Bereich versorgt. Ich habe ja gesagt, die spezielle Situation ist, dass ich aus dem Gebiet raus bin, dort 120 Leute zurück gelassen habe, die nicht mehr das Haus verlassen können. Also die macht alles, wirklich alles, angefangen vom DK-Wechsel, vom Zystofix wechseln, von den Verbänden, von Subkutanspritzen. Ich habe ein digitales Stethoskop von Littmann, was praktisch das Highend ist, mit dem ich eine Tonaufnahme machen kann, die zu uns kommt, auf meine E-Mail-Adresse, das ist jetzt der letzte Stand. Dort müssen wir die Zeit finden, die Punkte noch einmal zu definieren und das technisch einzuleiten. Das sind Sachen, die ich delegiere oder eigentlich schon delegiert habe.

Ok, was haben wir noch an Delegation? DMP könnte ich ohne MFA oder NäPA nicht machen. Einmal im Jahr wird bei den Diabetikern ein Gefäßstatus erhoben, einmal im Jahr wird ein neurologischer Status erhoben von meinen MFAs. Das heißt, sie tasten die ganzen Pulse. Das wird dokumentiert. Wenn sie dort Schwierigkeiten haben es manuell zu machen, habe ich sie angeleitet, das mit meinem kleinen Doppler zu kontrollieren. Das wird dokumentiert. Wir haben drei Dinge bezüglich des Nervensystems: einmal die Vibration, kalt-warm und Monofilament. Das ist Gegenstand der NäPA-Ausbildung. Das können die. Wenn Fragen sind, fragen sie. Die machen das viel souveräner und viel besser als ich, mit viel mehr Zeit und viel genauer. Es wird ein Protokoll erstellt. Das kommt dann zu mir, und ich lese es mir nur dann durch, wenn die MFA sagt, hier hat sich etwas verändert, hier bin ich mir nicht klar oder hier habe ich einen Befund. Ansonsten hake ich das so ab.

I: Ok, und wenn ich dann eine Zwischenfrage stellen darf. Machen das bei dir sowohl die NäPAs als auch in dem Sinne die normalen MFAs, die die Weiterbildung nicht haben? Also sind beide dazu angeleitet oder machst du das nur mit den NäPAs?

M57-E-AL: Ich habe nur NäPAs.

I: Gut, dann erübrigt sich die Frage.

M57-E-AL: Wir haben ein Team. Das sind vier MFAs, meine Frau ist MFA, Praxismanagerin und natürlich in ihrem ursprünglichen Beruf MTA. Sie hat damit gar nichts zu tun. Sie möchte sich mit dieser Thematik nicht mehr beschäftigen. Dann haben wir Frau X, die Praxismanagerin und die MFA, die am Empfang sitzt, die ganz konkret diese Dinge nicht macht. Sie nimmt Blut ab, macht EKGs und Lungenfunktion, ganz normale MFA-Arbeit, aber nicht diese DMPs, nicht diese Wundversorgung. Und die anderen beiden, das sind Frau X und Frau X, beide sind auf dem gleichen Stand und sind NäPA und VERAH, haben die Zusatzbezeichnung „Wundprofi“. Sie haben Kurse gemacht, in dem Fall bei DRAKO. Das sind die, mit denen wir bei Verbandsmaterialien am meisten zusammenarbeiten, die geben online-Seminare, was ich natürlich bezahle, da bilden die sich auch weiter. Die bestellen Wundversorgungsmaterialien, das machen sie einfach selbstständig. Die machen das ausschließlich. Da hab ich gar keinen Unterscheid, verstehst du.

I: Ja, gut, dann erübrigt sich die Frage natürlich.

M57-E-AL: Aber ursprünglich waren die beiden ja auch nur MFAs. Das ist natürlich über diese NäPA-Ausbildung örtlich mehr geworden und über diese spezielle Situation, dass ich da irgendetwas erfinden musste, um die Leute in den Gruppen zu versorgen. Insofern können die beiden alles, zu jedem Zeitpunkt und überall.

I: Und wenn ich das fragen darf: wusstest du von Anfang an, dass es diese NÄPA-Ausbildung gibt, hattest du da in der vorherigen Praxis schon Erfahrungen gemacht oder ist das erst aufgrund des Bedarfs in der neuen Praxis aktuell geworden? Hast du wegen der Entfernungen und den Hausbesuchen konkret danach gesucht?

M57-E-AL: Das war uns ein Begriff, und im Endeffekt ist die Idee durch mich geboren, weil die Frau X in dieser Beziehung etwas konservativ eingestellt war. Ich sagte, ich möchte gerne die Frau X diese Ausbildung machen lassen, einfach weil wir dort auch Bedarf hatten. Wir haben dann die Zeit geteilt genutzt, haben ihr das finanziert, und sie war auch bereit, das in ihrer Freizeit zu machen. Das ist ja heute eine Qualifikation, die sucht bei den MFAs ihresgleichen. So wurde Frau X ausgebildet. Und das hat sich praktisch nur ein Jahr lang rentiert, da war schon klar, dass ich die Praxis verlassen muss. Frau Dr. X hat mich ja am 26. Februar aus meiner Praxis geschmissen. Ich sag das so spektakulär, aber das ist völlig in Ordnung. Es gibt einen Vertrag, und der kann von jedem Senior zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden. Ob man das nun macht oder nicht, ist etwas Anderes. Letztendlich habe ich dann einen Plan entwickelt und habe mir erlaubt, denen, die es mir signalisiert haben – also Frau X, meine Frau, die Frau X und die Frau X - wenn du was machst, wir möchten uns das anhören. Dann hab ich denen beim ersten Treffen meine Vorstellungen genannt. Das war natürlich ein Treffer, weil ich unglaublich viel Vertrauen in diese Frau X gesetzt habe. Wir sind hier in unserem Privathaus, in dem wir eine Praxis haben. Hier hat sie ihren Standpunkt, von dem aus sie alles betreut, auch Patienten hierher kommen. Sie macht morgens die Blutabnahmen, das Labor holt die Proben hier ab, anschließend kommt das zu uns nach Zell. Das heißt, niemand kontrolliert sie, sie hat ihre Zeit, wie sie sie braucht und organisiert es so, wie sie es will. Niemand, weder ich noch meine Frau, kontrolliert das. Sie hat ihr eigenes Elektrofahrzeug gemietet. So sind wir auch ökologisch richtig gut aufgestellt.

Das hat sich vom ersten Tag an wirklich unglaublich bewährt und wird in einer Art und Weise respektiert, wie man es erst einmal nicht erwarten hätte können. Die Patienten, vor allem die schwächsten, sind einfach dankbar und zufrieden, dass ich ihnen so entgegen komme. Und weil das Aufkommen so riesig war und zusätzlich noch eine ganz wichtige Straßenverbindung hier gesperrt wurde, musste ich umdenken. Den ersten und dritten Freitag im Monat tauschen die beiden Damen, das heißt, Frau X, die eigentlich in der Praxis ist, ist dann immer hier und arbeitet von 7 bis 12 Uhr, und wir empfangen dann die Menschen, die aus zeitlichen und wirtschaftlichen Gründen nicht gerne in die andere Praxis fahren möchten. Es werden hier alle DMPs gemacht, die zu machen sind, und alle Blutabnahmen etc. Und es ist gar kein Mehraufwand. Ich schicke eine Person in diesen unteren Bereich, Frau X ist bei uns und versorgt mehr oder weniger die Praxis, anstatt dass 20 Leute den Weg zu uns finden. Das ist wirtschaftlich und ökologisch viel besser. Es ist eine Win-Win-Situation, weil ich mehr Ruhe

habe in der Praxis und dort mehr Patienten angenommen werden können. Verstehst du: wir sind in Corona, wir können nicht 100 Leute ins Wartezimmer setzen, und ich möchte nicht, dass die Leute vor der Tür stehen. Das ist einfach immer noch ein Problem, und das wird auch so bleiben.

Frau X schafft es, in ihrem Arbeitsbereich an einem Freitag 15 bis 20 Patienten zu versorgen. Das finde ich wirklich bemerkenswert. Und das macht sie mit einer Sicherheit, Routine und Souveränität. Wenn irgendetwas ist, ruft sie mich an oder sie schickt mir ein Bild von einer Wunde. Wir müssen das so machen. Es muss nicht jeder bei mir sitzen. Die Bildqualität ist so gut mit einem iPhone, jeder von uns hat eins, und darüber kommunizieren wir. Das ist natürlich auch unglaublich gutes Equipment. Wir haben ein iPad, das hat eine Verbindung mit einem der anderen iPhones über VPN. Frau X hat Kontakt mit unserem Server, sie kommt hier an alle Dinge ran. Mit dem iPad geht sie zu ihren Hausbesuchen, gibt die Vitalparameter ein, macht ihre Protokolle und Bilder, speichert das zu dem Patienten, stellt Fragen, macht Notizen. Ich mache das aber auch, z.B. wenn ich mittwochs unterwegs bin. Ich erledige alles selbst, die Rezepte, Überweisungen. Bei mir wechselt keine MFA in meinem Zimmer Druckerpapier. Ich Sorge dafür, dass mein Arbeitsplatz sauber ist.

Es gibt viele Kollegen, die nehmen eine MFA mit zu einem Hausbesuch, damit die ihnen irgendetwas schreibt. Das wirst du erleben. Das gibt es noch. Das ist Verschwendung von Ressourcen. Das mach ich alles selbst.

I: Ja, das macht ja auch Sinn.

M57-E-AL: Sind schon ein paar Fragen beantwortet?

I: Es ist schon Einiges beantwortet. Ich würde gleich noch einmal schauen, ob ich zu allen Themen etwas habe, aber wir können einfach mal weiter machen. Wir haben jetzt schon darüber gesprochen, was du alles delegierst, von DMP über EKG, Langzeit-EKG, Blutentnahme, Terminsachen, sogar eigene Praxisräume für deine Angestellten. Gibt es noch etwas, was du an ärztlichen Tätigkeiten delegierst oder ist es das zunächst einmal, was ja schon eine Menge ist?

M57-E-AL: Es ist ja jetzt schon gewaltig. Ich fasse noch einmal zusammen: Wunden jeglicher Art, Nahtmaterial entfernen. Ich weiß nicht, kennst du viele NäPAs, die Katheter wechseln, nicht nur Katheter, sondern suprapubische Katheter, Zystofix, das ist Highend.

I: Absolut.

M57-E-AL: Da wirst du kaum eine Krankenschwester finden. Also, was kann ich noch sagen? Gehen wir noch einmal ganz zurück zum Praxismanagement. Was wir ein wenig vernachlässigt haben, ist die Verschlüsselung der EBM-Ziffern. Das ist eine Sache, die aktuell

ausschließlich meine Frau macht, z.B. die Ziffern einzutragen für Privatpatienten und die Rechnungsstellung. Manche EBM's bleiben für mich, das heißt, ich entscheide, wann ich einen Fall mit einer bestimmten Ziffer versee. Kennst du die Bedeutung von diesen Ziffern?

I: Nein.

M57-E-AL: Dann muss ich es dir erklären, weil sie wichtig sind. Du kannst eigentlich nur dann bestimmte Ziffern eingeben, wenn du die Leistung auch erbracht hast. Ich habe eine manuelle Therapie gemacht und gebe die Ziffer ein. Das mache ich alles selbst. Selbst die 1, die für Konsultation im Allgemeinen steht, wird mir überlassen.

Das ist einfach eine rechtliche Frage. Die Mitarbeiterinnen übernehmen natürlich das Eintragen der Ziffern für ein Belastungs-EKG, Langzeit-EKG. Das ist ganz normale MFA-Arbeit. Die Laborziffern werden gar nicht mehr gemacht. Die kommen automatisch zurück und werden einfach in das System eingespeist. Mit der ganzen Corona-Sache hatte ich nichts zu tun. Diese Ziffern haben ja auch ständig gewechselt. Das wurde auch ständig von meinen MFAs aktualisiert. Da wusste ich gar nicht Bescheid. Eine Grippeimpfung trage ich ein.

Delegation. Was gibt es noch? Im Grunde DMP. Die Interpretation der Laborwerte, z.B. bei Diabetes, wo ich den Langzeitzucker überprüfe, das bleibt für mich. Alles andere ist geschrieben. Selbst die Medikamentenpläne. Ich habe meine MFAs und die zwei NÄPAs so geschult, dass sie wissen, was LABA oder was ein Parasympathikolytikum ist. Die können im Grunde diesen Bogen nehmen, die Patienten sind ja jetzt alle aufgenommen, schauen die Medikamente selbst an. Die Frau X weiß ganz genau, was ein Betablocker ist, was ein ACE-Hemmer ist. Das habe ich in Tabellen aufgelistet und korrigiert. Das verstehen die alles und übernehmen es auch. Ich mache ab und zu Stichproben, in dem sie mir z.B. sagen, dass ist ein COPD-Patient, bitte, schauen sie einmal drüber. Und dann guck ich mir das kurz an, und dann ist es auch schon im System.

Es ist schade, ich würde dir gerne den Arbeitsplatz von Frau X zeigen. Sie hat sich ganz exemplarisch Tabellen und Poster aufgehängt, mit Hinweisen auf COPD, die vergleicht sie dann.

Was Delegation anbelangt sind meine beiden NÄPAs mittlerweile so fit, dass sie bei Patienten mit guten Venen Braunülen legen. Wir machen z.B. sehr häufig Infusionen, sei es bei Kurzinfusionen, und ich mache auch sehr viel mit Monopher. Das sind 1.000 mg, da bekommt man schon Angst, wenn man diese schwarze Lösung sieht, und man möchte ganz sicher sein, dass die nicht parallel läuft, weil es hässliche Rostflecken gibt. Dann legen die bei denen die Braunülen. Das ist Delegation. Das gehört nicht unbedingt zu dem, was die MFAs eigentlich in der Schule lernen. Aber anders geht das nicht. Ich wüsste nicht, wie ich das stemmen sollte.

I: Klar, darüber hatten wir ja schon gesprochen. Darum geht es ja.

M57-E-AL: Keine Impfung wird von mir gemacht. Jeder Patient bekommt einen Aufklärungsbogen. Von jedem Patienten, der zu Frau X in die Praxis kommt - ob zur DMP oder zur Blutabnahme – verlangt sie den Impfausweis. Sie koordiniert alle Impfungen. Sie hat immer viel geimpft. Wir haben in der neuen Praxis drei oder vier DIN-A4-Ordner mit Aufklärungs- und Ergebnisbögen. Wir machen jetzt aktuell Grippeimpfungen, die zweite oder dritte Corona-Booster-Impfung, Pneumokokken, wir machen Borrelien, aber da bin ich ein wenig zurückhaltend, weil das überbewertet wird. Wir sind ja kein FSME-Gebiet. Wir haben auch immer noch nicht verstanden, dass es einen Unterschied gibt zwischen Borreliose und FSME.

I: Fällt dir sonst noch etwas ein, was du in der Vergangenheit einmal delegiert hast? Es ist ja schon enorm viel, was du machst. Das ist im Vergleich zu allen anderen Interviews, die ich hatte, gefühlt da 5-fache an Delegation, was in deiner Praxis passiert. Aber fällt dir noch etwas ein oder haben wir Alles?

M57-E-AL: Mir fällt momentan nichts mehr ein. Ich müsste wirklich andersherum fragen: was mache ich eigentlich noch? Ich habe jetzt alles erzählt, mir fällt nichts mehr ein, was ich neu machen möchte, außer – unser I-Tüpfelchen – das Aufnehmen und Abhören eines Tondokuments der Lungenauskultation. Das muss ich noch ausbilden, zumindest, dass ich mal definiert Punkte habe, aber das wird der letzte Schritt sein. Mir würde nichts mehr einfallen, was wir delegieren können.

I: Du würdest sagen, alles andere ist rein ärztlich, das kann ich nicht weiter delegieren. Da hast du keinen weiteren Bedarf im Sinne von, es wäre schön, wenn sie das und das dürften oder könnten oder das würde ich gerne abgeben?

M57-E-AL: Nehmen wir mal das Thema Impfen. Das hatte ich ja schon einmal erwähnt: sie impfen hier in der Praxis ohne mich. Die Impfung darf delegiert werden, das ist ganz klar, aber im Hintergrund bin ich praktisch in einem anderen Raum. Wir weisen die Patienten bei der Terminvereinbarung darauf hin, dass es so abläuft, und sie unterschreiben tatsächlich auch in der Aufklärung, dass sie damit einverstanden sind. Ich weiß nicht, ob das vor irgendeinem Gericht Bestand hätte, ich denke aber doch. Dieses System gab es ja schon viel länger. Wir wissen, dass es in Sibirien oder Kasachstan Feldscher gab. Das waren viel weiter fortgebildete Krankenschwestern. Die haben auch schon genau das gemacht und noch mehr. Die haben sogar Medikamente verordnet. Rein historisch gab es da schon Systeme. Und erinnere dich: wir hatten die Polikliniken in der DDR, und wir hatten ja auch Medizinalassistenten. Der war im Grund genommen kein Arzt, aber er hatte ein Studium, das dem des Arztes geähnelt hat. Und die haben z.B. in der damaligen DDR in den Polikliniken und Rettungsstellen

Wundversorgung gemacht und z.B. Platzwunden genäht. Und diese Leute sind am Aussterben. Es war nach der Wende ganz schwierig ihnen einen Status zu geben.

I: Ja, weil man nicht wusste, wie man sie einzusetzen hat.

M57-E-AL: Es war Usus im Krankenhaus, dass ein Assistenzarzt nicht mit einem anderen Arzt sondern mit seinem Medizinalassistenten operiert hat, der die Haken gehalten und die Wunde verschlossen hat. Aber er war eben nicht Arzt. Also, was ich hier anspreche, ist uralt. Und ich könnte mir vorstellen, dass es in der Promotion auch wichtig ist zu sagen: was haben wir denn eigentlich in der Vergangenheit gemacht, wo waren wir? Wir erfinden nichts Neues. Alles, was ich jetzt mache, das sollen die schon selbst machen. Die Primärversorgung kann ich nicht delegieren. Ich kann auch keine manuelle Therapie delegieren. Ich mache 2 IGeL-Leistungen in meiner Praxis, die aber evidenzbasiert sind. Einmal mache ich eine CO2-Infiltration, das ist im Grunde eine Art Neural-Therapie, bei der ein steriles CO2 Gas in bestimmte Bereiche gespritzt wird. Das bleibt für mich hochärztlich. Das mache nur ich. Und ich mache eine Stoßwellentherapie. Ich habe mir in der neuen Praxis ein Gerät gekauft für 12.000 EUR, was das Neueste ist, nicht für die lineare, sondern die radiale Stoßwelle. Die linearen werden in anderen Praxen durchaus delegiert. Sie werden angelegt und geben dann 4.000 Stöße ab, was aber sinnlos ist, weil das ein dynamisches Verfahren ist. Deshalb ist das z.B. eine Sache, die ich nie delegieren könnte.

Ich bin Manual-Therapeut, das kann ich nicht delegieren. Ich kann keine meiner Therapien delegieren. Auch ein psychosomatisches Gespräch, nein, das geht nicht. Unabhängig von deren wertvoller Arbeit, dass natürlich viele Dinge schon am Telefon von meinen MFAs aufgenommen werden. Das sind ja alles erfahrene Leute. Die haben ein Gespür für die Patienten. Ich spreche von einem Team, das ja hoch erfahren ist. Das gibt es ja so gar nicht.

I: Ich denke jetzt einmal ins Blaue, zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen. Würdest du sagen, es ist eine Möglichkeit, das irgendwann einmal zu delegieren, wenn man z.B. eine gewisse Fortbildung dafür hat oder würdest du sagen, das ist rein ärztliche Tätigkeit?

M57-E-AL: Ich habe Ultraschall gemacht, habe es komplett verlernt. Ich habe hier ein Gerät stehen mit Doppler, Farbe und 3D. Das mache ich. Das ist nicht delegierbar. Nehmen wir die akute, tiefe Venenthrombose. Es kommt jemand an einem Mittwochmorgen in die Praxis und klagt über Schmerzen in den Beinen, ich bin abwesend. Dann sage ich, bitte, mach einen Dimere- Test. Du weißt, es gibt eine Fast-Sonographie. Entweder man untersucht das Bein von der Leiste an komplett bis zum Fuß oder man macht das in der Leiste und in der Poplitea. Und dann können sie sich die Vene aussuchen, das ist ja mit dem Doppler auch kein Problem. Dann ist erst einmal rein statistisch gesehen die Gefahr eigentlich gebannt. Man muss es nach 3 – 5 Tagen kontrollieren, was ich dann machen könnte. Aber nein, da würde ich sagen, es

kommt jetzt auf 4 Stunden nicht an, er soll warten, bis ich wieder komme, dann mach ich diesen Ultraschall. Da kommt es auf 4 Stunden nicht an. Der Patient soll warten, bis ich wieder komme. Dann mache ich diesen Ultraschall. Ich mach ja nur die Fast-Sonographie. Es gibt Internisten, die das überhaupt gar nicht machen. Es lohnt sich gar nicht, die Qualifikation zu haben, um einen Ultraschall abzurechnen.

Es kommt ein Patient, ich erhebe die Anamnese und habe den Verdacht, es könnte vielleicht ein Gallenstein sein. Dann bekommt er einen zweiten Termin, und ich konzentriere mich auf die Galle und den Gallengang, mehr will ich erst einmal nicht wissen. Und dann entscheide ich weiter. Oder ich konzentriere mich auf die rechte Niere, die linke, ich konzentriere mich auf die Milz. Ich habe jetzt Leute, die kommen mit einer Schwellung. Wir haben momentan unter der Corona-Impfung auffällig viele Thymus-Reaktivierungen. Es ist noch nicht ganz klar, warum. Wahrscheinlich, weil viel zu viele CTs vom Thorax gemacht werden, weil die Leute über Atemnot klagen. Und plötzlich sehen wir Thymome. Jetzt hatte ich zwei Fälle, die sich nachher tatsächlich als Reaktivierung von der Thymusdrüse durch eine Impfung herausgestellt haben. Das Thymom ist ja wirklich ein ganz schwerwiegendes Krankheitsbild, das will keiner haben.

Also, nein, für mich definitiv nicht vorstellbar. Es sei denn, es ist tiefster Winter, ich bin nicht da, ich kann nicht in die Praxis und ein Patient kommt. Aber dann hab ich ja immer noch das Krankenhaus. Ich würde lieber jemanden dahin schicken, als meine MFA zu bitten. Aber ich delegiere meinen Doppler. Wenn die MFA also Schwierigkeiten hat die Fußpulse zu tasten, nimmt sie sich das Gerät und dopplert die Beingefäße. Das geht wunderbar. Die wissen ja genau, wie sich zu orientieren haben, und dann dopplern sie an den beiden Beinarterien und der Leistenarterie, und das macht ihnen auch richtig Spaß, weil es einfach schön ist, die zu finden und darzustellen. Dann haben sie Sicherheit. Aber der Ultraschall, sowie du dir das vorstellst, nicht. Wie gesagt, ich mach ja nur Fast. Ultraschallen bleibt auch eine ärztliche Tätigkeit. Es ist schwer, ich quäle mich damit. Ich war jetzt vor 14 Tagen bei einem Kurs. Das war auch ganz gut. Ich habe Sono-To-Learn, das kann ich nur empfehlen. Das ist ein Kurs, den man online buchen kann. Da geh ich immer wieder detailliert rein und schau mir dieses und jenes an. Ich bin 56, das macht mir Spaß und ist ein wenig mein Steckenpferd. Mit der Schilddrüse hat das jetzt wunderbar funktioniert. Aber niemals Pankreas, wo die Internisten ja schon sagen, eigentlich bleibt das CT als Standard bei Pankreas. Und genauso bei der Leber. Wenn da ein Verdacht ist, hat der Ultraschall nichts mehr zu suchen, außer bei der Orientierung mit dem Kontrastmittel.

I: Ich gehe jetzt nebenbei durch, ob ich zu Allem etwas habe. Eine Frage springt mir in den Blick. Kannst du mir etwas zu Problemen sagen, die du in der Vergangenheit oder auch gegenwärtig hast mit Delegation oder eher mit diesbezüglichen Herausforderungen?

M57-E-AL: Ja, das es eigentlich so ist, dass ich für alles verantwortlich bin. Dass meine MFAs und NÄPAs wissen, dass mir sofort mitzuteilen ist, wenn sie etwas falsch machen. Und das machen sie auch sehr gerne, weil sie genau wissen, dass es hier keine Repressionen gibt. Sie wissen, dass ich immer vor ihnen stehe, wenn es zu einem Zwischenfall kommt, vor allem mit Patienten. Es gab eigentlich noch nie eine Situation, wo ich in dieser Hinsicht schlechte Erfahrung gemacht habe. Ganz im Gegenteil. Es war meistens so, dass ich es nicht richtig kommuniziert habe.

Wir sind ja jetzt beim Qualitätsmanagement. Es gibt bestimmte Prozeduren, wo Dinge ganz konkret abgearbeitet werden müssen. Das fängt an, dass ich z.B. meine Hausbesuchstasche delegiere. Ich habe zwei Hausbesuchstaschen. Eine NÄPA hat eine lange Liste erstellt, welche Dinge vorhanden sein müssen, welche Medikamente drin sein müssen. Das delegiere ich. Das geht nach einer Checkliste. Genauso für meinen Notfallkoffer und mein Sprechzimmer. Die NÄPA geht am Freitag durch und frischt die entsprechenden Dinge für den Montag wieder auf. Aber das geht nach Kontrolllisten. Das brauchen wir überall in der Hygiene, überall müssen Pläne hängen.

Die Sache der Delegation ist jetzt nicht nur entstanden, weil ich mir gedacht habe, wie kann ich weniger arbeiten, sondern es ist auch ganz konkret viel entstanden, wo die NÄPAs und MFAs überlegen, wie sie mich entlasten können. Ganz viele Dinge kamen auch als Angebot.

Im Grunde wächst das System. Das Wichtigste ist einfach, dass wir Fehler zusammen erörtern und hinterfragen, an welchem Punkt haben wir nicht richtig kommuniziert. Mehr ist es nicht. Hier entsteht keinerlei Druck in keiner Weise. Wenn es zu einer Situation mit einem Patienten kommt - und das haben wir immer mal wieder -, der irgendetwas auf irgendwen abzuwälzen versucht, findet immer sofort ein klärendes Gespräch statt mit der Betreffenden, mit mir und dem Patienten. Ich mache den Leuten klar, ihr könnt mir sagen, was ihr wollt, ich möchte das gerne erörtern. Es gibt ja manchmal Situationen, da übernehme ich die Verantwortung, aber meistens ist es ja so, dass 80 oder 90% der Patienten versuchen uns auszuspielen. Das gibt es gar nicht. Wir kommunizieren das sofort. Wir haben z.B. einen braunen Reiter an der Patientenakte. Da kommt alles rein, was die Patienten meinen, was vorgefallen sei. Da schreib ich meine Eindrücke rein, wer was über wen sagt und umgekehrt. Das erscheint nicht offiziell in der Akte, sondern bleibt im Reiter, der verschlossen ist. Ich weiß nicht, ob das für dich relevant ist, aber so kommunizieren wir auch, weil wir einfach ein Team sind und uns von den Patienten nichts vormachen lassen.

I: Aber würdest du generell sagen, dass es bei den Patienten von Anfang an die Akzeptanz gab, dass gewisse Tätigkeiten nicht vom Arzt sondern der NÄPA gemacht werden? War das ein Problem oder wurde das sofort gut angenommen?

M57-E-AL: Das hat sich entwickelt. Viele meiner Patienten kenne ich 23 Jahre, und die kennen auch die NÄPAs 23 Jahre. Wenn ich jetzt einmal die Frau X nehme, die im Hausbesuchssystem ist. Sie ist lieber, sie ist netter, und den Leuten ist es manchmal sogar lieber, wenn sie vorbei kommt und nicht ich, weil ich manchmal doch auch gehetzt wirke. Ich wirke abwesend, weil mir Dinge durch den Kopf gehen. Die NÄPA hat da einfach mehr Zeit. Im Grund wird das sehr, sehr akzeptiert. Es hängt aber auch damit zusammen, dass sie sehr authentisch und glaubhaft vermitteln können, aber nicht, weil sie Schauspieler sind, sondern weil sie die Zusammenhänge verstehen. Wenn ich eine Information habe, die vielleicht neu ist, dann mache ich einen Zusatz und sage, das und das sind meine Gedanken. Es sind im Grunde ja Dinge, die immer und immer wieder passieren. Ich hab doch nicht jeden Tag einen neuen Algorithmus. Die Frau X weiß ganz genau, wenn sie mit dieser Frage zu einem bestimmten Thema kommt, dass ich das immer im gleichen Rhythmus abarbeite in meinem Kopf. Das heißt, eigentlich kennen sie die Antwort schon. Wenn ein Mensch kommt, der mich kennt und sagt, er hat das und das Problem, im Beruf, in der Psyche, mit dem Partner, und er braucht ein Gespräch, dann kann sie ohne mich zu fragen, egal wie voll es ist und selbst am Abend noch einen Gesprächstermin vereinbaren, weil sie weiß, dass ich diese Gespräche mache und eine psychosomatische Grundausbildung habe. Und sie bekommt damit kein Problem, weil sie weiß, ich würde es genauso machen.

Ich kann das nicht anders. Du wirst das sehen. Irgendwann geht es von oben nach unten. Natürlich gibt es manchmal individuelle Entscheidungen, aber das wissen die auch, und dann kommen die und wir besprechen das. Wie ich eingangs sagte, es gibt Stichworte: Bauch, Herz, Schlaganfall, Wunden, die müssen versorgt werden und dürfen keine 12 Stunden alt sein, die will ich sofort sehen. Du weißt, ich mache die kleine Chirurgie, ich schau mir das an und entscheide, kann ich das selber machen oder schicke ich sie weiter. Die können nicht warten. Das mache ich sofort.

I: Eine Frage habe ich noch nicht gestellt bzw. dazu wurde in unserem Gespräch noch nichts gesagt. Würdest du diese Aufgaben auch an Leute delegieren, die die NÄPA-Ausbildung nicht gemacht haben oder würdest du es nur an fortgebildete Leute weitergeben?

M57-E-AL: Für mich fällt das nicht mit der Weiterbildung, sondern mit dem Engagement und der Intelligenz und dem Knowhow der Leute. Die NÄPA hat die Ausbildung, weil ich damit einen ganzen Haufen Geld verdiene. Das ist ja nicht unerheblich. Diese Frau X mit ihren Hausbesuchen hat allein in der Quartalsabrechnung mal 4.000 – 6.000 EUR eingespielt. Sie ist 25 Stunden beschäftigt, und das wird wirklich gut vergütet.

I: Das heißt, diese Fortbildung bedeutet auch einen finanziellen Vorteil.

M57-E-AL: Absolut. Das ist kein Verlustgeschäft. Das ist eine Win-Win-Situation. Ich bilde sie aus, und das ist eine Betriebsausgabe für mich. Das ist ja auch teuer. Das waren mindestens 3.000 EUR, die ich erst einmal zahlen musste. Sie bekommt im Dezember ihr Zertifikat, und dann bekommt sie schon ab Januar ihre Gehaltserhöhung. Ich passe das ja auch an. Das sind 200 – 300 EUR brutto, die sie mehr bekommt.

I: Das ist eine sehr schöne Antwort dazu. Ich gehe noch einmal durch, ob ich etwas vergessen habe. Wenn dir noch etwas einfällt, dann einfach loslegen, während ich schaue, ob ich noch etwas vergessen habe.

M57-E-AL: Es ist ja alles auf dem Band, und du kannst gegebenenfalls zurückspulen. Ich möchte eher frei reden. Es ist unangenehm, wenn es nur ein Frage-Antwort-Spiel ist. Ich habe mir die Fragen durchgelesen. So wie du es schreibst, ist es wirklich schwierig und eignet sich besser für einen Vortrag.

I: Ich hatte auch gefragt, ob man das nicht konkreter beschreiben sollte, um auch konkretere Antworten auf jede einzelne Frage zu bekommen, aber es ist nicht so gewünscht, weil das Thema groß genug sein muss. Wenn man zu sehr konkretisiert, ist der wissenschaftliche Aspekt zu gering. Wir brauchen ein großes Oberthema, womit wir breite Fragen stellen können, um genug wissenschaftliche Relevanz zu suggerieren und damit diese Arbeit zu rechtfertigen.

M57-E-AL: Aber dahinter steckt, dass wir alle wissen, dass wir so schnell unseren Ärztemangel nicht beseitigen können. Es geht um die Versorgung der Patienten. Es geht um Ausnutzung Ressourcen. Und ich denke, dass die NÄPAs und MFAs unter anderem eine Ressource sind. Bestimmte Dinge müssen einfach nicht vom Arzt gemacht werden. Und das wird die Zukunft sein. Wir haben ja jetzt schon das Problem, dass wir gar keine MFAs bekommen. Es ist gut und schön, ich kann NÄPAs ausbilden wie ich will, aber ich kann ja nicht einmal eine Auszubildende einstellen, weil es keine Auszubildenden gibt.

I: Ja, klar, das Personal ist nicht da, das ist das Problem.

M57-E-AL: Bitte versteh mich nicht falsch, aber beschränkt euch bitte nicht nur auf die MFAs. Wir müssen auch die ganzen anderen Leute ansprechen, z.B. die Altenpfleger und natürlich auch die Krankenschwestern. Ich denke auch darüber nach, inwiefern man jetzt z.B. in der Lage wäre, bestimmte Dinge auch an ganz Fremde zu delegieren. Ich sehe ganz viele Patienten in meiner Sprechstunde und denke, die könnte ich hier gut gebrauchen, weil sie einfach intelligent und empathisch ist. Der bringe ich das Nötigste bei auch ohne dass sie vielleicht die Profession einer MFA hat und vorher vielleicht kaufmännische Angestellte war. Und da kommen wir ja noch weiter mit Delegation. Wir qualifizieren in bestimmten Bereichen Menschen, die vielleicht gar nicht aus einem medizinischen Beruf kommen.

I: Das hat gerade angesichts des Personalmangels eine Relevanz.

M57-E-AL: Wir haben z.B. konkret das Problem, dass wir jemanden brauchen, der unsere Patienten anruft. Es geht allein um dieses Versicherungskärtchen, dass die Leute erinnert werden müssen, weil wir eine Praxis sind, die auch ohne das Kärtchen Rezepte schreibt, weil es einfach logistisch nicht geht, dass man von jedem verlangt, die Kilometer wieder zurück zu fahren. Aber irgendwann brauche ich das Kärtchen. Ich habe konkret eine 60-jährige Frau aus meinem Bekanntenkreis, die ich fragen möchte, ob sie Zeit hat, 2 – 4 Stunden zweimal in der Woche sich hierher zu setzen, das Telefon in die Hand zu nehmen und diese Dinge für uns abzuarbeiten. Das ist auch eine Form der Delegation. Ich delegiere eine rein bürokratische Arbeit an einen netten Menschen. Da muss noch viel mehr Delegation stattfinden, anstatt dass meine teuren NÄPAs und MFAs zwei Stunden am Tag damit verbringen anzurufen und das Kärtchen abzurufen. Das kann ich z.B. an einen Rentner delegieren, der sagt, ok, ich setz mich hin, telefoniere und lese die Karte ein. Ich weiß nicht, ob das für dich relevant ist.

I: Absolut. In die Zukunft schauen, was es an Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Mit rein bürokratischen Dingen muss ich kein medizinisches Personal behelligen. Die Zeit der NÄPAs kann anders genutzt werden.

M57-E-AL: Das gibt es ja schon in Krankenhäusern. Was hat man gesagt? Keine Krankenschwester muss einem Essen ans Bett tragen, muss aufnehmen, ob der Patient Käse, Wurst oder Brötchen möchte, muss einen Schein ausstellen, der bei der Visite angefordert wird. Konkret bei uns im Krankenhaus gibt es Stationssekretärinnen.

I: Du gehst schon so fortgeschritten mit diesem Thema um, aber ich möchte noch nach leitliniengerechtem Arbeiten fragen. Sollte man z.B. DMP-Programme, die jährlichen Updates bei Diabetes mit Fußpulsmessungen etc. in eine Leitlinie einfassen? Wäre das nicht sinnvoll, um Ärzte dahin zu bringen auch zu delegieren? Ich habe mit vielen gesprochen, die teilweise gar nicht wussten, dass es so NÄPA- oder VERAH-Fortbildungen gibt, und die sagten, das wäre ja super, wenn das jemand für mich machen könnte. Meinst du, es macht Sinn, Delegationsthematiken in Leitlinien aufzunehmen?

M57-E-AL: Bist du denn überhaupt informiert, was die NÄPAs konkret in ihren Kursen machen? Hast du dich damit beschäftigt?

I: Ich habe eine Anfrage für ein komplettes Curriculum gestellt, das habe ich im Internet jetzt allein nicht heraus bekommen. Ich habe den Instituten geschrieben, die diese Ausbildung anbieten. Eine komplette Übersicht habe ich bisher leider noch nicht.

M57-E-AL: Du musst irgendwohin. Ich denke, sowohl die Frau X als auch die Frau X wären die richtigen Ansprechpartner, um das wiederzugeben. Was sie etablieren, kommt aus ihrem

Knowhow, z.B. das Thema DMP ist dort verankert. Das bringen die NÄPAs mit. Das ist Teil ihrer Arbeit. Wir haben am Tag so viele DMPs, das ginge gar nicht. Deswegen haben wir DMP-Tage am Mittwoch und Freitag, wenn beide NÄPAs da sind. Da werden Leute ganz gezielt bestellt. Die NÄPAs haben ein eigenes Sprechzimmer.

I: Das heißt, diese DMP-Programme sind in die NÄPA-Fortbildung integriert?

M57-E-AL: Da muss ich noch einmal nachhaken. Seit 2 Jahren hatten wir keine einziges Mal eine neurologische Untersuchung in Bezug auf DMP. Natürlich mache ich neurologische Untersuchungen, aber nicht in Bezug auf DMP. Sie bekommen einmal im Jahr eine LuFu, weil das Programm das so möchte bei COPD. Dann Blutdruckmessungen und EGKs. Depression darf ich noch nicht. Und auch Rückenschmerz ist noch nicht frei geschaltet. Das wird dann wieder interessant, weil bei Depression werden die NÄPAs so viel nicht machen können. Das wird dann mehr meine Aufgabe sein.

I: Ich habe alle Fragen gestellt. Wir bleiben in Kontakt, wenn etwas fehlt oder ich nachfragen muss, melde ich mich. Ganz herzlichen Dank!

2.7 Transkript Interview VII - M60-E-AL

I = Interviewer

M60-E-AL = Arzt

I: So, guten Tag und schon einmal vielen Dank für Ihre Zeit. Ich würde sagen, dass wir direkt starten. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M60-E-AL: Zu Delegation fällt mir ein: NÄPA und/oder VERAH. Zu Delegation fällt mir ein: Verbandswechsel, Impfungen, das eben Andere Arbeiten übernehmen, die mich dadurch entlasten. Auch Hausbesuche bei Blutentnahmen und solche Sachen.

I: Und würden Sie sagen, dass es für Sie in der Praxis relevant ist?

M60-E-AL: Ja, absolut.

I: Super, und wie stehen Sie grundsätzlich zu dem Thema Delegation? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

M60-E-AL: Positiv, denn im Großen und Ganzen sehe ich nur Vorteile, weil das Arbeitspensum mittlerweile sonst nicht mehr zu schaffen ist.

I: Und Nachteile ?

M60-E-AL: Eigentlich keine.

I: Wie ist es aus der Sicht des Patienten? Welche Vor- oder auch Nachteile sehen Sie dort?

M60-E-AL: Der Patient hat natürlich auch einen großen Nutzen, weil die Delegation durch Dienstleister oder Angestellte vollzogen wird, die sich meistens mehr Zeit nehmen können. Nachteile vielleicht, dass die Patienten gerne nur vom Arzt behandelt werden wollen.

I: Würden Sie grundsätzlich sagen, dass dieses Thema heute an Relevanz zugenommen hat?

M60-E-AL: Auf jeden Fall.

I: Warum?

M60-E-AL: Weil die Patientenzahlen massiv ansteigen. Gerade in der Allgemeinmedizin haben wir das Problem, dass uns von anderen Fachabteilungen Patienten geschickt werden, weil diese sich die Patienten gar nicht mehr angucken wollen. Gerade heute zum Beispiel kam ein Patient, der schon in vier verschiedenen Augenarztpraxen war, und wurde dort abgewiesen mit der Begründung, er müsste immer erstmal zum Hausarzt. Wenn, dann soll der Hausarzt eine Überweisung ausstellen.

I: Ok, verstehe. Wie würden Sie denn Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation bewerten?

M60-E-AL: Den sehe ich als groß an.

I: Und wenn Sie jetzt die Hausarztpraxis im Großen und Ganzen betrachten. In welchen Bereichen liegen große Potenziale und in welchen weniger große Potenziale bezüglich Delegation?

M60-E-AL: Also im administrativen Bereich liegt ein großes Potenzial. Genauso bei allen technischen Untersuchungen wie EKG, Verschlussdruckdoppler, Lungenfunktion und all solche Sachen. Das sind alles delegierbare Leistungen. Das macht keinen Sinn, die selber durchzuführen. Da sehe ich großes Potenzial. Bei der Diagnostik sehe ich nicht so ein großes Potenzial, weil das ist immer noch etwas was in ärztlicher Hand sein sollte.

I: Wenn Sie Ihre bisherigen Erfahrungen zum Thema Delegation beurteilen müssen, wie würden Sie diese beschreiben?

M60-E-AL: Gut. Die Sache ist man muss sie immer im Großen und Ganzen delegieren, aber eben auch einen Überblick über das Gesamte haben. Dass es eben auch so gemacht wurde, wie man es haben wollte.

I: Welche Aufgaben delegieren Sie denn aktuell in Ihrer Praxis?

M60-E-AL: Impfungen und die technischen Untersuchungen, die ich vorhin gesagt habe. Auch die Ergometrie, da bin ich meistens nur im Nachbarzimmer, dass ich sofort eingreifen kann,

aber da muss ich nicht dabei sein. Anlegen von Langzeitblutdruck und Langzeit-EKG. Die Auswertung obliegt dann wieder dem Arzt, aber die ganzen Vorbereitungsschritte, die werden delegiert. Blutentnahmen natürlich.

I: Haben Sie in der Vergangenheit Dinge delegiert, die Sie heute so nicht mehr delegieren?

M60-E-AL: Da fällt mir nichts ein, nein.

I: Und würden Sie sagen, dass Sie heute mehr Aufgaben als früher delegieren und, wenn ja, warum?

M60-E-AL: Ja klar. Ich habe ja schon gesagt, dass viele Dinge zugenommen haben, und da muss man eben auch mehr delegieren. Zudem baut man mit der Zeit ja auch Vertrauen in seine Mitarbeiter auf, so dass man ihnen mehr zutraut und damit auch mehr delegiert. Außerdem muss auch deutlich mehr dokumentiert werden als früher. Heißt, es gibt auch einfach mehr Dinge als früher, die man eben auch delegieren kann.

I: Gut. Haben Sie eine Idee, wo man das Thema Delegation noch ausbauen könnte, beziehungsweise was würden Sie gerne verstärkt abgeben?

M60-E-AL: Da fällt mir jetzt spontan nichts ein.

I: Hatten Sie denn bereits Probleme oder Herausforderungen bei dem Delegieren von Tätigkeiten?

M60-E-AL: Gut, es ist ja immer die Frage, wem man was delegiert. Du musst dich halt vorher darüber informiert haben oder vergewissert haben, dass diese Person der Aufgabe gewachsen ist. Das ist ganz wichtig.

I: Verständlich. Sie haben es vorhin mit der Diagnostik schon angeschnitten, was sollte klar ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

M60-E-AL: Genau. Diagnostik ist ein ganz wichtiger Punkt. Bestimmte Eingriffe. Ich glaube nicht, dass Schwestern zum Beispiel Abszesse aufschneiden sollten. Bestimmte therapeutische und diagnostische Maßnahmen.

I: Wie ist es mit dem klassischen ärztlichen Gespräch?

M60-E-AL: Sagen wir mal, das grobe Anamnesegespräch, warum jemand zum Beispiel da ist. Das kann man zum Teil delegieren. Ich mache das nicht, weil doch meistens mehr rausgekitzelt wird, was wirklich dahinter steckt. Also die richtige Anamneseführung ist nicht delegierbar.

I: Würden Sie nur an Personal delegieren, welches eine entsprechende Fortbildung dafür besitzt oder auch an Personal ohne entsprechende Qualifikation, wo Sie sich aber vergewissert haben, dass diese Person es gewissenhaft ausführt?

M60-E-AL: Das ist immer die Sache mit der Fortbildung dafür. Wenn ich der Person das zeige, dann hat sie eine Fortbildung dazu.

I: Das ist ein Punkt. Gut, dann kommen wir zu einem spezielleren Thema. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand bezüglich solcher Modelle wie VERAH und NäPA beurteilen?

M60-E-AL: Ich habe darin schon ausgebildet, also würde ich sagen, sehr gut.

I: Und Ihre grundsätzliche Einstellung zu solchen Modellen?

M60-E-AL: Gut und wichtig.

I: Wie würden Sie denn Ihre Erfahrungen beschreiben, die Sie bereits mit diesen Modellen gemacht haben? Was funktioniert gut und was weniger gut?

M60-E-AL: Wenn ich darüber nachdenke, eigentlich nur gut. Sie machen Hausbesuche und auch Blutentnahmen bei den Hausbesuchen oder im Altersheim. Führen auch gewisse Gespräche mit den Patienten. Können auch schon mal einschätzen, ob ein ärztlicher Besuch notwendig ist oder nicht. Das sind so alle Dinge, die sie machen.

I: Wie ist es mit Wundmanagement ?

M60-E-AL: Ja, aber richtiges Wundmanagement bei mir jetzt nicht. Da kann man auch zusätzlich ausbilden, ist aber zu arbeitsintensiv und wird dabei nicht vergütet.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden? Wie haben Sie davon erfahren, und was waren die Gründe solche Modelle zu übernehmen?

M60-E-AL: Aufmerksam geworden bin ich auf die VERAH durch den Hausärzteverband. Dann habe ich mich damit beschäftigt und habe dann angefangen, das für gut zu empfinden und eine auszubilden.

I: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

M60-E-AL: Vorteile sind natürlich das Erlangen von Wissen. Es wird ja schon etwas vermittelt und auch andere Sichtweisen vermittelt. Nachteil ist natürlich, dass die Helferin in der Zeit der Ausbildung ausfällt und auch ein gewisser Kostenfaktor. Ich denke, das sollte man aber seinen Angestellten zubilligen, und bei mir habe ich die Ausbildung auch bezahlt.

I: Und Vorteile für Sie als Arzt? Die zeitliche Entlastung?

M60-E-AL: Nein, in Allem einfach. Da kann man dann auch guten Gewissens sagen, fahr du doch nochmal dahin und guck dir das an.

I: Also würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solch einer Fortbildung gezielt einstellen?

M60-E-AL: Ja, auf jeden Fall.

I: Und Ihre VERAH übernimmt auch gezielt Aufgaben wie Hausbesuche, richtig?

M60-E-AL: Ja, dafür haben wir sie ja.

I: Dann kommen wir zum Ende. Würde es Ihnen helfen, wenn in den Leitlinien der DEGAM zum Beispiel mehr auf das Thema Delegation eingegangen wird?

M60-E-AL: Ich denke nicht.

I: Ok, und wäre es sinnvoll, wenn evidenzbasierte Strukturen wie die DMPs mehr auf das Thema Delegation eingehen würden?

M60-E-AL: Das auf jeden Fall.

I: Gut, dann sind wir am Ende, und ich bedanke mich für Ihre Zeit und die Antworten und wünsche Ihnen einen schönen Abend.

2.8 Transkript Interview VIII - M60-GP-I

I = Interviewer

M60-GP-I = Arzt

I: Guten Tag, und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen. Dann starten wir direkt. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M60-GP-I: Alles was geht. Und wo kein Arzt oder eine Ärztin hinter stehen muss.

I: Was genau meinen Sie damit?

M60-GP-I: Es gibt Leistungen, die personengebunden sind. Diese darf man nicht delegieren. Weil sie zum Beispiel an eine Qualifikation gebunden sind. Der Ultraschall des Abdomens oder des Herzens. Das darf man nicht delegieren. Beziehungsweise kann man zurzeit nicht delegieren, weil Medizintechniker das zwar können, aber es nicht dürfen.

Also alles, was geht, delegieren, und bestimmte Dinge darf ich nur dann abrechnen - wie ein Belastungs-EKG -, wenn ich persönlich bei dieser Leistung dabei bin. Alles andere kann aus

meiner Sicht delegiert werden und sollte auch delegiert werden, wobei das Personal natürlich qualifiziert sein muss.

I: Ok, und würden Sie grundsätzlich sagen, dass das Thema Delegation ein relevantes Thema für Sie als Hausarzt ist?

M60-GP-I: Ja sehr, sonst kann ich nicht arbeiten.

I: Welche Vorteile, aber auch welche Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten? Welche Beispiele können Sie hier nennen?

M60-GP-I: Also Nachteil ganz wichtig ist, dass man sich darauf verlässt, dass es auch wirklich so funktioniert. Da muss man dann Kontrollen im Verlauf machen, um sicher zu stellen, dass auch wirklich die Sache so durchgeführt wird, wie es lege artis gemacht wird.

Vorteile sind, den Kopf frei zu bekommen und Arbeitsentlastung.

I: Ok, und wenn Sie aus Sicht des Patienten gucken, gibt es hier auch Vorteile beziehungsweise Nachteile?

M60-GP-I: Es gibt psychologische Nachteile im Sinne, es kann ja nichts Wichtiges sein, wenn es nicht der Arzt macht. Es gibt aus medizinischer Sicht den Punkt, wenn es der Arzt macht, der unter Zeitdruck steht, dann macht er es hopplahop. Die MFA nimmt sich meistens etwas mehr Zeit für den Patienten und macht dann zum Beispiel ein EKG sorgfältiger und genauer. Wobei nicht wirklich, aber es schadet der Qualität nicht, wenn es eine MFA macht, die sorgfältig geschult ist.

I: Danke. Würden Sie sagen, dass das Thema Delegation heutzutage relevanter geworden ist und, wenn ja, warum?

M60-GP-I: Ja, auf jeden Fall, weil es einfach immer mehr Patienten werden und der Aufwand mit Dokumentation etc. größer geworden ist.

I: Das kann ich mir vorstellen. Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema beurteilen? Was darf ich delegieren und was nicht? Wie läuft so etwas ab, und wie muss ich es vielleicht nachweisen?

M60-GP-I: Ich habe natürlich die Furcht, dass Sie mich jetzt etwas fragen, woran ich dann scheitern werde.

I: Nein, keine Sorge, ich werde keine speziellen Fragen stellen.

M60-GP-I: Dann bin ich beruhigt. Ich glaube mein Kenntnisstand ist so, dass ich diese Dinge weiß.

I: Sehr gut. Und wenn Sie sich jetzt die verschiedenen Bereiche in einer Praxis angucken. Würden Sie sagen, dass es Bereiche gibt, in denen es besonders viel Potenzial für das Thema Delegation gibt oder auch Bereiche mit wenig Potenzial?

M60-GP-I: Ok, also das große Thema Gesprächsmedizin, die sehr wichtig ist und uns nicht ausreichend berechnet wird. Diese kann ich nur bedingt oder gar nicht delegieren. Ansonsten viele technische Sachen wie Messparameter erheben und Labor, kann ich alles delegieren. Es gibt sicherlich den Versuch Algorithmen zu finden, dass man auch da mit KI oder so delegieren kann, aber das ist noch nicht so ausgereift, dass ich das in meiner Praxis umsetzen würde.

I: Das braucht dann ja auch Zeit. Wenn Sie jetzt auf Ihre Erfahrung zu dem Thema Delegation zurückblicken, wie würden Sie diese beschreiben? Gab es bestimmte Erlebnisse, an die Sie sich erinnern?

M60-GP-I: Positiv und nicht negativ. Keine speziellen Erlebnisse.

I: Gut. Können Sie aufzählen, was Sie in Ihrer Praxis momentan delegieren? Sie haben schon gesagt, Messparameter und Labor.

M60-GP-I: Alle technischen Untersuchungen wie Lufu und EKG. Blutentnahmen, Hausbesuche bei Patienten, wenn es um Labor geht. Stichwort VERAH oder genauer NÄPA bei uns. Eigentlich alles, was ich nicht machen muss.

I: Geben Sie ab.

M60-GP-I: Ja, genau.

I: Haben Sie in der Vergangenheit andere Sachen delegiert, die Sie heute delegieren?

M60-GP-I: Nein, da fällt mir nichts ein.

I: Und würden Sie sagen, dass Sie heute mehr Aufgaben delegieren als früher?

M60-GP-I: Nein, das ist gleich geblieben.

I: Ok, und wenn Sie in die Zukunft blicken, welche Aufgaben würden Sie gerne verstärkt oder vermehrt delegieren, die Sie heute noch nicht delegieren können oder dürfen, aus welchen Gründen auch immer ?

M60-GP-I: Da muss ich mal kurz überlegen. Eigentlich nein. Also ich kann mir momentan nicht vorstellen, dass ich irgendwelche Leistungen derzeit erbringe, die nicht schon auf ihre Delegationsfähigkeit überprüft worden sind. Ich bin der teuerste Mitarbeiter, und alles was ich delegieren kann, ist betriebswirtschaftlich sinnvoll. Also ich delegiere alles.

I: Ok, und Sie haben vorhin gesagt, Ultraschalluntersuchung kann man nicht abgeben. Könnten Sie sich vorstellen, dass man es in Zukunft möglich macht, solch eine Untersuchung abzugeben?

M60-GP-I: Ach so, es wird ja diskutiert, dass ich zum Beispiel bei radiologischen Leistungen, die ich in der Praxis jetzt nicht anbiete, die macht ein Computer besser. Das was ich in der Praxis anbiete sind Ultraschalluntersuchungen, und das macht jemand der Medizintechniker ist mit Sicherheit genauso gut, wenn nicht besser. Der Techniker, der das Gerät wartet, macht ungefähr 50 Schalls am Tag, und ich mache 10 oder 5. Da bilde ich mir nicht ein, dass ich der liebe Gott bin und das besser machen kann.

I: Das ist ein guter Punkt. Wie ist es mit dem Thema Abrechnungen und der ganzen Bürokratie? Fällt Ihnen dazu noch was ein, wo Sie sagen würden, es wäre schön, da etwas abgeben zu können?

M60-GP-I: Das ist ja gar nicht in ärztlicher Hand. Also die Abrechnung findet so statt, dass ich juristisch haftbar bin. Aber die Mitarbeiterin, die das übernimmt, ist hinreichend gut geschult, und ich überprüfe stichprobenartig, ob das läuft.

I: Gut, dann machen wir weiter. Wurden Sie in der Vergangenheit schon einmal vor Herausforderungen gestellt beim Thema Delegation?

M60-GP-I: Ich weiß jetzt nicht genau, was Sie meinen, aber würde nein sagen.

I: Ok, dann kommen wir zur nächsten Frage. Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein? Was ist klar ärztliche Tätigkeit?

M60-GP-I: Also eine körperliche Untersuchung, das medizinische Beratungsgespräch, beim Thema Impfung sollte ein Arzt immer im Hintergrund sein. Das zielt aber darauf ab, dass Impfungen nicht in einer Apotheke stattfinden sollten. Delegation heißt nicht, dass der Arzt komplett raus ist sondern bei gewissen Sachen immer im Hintergrund greifbar ist.

I: Das ist ein guter Punkt. Kommen wir zur nächsten Frage. Würden Sie grundsätzlich an nichtärztliches Personal delegieren, welches keine entsprechende Fortbildung für die Tätigkeit hat, Sie sich aber vergewissert haben, dass die Person die Tätigkeit gewissenhaft ausführt?

M60-GP-I: Nein. Weil wenn etwas schief läuft, es mir gehörig auf die Füße fällt. Ich hafte dann dafür, und wenn es jemand falsch gemacht hat, muss es jemand fachkundiges sein sonst habe ich ein großes Problem. Das rentiert sich nicht.

I: Gut, dann kommen wir auf das Thema VERAH, NÄPA zu sprechen. Wie gut ist ihr Kenntnisstand bezüglich dieser Delegationsmodelle?

M60-GP-I: Naja, wir haben eine NÄPA, also denke ich gut.

I: Wie würden Sie Ihre Einstellung zu solchen Modellen beschreiben?

M60-GP-I: Sehr gut.

I: Und wie würden Sie die Erfahrungen, die sie mit diesen Modellen gemacht haben, beschreiben?

M60-GP-I: Hervorragend.

I: Was funktioniert besonders gut an den Modellen und was vielleicht weniger gut?

M60-GP-I: Was weniger gut ist, ist die Anforderungshaltung der Patienten. Diese muss man ausbremsen. „Ach, jetzt sind sie ja da, dann können sie ja jede Woche kommen“. Es weckt Bedürfnisse, die nicht ausreichend bezahlt werden. Das ist auch ein nächster Punkt. Es rechnet sich betriebswirtschaftlich nur bedingt. Wenn man die Kosten für die Weiterbildung berücksichtigt, dann rechnet es sich nicht wirklich. Es müsste besser bezahlt werden. Damit die Kosten wieder reinkommen, muss man die NäPA dann auch hochfrequentiert einsetzen.

Wenn man das aber tut, dann führt es eben auch dazu, dass der Arzt entlastet wird und nicht noch zusätzlich zu jedem Hausbesuch persönlich fahren muss.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren die Gründe dies zu übernehmen?

M60-GP-I: Über den Hausärzteverband. Der Grund war die Entlastung im Bereich der Hausbesuche.

I: Sehen Sie in solchen Fortbildungen irgendwelche Nachteile?

M60-GP-I: Nein.

I: Und welche Vorteile sehen Sie?

M60-GP-I: Steigerung der Wertigkeit des Berufstandes. Aufwertung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters. Es ist für das Stimmungsbild eine sehr gute Sache.

I: Würden Sie also Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M60-GP-I: Ja, auf jeden Fall.

I: Und wenn Sie einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin mit einer solchen Fortbildung beschäftigen, übernehmen diese dann gezielt Aufgaben wie Hausbesuche?

M60-GP-I: Ja, darum geht es ja.

I: Gut. Haben Sie Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis, und was gilt es dafür zu erfüllen?

M60-GP-I: Da fällt mir nichts ein.

I: Alles klar. Die letzte Frage wäre, ob es Ihnen helfen würde, wenn das Thema Delegation in den Leitlinien der DEGAM zum Beispiel mehr berücksichtigt würde?

M60-GP-I: Ja, das wäre gut.

I: Ok, und wäre es sinnvoll, wenn evidenzbasierte Strukturen wie Disease Management Programme stärker die Möglichkeiten der Delegation berücksichtigen?

M60-GP-I: Auch das. Wobei ich hier persönlich schon sehr viel abgebe und das Erfassen von Fußpulsen und solche Sachen nicht mehr selber mache.

I: Super. Dann bleibt mir nur noch übrig Danke für die Antworten und Ihre Zeit zu sagen. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

2.9 Transkript Interview IX – M64-E-AL

I = Interviewer

M64-E-AL = Arzt

I: Guten Abend und Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M64-E-AL: Delegation ist eine notwendige und wichtige Maßnahme, um Arbeiten in der Praxis so zu verteilen, dass jeder die Arbeiten macht, für die er ausgebildet und prädestiniert ist.

I: Inwieweit ist das Thema relevant für Sie als Arzt?

M64-E-AL: Das ist lebenswichtig. Eigentlich eine der wichtigsten Aufgaben einer Praxisführung ist die sinnvolle und vernünftige Delegation.

I: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

M64-E-AL: Die Vorteile sind ganz klar, dass eine vernünftige Organisation sich auf diese Weise auf genügend Schultern verteilt. Nachteil ist natürlich, dass man bei der Delegation die Aufgaben auch gewissermaßen überwachen muss. Ob es eben auch so gemacht wird, wie es den wissenschaftlichen und richtigen Prinzipien entspricht. Die Überwachungssituation ist manchmal problematisch.

I: Welchen Nutzen sehen Sie sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus der Sicht des Patienten?

M64-E-AL: Mehr Zeit für sinnvolle Aufgaben gewinnen. Also aus Sicht des Arztes mehr Zeit für die eigentlichen Aufgaben. Aus Sicht des Patienten das Gleiche. Der Arzt hat dann Zeit für die Aufgaben, für die er wirklich ausgebildet ist. Aus der Sicht der Delegationsempfänger interessantere Tätigkeiten, weil es vielfältiger wird. Es gibt mehr Aufgaben. Und auch die generelle Organisation der Praxis ist dadurch besser möglich.

I: Gut, und würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat und, wenn ja, warum?

M64-E-AL: Ja, ich glaube, es war immer schon relevant, und es gab schon immer die Möglichkeit zu delegieren. Gerade in der Hausarztpraxis wird verhältnismäßig viel delegiert. In Kliniken ist das anders, da werden Ärzte immer noch mit vielen nichtärztlichen Tätigkeiten konfrontiert.

I: Die nächste Frage wäre, wie Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen würden?

M64-E-AL: Ich denke, ich kenne mich da gut aus.

I: Wenn Sie sich die verschiedenen Bereiche in einer Hausarztpraxis vorstellen, in welchen Bereichen liegen vielleicht große Potenziale zur Delegation und in welchen Bereichen eher weniger?

M64-E-AL: Also bei uns ist das komplette Labor delegiert, also auch Blutentnahmen. Das Anhängen von Infusionen, die Einstellung von Geräten, die physikalische Therapie, ein großer Aspekt ist die Wartung der Geräte, Sterilisation und Aufbereitung der Instrumente, Verwaltungsaufgaben sind weitestgehend delegiert sowie die Abrechnung, genauso das Ausfüllen gewisser Anträge oder Formulare der Krankenkassen, die delegierbar sind. Dann wird die Hausbesuchstätigkeit weitestgehend delegiert und von der VERAH bzw. NÄPA übernommen.

I: Vielen Dank für die ausführliche Antwort, und dann kann ich die Frage, was Sie aktuell in Ihrer Praxis delegieren, direkt überspringen. Haben Sie denn in der Vergangenheit andere Dinge delegiert, die Sie heute so nicht mehr delegieren?

M64-E-AL: Nein.

I: Und würden Sie sagen, dass Sie heute insgesamt mehr delegieren als früher?

M64-E-AL: Ja, schon etwas mehr. Einfach, weil meine Zeit geringer wird. Mein Partner ist aus der Praxis ausgeschieden, und ich muss dann auch gucken, dass ich meine Arbeit trotzdem schaffe.

I: Gibt es Aufgaben, die Sie in Zukunft gerne vermehrt oder verstärkt delegieren würden?

M64-E-AL: Verwaltungsaufgaben, die Beantwortung von Anfragen der Krankenkassen sind jetzt so meine Sachen, die ich sehr gerne komplett abgeben würde.

I: Wie ist es mit Ultraschalluntersuchungen?

M64-E-AL: Würde ich auch abgeben, klar, warum nicht. Wenn das eine qualifizierte Mitarbeiterin macht, wieso nicht.

I: Gut, haben Sie denn auch schon Probleme oder Herausforderungen beim Delegieren von Tätigkeiten erlebt, und können Sie diese beschreiben?

M64-E-AL: Dass es nicht so umgesetzt wird, wie ich es gerne hätte. Dass es Unklarheiten gibt, wie verfahren werden muss. Aber das lässt sich dann in der Regel über Telefon oder Videosprechstunde klären. Also es gibt nicht viele Probleme bisher.

I: Das hört man doch gerne. Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein?

M64-E-AL: Ja, der unmittelbare Patientenkontakt. Die Aufklärung über wichtige Entscheidungen. Letztlich auch die persönliche Untersuchung und der persönliche Eindruck, den man erlangt.

Also die ärztliche Untersuchung, die Diagnostik, das Gespräch über Fragen der Medikation und Operationen, also der Therapie im Großen gesagt. Prognosegespräch.

I: Delegieren Sie nur an nichtärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus?

M64-E-AL: Ich finde, da Fortbildungen nicht immer garantieren, dass es einer dann auch kann, muss ich mich sowieso vergewissern, ob er das kann, und umgekehrt, wenn ich es jemandem zeige oder beibringe, dann weiß ich, dass er das kann.

I: Sie haben das Thema bereits angeschnitten. Es geht um VERAH und NÄPA. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen einschätzen?

M64-E-AL: Gut, da bin ich gut informiert natürlich.

I: Und wie ist Ihre Einstellung zu solchen Modellen?

M64-E-AL: Ja, wir beschäftigen ja welche. Ich bin da sehr positiv eingestellt.

I: Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit Ihrer VERAH oder NÄPA beschreiben? Was funktioniert gut und was vielleicht weniger gut an den Modellen?

M64-E-AL: Also durchweg gut, das ist eine gute Erfahrung. Die Helferinnen sind sehr zuverlässig, koppeln rück, wenn mal etwas unklar ist oder ihnen etwas auffällt, nehmen uns

gerade bei Hausbesuchen und der Wundversorgung wichtige Aufgaben ab und machen das wirklich hervorragend. Negativ fällt mir gar nichts ein. Natürlich gibt es mal Fehleinschätzungen, aber meistens in Richtung Vorsicht. Also dass sie dann rausfährt, obwohl es nicht nötig gewesen wäre oder so, aber ich sehe das eigentlich lieber so als andersrum, deswegen ist es jetzt nichts Schlimmes.

I: Vorsicht ist besser als Nachsicht.

M64-E-AL: Genau; insofern gibt es keine negativen Erfahrungen.

I: Wie ist es mit dem finanziellen Aspekt?

M64-E-AL: Also ja es ist relativ teuer die Ausbildung, und es finanziert beziehungsweise rechnet sich nicht eins zu eins gegen. Die Hausbesuche durch eine VERAH oder NÄPA werden nicht adäquat vergütet. Das liegt einfach daran; dass die einzelnen Leistungen nicht adäquat vergütet werden. Auch die Hausbesuchstätigkeit durch einen Arzt wird im Vergleich schlecht vergütet.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren die Gründe für Sie diese Modelle zu übernehmen?

M64-E-AL: Werbung durch KV und Hausärzteverband, und der Hauptgrund ist die Arbeitsentlastung gerade mit Hinblick auf die schwächer werdende Personaldecke im ärztlichen Bereich.

I: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in solchen Modellen?

M64-E-AL: Gut, Vorteile habe ich ja schon genannt. Nachteile sehe ich eigentlich keine, wenn ich ehrlich bin. Es ist ein Miteinander, und das finde ich gut.

I: Würden Sie gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

M64-E-AL: Gezielt einstellen und ausbilden, natürlich.

I: Und wie Sie bereits erwähnt haben, übernehmen Sie bei Ihnen auch gezielte Aufgaben wie Hausbesuche und Wundversorgung?

M64-E-AL: Ja, genau.

I: Super. Haben Sie vielleicht Ideen zur Verbesserung der Delegation in Hausarztpraxen? Wo könnte man noch etwas ausbauen oder weiterentwickeln, und welche Voraussetzungen gilt es hierfür zu erfüllen?

M64-E-AL: Naja, es hängt ein bisschen an der Manpower. Man könnte einige Sachen noch delegieren wie Ultraschall zum Beispiel. Oder die Doppleruntersuchung beim pAVK-

Screening. Diabetes Dokumentation. Also der Arzt muss jetzt nicht die Untersuchung auf Sensibilität und Pulse machen. Das hängt aber natürlich alles von der Verfügbarkeit ab.

I: Also man bräuchte das Personal dafür?

M64-E-AL: Ja, und letztlich auch die Vergütung. Diese Dokumentationen werden ja eher mäßig vergütet, und wie soll man dann zusätzlich Personal dafür einstellen?

I: Absolut. Dann wäre die vorletzte Frage, ob es Ihnen eine Hilfe wäre, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

M64-E-AL: Das wäre schon schön, wenn es da was zu gäbe, aber möglichst offen gehalten. Einfach damit man eine rechtliche Sicherheit hat, falls mal eine Klage in der Richtung kommt. Zum Beispiel ein Befund ist bei einem Hausbesuch der VERAH nicht erhoben worden oder so.

I: Guter Punkt. Die letzte Frage zielt auch auf etwas, was Sie schon erwähnt haben. Wäre es sinnvoll, wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMPs stärker das Thema der Delegation berücksichtigt würde?

M64-E-AL: Natürlich klar. Kann man abgeben, aber nicht so, dass man diese Leistungen dann wieder schlechter vergütet.

I: Ja, gut, dann gewinnt man ja auch nichts. Perfekt dann sind wir schon am Ende angekommen, und ich bedanke mich nochmal herzlich für Ihre Zeit und wünsche einen schönen Abend.

2.10 Transkript Interview X - M65-E-AL

I = Interviewer

M65-E-AL = Arzt

I: Dann fangen wir direkt an mit der ersten Frage. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M65-E-AL: Also ich bin Geschäftsführer eines Betriebs. Wenn ich nicht delegieren kann, dann funktioniert der Betrieb nicht. Es ist also einer meiner Hauptjobs zu delegieren, denn nur so kann ich den Betrieb führen und Geld verdienen. Man kann nicht alles selber machen, und ich kann bestimmte Dinge sicherlich auch gar nicht mehr. Wenn ich Sachen seit 5 Jahren nicht mehr gemacht habe, dann liegt mir das nicht mehr so einfach in der Hand. Klar kriege ich das noch irgendwie hin eine Lungenfunktion zu machen, aber ich habe damals eine Mitarbeiterin darin angeleitet, und sie hat das seit dem übernommen und kennt sich damit besser aus als ich.

I: Sie haben es ja schon fast gesagt, aber ist das Thema für Sie in der Praxis relevant?

M65-E-AL: Ja, hoch relevant. Wie ich sagte, ohne geht nicht und ohne würde ich den Betrieb hier nicht führen können.

I: Und wie würden Sie denn Ihre Einstellung zum Delegieren von Tätigkeiten beschreiben

M65-E-AL: Sehr positiv und eben essentiell.

I: Ok, und welche Vor- und Nachteile bringt die Delegation mit sich?

M65-E-AL: Vorteile habe ich ja schon gesagt. Man schafft nicht alles selber, also Zeitersparnis. Nachteil, man muss sich drauf verlassen können. Sie müssen kontrollieren, ob die Dinge vernünftig erledigt wurden. Eine gewisse Arbeit bleibt also noch selber zu machen, auch wenn man etwas delegiert, aber anders geht es eben auch nicht. Am Ende überwiegen also auch ganz klar die Vorteile.

I: Das war jetzt Ihre Sicht als Arzt. Wie ist es aus Sicht des Patienten, sehen Sie da einen speziellen Nutzen, wenn Aufgaben delegiert werden?

M65-E-AL: Das ist für den Patienten auch von Vorteil, wenn er andere Mitarbeiter im Vertrauen hat. Wo er weiß, sie sind kompetent, und er ist dort gut aufgehoben. Zudem haben meine Mitarbeiter in der Regel auch etwas mehr Zeit als ich, und andersrum muss der Patient auch vielleicht nicht auf mich warten sondern kommt schneller dran, wenn es eben meine MFA macht. Nachteile könnten sein, dass manche Patienten doch nur vom Arzt gesehen werden wollen und sich dann vielleicht nicht ernst genommen fühlen.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist und wenn ja warum?

M65-E-AL: Was heißt relevanter geworden. Ich meine, die Wirtschaftlichkeit ist immer relevant beziehungsweise wird immer stärker. Also ja, doch kann man schon sagen in dem Zusammenhang. Man sollte es vielleicht anders ausdrücken. Man müsste es lernen zu tun. Man hat delegieren nie wirklich gut gelernt. Als Assistent delegierst du nicht wirklich was. Heißt, wenn man dann Mitarbeiter oder Angestellte hat, muss man eben erstmal lernen, wie und was man alles delegiert.

I: Guter Punkt, das lernt man wirklich nicht. Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

M65-E-AL: Soll ich jetzt einfach gut oder schlecht sagen?

I: Wie auch immer Sie es beschreiben wollen.

M65-E-AL: Der ist gut. Ich meine, ich mache den Job jetzt schon eine ganze Weile, und da kennt man sich dann zwangsläufig irgendwann gut aus, und es scheint bis jetzt auch immer zu klappen. Meine Helferinnen laufen nicht weg, also scheint es gut zu sein.

I: Schön zu hören. Wo in der Praxis bestehen Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen zum Beispiel besonders große Potenziale und in welchen vielleicht nicht so große?

M65-E-AL: Also die eingehende Anamnese muss man selber machen. Den Eindruck braucht man als Arzt meiner Meinung nach. Eine Vorsortierung über eine Checkliste kann man delegieren. Die werden auch vor der Anamnese bearbeitet und eingetragen. Also da ist wieder das Thema Zeitersparnis, und jetzt müssen Sie nochmal die Frage wiederholen, ich bin irgendwie raus, tut mir leid.

I: Macht doch nichts. Es ging um die Bereiche in der Praxis, in denen große Potenziale liegen oder auch weniger große.

M65-E-AL: Also im technischen Bereich, denke ich, liegt ein sehr großes Potenzial, und da muss man oder sollte man so viel wie möglich delegieren.

I: Ok. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Delegation schon gemacht, und wie würden Sie diese beschreiben?

M65-E-AL: Naja, seit ich in der Praxis arbeite, delegiere ich ja täglich Dinge. Am Anfang nicht so viel, weil man noch neu ist und selber erstmal alles machen will oder muss. Mit der Zeit dann aber immer mehr, also hab ich sehr viel Erfahrung damit. Ich würde auch sagen, dass die Erfahrungen bei mir eigentlich immer positiv oder gut waren. Wie gesagt, man muss natürlich kontrollieren, was die Person dann macht und auch nochmal anleiten teilweise, aber das gehört eben auch dazu. Ich muss natürlich auch wissen, wem ich die Aufgabe anvertraue. Wenn ich einfach blind delegiere, dann entstehen natürlich Probleme.

I: Sehr schön. Jetzt wird es etwas konkreter. Was delegieren Sie momentan an Aufgaben in Ihrer Praxis?

M65-E-AL: Lungenfunktion und EKG. An meinen Assistenten auch die Ultraschalluntersuchungen, wenn er die Untersuchung kann. Alles, was mit dem Labor zu tun hat. Ich mache keine Blutentnahmen mehr selber. Eigentlich delegiere ich alles, was nicht von mir selber hier am Tisch gemacht wird. Impfen, Wundverbände, die ganze Anmeldung und die Formulare, da setze ich nur meine Unterschrift drunter. Hausbesuche machen wir allerdings noch selber, weil sich das auch wirtschaftlich nicht rechnet. Ich schicke keine MFA für ein paar Euro los, die mich am Ende dann doch wieder konsultiert.

I: Verständlich, und haben Sie in der Vergangenheit Aufgaben delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

M65-E-AL: Nein, nicht das ich mich erinnere.

I: Auch wenn Sie hierzu schon was gesagt haben, muss ich fragen: Delegieren Sie heute mehr als früher und wenn ja warum?

M65-E-AL: Ja klar. Wie ich sagte, lernen Sie ja als Assistent nicht zu delegieren. Heißt, Sie kommen in eine Praxis und lernen dann, was und wie man Sachen abgibt. Am Anfang machen Sie noch viel selber, und dann eben mit der Zeit und dem Vertrauen in die Mitarbeiter geben Sie immer mehr ab. Zudem ist es ja bei dem heutigen Patientenangebot und dem ganzen Dokumentieren auch kaum noch machbar. Da muss man so viel wie möglich abgeben.

I: Gut. Was würden Sie denn gerne verstärkt delegieren oder auch in Zukunft gerne delegieren können?

M65-E-AL: Hausbesuche. Die fressen Zeit ohne Ende, und bei den Routinebesuchen kommt ja nichts bei rum. Es gehört halt zum Hausarzt sein dazu, aber um den Blutdruck zu messen und Blutabzunehmen muss ich da nicht hin theoretisch.

I: Das kostet ja auch einfach eine Menge Zeit. Haben Sie auch Probleme beim Delegieren von Tätigkeiten kennengelernt und, wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

M65-E-AL: Das liegt einfach an den Personen, die etwas übernehmen sollen, können, dürfen. Das liegt dann in der Einzelperson, wenn da Probleme auftreten, und die sind dann eben auch individuell. Deswegen muss man sich eben überlegen, was man an wen delegiert.

I: Gut, Sie haben ja vorhin die ärztliche Anamnese angesprochen, was sollte Ihrer Meinung nach denn noch klar ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

M65-E-AL: Die Befundung von Untersuchungsergebnissen. Also sowas wie EKG auswerten oder die Lungenfunktion. Dann natürlich die Therapieentscheidung, egal ob medikamentös oder konservativ. Dafür haben eben auch ich sag jetzt mal „nur“ Sie das Wissen, und Sie haften ja auch am Ende dafür.

I: Auch ein guter Punkt, den man nicht unterschätzen sollte. Delegieren Sie nur an Personal mit einer entsprechenden Fortbildung oder auch darüber hinaus?

M65-E-AL: Selbstverständlich. Wenn wir kein Vertrauen in unsere Arbeit und die der Mitarbeiter haben, können wir es ganz sein lassen. Ob da jetzt ein Zertifikat hinter steht von einem Samstagvormittag, wo man verschlafen seine Zeit abgesehen hat, ist mir am Ende egal. Ich muss mich persönlich davon überzeugen, die Person kann das und macht das gut. Alles andere ist mir nicht wichtig.

I: Gut, ich habe vorne gesehen, dass Sie eine VERAH beschäftigen. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu den Modellen wie das der NÄPA oder VERAH beurteilen?

M65-E-AL: Mein Kenntnisstand ist rudimentär vorhanden, weil wir es einfach nicht wirklich genutzt haben, muss man ehrlicherweise sagen. Wenn die VERAH unterwegs ist, dann fehlt sie eben hier, und das kriegen wir nicht hin. Es bringt uns also leider nicht wirklich viel, obwohl wir die Ausbildung ja auch finanziert haben. Und dafür noch jemanden einzustellen, dass die VERAH ihre Runde machen kann, rechnet sich wirtschaftlich überhaupt nicht.

I: Verständlich. Wie würden Sie denn Ihre grundsätzliche Einstellung zu diesen Modellen beschreiben?

M65-E-AL: Die Idee ist ziemlich gut, aber es muss eben auch Hand und Fuß haben. Der finanzielle Fuß ist eben nicht gegeben oder nicht genug gegeben.

I: Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit Ihrer VERAH beschreiben?

M65-E-AL: An sich gut, aber sie macht ja bei uns nicht wirklich was Anderes. Da sich die Hausbesuche nicht lohnen, weil sie dann eben hier fehlt, bleibt sie von vornherein in der Praxis, und da macht sie aber auch die gleichen Dinge wie die anderen MFAs. Als das aufkam, waren wir auch sehr begeistert und haben es dann ja auch mitgemacht, aber wenn einen die Realität dann einholt, läuft es eben auf eine ganz normale MFA heraus.

I: Wie sind Sie denn damals auf diese Modelle aufmerksam geworden?

M65-E-AL: Da kann ich mich ehrlich gesagt nicht mehr wirklich dran erinnern. Also ob die Dame jetzt auf mich zukam oder ich sie darauf angesprochen habe, weiß ich nicht. Aber die Werbung dafür kam auf jeden Fall von der KV oder dem Verband.

I: Ok, und welche Vorteile beziehungsweise Nachteile sehen Sie denn in diesen Modellen?

M65-E-AL: Naja, Vorteile habe ich so keine gesehen, aber weil es sich für uns nicht lohnt. Wie gesagt, die Idee ist super, und ich denke, auf dem Land oder in anderen Praxisstrukturen funktioniert das super. Dann sind die Vorteile definitiv eine große Entlastung bei den Hausbesuchen und Zeitersparnis für den Arzt. Nachteile sind eben genau, wenn man das nicht nutzt oder es sich nicht lohnt. Dann hat man für nicht wenig Geld eine Fortbildung bezahlt und hat am Ende aber keinen Nutzen.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M65-E-AL: Gezielt nicht. Ist mir recht, wenn sie eine haben, aber ich kann deswegen nicht mehr Geld bezahlen oder so.

I: Ok, und macht Ihre VERAH keine Hausbesuche oder doch noch welche?

M65-E-AL: Doch sie fährt schon mal raus zu dem ein oder anderen, aber eben nicht in dem Ausmaß, wie man es sich vorgestellt hat.

I: Ok, auch die nächste Frage haben wir schon mal angeschnitten. Haben Sie Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Wo bestehen noch Defizite, und wo könnte man Dinge ausbauen?

M65-E-AL: Da fällt mir nicht wirklich was ein. Wir geben, denk ich, schon alles ab was geht, und es funktioniert so auch wirklich gut.

I: Das ist doch aber dann auch schön zu hören, dass es einfach gut läuft. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

M65-E-AL: Wäre mir egal. Leitlinien sind viel Papier. Wenn alle nach Leitlinien arbeiten würden, wäre das Gesundheitswesen morgen bankrott. Also mir würde es nicht wirklich viel bringen.

I: Ok, und wäre es sinnvoll, wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP- Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt würde?

M65-E-AL: Also die DMP-Untersuchungen machen wir schon gar nicht mehr. Also ich messe jetzt keine Verschlussdrücke oder Pulse. Das macht hauptsächlich die VERAH aber auch die anderen MFAs. Von daher ja, das muss kein Arzt machen.

I: Super, dann sind wir fertig. Vielen Dank für Ihre Zeit und noch einen schönen Tag.

2.11 Transkript Interview XI - M72-GP-ALI

I = Interviewer

M72-GP-ALI = Arzt

I: Guten Tag. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

M72-GP-ALI: Naja, Delegation ist das Abgeben von Patienten oder auch Tätigkeiten beziehungsweise Kompetenzen. In der Praxis werden ja tägliche Dinge an die Mitarbeiter delegiert. Sowohl Verwaltungsaufgaben als auch Fachliches natürlich.

I: Und würden Sie sagen, dass das Thema relevant für Sie ist?

M72-GP-ALI: Ja gut, für die Zusammenarbeit mit den MFAs auf jeden Fall, und sonst sind wir ja in einer Gemeinschaftspraxis. Hier delegiere ich ja nicht sondern führe Fachgespräche über meine Patienten. Das würde ich nicht als Delegation bezeichnen.

I: Wie ist denn Ihre grundsätzliche Einstellung zu dem Thema und warum?

M72-GP-ALI: Positiv, und ich finde es zwingend notwendig Sachen zu delegieren, außer man will in der Arbeit ersticken. Alleine schafft man das ja nicht mehr alles. Delegieren ist ein wichtiger Bestandteil ärztlicher Arbeit. Auch wenn viele Kollegen dazu meiner Meinung nach nicht in der Lage sind.

I: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie bei der Delegation von Tätigkeiten?

M72-GP-ALI: Der Vorteil ist, dass ich mich und meine Arbeit entlasten kann. Und das nicht wegen Freizeitvergnügen sondern weil ich dadurch auch aus dem Trott und der Routine rauskomme. Sonst hat man vielleicht auch einen eingeeengten Blick auf gewisse Dinge. Also wenn ich da dann wieder einen Überblick kriegen will, muss ich mich da ja entlasten. Deswegen ist das Delegieren ziemlich wichtig.

I: Und wie ist es mit Nachteilen?

M72-GP-ALI: Gut, es kann natürlich was verloren gehen und dann muss man im Zweifel hinterher nochmal drüber gucken. Was eben gemacht wurde und was nicht und wie es gemacht wurde. Das kann dann auch wieder mehr Zeit kosten, aber gehört eben auch dazu. Der Preis, wenn man es aber doch alles selber macht, ist aber sehr hoch.

I: Sehen Sie auch einen speziellen Nutzen für den Patienten?

M72-GP-ALI: Ja, natürlich. Also einmal hat man als Arzt dann mehr Zeit kreativ über etwas nachzudenken, und das hilft ja auch dem Patienten, wenn der Arzt für das Wesentliche, was einen selber betrifft, mehr Zeit hat. Außerdem schadet es auch nicht, wenn er mit anderen Behandlern in Kontakt kommt und auch da ein Vertrauensverhältnis aufbaut. Zudem gehen Dinge auch schneller, wenn sie nicht von dem Arzt gemacht werden müssen.

I: Wenn Sie zurückblicken, würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat?

M72-GP-ALI: Ja gut, es wird immer als Bürokratie bezeichnet, auch wenn es das meiner Meinung nicht so trifft, aber der Aufwand für einen einzelnen Patienten hat deutlich zugenommen. Weil das Fachwissen zugenommen hat und weil heutzutage deutlich mehr Untersuchungen gemacht werden und auch mehr dokumentiert wird. Also ist es ganz logisch, dass man heute dann mehr delegieren muss, um eben dem gerecht zu werden. Es werden ja auch immer mehr Patienten. Wenn ich da nicht delegiere und in der Arbeit ersticke, dann gehen Dinge auch unter, und das führt im schlimmsten Fall zu einem Schaden am Patienten. Da sehe ich die Notwendigkeit zu delegieren heute noch viel mehr als früher. Also ja, es ist relevanter geworden wegen der Zunahme an Fachwissen, Untersuchungen und dem wachsenden Patientenkollektiv.

I: Und wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

M72-GP-ALI: Da ich es schon lange mache, würde ich sagen sehr gut, und auch rechtlich habe ich da wenig Bedenken. Gut, als ich in die neue Praxis gekommen bin, musste ich natürlich erstmal lernen, wer kann hier was und wem kann ich welche Dinge anvertrauen. So etwas wächst dann aus der Zusammenarbeit.

I: Wenn Sie sich jetzt die Praxis und ihre verschiedenen Bereiche angucken, wo bestehen Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen vielleicht sogar größeres Potenzial und in welchen weniger?

M72-GP-ALI: Also großes Potenzial in den ganzen bürokratischen Dingen oder Verwaltungsbereichen, vor allem bei den Abrechnungen. Die Abrechnung wird fast komplett von einer Mitarbeiterin gemacht. Da gucke ich dann nur noch drüber ganz am Ende. Da kann man sich wirklich enorm entlasten. Bürokratie geht nicht immer, weil ich auch entscheiden muss, wem ich was mitteile oder wem ich welche Informationen zukommen lasse. Dann technische Untersuchungen, bis auf den Ultraschall, machen auch alles die Mitarbeiter. Auch Gefäßdoppler machen wir nicht selber. EKG, Lungenfunktion und so natürlich auch alles. Die Interpretation und die Befundung sind dann natürlich wieder dem Arzt vorbehalten.

I: Sehr gut, da kommen wir nachher auch noch zu. Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen zum Thema Delegation in der Praxis beschreiben?

M72-GP-ALI: Ich weiß nicht genau, was Sie damit jetzt meinen. Also ich hab ja gerade gesagt, ich gebe schon sehr viel an meine Mitarbeiter ab und habe da eigentlich auch sehr positive Erfahrungen mit gemacht. Man muss auch sehen, dass es eine Frage der Zusammenarbeit ist. Ich denke auch, dass durch eine Delegation die Mitarbeiter mehr Kompetenzen erwerben. Es steigert die Arbeitszufriedenheit. Sie sehen, ich bringe ihnen Vertrauen gegenüber, und man kann sich da eben gegenseitig weiterbringen. Ich bin entlastet, und die Mitarbeiter sind froh, wenn ich ihnen was zutraue und sie nicht nur als Hilfskräfte sehe.

I: Ja klar, das ist für die Zusammenarbeit ja auch förderlich. Sie haben ja schon Einiges genannt, aber was delegieren Sie denn momentan in Ihrer Praxis noch alles?

M72-GP-ALI: Ja gut, ich habe eine Mitarbeiterin, die mich zu den Hausbesuchen begleitet, und wenn es jetzt Routinebesuche sind und ich verhindert bin, dann schicke ich sie da auch alleine los. Dafür gibt es auch eine Ausbildung, aber mir fällt der Name grade nicht ein. Die hat diese Mitarbeitern zwar nicht, also ich kann es dementsprechend nicht abrechnen, aber sie kann es ja trotzdem machen, und ich muss da ja nicht hin dann. Sonst Abrechnungen, wie ich

gesagt habe, Impfen, Blutentnahmen, die technischen Untersuchungen, Verwaltungsaufgaben. Ja, so das ist das Grobe, denke ich.

I: Ok, super, und gab es Tätigkeiten, die Sie in der Vergangenheit delegiert haben und heute nicht mehr delegieren?

M72-GP-ALI: Nein, würde ich nicht sagen.

I: Sie haben ja schon gesagt, dass es relevanter geworden ist, aber würden Sie auch sagen, dass Sie heute mehr delegieren als früher und wenn ja warum?

M72-GP-ALI: Ja, und ich denke auch noch über weitere Delegation nach. Ich denke, wenn man anfängt, macht man eben noch viel selber, und umso besser man seine Mitarbeiter kennt, desto mehr kann man eben auch delegieren. Da spielt das Vertrauen und das Miteinander wieder eine große Rolle. Ja, und auch wie schon gesagt, der Zuwachs an Untersuchungen. Ich kann heute einfach auch mehr delegieren, weil es viel mehr Dinge gibt, die ich abgeben kann.

I: Stimmt. Sie haben gerade gesagt, Sie denken über weitere Delegation nach. Was würden Sie denn gerne verstärkt delegieren oder auch in Zukunft gerne delegieren können?

M72-GP-ALI: Also zum Beispiel bei den Patienten, die Marcumar einnehmen. Die kommen ja zur regelmäßigen Kontrolle von Quick und INR. Da überlege ich gerade, das an Mitarbeiter zu delegieren. Da müsste man die Mitarbeiter schulen, da gibt es auch Schulungsangebote, und ich müsste dann nur noch da, wo es Probleme gibt, drüber gucken. Das wäre schon eine nicht unerhebliche Entlastung. Dann Zusammenfassen von Medikamentenplänen oder die Aktualisierung. Alles Möglichkeiten, wo es mich nicht zu braucht. Dann vorbereiten gewisser Dinge. Ich muss bei einem Ultraschall ja nicht noch den Patienten eingeben, das kann alles vorbereitet werden, um es eben effizienter zu gestalten. Ich denke, da gibt es noch viel Potenzial, aber hängt weitgehend davon ab, wie bereit die Mitarbeiter sind Dinge zu übernehmen. Das hängt dann wiederum sehr vom Arbeitsklima ab. Wenn man das hat, kann das sehr gut funktionieren, denke ich.

I: Das muss dann Hand in Hand gehen, klar. Haben Sie beim Delegieren denn schon Herausforderungen oder Probleme erlebt, und wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

M72-GP-ALI: Herausforderungen bestehen in der Regel mit Kollegen, die einfach nicht in der Lage sind zu delegieren. Bei meinem Personal mach ich mir ja vorher Gedanken, an wen ich delegiere und was ich delegiere. Ich bespreche das dann auch mit der Person direkt, und dann treten in der Regel auch keine wirklichen Probleme auf. Wenn jetzt jemand neu ist, dann bin ich auch erstmal sehr zurückhaltend mit dem Delegieren. Da gucke ich dann erstmal wie die Person arbeitet und wie ich mit der Person klar komme.

I: Also erstmal eine Vertrauensbasis schaffen.

M72-GP-ALI: Genau, und das auch gegenseitig.

I: Ok, und was sollte Ihrer Meinung nach denn ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

M72-GP-ALI: Also klar die körperliche Untersuchung und die Patientengespräche. Das ist einfach die Arzt-Patient-Beziehung, die kann man nicht delegieren. Dann natürlich Befundung und Therapieentscheidungen und Einstellen von Medikamenten.

I: Ok, und wenn Sie delegieren, delegieren Sie dann nur an Personal mit einer entsprechenden Fortbildung für die Tätigkeit oder auch darüber hinaus?

M72-GP-ALI: Ne, würde ich auch darüber hinaus machen oder mache ich ja auch. Wenn ich der Person das zutraue und weiß sie macht das gut, dann ist das ok. Natürlich gibt es auch da Grenzen, aber an sich auf jeden Fall.

I: Super. Es gibt ja, ich nenne sie jetzt mal Fortbildungsmodelle, VERAH und NäPA. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen beurteilen?

M72-GP-ALI: Ja, mittelprächtigt. Ich weiß, dass es sie gibt und hatte auch Helferinnen, die die Ausbildung gemacht haben, aber wie genau die Modelle aussehen, weiß ich nicht. Das wäre etwas, wo ich mich mal drum kümmern könnte.

I: Wie ist denn Ihre grundsätzliche Einstellung dazu?

M72-GP-ALI: Positiv. Ich finde so etwas gut, und ist eben eine Möglichkeit sich weiter zu entlasten.

I: Ich konnte jetzt noch nicht raushören, ob Sie in der Vergangenheit denn schon mal Erfahrungen mit diesen Modellen gemacht haben. Wenn ja, wie sahen diese aus?

M72-GP-ALI: Ja, hab ich allerdings, in diesem Fall tatsächlich negativ. Wir haben 2 oder 3 VERAHs ausgebildet, und die sind, sobald sie fertig waren, dann direkt gegangen. Ich habe also 3mal dafür bezahlt und nichts davon gehabt.

I: Oh, ok, das ist natürlich nicht gerade schön. Das heißt, Sie haben in dem Sinne keine Erfahrung mit der Beschäftigung einer solchen VERAH oder NäPA gemacht?

M72-GP-ALI: Leider nein.

I: Ok, wie sind Sie denn damals auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren die Gründe diese Modelle zu übernehmen?

M72-GP-ALI: Gut, es gab Informationen von der KV. Wie das abrechnungstechnisch läuft und was man da ausbildungstechnisch alles machen kann, und ich war schon immer der Delegation positiv gegenüber eingestellt. Also wollte ich das gerne mal ausprobieren. Nach den Erfahrungen würde ich das vertraglich jetzt anders machen, aber grundsätzlich bin ich immer noch sehr positiv dazu eingestellt.

I: Sehr gut, und was für Vorteile aber auch Nachteile sehen Sie denn in diesen Modellen, auch wenn Sie jetzt keine aktive Erfahrung gemacht haben?

M72-GP-ALI: Vorteile habe ich schon genannt. Nachteile, wie gesagt, man finanziert eine Ausbildung und weiß dann nicht, ob sie einem dann auch wirklich zu Gute kommt. Das kann man aber ja vertraglich regeln.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

M72-GP-ALI: Ja klar, das wäre für mich ein Pluspunkt in der Bewerbung. Wir haben jetzt eine geringe Fluktuation bei uns, aber an sich ja, würde ich.

I: Gut, dann nähern wir uns dem Ende. Haben Sie denn noch Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Was kann man noch ausbauen, und welche Voraussetzungen gäbe es dafür zu erfüllen?

M72-GP-ALI: Da fällt mir jetzt so ad hoc nichts ein. Tut mir leid.

I: Nicht schlimm. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

M72-GP-ALI: Ja, fände ich sehr hilfreich. Dann könnte man alles noch systematischer und sinnvoller organisieren und hätte einen guten Überblick.

I: Ok, und die letzte Frage wäre dann, ob es sinnvoll wäre, wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt werden würde?

M72-GP-ALI: Wäre auch zu begrüßen. Wir haben hier in der Praxis wirklich genug zu tun mit den Patienten. Alles was ich nicht selber machen muss, wäre toll, wenn ich es abgeben kann.

I: Perfekt, dann haben wir es geschafft, und ich bedanke mich und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

2.12 Transkript Interview XII - W34-MVZ-AL

I = Interviewer

W34-MVZ-AL = Arzt

I: Guten Tag. Ich würde sagen, dass wir direkt anfangen. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W34-MVZ-AL: Also Erleichterung und Teamarbeit. Ich übergebe Aufgaben an meine Mitarbeiter, die mich dadurch entlasten.

I: Und inwieweit ist das ein relevantes Thema für Sie?

W34-MVZ-AL: Sehr relevant. Einfach weil man gerade bei der Arbeitsverdichtung und bei zunehmender Bürokratie sehen muss, dass man Alles, was nicht ärztlich durchgeführt werden muss, von jemand Anderem durchgeführt werden kann, den man vorher geschult hat und mit dem man gut zusammenarbeiten kann und mit dem man sich gut absprechen kann.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu dem Thema Delegation?

W34-MVZ-AL: Positiv.

I: Welche Vorteile und welche Nachteile sehen Sie denn im Delegieren von Tätigkeiten?

W34-MVZ-AL: Vorteile sind Zeitersparnis, es stärkt das Teamgefühl in der Praxis, es wertet die MFA, die zum Beispiel im ambulanten Bereich die Delegation empfängt, auf. Es macht auch bei dem Patienten den Eindruck, dass er nicht vom einzelnen Arzt behandelt wird sondern durch ein Team. Es nimmt den Fokus von dieser starken Zentrierung auf den Hausarzt oder Hausärztin weg. Was junge Kollegen wie mich inbegriffen positiv sehen, weil diese starke Bezugsperson, die der Arzt dann darstellt, entlastet wird.

I: Sehen Sie denn auch für den Patienten einen speziellen Nutzen beim Delegieren von Tätigkeiten?

W34-MVZ-AL: Genau, weil er eben andere Ansprechpartner hat. Wenn der Arzt zum Beispiel krank oder im Urlaub ist, dann gibt es noch eine MFA, eine VERAH oder NÄPA, die er kennt und die ihm vertraut ist. Die schon weiß, was ihm wichtig ist oder nicht, wo Probleme liegen könnten. Das Verständnis ist einfach schon besser da, und der Arzt ist nicht mehr ganz so unersetzbar. Das finde ich positiv, weil die Ärzte keine Angst davor haben müssen substituiert zu werden sondern müssen einfach froh sein, wenn sie delegieren können und etwas an Zeit sparen.

I: Sehr schön, und würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage besonders relevant geworden ist und, wenn ja, warum?

W34-MVZ-AL: Ja, weil es eben immer mehr Bürokratie gibt, immer weniger Zeit und immer mehr Patienten. Mehr denn je, und ich will jetzt gar nicht Landarztmangel und Altersgipfel sagen, kann man alles sagen, aber noch viel schlimmer die Allgemeinmedizin verändert hat die Covidpandemie. Weil einfach alles auf dem Rücken der Hausärzte ausgetragen worden

ist und alles immer mehr geworden ist. Gerade Hausbesuche fahren, dass das auch mal durch eine VERAH oder NÄPA gemacht wird, ist unersetzlich, genau wie zum Beispiel die Digitalisierung unersetzlich ist. Dass man mit dem Patienten über ein Tablet Kontakt hat, wenn die NÄPA rausfährt zum Beispiel, ist super wichtig, weil das einfach alles nicht mehr zu leisten ist und die Vergütung für Hausbesuche auch so schlecht ist, dass es überhaupt nicht mehr abgebildet wird. Heißt, es gibt viele Praxen gerade im städtischen Bereich wie Mainz, wo die Hälfte aller Praxen prinzipiell keine Hausbesuche macht. Das ist doch keine Allgemeinmedizin.

I: Da stimme ich Ihnen zu. Wie würden Sie denn Ihren Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen? Inwieweit kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?

W34-MVZ-AL: Wenn wir sagen von 1-10, würde ich sagen 9. Weil ich mich auch viel mit Telemedizin zum Beispiel beschäftigt habe.

I: Dann habe ich ja genau den richtigen Ansprechpartner. Nachdem was Sie wissen oder vermuten: wo bestehen in der Hausarztpraxis Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen vielleicht besonders große Potenziale?

W34-MVZ-AL: Also vor allem in Hausbesuchen. Am entlastesten sind für den Arzt sicherlich die Hausbesuche, aber Delegation findet ja in der ambulanten Medizin wirklich breit statt, eigentlich schon, wenn die MFA die Impfung durchführt. Es gibt ältere Hausärzte, die noch selber impfen oder zum Beispiel Doppleruntersuchungen kann man auch delegieren. Für DMPs beispielsweise. Aber nochmal, die Hauptentlastung sind wirklich die Hausbesuche, denn das sind unplanbare Zeiten, die da reinkommen. Wo man mittags irgendwo hin muss, wo gar kein Zeitfenster ist oder abends, wo dann aber keine Apotheke mehr offen hat und Medikamente ausliefert, das heißt, es macht eigentlich keinen Sinn an dem Abend noch rauszufahren. Das sind die Sachen, die frustrierend sind. Wenn da mittags eine MFA Zeit hat und diese Besuche abfährt und vielleicht mit einem Tablet kommuniziert, dann ist das eine große Erleichterung. Also die Haupte erleichterung sind NÄPAs, die rausfahren.

I: Verstehe. Welche Erfahrung haben Sie denn schon mit dem Thema Delegation gemacht, und wie würden Sie diese beschreiben?

W34-MVZ-AL: Also viel. Es gibt diese telemedizinische Assistenz, das war ein Projekt, was über 2 Jahre lief von Rheinlandpfalz vom Ministerium und Hausärzterverband gegründet und organisiert, auch mit einer besonderen Vergütung versehen. Daran haben wir teilgenommen, und das hat sehr gut geklappt und wurde eben im ländlichen Raum versucht. Um durch NÄPAs, die ein Tablet dabei haben und mit E-Autos rausfahren, den Arzt zu entlasten und dem Landärztemangel etwas entgegen zu wirken. Das hat wirklich sehr gut geklappt und war ein großer Erfolg.

I: Das heißt sehr positive Erlebnisse?

W34-MVZ-AL: Ja, auf jeden Fall.

I: Gut, dann kommen wir jetzt zu einer spezifischeren Frage. Welche Aufgaben delegieren Sie aktuell in Ihrer Praxis?

W34-MVZ-AL: Blutentnahmen, EKG, Impfungen, Lungenfunktion, Hausbesuche. Abrechnungen mache ich noch selber. Ja, das ist so das was ich delegiere.

I: Haben Sie in der Vergangenheit Dinge delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

W34-MVZ-AL: Nein.

I: Auch wenn Sie es bereits erwähnt haben, delegieren Sie heute mehr Aufgaben als früher und, wenn ja, warum?

W34-MVZ-AL: Ja. Das hängt damit zusammen, dass die NÄPAs immer besser ausgebildet sind und das immer mehr MFAs diese Ausbildung machen. Dadurch steigt deren Qualifikation.

I: In welchen Bereichen haben Sie vor dem Hintergrund Ihrer hausärztlichen Tätigkeit konkreten Delegationsbedarf? Welche Aufgaben würden Sie gerne verstärkt delegieren?

W34-MVZ-AL: Hausbesuche.

I: Haben Sie auch schon Herausforderungen oder Probleme bei dem Delegieren von Tätigkeiten gehabt?

W34-MVZ-AL: Nein, hab ich wirklich nicht. Vielleicht liegt es daran, dass die MFAs so gut ausgebildet sind, aber ich kann wirklich nichts Negatives berichten.

I: Was sollte denn nicht delegierbar sein? Also was sollte ärztliche Tätigkeit bleiben?

W34-MVZ-AL: Also ich bleibe dabei, dass Aufklärungen von einem Arzt erfolgen müssen. Der Arzt-Patienten-Kontakt muss regelmäßig stattfinden, damit auch die Arzt-Patienten-Beziehung bestehen bleibt. Natürlich Diagnostik, körperliche Untersuchung, Ultraschall und Therapieentscheidung. Ich würde jetzt nicht wollen, wie in anderen Ländern, dass die Ultraschalluntersuchungen von einer Funktionseinheit gemacht werden, wo MFAs geschult werden und nichts anderes machen außer zu schallen und die Assistenzärzte es dann eben nicht mehr dort lernen. Also keine Substitution. Das ist natürlich das oberste Prinzip. Das ist natürlich im Krankenhaus problematischer als im ambulanten Bereich, hier können Sie immer selber gucken, was Sie delegieren und was eben auch nicht. In den Krankenhäusern muss man aufpassen, dass man nicht substituiert wird. Die Schwestern machen dann einen Herzultraschall und messen irgendwas, aber wissen gar nicht, was sie da genau messen.

Ich bin auch zum Beispiel dafür, dass man Abrechnungen selbst macht, weil man nur dann lernt, was Geld bringt und was man machen muss. Nur dann kann man unternehmerisch selbstständig sein. Auch mit der Haftung, Abrechnungsbetrug, man haftet selber dafür.

I: Klar, das ist ein wichtiger Aspekt. Wo sollten denn Delegationsmöglichkeiten ausgebaut werden, beziehungsweise was sollte man in der Zukunft vielleicht delegieren können?

W34-MVZ-AL: Notfallhausbesuche oder sagen wir mal Routinehausbesuche, dass der Hausarzt nicht routinemäßig bei einem Patienten vorbei fährt, dem es bestens geht. Routinehausbesuche kann man, glaube ich, zu 100% delegieren, dass der Arzt dann nur die Notfälle macht oder wenn die MFA dann nicht mehr weiter kommt.

I: Delegieren Sie denn nur an Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür durchlaufen hat oder auch darüber hinaus?

W34-MVZ-AL: Nein, ich muss natürlich 100% sicher sein, dass die Person, an die ich delegiere, das auch kann.

I: Wenn Sie sich aber sicher sind, dass die Person diese Aufgabe gewissenhaft durchführt, aber offiziell keine Fortbildung dafür hat, würden Sie dann trotzdem delegieren?

W34-MVZ-AL: Ja, das würde ich auch machen.

I: Sie haben das Thema NäPA und VERAH ja schon angesprochen. Wie würden Sie denn Ihren Kenntnisstand bezüglich solcher Modelle einschätzen?

W34-MVZ-AL: Sehr gut, würde ich sagen.

I: Und Ihre Einstellung zu solchen Modellen?

W34-MVZ-AL: Auch sehr positiv. Weil ich ja schon gesagt habe, das wertet die MFA auf und stärkt den Teamgedanken.

I: Wie würden Sie denn Ihre Erfahrungen mit diesen Modellen beschreiben?

W34-MVZ-AL: Durchweg positiv, wir haben ja welche in der Praxis.

I: Was funktioniert denn gut und was weniger gut bei den Modellen?

W34-MVZ-AL: Also ich kann nicht sagen, dass da was nicht gut funktioniert. Es funktioniert bei uns perfekt. Ich finde es eine totale Bereicherung eine VERAH oder NäPA zu haben.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren Ihre Gründe diese zu übernehmen?

W34-MVZ-AL: Es gab die Angestellten schon in der Praxis, wo ich angefangen habe zu arbeiten.

I: Welche Vorteile und welche Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

W34-MVZ-AL: Vorteile habe ich ja schon genannt, und, naja, Nachteile könnten sein, dass ich eine Hierarchie innerhalb der Angestellten schaffe. Wenn man nicht aufpasst, kann es dazu kommen, dass sich vielleicht Einige wertiger als andere fühlen.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit einer solchen Fortbildung gezielt einstellen?

W34-MVZ-AL: Ich bin jetzt nicht selbstständig, aber ja, würde ich machen.

I: Und die NäPA bei Ihnen übernimmt auch gezielt Aufgaben wie Hausbesuche?

W34-MVZ-AL: Ja, genau.

I: Gut. Haben Sie Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Welche Voraussetzungen gäbe es hierfür zu erfüllen?

W34-MVZ-AL: Also ich bin der Meinung, wir müssten diese telemedizinische Assistenz, die ich oben beschrieben habe, umsetzen. Genau wie in dem Pilotprojekt und auch mit dieser guten Vergütung. Dann kann man Landarztmedizin betreiben und auch weiter Hausbesuche machen. Man könnte zu vergünstigten Konditionen ein E-Auto leasen, und eine VERAH ist damit rausgefahren und hatte ein Tablet dabei und auch ein EKG, was sie schreiben konnte. Wenn jetzt noch das Internet auf dem Land stabil ist, kann man mit dem Arzt per Videocall Rücksprache halten. Das war einfach ein Riesenerfolg. Man sollte dieses Pilotprojekt einfach genau so umsetzen.

I: Das werde ich mir auf jeden Fall nochmal genauer angucken. Kommen wir langsam zu den letzten Fragen. Inwieweit würde es Ihnen helfen, wenn das Thema Delegation in den Leitlinien der DEGAM zum Beispiel mehr verankert werden würden?

W34-MVZ-AL: Gar nicht. Weil ich zwar bei Erkrankungen in die Leitlinien gucke, aber Delegation ist etwas Zwischenmenschliches und situationsabhängig.

I: Wäre es denn sinnvoll, wenn die DMP-Programme, die es gibt, die Delegation stärker berücksichtigen würden?

W34-MVZ-AL: Ja, das finde ich schon. Ich finde aber trotzdem, dass einmal im Quartal ein Kontakt zwischen Arzt und Patient erfolgen sollte. Die Untersuchungen können natürlich abgegeben werden.

I: Super, vielen Dank für Ihre Antworten und Ihre Zeit. Alles Gute.

2.13 Transkript Interview XIII- W37-E-I

I = Interviewer

W37-E-I = Arzt

I: Die erste Frage lautet: Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W37-E-I: Delegation verstehe ich als Abgabe von Leistungen oder besser gesagt Tätigkeiten an andere Personen, und in der Hausarztpraxis speziell sind es nichtärztliche Tätigkeiten, die ich an meine MFA oder Mitarbeiter weiterleiten darf.

I: Inwiefern ist die Delegation für Sie und Ihre Arbeit ein relevantes Thema?

W37-E-I: Das ist ein sehr relevantes Thema und ist sehr wichtig.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu dem Thema und warum? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

W37-E-I: Delegieren ist ein Muss in der Hausarztpraxis. Ich kann nicht alles alleine machen. Das ist auch ein Vorteil, ich kann Arbeit an Andere abgeben. Es erspart mir die Arbeit, und dadurch habe ich mehr Zeit. Der Nachteil ist, wenn es jemand anderes ausführt, können Fehler passieren, kann mir auch passieren, aber ich muss einfach vorher 100% davon überzeugt sein, dass die Person die Aufgabe auch korrekt und für mich zuverlässig ausführt.

I: Das heißt der Nachteil ist die Nachkontrolle?

W37-E-I: Das ist richtig. Gerade am Anfang braucht es ja auch eine gewisse Zeit der Einarbeitung des Mitarbeiters. Dass ich dann weiß, wie zuverlässig er ist.

I: Ok, und aus der Sicht des Patienten, welchen Nutzen oder Vorteil sehen Sie da?

W37-E-I: Ich als Arzt habe ja mehr Zeit für den Patienten, weil ich nicht mit delegierbaren Tätigkeiten beschäftigt bin. Zudem kann es in bestimmten Situationen auch von Vorteil sein, wenn der Patient nochmal von einer anderen Person als vom Arzt etwas gemacht oder gesagt bekommt. Beispiel Impfungen. Die kann ich ja delegieren, wenn ich den Patienten aufgeklärt habe. Ich erlebe es dann manchmal, dass die Patienten mit meinen Mitarbeitern dann anders im Gespräch sind als mit mir. Da kommen dann persönlichere oder einfach andere Sachen zur Sprache. Da ist dann vielleicht eine niedrigere Hemmschwelle oder ein anderer Umgang da, und das kann ein Vorteil sein.

Ich hab noch einen Vorteil für mich, der mir gerade einfällt. Manchmal ist es auch ganz nett, wenn jemand anderes mit dem Patienten redet als ich, weil manchmal hat man so Eindrücke von den Patienten oder empfindet sie als schwierig, und wenn das dann mal jemand anderes

abfedert, ist es auch gut. Zum einen entlastet es einen, und manchmal kriegt man die Rückmeldung, dass es für den Mitarbeiter genauso schwierig war.

I: Sehr ehrlicher Punkt. Sie sind jetzt noch nicht so lange in der Niederlassung, aber würden Sie sagen, dass das Thema gerade in Hausarztpraxen heutzutage relevanter geworden ist als früher und, wenn ja, warum?

W37-E-I: Ja, auf jeden Fall. Diese bürokratischen Arbeiten und die Arbeit, die nicht am Patienten stattfindet, steigen exponentiell. Ich kann das alleine nicht alles abfedern. Es gibt bestimmte Aspekte, die ich nicht in andere Hand geben möchte, aber es gibt genauso viele Aspekte, die von anderen genauso gut ausgeführt werden können, teilweise sicherlich auch besser. Das muss ich einfach abgeben. Das ist ein Riesenaspekt und nimmt von Jahr zu Jahr immer mehr zu. Gar nicht mal im medizinischen Bereich sondern im außermedizinischen, also es geht um Technik. Sei es Anbindung der Geräte an Software, sei es Telematik, Infrastruktur, Gematik, Datenschutz etc. Wenn mein Mann das nicht könnte, müsste ich einen externen Dienstleister für all das beauftragen, weil ich es einfach nicht kann. Ich habe dafür keine Zeit und auch keine Lust mich damit zu beschäftigen.

I: Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

W37-E-I: Sehr gut.

I: Wo in der Hausarztpraxis bestehen Ihrer Meinung nach denn die Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen große Potenziale zur Delegation und in welchen Bereichen eher weniger?

W37-E-I: Die Hauptsachen, die delegierbar sind, zum Beispiel die technischen Sachen. Rückrufe mit Befundübermittlungen, Terminvermittlungen, Durchführung der Impfung, Grundsätzlich die Durchführung von allen technischen Untersuchungen und die Vorauswertung von manchen Untersuchungen. Die richtige Auswertung und Interpretation übernehme dann natürlich ich. Was delegierbar ist sind Hausbesuche also zum Teil über eine VERAH oder NÄPA. Da geht es aber nur in enger Absprache mit mir. Dass ich entscheiden kann, die erstmal ohne mich dahin zu schicken. Verbände, Verbandswechsel und Wundkontrollen kann man delegieren, und es kommt auf das Personal an. Was ich auch delegiert habe ist die Antragsstellung für die REHA, Grad der Behinderung. Dafür habe ich eine Angestellte, die das übernimmt. Ich gucke am Ende immer einmal drüber, aber mehr nicht. Die ganzen Softwaresachen und die quartalsweisen Updates habe ich delegiert. Ich habe delegiert die ganze Telematik und Gematik-Infrastruktur. Delegiert ist auch, wer meine Abrechnungen macht. Da hab ich einen, der die Privatabrechnungen macht, es gibt die Kassenabrechnungen und noch diese hausarztzentrierte Versorgung. Ich guck auch da natürlich drüber, weil ich ja am Ende auch dafür geradestehen muss. Das ist auch ein großer

Punkt und Bereich. Es gibt bestimmte Ziffern, die nur ich abrechne. Funktionsuntersuchungen, Labor, Blutentnahmen, geriatrische Testungen. Buchhaltung beziehungsweise Rechnungsstellung ist komplett delegiert.

Ich weiß zum Beispiel, dass viele Kollegen auch Befundsichtung und Diagnoseübertragung delegieren, aber das mache ich nicht. Ich sehe alle eingehenden Briefe, Befunde, Faxe selber. Große Praxen machen es auch mit Studenten, die dann sortieren, was ist relevant und was nicht und machen dann die Einträge und die Aktenführung. Das spart natürlich sehr viel Zeit und wäre vielleicht etwas, was ich mir vorstellen könnte mal zu delegieren, aber das braucht Zeit, und da muss ich den Mitarbeiter dann auch wirklich gut schulen.

I: Gut, und wenn Sie Ihre Erfahrungen und Erlebnisse mit dem Thema Delegation zusammenfassend betrachten. Wie würden Sie Ihre Erlebnisse beschreiben?

W37-E-I: Auf jeden Fall positiv, aber ich will eine Einschränkung machen. Das Ganze steht und fällt mit demjenigen am anderen Ende. Als Beispiel: ich hab die Praxis neu gegründet. Ich kannte das Team nicht und die Helferinnen sich untereinander auch nicht. Und es war am Anfang eine echte Herausforderung, weil ich nicht wusste, wer kann denn was. Das war schwierig, und ich habe am Anfang wenig abgegeben und erst mit der Zeit gelernt mehr abzugeben.

I: Das braucht ja auch einfach seine Zeit, bis sich so etwas einspielt.

W37-E-I: Genau, aber wenn es dann läuft, ist Delegation wirklich eine Supersache und ist wichtig.

I: Gut, was Sie momentan alles delegieren, haben Sie ja schon aufgezählt also überspringen wir diese Frage. Haben Sie in der Vergangenheit Sachen delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren oder andere Sachen delegiert?

W37-E-I: Ja. Zum Beispiel diese Anträge habe ich früher alle selber gemacht. Ich habe auch eigentlich alle Telefonate irgendwie selbst geführt, und inzwischen gebe ich da auch viel aus der Hand. Abrechnung auch. Am Anfang haben alle etwas gemacht, und jetzt ist es wesentlich strukturierter.

I: Und anders herum? Machen Sie Dinge wieder selber, die Sie früher delegiert haben?

W37-E-I: Ja, am Anfang hatte ich mit meinen Helferinnen den Deal, dass Laborwerte, die unauffällig waren, mir nicht gezeigt wurden. Weil ich davon ausgegangen bin, wenn da was rot ist, dass ich es mitgeteilt bekomme. Ich habe dann aber gesehen, dass dort viele Informationen untergegangen sind, so dass ich jetzt wieder alle Labore sichte.

I: Da ist jetzt eher rhetorisch, aber delegieren Sie heute mehr Aufgaben als früher?

W37-E-I: Ja, auf jeden Fall.

I: Welche Aufgaben würden Sie gerne verstärkt delegieren in Hinblick auf die Zukunft? Sie hatten jetzt schon das Beispiel Befundsichtungen. Fällt Ihnen noch etwas ein?

W37-E-I: Also diese Befundsichtung kostet schon viel Zeit, und das ist echt ein großer Punkt, den ich gerne abgeben würde in Zukunft. Es gibt noch so bestimmte Anfragen von Versicherungen, wo ich gerade versuche, das aus meiner Hand zu geben. So Unfallversicherungen zum Beispiel. Ich hab schon viel abgegeben, was ich nicht mag. Es gibt so Kleinigkeiten in der Software, die ich gerne abgeben würde, aber nicht kann, weil sie sehr individuell ist, und ich das nur umsetzen kann.

I: Fallen Ihnen Erfahrungen ein, bei denen Sie Probleme oder Herausforderungen beim Delegieren von Tätigkeiten hatten und können Sie diese beschreiben?

W37-E-I: Also wie gesagt, es kommt immer auf die Person auf der anderen Seite an. Man muss sich vergewissern, was man an wen abgibt, und es braucht Zeit. Aber das habe ich ja vorhin schon gesagt.

I: Stimmt. Dann machen wir weiter. Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein, und wo kann man es vielleicht noch ausbauen?

W37-E-I: Alle Formen von Aufklärungsgesprächen, Befundübermittlung von wichtigen Befunden, Diagnoseeingabe in bestimmten Fällen, weil man da viel Böses für den Patienten machen kann ohne es zu beabsichtigen, die ärztliche Anamnese, klinische Untersuchung, Therapieentscheidungen bzw. Verordnung rezeptpflichtiger Medikamente.

I: Delegieren Sie nur an nichtärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus, wenn Sie sich vergewissert haben, dass es läuft, sag ich jetzt mal?

W37-E-I: Ich habe in der Not, weil ich keine MFA gefunden habe, eine Diätassistentin eingestellt, also quasi als Quereinsteigerin, und sie arbeitet jetzt bei mir als MFA. Es gibt leider für diese Leute dann auch nicht die Möglichkeit an Fortbildungen teilzunehmen. Die müssten dann eine Ausbildung beginnen. Also ja. Ich delegiere auch an Personal, was keine entsprechende Fortbildung dafür hat. Aber ich muss, und das tue ich auch, mich selbst überzeugen, dass die Person es fachlich und gewissenhaft durchführt.

I: Dann zu etwas spezielleren Themen. Wie würden Sie grundsätzlich Ihren Kenntnisstand zu Delegationsmodellen wie VERAH oder NäPA einschätzen?

W37-E-I: Sehr gut.

I: Und wie ist Ihre Einstellung zu solchen Modellen?

W37-E-I: Auch sehr gut. Positiv. Supersache.

I: Haben Sie bereits Erfahrungen mit solchen Modellen gemacht und, wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben? Was funktioniert gut und was weniger gut?

W37-E-I: Gerade vor 3 Monaten hat meine Helferin ihre Ausbildung zur VERAH fertig gemacht. Also sie ist jetzt ganz frisch VERAH. Also es ist subjektiv negativ. Für die VERAH ist es gut. Sie musste viele Praktika machen, und insgesamt war die Ausbildung sehr umfangreich. Für mich negativ war, dass die Helferin mir insgesamt 6 Wochen ausgefallen ist, aber ja, klar, das muss für die Ausbildung sein, aber trotzdem fehlt sie mir halt. Ich finde auch, dass viel Case-Management in der Ausbildung mit drinnen ist, wo ich den Hintergrund nicht sehe oder verstehe. Aber an sich finde ich das eine Supersache, und die Helferin ist auch wirklich sehr gut geschult von diesen Fortbildungen zurückgekommen. Sie hat da einfach viel mitgenommen, und ich merke, wenn sie mit Patienten spricht, dass sie da viel tiefere Kenntnis hat. Gerade auch mit den geriatrischen Patienten, die sie anders beraten kann und auch anders mit umgehen kann. Für mich ist es natürlich eine sehr große Entlastung gerade bei Hausbesuchen, die keinen Arzt brauchen. Oder bei Patienten, die immobil sind und es um Routine wie Blutdruckmessen, Blutentnahme etc. geht. Es ist für den Patienten ein Riesenvorteil, und es ist auch einfach unnötig, dass ich da hinfahre.

I: Wie sind Sie denn auf diese Modelle aufmerksam geworden, und was waren die Gründe diese Modelle zu übernehmen?

W37-E-I: Hauptsächlich über den Hausärzteverband, die machen sehr viel Werbung dafür. Zudem kannte ich es auch aus vielen anderen Praxen schon. Ich muss ehrlich sagen, ich bin nicht so weit draußen auf dem Land und habe nicht so viele Hausbesuche. Trotzdem reduziere ich die Hausbesuche, wenn ich selber fahre, auf das medizinisch Notwendige, und meine Motivation war es einfach eine Helferin auszubilden, um mich zu entlasten. Auch wenn es um Pflegeheime geht. Ich betreue da eins, und da kann auch oft einfach mal eine VERAH hinfahren. Sie kann da bestimmt 50% abnehmen.

I: Also würden Sie sagen die Vorteile sind die Entlastung Ihrerseits?

W37-E-I: Ja.

I: Und Nachteile in solchen Fortbildungen? Sie sagten schon die Person fehlt in der Praxis während der Ausbildung.

W37-E-I: Ja, das ist jetzt ein subjektiver Nachteil, dass sie in der Praxis fehlt, aber ansonsten hat dieses Modell überhaupt keine Nachteile.

I: Sehr schön. Würden Sie gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

W37-E-I: Ja, auf jeden Fall.

I: Auch das haben Sie ja schon angeschnitten, aber übernimmt Ihre NÄPA auch gezielt Aufgaben so wie Hausbesuche?

W37-E-I: Genau. Sie delegiert zum Beispiel auch meine Pflegeheimbesuche. Sie begleitet mich bei Hausbesuchen auch und nimmt mir dann vor Ort auch die Arbeit ab. Sie dokumentiert die Pflegeheimbesuche und Hausbesuche im Nachgang.

I: Wir kommen langsam zum Ende. Wo sehen Sie noch Bedarf beim Thema Delegation in der Hausarztpraxis? Oder wo sehen Sie Defizite?

W37-E-I: Da fällt mir ehrlich gesagt nichts ein jetzt so spontan.

I: Ist nicht schlimm. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

W37-E-I: Das fände ich gut, gerade für neue Kollegen, die sich niederlassen, wenn es da einen Leitfaden geben würde, wo man das auch gezielt erfahren kann. Weil ich am Anfang auch vor der Frage stand, was darf ich denn meinen Mann überhaupt in der Praxis machen lassen oder generell, was darf wer machen. Die Auskunft ist da eher schwer. Man muss bei der Ärztekammer anfragen und da dann rumfragen, was machbar und möglich ist vor allem bei den medizinischen Tätigkeiten. Das hat mich sehr viel Zeit gekostet, und ich fände es super, wenn es da gerade für neue Kollegen etwas in den Leitlinien geben würde.

I: Ok, und wäre es sinnvoll, bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

W37-E-I: Das habe ich schon gemacht. Ich sichte nur noch die Messungen quasi und spreche dann mit dem Patienten.

I: Danke für dieses schöne Interview und die ausführlichen Antworten. Dann wünsche ich Ihnen noch einen schönen Tag.

2.14 Transkript Interview XIV - W45-GP-AL

I = Interviewer

W45-GP-AL = Arzt

I: Hallo, und danke schon mal für Ihre Bereitschaft. Ich starte direkt mit der Frage: Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W45-GP-AL: Arbeitsaufträge erteilen und Sachen abgeben, die jemand anderes für mich erledigen kann. Zum Beispiel Blutentnehmen, Anrufe erledigen

I: Und inwieweit ist das Thema relevant für Sie in der Praxis?

W45-GP-AL: Es ist relevant und findet ständig statt.

I: Wie stehen Sie denn grundsätzlich zu dem Thema, und welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

W45-GP-AL: Naja, die Vorteile sind eine Arbeitsentlastung, aber ich muss es auch überprüfen können, ob die Leistung in meinem Sinne durchgeführt wird. Es ist natürlich eine Zeitersparnis für mich, natürlich vorausgesetzt es funktioniert. Es ist abhängig von dem Vertrauen zu der Person, an die man etwas delegiert beziehungsweise auch zu der Qualifikation der Person. Es ist insgesamt sehr individuell zu betrachten, denke ich. Wenn ich etwas delegiere und es nicht so läuft, wie ich es mir wünsche, dann habe ich ja mehr Arbeit dadurch.

I: Den Nutzen aus ärztlicher Sicht haben Sie gerade beschrieben. Sehen Sie auch einen Nutzen aus der Sicht des Patienten?

W45-GP-AL: Ja. Ich habe beispielsweise eine Helferin, die super Blutabnehmen kann, und da werden die Patienten sicherlich nicht schlechter, wenn nicht besser bedient, als wenn ich es mache. Dadurch, dass sie es einfach häufig macht, kann sie es auch gut.

I: Gut, und würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist als früher und wenn ja warum?

W45-GP-AL: Würde ich schon sagen, ja.

I: Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

W45-GP-AL: Den hab ich noch nicht hinterfragt. Ich muss mich eben davon überzeugen, dass die Person, an die ich delegiere, die Aufgabe auch erfüllen kann. Wo da jetzt genau die Grenzen sind, würde ich sagen, bin ich nicht so richtig informiert.

I: Wenn Sie sich die verschiedenen Bereiche in einer Hausarztpraxis vorstellen wie zum Beispiel Administration, Organisation, technische Untersuchungen. In welchen Bereichen liegen große Potenziale zur Delegation und in welchen Bereichen eher weniger?

W45-GP-AL: Ich würde sagen, es ist in allen Bereichen wichtig. Wenn ich gute Mitarbeiter habe, die mitdenken und mir Arbeit abnehmen können, dann kann ich sehr viel delegieren, und es entlastet mich.

I: Gut, was sind denn momentan alles Dinge, die Sie in Ihrer Praxis delegieren?

W45-GP-AL: Blutentnahmen, Impfungen, EKG, Lungenfunktionsuntersuchung, Blutdruckmessungen, Verbandwechsel und Fadenzug, aber nur wenn ich einen Blick drauf geworfen habe. Blutzuckermessungen auch. Administrativ Rückrufe oder generell Anrufe. Hausbesuche mache ich selber. Eine VERAH oder NäPA gibt es nicht. Ziffernüberprüfung bei DMP zum Beispiel.

I: Haben Sie in der Vergangenheit andere Dinge delegiert, die Sie heute so nicht mehr delegieren?

W45-GP-AL: Nein, tendenziell wird es eher mehr, was ich abgebe.

I: Haben Sie dafür ein Beispiel ?

W45-GP-AL: Früher habe ich zum Beispiel ausnahmslos selbst geimpft, und heute mache ich in der Regel nur noch die Aufklärungsgespräche selber.

I: Wenn Sie mal in die Zukunft sozusagen denken. Gibt es Aufgaben, die Sie gerne vermehrt oder verstärkt delegieren würden?

W45-GP-AL: Fällt mir jetzt aktuell nichts ein. Haben Sie ein Beispiel für mich?

I: Ein Thema waren in den anderen Interviews zum Beispiel die Ultraschalluntersuchungen?

W45-GP-AL: Ne, das würde ich nicht gerne delegieren.

I: Gut, Sie haben oben ja schon Probleme oder besser gesagt Nachteile bei der Delegation aufgeführt. Fallen Ihnen noch weitere Probleme oder Herausforderungen ein, die Sie beim Delegieren von Tätigkeiten erfahren haben und können Sie diese beschreiben?

W45-GP-AL: Nun, sobald mehrere Leute in einem Prozess verwickelt sind, entstehen Reibungsverluste und eine Fehlerquelle. Also, es können allgemein Missverständnisse auftreten. Dass es nicht vollständig dokumentiert ist und ich dann nochmal nachfragen muss. Also, wichtig bei der Delegation ist eben auch, dass die Dokumentation erfolgt und stimmt. Dass es nachvollziehbar ist.

I: Guter Punkt. Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein? Also was ist klar ärztliche Tätigkeit?

W45-GP-AL: Das beratende Gespräch und das Zusammenfassen der Befunde. In der allgemeinmedizinischen Praxis fühlt man sich ja als Lotse im Gesundheitssystem und wie dann eben nächste Schritte in Diagnostik und Therapie sind. Die klinische Untersuchung, weil man sich ja auch selber ein Bild machen muss. Das ist auch das Problem bei Videosprechstunden, weil man den Patienten nicht direkt vor sich hat. Man kriegt ja auch ein Gesamteindruck, wie er sich bewegt und so.

I: Nächste Frage wäre: Delegieren Sie nur an nichtärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus, wenn Sie sich vergewissert haben, dass die Person es kann?

W45-GP-AL: Wenn ich jemanden als zuverlässig einschätze, mache ich das.

I: Sie haben bereits gesagt, Sie beschäftigen keine VERAH und NäPA. Wie würden Sie denn grundsätzlich Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen einschätzen?

W45-GP-AL: Als gering.

I: Und wie ist Ihre Einstellung zu solchen Modellen?

W45-GP-AL: Bin ich aufgeschlossen. Es kommt auf die individuelle Situation in der Praxis an. Ich bin alleine in der Stadt in einer kleinen Praxis, da sehe ich für mich keinen Bedarf.

I: Haben Sie denn in der Vergangenheit schon mal Erfahrungen mit solchen Modellen gemacht?

W45-GP-AL: Nein.

I: Gut, dann muss ich die nächsten Fragen überspringen.

W45-GP-AL: Ok.

I: Auch wenn Sie noch keine Erfahrungen damit gemacht haben: welche Vor- und Nachteile sehen Sie in solchen Fortbildungen?

W45-GP-AL: Naja, jede Fortbildung führt zu einem Wissenszuwachs und ist immer gut. Nachteile könnten gegebenenfalls Kompetenzüberschätzung sein, aber das ist eine theoretische Überlegung. Nachteil ist auch, dass es was kostet und erstmal eine finanzielle Mehrbelastung ist.

I: Würden Sie gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

W45-GP-AL: Ich in meiner Situation würde jetzt nicht gezielt nach einer NäPA suchen, aber es wäre ein Plus in der Bewerbung, wenn sie es hätte.

I: Dann nähern wir uns dem Ende. Haben Sie vielleicht Ideen zur Verbesserung der Delegation in Hausarztpraxen? Wo könnte man noch etwas ausbauen oder weiterentwickeln, und welche Voraussetzungen gilt es hierfür zu erfüllen?

W45-GP-AL: Tatsächlich habe ich jetzt keine Idee, was man verbessern könnte.

I: Kein Problem. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

W45-GP-AL: Ich glaube nicht. Ich glaube, das ist dann nur theoretisch und hängt sehr von der handelnden Person ab.

I: Die letzte Frage: wäre es sinnvoll, bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMPs stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

W45-GP-AL: Stimmt, daran habe ich jetzt noch gar nicht gedacht. Da habe ich sogar noch Optimierungsbedarf. Im Moment mache ich da sehr viel selber.

I: Ja, wunderbar, dann sind wir schon am Ende angekommen, und ich bedanke mich nochmal herzlich für Ihre Zeit und wünsche einen schönen Tag.

2.15 Transkript Interview XV - W46-GP-I

I = Interviewer

W46-GP-I = Arzt

I: Wenn du das Wort Delegation hörst, was fällt dir hier ein, und was verstehst du unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W46-GP-I: Dass es natürlich darum geht, Aufgaben abzugeben und von anderen übernehmen zu lassen. Ein Thema ist ja zum Beispiel, dass man in manchen Bereichen versucht, Hausbesuche auch von Pflegekräften, Mitarbeitern der Praxis durchführen zu lassen, um sich dann zum Beispiel Fotos schicken zu lassen etc. So etwas würde ich darunter verstehen. Also die Abgabe von Aufgaben und Dingen, die man vielleicht jetzt nicht direkt ärztlich machen muss, an Andere abzugeben und damit natürlich Zeit zu gewinnen.

I: Und würdest du sagen, dass das für deine Arbeit in der Praxis ein relevantes Thema ist?

W46-GP-I: Doch schon, auf jeden Fall. Wir delegieren ja schon auch viele Untersuchungen, wo wir sagen, dass das gemacht werden soll. Speziell auf Hausbesuche bezogen erlebe ich es jetzt nicht so, weil das klappt eigentlich ganz gut. Was delegiert wird, ist eher so etwas wie Blutentnahmen oder schon mal, dass jemand eine Wundkontrolle macht und dann Fotos schickt und man nicht selber hingeht. Aber ich glaube in Bereichen mit einer Mangelversorgung oder in Praxen, die völlig überfüllt sind – bei uns ist ja alles sehr strukturiert

und organisiert -, spielt das noch einmal eine andere Rolle. Da kann ich mir sehr gut vorstellen, dass es dort eine richtig große Rolle spielt.

I: Und wenn du jetzt grundsätzlich sagen müsstest, wie du zu dem Thema Delegation in der Hausarztpraxis stehst und warum?

W46-GP-I: Ich stehe dem positiv gegenüber, weil ich mir gut vorstellen kann, dass es viele Dinge gibt, die ein Hausarzt nicht unbedingt persönlich machen muss, und weil es ja hier um eine Arbeitserleichterung geht. Und im Hinblick auf die zunehmende Patientenzahl und die immer geringer werdende Hausarztzahl macht das absolut Sinn.

I: Als Vorteile hast du ja bereits Zeitersparnis genannt, das heißt für den Arzt bleibt mehr Zeit für das Wesentliche. Siehst du auch Nachteile oder andere Vorteile im Delegieren von Tätigkeiten?

W46-GP-I: Nein, ich denke der Zeitfaktor ist das Entscheidende. Ich kann mir vorstellen, dass es natürlich wichtig ist, wer das macht, dass es Leute sein müssen, die eine gewisse Erfahrung mitbringen. Und natürlich geht man ein gewisses Risiko ein, dass vielleicht Dinge auch mal falsch laufen oder übersehen werden. Jeder Hausarzt, der das praktiziert und da seine Leute im Einsatz hat, muss wissen, wer das ist und auf wen er sich da verlassen kann. Ich muss mich ja auf die Aussage von jemand anderem verlassen können. Das ist sicher ein Nachteil. Ich bin ja sonst daran gewöhnt mir die Dinge selbst genau anzuschauen, und jetzt muss ich mich auf jemand Anderen verlassen.

I: Ja, genau, man gibt Verantwortung ab.

W46-GP-I: Aber wenn ich weiß, wer diejenige Person ist, und es ist ja dann auch eine Sache der Zusammenarbeit, dann kann ich mir das schon sehr gut und eigentlich auch unproblematisch vorstellen.

I: Den Nutzen aus ärztlicher Sicht hast du ja jetzt beschrieben. Siehst du auch einen Nutzen für den Patienten, wenn Arbeiten delegiert werden?

W46-GP-I: Klar, es gibt in der Praxis viele Dinge, die wir abgeben und sagen, hier und da mal gucken. Man könnte auch Wundversorgung zum Beispiel mehr abgeben. Aber ich glaube, das größte Thema sind Hausbesuche. Unter Umständen könnte man das vielleicht gar nicht leisten oder sie würden teilweise nicht stattfinden oder man würde sie zum Nachteil des Patienten abgeben. Und wenn man sagt, das schaut jetzt mal unsere Wundmanagerin in unserem Team vorbei, dann ist der Patient auch besser versorgt, weil er einfach gesehen wurde. Also auch ein Vorteil für die Patienten.

I: Würdest du sagen, dass das Thema Delegation heute in Bezug auf den Ärztemangel ein besonders relevantes bzw. relevanteres Thema geworden ist und wenn ja, warum?

W46-GP-I: Ja, auf jeden Fall. Wir sind in einem demographischen Wandel. Es gehen immer mehr Ärzte in den Ruhestand. Es fehlt an Nachwuchs. Das bekommen wir ja mit. Die Praxen schließen und finden teilweise keinen Nachfolger. Ja, das ist relevant und wird sicher in der Zukunft noch relevanter werden.

I: Und wie beurteilst du jetzt deinen eigenen Kenntnisstand rund um dieses Thema? Inwieweit kennst du dich aus mit Delegationsmöglichkeiten: was darf ich abgeben, was darf ich nicht abgeben?

W46-GP-I: Da kenn ich mich tatsächlich nicht gut aus, auch rechtlich nicht. Da weiß ich es nicht so genau, weil ich damit auch nicht befasst bin. Als angestellte Ärztin habe ich da auch nicht die primäre Verantwortung. Ich weiß nur, dass das möglich ist. Wo genau die rechtlichen Grenzen sind oder wie genau das strukturiert ist, weiß ich nicht.

I: Und wenn du jetzt die Hausarztpraxis in den verschiedenen Bereichen betrachtest, z.B. Bürokratie, Abrechnungswesen, etc.: in welchen Bereichen liegen Potentiale generell für die Delegation? Den Bereich Hausbesuche, wo großes Potential liegt, hast du ja schon genannt, kannst du dir noch andere Bereiche vorstellen?

W46-GP-I: Natürlich delegieren wir z.B. auch, wenn es darum geht Anrufe zu tätigen, um Patienten etwas mitzuteilen, das kann auch jemand Anderes dem Patienten sagen. Wenn es speziellen Gesprächsbedarf gibt, müssen wir das machen. Bei Telefonaten wird auch schon viel delegiert. Was Abrechnungen anbelangt bin ich nicht so involviert, weil ich es nicht sein muss. Ich kann mir aber auch vorstellen, dass man da wahrscheinlich auch viel delegieren könnte, weil auch da gibt es ja gewisse Regeln, und es ist anstrengende Arbeit jeweils durchzuschauen, ob die Dingen korrekt verschlüsselt sind, ist alles bereit, um die Abrechnung abzuschicken. Da kann ich mir sehr gut vorstellen, dass da auch Dinge delegiert werden können und in vielen Bereichen bereits auch delegiert werden. Das ist ja auch eigentlich keine primärmedizinische Tätigkeit.

I: Da sind viele Ärzte auch dankbar, dass sie das abgeben können. Wie würdest du deine Erlebnisse mit Delegation beurteilen? Hast du gute oder schlechte Erfahrungen gemacht?

W46-GP-I: Ich habe damit eigentlich nur gute Erfahrungen gemacht. Das hängt aber auch immer mit dem Team zusammen, ob man da gute Leute hat, denen man vertrauen kann. Die Leute müssen ja nicht immer alles wissen, aber sie müssen ehrlich und zuverlässig sein. Wenn man das hat, dann klappt das auch.

I: Sehr schön. So soll es auch bleiben. Welche Aufgaben delegierst du denn aktuell in deiner Praxis?

W46-GP-I: Teilweise Anrufe tätigen, Blutentnahmen bei Patienten im Hausbesuchssystem. Dann delegieren wir ja alle Funktionen wie EGK, LuFu. Das machen wir ja alles nicht selbst. Impfungen, Blutentnahmen in der Praxis, teilweise Überprüfung des Impfpasses, Blutdruckmessen, die einfachen Untersuchungen delegieren wir alle.

I: Und wie sieht es mit DMP aus?

W46-GP-I: Ja, das wird auch delegiert. Manchmal trag ich das tatsächlich auch selbst ein, aber oft bekomme ich dann mit, dass die Mitarbeiterinnen schon eingetragen haben. Das kann man auch gut delegieren. Die Daten sind ja da, das muss nur eingepflegt werden.

I: Und hast du in der Vergangenheit Sachen delegiert, die du heute nicht mehr delegierst?

W46-GP-I: Nein.

I: Würdest du sagen, dass du heute mehr delegierst als früher, und wenn ja, womit hängt das zusammen?

W46-GP-I: Tatsächlich eigentlich nicht. Die Dinge, die wir delegieren, das machen wir eigentlich schon die ganze Zeit so. Und Punkte wie z.B. Abrechnungen, da bin ich nicht involviert. Hausbesuche halten sich organisatorisch noch im Rahmen. Aber wenn sich das verdichten würde, würde ich das auch definitiv mehr delegieren.

I: Was könnte man noch abgeben? Wo könnte man noch etwas ausbauen?

W46-GP-I: Da bin ich wieder beim Thema Hausbesuche. Bis auf die Blutkontrollen ist das ja etwas, was wir noch selbst machen. Die Wundversorgung bei chronischen Wunden könnte man noch mehr abgeben.

I: Bisher ist ja alles gut gelaufen, aber hattest du mal Herausforderungen oder Probleme, die dann gut gelöst wurden beim Thema Delegation? Und wenn ja, könntest du diese beschreiben?

W46-GP-I: Da fällt mir jetzt kein Beispiel ein.

I: Was sollte eindeutig ärztliche Tätigkeit bleiben? Was sollte der Arzt in gar keinem Fall delegieren?

W46-GP-I: Prinzipiell möchte ich mit dem Patienten sprechen und die Anamnese erheben. Ich muss mir ein eigenes Bild machen und den Patienten selbst untersuchen. Vieles in unserer Arbeit besteht auch in dem Gespräch mit dem Patienten und der Zuwendung. Das würde ich

auch nicht delegieren wollen. Die Konzept- und Medikationsfestlegung, die Therapieplanung, das gehört in ärztliche Hand und nicht abgegeben.

I: Gibst du Aufgaben nur an Personal ab, das eine entsprechende Fortbildung durchlaufen und eine offizielle Genehmigung für diese Tätigkeiten hat oder auch an Mitarbeiterinnen, bei denen du dich selbst vergewissert haben, sie machen das gewissenhaft und gut, obwohl sie nicht offiziell befähigt sind?

W46-GP-I: Ja, also Letzteres, wenn ich weiß, die und die Mitarbeiterin hat damit hervorragende Erfahrungen. Man arbeitet ja sehr eng miteinander. Wenn ich mir sicher sein kann, sie macht z.B. von der Wunde ein Foto, schickt es mir und hakt direkt nach, wenn etwas unklar ist, und ich habe trotz allem immer überall die Hand drüber, dann würde ich das auch delegieren, obwohl sie keine offizielle Wundmanagerin ist.

I: Wie ist dein Kenntnisstand bezüglich solcher Modelle wie NäPA, VERAH, EVA etc.?

W46-GP-I: NäPA habe ich gehört, muss ich aber passen.

I: NäPA und VERAH sind Modelle, wo z.B. gerade Haus- und Heimbesuche abgegeben werden können. Das sind 300-Stunden-Fortbildungen. NäPA steht für nicht-ärztliche Praxisassistenten. Sie werden z.B. für Hausbesuche und die Versorgung chronischer Wunden geschult und ausgebildet.

W46-GP-I: Stimmt, ich kenne Praxen, in denen das auch schon etabliert ist, weil ein extremer Mangel herrscht. Da scheint das auch gut zu funktionieren. Dafür bin ich prinzipiell offen.

I: Gut, da du keine beschäftigst, fallen die nächsten beiden Fragen weg. Generell gesehen, welche Vorteile und welche Nachteile siehst du in solchen Fortbildungen?

W46-GP-I: Grundsätzlich kann eine Fortbildung immer nur ein Vorteil sein. Es gibt ja keine Fortbildung, die einen dümmer macht. Und ich sehe da große Vorteile, weil das Personal dann geschult ist, Zusatzinformationen hat und mit einer anderen Expertise an die Aufgaben geht. Es ist natürlich etwas Anderes, ob ich jemanden persönlich anleite und sage, hier- und darauf musst du achten, da würde ich delegieren, wenn ich es aber trotzdem in der Hand behalte, aber wenn jemand da geschult ist, gibt es demjenigen natürlich auch eine zusätzliche Sicherheit. Das ist auf jeden Fall positiv. Zudem entlasten sie ja auch einfach den Arzt gerade bei Hausbesuchen enorm.

I: Siehst du irgendwelche Nachteile in solchen Fortbildungen?

W46-GP-I: Nein.

I: Würdest du solche fortgebildeten Mitarbeiter gezielt einstellen?

W46-GP-I: Ja, in jedem Fall.

I: Hast du Ideen zur Verbesserung von Delegation in Hausarztpraxen? Was könnte man weiterentwickeln, ausbauen? Welche Voraussetzungen wären dabei zu erfüllen?

W46-GP-I: Das Thema wiederholt sich einfach ein wenig. Das Potential sehe ich bei dem Thema Hausbesuche. Ich kann mir gut vorstellen, dass es sinnvoll ist Delegation zu etablieren angesichts der Veränderung mit immer älter werdenden Patienten und mehr Hausbesuchspatienten. Und ich halte es für gut, wenn man dann auch geschultes Personal hat. Das gibt Sicherheit für alle.

I: Dann komme ich schon zu den letzten beiden Fragen. Inwiefern würde es dir persönlich helfen, wenn die Leitlinien von der DEGAM stärker auf das Thema Delegation eingehen würden, z.B. in dem Bereich sollte bzw. kann man das oder jenes abgeben, so dass man einen Leitfaden hat? Würde dir das helfen?

W46-GP-I: Das gibt zusätzliche Sicherheit, zwar keine Rechtssicherheit, aber man hat dann in einem vernünftigen Rahmen gehandelt und kann sagen, das habe ich delegiert, das steht auch so in den Leitlinien. Es ist vollkommen in Ordnung, dass das jetzt die oder jene Person macht, die auch noch dafür geschult ist. Das gibt dem Ganzen natürlich eine andere Qualität und Sicherheit.

I: Und die letzte Frage: wäre es sinnvoll, wenn evidenzbasierte Strukturen wie diese DMP-Programme noch stärker die Möglichkeit der Delegation berücksichtigen würden, so dass man z.B. die Nachuntersuchungen sogar komplett aus ärztlicher Hand geben könnte?

W46-GP-I: Ganz abgeben würde ich ungern, denn ich halte es für wichtig, dass man die Bindung zum Patienten in der Hand behält. Ich sehe das als wichtig im Arzt-Patienten-Kontakt. Aber vieles davon könnte man delegieren, z.B. die LuFu-Untersuchung beim Asthma-Patienten, Blutdruckmessung und Fußuntersuchung beim Diabetes-Patienten etc. Man könnte da noch viel mehr abgeben, so dass der Arzt eine reine Befundbesprechung macht. Das Arzt-Patient-Gespräch würde ich nicht abgeben wollen.

I: Super, dann haben wir es schon geschafft. Das war die letzte Frage. Vielen, vielen Dank, dass du dir überhaupt die Zeit genommen hast und für deine Antworten. Das hilft mir sehr weiter.

2.16 Transkript Interview XVI - W47-GP-AL

I = Interviewer

W47-GP-AL = Arzt

I: Hallo nochmal. Fangen wir direkt an. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein?

W47-GP-AL: Das andere Leute mir gegebenenfalls Arbeit abnehmen können.

I: Und was verstehen Sie konkret unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W47-GP-AL: Ich würde mir wahrscheinlich das Thema NäPA raussuchen, weil da eben doch eher medizinische Sachen an eine MFA delegiert werden können. Beziehungsweise ist es letztendlich ja auch so, dass viel von der Abrechnung, administrative Aufgaben immer weiter abgegeben wird. Letztlich geht es ja auch nicht nur um medizinische Dinge sondern eben auch um betriebswirtschaftliche Sachen.

I: Inwieweit ist das Thema Delegation denn für Sie und Ihre Arbeit relevant?

W47-GP-AL: Sehr wichtig, weil ich zusätzlich noch Mutter bin. So wie die Kollegen das vor 30 Jahren gemacht haben von morgens bis abends und sonntags auch noch, das funktioniert in der heutigen Gesellschaft nicht mehr. Deshalb müssen Sie gucken, dass Sie alles abgeben was geht. Steuern, Broschüren im Wartezimmer, einfach alles.

I: Ok, die nächste Frage, wie stehen Sie grundsätzlich zu dem Thema Delegation und warum? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

W47-GP-AL: Gut, das ich halt weniger Arbeit habe und dadurch mehr Zeit. Letztlich muss man auch sagen, dass sich die Mitarbeiter mehr wertgeschätzt fühlen, wenn man ihnen höherwertige Aufgaben anvertraut. Zum Beispiel Abrechnung oder Rücksprache mit der KV oder ein Riesenthema, die Telematik. Das macht meine Mitarbeiterin mittlerweile ganz alleine, und man merkt, wie sie daran gewachsen ist. Also Delegation hat auch etwas mit Wertschätzung zu tun. Natürlich werden sie auch besser bezahlt, wenn sie höherwertige Aufgaben übernehmen, und das ist ja auch richtig so. Was ich nicht delegiere, weil ich es als Nachteil sehe, ist die Kontenführung. In einem MVZ geht das nicht anders, da kann man das nicht alleine machen, aber in meiner Praxis, wo ich bin, mache ich die Bankgeschäfte alle selber. Also weil bei so etwas, wenn die Arbeit da nicht richtig gemacht wird und es erst später auffällt, ist das bei Banksachen nicht gut. Bei uns fällt das schnell auf, aber bei einem großen MVZ oder Praxis kann so etwas untergehen. Das ist auch ein Nachteil, denn wenn die Arbeit nicht richtig gemacht wird, kann ich sie auch gleich selber machen.

I: Das war jetzt aus Sicht des Arztes. Wie ist es aus der Sicht des Patienten, was sehen Sie da als Vorteil oder Nutzen?

W47-GP-AL: Also als Nachteil kann ich sagen, das mach ich anhand der NäPA aus, sie wollen eigentlich den Arzt sehen. Auf dem Land sind die Patienten seit 30 Jahren gewohnt, dass der

Doktor da persönlich vorbeikommt. Da muss man schon sagen, dass wenn die NÄPA zu einem Hausbesuch kommt, wo es kein medizinischer Notfall oder so ist, sind die Patienten doch schon enttäuscht und fragen, wo der Arzt denn ist und ob er auch mal kommt. Sie kennen das Konzept NÄPA?

I: Ja, wir kommen auch nachher noch darauf zu sprechen.

W47-GP-AL: Also alles super toll, und ich freu mich aber, wenn es am Ende heißt, aber wann kommt denn die Frau Doktor oder der Herr Doktor endlich, dann wars das auch mit Delegation. Man muss aber auch sagen, dass in vielen Bereichen die Patienten damit wirklich zufrieden sind. Es gehen Sachen einfach auch schneller, wenn sie nicht der Arzt machen muss. Leute werden schneller versorgt, als wenn ich alles selber machen muss.

I: Hat das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen oder ist relevanter geworden als früher und wenn ja warum?

W47-GP-AL: Sehr relevant. Ich werde ja nicht mehr fertig bei den vielen Patienten und der Bürokratie. Wenn ich meine MFAs nicht hätte, würde gar nichts mehr laufen.

I: Und wie würden Sie grundsätzlich Ihren Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen, also wie gut kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?

W47-GP-AL: Das ist jetzt eine Glatteisfrage. Ich würde behaupten gut, aber Sie können mir jetzt eine Frage stellen, die ich sicherlich nicht weiß.

I: Das tue ich natürlich nicht, es geht nur um Ihre Einschätzung.

W47-GP-AL: Zum Glück.

I: Nächste Frage wäre: Nachdem was Sie wissen oder vermuten, wo in der Hausarztpraxis bestehen die Möglichkeiten der Delegation, und in welchen Bereichen liegen vielleicht besonders große Potenziale?

W47-GP-AL: Direkte Patientenversorgung ist eher wenig oder schwierig, also Herzinfarkt oder Diabeteseinstellung, an wen wollen Sie das delegieren, das muss der Arzt machen. Bei der Annahme oder Anmeldung da können Sie quasi alles delegieren. Labor, Lungenfunktion und die technischen Untersuchungen können Sie auch alles delegieren. Hausbesuche, wenn es Routinebesuche sind und keine Notfälle, gerade wenn Sie eine NÄPA haben. Buchführung, Steuer, Bank und Abrechnung können Sie auch sehr viel delegieren.

I: Ok. Wenn Sie Ihre bisherigen Erfahrungen, die Sie schon mit dem Thema Delegation gemacht haben, beschreiben müssten, wie würden Sie das tun?

W47-GP-AL: Sehr gut. Ich habe ein langjähriges Personal ohne große Fluktuation, die gut eingearbeitet sind. Da ist eine gute Vertrauensbasis, und das funktioniert wirklich gut.

I: Schön, das hört man doch gerne. Die nächste Frage haben Sie schon angefangen zu beantworten, aber vielleicht können Sie nochmal alles aufzählen, was Sie aktuell in Ihrer Praxis delegieren?

W47-GP-AL: Abrechnung, Kontrollen der Tagesprotokolle, wo die Ziffern eingetragen werden, Labor, technischen Untersuchungen, Demenztest, Hörtest bei Kindern, weil wir keine Kinderärzte mehr haben, Sehtest, Anmeldung, Telematik. Belastungsergometer, da bin ich zumindest im Nebenzimmer anwesend. DMP-Untersuchungen machen meine Helferinnen bis auf bei Diabetes, das mache ich noch selber. Ja, mehr fällt mir so nicht ein, aber noch tausend mehr Dinge wahrscheinlich. Doch, die Suchläufe bei den Ziffern noch.

I: Gut, das ist ja auch schon viel, was Sie gesagt haben. Gibt es Dinge, die Sie in der Vergangenheit delegiert haben, die Sie heute nicht mehr delegieren?

W47-GP-AL: Nein, ich hab mir immer gut überlegt, was ich abgebe und was nicht, und deswegen musste ich, soweit ich mich jetzt erinnere, nichts zurücknehmen. Also zum Beispiel die Bankgeschäfte mache ich selber und werde ich auch immer selber machen.

Ich hab in der Hinsicht mal eine schlechte Erfahrung gemacht, und zwar habe ich eine NÄPA ausgebildet und ihr dann auch die ganzen Hausbesuche übertragen. Die Arbeitshaltung und auch Leistung war dann so schlecht, dass ich doch alles nacharbeiten musste. Das hatte ich vorhin ja schon gesagt, wenn es schlecht gemacht wird, kann ich es auch direkt selber machen. Diese Mitarbeiterin arbeitet jetzt auch nicht mehr bei mir, dafür habe ich eine MFA, die jetzt keine NÄPA ist, und ich es nur als Mitarbeiterhausbesuch abrechnen kann, aber es funktioniert deutlich besser. Also letztlich habe ich die Hausbesuche an eine NÄPA delegiert, hab gesehen, es funktioniert nicht so gut, hab es in dem Sinne zurückgenommen, aber es ja direkt an eine andere MFA wieder delegiert. Also komplett zurückgenommen nicht wirklich.

I: Würden Sie sagen, dass Sie heute mehr Aufgaben delegieren als früher und wenn ja warum?

W47-GP-AL: Definitiv mehr. Als ich die Praxis übernommen habe, habe ich den Stiefel so übernommen und hab viel selber gemacht, wie die Hausbesuche zum Beispiel. Abrechnungen und Suchläufe selber, und ich weiß nicht, was noch alles. Über die Jahre habe ich dann aber immer mehr abgegeben und hab aber auch mehr Personal, und der Grund war einfach, weil ich keine Lust mehr hatte, das alles selber zu machen. Ich brauchte mehr Zeit für die wichtigen Dinge, und bei immer mehr Patienten kann man dann nicht alles selber machen, wenn man noch ein Privatleben haben möchte. Also man muss auch nach sich selber gucken.

I: Vor dem Hintergrund Ihrer hausärztlichen Tätigkeit, wo würden Sie sagen besteht noch konkreter Delegationsbedarf, und welche Aufgaben würden Sie gerne verstärkt delegieren?

W47-GP-AL: Also ich sage ganz ehrlich, da fällt mir nicht wirklich was ein. Ich denke, ich gebe alles ab, was ich kann und möchte, und sehe da keinen Bedarf. Also das Einzige, was mich stört im Zusammenhang mit der Praxis, sind diese Prüfungsausschüsse, die Einzelfallprüfungen der Krankenkassen oder auch die Prüfung der medizinischen Geräte. Da muss ich aber auch als verantwortliche Person greifbar oder anwesend sein, und deshalb sehe ich da nicht, dass ich so etwas jemals abgeben kann.

I: Ok, und Sie haben vorhin ja schon die schlechte Erfahrung, sag ich mal, mit der NäPA beschrieben. Haben Sie denn sonst Probleme erfahren bei dem Thema Delegation?

W47-GP-AL: Nicht wirklich. Also wie gesagt, wenn sie schlecht gemacht werden, kann ich die Aufgaben auch selber machen. Manchmal muss man Sachen auch 3 oder 4mal erklären. Man muss die Dinge kontrollieren und optimieren. Aber das sind keine wirklichen Probleme oder negativen Dinge. Das ist halt normal bei uns Menschen.

I: Stimmt wohl. Was sollte Ihrer Meinung nach denn klar ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

W47-GP-AL: Ist ja wieder das Thema mit diesen Physician Assistants oder ich nenne sie mal Zwischenärzte. Ich meine, wenn es um banale Erkrankungen wie ein grippaler Infekt oder Ähnliches geht, dann vielleicht. Also das ist ja nach heutigem Recht auf keinen Fall möglich, das zu delegieren. Aber wenn man in Zukunft den rechtlichen Rahmen dafür schaffen würde, dann kann man meiner Meinung nach, gerade bei dem Ärztemangel, den wir haben, solche banalen Erkrankungen wie ein grippaler Infekt oder ich sag mal Schnupfen, Husten, Heiserkeit durch nichtärztliches Personal behandeln lassen, wenn sie dafür natürlich geschult sind. Dadurch komme ich gerade mal auf ein anderes Thema und zwar Wundmanagement. Gerade bei chronischen Wunden wird ja seit Jahren die Versorgung delegiert, wobei ich als Arzt natürlich immer die letzte Verantwortung habe, aber trotzdem wird es ja delegiert. Da laufen ja durchs Land zertifizierte Wundmanager, die sich Wunden anschauen und teure Pflaster aufschreiben. Ist ja schon möglich in diesem Bereich, und dann ist es vielleicht auch mal möglich Bagatellerkrankungen durch eine Zwischenstufe zu behandeln, die über der MFA liegt, aber unter dem Arzt.

I: Ok, und was soll dann ärztliche Tätigkeit bleiben?

W47-GP-AL: Die Therapie komplexer Erkrankungen und vor allem der chronischen Dinge wie Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Diabetes, pAVK, KHK, Asthma, also die ganzen hochwertigen Dauererkrankungen. Das muss ärztliche Tätigkeit bleiben. Dann Diagnostik

beziehungsweise die Auswertung oder die Befundung und die daraus resultierenden Schlüsse. Ultraschall ist momentan zum Beispiel nicht delegierbar, aber wäre vielleicht auch interessant so etwas an Leute abzugeben, die nichts Anderes machen. Was denn noch. Anamnese. Also ich meine jetzt nicht die ganzen Vorbefunde und auch den Erstanamnesebogen, aber Sie müssen auch selber mit ihm sprechen. Vor allem das Zusammenführen dieser Dinge muss durch den Arzt erfolgen. Ach so, und klar die Indikationsstellung.

I: Delegieren Sie denn nur an nichtärztliches Personal, welches eine gewisse Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus?

W47-GP-AL: Eigentlich war es bis vor 2 Monaten so, dass alles was die MFAs gemacht haben, sie auch eine Fortbildung dazu hatten. Die NäPA hat ja jetzt aufgehört, und jetzt macht es eine MFA, die keine NäPA-Ausbildung hat, und die wird gerade von mir eingewiesen. Sie macht auch nächstes Jahr die Ausbildung dann. Ist ja auch nicht verboten, sie können es halt nur schlechter abrechnen. Also in dem Sinne schule ich sie gerade oder bespreche alles mit ihr intensiver, aber eine wirkliche Fortbildung dafür hat sie nicht, also ja drüber hinaus passt schon.

I: Gut, wir haben ja schon mehrfach jetzt das Thema NäPA besprochen. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu solchen Modellen beschreiben?

W47-GP-AL: Gut.

I: Und Ihre Einstellung dazu?

W47-GP-AL: Ja, sehr gut, kann ja nicht alles selber machen.

I: Sie haben ja schon Erfahrungen gemacht und planen die eine MFA jetzt weiterzubilden. Bis auf die Erfahrung mit den Hausbesuchen, wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit diesen Modellen beschreiben?

W47-GP-AL: Das ist ein sehr gutes Konzept. Die Leute sind versorgt. Es geht um Blutentnahmen, mal auf die Wunde gucken, wie sieht es in der Wohnung aus, was kann man optimieren, mal ein etwas längeres Gespräch führen und solche Dinge eben. Grundsätzlich ist das eine Supersache.

I: Und wie sind Sie auf diese Modelle aufmerksam geworden?

W47-GP-AL: Das mit der NäPA kam so vor 9 oder 10 Jahren auf, da war ich gerade frisch in der Praxis. Hab dann damals schon eine Mitarbeiterin hingeschickt für den Kurs. Ich glaube über den Hausärzteverband und die KV, darüber kam das.

I: Welche Vorteile aber auch Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

W47-GP-AL: Kostet Geld, und man muss in der Zeit die Arbeit ja auch kompensieren, wenn die MFA nicht da ist. Vorteile habe ich ja schon viel gesagt. Nicht nur für mich mit der Zeit sondern auch für die Mitarbeiterin selber. Es wertet auf, und ist ein Zuwachs an Wissen.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

W47-GP-AL: Im Moment müssen Sie das nehmen, was kommt. Dass Sie das fordern können, ist an der Realität vorbei. Aber wenn man es sich aussuchen kann, dann klar, würde ich es gezielt machen.

I: Das hatten wir jetzt eigentlich schon, aber wenn Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solch einer Fortbildung beschäftigen, übernehmen diese dann gezielt Aufgaben wie Hausbesuche?

W47-GP-AL: Ja, auf jeden Fall.

I: Gut, dann ein Blick in die Zukunft. Wo sehen Sie noch Bedarf beziehungsweise haben Sie Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Welche Voraussetzungen gäbe es hierfür zu erfüllen?

W47-GP-AL: Was ich ja schon sagte. Diese Zwischenstufe zwischen MFA und Arzt. Ich meine, Physician Assistant heißen sie. Das wäre sicherlich was Gutes, wenn es dann rechtlich möglich wäre, dass sie Infekte oder so behandeln können. Ach so, und so etwas wie Ultraschall an geschultes Personal, die dafür dann eine Zulassung haben. Und es muss natürlich auch abrechenbar sein, weil sonst hab ich davon ja nichts. Stand jetzt ist die Abrechnung ja nur an meinen Sitz gebunden.

I: Guter Punkt. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

W47-GP-AL: Ja, das fände ich schon oder auch in den ganzen Magazinen, die es da gibt. Einfach wenn man da die Informationen bekommt und da nochmal ein Augenmerk drauf gelegt wird, fände ich gut. Man vielleicht auch auf Sachen aufmerksam gemacht wird, die man noch nicht bedacht hat.

I: Letzte Frage: wäre es sinnvoll bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

W47-GP-AL: Ja klar. Ich mache ja auch nur die diabetologischen Dinge selber, aber bei meinem Mann wird das zum Beispiel auch alles von den Diabetesassistenten gemacht. Also da kann man alles abgeben.

I: Super, vielen Dank für Ihre Zeit und die Antworten. Dann wünsche ich Ihnen ein schönes Wochenende.

2.17 Transkript Interview XVII - W49-GP-AL

I = Interviewer

W49-GP-AL = Arzt

I: Gut, dann legen wir los. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W49-GP-AL: Delegation heißt letztendlich, dass man Aufgaben an jemanden abgibt, den man für qualifiziert genug hält diese Aufgabe auch auszuführen. Wir haben am Tag einfach zu wenig Zeit alles selber zu machen. Da muss man Dinge auch einfach abgeben können.

I: Und inwiefern ist das Thema für Sie in der Praxis relevant?

W49-GP-AL: Sehr relevant. Letztendlich ist unsere Aufgabe die Oberhand zu behalten und die Aufgaben so zu verteilen, dass am Ende des Tages alles erledigt ist.

I: Wie würden Sie denn Ihre Einstellung zum Delegieren von Tätigkeiten beschreiben?

W49-GP-AL: Als positiv und sehr aufgeschlossen. Ohne geht es einfach nicht.

I: Ok, und welche Vor- und Nachteile bringt die Delegation mit sich?

W49-GP-AL: Vorteil ist auf jeden Fall die Zeitersparnis. Nachteil ist vielleicht, dass es nicht so erledigt wird, wie wenn man es selber gemacht hätte. Da muss man auch immer mal hinterher sein und Dinge kontrollieren oder auch korrigieren.

I: Wie ist es aus Sicht des Patienten, sehen Sie da einen speziellen Nutzen?

W49-GP-AL: Letztendlich freut sich der Patient immer, wenn der Arzt es selber macht, aber oft können sich die nicht ärztlichen Mitarbeiter mehr Zeit nehmen und mal länger ein Gespräch führen. Ich denk, das ist auch schön für den Patienten, und er profitiert davon auch.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist und wenn ja warum?

W49-GP-AL: Tendenziell ist es auf jeden Fall relevanter geworden, weil der bürokratische Anteil an unserer Arbeit einfach enorm gestiegen ist. Wir haben so viel Schriftarbeiten zu erledigen und so viele andere Dinge. Man kann nicht nur Medizin machen und dem Patienten ein Rezept geben. Es gibt so viel zu dokumentieren und einzutragen und nachzutragen und zu kontrollieren.

I: Wie würden Sie denn Ihren Kenntnisstand zu dem Thema Delegation beurteilen?

W49-GP-AL: Ich würde sagen, wir kennen uns schon sehr gut aus. Ich arbeite ja mit einer Partnerin zusammen, und sie hat da auch nochmal mehr Erfahrung, von der ich natürlich auch profitiert habe. Wir haben viel so weiter gemacht wie es vorher lief. Klar gibt es immer wieder Neuerungen, die man nicht erfasst, aber insgesamt kenne ich mich doch schon gut aus, würde ich sagen.

I: Sehr gut. Wo in der Hausarztpraxis besteht denn die Möglichkeit der Delegation? In welchen Bereichen liegen zum Beispiel besonders große Potenziale und wo vielleicht weniger große?

W49-GP-AL: Also, was man super delegieren kann sind Blutentnahmen, Impfungen, Abrechnungen. Wir haben eine Mitarbeiterin, die sich um die privaten Abrechnungen kümmert und eine andere um die kassenärztlichen. Verbandswechsel kann man letztlich delegieren. Technische Untersuchungen wie EKG und Lungenfunktion. Ich denke also, so das Bürokratische, nenne ich es jetzt mal, und die Untersuchungen sind zwei große Bereiche.

I: Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit dem Thema Delegation gemacht und wie würden Sie diese beschreiben?

W49-GP-AL: Also, wie ich zu Beginn schon gesagt habe, man kann sehr viel abgeben, aber es ist halt oft in der Sorgfältigkeit nicht so, wie man es selber gemacht hätte. Man muss eben bei vielen Dingen doch nochmal drüber gucken. Also grade bei Abrechnungen zum Beispiel. EKG anlegen oder Blutentnahme kontrolliere ich nicht mehr. Man muss aber einfach immer wieder kontrollieren und korrigieren.

I: Gut, das gehört natürlich irgendwo dazu. Was an Aufgaben delegieren Sie denn momentan in Ihrer Praxis?

W49-GP-AL: Also wie gesagt: Blutentnahmen, Impfungen, alle technischen Untersuchungen, Abrechnungen sowohl privat als auch KV, Verbandswechsel, Taping, Terminvereinbarungen, Folgeerzepte nach kurzer Rücksprache natürlich, Gerätebuchführung. Ja, ich glaube, das sind so die Dinge, die mir jetzt einfallen.

I: Und haben Sie in der Vergangenheit Aufgaben delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

W49-GP-AL: Eigentlich nicht, also mir fällt jetzt nichts ein.

I: Die nächste Frage ist an eine vorherige angelehnt. Delegieren Sie heute mehr als früher und wenn ja warum?

W49-GP-AL: Eigentlich nicht. Es ist, wie gesagt, relevanter geworden, aber dass ich mehr delegiere würde ich nicht sagen.

I: Dann folgt ein Blick in die Zukunft. Was würden Sie gerne verstärkt delegieren oder auch in Zukunft gerne delegieren können?

W49-GP-AL: Das ist eine gute Frage. Ich habe leider auch einen Kontrollzwang, deswegen ist das manchmal schwierig, aber man könnte zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen abgeben. Entweder an MFAs, die geschult werden, oder es gibt ja in vielen Ländern auch Medical Assistants, die für sowas in Frage kämen. Die sind ja so zwischen einer MFA und einem Arzt. Sowas kann ich mir vorstellen. Ansonsten gehört Diagnostik und therapeutisches Wissen schon in ärztliche Hand.

I: Ok, super. Haben Sie auch schon Probleme beim Delegieren von Tätigkeiten gehabt und wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

W49-GP-AL: Also, zum einen, wie gesagt, muss man immer kontrollieren, wie die Aufgaben gemacht werden und wie überall, wenn etwas durch mehrere Hände geht, passieren Fehler. Fehler in der Kommunikation oder in der Ausführung. Sowas passiert schon mal, aber letztendlich bleibt uns nichts anderes übrig als immer wieder zu delegieren. Also ich hatte jetzt keine einschneidenden Erlebnisse oder Probleme, die ich jetzt beschreiben könnte.

I: Das ist ja schon mal was. Sie haben es gerade schon angesprochen, was sollte Ihrer Meinung nach klar ärztliche Tätigkeit sein?

W49-GP-AL: Diagnostik zum größten Teil beziehungsweise die Interpretation und Auswertung der Ergebnisse. Die Therapie, die sich daraus dann ergibt auch. Letztendlich zählt auch das ärztliche Gespräch zu der Therapie und damit zur ärztlichen Tätigkeit. Das ist für viele Patienten sehr wichtig. Wir können einfach ganz anders Dinge interpretieren und hören Dinge zwischen den Zeilen raus, die jemand anderes gar nicht beachten würde.

I: Da stimme ich Ihnen auf jeden Fall zu. Delegieren Sie nur an Personal mit einer entsprechenden Fortbildung oder auch darüber hinaus?

W49-GP-AL: Also, man kann sich davon überzeugen, ob die Person die Aufgabe gewissenhaft erledigt, und dann würde ich es unabhängig ihres Fortbildungsstandes delegieren.

I: Gut, dann kommen wir jetzt zu einem etwas spezifischeren Thema. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu Modellen wie das der NÄPA oder VERAH beurteilen?

W49-GP-AL: Gar nicht mal so groß, muss ich ehrlicherweise sagen. In der Praxis, in der ich vorher war, haben wir eine Mitarbeiterin als NÄPA ausgebildet, also weiß ich schon, dass es solche Fortbildungen gibt. Diese befähigt die Mitarbeiterin zu mehr Dingen, aber ist natürlich auch nicht ganz kostengünstig.

I: Stimmt natürlich. Wie ist denn Ihre grundsätzliche Einstellung zu diesen Modellen?

W49-GP-AL: Gut auf jeden Fall. Ich bin absolut dafür, aber es muss sich eben auch rentieren. Wir sind halt einfach ein Wirtschaftsunternehmen.

I: Haben Sie auch praktische Erfahrungen mit einer solchen NäPA gemacht, und wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

W49-GP-AL: Ja, also in der alten Praxis haben wir ja eine Mitarbeiterin ausgebildet beziehungsweise meine Chefs. Die einzige zusätzliche Aufgabe, die sie aber gemacht hat, waren Hausbesuche für Blutentnahmen. Einfach dass dafür kein Arzt losfahren musste, und das würde ich ehrlich gesagt auch meinen MFAs zutrauen. Dafür bräuchte ich jetzt keine NäPA. Ich weiß aber nicht, ob sie noch mehr dürfen oder was sie vielleicht doch noch an anderen Aufgaben übernommen hat.

I: Ok, und welche Vorteile beziehungsweise Nachteile sehen Sie denn in diesen Modellen?

W49-GP-AL: Vorteile, ja ganz klar die Entlastung des Arztes grade bei dem Thema Hausbesuche. Nachteile, dass es eben teuer ist, solch eine Ausbildung zu finanzieren und sie sich rentieren muss.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

W49-GP-AL: Nicht unbedingt. Also es ist schön, wenn sie es haben, aber ich würde nicht gezielt danach suchen. Zudem ist dann die Frage, wie die Gehaltsvorstellungen dieser Person sind.

I: Ok, dann nähern wir uns der letzten Frage. Haben Sie denn noch Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Was könnte ausgebaut werden und welche Voraussetzungen gäbe es dafür zu erfüllen?

W49-GP-AL: Endbürokratisieren. Es muss einfach wieder einfacher werden, und die Digitalisierung muss besser werden. Ich fülle hier Zettel aus, die noch ausgedruckt werden und dann gefaxt werden. Dieser Aufwand ist einfach so groß, obwohl es heute viel einfacher sein könnte. Grade die jungen Ärzte, die jetzt anfangen, schlagen sich die Hände überm Kopf zusammen, wenn sie das sehen.

I: Da freue ich mich auch schon drauf. Würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

W49-GP-AL: Warum nicht, ja klar. Das wäre schon hilfreich, denk ich, und ist immer sinnvoll.

I: Ok, und die letzte Frage wäre dann, ob es sinnvoll wäre, wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt werden würde?

W49-GP-AL: Also, da mache ich noch viel selber. Ich untersuche beim Diabetes die Füße selber. Wir sind aber dabei zu versuchen, dass mehr abzugeben beziehungsweise zu delegieren. Quartalsweise dann. Also, dass ich es nur jedes 2. Quartal mache. Also, an sich wäre das auf jeden Fall sinnvoll und kann ja prinzipiell auch von einer MFA gemacht werden.

I: Sehr gut, dann haben wir es auch geschafft. Vielen Dank für die Antworten und Ihre Zeit.

2.18 Transkript Interview XVIII - W54-GP-AL

I = Interviewer

W54-GP-AL = Arzt

I: Guten Tag, und danke schon mal für Ihre Zeit. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W54-GP-AL: Delegation ist für mich eine Weiterleitung an Fachärzte oder andere Hilfsunternehmen wie zum Beispiel den Sozialdienst. Also Unterstützung des Patienten in Bereichen, die ich nicht selber machen muss und delegiere.

I: Inwiefern würden Sie sagen, dass das Thema relevant für Sie ist?

W54-GP-AL: Ja, hat eine große Relevanz für mich und meine Arbeit.

I: Und wie ist Ihre Einstellung zu dem Thema Delegation in der Praxis und warum?

W54-GP-AL: Positiv, weil ich dadurch mehr Zeit gewinne und sonst die Arbeit auch nicht zu schaffen wäre.

I: Gut, und welche Vor- und Nachteile sehen Sie denn im Delegieren von Tätigkeiten?

W54-GP-AL: Vorteile sind wie gesagt, dass ich Arbeitszeit spare und zu den wesentlichen Dingen komme. Ich auch an Leute delegiere, die es einfach besser können als ich. Nachteile sind dass es vielleicht nicht so gemacht wird, wie ich es mir vorstelle. Dann entsteht im Endeffekt mehr Arbeit. Heißt, ich muss schon davon überzeugt sein, dass die Person die Aufgabe gut macht, und ich muss sie eben auch vor allem am Anfang kontrollieren. Dazu kommt, dass es auch immer einen Informationsverlust gibt beim Delegieren. Das ist wie die stille Post.

I: Wie sieht es denn aus der Sicht der Patienten aus. Sehen Sie hier einen speziellen Nutzen beziehungsweise Vor- oder Nachteile?

W54-GP-AL: Ja, also Vorteil natürlich, wenn mehr fachliche Hilfe dazu kommt, die ich nicht leisten kann, ist der Patient besser versorgt.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage relevanter geworden ist als früher?

W54-GP-AL: Ich glaube es war immer gleich wichtig Sachen zu delegieren, aber ich glaube, das Angebot ist größer geworden. Deswegen ist die Summe der Delegation einfach mehr geworden. Vor 30 Jahren haben Sie noch keinen Sozialdienst gehabt, der nach Hause kommt. Man kann heute einfach viel mehr machen.

I: Wie würden Sie denn Ihren persönlichen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen?

W54-GP-AL: Also ich glaube, ich bin schon gut informiert, aber es gibt sicherlich Leute, die mir da noch was Neues erzählen könnten, also ich schöpfe das mit Sicherheit nicht voll aus, aber ich denke, ich bin schon gut informiert.

I: Wenn Sie jetzt die Praxis in verschiedene Bereiche aufteilen, in welchen Bereichen liegen generell Möglichkeiten der Delegation und in welchen vielleicht besonders große oder auch nicht so große?

W54-GP-AL: Meinen Sie inhaltlich?

I: Genau. Also beispielsweise administrativ, technische Untersuchungen, Abrechnungen.

W54-GP-AL: Ok. Das hängt natürlich immer von der Person ab, an die Sie delegieren, und was diese Person in der Lage ist zu machen. Ich sage jetzt mal Lungenfunktion, Blutdruck messen, EKG und solche Untersuchungen, ist ganz klar. Das wird alles delegiert. Terminvergabe kann man komplett delegieren. Abrechnung hängt wirklich stark davon ab, wer was macht. Da kann viel vergessen werden, und es geht da um das Geld, was man selber und die Praxis verdient. Also da würde ich nur delegieren, wenn ich der Person vertraue und weiß, sie ist da topfit. Es hängt einfach wirklich von der Qualität der Person ab, an die sie delegieren. Ich würde gerne noch mehr delegieren, aber in manchen Bereichen weiß ich einfach, ehe ich es erklärt habe, bin ich selber schneller.

I: Verstehe. Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen bezüglich der Delegation in der Praxis beschreiben?

W54-GP-AL: Prinzipiell gut. Manche Sachen brauchen mal etwas länger bis sie so laufen, wie ich es mir vorstelle, aber ich denke, das gehört auch dazu.

I: Ja, denke ich auch, und wie Sie ja sagten, hängt es eben auch von der Person ab. Welche Aufgaben delegieren Sie denn momentan in Ihrer Praxis?

W54-GP-AL: Manchmal sind es Telefonate oder Rückrufe. Aber auch Informationsweitergabe an den Patienten, weil ich es nicht leisten kann gerade oder auch nicht möchte. Dann schon viel Büroarbeiten und Organisatorisches. Wie gesagt Blutentnahmen, EKG und Impfen, und was ich schon erwähnt habe, eben auch.

I: Gibt es denn auch Dinge, die Sie früher delegiert haben und heute nicht mehr delegieren?

W54-GP-AL: Global gesehen kann ich das jetzt nicht sagen. Im Einzelfall lege ich den Medikamentenplan selber in das Fax und schicke ihn ab, wenn ich weiß, das muss jetzt dringend gemacht werden. Es gibt aber Nichts, wo ich sage, das machen die Helferinnen jetzt definitiv nicht oder so.

I: Würden Sie sagen, dass Sie heute mehr delegieren als früher und wenn ja womit hängt das zusammen?

W54-GP-AL: Ich glaube ehrlich gesagt nicht. Das liegt einmal daran, dass ich gerne Dinge selber mache, weil ich dann weiß, ich hab sie so gemacht, wie ich es für richtig halte.

I: Gibt es Dinge, die Sie gerne verstärkt delegieren würden oder in Zukunft gerne delegieren würden?

W54-GP-AL: Also ich würde gerne mehr Bürokratie abgeben und Telefonate. Im Prinzip alles, was nicht direkt mit dem Patienten zu tun hat. Dass ich mich nur auf den Patienten konzentrieren kann. Das wäre ein Traum.

I: Absoluter Traum. Haben Sie denn schon Herausforderungen oder Probleme beim Delegieren von Tätigkeiten gehabt, und wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

W54-GP-AL: Also es hängt einfach von der Person ab. Manche sind einfach nicht in der Lage, die Aufgabe durchzuführen oder besser gesagt in Ihrem Sinne durchzuführen. Es hängt davon ab, was ich möchte. Dann davon, wie gut ausgebildet ist diese Person und was traue ich der Person zu. Zum Beispiel wird die ganze IT und Digitalisierung ja immer mehr und komplexer, und unsere Helferinnen sind alle nicht mehr die jüngsten, und da gibt es eigentlich nur eine, die in der Lage ist mit dem PC so richtig umzugehen.

I: Was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein?

W54-GP-AL: Also ganz klar die körperliche Untersuchung. Einschätzung von Diagnosen oder Befunden und die daraus resultierende Therapie. Also auch die Therapie. Umstellung von Medikamenten und diese Dinge. Und auf jeden Fall das ärztliche Gespräch also die Anamnese.

I: Sie haben ja schon gesagt, es hängt immer von der Person ab, an die man etwas delegiert. Delegieren Sie nur an Personal, das eine entsprechende Fortbildung dazu hat oder auch an Personal, das keine hat?

W54-GP-AL: Klares ja. Solange ich mich vergewissert habe, dass die Person die Aufgabe so ausführt, wie ich es mir vorstelle, delegiere ich es auch. Unabhängig von irgendeiner Fortbildung oder so.

I: Wie würden Sie denn Ihren Kenntnisstand bezüglich der NäPA oder VERAH einschätzen?

W54-GP-AL: Gering. Ich weiß, was es ist, aber mehr auch nicht.

I: Wie ist denn Ihre grundsätzliche Einstellung dazu?

W54-GP-AL: Prinzipiell finde ich es gut, wird bei uns aber nicht möglich sein, einfach aufgrund der finanziellen Situation. Man bräuchte noch eine Helferin, und das können wir nicht leisten.

I: Haben Sie in der Vergangenheit denn schon mal Erfahrungen mit diesen Modellen gemacht?

W54-GP-AL: Nein, noch gar nicht.

I: Ok, dann können wir nämlich die nächsten Fragen überspringen. Wenn Sie jetzt mal grundsätzlich überlegen, welche Vorteile und Nachteile sehen Sie denn in solchen Fortbildungen?

W54-GP-AL: Also prinzipiell ist jeder Wissenszuwachs immer ein Vorteil. Der klinische Blick wird geschult. Dann natürlich auch ein Zusammenarbeiten auf einem höheren Niveau. Es ist ja auch eine Motivation und Anerkennung für die Helferin.

I: Und irgendwelche Nachteile?

W54-GP-AL: In der Fortbildung an sich nicht, aber in der Umsetzung. Es kann natürlich sein, dass sich eine MFA dann doch vertut, ich meine, das kann uns auch passieren, aber wir haften dafür. Also wenn sie sich zu weit aus dem Fenster lehnt oder es falsch einschätzt und das dann eine medizinische Konsequenz hat, dann ist der Arzt verantwortlich.

I: Würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

W54-GP-AL: Ja, auf jeden Fall.

I: Gut, da Sie keine beschäftigen, fällt die nächste Frage dann auch weg. Haben Sie denn noch Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Was kann man noch ausbauen und welche Voraussetzungen gäbe es dafür zu erfüllen?

W54-GP-AL: Das kann ich ganz kurz machen und an der Basis anfangen. Sie bekommen fast keine gut ausgebildete MFA mehr. Es ist ein absoluter Mangel, ich weiß nicht warum, aber alle

Guten sind weg, und ich kenne keine Praxis, die nicht sucht. Daran scheitert es ja dann schon. Es fehlt schon an Leuten, an die sie überhaupt mal delegieren können und es dann auch gut umgesetzt wird. Solange das nicht behoben wird, muss ich mir keine Gedanken machen, was noch alles verbessert oder ausgebaut werden kann.

I: Das ist nachvollziehbar, wenn es Ihnen an der Basis fehlt. Würde es Ihnen helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

W54-GP-AL: Nein, das kann ich selber. Ich meine, jede Praxis ist ja auch anders von der Struktur, und ich glaube, dass ist so ein individuelles Thema, dass man es auch gar nicht verallgemeinern könnte. Ich bin Leitlinien gegenüber sowieso skeptisch eingestellt, aber das kann ich mir nicht vorstellen.

I: Letzte Frage: Wäre es sinnvoll wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt werden würde?

W54-GP-AL: Das kann man abgeben ja. Das läuft ja immer nach dem gleichen Schema ab, und da brauchen Sie keinen Arzt für oder eine besondere Ausbildung.

I: Super, dann sind wir schon am Ende angekommen. Danke nochmal für Ihre Zeit und einen schönen Tag.

2.19 Transkript Interview XIX - W55-GP-AL

I = Interviewer

W55-GP-AL = Arzt

I: So, nochmal guten Tag und danke für Ihre Zeit. Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W55-GP-AL: Delegation heißt, dass ich alles, was ich nicht selber machen muss und von der Verantwortung an meine Mitarbeiter, also den MFAs, abgeben kann. Sie müssen dazu natürlich auch befähigt sein.

I: Und inwiefern ist das Thema für Sie in der Hausarztpraxis relevant?

W55-GP-AL: Ist es total. Wir delegieren Blutabnahmen, Impfungen, Wundverbände, EKG, Lungenfunktion, Telefonate zur Übermittlung von Informationen, Rezepte, Überweisungen, viel bürokratische Dinge natürlich auch. Es ist halt einfach eine Riesenzeiterparnis, und ich bin auch froh gewisse Dinge nicht machen zu müssen.

I: Wie würden Sie denn Ihre Einstellung zum Thema Delegation beschreiben?

W55-GP-AL: Als absolut notwendig und positiv. Ohne geht es nicht.

I: Ok. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

W55-GP-AL: Also Vorteil wie wir es eben hatten die Zeitersparnis. Vorteile auch für die MFAs, wenn sie Aufgaben durchführen, die mehr Verantwortung mit sich bringen. Also eine Steigerung der eigenen Leistung und Wertschätzung. Sie sollen ja nicht nur Hilfsarbeiten machen. Nachteile sind manchmal die Qualität der Informationsübertragung. Es geht auch mal etwas verloren oder Dinge werden nicht so ausgeführt, wie ich sie persönlich machen würde. Es ist auch manchmal so, dass, wenn Informationen von der MFA kommen, sie vom Patienten nicht so ernst genommen werden wie wenn sie vom Arzt kommen.

I: Jetzt sind Sie schon auf den Patienten eingegangen. Sehen Sie einen speziellen Nutzen für den Patienten bei der Delegation?

W55-GP-AL: Auf jeden Fall. Es ist mehr Zeit da. Die MFA kann sich mehr Zeit nehmen, und dann ist es auch persönlicher, als wenn ich als Arzt nur schnell reinkomme. Am Ende können wir ja auch gar nicht jeden Patienten sehen.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat und wenn ja warum?

W55-GP-AL: Das ist eine schwierige Frage. Ich bin schon lange als Hausarzt tätig, und ich finde, es war schon immer relevant. Also klar, die Aufgaben und die Menge an Dingen, die man machen muss, haben zugenommen. Aber es geht ja nicht um die Quantität sondern die Relevanz, und da, denke ich, hat sich nichts geändert. Relevant war es immer schon.

I: Guter Punkt. Wie würden Sie denn grundsätzlich Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema beurteilen?

W55-GP-AL: Schon sehr gut, denk ich. Wir versuchen uns da auch rechtlich gut abzusichern, weil auch mal die Frage kommt vom Patienten, ob sie das überhaupt darf. Natürlich muss ich mir vorher ein Bild machen, was meine Mitarbeiterin kann und was nicht. Was kann ich ihr guten Gewissens abgeben und dann auch überprüfen.

I: Nächste Frage wäre: Nachdem was Sie wissen oder vermuten, wo in der Praxis bestehen Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen zum Beispiel besonders große Potenziale?

W55-GP-AL: Hausbesuche sind ein großer Bereich mit viel Potenzial. Gerade die Routinebesuche mit Blutentnahmen oder Blutdruckmessung oder Wundkontrollen. Dann Bürokratie ist enorm viel Potenzial, weil man da ja auch nicht mehr durchblickt, was man alles dokumentieren muss und sonst was. Dann sicherlich auch die technischen Untersuchungen wie EKG etc.

I: Wie würden Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Thema Delegation beschreiben?

W55-GP-AL: Positiv. Das steht und fällt immer mit den MFAs. Wenn sie gutes Personal haben und sich vorher eben überlegen, was ich an wen delegiere, dann läuft das in den allermeisten Fällen sehr gut.

I: Gut, welche Aufgaben Sie momentan delegieren, haben Sie ja schon aufgezählt. Haben Sie denn in der Vergangenheit Aufgaben delegiert, die Sie heute nicht mehr delegieren?

W55-GP-AL: Nein, ich delegiere eher mehr. Also was heißt eher, ich delegiere auf jeden Fall mehr als früher auch einfach aus wachsender Erfahrung und weil ich langjährige MFAs habe, die wirklich super sind.

I: Damit erübrigt sich die Frage, ob Sie heute mehr delegieren als früher quasi aber vielleicht, warum nochmal?

W55-GP-AL: Also weil man mit der Zeit lernt nicht mehr alles selber machen zu müssen. Weil Sie Vertrauen in Ihre Mitarbeiter gewinnen, und wenn es gut läuft, auch immer mehr abgeben können. Weil es einfach deutlich mehr zum Delegieren gibt. Die ganzen Untersuchungen, die man machen kann, und die ganzen Formulare und Anträge sind ja einfach mehr geworden.

I: Super. Gibt es denn etwas, was Sie gerne verstärkt delegieren würden oder auch in Zukunft gerne delegieren würden?

W55-GP-AL: Fällt mir jetzt spontan nichts ein, nein. Also Hausbesuche habe ich ja gesagt. Wenn wir jetzt eine bessere Personaldichte hätten, würde ich da mehr abgeben.

I: Ok. Wurden Sie beim Delegieren auch schon vor Probleme oder Herausforderungen gestellt, und wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?

W55-GP-AL: Naja schon. Wenn eben die Informationsübertragung nicht so wie gewünscht läuft oder Dinge eben verloren gehen, dann kann das zu Problemen führen. Deswegen sind die Kontrollen auch so wichtig, um sowas eben zu vermeiden. Ach, und wie gesagt, ich hatte einmal eine Patienten, die eine Impfreaktion hatte. Da wurde dann danach nochmal vehement nachgefragt, ob die MFA denn überhaupt hätte impfen dürfen. Genau deswegen muss man da rechtlich auch Bescheid wissen.

I: Ja, sonst kann das ja auch unter Umständen böse enden. Was sollte Ihrer Meinung nach denn ärztliche Tätigkeit bleiben und nicht delegierbar sein?

W55-GP-AL: Ich sag mal Medikamentenanpassungen also die Therapie. Klinische Untersuchung. Die Auswertung der Befunde. Dann auch die Anamnese. Also die allgemeine Anamnese kann sicherlich mit einem Bogen abgefragt werden. Aber die akute Problematik,

da muss ich selber mit dem Patienten sprechen, weil ich ja durch meine Erfahrung und mein Wissen auch ganz anders mit den Informationen umgehe.

I: Delegieren Sie nur an Personal mit einer entsprechenden Fortbildung oder auch an nicht speziell fortgebildetes Personal?

W55-GP-AL: Solange ich weiß, die Person erledigt die Dinge nach meinen Vorstellungen, würde ich es immer delegieren. Also Fortbildung hin oder her. Das hat einfach was mit Vertrauen und Menschenkenntnis zutun.

I: Gut, dann geht es in den nächsten Fragen um das Thema VERAH und NäPA. Wie würden Sie Ihren Kenntnisstand zu diesen Modellen beurteilen?

W55-GP-AL: Also so richtig den Unterschied zum Beispiel zwischen den Modellen weiß ich nicht. Von daher eher sehr gering.

I: Und Ihre grundsätzliche Einstellung zu diesen Modellen?

W55-GP-AL: Auf jeden Fall positiv. Wir haben es hier sogar im Team mal besprochen, aber die Nachfrage war dann nicht so groß. Wir haben aber auch einfach nicht die richtige Umgebung, wo es sich lohnt. Mitten in der Stadt fallen nicht so viele Hausbesuche an wie auf dem Land.

I: Also haben Sie auch in der Vergangenheit noch keine Erfahrungen mit diesen Modellen gemacht?

W55-GP-AL: Nein, noch nie.

I: Ok, dann fallen einige Fragen weg. Grundsätzlich, welche Vorteile beziehungsweise Nachteile sehen Sie denn in diesen Modellen?

W55-GP-AL: Also Vorteile auch hier die Entlastung des Arztes und ein Zeitgewinn. Gerade bei Hausbesuchen ist der ziemlich groß. Zudem macht es den Beruf, denke ich, attraktiver, und man erfährt nochmal eine höhere Wertschätzung. Nachteile sehe ich nicht wirklich. Also wenn man es gut einsetzt. Man muss sich eben vorher überlegen, macht es für meine Praxisstruktur Sinn.

I: Ok, und würden Sie Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen gezielt einstellen?

W55-GP-AL: Also wenn ich den Bedarf hätte und Landarzt wäre, dann auf jeden Fall.

I: Schön. Haben Sie noch Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Wo bestehen noch Defizite, und welche Voraussetzungen gäbe es dafür zu erfüllen?

W55-GP-AL: Also erstmal braucht man Personal. Damit steht und fällt alles. Ansonsten finde ich solche Modelle wie VERAH oder NäPA schon sehr gut. Das sind ja schon fortschrittliche Ideen.

I: Ok. Eine der letzten Frage wäre, würde es Ihnen helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema der Delegation eingehen würden?

W55-GP-AL: Ich glaube nicht, ehrlich gesagt. Das ist so individuell, weil es eben von der Struktur und den Mitarbeitern abhängt, dass man das auch gar nicht allgemein formulieren könnte.

I: Stimmt natürlich auch. Wäre es denn sinnvoll wenn bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen das Thema der Delegation stärker berücksichtigt werden würde?

W55-GP-AL: Ja klar. Also bei uns machen schon die MFA viele von den Routineuntersuchungen, aber da kann man sicher noch was machen. Auch bei den geriatrischen Tests kann man eigentlich auch noch mehr abgeben. Ja, das fände ich gut.

I: Super, vielen Dank, wir sind am Ende angekommen, und ich wünsche einen schönen Tag.

2.20 Transkript Interview XX - W63-E-I

I = Interviewer

W63-E-I = Arzt

I: Guten Tag. Die erste Frage lautet: Wenn Sie das Wort Delegation hören, was fällt Ihnen hierzu ein, und was verstehen Sie unter der Delegation in der Hausarztpraxis?

W63-E-I: Abgabe von Aufgaben an Arzthelferinnen und Kollegen

I: Inwiefern ist die Delegation für Sie und Ihre Arbeit in der Praxis relevant?

W63-E-I: Naja, es ist sehr relevant. Es ist arbeitserleichternd und ökonomisierend.

I: Und wie stehen Sie grundsätzlich zu dem Thema Delegation und warum?

W63-E-I: Sehr aufgeschlossen, weil man dadurch auch die Motivation der Mitarbeiter deutlich erhöht.

I: Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Delegieren von Tätigkeiten?

W63-E-I: Vorteile habe ich bereits benannt, dass man besser zusammenarbeitet und die Arbeit ökonomisiert. Dadurch kann man dann einen größeren Patientendurchfluss generieren. Nachteil ist, dass man als jahrzehntelanger Einzelkämpfer Verantwortung abgeben können

muss und auch Vertrauen in die anderen investieren muss. Es soll halt so umgesetzt werden, wie man es selber auch machen würde.

I: Das war jetzt aus Sicht des Arztes. Wie ist es aus der Sicht des Patienten, welchen Nutzen oder Vorteil sehen Sie da?

W63-E-I: Dazu habe ich Patienten nie gehört, wie sie zum Beispiel das Impfen erleben, was ich an meine Helferinnen delegiere. Ich habe bis jetzt keine negativen Rückmeldungen gehört. Ich glaube, dass es für die Patienten positiv ist, auch mal länger Kontakt mit der Arzthelferin zu haben und dort auch das ein oder andere Gespräch führen zu können. Also ich vermute, es wird eher als hilfreich und positiv empfunden.

I: Würden Sie sagen, dass das Thema heutzutage an Relevanz zugenommen hat oder relevanter geworden ist als früher und, wenn ja, warum?

W63-E-I: Ich habe dazu keine Vergleichsmöglichkeiten, weil ich 30 Jahre in der Klinik gearbeitet habe und erst seit einem Jahr in der Niederlassung bin. Ich glaube aber, dass das Delegieren an Bedeutung zugenommen hat als zu früheren Zeiten und zwar wegen der zeitlichen Ökonomisierung. Man hat immer weniger Zeit und wird mit bürokratischen Sachen überlagert. Das geht soweit, dass man schon überlegt mittwochs zu schließen und nur Büroarbeiten zu machen. Oder man stellt einen Praxismanager ein, um diese Sachen bewältigen zu können. Auch das ist dann ja Delegation. Einige Kollegen delegieren ja zum Beispiel auch die Abrechnungen. Das mache ich selber noch nicht, aber das ist ja auch eine Zeitersparnis, und es ist ökonomischer. Obwohl man Geld verliert, weil man es selber nicht mehr macht, gewinnt man eben Zeit zum Beispiel für Weiterbildungen. Das fehlt mir sehr.

I: Und wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand rund um das Thema Delegation beurteilen, also wie gut kennen Sie sich mit Delegationsmöglichkeiten aus?

W63-E-I: Also ich informiere mich ständig dann, wenn ich etwas abgebe, wie dazu die Rechtslage ist. Also, dass die Arzthelferinnen impfen, habe ich mich dann informiert, inwieweit ich das machen kann. Habe dann auch geguckt, dass alle eine Weiterbildung zum Thema Impfen erhalten haben und denke, dass ich dann abgesichert bin.

I: Ok. Wo in der Hausarztpraxis bestehen denn die Möglichkeiten der Delegation? In welchen Bereichen liegen da vielleicht besonders große Potenziale und in welchen Bereichen eher weniger?

W63-E-I: Also man kann sehr viele Tätigkeiten der Versorgung abgeben. Das Ausfüllen von Formularen, Impfen, Verbände, Wundversorgung, Wundmanagement oder die Versorgung chronisch Kranker mit den DMP-Programmen. Das läuft über die Helferin und ist auch noch ausbaufähig. Es gibt ja auch die VERAH und NäPA-Schwestern, die dann auch Hausbesuche

übernehmen und dann über die Telemedizin kommunizieren. Das ist eine Sache, die ich zum Teil positiv sehe, gerade für chronisch Kranke, die immer wiederkehrend in die Praxis kommen und den Betrieb doch schon aufhalten. Dann natürlich die übliche internistische Diagnostik mit EKG, Lungenfunktion, Langzeitblutdruck und Labor. Ich habe ein eigenes Labor und habe dann zum Beispiel geschultes Personal, wie die eine Helferin, die aus der Dialyse kommt. Da ist man dann sehr privilegiert. Was ich nicht mache sind Sachen delegieren, bei denen man in keiner Weise rechtlich abgesichert ist, auch wenn es viele andere Praxen machen, wie Belastungs-EKG. Da bin ich immer anwesend.

I: Und im Bereich Bürokratie?

W63-E-I: Also wenn ich mir das finanziell leisten würde, würde ich bevor ich noch eine MFA oder eine Putzfrau einstelle, einen Sachbearbeiter für Büroarbeiten einstellen.

I: Welche Erfahrungen haben Sie denn schon mit der Delegation gemacht, und wie würden Sie diese Erfahrungen und Erlebnisse beschreiben?

W63-E-I: Also ich würde sagen, zu 80 Prozent hat das gut geklappt, und die Tätigkeiten sind auch so ausgeführt worden, wie ich es mir gewünscht habe. Das hängt auch vom eigenen Zeitfaktor ab, also wie viel Zeit man in das Personal investiert. Das machen, glaube ich, viele nicht, das ist so das, was ich von Kollegen höre. Wenn man schaut, welche Kompetenzen die Einzelne hat und da individuell schult oder nachschult, dann ist die Fehlerquote gering. Man muss natürlich, wenn man Sachen erstmalig delegiert, auch kontrollieren. Das hat mich auch Abende oder Wochenenden gekostet immer nachzuschauen und die Fehler dann zusammenzusuchen. Dann kann man natürlich positiv getriggert gucken, wo man noch besser und optimaler arbeiten könnte. Zum Beispiel die Tageslisten bei der Abrechnung, die wir nicht wochenweise sondern täglich machen. Was ich auch wichtig finde ist, dass es keine Monopolstellung von einzelnen MFAs in den Hausarztpraxen gibt. Das vergiftet die Atmosphäre, und es sollte keine Exklusivstellung geben. Es soll jeder alles können, natürlich kann einer eine Sache besser oder fühlt sich in dem Bereich wie dem Labor wohler, aber wenn diese Person fehlt, müssen die Anderen eben genauso kompetent sein.

I: Klar, sonst funktioniert der Alltag ja auch nicht.

W63-E-I: Also Delegation geht immer wieder mit Supervision, also immer wieder mit Kontrollen einher, wobei das jetzt nicht so ein gutes Wort ist.

I: Reevaluation vielleicht.

W63-E-I: Genau.

I: Gut, Sie haben jetzt schon einige Aufgaben, die Sie delegieren, genannt. Fällt Ihnen noch etwas ein, was Sie noch nicht genannt haben?

W63-E-I: Das gesamte Bestellwesen, Abrechnungen zum Teil, die technischen Untersuchungen habe ich schon genannt. Was ich auch delegiert habe, sind die Erstaufnahmen. Da habe ich auch geschult, da gibt es dann ein sozusagen 10 Punkte-Programm, was abgefragt wird. Anamnese, Medikamentenplan, Vorerkrankungen, und das geht also nach einem Algorithmus. Da habe ich eine Helferin eingearbeitet, weil das sehr zeitaufwendig ist, und ich kann mich dann mehr auf das Wesentliche, was akut bei dem Patienten ist, konzentrieren.

I: Und gibt es Dinge, die Sie in der Vergangenheit delegiert haben, die Sie heute nicht mehr delegieren?

W63-E-I: Ob ich was zurückgenommen habe, meinen Sie?

I: Genau.

W63-E-I: Nein.

I: Die Frage spielt wieder ein wenig auf die Relevanz des Themas an. Würden Sie sagen, dass Sie heute mehr Aufgaben delegieren als früher?

W63-E-I: Es ist auf jeden Fall mehr. Ich bin ja auch mit einem Team gestartet, das ich nicht kannte. Man muss sich erstmal kennenlernen. Am Anfang hab ich gefühlt alles selber gemacht, bis es nicht mehr zu bewältigen war. Ich hab dann immer geguckt, ob Sie zuverlässig arbeiten und dann immer mehr abgeben.

I: Welche Aufgaben würden Sie denn gerne verstärkt delegieren beziehungsweise in der Zukunft gerne delegieren?

W63-E-I: Also ich würde gerne die Erstsichtung oder besser gesagt die Erstaufnahme komplett abgeben. Ich hab viel in der Notaufnahme gearbeitet und würde dann gerne einfach wie da von Zimmer zu Zimmer gehen. Das einfach alles schon vorbereitet ist und ich sozusagen nur noch die letzten geistlichen Tätigkeiten tun muss. Da würde ich definitiv nochmal eine Entlastung sehen. Das ist gerade in einer Hausarztpraxis im Vergleich zu einer Facharztpraxis sehr zeitraubend. Auch die ganze Aufarbeitung bei Patienten, die aus Krankenhäusern entlassen werden. Die hatten kein Gespräch, und man muss erstmal alles lesen, sortieren und dann den Patienten aufklären. Das wäre auch gut, wenn man das abgeben kann.

I: Welche Herausforderungen oder Probleme haben Sie denn beim Delegieren von Tätigkeiten bereits erlebt?

W63-E-I: Sagen wir vielleicht, was ich zum Glück nicht erlebt habe. Ich habe immer befürchtet, dass die Dringlichkeit hinter einer delegierten Tätigkeit nicht gesehen wird. Das hat aber immer super geklappt bis jetzt.

I: Also keine Probleme bis jetzt gehabt?

W63-E-I: Nein, aber ich muss dazu sagen, dass ich sehr viel Zeit in reden investiert habe. Schulungen und solche Dinge. Wenn ich eine Mail delegiert habe, musste ich dann erstmal erklären, dass man diese nicht mit „Hallo“ beginnt, sondern mit „Sehr geehrte Damen und Herren“. Da hab ich immer wieder nachgefeilt. Vieles war nicht so, wie ich es wollte oder mein Tempo, aber wenn man dran bleibt, dann wird das. Wichtig auch wohlwollend und nicht böse oder mahnend.

I: Gut, was sollte Ihrer Meinung nach dem ärztlichen Personal vorbehalten sein und nicht delegierbar sein?

W63-E-I: Das Treffen von Entscheidungen über Behandlungen, Ausstellen von Rezepten und Verordnungen, Applikationen, wobei Infusionen delegiere ich auch. Sagen wir mal Therapie, Verordnung und Diagnostik.

I: Delegieren Sie nur an nichtärztliches Personal, welches eine entsprechende Fortbildung dafür hat oder auch darüber hinaus, wenn Sie sich vergewissert haben, dass es gewissenhaft durchgeführt wird?

W63-E-I: Also ich habe ja Vorerfahrungen mit den Sitzdiensten der KV. Bevor ich mich niedergelassen habe, hab ich das als Poolarzt gemacht. Da hat man ständig mit Personal zu tun gehabt, das man nicht kannte. Da haben wir ja auch teilweise Dinge delegiert. Da gab es auch Fehler beim Ausstellen von Rezepten zum Beispiel.

I: Vorausgesetzt Sie kennen jetzt die Mitarbeiterin, sie hat keine Fortbildung für die Tätigkeit, aber Sie haben sich vergewissert, sie macht es gut?

W63-E-I: Ja, würde ich machen.

I: Dann haben Sie vorhin ja schon erwähnt, dass es so genannte VERAH- oder NäPA-Fortbildungen gibt. Wie würden Sie grundsätzlich Ihren Kenntnisstand zu diesen Delegationsmodellen einschätzen?

W63-E-I: Also ich habe mich darüber zwangsläufig informiert, weil ich eine MFA aus dem Notdienst mitgenommen habe, die VERAH ist und bei mir in Teilzeit angestellt ist. Nur darüber habe ich mich letztlich informiert, sonst hätte ich es aus Zeitgründen wahrscheinlich nicht geschafft. Aber der ist jetzt, denk ich, gut.

I: Und Ihre grundsätzliche Einstellung zu solchen Modellen?

W63-E-I: Das muss man differenzieren. Ich würde es nicht jede Schwester oder MFA machen lassen. Das ist sehr abhängig von einer gewissen Kompetenz. Also bei meinen Helferinnen die Vollzeit angestellt sind momentan, würde ich mich schwer tun zu sagen, dass ich diese Fortbildung jetzt finanziere. Ich habe eine, die, wie gesagt, Teilzeit bei mir arbeitet, die das mitgebracht hat. Die ist sehr versiert und macht das schon 20 Jahre. Sie ist halt auch sehr vigilant im Mitdenken und Erfassen von medizinischen Problemen.

I: Also die Einstellung hängt von der Person ab?

W63-E-I: Von der Person. Also einer Krankenschwester würde ich das zutrauen. Eine MFA hat eine schmalspurige Ausbildung, und wenn sie nur bei Ärzten war, die sie, ich sag jetzt mal, dumm gehalten haben beziehungsweise nicht eingebunden haben, dann haben sie diesen Blick nicht dafür. Ich hatte das Problem am Anfang, als ich eine Triage hier einrichten wollte. Sie sollten erkennen, wer vorgezogen werden muss und wer warten kann. Das hat gar nicht funktioniert.

I: Haben Sie bereits Erfahrungen mit solchen Modellen gemacht oder arbeitet die Dame in Teilzeit bei Ihnen nicht als VERAH?

W63-E-I: Nein, ich habe noch keine Erfahrungen damit persönlich also habe es noch nicht angewendet.

I: Welche Vorteile und welche Nachteile sehen Sie in solchen Fortbildungen?

W63-E-I: Den Nachteil sehe ich, dass man darüber die Ärzteschaft abschafft beziehungsweise versucht den Ärztemangel darüber zu kompensieren. Da sehe ich ein Riesenproblem. Man sollte es punktuell einsetzen. Bei Routinebesuchen und Messungen, da kann man das machen, aber ich befürchte, dass man versucht den Ärztemangel damit zu kompensieren. Es gibt jetzt ein Projekt hier, wo man keine Ärzte mehr gewinnt, die Landärzte sind überaltert, sondern die Kommune stellt ein Haus oder ein Zentrum, wo 4 VERAH- Schwestern Patienten betreuen. Ist aus dem Mangel geboren und für mich der falsche Weg, weil den Arzt braucht man trotzdem. Sicherlich kann man da viel delegieren, gerade bei einer überalterten Bevölkerung, aber es geht dann eben auch der Blick für die kritischen Patienten ein Stück weit verloren, die man da dann sicherlich auch übersieht. Sie ist kein Arzt sondern bleibt eben eine Schwester. Für die üblichen Dinge kann man sie brauchen, aber es muss halt ein Arzt am Ende drüber schauen.

I: Und Vorteile?

W63-E-I: Wenn man es gezielt einsetzt, kann man vielleicht das Überrennen der Notaufnahmen vermeiden und den ständigen Besuch von KV-Praxen. Das Besuchen des Arztes wegen Bagatellgeschichten.

I: Würden Sie denn gezielt Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit solchen Fortbildungen einstellen?

W63-E-I: Ja.

I: Gut, die nächsten Fragen können wir dann überspringen. Haben Sie denn Ideen zur Verbesserung der Delegation in der Hausarztpraxis? Wie könnte man die Delegation ausbauen, und welche Voraussetzungen gäbe es hierfür zu erfüllen?

W63-E-I: Es wäre gut, wenn ein sicherer rechtlicher Rahmen geschaffen würde. So wie es Leitlinien gibt, wäre es auch hier sinnvoll, aber ohne dass es juristisch zu komplex wird. Es soll ja Sicherheit geben und nicht verunsichern. Vielleicht auch, dass Ausbildungen angeboten werden, wo sich jemand zentral für verantwortlich fühlt. Wir nutzen viel von dieser oder jenen Vereinigung, aber das ist sicherlich ausbaufähig. Zudem sollte es finanziell auch attraktiv sein, oder ich habe zum Beispiel für Fortbildungen Sonderurlaub gewährt, was dann auch mehr in Anspruch genommen wurde als ohne.

I: Inwiefern würde es Ihnen denn helfen, wenn die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel stärker auf das Thema Delegation eingehen würden?

W63-E-I: Das kommt immer auf die Umsetzung an. Es muss klar und überschaubar sein. Nach meinen Erfahrungen mit der KV brauche ich für deren Leitlinien erstmal jemanden, der mir erklärt, was da drinnen steht.

I: Ok, und wäre es sinnvoll bei evidenzbasierten Strukturen wie den DMP-Programmen stärker das Thema der Delegation zu berücksichtigen?

W63-E-I: Ja, auf jeden Fall.

I: Dann sind wir am Ende angekommen und haben es geschafft. Danke für Ihre Zeit, und dann wünsche ich Ihnen noch einen schönen Tag.

9. Danksagung

Mein aufrichtiger und besonderer Dank gilt zuallererst meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Michael Jansky, der mir die Durchführung dieser Forschung unter seiner Leitung ermöglicht und mir das Vertrauen entgegengebracht hat, dieses Projekt eigenständig zu realisieren. Seine fachliche Unterstützung sowie seine wertvollen Impulse haben wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Mein ebenso herzlicher Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Dr. phil. Julian Wangler. Von der ersten Idee über die Themenfindung bis hin zur Fertigstellung dieser Arbeit stand er mir jederzeit mit großem Engagement, fachlicher Expertise und außerordentlicher Geduld zur Seite. Seine konstruktiven Anregungen, seine stetige Erreichbarkeit sowie seine kritischen und zugleich motivierenden Rückmeldungen haben die Qualität dieser Arbeit nachhaltig geprägt und kontinuierlich verbessert.

Ein großer Dank gilt allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, die sich die Zeit genommen haben, an dieser Studie mitzuwirken. Ohne ihre Offenheit, ihre Bereitschaft zur Teilnahme und ihre wertvollen Beiträge wäre die Durchführung dieser Forschung in dieser Form nicht möglich gewesen.

Ein ganz besonderer und persönlicher Dank gilt meiner Frau Antonia. Deine Geduld, dein unerschütterlicher Rückhalt, deine aufmunternden Worte und deine liebevolle Unterstützung haben mir in herausfordernden Phasen stets neue Kraft gegeben. Du hast entscheidend dazu beigetragen, dass ich dieses Ziel erreichen konnte.

Ebenso danke ich meinen Eltern, die mich während meiner gesamten Ausbildungszeit und insbesondere während der Erstellung dieser Arbeit stets unterstützt, bestärkt und an mich geglaubt haben. Ihre kontinuierliche Förderung und ihre ermutigenden Worte waren von großen Wert.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinen Freundinnen und Freunden bedanken, die mich auf diesem Weg begleitet, motiviert und immer wieder für notwendige Ausgleichsmomente gesorgt haben. Ihre Unterstützung hat maßgeblich dazu beigetragen, diese intensive Zeit erfolgreich zu bewältigen.

10. Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Nicolai Schnier
Geburtsdatum	12.02.1993
Geburtsort	Nairobi / Kenia

Ausbildung

2003 - 2012	Freiherr-vom-Stein Gymnasium, Leverkusen
Juni 2012	Abitur
01.07.2012 - 01.10.2013	Aushilfsjob im pharmazeutischen Bereich
01.10.2013 - 30.09.2016	Ausbildung zum OTA, Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach
01.06.2017 - 20.08.2017	Sprachreise durch Kalifornien, USA
01.10.2017 - 01.12.2023	Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Berufserfahrung

01.10.2016 - 31.05.2017	OTA, Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach
01.07.2018 - 31.10.2022	Teilzeitanstellung als OTA, Helios HSK Wiesbaden
21.11.2022 – 07.11.2023	Praktischer Jahr, GPR Klinikum Rüsselsheim
01.02.2024 - aktuell	Assistenzarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am GPR-Klinikum Rüsselsheim