



Delegation in der Hausarztpraxis.

Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen.

Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW.

Gesundheitsförderung Infektionsschutz Gesundheitsdaten Pharmazie Gesundheitswirtschaft **Versorgung**

Delegation in der Hausarztpraxis.

Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen.

[Abschlussbericht.](#)

Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW, durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1694
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Diese Publikation gibt ausdrücklich die Auffassung der Verfasser wieder. Das LZG.NRW behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor.

Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW, durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin im Auftrag des LZG.NRW.

Autorinnen & Autoren

Dr. med. Maria Lorena Dini Pou del Castillo
Jana Gisbert Miralles
Prof. Dr. med. Christoph Heintze

Redaktion

Dr. med. Anke Diehl (M.A.), LZG.NRW
Maja Hirth (M.A.), LZG.NRW
Julia Portugall (M.Sc.), LZG.NRW

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis: © PhotoSG/Fotolia.de

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bochum, im Februar 2018

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Delegation in der Hausarztpraxis

Ergebnisse der Befragung niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen

Abschlussbericht

Auftragnehmer	Charité - Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin
Auftragsbezeichnung	Befragung der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen (Delegation)
Laufzeit des Projektes	15.10.2015 – 14.11.2016
Projektleitung	Dr. med. Lorena Dini, MScIH
Autoren des Berichts	Dr. med. Lorena Dini (federführend) Jana Gisbert Miralles Prof. Dr. med. Christoph Heintze Anke Krause (Lektorin)

Im Auftrag vom

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



Inhalt

I. KURZDARSTELLUNG	4
1. Aufgabenstellung und Ziele	4
2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde	5
3. Planung und Ablauf des Vorhabens	6
II. EINGEHENDE DARSTELLUNG	7
EINLEITUNG	7
METHODIK	12
ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER NIEDERGELASSENEN HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE (HÄ)	15
1. Grundcharakteristika der Responder: Alter und Geschlecht	15
2. Praxischarakteristika	16
2.1 Praxisform und Kassensitze	16
2.2 Regionalität	17
3. Arbeitsbezogene Charakteristika der HÄ	23
3.1 Abgerechnete Scheine	23
3.2 Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	27
3.3 Arbeitszeit der HÄ	28
3.4 Hausärztlich durchgeführte Haus- und Heimbefuche	33
3.5 Aktuelle Delegation von Praxis-, Haus- oder Heimbefuchstätigkeiten	40
4. Patientenstruktur in der Praxis, bei Haus- und Heimbefuchen	45
5. Nicht-ärztliches Praxispersonal	47
5.1 Qualifikation des Praxispersonals der Responder	47
5.2 Arbeitsstunden des nicht-ärztlichen Praxispersonals (pro Woche)	50
6. Spontane Einstellung bezüglich der Delegation an nicht-ärztliches Praxispersonal	54
7. Informationsgrad bezüglich der Delegations-Vereinbarung	58
8. Empfundene Mehrwerte und Barrieren	64
8.1 Empfundene Mehrwerte und Barrieren der Delegation weiterer ärztlicher Aufgaben	64
8.2 Empfundene Mehrwerte und Barrieren der Delegation organisatorischer und administrativer Aufgaben	70
8.3 Empfundene Mehrwerte und Barrieren zur Qualifizierung von MFA zur EVA/VERAH Plus	76
9. Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit	83
III. ZUSAMMENFASSUNG	95
IV. LITERATUR	98
V. ANHANG	99

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Grundcharakteristika der Responder vs. der Gesamthausärzteschaft NRW</i>	15
<i>Tabelle 2: Alter und Geschlechtsverteilung der Responder</i>	15
<i>Tabelle 3: Regionalität der Responder nach „gefühltem Versorgungsgrad“</i>	18
<i>Tabelle 4: Vergleichbarkeit der Responder mit der Gesamthausärzteschaft nach Regionalität</i>	19
<i>Tabelle 5: Regionalität der Responder nach PLZ3-Großstadtregion</i>	21
<i>Tabelle 6: Gefühlter Versorgungsgrad nach Region</i>	21
<i>Tabelle 7: Häufigkeit der einzelnen Praxisformen der Responder nach Region</i>	23
<i>Tabelle 8: Hausärztinnen, die unter 860 Scheine pro Quartal abrechnen nach Region</i>	24
<i>Tabelle 9: Anzahl der HÄ, die 860 Scheine oder mehr pro Quartal abrechnen, nach Region</i>	26
<i>Tabelle 10: Anzahl der HÄ, die unter 860 Scheine pro Quartal abgerechnen, nach Region</i>	26
<i>Tabelle 11: Regionale Verteilung der Teilnahme an einer HzV</i>	28
<i>Tabelle 12: Plausible Arbeitszeit nach Geschlecht und Alter</i>	29
<i>Tabelle 13: Arbeitszeit der HÄ für Tätigkeiten ohne Patientenkontakt</i>	30
<i>Tabelle 14: Arbeitszeit der HÄ für Tätigkeiten mit Patientenkontakt</i>	31
<i>Tabelle 15: Hausärztliche Haus- und Heimbefuche pro Woche</i>	34
<i>Tabelle 16: Aktuelle Delegation von Tätigkeiten nach Qualifikationsprofile</i>	43
<i>Tabelle 17: Prozentualer Anteil der im Haus- und Heimbefuch betreuten Patientinnen und Patienten</i>	45
<i>Tabelle 18: Qualifikation des Praxispersonals der Responder nach Ausbildungsstatus</i>	47
<i>Tabelle 19: Qualifikation des Praxispersonals nach Region</i>	48
<i>Tabelle 20: Arbeitszeit der MFA, die bei den Responder beschäftigt sind</i>	51
<i>Tabelle 21: Arbeitszeit der MFA nach Region</i>	53
<i>Tabelle 22: Einstellung der Responder nach Arztsitzen und Arbeitszeitanteil der MFA</i>	56
<i>Tabelle 23: Positive Einstellung gegenüber Delegation, Charakteristika der HÄ und Praxen (logistische Regression)</i>	58
<i>Tabelle 24: Charakteristika der HÄ und Praxen, die mit einem besseren Informationsstand bezüglich der Delegations-Vereinbarung assoziiert sind (logistische Regression)</i>	63
<i>Tabelle 25: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Erweiterung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal</i>	67
<i>Tabelle 26: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Erweiterung der Delegation organisatorischer und administrativer Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal</i>	73
<i>Tabelle 27: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Qualifizierung des nicht-ärztliches Praxispersonals</i>	78
<i>Tabelle 28: Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit nach Ort der Delegierbarkeit</i>	85
<i>Tabelle 29: Ausweitungspotential der Delegation von ärztlichen und organisatorischen/ administrativen Tätigkeiten an nÄPp</i>	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeine Fachärztliche Versorgung, mittlerer Versorgungsgrad der KVen.....	8
Abbildung 2: Hausärztliche Versorgungssituation: Hausärztliche Planungsbereiche	9
Abbildung 3: Arbeitszeit mit und ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt nach Alter und Geschlecht	32
Abbildung 4: Anzahl der HÄ, die Heimbefuche durchführen, stratifiziert nach der Anzahl an Patientinnen und Patienten je Heimbefuch.....	35
Abbildung 5: Hausbefuche pro Woche nach PLZ3-Großstadregionen.....	36
Abbildung 6: Heimbefuche pro Woche nach PLZ3-Großstadregionen	37
Abbildung 7: Hausbefuche über 90 % als Routine oder Notfall nach Anzahl der Hausbefuche pro Woche	38
Abbildung 8: Heimbefuche über 90 % als Routine- oder Notfallbefuche nach Anzahl der Heimbefuche pro Woche und Anzahl der Heimbefuchspatientinnen und -patienten pro Heimbefuch	39
Abbildung 9: Delegation nach Ort der Delegation und Qualifikation der Ausführenden (%).....	40
Abbildung 10: Charakteristika der HÄ nach Delegation.....	42
Abbildung 11: Delegation an nicht-ärztliches Personal nach Region und Qualifikation	44
Abbildung 12: Durchschnittliche Praxis der Responder, Altersstruktur der Patientinnen und Patienten.....	46
Abbildung 13: Anteil des Praxispersonals mit Zusatzqualifikation je 100 HÄ nach KV-Gebiet (%)	49
Abbildung 14: Anteil der HÄ, die mindestens ein nÄPp beschäftigen (geprüft und in Ausbildung) nach KV-Gebiet (%).....	50
Abbildung 15: Anzahl der HÄ und der von ihnen beschäftigten MFA	52
Abbildung 16: Einstellung bezüglich dem Ausbau von Delegation	54
Abbildung 17: Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung	59
Abbildung 18: Einstellung zum Ausbau von Delegation und Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung	60
Abbildung 19: Informationsstand der HÄ bezüglich Delegations-Vereinbarung nach Anzahl der von ihnen in Heimbefuchen betreuten Patientinnen und Patienten (Pat.).....	61
Abbildung 20: Informationsstand nach Region.....	62
Abbildung 21: Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal	65
Abbildung 22: Delegation weiterer organisatorischer und administrativer Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal.....	71
Abbildung 23: Möglichkeiten der Ausgestaltung durch Qualifizierung des nicht-ärztlichen Personal.....	76
Abbildung 24: Delegierbare Tätigkeiten nach dem Anteil an HÄ, die diese Aufgaben bereits delegieren.....	84

I. Kurzdarstellung

1. Aufgabenstellung und Ziele

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) beauftragte das Institut für Allgemeinmedizin der Charité mit der Befragung der in Nordrhein-Westfalen (NRW) niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ).

Vorgegebenes Ziel der Umfrage war es, die prinzipielle Bereitschaft sowie das grundsätzliche Potential von Delegation aus der Sicht der in NRW niedergelassenen HÄ zu ermitteln und Hinweise zu in diesem Zusammenhang stehenden Möglichkeiten der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung zu generieren. Die geplante Umfrage sollte auch auf Bedenken und Hürden fokussieren, um Hinweise zu erkennen, wie die Implementierung und Nutzung der neuen Möglichkeiten zielgerichteter gestaltet werden könnte.

Als Methodik wurde die postalische anonyme Befragung einer randomisierten Stichprobe der hausärztlich tätigen Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber NRW gewählt.

In der Zeit vom 15.10.2015 bis zum 14.11.2016 wurden folgende Arbeitsbereiche realisiert:

- Konzeption und Adaptation des Erhebungsinstrumentes zur geplanten Umfrage
- Planung und Vorbereitung der Umfrage
- Methodisches Vorgehen: Design, Validierung des Erhebungsinstrumentes, Datenerhebung, Datenanalyse
- Zwischenbericht
- Endbericht

Die Responserate der Umfrage betrug 31,7 %. Die allgemeine Einstellung der HÄ NRW zum Ausbau von Delegation war positiv (66 %). Jedoch schätzten nur 24 % der Responder ihren allgemeinen Informationsstand bezüglich der Delegationsvereinbarung als gut oder sehr gut ein. 90 % der HÄ delegieren zurzeit Praxistätigkeiten.

Die gewonnenen Erkenntnisse über das Ausmaß der aktuellen Delegation an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal (näPp) in den Bereichen Praxis, Haus- und Heimbefuche sowie identifizierte konkrete Tätigkeiten verweisen auf die prinzipielle Bereitschaft der HÄ und das grundsätzliche Potential von Delegation. Das höchste Potential zur Ausweitung von Delegation wurde bei ärztlichen Tätigkeiten im Bereich Diagnostik identifiziert, gefolgt vom Bereich Beratungen und Schulungen und organisatorische/administrative Tätigkeiten. Gleichzeitig sind konkrete Möglichkeiten der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung erkennbar. Erfasste Bedenken und Hürden lieferten den Hinweis, dass eine gezielte und verbesserte Informationsvermittlung bezüglich der Delegationsvereinbarung einen direkten Weg zur Implementierung und Nutzung der neuen Möglichkeiten darstellen könnte.

2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde

Die Kooperation mit den Akteuren der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztammer Nordrhein, Ärztkammer Westfalen-Lippe, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) lieferte einen wichtigen Beitrag, um den Zugang zu den Adressen der HÄ und weitere Informationen zur Struktur der Hausärzteschaft in NRW zu erhalten und dadurch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamthausärzteschaft zu prüfen. Die frühzeitige Beteiligung und Kooperation wurde vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) und LZG.NRW erfolgreich initiiert und koordiniert. Die von den unterschiedlichen Akteuren präferierten Ziele, Befragungswege und Vorstellungen zum Umfragemanagement wurden ermittelt und bei der Konzeption des Erhebungsinstrumentes und der Durchführung der Befragung berücksichtigt: in gemeinsamen Gesprächen wurde über die Festlegung des Umfrageweges und -managements abgestimmt. Weiterhin wurde durch Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung die Verbreitung der Umfrage unterstützt und der Fokus auf eine höhere Anwendbarkeit der Ergebnisse gesetzt.

3. Planung und Ablauf des Vorhabens

Das Projekt wurde wie geplant mit einer Laufzeit von 12 Monaten durchgeführt. Der Ablauf erfolgte entsprechend der geplanten Arbeitspakete und Meilensteine, die fristgemäß erfüllt wurden. Der Projektverlauf und die Zwischenergebnisse wurden dem LZG.NRW in zwei Kurzberichten (15.01. und 15.04.2016) und einem Zwischenbericht / Sachstandsbericht (15.09.2016) zu den vereinbarten Zeitpunkten vorgelegt. Um im Abschlussbericht auf Wünsche und Empfehlungen des LZG.NRW und der weiteren Beteiligten angemessen eingehen sowie eine tiefergreifende Analyse der gewonnenen Erkenntnisse durchführen zu können, wurde eine kostenneutrale Verlängerung der Abgabefrist um vier Wochen bis zum 14.11.2016 beantragt, die vom LZG.NRW bestätigt wurde.

Berlin, 2018

II. Eingehende Darstellung

Einleitung

Der gesundheitssystemische Wandel führte in Deutschland während der letzten Jahre zu einer höheren Belastung der HÄ. Altersbedingtes Ausscheiden von Kolleginnen und Kollegen und mangelndes Interesse junger Ärztinnen und Ärzte, sich in Einzugsgebieten mit hoher Arbeitsbelastung und niedriger Vergütung niederzulassen, ergaben Versorgungsdefizite. Die Delegation bestimmter Tätigkeiten an qualifiziertes nÄPp wird schon länger als eine Möglichkeit diskutiert, die flächendeckende gesundheitliche Versorgung trotz der zu erwartenden Folgen des demografischen Wandels zu sichern und zu verbessern. Konzepte zur Delegation hausärztlicher Leistungen an nÄPp wie die Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa), die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) und die Entlastende Versorgungsassistentin (EVA) wurden in den letzten Jahren ausgebaut.

Vor Einführung der Abrechnungspauschale für die Delegation von Hausbesuchen an nÄPp in die Gebührenordnung (EBM) wurde in Mecklenburg-Vorpommern (MV) unter HÄ eine Befragung zur regionalen Akzeptanz der Delegation durchgeführt. Sie erfolgte im Rahmen der unabhängigen Evaluierung des AGnES-Projektes durch das Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Bei der quantitativen Umfrage der Gesamthausärzteschaft MVs wurde u.a. eine positive Einstellung der HÄ zur Delegation festgestellt. Auch wurden die empfundenen Barrieren und Mehrwerte, denkbar delegierbare Anteile der Hausbesuchstätigkeiten an nÄPp und das erwünschte Profil des nÄPp ermittelt (1, 2)

Bis zum 31.12.2014 konnte die Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nÄPp nur in unterversorgten Regionen abgerechnet werden.

Basierend auf der Befragung aller 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (3) betrug im September 2013 der mittlere Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung in Deutschland 108,6 %, der Median 109,3 %. Es wurden auch deutliche regionale Unterschiede des Versorgungsgrads innerhalb von KV-Bezirken festgestellt.

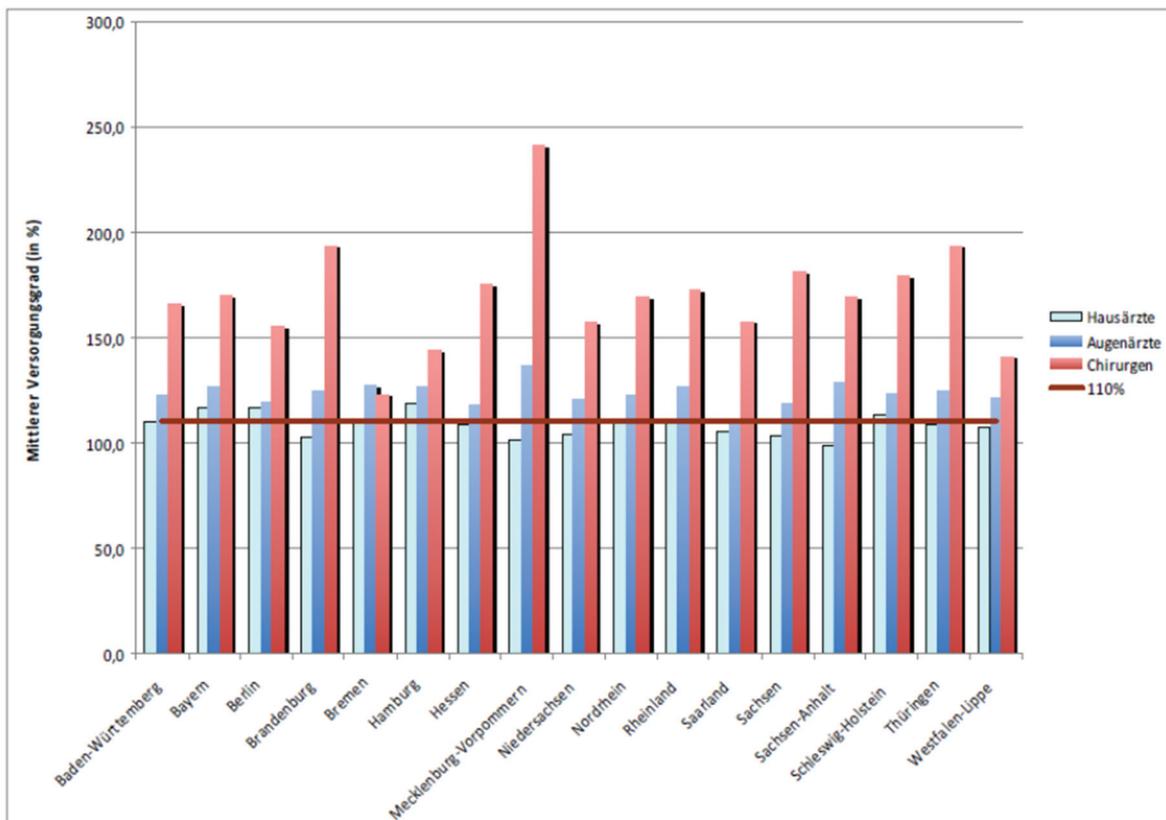


Abbildung 1: Allgemeine Fachärztliche Versorgung, mittlerer Versorgungsgrad der KVen für Augenärzte und Chirurgen im Vergleich zu Hausärzten (4)

2014 wies bundesweit knapp ein Drittel der hausärztlichen Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100 % auf und 12 % (106 von 883) einen Versorgungsgrad von unter 90 %. Es fand sich ein Mittelbereich, für den der Landesausschuss eine bestehende Unterversorgung gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie feststellte (KV Hessen, Versorgungsgrad: 63,6 %). 52 Mittelbereiche in acht KVen wurden als drohend unterversorgt ausgewiesen, wobei besonders ostdeutsche KVen betroffen waren. Die Kriterien zur Berechnung drohender Unterversorgung unterschieden sich jedoch deutlich im KV-Vergleich. Mehrere Zulassungsausschüsse stellten damals gar keine Berechnungen hierzu an (3).

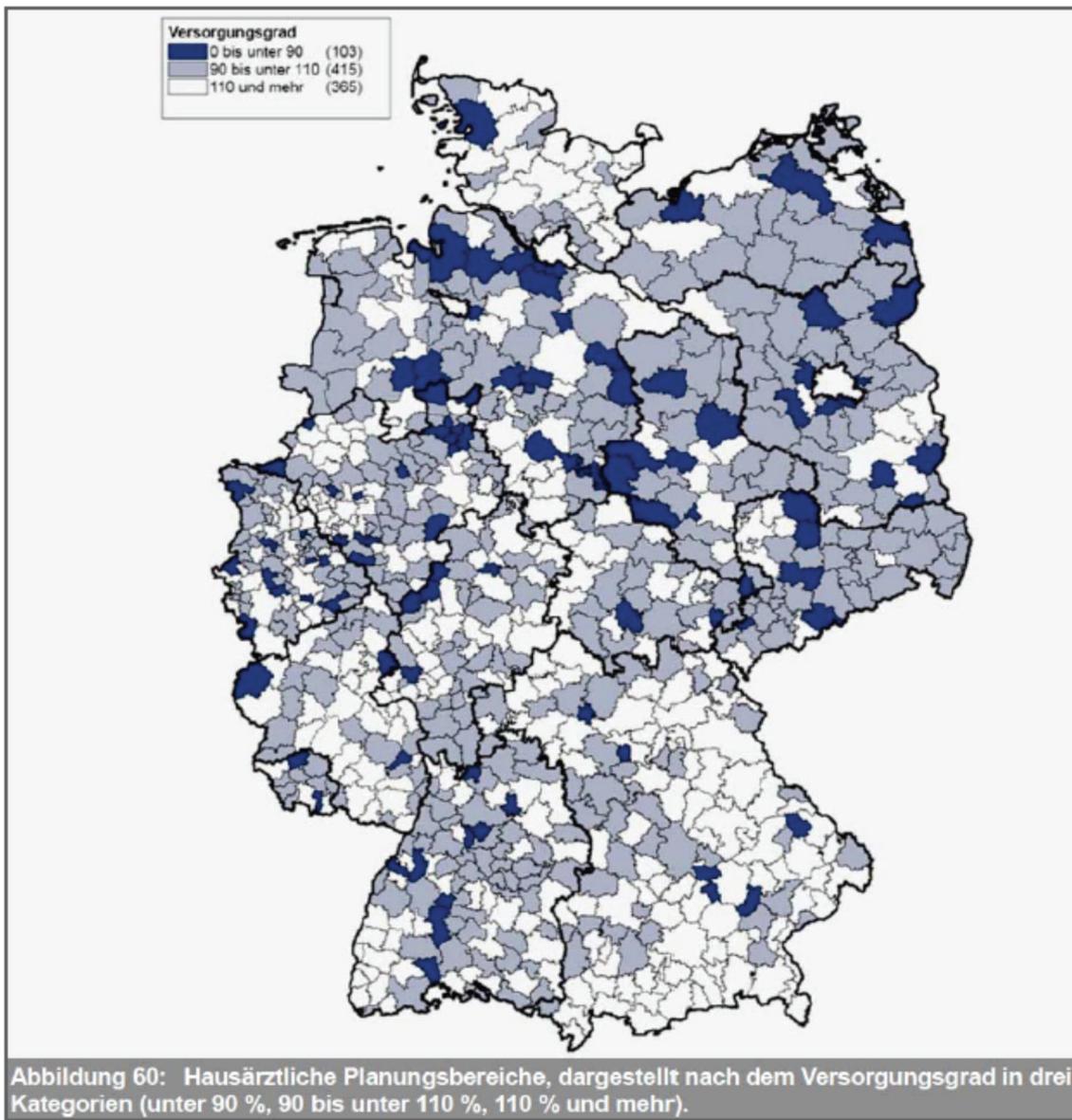


Abbildung 2: Hausärztliche Versorgungssituation: Hausärztliche Planungsbereiche dargestellt nach dem Versorgungsgrad in drei Kategorien (unter 90 %, 90 - 110 %, und 110 % und mehr (5).

Seit dem 01.01.2015 ist Delegation im Rahmen der Anlage 8 BMV-Ä „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“ (Delegations-Vereinbarung) bundesweit neu geregelt worden. Diese Vereinbarung ist Grundlage für das Erbringen und Abrechnen von Hilfeleistungen durch nÄPp auf Anordnung von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten. Zudem bildet sie eine Maßnahme zur Qualitätssicherung bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V durch nÄPp. Diese kann in der Häuslichkeit der

Patientinnen und Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen sowie in der Vertragsarztpraxis stattfinden.

Im Vergleich zu MV galten somit zum Zeitpunkt der Befragung in Nordrhein-Westfalen (NRW) abweichende Rahmenbedingungen für Delegation.

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) plante in grundsätzlicher Anlehnung an die durch das Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin durchgeführte Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft in MV eine Erhebung in NRW.

Ziel der Befragung in NRW war es, die prinzipielle Bereitschaft sowie das grundsätzliche Potenzial von Delegation aus Sicht der in NRW niedergelassenen hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner zu ermitteln. Gleichzeitig sollten Hinweise zu in diesem Zusammenhang stehenden Möglichkeiten der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung generiert werden. Neben den bereits während der Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft in MV erarbeiteten Fragestellungen sollten im Rahmen der in NRW angedachten Erhebung weitere Aspekte Berücksichtigung finden, die die aktuellen Rahmenbedingungen für Delegation in NRW auf Grundlage der neuen rechtlichen Regelungen durch die Delegationsvereinbarung thematisieren. Die Befragung sollte ferner Hinweise auf Bedenken und Hürden liefern, die zur zielgerichteten Gestaltung künftiger Implementierungen beitragen, aber auch die Bedeutung der Aus- und Weiterbildung des nÄPp und mögliche Auswirkungen hierauf aufzeigen.

Für die anonyme Umfrage der HÄ NRWs war kein Ethikvotum erforderlich. Die Grundsätze des Datenschutzgesetzes NRW wurden strikt befolgt.

Outcomes der Meinungsumfrage:

1. Bereitschaft und Informationsgrad der HÄ zur Delegation von Praxis-, Haus- und Heimbesuchstätigkeiten an nÄPp
 - a. allgemeine Einstellung zum Ausbau von Delegation an nÄPp und Informationsstand der HÄ zur Delegationsvereinbarung
 - b. empfundene Mehrwerte und Barrieren der Delegation ärztlicher und organisatorischer Tätigkeiten sowie der Qualifizierung des nÄPp und dessen Einsatz

- c. Charakterisierung der HÄ nach Informationsgrad zur Delegationsvereinbarung und den empfundenen Mehrwerten und Barrieren
2. Einschätzung der HÄ zur Delegation von Anteilen ärztlicher und organisatorischer Tätigkeiten an nÄPp nach Ort der Ausführung (Praxis, Haus- oder Heimbefuch) und Delegationspotential ausgewählter ärztlicher und administrativer/organisatorischer Tätigkeiten

Hinweis: Der Inhalt dieses Berichtes, inklusive aller Tabellen, Graphiken und Abbildungen, die nicht gesondert mit einer Quellenangabe versehen sind, beruhen auf den selbst erhobenen Daten. Es handelt sich dabei um eigene Berechnungen und Darstellungen. Dieses betrifft alle Tabellen, Graphiken und Abbildungen außer Abbildung 1 und 2, bei denen die entsprechende Quelle gesondert benannt wird sowie die Daten zur Gesamthausärzteschaft NRW.

Methodik

Die Befragung der HÄ NRWs erfolgte durch die postalische Umfrage einer per Zufall gezogenen repräsentativen Stichprobe von 2.416 HÄ, proportional geschichtet nach Alter, Geschlecht und Region.

Die für die Kalkulation der Stichprobengröße notwendigen Informationen wurden der Charité von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV NO) zur Verfügung gestellt (6). Die aggregierten Listen der KVen zur Gesamthausärzteschaft enthielten insgesamt 7.236 niedergelassene, hausärztlich tätige Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber (HÄ) (Stand 07.04.2016), davon waren 3.288 HÄ in Westfalen-Lippe (WL) und 3.948 HÄ in Nordrhein (NO) tätig. Basierend auf diesen Daten und um eine Mindestbeteiligung der Gesamthausärzteschaft (coverage) von 10 % und einer geschätzten Responserate von 30 % zu erreichen, wurde eine Stichprobengröße für beide KV-Gebiete von insgesamt 2.412 HÄ berechnet. Sie wurde von der Charité proportional zur Verteilung aller in NRW niedergelassenen HÄ im KV-Gebiet kalkuliert (45 % in WL und 55 % in NO): 1.085 HÄ aus dem Bereich der KV WL und 1.327 HÄ aus dem Bereich der KV NO.

Die geschichtete Stichprobenziehung erfolgte von den KVen nach dem Zufallsprinzip anhand der Merkmale Alter (unter 50 Jahre, 50 bis 60 Jahre und über 60 Jahre), Geschlecht und Region (auf Kreisebene). Am 24.04.2016 wurden der Charité die gezogenen HÄ in elektronischer Form als Liste mit den dazugehörigen (Praxis-) Adressen von den KVen zur Verfügung gestellt. Insgesamt umfassten die Listen 2.416 HÄ, davon 1.094 HÄ aus dem Gebiet der KV WL und von 1.322 HÄ aus dem Gebiet der KV NO. Somit gab es eine leichte Diskrepanz zwischen der berechneten und der gezogenen Stichprobe 2.412 vs. 2.416 HÄ und auch eine leichte Abweichung zwischen der berechneten und der gezogenen Anzahl an HÄ pro Region (1.085 vs. 1.094 aus WL und 1.327 vs. 1.322 aus NO).

Seitens der Charité wurden Datenschutzerklärungen der KVen zum Umgang mit personenbezogenen Daten unterschrieben. Es wurde vereinbart, das Adressmaterial nach Wegfall der Zwecksetzung datenschutzkonform vollständig zu löschen.

Grundlage für das Instrument zur Datenerfassung war der Fragebogen von Dini und Braun 2008 (1, 2). Dieser wurde entsprechend der neuen Gesetzeslage für das Bundesland NRW adaptiert. Der Fragebogen wurde mit zwei ausgewählten, mit der Zielgruppe vergleichbaren, Gruppen von HÄ pilotiert. Bei der ersten Pilotierung wurde der Bogen von acht Berliner HÄ auf Inhalt und Verständlichkeit geprüft. Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen 15 und 30 Minuten. Anschließend wurden Interviews eingesetzt, um Inhalt und Verständlichkeit des Fragebogens zu prüfen. Die zweite Pilotierung erfolgte mit 13 in Berlin niedergelassenen HÄ.

Im Folgenden wird der Aufbau des Fragebogens vorgestellt. Der Original-Fragebogen wird im Anhang 1 dargestellt.

Als erstes wurde die allgemeine Einstellung der HÄ gegenüber Delegation ärztlicher Leistungen an nÄPp erfasst (Frage 1). Danach wurden die allgemeinen statistischen Informationen zu den Charakteristika der HÄ und ihren Praxen erhoben (Fragen 2 bis 11), deren aktueller Realisierung von Haus- und Heimbefuchen bzw. der Delegation von Praxis-, Haus- und Heimbefuchstätigkeiten (Fragen 12 bis 15). Die erfassten Ärztecharakteristika (Alter, Geschlecht, Zeit seit Niederlassung in NRW, Krankenscheine pro Quartal, Arbeitslast, aktuelle Realisierung von ärztlichen Haus- und Heimbefuchen, aktuelle Delegation von Praxis- Haus- und Heimbefuchstätigkeiten) und Praxismerkmale (Praxisstruktur, Region, Anzahl und Qualifikation des nÄPp sowie Altersstruktur der Patientinnen und Patienten) wurden für die Charakterisierung der Meinungsgruppen berrücksichtigt.

Um mögliche Anteile ärztlicher Tätigkeiten zu identifizieren, die HÄ in NRW an nÄPp delegieren könnten, wurden auf der Grundlage der Umfrage in MV 34 Tätigkeiten ausgewählt und in fünf Bereichen (Allgemeine Beurteilung, Diagnostik, Therapie, Schulung, Administratives) erfasst (Frage 16 a. bis e.). Das Maß der Übereinstimmung der HÄ mit jeder der 34 Aussagen wurde nach Ort (Praxis, Hausbesuch, Heimbefuch) und Zeit (delegiere bereits, würde ich zukünftig gerne delegieren, halte ich für nicht delegierbar) erhoben. Das Maß der Übereinstimmung der HÄ mit jedem der fünf Mehrwerte und fünf Hürden der Delegation ärztlicher und organisatorischer/administrativer Tätigkeiten (Frage 17) und der Qualifizierung und dem Einsatz von qualifiziertem nÄPp (Frage 18) wurde mit einer Dreier-Skala von „stimme zu“ bis „stimme nicht zu“ erfasst.

Zuletzt wurde der Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung (Frage 19) durch eine Fünfer-Skala von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) erfragt.

Die Umfrage wurde nach der Total Design Method (7) realisiert. Diese beinhaltet ein personalisiertes Anschreiben (mit Nachfassung), einen verständlichen Fragebogen mit ansprechendem Design, eine Responsekarte und einen Responsebriefumschlag. Die Unterlagen und der Inhalt des zweiten Briefes (Follow Up) glichen dem erstem. Nur das Anschreiben wurde angepasst.

Die Befragung erfolgte zwischen dem 27.04.2016 und 15.08.2016, mit einem Follow-up am 30.05.2016.

Bis zum 23.05.2016 wurden anhand der eingegangenen Antwortpostkarten 371 HÄ als Responder identifiziert. Die Anzahl der erhaltenen Fragebögen übertraf die Anzahl der erhaltenen Antwortpostkarten. Alle HÄ, die nicht anhand der Antwortpostkarte als Responder identifiziert werden konnten (2.045 sog. non-Responder), erhielten das Zweitanschreiben am 30.05.2016 (follow-up). Die Datenerfassung endete am 15.08.2016.

Insgesamt antworteten 774 HÄ, was einer Kooperationsrate von 32,0 % entspricht (774 Antworten von 2.416 angeschriebenen HÄ). Von den 774 antwortenden HÄ gaben 12 an, keine PraxisinhaberInnen oder nicht hausärztlich tätig zu sein und wurden deshalb von der weiteren Analyse ausgeschlossen (non-elegible). Von den verbleibenden 762 Beteiligten gelten im weiteren alle HÄ, die auf das Erstanschreiben geantwortet und bis zum 01.06.2016 den Fragebogen zurück geschickt hatten, als Erstresponder (n=427). Weitere 335 HÄ, deren Antwortbögen nach dem Zweitanschreiben eintrafen, gelten als Zweitresponder.

Die Responserrate der Umfrage betrug 31,7 % (762 ausgefüllte Bögen von 2.404 erfolgreich kontaktierten HÄ).

Alle ausgefüllten Fragebögen der HÄ wurden in die Analyse einbezogen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt.

Ergebnisse der Befragung der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ)

1. Grundcharakteristika der Responder: Alter und Geschlecht

Die Responder (Praxisinhaber und Praxisinhaberinnen NRW) waren zu 65,5 % (n=499) männlich und zu 34,0 % (n=259) weiblich. Von den Antwortenden niedergelassenen HÄ waren 21,9 % (n=167) unter 50, 46,6 % (n=355) zwischen 50 und 60 und 31,0 % (n=236) über 60 Jahre alt. Vier HÄ machten keine Angabe bezüglich Geschlecht oder Alter. Der Vergleich mit der Gesamthausärzteschaft NRW (Daten der KVen, Stand 07.04.2016) zeigt, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung der Responder der niedergelassenen Hausärzteschaft NRW entspricht (Tabelle 1).

Tabelle 1: Grundcharakteristika der Responder vs. der Gesamthausärzteschaft NRW

Arztcharakteristika	Responder		Stichprobe (6)		Gesamt (6)	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht						
männlich	499	65,5	1.636	67,7	4.905	67,8
weiblich	259	34,0	780	32,3	2.331	32,2
fehlend	4	0,5	0	0	0	0
Alter			k A.			
<50 Jahre	167	21,9			1.465	20,2
50 – 60 Jahre	355	46,6			3.352	46,3
>60 Jahre	236	31,0			2.419	33,4
fehlend	4	0,5				
Gesamt	762	100	2.416	100	7.236	100

Unter den älteren HÄ (über 60 Jahre) sind nur 20,9 % weiblich, dagegen ist in der jüngeren Generation der Responder (bis 60 Jahre) der Anteil weiblicher HÄ doppelt so groß (40,0 %) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Alter und Geschlechtsverteilung der Responder

Geschlecht	bis 60 Jahre		über 60 Jahre		Gesamt (6)	
	n	%	n	%	n	%
weiblich	209	40,0	49	20,9	258	34,1
männlich	313	60,0	185	79,1	498	65,9
Gesamt	522	100	234	100	756	100

χ^2 =Chi Quadrat nach Person

Der Unterschied in der Verteilung nach Geschlecht und Alter ist signifikant ($p < 0,001$). Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der regionalen Verteilung nach Geschlecht festgestellt.

Die Alterstruktur der HÄ in NRW unterscheidet sich von der der Hausärzteschaft in MV, wo der Anteil männlicher Hausärzte nur 44 % betrug (1, 2). Die Altersstruktur der HÄ in MV war mit 46,4 % unter 50-jähriger, 30,9 % zwischen 50 und 60 Jahre und 18,8 % über 60-jähriger HÄ deutlich jünger als in NRW (1, 2).

Weiterhin wurde festgestellt, dass die meisten Responder sich vor mehr als 10 Jahren in NRW niedergelassen ($n=581$; 76,2 %) haben. 179 HÄ (23,8 %) ließen sich innerhalb der letzten 10 Jahren nieder, davon 45 % ($n=82$) vor weniger als 5 Jahren. Bei 2 HÄ (0,3 %) fehlte die Angabe zum Zeitpunkt der Niederlassung.

2. Praxischarakteristika

2.1 Praxisform und Kassensitze

Unter den Antwortenden bildet die Einzelpraxis die häufigste Praxisform (56,7 %; $n=432$), gefolgt von der Gemeinschaftspraxis (32,5 %; $n=248$). Mit weniger als 10 % kam die Praxisgemeinschaft als Niederlassungsform vor (8,7 %; $n=66$) und mit weniger als 1 % das MVZ ($n=5$). 1,3 % ($n=9$) der HÄ gaben keine Information zur Praxisform.

Im Vergleich dazu war die Einzelpraxis mit 73 % auch die häufigste Praxisform der HÄ in MV (1, 2).

Im vorliegenden Projekt zeigte die Praxisform eine signifikante Assoziation mit dem Alter der Responder: Chi Quadrat nach Pearson ($X^2=9,19$; $p=0,01$). Ältere HÄ (über 60 Jahre) sind zu 34,7 % ($n=149$) in Einzelpraxen niedergelassen, wobei jüngere HÄ (unter 50 Jahre) zu 18,6 % ($n=80$) diese Niederlassungsform wählten. In der Altersgruppe der 50 bis 60-jährigen HÄ sind 46,6 % in Einzelpraxen tätig.

Hinsichtlich der Praxisform zeigte sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied.

Mehr als die Hälfte der Responder gab an, einen Kassensitz (53,7 %; $n=409$) zu haben. Mehr als einen und bis zu zwei Kassensitzen haben 31,9 % ($n=243$) der

Responder und 11,9 % (n=91) mehr als zwei Kassensitze. Durchschnittlich gibt es in Einzelpraxen 1,1 Kassensitze (SD=0,25; Min 1, Max 3), in Praxisgemeinschaften 2,2 Kassensitze (SD=1,21; Min 1; Max=9), in Gemeinschaftspraxen 2,3 Sitze (SD=0,91; Min=1; Max=10) und in MVZ 3,3 (SD=1,4; Min 1; Max 5).

2.2 Regionalität

Regionen sind räumliche Bereiche (Gebiete), die durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet sind und aus organisatorischen oder statistischen Gründen unterteilt werden. Die Zuordnung der Gebiete zu Regionen erfolgt u.a. durch Verwaltungseinheiten, Wahlbezirke, geografische Gegebenheiten und ökonomische Merkmale und variiert je nach Institution, Ziel und Funktion.

Die Erfassung der regionalen Verteilung der Responder sollte den Vergleich mit der Gesamthausärzteschaft NRW ermöglichen, um die geographische Repräsentativität der Responder zu überprüfen. Eine mit der Gesamthausärzteschaft vergleichbare Verteilung der Responder ist ein wichtiger Faktor für die Einschätzung der Übertragbarkeit der Befragungsergebnisse auf die Gesamthausärzteschaft. Darüber hinaus sollte durch eine vielfältige Erhebung regionaler Variablen eine präzisere geographische Einordnung der Responder ermöglicht werden.

Auf Grund der geographischen Besonderheiten NRW wurde die Regionalität im Fragebogen mit drei Variablen abgefragt: dem gefühlten Versorgungsgrad in der Region (eher städtisch/ländlich), dem Autokennzeichen (die ersten drei Buchstaben des Autokennzeichens) und der Postleitzahl (Abfrage der ersten drei Ziffern der Postleitzahl = PLZ3-Gebiete).

Die Fragestellung lautete:

- Machen Sie bitte Angaben zur Region Ihrer Praxis „Wie würden Sie die Region beschreiben“ (eher städtisch/eher ländlich)
- „Geben Sie bitte die ersten drei Ziffern der Postleitzahl und das Autokennzeichen des Landkreises/der Stadt Ihrer Praxis an“ (offene Nennung: PLZ / Autokennzeichen).

Die Analysen der erhobenen Variablen basieren auf den im Folgenden dargestellten Definitionen/Klassifikationen: „Gefühlter Versorgungsgrad“, KV-Bereiche und Bedarfsplanungsregionen, PLZ3-Gebiete bzw. PLZ3-Großstadtregionen (8).

a. „Gefühlter Versorgungsgrad“

Die Einschätzung der Responder zur Regionalität des Gebietes, in dem sich die Praxis befindet (eher städtisch/ländlich) - in diesem Bericht als „gefühlter Versorgungsgrad“ definiert - gibt Auskunft über die Einschätzung der Responder zur allgemeinen Infrastruktur und Versorgung ihrer Region. Dieser Begriff soll nicht mit dem Fachbegriff Versorgungsgrad verwechselt werden, der von den KVen bei der Bedarfsplanung verwendet wird.

Tabelle 3 stellt den gefühlten Versorgungsgrad der Responder dar und zeigt, dass 40,4 % der Responder ihr Versorgungsgebiet als „eher ländlich“ beschreiben.

Tabelle 3: Regionalität der Responder nach „gefühltem Versorgungsgrad“

Regionalität: gefühlter Versorgungsgrad der Region	Responder	
	n	%
eher ländlich	308	40,4
eher städtisch	450	59,1
fehlend	4	0,5
Gesamt	762	100

Die Dimension des „gefühlten Versorgungsgrades“ stellt eine Bereicherung in der Erhebung regionaler Variablen dar und wird durch diese Studie erstmalig erhoben und analysiert. Das subjektive Empfinden der Responder könnte einen Einfluss auf deren Interesse oder den Grad der Betroffenheit bezüglich der Maßnahmen haben, die „ländliche Gebiete“ oder „unterversorgte Regionen“ tangieren.

b. KV-Bereiche und Bedarfsplanungsregionen

Die räumliche Zuordnung zu den Kreisen und kreisfreien Städten erfolgte durch die ersten drei Buchstaben des Autokennzeichens.

Die Zuordnung der Gebiete gemäß dem Zuständigkeitsbereich der KVen bzw. der Ärztekammern (ÄKn) ist grundsätzlich durch die Regionseinteilung auf Kreisebene möglich. Die administrative Klassifikation von Regionen, basierend auf Kreisen, wird für die Bedarfsplanung von Fachärztinnen und Fachärzten von der KBV eingesetzt. Die Bedarfsplanung der HÄ erfolgt jedoch auf Mittelbereichsebene. Diese Ebene der Mittelbereiche konnte bei der vorliegenden Studie allerdings nicht berücksichtigt werden.

Die Regionalität der Responder, verglichen mit der Gesamthausärzteschaft, wird in Tabelle 4 unterteilt nach KV-Bereichen und Bedarfsplanungsregionen dargestellt. An diesem Vergleich wird deutlich, dass die Responder der Gesamthausärzteschaft NRW entsprechen.

Tabelle 4: Vergleichbarkeit der Responder mit der Gesamthausärzteschaft nach Regionalität

Regionalität: Repräsentativität der Responder	Responder		Gesamt (6)	
	n	%	n	%
KV-Bereich				
Nordrhein	367	48,2	3.948	54,6
Westfalen-Lippe	337	44,2	3.288	45,4
fehlend	58	7,6	0	0
Bedarfsplanungsregion				
Ruhrgebiet	181	23,8	1.922	26,6
Großstadt (Kernstadt)	130	17,1	1.553	21,5
Stadt (Dualversorger)	149	19,6	1.555	21,5
Ländlich I (stark mitversorgter Bereich)	20	2,6	205	2,8
Ländlich II (mitversorgter Bereich)	179	23,5	1.623	22,4
Ländlich III (selbstversorgter Bereich)	46	6,0	378	5,2
fehlend / Autokennzeichen nicht NRW zuordenbar	57	7,5	0	0
Gesamt	762	100	7.236	100

Die regionale Verteilung der Responder im Vergleich entspricht der regionalen Verteilung der Gesamthausärzteschaft NRW. Dadurch wird die geographische Repräsentativität belegt und folglich die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf vergleichbare Regionen.

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) hat auf Kreisebene vier siedlungsstrukturelle Kreistypen entwickelt, die sich in Bezug auf den Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten und der Einwohnerdichte der

Kreisregion unterscheiden. Diese amtliche Regionalstatistik soll der Beobachtung und Analyse von Räumen auf Kreisebene dienen und wurde 2014 aktualisiert. Die Zuordnung der kreisfreien Städte und Kreise NRWs nach den vier siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR zeigt, dass 96 % der Kreise den sogenannten Kernstädten oder dem verdichteten Umland entsprechen und kein Gebiet der Kategorie 4 (dünnbesiedelter ländlicher Raum) entspricht. Die großflächigen Kreisverwaltungsebenen sind für eine regionale Zuordnung in ländliche und städtische Regionen NRWs deshalb ungeeignet. Um regionale Unterschiede im Sinne dieser Erhebung angemessen darzustellen, war aufgrund der hohen Dichte an Großstädten und der Verflechtung der einzelnen Gemeinden in NRW eine stärkere Einbeziehung des Urbanitätsgrads notwendig.

c. PLZ3-Gebiete / PLZ3-Großstadtregionen

Durch die ersten drei Ziffern der Postleitzahl wurde die Zuordnung zu den sogenannten PLZ3-Gebieten möglich.

Um den Urbanitätsgrad für diese Studie stärker zu berücksichtigen, hat das LZG.NRW die kleinräumigeren „PLZ3-Großstadtregionen“ definiert (8). Mit räumlichen Verfahren wurde die auf Gemeindeebenen basierende Raumabgrenzung „Großstadtregion“ für urbane Regionen des BBSRs auf die PLZ3-Gebiete transformiert. Im Ergebnis wurden insgesamt fünf PLZ3-Großstadtregionen für NRW klassifiziert (8).

Hinweis: Im Weiteren beziehen sich alle eigenen Berechnungen der erhobenen Daten nach PLZ3-Großstadtregion auf diese Klassifikation. Die entsprechende Quelle wird jeweils im Tabellentext angegeben. Es wird jedoch auf die zusätzliche Angabe der Quelle in der Überschrift von Tabellen und Abbildungen sowie im weiteren Text verzichtet.

Je geringer die Verflechtung in einem Gebiet desto geringer ist die Anzahl der Einwohner und somit auch die Anzahl der HÄ, die für diese Region in der nach Kreisen geschichteten Stichprobe gezogen wurden. Daraus ergibt sich, dass in Regionen des erweiterten Verflechtungsraumes auch die Anzahl der Responder geringer wird.

Die regionale Verteilung der Responder wird in Tabelle 5 veranschaulicht.

Tabelle 5: Regionalität der Responder nach PLZ3-Großstadtregion

Regionalität nach PLZ3-Großstadtregion (8)	Responder	
	n	%
Zentrum (36)	220	28,9
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	214	28,1
engerer Verflechtungsraum (44)	135	17,7
weiterer Verflechtungsraum (47)	123	16,1
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	48	6,3
fehlend	22	2,9
Gesamt	762	100

Die Analyse der Daten, basierend auf der PLZ3-Großstadtregion, zeigte, dass alle Ausprägungstypen dieser Klassifikation in angemessener Verteilung vorhanden sind. Somit eignet sich diese Klassifikation für NRW und die vorliegende Studie. Im Weiteren wird daher auf diese Klassifikation der PLZ3-Großstadtregionen fokussiert.

Es wurden weitere Analysen bezüglich der Korrespondenz des „gefühlten Versorgungsgrads“ mit weiteren Parametern der Regionalität durchgeführt.

Insgesamt gaben 40,5 % aller Responder an, ihr Versorgungsgebiet als „eher ländlich“ (statt eher städtisch) einzuordnen.

Der Anteil der Responder, die den Versorgungsgrad ihrer Praxisregion als „eher ländlich“ bezeichnen, beträgt in den KV-Gebieten: 31,4 % in NO und 50,1 % in WL.

Der Zusammenhang zwischen PLZ3-Großstadtregionen und gefühltem Versorgungsgrad wird in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Gefühlter Versorgungsgrad nach Region

Regionalität	Gefühlter Versorgungsgrad			
	„eher ländlich“		Gesamt	
PLZ3-Großstadtregion (8) $X^2=305,6; p<0,001$	n	%	n	%
Zentrum (36)	7	3,2	219	100
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	61	28,6	213	100
engerer Verflechtungsraum (44)	92	68,1	135	100
weiterer Verflechtungsraum (47)	93	75,6	123	100
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	46	95,8	48	100
Gesamt (fehlend 3,1%; n=24)	299	40,5	738	100

X^2 =Chi Quadrat nach Person

In den Bedarfsplanungsregionen ist der Anteil der Responder, die ihre Praxisregion als „eher ländlich“ bezeichnen: 13,3 % im Ruhrgebiet, 7,0 % in der Großstadt (Kernstadt), 45,0 % in der Stadt (Dualversorger), 80,0 % im stark mitversorgten Bereich (Ländlich I), 70,9 % im mitversorgten Bereich (Ländlich II) und 91,3 % im selbstversorgten Bereich (Ländlich III).

Für alle drei Variablen der Regionalität waren diese Unterschiede signifikant ($p < 0,001$).

Die Analyse signifikanter Unterschiede bezüglich ausgewählter HÄ und Praxis-Merkmale wurde für jede erfasste Variable der Regionalität durchgeführt. Im Weiteren werden nur jene Ergebnisse ausgeführt, bei denen signifikante Unterschiede festgestellt wurden. Weitere tiefergehende Analysen könnten einen speziellen Fokus auf die Regionalitäts-, Alters- und / oder Geschlechterunterschiede im gesamten Datensatz richten.

Signifikante Unterschiede wurden in Bezug auf das Alter der HÄ nach KV-Gebieten festgestellt: die HÄ in WL sind signifikant älter als die in NO ($X^2=14,5$; $p=0,001$). In NO sind Responder zu 27,0 % ($n=99$) unter 50 Jahre alt und zu 26,5 % ($n=97$) über 60 Jahre. In WL sind 16,4 % ($n=55$) unter 50 Jahre alt, und zu 36,3 % ($n=36,3$) über 60 Jahre. Die Altersgruppe zwischen 50 und 60 beträgt in NO 46,4 % ($n=170$) und in WL 47,3 % ($n=159$). Sowohl in NO als auch in WL ist die Altersverteilung der Responder bezüglich Geschlecht gleich: in NO sind 21,9 % der weiblichen Responder über 60 Jahre. In WL sind es 19,0 %. Der geringe Unterschied ist nicht signifikant.

In keiner der erhobenen Variablen der Regionalität zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts der HÄ. Jedoch waren signifikante Unterschiede im Anteil der Einzelpraxen in den PLZ3-Großstadregionen zu erkennen. Der Anteil der Einzelpraxis war am größten (64,9 %) im engeren Verflechtungsraum und am geringsten in den Gebieten außerhalb der Großstadregion (39,6 %).

Die Praxisform (Einzelpraxis Ja/Nein) nach PLZ3-Großstadregionen wird in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Häufigkeit der einzelnen Praxisformen der Responder nach Region

Regionalität nach PLZ3-Großstadtregion (8) $X^2=11,20$; $p=0,02$	Einzelpraxis (Ja)		Gesamt	
	n	%	n	%
Zentrum (36)	126	58,6	215	100
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	125	58,4	214	100
engerer Verflechtungsraum (44)	87	64,9	134	100
weiterer Verflechtungsraum (47)	63	51,6	122	100
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	19	39,6	48	100
Gesamt (fehlend 3,8 %; $n=29$)	420	57,3	733	100

X^2 =Chi Quadrat nach Person

Auch in den Bedarfsplanungsregionen wurden signifikante Unterschiede bezüglich der Praxisform festgestellt: in den Städten (Dualversorger) gab es den höchsten Anteil an Einzelpraxen (61,5 %). Der geringste Anteil an Einzelpraxen fand sich im Bereich Ländlich III (Selbstversorger) mit 32,6 %. Keine signifikanten Unterschiede bei der Praxisform wurden in Bezug auf das KV-Gebiet festgestellt.

3. Arbeitsbezogene Charakteristika der HÄ

3.1 Abgerechnete Scheine

Die Fragestellung lautete: „Wie viele Scheine haben Sie persönlich (bezogen auf Ihren Arztsitz) durchschnittlich pro Quartal im letzten Jahr abgerechnet“.

Die Mehrheit der HÄ (41,1 %; $n=313$) gab an, zwischen 860 und 1.259 Scheine abzurechnen. Knapp ein Drittel (32,4 %; $n=247$) rechnete 1.260 Scheine und mehr ab. Ein Viertel aller in NRW niedergelassenen HÄ (24,9 %; $n=190$) gab an, weniger als 860 Scheine pro Quartal abzurechnen. Signifikante regionale Unterschiede wurden bei den KV-Gebieten festgestellt: 60,8 % aller in NRW tätigen HÄ, die weniger als 860 Scheine pro Quartal abrechnen, sind in NO niedergelassen. ($X^2=7,65$; $p<0,01$). Von den 190 HÄ (24,0 % aller Responder), die unter 860 Scheine abrechnen, sind 53,7% weiblich. Hausärztinnen rechnen signifikant häufiger weniger als 860 Scheine pro Quartal ab ($X^2=41,9$; $p<0,001$). 82,8 % der männlichen HÄ rechnen 860 Scheine oder mehr ab, während dies nur 60,3 % der weiblichen HÄ tun.

Die Unterschiede nach KV-Gebieten verschärften sich durch diese Auswertung weiter. 63,5 % der niedergelassenen Hausärztinnen, die weniger als 860 Scheine pro Quartal abrechnen, sind in NO niedergelassen.

Weiterhin zeigte die Analyse der KV-Gebiete Unterschiede bezüglich des prozentualen Anteils an Hausärztinnen, die 860 Scheine oder mehr pro Quartal abrechnen.

In NO, wo 54,4 % aller weiblichen Responder tätig sind, rechnen 47,3 % der dort tätigen weiblichen HÄ weniger als 860 Scheine pro Quartal ab. Dies ist deutlich mehr als der Prozentsatz in WL, wo nur 45,6 % aller weiblichen Responder niedergelassen sind, von denen nur 32,4 % unter 860 Scheine pro Quartal abrechnen. Diese Unterschiede sind signifikant ($X^2=7,65$, $p=0,02$) und werden in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Hausärztinnen, die unter 860 Scheine pro Quartal abrechnen nach Region

Regionalität nach KV-Gebiet $X^2=7,65$; $p<0,01$	von Hausärztinnen abgerechnete Scheine				Gesamt	
	unter 860		860 oder mehr		n	%
	n	% (Region)	n	% (Region)		
Nordrhein (% der Scheine)	n 61	47,3	n 68	52,7	129	100
	% 63,5	-	-	-	54,4	-
Westfalen-Lippe (% der Scheine)	n 35	32,4	n 73	67,6	108	100
	% 36,5	-	73	-	45,6	-
Gesamt (fehlend 8,8 %)	n 96	40,5	n 141	59,5	237	100
	% 100	-	100	-	100	-

X^2 =Chi Quadrat nach Person

Es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der abgerechneten Scheinzahl und der (plausiblen) Wochenarbeitszeit (siehe dazu Kapitel 3.3) festgestellt (Korrelationskoeffizient= 0,168; $p<0,001$). HÄ, die weniger als 860 Scheine abrechnen, arbeiten durchschnittlich 47,5 Std. pro Woche. Hingegen arbeiten HÄ, die mehr als 860 Scheine abrechnen, 52 Std. durchschnittlich.

Um den Einfluss des Geschlechts, des Alters und der Arbeitszeit bei der Abrechnung von Scheinen pro Quartal herauszufinden, wurde eine logistische

Regression der Abrechnung von weniger als 860 Scheinen pro Quartal (vs. 860 Scheine oder mehr) adjustiert nach Alter, Geschlecht und plausibler Arbeitszeit der HÄ.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Hausarzt 860 Scheine oder mehr pro Quartal abrechnet, war 3 Mal (mindestens 2 Mal und höchstens 4 Mal) größer als die Wahrscheinlichkeit, dass eine Hausärztin 860 oder mehr Scheine pro Quartal abrechnet [OR=2,95 (95 % Konfidenzintervall 2,03 – 4,27) (p<0,001)].

Die Arbeitszeit hatte einen positiven Einfluss [OR=1,03 (95 % Konfidenzintervall 1,01 – 1,04) (p<0,001)]. Je höher die Arbeitszeit, desto größer die Wahrscheinlichkeit, über 860 Scheine pro Quartal abzurechnen. Dabei wurde mittels eines Baumdiagrammes ein „cut-off“ bei 41 Std. pro Woche ermittelt, der die HÄ in zwei sich von einander signifikant unterscheidende Gruppen teilt: HÄ, die unter 41 Std. pro Woche arbeiten (18 %), rechnen zu 46 % weniger als 860 Scheine und zu 53,9 % mehr als 860 Scheine ab. HÄ, die über 41 Std. pro Woche arbeiten (81,4 %), rechnen zu 19,8 % weniger und zu 80,2 % mehr als 860 Scheine pro Quartal ab. Weitere Analysen könnten auf die genauen HÄ- und Praxis-Charakteristika eingehen, welche dazu führen, eine Arbeitszeit über 41 St. pro Woche zu benennen und trotzdem unter 860 Scheine pro Quartal abzurechnen. Diese sind aber nicht Bestandteil dieses Berichts.

Das Alter der HÄ hatte keinen Einfluss auf die Anzahl abgerechneter Scheine pro Quartal. Junge und ältere HÄ arbeiten genauso viel Zeit pro Woche. In einer weiteren logistischen Regression zeigte das Alter über 60 Jahre keinen signifikanten Einfluss auf die plausible Arbeitszeit (bis 85 Stunden pro Woche).

Signifikante Unterschiede in der Abrechnung von weniger als 860 Scheinen wurden gleichermaßen nach den PLZ3-Großstadtregionen festgestellt. Je ländlicher das Gebiet, desto höher wird der Anteil an HÄ, die mehr als 860 Scheine abrechnen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der HÄ, die 860 Scheine oder mehr pro Quartal abrechnen, nach Region

Regionalität nach PLZ3-Großstadtregion (8) X ² =10,86; p=0,03	abgerechnete Scheine pro Quartal			
	860 oder mehr		Gesamt	
	n	%	n	%
Zentrum (36)	146	67,3	217	100
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	164	77,0	213	100
engerer Verflechtungsraum (44)	98	73,1	134	100
weiterer Verflechtungsraum (47)	95	79,2	120	100
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	40	85,1	47	100
Gesamt (fehlend 4 %; n=31)	543	74,3	731	100

X²=Chi Quadrat nach Person

Je ländlicher das Gebiet, desto mehr Scheine rechneten Praxen im Vergleich zu denen in städtischen Gebieten ab: 85 % der Praxen in Gebieten außerhalb der Großstadtregionen gaben an, mehr als 860 Scheine pro Quartal abzurechnen. Dieses ist der Fall bei nur 67 % der Praxen im Zentrum.

Mit nachlassendem Verflechtungsgrad reduziert sich der Prozentsatz der HÄ, die weniger als 860 Scheine pro Quartal abrechnen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Anzahl der HÄ, die unter 860 Scheine pro Quartal abgerechnen, nach Region

Regionalität nach PLZ3-Großstadtregion (8) X ² =10,86; p=0,03	abgerechnete Scheine pro Quartal			
	unter 860		Gesamt	
	n	%	n	%
Zentrum (36)	71	37,8	217	29,7
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	49	26,1	213	29,1
engerer Verflechtungsraum (44)	36	19,1	134	18,3
weiterer Verflechtungsraum (47)	25	13,3	120	16,4
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	7	3,7	47	6,4
Gesamt (fehlend 4 %; n=31)	188	100	731	100

X²=Chi Quadrat nach Person

Im Zentrum rechnen 37,8 % der HÄ weniger als 860 Scheine pro Quartal ab. Dagegen tun dies nur 3,7 % der niedergelassenen HÄ in den Gebieten außerhalb der Großstadtregionen.

Auch sind signifikante Unterschiede in den Bedarfsplanungsregionen erkennbar: Über 75% der HÄ, die unter 860 Scheine pro Quartal abrechnen, sind in drei Bereichsplanungsregionen tätig: Großstädte/Kernstadt (29,3 %),

Städte/Dualversorger (23,2 %) und mitversorgte Bereiche/Ländlich II (23,8 %) Weitere 18,8 % sind im Ruhrgebiet tätig.

Am geringsten ist der Anteil der weniger als 860 Scheine pro Quartal abrechnenden HÄ in selbstversorgten Bereichen/Ländlich III (3,9 %) und in stark mitversorgten Bereichen/Ländlich I (1,1 %). Diese Unterschiede waren signifikant ($X^2=25,39$; $p<0,001$).

Kein signifikanter Unterschied wurde zwischen der Praxisform und der abgerechneten Scheinzahl pro Quartal festgestellt. Weitere Analysen könnten z. B. die Zusammensetzung des Praxispersonals oder der aktuelle Stand der Delegation von Leistungen in der Praxis sowie beim Haus- oder Heimbefuch bezüglich der Anzahl abgerechneter Scheine oder der Genderperspektive untersuchen. Diese sind aber nicht Gegenstand dieses Berichts.

3.2 Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung

Über die Hälfte aller Responder (56,6 %; $n=431$) nehmen nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V teil. 41,6 % ($n=317$) gaben an, an einer HzV teilzunehmen. Keine Angabe machten 1,8 % ($n=14$) der antwortenden HÄ.

Die Teilnahme an der HzV war signifikant vom KV-Gebiet abhängig. In NO nehmen 54,3 % nicht teil, während der Anteil der Nichtteilnehmer in WL bei 62,2 % lag ($p=0,02$). Von den HÄ, die an einer HzV teilnehmen, sind die meisten im Zentrum (29,9 %) und in den Ergänzungsgebieten zum Zentrum (28,9 %) ansässig. 18 % der Responder, die an der HzV teilnehmen, sind im „engeren Verflechtungsraum“ niedergelassen, 16,6 % im „weiteren Verflechtungsraum“ und 6,3 % in Gebieten außerhalb der Großstadregionen.

Die Teilnahme an der HzV unterscheidet sich signifikant nach Region und wird in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Regionale Verteilung der Teilnahme an einer HzV

Regionalität nach PLZ3-Großstadtregion (8) $X^2=15,01$; $p=0,005$	Teilnahme an einer HzV				Gesamt	
	Nein		Ja		n	%
	n	%	n	%		
Zentrum (36)	108	49,5	110	50,5	218	100
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	118	55,9	93	44,1	211	100
engerer Verflechtungsraum (44)	88	66,2	45	33,8	133	100
weiterer Verflechtungsraum (47)	68	56,2	53	43,8	121	100
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	34	73,9	12	26,1	46	100
Gesamt (fehlend 4,3 %; $n=33$)	416	57,1	313	42,9	729	100

X^2 =Chi Quadrat nach Person

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Geschlecht ($p=0,36$) oder Alter ($p=0,25$) bezüglich der Teilnahme an der HzV. 41,4 % der Hausärztinnen und 43,1 % der Hausärzte bejahten die Teilnahme. Dabei waren 61,8 % unter 50, 54,6 % zwischen 50 und 60 und 59,2% über 60 Jahre alt. Ebenfalls zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl abgerechneter Scheine pro Quartal bezogen auf die Teilnahme an einer HzV.

Es ist allerdings unklar, ob die HÄ, die an der HzV teilnehmen, nur die Scheine angegeben haben, die sie über die KVen abrechnen oder auch die, die sie über die HzV abrechnen, denn es gab keine Unterscheidung im Fragebogen.

Die Ursachen für die Ungleichverteilung der Teilnahme an HzV in den beiden Kammerbezirken kann aufgrund dieser Befragung nicht abschließend geklärt werden. Zu vermuten ist, dass die regionalen Unterschiede auch mit der unterschiedlichen Wahrnehmung und der Akzeptanz der dort tätigen Hausärzte verbunden ist.

3.3 Arbeitszeit der HÄ

Die HÄ, die an der Umfrage teilgenommen haben, gaben an, zwischen 8 und 131 Stunden (Std.) pro Woche hausärztlich zu arbeiten. Um Verzerrungen durch Ausreißer zu vermeiden, wurden bei den folgenden Arbeitszeitanalysen nur Teilnehmer eingeschlossen, die eine plausible Wochenarbeitszeit von bis zu „85 Std. pro Woche“ angaben. Insgesamt wurden 10 Personen ausgeschlossen.

Im Durchschnitt arbeiteten die Responder 50,9 Std. pro Woche (SD=11,09, Min 8; Max 85). Jüngere und ältere HÄ arbeiten gleich viel: die durchschnittliche Arbeitszeit der HÄ unterscheidet sich nicht signifikant nach Alter (p=0,5). Hausärztinnen arbeiten im Durchschnitt signifikant etwas weniger (49,2 Std. pro Woche) als ihre männlichen Kollegen (51,8 Std. pro Woche) Tabelle 12.

Tabelle 12: Plausible Arbeitszeit nach Geschlecht und Alter

Geschlecht unterteilt nach Alter (Anova, p<0,01)	Arbeitszeit pro Woche		
	MW	SD	n
männlich insgesamt	51,79	11,83	457
bis 60 Jahre	51,92	11,24	292
über 60 Jahre	51,57	12,84	165
weiblich insgesamt	49,19	237	12,08
bis 60 Jahre	48,83	192	12,06
über 60 Jahre	50,73	45	12,20
Gesamt (fehlend 8,9 %; n=68)	50,90	11,97	694
bis 60 Jahre	50,69	11,66	484
über 60 Jahre	51,39	12,68	210

MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung

HÄ, die im Durchschnitt 47,5 Std. pro Woche arbeiten (n=170), rechnen signifikant häufiger weniger als 860 Scheine pro Quartal ab (SD=13,04), wobei die HÄ, die im Durchschnitt 51,9 Std. pro Woche arbeiten (n=520), im Durchschnitt mehr als 860 Scheine pro Quartal abrechnen (SD=11,4).

Hausärzte arbeiten insgesamt 02:36 Std. mehr pro Woche als Hausärztinnen. Bei den bis 60-Jährigen ist dieser Unterschied etwas größer (03:04 Std.).

In der Altersgruppe der über 60-Jährigen arbeiten Männer und Frauen fast ebenso: der Unterschied reduziert sich in dieser Altersgruppe auf 50 Minuten pro Woche zugunsten der Männer.

Trotz des geringen Unterschieds der Arbeitszeit von ca. 2,5 Std. pro Woche zugunsten der männlichen HÄ, rechnen Hausärztinnen signifikant deutlich weniger Scheine ab als ihre männlichen Kollegen: 39,7% (n=102) der Hausärztinnen rechnen im Quartal weniger als 860 Scheine ab, wobei dies nur 18% (n=88) der Hausärzte tun. Dieser Geschlechtsunterschied bezüglich der Abrechnung von Scheinen (unter 860 vs. 860 oder mehr) ist signifikant ($X^2=41,9$; $p< 0,001$). Auf die

regionalen Unterschiede und den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Abrechnung wurde schon im Abschnitt 3.1 eingegangen.

Die Ergebnisse dieser Befragung bezüglich der durchschnittlichen Arbeitszeit in der Praxis von 50,9 Std. pro Woche sind vergleichbar mit der Arbeitszeit der HÄ der repräsentativen Umfrage in MV von 51,3 Std. pro Woche für Praxistätigkeiten (1, 2). Sie befinden sich im Einklang mit Analysen der Kassenärztlichen Vereinigung und des Ärztemonitors des Infas (Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH), die durchschnittliche Arbeitszeiten von 53,9 Std. pro Woche für Praxistätigkeiten ermittelt haben (9,10)

Die Arbeitszeit wird unterteilt in Arbeitszeit ohne direkten Patientinnen- bzw. Patientenkontakt, d.h. für administrative Tätigkeiten, die Beurteilung von Befunden oder das Erstellen von Gutachten und Arbeitszeit mit direktem Patientenkontakt, d.h. in der Praxis sowie für Haus- und Heimbefuche inklusive Fahrzeiten.

Stunden hausärztlicher Arbeit ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt

21,9 % der Responder (n=167) benötigen mehr als 5 Std. pro Woche für administrative Tätigkeiten, davon ca. die Hälfte (49,4 %; n=82) mehr als über 10 Std. pro Woche. 24,7 % der HÄ (n=188) sind mindestens 6 Std. pro Woche mit weiteren Tätigkeiten ohne Patientenkontakt (Befunde und Gutachten) beschäftigt (Tabelle 13).

Tabelle 13: Arbeitszeit der HÄ für Tätigkeiten ohne Patientenkontakt

Arbeitszeit ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt	Responder	
	n	%
Stunden für administrative Tätigkeiten*		
keine	5	0,7
unter 3	259	34,0
3 bis 5	263	34,5
mehr als 5 bis unter 10	85	11,2
mehr als 10	82	10,7

Arbeitszeit ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt	Responder	
	n	%
Stunden für Befunde, Gutachten**		
keine	4	0,5
bis 3	231	30,3
mehr als 3 bis 6	273	35,8
mehr als 6 bis 10	154	20,2
mehr als 10	34	4,5
Gesamt (*fehlend 8,9 %; n=68; **fehlend 8,7 %; n=66)	762	100

(Tabelle 13 - cont.)

Weitere Analysen könnten hier auf die Genderperspektive eingehen und z. B. genauer die vorhandenen Unterschiede in der Verteilung der Arbeitszeit nach Geschlecht untersuchen. Diese sind aber nicht Gegenstand dieses Berichts.

Stunden hausärztlicher Arbeit mit Patientinnen- bzw. Patientenkontakt

14,3 % der HÄ (n=109) sind über 40 Std. pro Woche in der Praxis mit direktem Patientenkontakt beschäftigt. Für Haus- und Heimbefuche benötigen 40,3 % (n=307) der HÄ mehr als 5 Std. pro Woche (inkl. Fahrzeiten), 19,6 % (n=60) davon (7,9 % aller HÄ) sogar über 10 Std. pro Woche (Tabelle 14).

Tabelle 14: Arbeitszeit der HÄ für Tätigkeiten mit Patientenkontakt

Arbeitszeit mit Patientinnen- bzw. Patientenkontakt	Responder	
	n	%
Stunden in der Praxis*		
bis 30	242	31,8
31 bis 40	346	45,4
41 und mehr	109	14,3
Stunden für Haus- und Heimbefuche inkl. Fahrzeiten		
keine	13	1,7
bis 5	374	49,1
mehr als 5 bis unter 10	247	32,4
mehr als 10	60	7,9
Gesamt (*fehlend 8,5%; n=65; **fehlend 8,9%; n=68)	762	100

Frauen über 60 Jahren arbeiten insgesamt im Durchschnitt mehr Stunden pro Woche (50,73 Std. pro Woche) als Frauen unter 60 Jahren (48,83 Std. pro Woche). Dabei sind sie weniger Zeit in der Praxis (32,98 vs. 33,11 Std.), investieren durchschnittlich deutlich mehr Zeit für Haus- und Heimbefuche (7,23 vs. 5,68 Std.

pro Woche) und für Gutachten (6,41 vs. 5,74 Std. pro Woche), jedoch weniger Zeit für administrative Tätigkeiten (4,09 vs. 4,60 Std. pro Woche).

Bei den Männern fallen die Unterschiede geringer aus: Hausärzte über 60 Jahren arbeiten insgesamt fast genauso viel wie Hausärzte bis 60 Jahre (51,92 vs. 51,58 Std). Sie verbringen auch etwa gleich viel Zeit pro Woche in der Praxis (36,14 vs. 33,11 Std. pro Woche), investieren durchschnittlich etwas mehr Zeit für Haus- und Heimbesuche (6,75 vs. 6,29 Std. pro Woche) als die jüngeren Kollegen, weniger Zeit für Gutachten (5,09 Std. vs. 5,75 pro Woche) und auch weniger Zeit für administrative Tätigkeiten (4,33 vs. 4,33 Std. pro Woche).

Jüngere Hausärztinnen arbeiten insgesamt weniger als ältere Hausärztinnen. Sie investieren genausoviel Zeit in der Praxis, jedoch deutlich weniger Zeit für Haus- und Heimbesuche und für Gutachten. Deutlich mehr Zeit als Hausärztinnen über 60 Jahre verbringen sie hingegen mit administrativen Tätigkeiten.

Jüngere männliche Hausärzte arbeiten insgesamt ein kleines bisschen mehr, verbringen genausoviel Zeit in der Praxis, investieren weniger Zeit für Haus- und Heimbesuche, dafür deutlich mehr Zeit für Gutachten und administrative Tätigkeiten als Hausärzte über 60 Jahre.

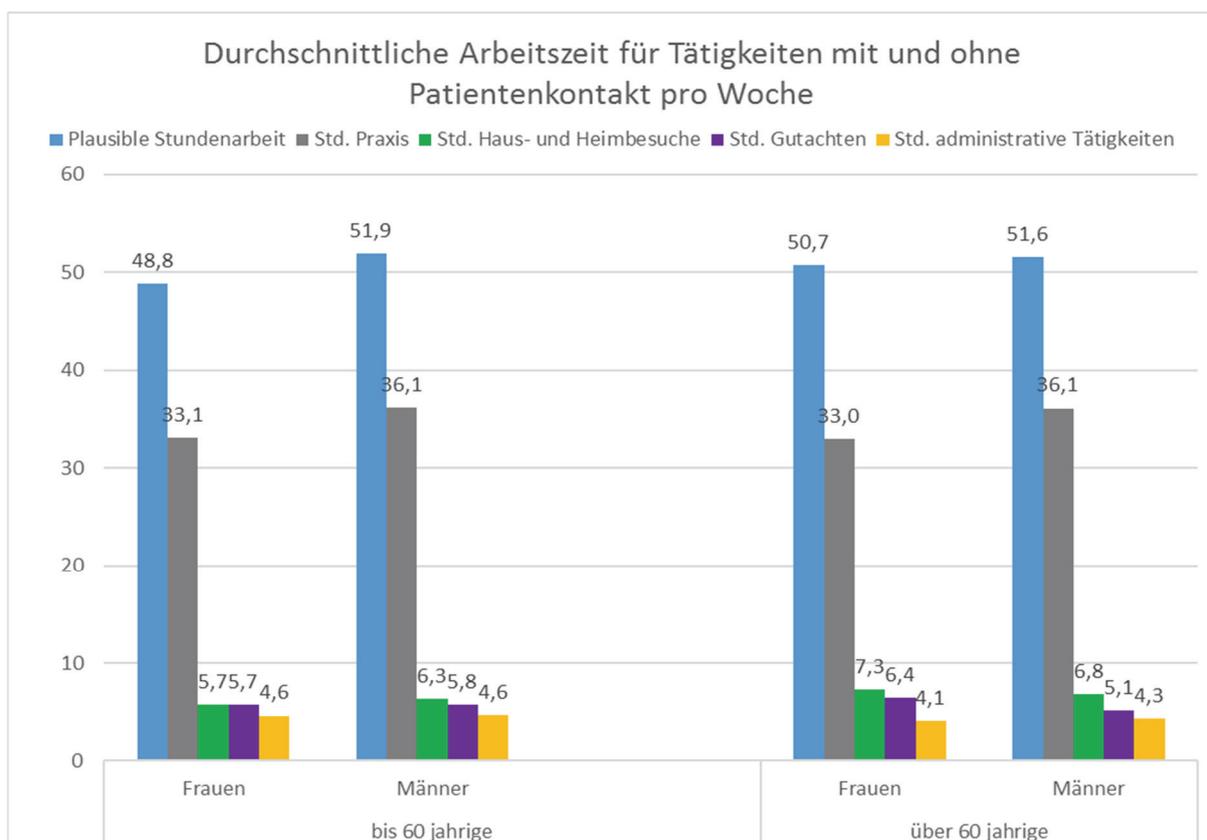


Abbildung 3: Arbeitszeit mit und ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt nach Alter und Geschlecht

Hausärzte arbeiten signifikant mehr Stunden in der Praxis als Hausärztinnen (Anova, $p < 0,01$) und haben eine höhere Arbeitszeit pro Woche (Anova, $p < 0,001$). Alle weiteren Unterschiede der Arbeitszeitverteilung zwischen Männern und Frauen waren nicht signifikant. Ältere HÄ investieren signifikant mehr Zeit für Haus- und Heimbefuche als jüngere HÄ (Anova, $p = 0,03$). Alle andere Unterschiede zwischen älteren und jüngeren HÄ bezüglich der Arbeitszeitverteilung waren nicht signifikant.

3.4 Hausärztlich durchgeführte Haus- und Heimbefuche

Häufigster Grund für persönliche Befuche sind Routinebefuche: Im Durchschnitt sind 59,1 % (95 % Konfidenzintervall 56,65 – 61,76; SD=30 %) aller Hausbefuche und 63,4% (95 % Konfidenzintervall 61,13 – 65,7; SD=27 %) aller Heimbefuche Routinebefuche. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied nach Alter oder Geschlecht.

Fast alle Responder führen persönlich Hausbefuche aus. Nur 2,8 % (21) der HÄ gaben an, keine Hausbefuche zu realisieren.

Von den 756 HÄ, die Hausbefuche durchführen, gaben 18,8 % an, über 90 % der Hausbefuche als Routinebefuche zu absolvieren ($n=143$). 7,3 % ($n=56$) gaben an, dass über 90 % der Hausbefuche als Notfallbefuche stattfinden.

Responder, die über 90 % der Hausbefuche als Routinebefuche realisieren, unterscheiden sich in ihren Charakteristika nicht signifikant von allen anderen Respondern.

92,6 % der Responder führen Heimbefuche durch. Die Anzahl der HÄ, die keine Heimbefuche realisieren, betrug 55 (7,2 %).

Von den 739 (97 %) HÄ, die die Frage nach Heimbefuchen bejahten, gaben 18,1 % an, über 90% der Heimbefuche als Routinebefuche durchzuführen. 2,6 % ($n=20$) der Responder realisieren über 90 % ihrer Heimbefuche als Notfallbefuche.

Mehr als die Hälfte der HÄ (57,8 %; $n=440$) führen 6 Hausbefuche und mehr pro Woche durch. 65,1 % der HÄ ($n=496$) besuchen 2 oder mehr Heime pro Woche. Während der Heimbefuche versorgen 37,8 % der HÄ ($n=288$) fünf Patientinnen/Patienten oder mehr pro Heim (Tabelle 15).

Tabelle 15: Hausärztliche Haus- und Heimbesuche pro Woche

Persönlich durchgeführte Haus- und Heimbesuche	Responder	
	n	%
Anzahl durchgeführter Hausbesuche pro Woche		
keine	20	2,6
1 bis 5	293	38,5
6 bis 10	213	28,0
11 bis 15	105	13,8
16 bis 20	68	8,9
21 und mehr	54	7,1
fehlend	9	1,2
Anzahl durchgeführter Heimbesuche pro Woche		
keine	55	7,2
1	188	24,7
2 oder 3	350	45,9
4 oder mehr	146	19,2
fehlend	23	3,1
Heimbesuchspatientinnen und -patienten je Heimbesuch		
1 bis 2	189	24,8
3 bis 4	199	26,1
5 bis 6	116	15,2
7 und mehr	172	22,6
fehlend	86	11,3
Gesamt	762	100

Es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an betreuten Heimen und der Anzahl an versorgten Personen je Heimbesuch festgestellt. Die Verteilung der HÄ nach Anzahl der betreuten Heime und der Anzahl an versorgten Heimbesuchspatientinnen bzw. -patienten je Heimbesuch ist in Abbildung 4 dargestellt.

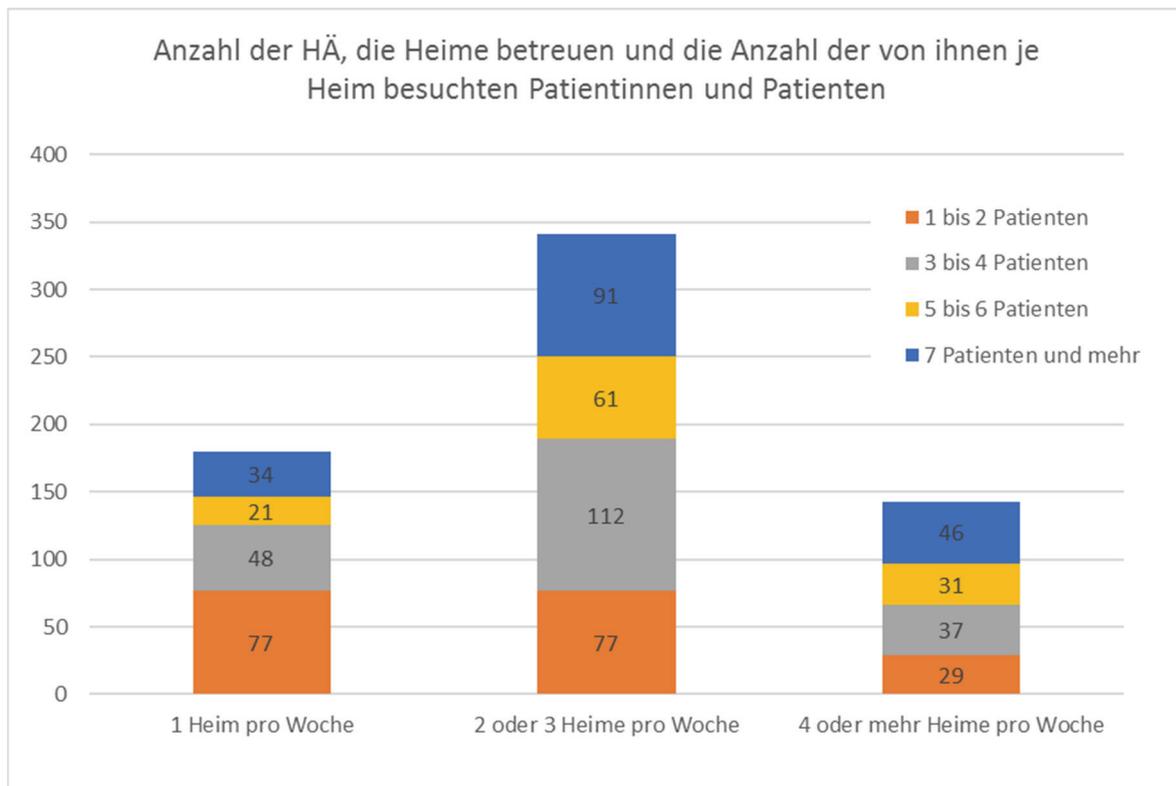


Abbildung 4: Anzahl der HÄ, die Heimbesuche durchführen, stratifiziert nach der Anzahl an Patientinnen und Patienten je Heimbesuch

Die Prozentzahl der HÄ, die persönlich Haus- und Heimbesuche realisieren, unterscheidet sich signifikant nach Regionen.

Je ländlicher die Region nach PLZ3-Großstadtregion (8), desto geringer die Prozentzahl der HÄ, die angeben, persönlich weniger Hausbesuche zu machen. Die Prozentzahl der HÄ, die mehr Hausbesuche durchführen, nimmt deutlich zu (Abbildung 5).

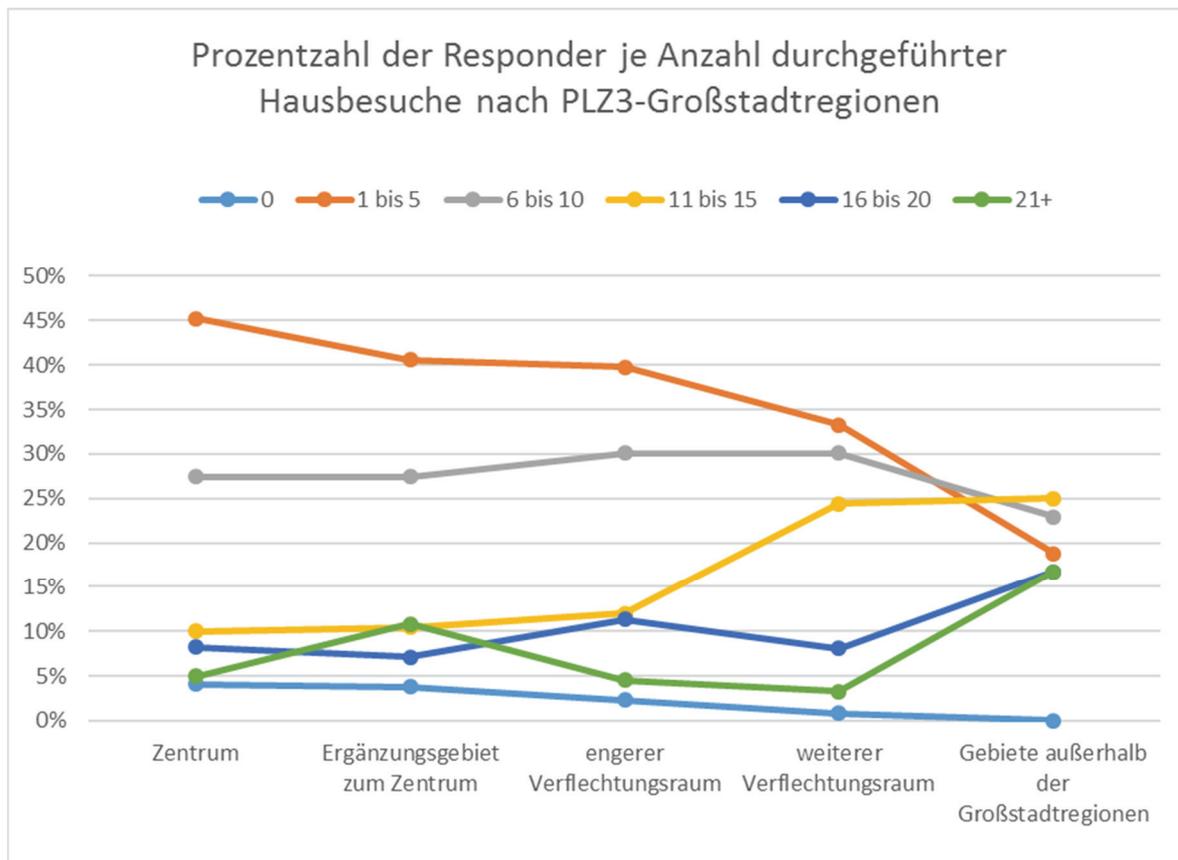


Abbildung 5: Hausbesuche pro Woche nach PLZ3-Großstadregionen

Insbesondere für ländliche Praxen könnte ein erweitertes Einsatzspektrum für entsprechend qualifizierte MFA vorliegen.

Bei den Heimbesuchen konnte festgestellt werden, dass der Prozentsatz der HÄ, die keine Heimbesuche betreuen, abfällt, je ländlicher die Region wird. Dagegen ist eine leichte Erhöhung des Prozentsatzes der HÄ zu verzeichnen, die 2 oder 3 Heime pro Woche besuchen. Anders als bei den Hausbesuchen reduziert sich die Prozentzahl an HÄ, die Heime besuchen. Vor allem im engeren Verflechtungsraum nach PLZ3-Großstadregion (8), nimmt die Anzahl an betreuten Heimen im Vergleich zu städtischeren und ländlicheren Regionen ab (Abbildung 6).

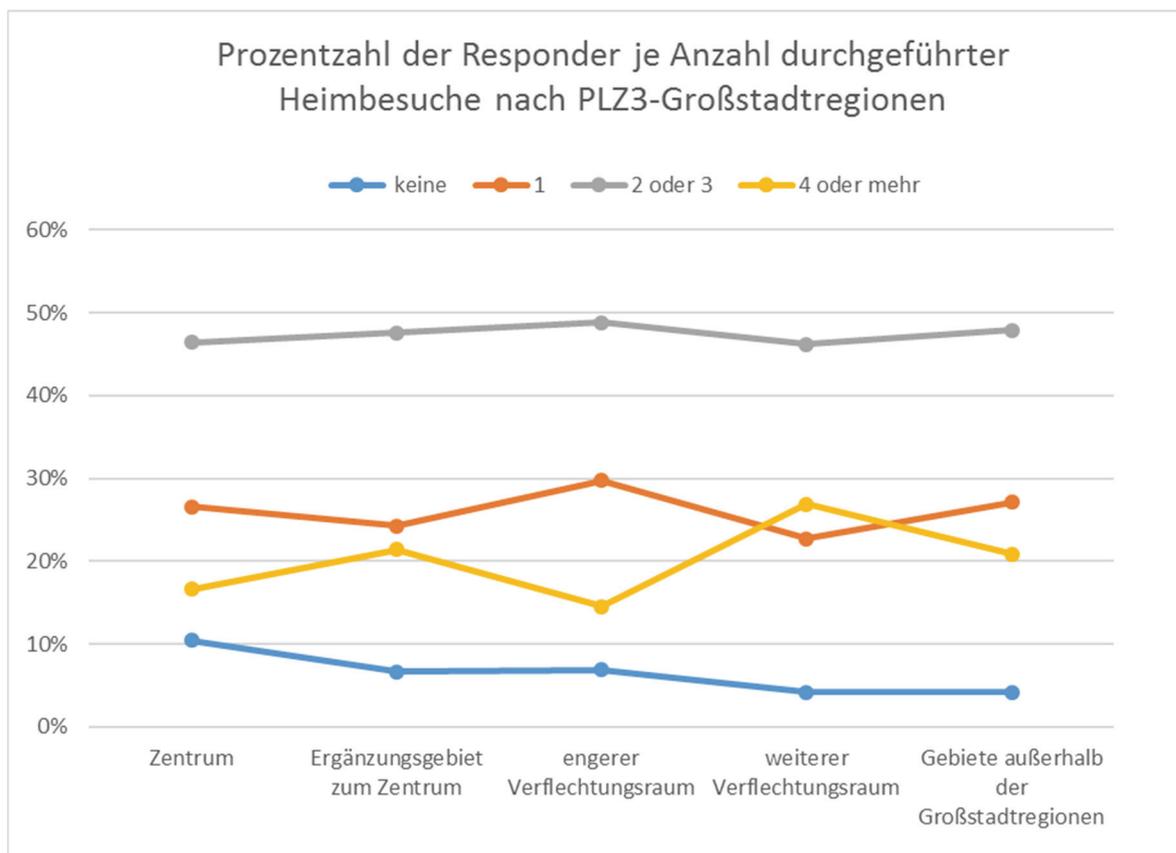


Abbildung 6: Heimbefuche pro Woche nach PLZ3-Großstadtregionen

Es ist zu vermuten, dass die Anzahl der Heime in den Regionen differiert. Die Distribution und Densität der Heime nach Region müsste in einer weiteren Studie untersucht werden, um dieses mit dem Versorgungsgebiet bzw. Einzugsgebiet der HÄ zu vergleichen. Daraus würden sich Praxen identifizieren lassen, die durch den Einsatz von für Heimbefuche qualifizierte MFA besonders profitieren könnten. Die wöchentlichen, persönlich durchgeführten Haus- und Heimbefuche wurden für die HÄ, die über 90 % der Haus- und Heimbefuche als Routine oder Notfall realisieren, gesondert untersucht.

HÄ, die über 90 % ihrer Hausbesuche als Routinebesuche machen, unterscheiden sich nur leicht von den HÄ die weniger als 90 % der Hausbesuche als Routine-Hausbesuche durchführen: Erstere machen etwas mehr Hausbesuche pro Woche als die Zweitgenannten.

HÄ, die 90 % oder mehr ihrer Hausbesuche als Notfallbesuche durchführen, machen im Vergleich weniger Hausbesuche pro Woche als HÄ, die unter 90 % ihrer Hausbesuche als Notfallbesuche realisieren (Abbildung 7).

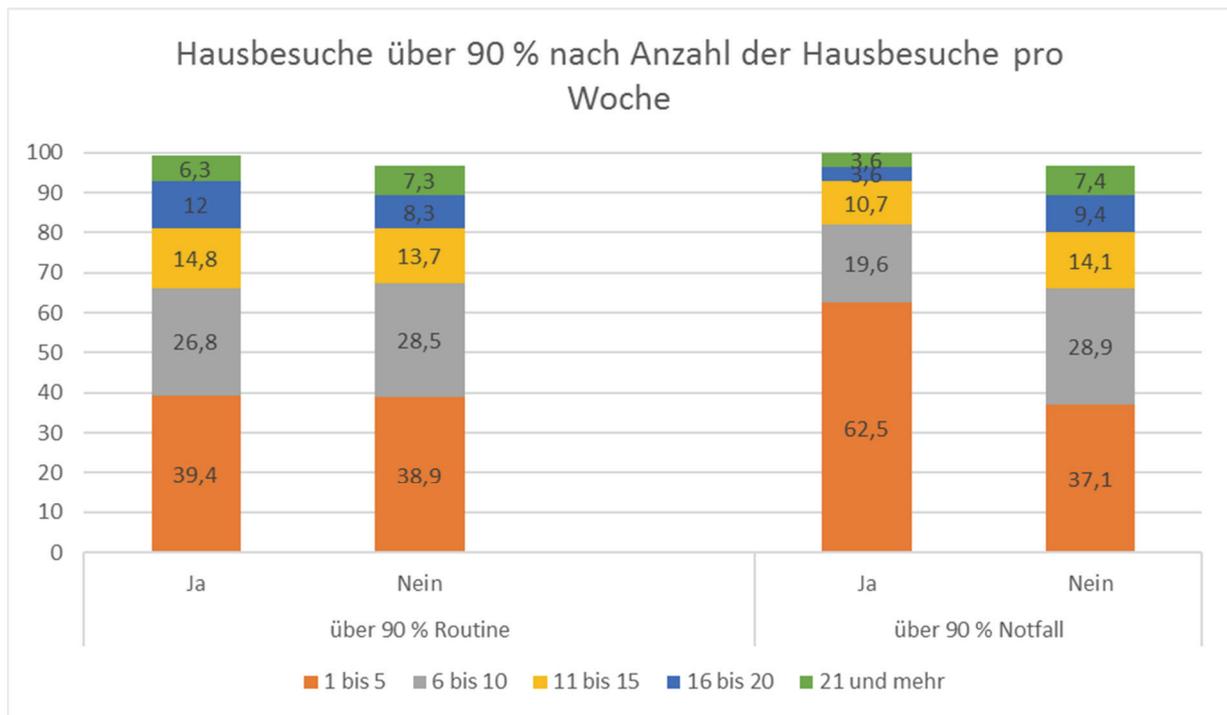


Abbildung 7: Hausbesuche über 90 % als Routine oder Notfall nach Anzahl der Hausbesuche pro Woche

HÄ, die über 90 % ihrer Heimbesuche als Routinebesuche durchführen, gaben signifikant mehr Heimbesuche an als HÄ, die weniger als 90 % ihrer Heimbesuche als Routinebesuche absolvieren. Die Anzahl der pro Heimbesuch betreuten Patientinnen und Patienten ist leicht höher bei den HÄ, die nicht über 90 % ihrer Heimbesuche als Routine realisieren.

HÄ, die 90 % oder mehr ihrer Heimbesuche als Notfallbesuche absolvieren, machen signifikant weniger Heimbesuche pro Woche als HÄ, die unter 90 % ihrer Heimbesuche als Notfallbesuche realisieren. Die Anzahl der pro Heimbesuch betreuten Patientinnen und Patienten ist bei HÄ, die über 90 % ihrer Heimbesuche als Notfallbesuche realisieren, signifikant geringer (Abbildung 8).

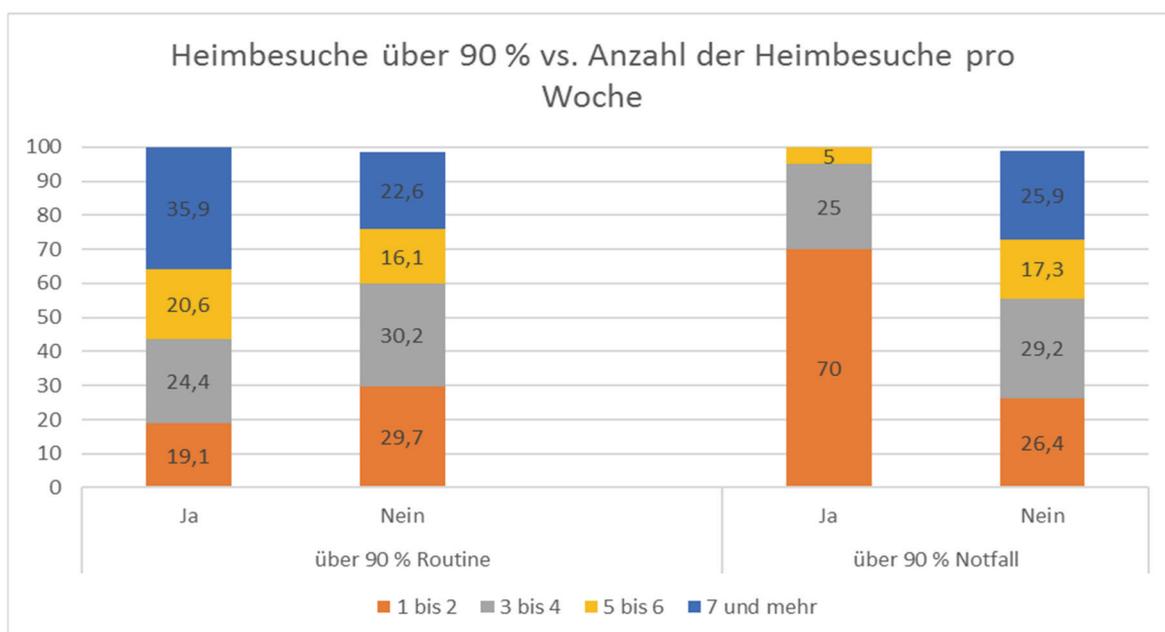
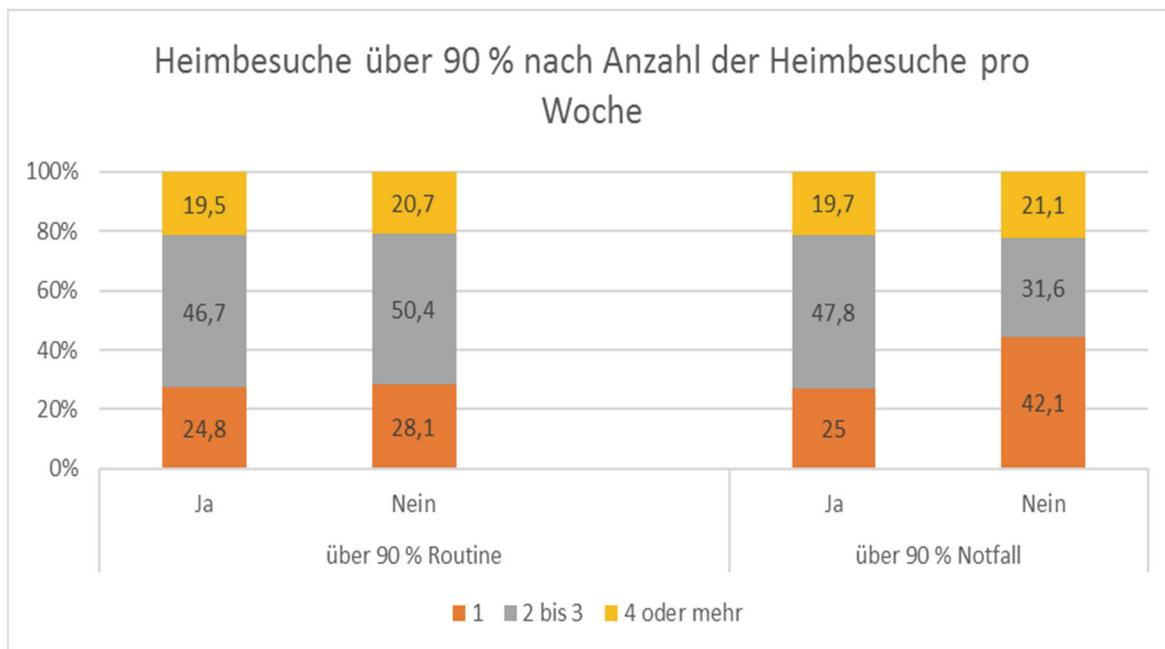


Abbildung 8: Heimbesuche über 90 % als Routine- oder Notfallbesuche nach Anzahl der Heimbesuche pro Woche und Anzahl der Heimbesuchspatientinnen und -patienten pro Heimbesuch

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede nach Alter, Geschlecht oder Region der HÄ, die über 90 % Routine- oder Notfallheimbesuche realisieren.

Weitere Analysen könnten die Praxischarakteristika, das Delegationsprofil basierend auf konkreten Tätigkeiten oder die Einstellung bezüglich Delegation bzw. dem Informationsgrad zur Delegationsvereinbarung auf der Grundlage dieser Klassifikation (über 90 % der Hausbesuche als Routine oder Notfall) untersuchen, sind aber nicht Gegenstand dieses Berichtes.

3.5 Aktuelle Delegation von Praxis-, Haus- oder Heimbuchstätigkeiten

Praxis-, Haus- und Heimbuchstätigkeiten werden von HA an weiterqualifizierte MFA (EVA = Entlastende Versorgungsassistentinnen , VERAH / VERAHPlus = Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis / Plus), an MFA ohne eine der benannten Qualifikationen (MFA), an arztlisches Personal (angestellte Ärztinnen und Ärzte oder Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) oder an Andere (z. B. Pflegedienst) delegiert.

Von 762 Respondern delegieren 22,7 % keine Hausbesuche, 25,2 % keine Heimbuchstätigkeiten und 9,8 % keine Praxistätigkeiten. 72,3 % (n=551 HA) der Responder gaben an, Praxistätigkeiten, 35,4 % (n=269) Hausbesuche und 28,6 % (n=218) Heimbuchstätigkeiten an eine MFA zu delegieren. Weitere 31 % (n=241 HA) delegieren Praxistätigkeiten, 34,9 % (n=266 HA) Hausbesuche und 31,9 % (n=243) Heimbuchstätigkeiten an eine weiterqualifizierte MFA. An arztlisches Personal (angestellte Ärztinnen und Ärzte oder Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) delegieren 23,5 % der HA (n=179) Praxistätigkeiten, 21,6 % (n=164) Hausbesuche und 20,3 % (n=155) Heimbuchstätigkeiten (Abbildung 9).

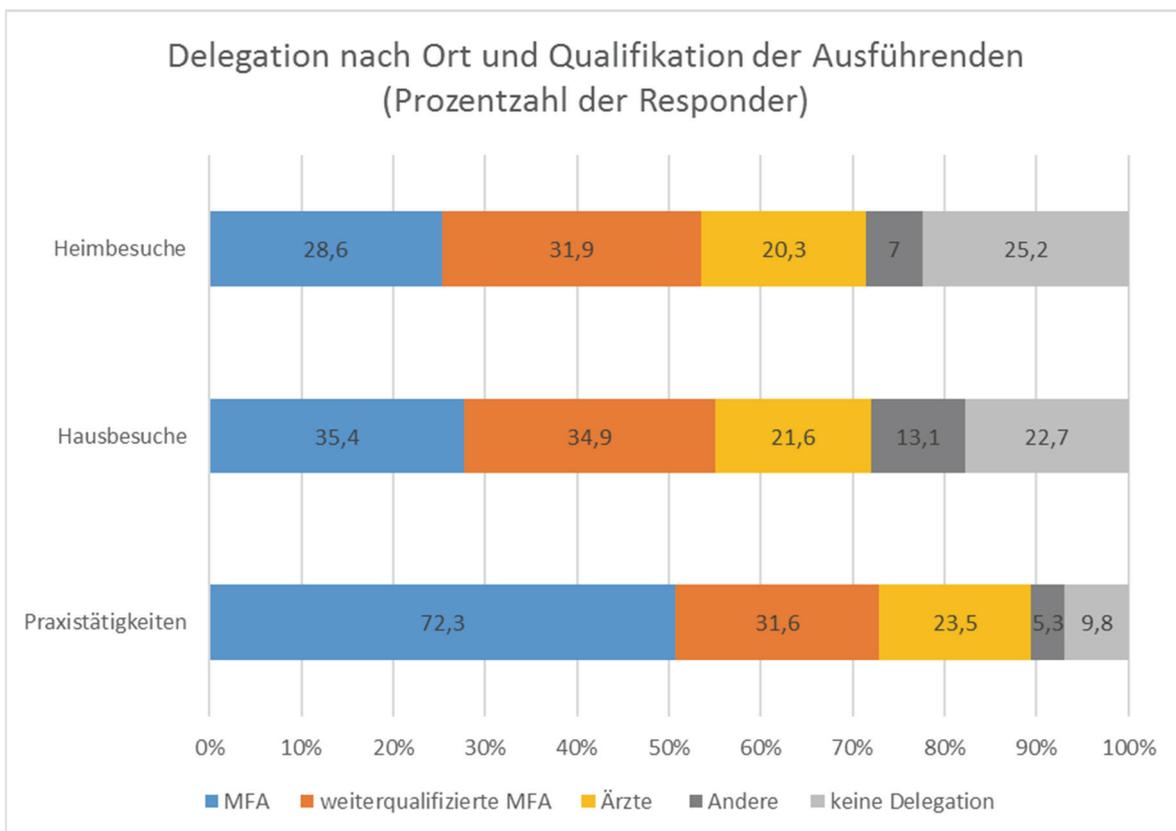


Abbildung 9: Delegation nach Ort der Delegation und Qualifikation der Ausführenden (%)

Die meisten HÄ delegieren in der Praxis an MFA ohne zusätzliche Qualifikation. Dies war zu erwarten, da nur wenige MFA eine weiterführende Qualifikation absolviert haben.

23,5 % der HÄ delegieren Praxistätigkeiten an ärztliches Personal. 21,6 % delegieren Hausbesuche und 20,3 % Heimbuchstätigkeiten an Kolleginnen und Kollegen. An ärztliche Kolleginnen und Kollegen werden am wenigsten Heimbuchstätigkeiten delegiert.

Hausbesuche werden von etwa gleich vielen HÄ an MFA ohne wie an MFA mit einer weiterführenden Qualifikation delegiert (35,4 % vs. 34,9 % der HÄ).

Bei Heimbuchsen ist der Anteil der HÄ, die an weiterqualifizierte MFA delegieren (31,9 %), größer als der Anteil der HÄ, die Heimbuchse an eine MFA ohne weitere Qualifikation delegieren (28,6 %).

Die Rolle der MFA bei der Begleitung von Haus- und Heimbuchsen durch HÄ wurde mit dieser Umfrage nicht erfasst. Es ist jedoch zu erkennen, dass bereits unter den jetzigen Versorgungsbedingungen HÄ in NRW Anteile von Haus- und Heimbuchstätigkeiten an ihre MFA delegieren, auch wenn sie noch nicht über eine abgeschlossene Zusatzqualifikation als EVA oder VERAH verfügen.

Auch wurde durch diese Umfrage die Wertigkeit der abgeschlossenen Ausbildung in Bezug auf die in der Praxis angeeignete Kompetenz nicht erforscht. Weiterhin wurde durch diese Umfrage nicht die langjährige Berufserfahrung der MFA, denen diese Haus- und Heimbuchstätigkeiten anvertraut werden, erfasst. Bekanntlich ist das Vertrauen der HÄ in ihre MFA ein wichtiges Argument für die Delegation von Tätigkeiten.

5,3 % der HÄ delegieren Praxistätigkeiten an Andere. Es ist davon auszugehen, dass darunter angelerntes Praxispersonal mit in dieser Erhebung nicht erfassten Qualifikationen sowie auch PartnerInnen der PraxisinhaberInnen als Praxispersonal geführt werden. Es ist grundsätzlich denkbar, dass diese auch ohne zusätzliche formale Qualifizierung delegierte Aufgaben in Hausarztpraxen übernehmen.

Möglicherweise werden in den 13,1 % Haus- und 7,0 % Heimbuchsen Besuche enthalten sein, die an Andere delegiert worden sind, wie z. B. KV-Notfalldienste, Pflegedienste oder Pflegepersonal im Heim. Wer sich genau dahinter verbirgt, kann durch diese Umfrage nicht geklärt werden.

Die Eigenschaften der HÄ, die an MFA bzw. weiterqualifizierte MFA delegieren, wird in Abbildung 10 dargestellt.

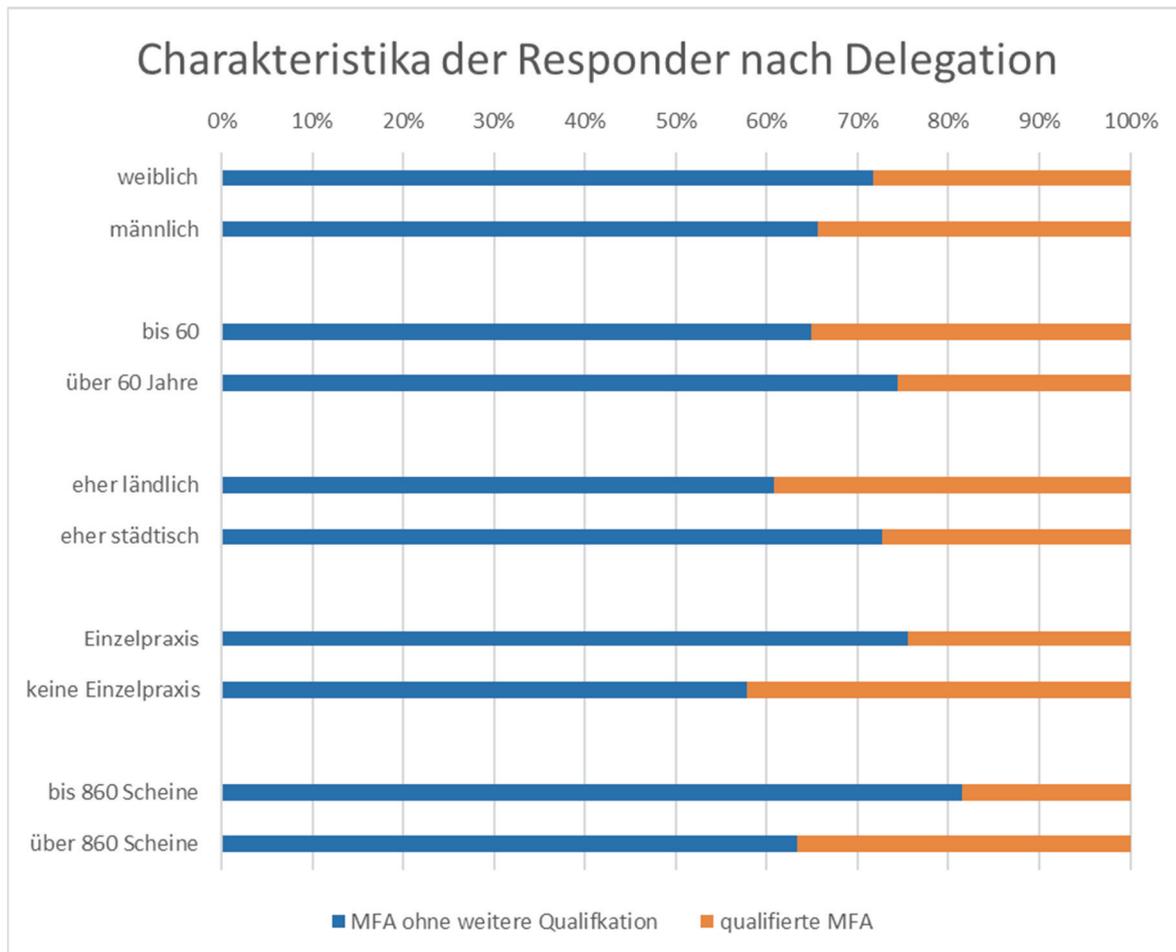


Abbildung 10: Charakteristika der HÄ nach Delegation

Hausärztinnen, ältere HÄ, HÄ aus gefühlt eher städtischen Gebieten, HÄ, die in Einzelpraxen tätig sind und HÄ, die bis 860 Scheine pro Quartal abrechnen, delegieren häufiger an MFA ohne weitere Qualifikation.

Möglicherweise wird von diesen HÄ die Abrechenbarkeit der durch nÄPp erbrachten Leistungen als weniger wichtig empfunden als die Entlastung. Die Grundlage für das Delegieren könnte eher die Einschätzung dieser HÄ zu den Kompetenzen ihres nÄPp als in deren Zertifizierung liegen. Diese Aspekte könnten durch weitere Analysen inklusive einer qualitativen Befragung der delegierenden HÄ erforscht werden.

Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen delegierenden und nicht delegierenden HÄ in Bezug auf die Anzahl der persönlich durchgeführten Haus- bzw. Heimbefuche festgestellt.

Die Analyse der Delegation an weiterqualifizierte MFAs, zeigte, dass Tätigkeiten vor allem an EVA delegiert werden. EVA wird eher im Haus- und Heimbefuch eingesetzt als in der Praxis: 18,9 % der Responder delegieren Hausbesuche und 17,2 % Heimbefuche an eine EVA, doch nur 16,4 % der Responder delegieren Praxistätigkeiten an EVA. Die VERAH wird gleichwohl in Praxis, Haus- wie Heimbefuch eingesetzt.

Die prozentuale Verteilung der Tätigkeiten nach Qualifizierung der MFA wird in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Aktuelle Delegation von Tätigkeiten nach Qualifikatonsprofile

Delegiert an:	Praxis-tätigkeiten		Hausbesuche		Heimbefuche	
	HÄ		HÄ		HÄ	
	n	%	n	%	n	%
EVA	125	16,4	144	18,9	131	17,2
VERAH	84	11,0	87	11,4	80	10,5
VERAH Plus	32	4,2	35	4,6	32	4,2

Es ließen sich signifikante Unterschiede in der Delegation an EVA, VERAH Plus und MFA bei Praxistätigkeiten, Hausbesuchs- und Heimbefuchstätigkeiten feststellen (Abbildung 11).

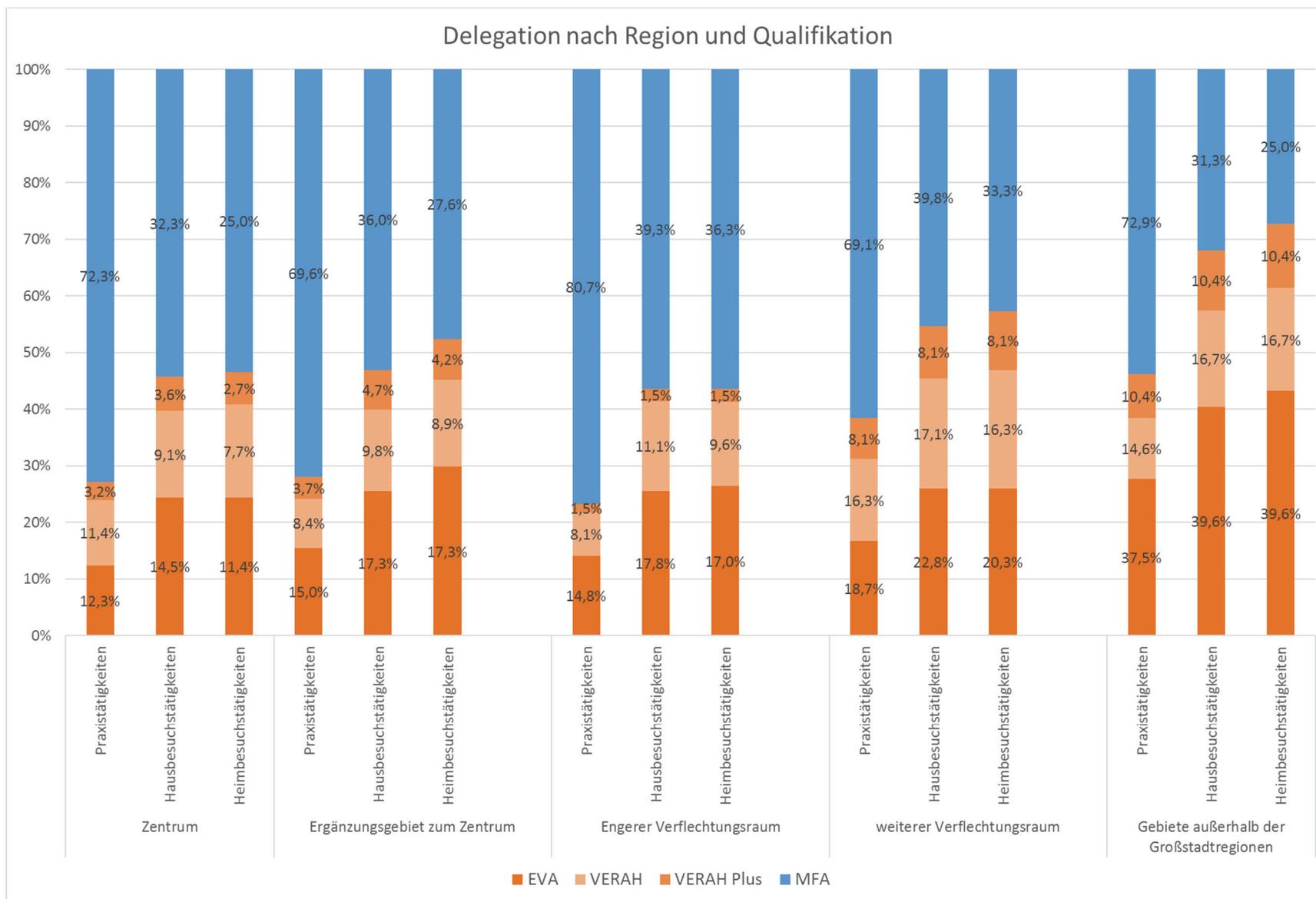


Abbildung 11: Delegation an nicht-ärztliches Personal nach Region und Qualifikation

Mit dem „Ländlicherwerden“ der Region ist der Anteil an HÄ, die an weiterqualifizierte MFA Tätigkeiten in der Praxis sowie bei Haus- und Heimbisuchen delegieren, größer.

In Gebieten außerhalb der Großstadtregion ist der Prozentsatz der HÄ, die an EVA und VERAH Plus Tätigkeiten in der Praxis, im Haus- und Heimbisuch delegieren, viel höher als in anderen Regionen. Am geringsten ist der Prozentsatz der HÄ, die Praxistätigkeiten an qualifizierte MFA delegieren. Dieser Prozentsatz reduziert sich mit dem Ländlicherwerden der Region: in den PLZ3-Großstadtregionen „Zentrum“ und im „Einzugsgebiet Zentrum“ ist der Prozentsatz deutlich geringer als in den Gebieten „weiterer Verflechtungsraum“ und in den Gebieten „außerhalb der Großstadtregionen“. Alle Unterschiede waren signifikant ($p < 0,05$) bis auf den Einsatz von VERAH in der Praxis und bei Hausbesuchstätigkeiten.

4. Patientenstruktur in der Praxis, bei Haus- und Heimbisuchen

Von den 762 Respondern führen 95,3 % ($n=726$) persönlich Hausbesuche und 89,0 % ($n=678$) persönlich Heimbisuche durch. 2,6 % der Responder ($n=20$) führen keine Hausbesuche durch und 7,2 % ($n=55$) keine Heimbisuche. 2,1 % ($n=16$) machten keine Angaben zur Durchführung von Hausbesuchen und 3,8% keine Angaben zur Realisierung von Heimbisuchen. Die Übersicht aller im Haus- und Heimbisuch betreuten Praxispatientinnen und -patienten wird in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Prozentualer Anteil der im Haus- und Heimbisuch betreuten Patientinnen und Patienten

	im Hausbesuch		im Heimbisuch	
	n	%	n	%
HÄ, die persönlich Haus- und Heimbisuche durchführen	726	95,3	678	89,0
betreute Praxispatienten (%)				
unter 5 %	479	62,9	415	54,5
5 bis unter 15 %	207	27,2	183	24,0
15 % und mehr	40	5,3	80	10,5
HÄ, die keine persönlichen Haus- und Heimbisuche realisieren	20	2,6	55	7,2
fehlende Angaben	16	2,1	29	3,8
Gesamt	762	100	760	100

Daraus errechnet sich, dass ein Drittel aller HÄ mehr als 5 % ihrer Patientinnen und Patienten im Hausbesuch (32,5 %; n=247) bzw. im Heimbefuch (34,5 %; n=263) betreut.

In Abbildung 12 wird die durchschnittliche Altersstruktur der Patientinnen und Patienten in den Praxen der Responder unterteilt nach KV-Gebiet, dargestellt.

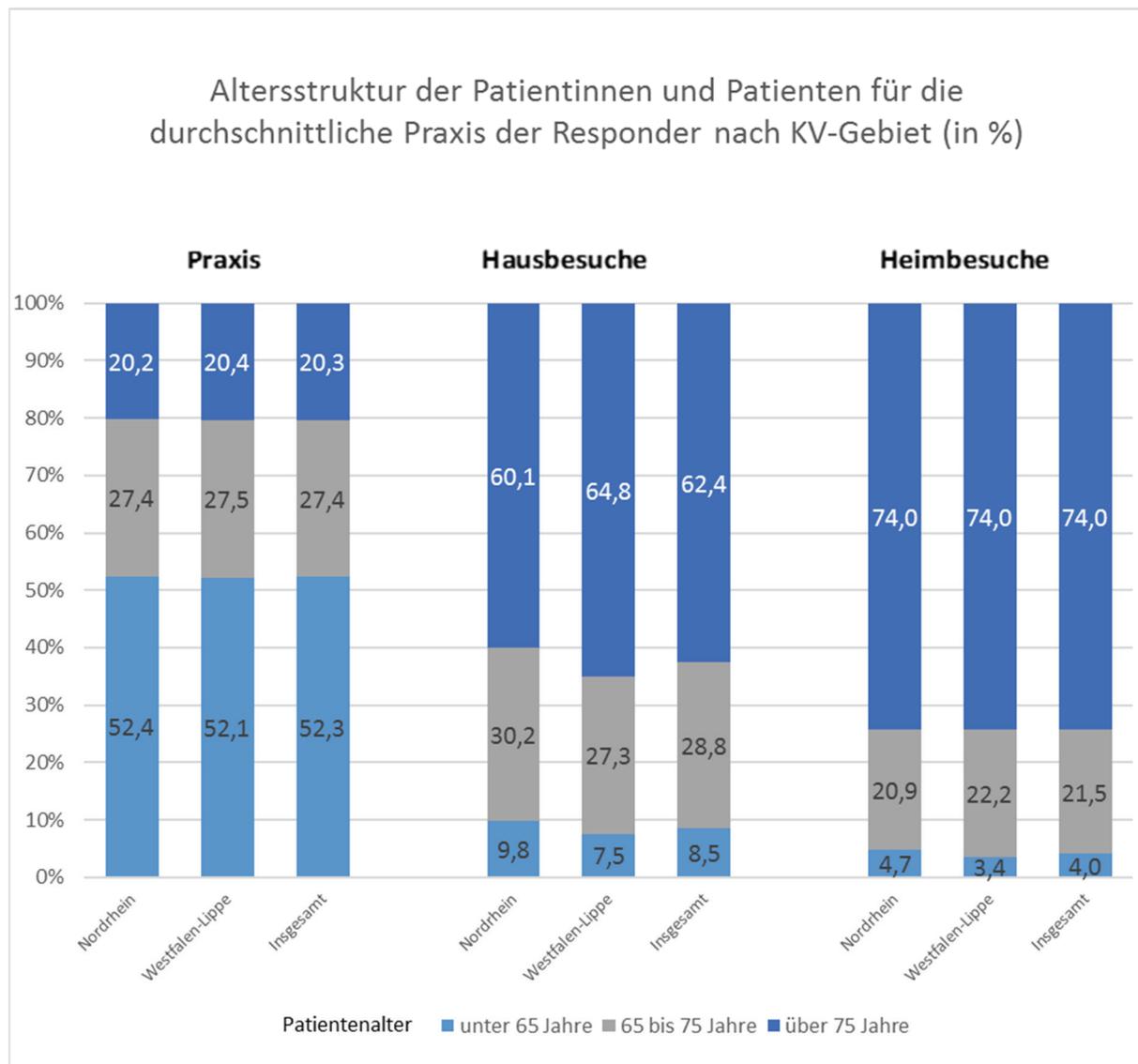


Abbildung 12: Durchschnittliche Praxis der Responder, Altersstruktur der Patientinnen und Patienten

Es sind keine Unterschiede in der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten zwischen den Regionen festzustellen. Zu vermuten ist, dass das Spektrum der zu versorgenden Patientinnen und Patienten mit der Notwendigkeit von Haus- und Heimbefuchen in beiden KV-Gebieten ähnlich ausgeprägt ist.

5. Nicht-ärztliches Praxispersonal

5.1 Qualifikation des Praxispersonals der Responder

Die Fragestellung lautete: „Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der MFA mit den hier aufgeführten Qualifikationen an.“ Es gab Felder für folgende Qualifikationen:

EVA/NäPa, VERAH, VERAH Plus, MFA. Zusätzlich wurde gefragt, ob das näPp seine jeweilige Qualifikation schon abgeschlossen hat (geprüft) oder sich noch in Ausbildung befindet (in Ausbildung).

101 HÄ haben die Antwortfelder dieser Frage frei gelassen. Mit 13,3% ist die Rate der frei gelassenen Felder deutlich höher als bei der vorherigen Frage zur Anzahl des angestellten näPp. Es ist unklar, ob ihr Personal keines der genannten Qualifikationen aufweist oder ob die Frage von einem Großteil der HÄ freigelassen wurde, z.B. weil sie davon ausgingen, dass bei dieser Frage nur Zusatzqualifikationen abgefragt wurden, die in Zusammenhang mit den Delegationskonzepten stehen. Es ist nicht auszuschließen, dass dadurch eine Unterschätzung der Gesamtanzahl an MFA (und ihr prozentualer Anteil) entstanden ist.

Nach Angaben der Responder beschäftigen:

73,4 % (n=559) mindestens 1 MFA (geprüft oder in Ausbildung)

24,5 % (n=187) mindestens 1 EVA/NäPa (geprüft oder in Ausbildung)

15,2 % (n=116) mindestens 1 VERAH (geprüft oder in Ausbildung)

4,7 % (n=36) mindestens 1 VERAH Plus (geprüft oder in Ausbildung)

739 Responder machten Angaben zur Region und Qualifikation des näPp. Von diesen HÄ wurden zum Zeitpunkt der Erhebung insgesamt 2.222 MFA, 243 EVA, 140 VERAH und 42 VERAH Plus beschäftigt. Angaben zum Ausbildungsstatus des näPp der Responder werden in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Qualifikation des Praxispersonals der Responder nach Ausbildungsstatus

Qualifikation des Praxispersonals der Responder	geprüft		in Ausbildung		Gesamt
	n	%	n	%	n
MFA	1.951	87,8	271	12,2	2.222
EVA	155	63,8	88	36,2	243
VERAH	119	85,0	21	15,0	140
VERAH Plus	35	83,3	7	16,7	42
Gesamt näPp (bei 739 HÄ)	2260	100	387	100	2.647

Am weitesten verbreitet war die EVA-Ausbildung, bei der auch der größte Zuwachs festgestellt wurde: 63 % waren geprüft und 36 % wurden zum Zeitpunkt der Befragung ausgebildet. Bei der VERAH- und VERAH Plus-Qualifikation waren diese schon zu 85,0 % und 85,3 % geprüft. Die Nachwuchsförderung hielt sich bei VERAH und VERAH Plus in einer bescheidenen Höhe von jeweils 15,0 % und 16,7 %.

Die Verteilung des Praxispersonals der Responder nach KV-Gebieten wird in Tabelle 19 dargestellt. Die Bezugsgröße ist auch hier das nÄPp, nicht die Responder.

Tabelle 19: Qualifikation des Praxispersonals nach Region

Qualifikation des Praxispersonals der Responder (Anzahl) nach Region (KV Gebiet)	geprüft		in Ausbildung		Gesamt
	n	%	n	%	n
KV-NO					
MFA	926	87,4	134	12,6	1.060
EVA	68	64,8	37	35,2	105
VERAH	49	89,1	6	10,9	55
VERAH Plus	11	84,6	2	15,4	13
KV- WL					
MFA	908	87,7	127	12,3	1.035
EVA	76	64,4	42	35,6	118
VERAH	55	79,7	14	20,3	69
VERAH Plus	20	87,0	3	13,0	23
fehlend (keine Angabe zur Region)					
MFA	117	92,1	10	7,9	127
EVA	11	55,0	9	45,0	20
VERAH	15	93,8	1	6,3	16
VERAH Plus	4	66,7	2	33,3	6
Gesamt nÄPp (bei 739 HÄ	2260	100	387	100	2.647

Hinweis: Multiple Qualifizierungen sind möglich. Somit entsprechen die hier angegebenen Zahlen nicht zwingend unterschiedlichen Personen.

Aufgrund von fehlenden Angaben zur Region konnten nicht alle Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter einem KV-Gebiet zugeordnet werden. Zusätzlich ist zu vermerken, dass die HÄ eine unterschiedlich hohe Anzahl an Personal beschäftigen. Daraus folgt, dass die Gesamtanzahl des nÄPp, bei denen die Angaben zur Region fehlen, höher ist als die Anzahl der HÄ mit fehlenden Angaben zur Region.

Betrachtet man die prozentuale Verteilung der aktuellen und der künftigen Qualifikationen des Praxispersonals, wird festgestellt:

Die aktuelle Zusammenstellung des geprüften Praxispersonals beinhaltet zu 86,3 % (n=1.951) MFA, zu 6,9 % (n=155) EVA, zu 5,2 % (n=119) VERAH und zu 1,5 % (n=35) VERAH Plus.

Die Verteilung der jeweiligen Qualifikationen des Praxispersonals im Verhältnis zu allen sich zurzeit in Ausbildung befindenden nÄPp (n=387) stellt sich wie folgt dar: 70,0 % (n=271) MFA, 22,7 % (n=88) EVA, 5,4 % (n=21) VERAH und 1,8 % (n=7) VERAH Plus. Der Vergleich zur aktuellen Qualifizierung ergibt, dass der prozentuale Zuwachs an EVA-Qualifizierungen am stärksten ist.

Zum regionalen Vergleich des Praxispersonals im KV-Gebiet wurde die durchschnittliche Anzahl an Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern je 100 HÄ berechnet. In NO ergab dies im Durchschnitt 253,4 geprüfte und 36,5 sich in Ausbildung befindende MFA je 100 HÄ, während es in WL 270,3 geprüfte und 37,7 sich in der Ausbildung befindende MFA je 100 HÄ gibt. Die regionalen Vergleiche in Bezug auf das Praxispersonal mit den Zusatzqualifikationen EVA, VERAH und VERAH Plus wird, separiert nach dem Status „geprüft“ oder „in Ausbildung“, in Abbildung 13 dargestellt. Bei allen Kategorien ist der Anteil an geprüften und sich in Ausbildung befindenden EVA, VERAH und VERAH Plus je 100 HÄ in WL höher als in NO.

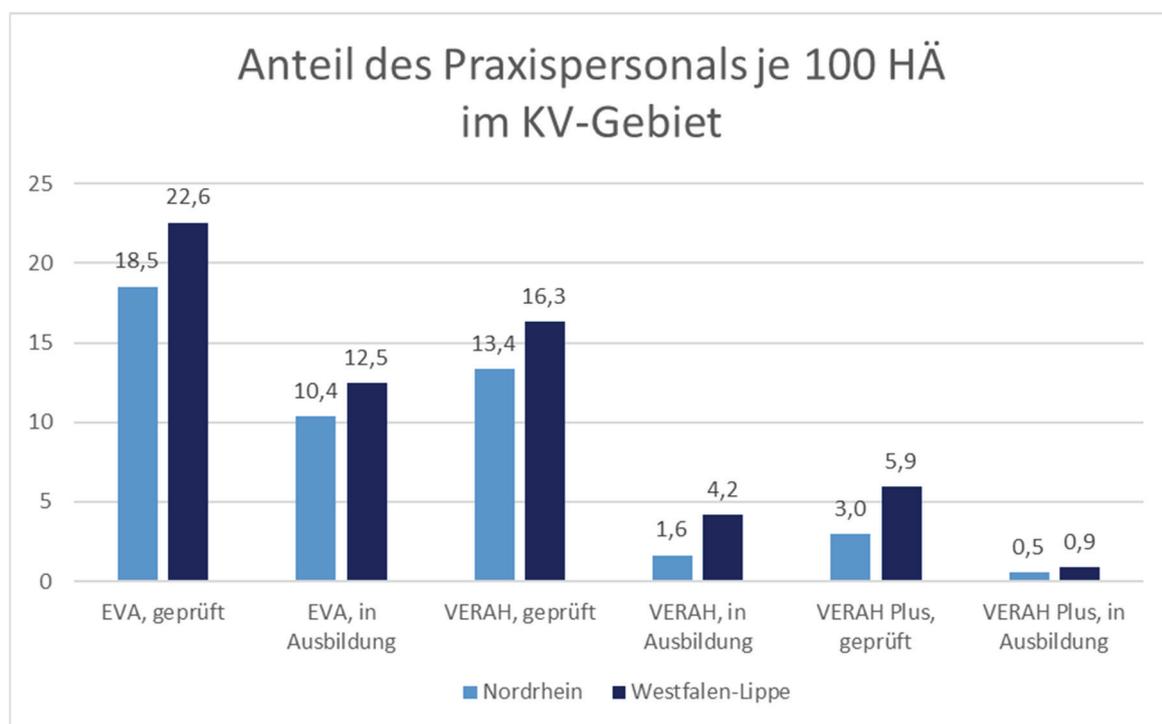


Abbildung 13: Anteil des Praxispersonals mit Zusatzqualifikation je 100 HÄ nach KV-Gebiet (%)

Zusätzlich wurde der prozentuale Anteil an HÄ, die Praxispersonal mit Zusatzqualifizierungen beschäftigen, für beide KV-Gebiete berechnet (Abbildung 14). Auch bei dieser Messung ist in WL der prozentuale Anteil an HÄ, die eine EVA/VERAH/VERAH Plus beschäftigen, größer als in NO. Der Unterschied steht in Bezug zum prozentualen Anteil an HÄ, die eine VERAH beschäftigen ($X^2=4,65$; $p=0,034$). Bezüglich der EVA- und VERAH Plus-Qualifikationen wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

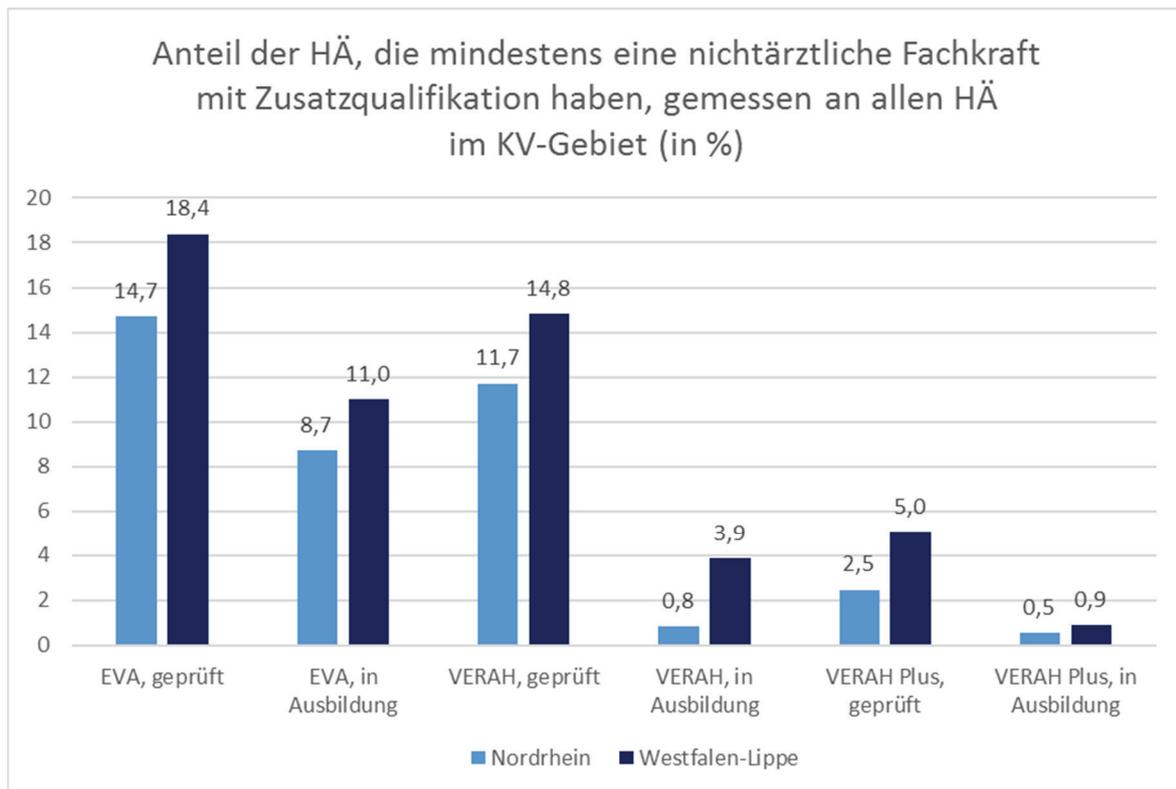


Abbildung 14: Anteil der HÄ, die mindestens ein nÄPp beschäftigen (geprüft und in Ausbildung) nach KV-Gebiet (%)

5.2 Arbeitsstunden des nicht-ärztlichen Praxispersonals (pro Woche)

Die Fragestellung: „Wie viel nicht-ärztliches Personal ist in Ihrer Praxis angestellt“ wurde von insgesamt 752 HÄ beantwortet.

Insgesamt wurden 2.409 MFA mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Std. und mehr angegeben und 892 MFA mit weniger als 20 Std. pro Woche. Daraus errechnet sich eine Gesamtanzahl von 3.301 Personen, die als nÄPp beschäftigt werden. Somit sind 73,0 % der MFA mindestens 20 Std. pro Woche beschäftigt.

Es gibt eine Differenz von 654 Personen zur Gesamtanzahl des nÄPp in Höhe von 2.647 (Abschnitt 5.1), die eine andere oder keine der erfragten Qualifikationen aufweisen. Denkbar ist, dass sich darunter Krankenschwestern, Auszubildende, Personal im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes, Medizinstudierende oder sogar weitere als nÄPp angegebene Personen verbergen. Es ist jedoch auffällig, dass es sich um eine so hohe Zahl handelt. Zusätzlich zu der unterschiedlichen Ausfüllrate jeder Frage kann als Grund hinzukommen, dass es bei doppelter Qualifikation einer Person zu einem doppelten Eintrag kam. Es ist auch nicht auszuschließen, dass eine MFA, die z.B. bei zwei HÄ jeweils unter 20 Std. pro Woche angestellt ist, auch zu doppelten Einträgen geführt hat.

Die meisten HÄ beschäftigen gleichzeitig vier oder mehr MFA über 20 Std. HÄ, die nÄPp unter 20 Std. beschäftigen, haben am häufigsten eine oder zwei MFA mit jeweils < 20 Std.

In NRW gaben 83 % der HÄ an, insgesamt zwei oder mehr MFA zu beschäftigen. Dieses ist in etwa vergleichbar mit MV, wo 90 % aller HÄ angaben zwei oder mehr MFA zu beschäftigen.

Tabelle 20 zeigt die genaue Anzahl an HÄ, die eine oder mehrere MFA beschäftigen. Diese sind unterteilt in Anzahl der MFA mit einer Arbeitszeit unter 20 Std. bzw. 20 Std. oder mehr pro Woche.

Tabelle 20: Arbeitszeit der MFA, die bei den Responder beschäftigt sind

Anzahl der MFA	HÄ mit MFA mit 20 Std. oder mehr pro Woche		HÄ mit MFA unter 20 Std. pro Woche	
	n	%	n	%
1	83	10,9	201	26,4
2	217	28,5	136	17,8
3	180	23,6	57	7,5
4 oder mehr	254	33,3	49	6,5
keine oder fehlend	28	3,7	319	41,8
Gesamt	762	100	762	100

40,3 % der HÄ (n=307) beschäftigen ausschließlich nÄPp mit 20 Std. pro Woche oder mehr. 56,0 % (n=427) HÄ gaben an, sowohl mindestens eine MFA mit 20 Std. pro

Woche oder mehr als auch mindestens eine MFA mit weniger als 20 Std. pro Woche im Team zu haben. 2 % der HÄ (n=16) beschäftigen ausschließlich MFA mit einer Wochenarbeitszeit unter 20 Std.

Fast die Hälfte der HÄ, die zwei MFA unter 20 Std. beschäftigen, haben auch weitere 2 MFA im Team angestellt mit 20 Std. oder mehr pro Woche. Ein Drittel aller HÄ (33,3 %, n=254) beschäftigt vier oder mehr MFA mit 20 Std. pro Woche oder mehr. Von diesen hat die Hälfte (50,8 %, n=129) zusätzliche nÄPp mit weniger als 20 Wochenstunden angestellt. HÄ, die nÄPp unter 20 Std. pro Woche angestellt haben, verfügen meistens über eine (26,4 %; n=201) oder über 2 (17,8 %; n=136) MFA. HÄ, die mehrere Mitarbeiter mit einer Arbeitszeit über 20 Std. pro Woche angestellt haben, beschäftigen signifikant weniger Personal unter 20 Std. pro Woche.

Die Zusammenstellung der Praxisteam wird in Abbildung 15 dargestellt.

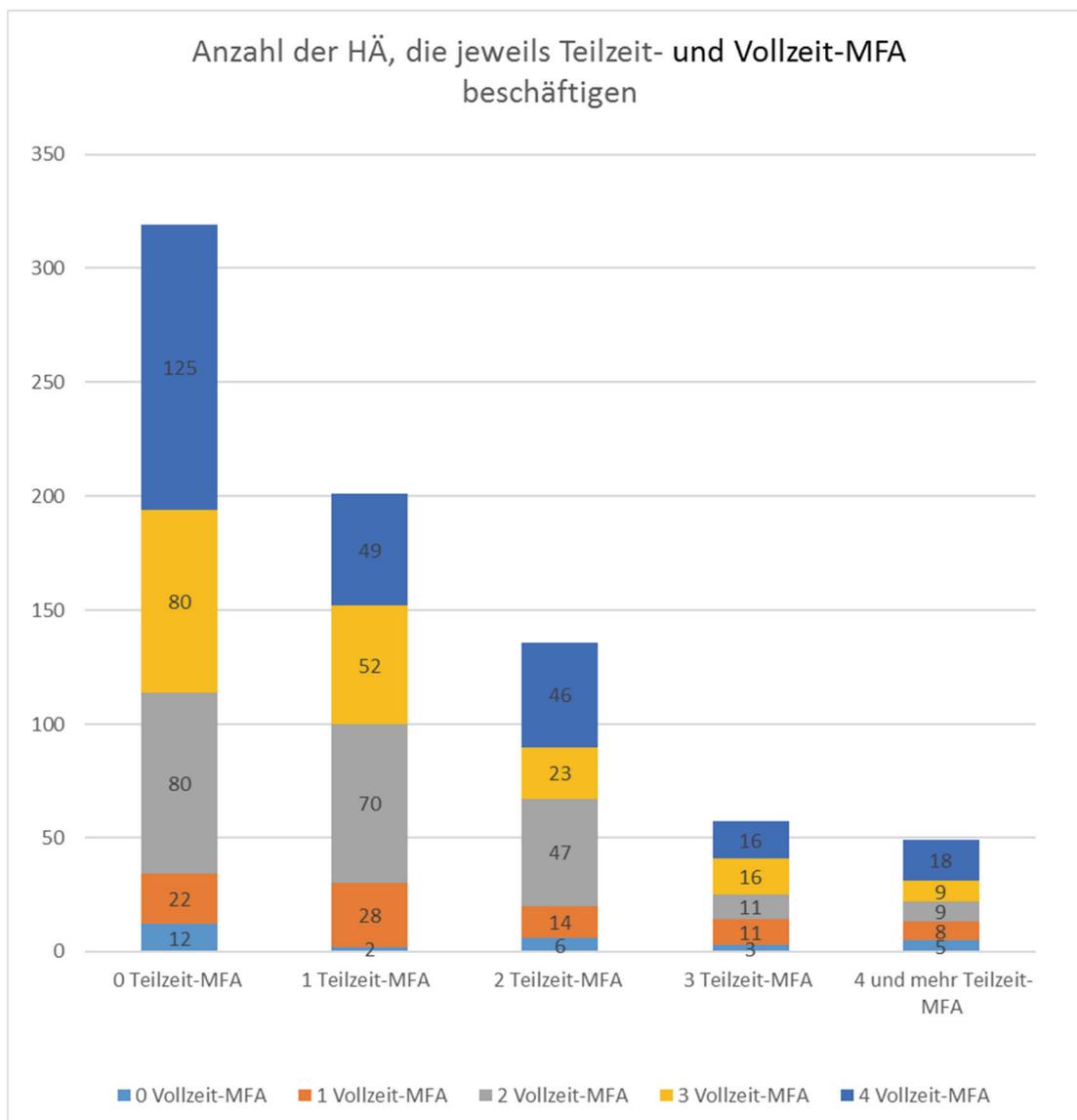


Abbildung 15: Anzahl der HÄ und der von ihnen beschäftigten MFA

Das angestellte nÄPp unter 20 Wochenstunden korreliert negativ (Korrelationskoeffizient= - 0,095; p=0,002) mit der Beschäftigung von nÄPp über 20 Std. pro Woche.

HÄ, die mehr Praxispersonal mit einer Arbeitszeit von 20 Std. und mehr haben, arbeiten signifikant häufiger nicht in einer Einzelpraxis und rechnen eher 860 Scheine oder mehr ab als HÄ, die weniger nÄPp mit einer Arbeitszeit von 20 Std. oder mehr Arbeitszeit beschäftigen.

Am häufigsten beschäftigen HÄ MFA mit mindestens 20 Std. pro Woche: Jüngere HÄ (unter 50 Jahre) beschäftigen im Durchschnitt 3,66 MFA über 20 Std. pro Woche (SD=2,52) und somit signifikant mehr MFA über 20 Std. (Anova, p=0,02). Bei den 50 bis 60-jährigen HÄ sind es im Durchschnitt 1,6 MFA (SD=0,99) und bei den älteren HÄ (über 60 Jahren) 1,5 MFA (SD=0,85), die mit einer Arbeitszeit von 20 Std. pro Woche oder mehr beschäftigt werden.

Im Durchschnitt gibt es in den Städten und stark mitversorgten Bereichen pro HA mehr MFA, die weniger als 20 Std. pro Woche arbeiten. Dagegen sind im Ruhrgebiet und den mitversorgten Bereichen durchschnittlich signifikant weniger MFA pro HA unter 20 Std. tätig. Die Anzahl von MFA mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Std. oder mehr pro HA zeigte keine signifikanten regionalen Unterschiede (Tabelle 21).

Tabelle 21: Arbeitszeit der MFA nach Region

Bedarfsplanungsregion nach Autokennzeichen	Arbeitszeit der MFA pro HA					
	unter 20 Std. Anova; p<0,001			20 Std. oder mehr Anova; p=0,3		
	MW	SD	HA (n)	MW	SD	HA (n)
Ruhrgebiet	1,94	1,36	112	3,58	2,33	176
Großstadt (Kernstadt)	1,40	0,94	60	3,04	2,15	127
Stadt (Dualversorger)	2,01	1,7	93	3,27	2,44	142
Ländlich I (stark mitversorgter Bereich)	2,31	,86	13	3,50	1,70	20
Ländlich II (mitversorgter Bereich)	1,88	1,3	120	3,14	1,65	175
Ländlich III (selbstversorgter Bereich)	2,82	2,0	34	3,44	1,90	45
Gesamt (fehlend 43,3 %, n=330)	1,94	1,4	432	3,29	2,12	685

MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung

6. Spontane Einstellung bezüglich der Delegation an nicht-ärztliches Praxispersonal

Die Fragestellung lautete: „Die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal wurden in den letzten Jahren durch Konzepte wie EVA, VERAH und NäPa stark ausgebaut. Wie stehen Sie dem Ausbau der Delegation spontan gegenüber?“

Zwei Drittel der 762 Responder (66,0 %; n=503) sind positiv oder eher positiv als negativ gegenüber dem Ausbau von Delegation an nÄPp eingestellt. 18,2 % (n=139) haben eine neutrale Meinung und 13,7 % (n=104) sind negativ eingestellt. 2,1 % (n=16) machten keine Angabe (Abbildung 16).

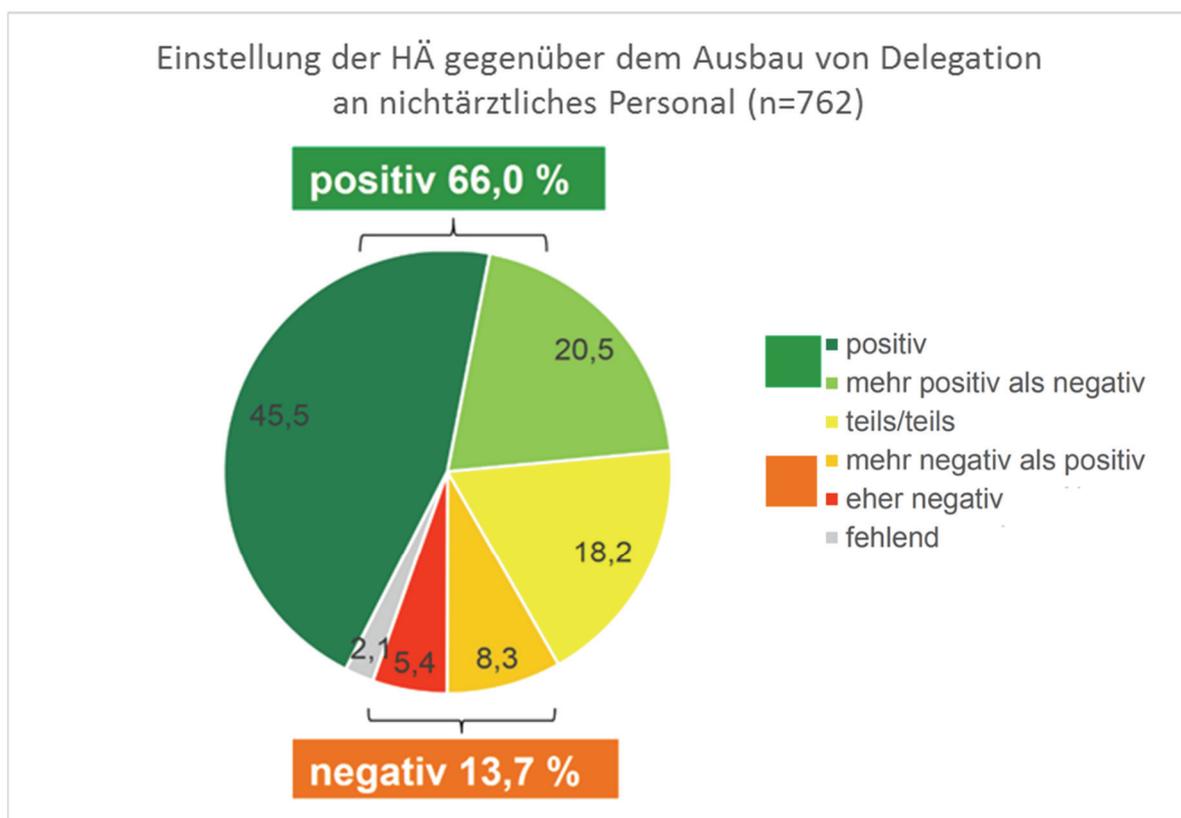


Abbildung 16: Einstellung bezüglich dem Ausbau von Delegation

Damit ist die Offenheit gegenüber der Delegation ärztlicher Tätigkeiten bei den HÄ in NRW 2016 deutlich höher als in der vergleichbaren Befragung in MV aus dem Jahr 2012. Hier hatten sich nur 41 % der befragten HÄ positiv oder eher positiv als negativ gegenüber der Delegation an nÄPp gezeigt (1). Zu klären ist, ob dieser Unterschied aufgrund der Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten entstanden ist. Seit dem 01.01.2015 spielt der Versorgungsgrad einer Region für die Abrechnung der

EVA-/NäPa-Leistungen keine Rolle mehr. Dadurch können mehr HÄ an dem EVA-/NäPa-Konzept teilnehmen.

Der prozentuelle Anteil der positiv eingestellten bis 60-jährigen HÄ war für beide Geschlechter gleich hoch (69,6 % der Hausärztinnen und 69,5 % der Hausärzte). Dabei waren in dieser Altersgruppe 13,0 % der Hausärzte und 10,3 % der Hausärztinnen negativer Einstellung.

Bei den älteren HÄ (über 60 Jahre) war der Anteil der Hausärztinnen mit positiver Einstellung mit 60,4 % etwas geringer als der Anteil der positiv eingestellten Hausärzte (64,6 %). Unter den älteren HÄ waren die Hausärzte zu 16,6 % und die Hausärztinnen zu 20,8 % negativer Einstellung.

In der Befragung zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an MFA in MV wurden ebenfalls zwischen Ärztinnen und Ärzten keine Unterschiede in ihrer Einstellung gegenüber der Bereitschaft zur Delegation ärztlicher Tätigkeit festgestellt (1, 2).

Es wurden regionale Unterschiede bei der Einstellung zur Delegation ärztlicher Leistungen festgestellt. 51,0 % der HÄ in NO und 49,0 % in WL waren positiv eingestellt. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Auch zeigte sich für die PLZ3-Großstadtregionen kein signifikanter Unterschied. Daraufhin wurde die regionale Analyse erweitert und eine Subgruppenanalyse der Einstellung in den PLZ3-Großstadtregionen nach den KV-Gebieten durchgeführt. Hier konnte festgestellt werden, dass in den ländlicheren Gebieten (engerer Verflechtungsraum, weiterer Verflechtungsraum und Gebiete außerhalb der Großstadtregionen) die Einstellung der Responder in WL deutlich negativer war als in NO (18,3 %; 16,3 % und 15,8 % vs. 6,8 %; 6,7 % und 8,7 %). Dagegen waren die Responder im Zentrum in NO deutlich negativer (16,3 %) als im Zentrum in WL (4,8 %). Diese Unterschiede waren signifikant ($p < 0,01$).

Je nach Praxisform zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der spontanen Einstellung gegenüber dem Ausbau der Delegation an nicht ärztliches Personal ($X^2 = 21,21$; $p = 0,002$). HÄ, die in Einzelpraxen niedergelassen sind, waren zu 61,3% positiver (positiv/mehr positiv als negativ) und zu 16,4 % negativer Einstellung (mehr negativ als positiv/eher negativ). In Gemeinschaftspraxen sind 76,8 % der HÄ

positiver Einstellung und in Praxisgemeinschaften zu 75 %. Die negative Einstellung betrug für diese beiden Praxisformen 11,0 %. In den MVZ waren 87,5 % positiv und 0% negativ eingestellt.

Die Einstellung zeigte eine signifikante Assoziation mit der Anzahl an Kassensitzen. HÄ mit mehr Kassensitzen haben eine signifikant positivere Einstellung zum Ausbau von Delegation (Anova, $p < 0,001$). HÄ mit einem Kassensitz ($n=397$) sind zu 61,0 % positiver Einstellung, HÄ mit mehr als einem bis zu zwei Kassensitzen ($n=241$) zu 72,0 %, HÄ mit zwei bis drei Kassensitzen ($n=61$) zu 83,6 % und HÄ mit vier oder mehr Kassensitzen ($n=30$) sind zu 90 % positiver Einstellung ($X^2=25,6$; $p < 0,001$).

HÄ mit positiver Einstellung haben im Durchschnitt 1,73 (SD=1,02; Min 1- Max 10) Kassensitze und signifikant mehr MFA, die mindestens 20 Std. pro Woche angestellt sind, als HÄ, die eine eher negative oder negative Einstellung haben. Diese verfügen im Durchschnitt über 1,36 Kassensitze (SD=0,55; Min 1 – Max 3) und 2,7 MFA, die mindestens 20 Std. pro Woche angestellt sind (Tabelle 22).

Tabelle 22: Einstellung der Responder nach Arztsitzen und Arbeitszeitanteil der MFA

Einstellung	Arztsitze (Anova $p < 0,001$)			MFA mindestens 20 Std. (Anova $p < 0,001$)			MFA unter 20 Std. (Anova $p = 0,25$)		
	MW	n	SD	MW	n	SD	MW	n	SD
positiv oder eher positiv	1,73	495	1,01	3,56	494	2,29	2,01	309	1,46
neutral (teils/teils)	1,41	137	0,72	2,64	134	1,44	1,91	80	1,54
eher negativ oder negativ	1,36	99	0,55	2,70	99	1,41	1,68	63	1,13
Gesamt	1,62	731	0,93	3,27	727	2,10	1,95	452	1,45

MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Zu vermuten ist, dass mit der Zunahme der Arztsitze die Arbeitsteilung in den Praxen an Bedeutung gewinnt. Entsprechend könnte in diesen Arbeitsstrukturen die vernetzte Tätigkeit mit der MFA wichtiger werden.

Die Anzahl der durchschnittlich abgerechneten Scheine pro Quartal zeigte eine signifikante Assoziation der Einstellung zum Ausbau der Delegation ($X^2=18,7$; $p < 0,001$). HÄ, die 860 oder mehr Scheine pro Quartal abrechnen, sind positiver gestimmt als HÄ,

die weniger als 860 Scheine abrechnen (71,6 % vs. 55,1 %). Entsprechend scheint die positive Einstellung zur Delegation auch mit der Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zuzunehmen und auf die Bereitschaft vermehrter Arbeitsteilung hinzuweisen.

Eine signifikante Assoziation der Einstellung zeigte sich auch bei der Teilnahme an der HzV ($X^2=12,8$; $p<0,001$). 74 % der HÄ (n=230), die an der HzV teilnehmen, sind positiver oder sehr positiver Einstellung, während 8,7 % (n=27) eine negative oder eher negative Einstellung haben. 17,4 % (n=54) waren neutraler Einstellung. Dabei können die erweiterten Vergütungsstrukturen für die von MFA erbrachten Leistungen im Rahmen abgeschlossener HzV Verträge eine Rolle spielen.

Eine positive bis eher positive Einstellung zeigten 63,2 % (n=268) der HÄ, die nicht an der HzV teilnehmen, während 17 % (n=72) negativer oder eher negativer Einstellung waren. Unter diesen HÄ waren 19,8 % (n=84) neutraler Einstellung.

Das Alter der von den HÄ versorgten Patientinnen und Patienten hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung der HÄ. Unter den HÄ, die mehr Heimbesuchspatientinnen und -patienten pro Heim besuchen, ist die Einstellung zur Delegation signifikant positiver ($X^2=16,7$; $p=0,03$). Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung bezogen auf die Anzahl der persönlich durchgeführten Hausbesuche pro Woche oder der Anzahl der durchgeführten Heimbesuche pro Woche.

Interessant sind die Einflussfaktoren, die positiv eingestellte HÄ von den negativ eingestellten HÄ unterscheiden. Um das Ausmaß der wichtigsten Faktoren zu untersuchen, wurde eine logistische Regression (positiver/eher positiver Einstellung vs. negativer/eher negativer Einstellung) durchgeführt. In dem Modell wurden Alter, Geschlecht, Anzahl der MFA, abgerechnete Scheine pro Quartal, PLZ3-Großstadtregion, Informationsstand und Teilnahme an einer HzV berücksichtigt. Als Referenzkategorien wurden über 60-Jährige, männliche HÄ, die einen schlechten Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung angaben, nicht an einer HzV teilnehmende HÄ und HÄ, die unter 860 Scheine pro Quartal abrechneten, herangezogen. Als Kovariaten wurden die Anzahl der über 20 Stunden pro Woche beschäftigten MFA und die PLZ3-Großstadtregion eingesetzt.

Signifikant positiver eingestellt waren jüngere HÄ (unter 50 Jahre), besser Informierte, HÄ, die an einer HzV teilnehmen und HÄ, die eine höhere Anzahl an MFA über 20 Std. pro Woche beschäftigten (Tabelle 23).

Tabelle 23: Positive Einstellung gegenüber Delegation, Charakteristika der HÄ und Praxen (logistische Regression)

Charakteristika der HÄ und Praxen	p-Wert	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall	
			unterer Wert	oberer Wert
Alter	0,02			
unter 50 Jährige	0,01	2,99	1,37	6,56
51 bis 60 Jährige	0,21	1,41	0,82	2,43
Geschlecht weiblich	0,78	1,10	0,63	1,90
Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung	0,001			
gut	0,001	3,40	1,68	6,91
teils/teils	0,01	2,10	1,20	3,63
Teilnahme an der HzV	0,02	1,91	1,12	3,26
über 860 abgerechnete Scheine pro Quartal	0,56	1,19	0,66	2,15
höher Anzahl an MFA über 20 Stunden	0,001	1,48	1,17	1,89
ländlicheres Gebiet nach PLZ3-Großstadtreionen (8)	0,33	1,11	0,90	1,35

Der Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Delegation und dem Informationsgrad bezüglich der Delegations-Vereinbarung wird im nächsten Abschnitt präsentiert.

7. Informationsgrad bezüglich der Delegations-Vereinbarung

Die Fragestellung lautete: „Die aktuelle Delegations-Vereinbarung ist 2015 in Kraft getreten. Wie schätzen Sie Ihren Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung ein?“

40,4 % (n=308) der Responder schätzten ihren Informationsstand als akzeptabel (teils/teils) ein. 31,0 % (n=236) gaben an, schlecht oder sehr schlecht informiert zu sein. Nur 24,0 % (n=183) der Responder schätzten ihren Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung als gut oder sehr gut ein. 4,6 % (n=35) machten keine Angabe bezüglich des persönlichen Informationsstandes (Abbildung 17).

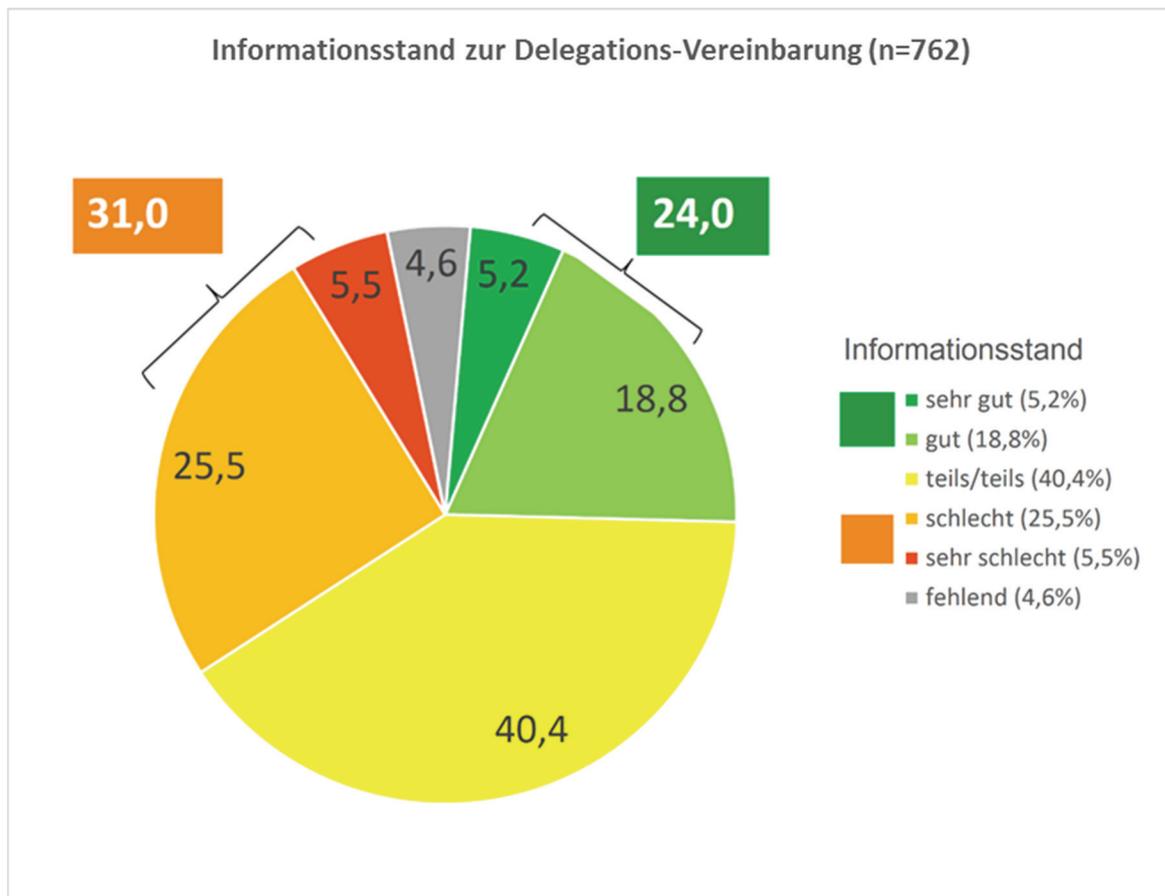


Abbildung 17: Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung

Eine signifikante Korrelation zwischen dem Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung und der spontanen Einstellung der Responder bezüglich des Ausbaus von Delegation wurde festgestellt. HÄ, die eine negative Einstellung haben, sind auch zu 51 % schlechter informiert als HÄ mit einer positiven oder neutralen Einstellung.

Je besser der Informationsstand, desto positiver die Einstellung der HÄ (Abbildung 18).

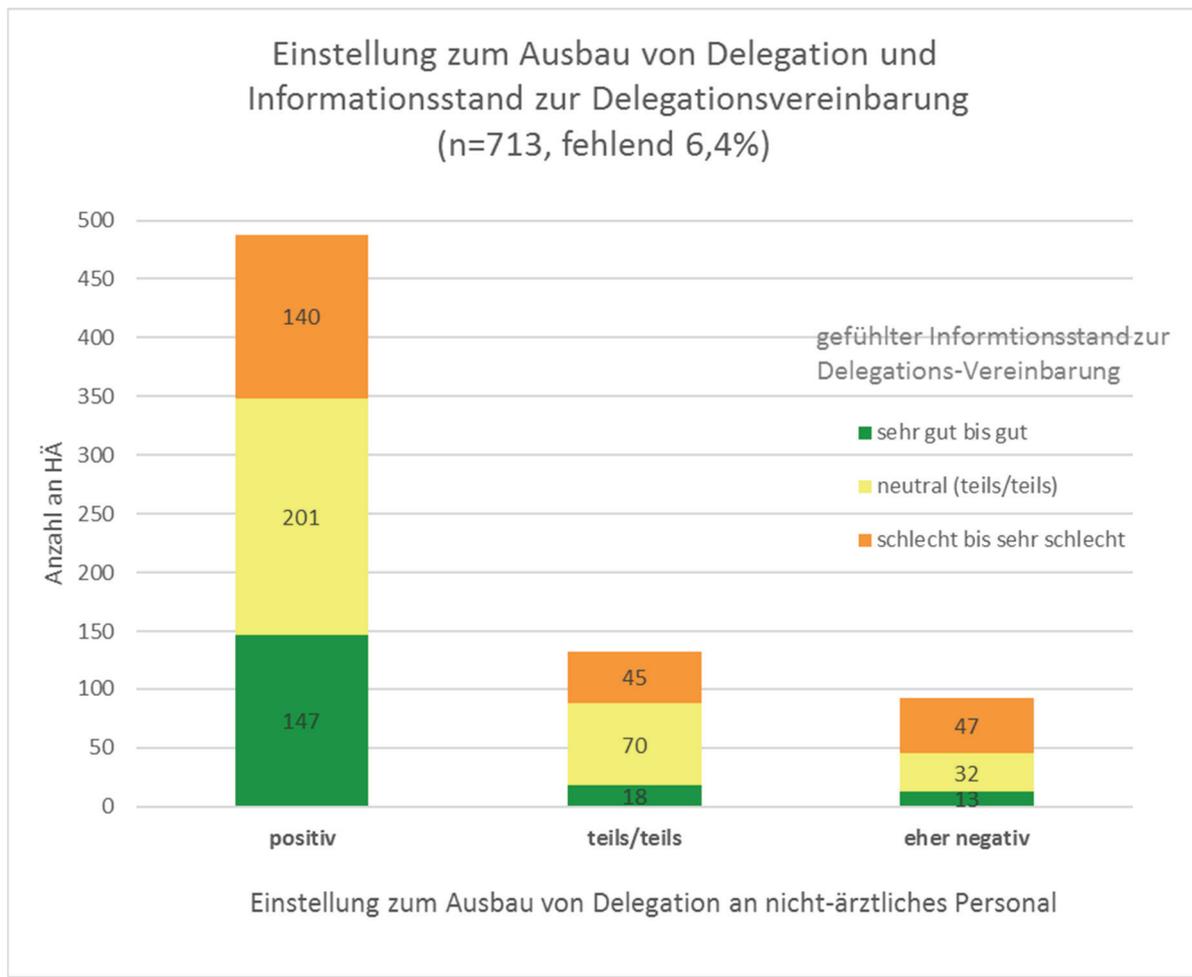


Abbildung 18: Einstellung zum Ausbau von Delegation und Informationsstand zur Delegationsvereinbarung

Eine Kausalität zwischen Informationsstand und Einstellung kann nicht auf der Grundlage dieser Beobachtungsstudie belegt werden. Diese sollte durch interventionelle Studien erforscht werden.

Das Alter der von den HÄ versorgten Patientinnen und Patienten hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Informationsgrad der HÄ. Es gab auch keine signifikanten Unterschiede im Informationsstand bezogen auf die Anzahl der persönlich durchgeführten Hausbesuche pro Woche oder der Anzahl der durchgeführten Heimbesuche pro Woche.

Signifikante Unterschiede gab es bei der Anzahl der pro Heimbesuch betreuten Patientinnen und Patienten: Unter den HÄ, die mehr Patientinnen und Patienten pro Heim betreuten, ist der Informationsstand zur Delegationsvereinbarung signifikant besser ($X^2=16,3$; $p=0,04$) (Abbildung 19).

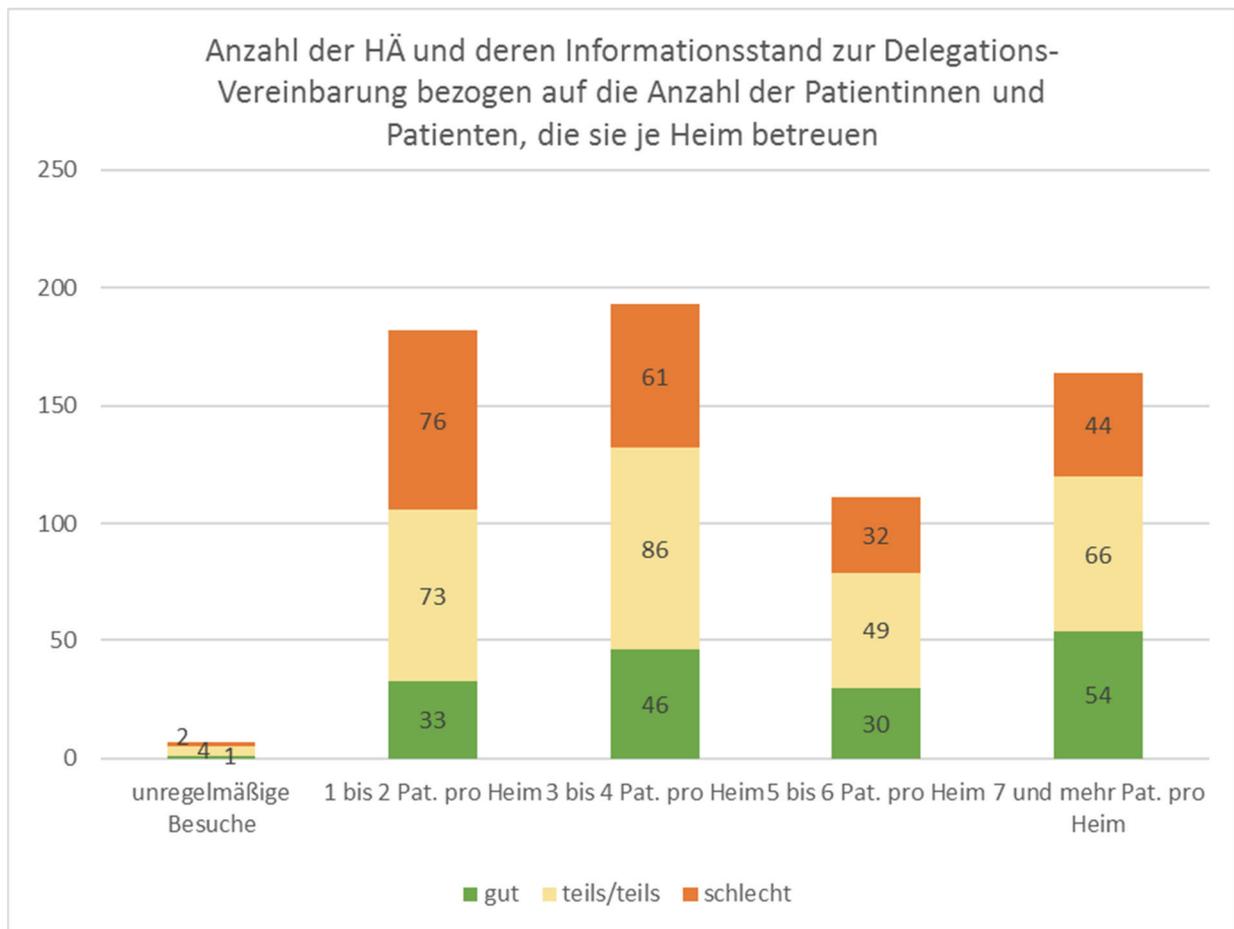


Abbildung 19: Informationsstand der HÄ bezüglich Delegationsvereinbarung nach Anzahl der von ihnen in Heimbisuchen betreuten Patientinnen und Patienten (Pat.)

HÄ, die sehr gut oder gut informiert sind (n=171), arbeiten im Durchschnitt 53,2 Std. pro Woche (SD=12,66). HÄ, die schlecht bis sehr schlecht informiert sind (n=217), sind im Durchschnitt 51,3 Std. pro Woche hausärztlich tätig (SD=12,34). Diejenigen, die ihren Informationsstand als „teils/teils“ einschätzen (n=287), arbeiten mit 50,2 Std. pro Woche am geringsten (SD=12,49).

Der Informationsstand zur Delegationsvereinbarung unterschied sich signifikant nach den KV-Gebieten. HÄ in NO fühlten sich signifikant schlechter informiert als HÄ in WL. Nur 21 % der HÄ in NO fühlten sich gut informiert. Dagegen waren es in WL 39,4 % der HÄ, die angaben, über einen guten Informationsstand zur Delegationsvereinbarung zu verfügen. Außerdem war der Prozentsatz der HÄ in NO, die sich schlechter informiert fühlten, mit 34,4 % größer als in WL (32,5 %) ($X^2=6,07$, $p<0,05$).

Die Subgruppenanalyse des Informationsstands zur Delegations-Vereinbarung zeigte im Vergleich der KV-Gebiete, dass sich in allen PLZ3-Großstadtregionen, mit Ausnahme der weiteren Verflechtungsräume, HÄ in NO tendenziell häufiger schlecht und seltener gut informiert fühlen als HÄ in WL.

In den Zentren der Großstadtregionen der KV NO fühlen sich nur 17 % der HÄ gut informiert im Vergleich zu 32,8 % dieser Regionen in WL. Dieser Unterschied ist signifikant.

In WL war der Prozentsatz der HÄ im Zentrum, die sich schlecht informiert fühlen, mit 41,4 % größer als in NO (34,4 %).

Im engeren Verflechtungsraum fühlen sich nur 18,6 % der HÄ NO gut und 39 % schlecht informiert. Dagegen fühlen sich in WL in diesem PLZ3-Großstadtgebiet 26,5 % der HÄ gut und 33,8 % schlecht informiert.

Im weiteren Verflechtungsraum war der Prozentsatz der HÄ, die sich schlecht informiert fühlen, in WL größer (30,6 % vs. 29,0 %). Hier fühlen sich auch weniger HÄ gut informiert (29,4 %) als in NO (32,3 %).

Im Ergänzungsgebiet zum Zentrum gaben 30,2 % der HÄ in WL an, sich gut informiert zu fühlen und 29,1 % gaben an, einen schlechten Informationsstand zu haben. In NO waren es in diesem PLZ3-Großstadtregionen 25 %, die einen guten Informationsstand angaben und 35,3 % fühlten sich schlecht informiert.

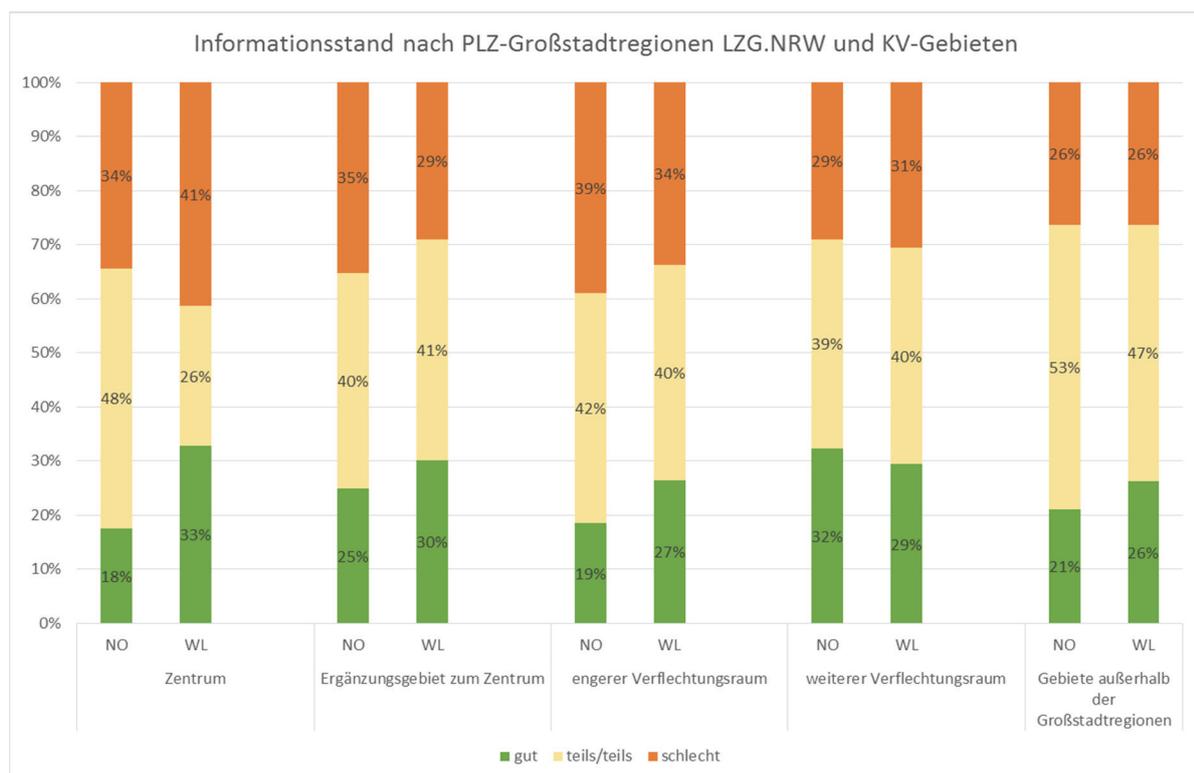


Abbildung 20: Informationsstand nach Region

Um das Ausmaß der wichtigsten Einflussfaktoren, die HÄ mit einem guten Informationsstand von HÄ mit einem schlechten Informationsstand unterscheiden, zu untersuchen, wurde eine logistische Regression (sehr guter/guter vs. schlechter/sehr schlechter) durchgeführt. In dem Modell wurden analog zur Einstellung die Variablen Alter, Geschlecht, Anzahl der MFA, abgerechnete Scheine pro Quartal, Region (PLZ3-Großstadtregion), Informationsstand und Teilnahme an einer HzV berücksichtigt.

Als Referenzkategorien wurden über 60-Jährige, männliche HÄ, HÄ mit einer negativen Einstellung zum Ausbau von Delegation, HÄ, die nicht an einer HzV teilnehmen und HÄ, die unter 860 Scheine pro Quartal abrechneten. Als Kovariaten wurden die Anzahl der über 20 Stunden pro Woche beschäftigten MFA und die PLZ3-Großstadtregion eingesetzt.

Signifikant besser informiert waren ältere HÄ über 60 Jahre, positiver eingestellte HÄ und HÄ, die über 860 Scheine pro Quartal abrechneten (Tabelle 24).

Tabelle 24: Charakteristika der HÄ und Praxen, die mit einem besseren Informationsstand bezüglich der Delegations-Vereinbarung assoziiert sind (logistische Regression)

	p-Wert	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall	
			unterer Wert	oberer Wert
Alter	0,008			
unter 50-jährige HÄ	0,002	0,375	0,202	0,696
51 bis 60-jährige HÄ	0,180	0,706	0,424	1,175
Geschlecht weiblich	0,873	1,040	0,644	1,681
Einstellung	0,001			
positiv	0,001	3,529	1,722	7,232
teils/teils	0,291	1,624	0,660	4,000
Teilnahme an der HzV	0,110	1,443	0,921	2,260
über 860 abgerechnete pro Quartal	0,009	2,139	1,212	3,773
höhere Anzahl an MFA über 20 Stunden	0,152	1,173	0,943	1,458
ländlicheres Gebiet nach PLZ3-Großstadtregionen	0,208	1,122	0,938	1,343

8. Empfundene Mehrwerte und Barrieren

Die Fragestellung lautete: „Bitte bewerten Sie folgende Sätze: Die Delegation weiterer Tätigkeiten an meine MFA/EVA/VERAH ...“

HÄ sollten ihren Zustimmungsggrad zu zehn Aussagen in Bezug auf die Delegation ärztlicher und organisatorischer Tätigkeiten anhand einer dreistufigen Skala angeben (stimme zu, teils/teils, stimme nicht zu). Bei jeder Kategorie wurden jeweils fünf Aussagen als Mehrwert und fünf Aussagen als Barrieren formuliert.

8.1 Empfundene Mehrwerte und Barrieren der Delegation weiterer ärztlicher Aufgaben

In Bezug auf die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten sehen die HÄ den größten Mehrwert in der Zeitersparnis (62,3 % Zustimmung) und in der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (50,1 %). 42,5 % der HÄ gehen davon aus, dass kürzere Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten entstehen würden und für 44,9 % der HÄ wäre die Delegation ärztlicher Tätigkeiten denkbar, wenn die MFA eine vertiefende Fortbildung absolviert. 39,1 % der HÄ vermuten, dass sich ihre MFA für diese Art von Tätigkeiten interessiert.

Als häufigstes Hindernis der Delegation wurde der mögliche Mehraufwand in der Anfangsphase genannt: 27,3 % der HÄ denken, dass die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten einer aufwendigen Einarbeitung bedarf, die sie zusätzlich belasten würde. Einer von fünf HÄ (19,9 %) kann sich die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten bei seinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.

Auch ist die Delegation für 19,6 % der HÄ wegen möglicher juristischer Folgen zu riskant.

Die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten wird von 17,6 % der HÄ nicht mit einem Mehrwert verbunden und 11,9 % befürchten, dass es zum Vertrauensverlust der Patientinnen und Patienten führen kann (Abbildung 21).

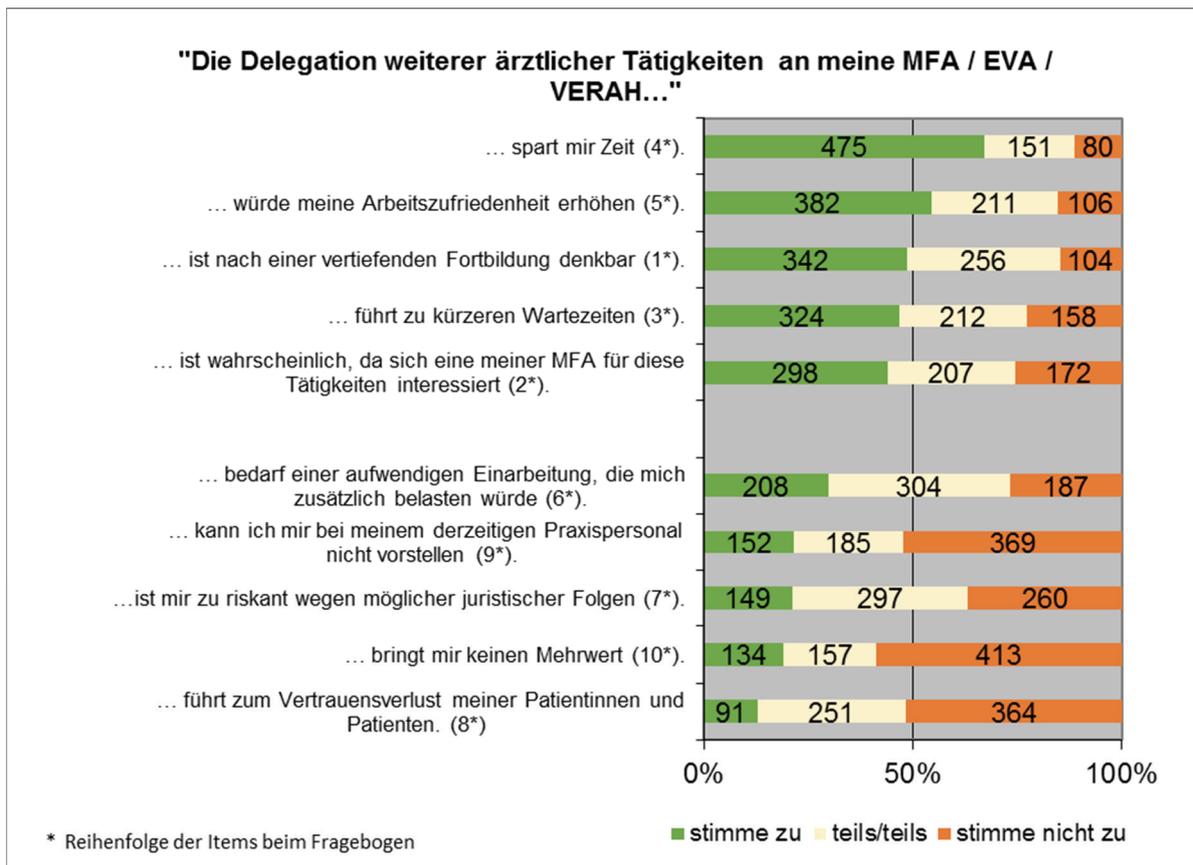


Abbildung 21: Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal

Mehr als ein Drittel der HÄ (n=304) sind sich unsicher, ob die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten einer aufwendigen Einarbeitung bedarf, die sie zusätzlich belasten würde. Diese HÄ sind häufiger schlecht bis sehr schlecht (31,1 %; 93 HÄ) als gut bis sehr gut (22,1 %; 66 HÄ) über die Delegations-Vereinbarung informiert. 46,8 % (140 HÄ) gaben an, sich teilweise gut informiert zu fühlen. 1,6 % dieser HÄ machten keine Angabe zum Informationsstand über die Delegations-Vereinbarung.

Die Frage, ob Delegation ein Risiko bezüglich möglicher juristischer Folgen darstellt, beantworten 297 HÄ mit teils/teils, davon waren 61,5 % männlich (n=182) und 38,5 % weiblich (n=114). Diese neutrale Antwortmöglichkeit wird von Hausärztinnen doppelt so häufig gewählt wie die Antwortmöglichkeit stimme zu (58 Hausärztinnen) und stimme nicht zu (65 Hausärztinnen). Von den männlichen Kollegen wird doppelt so häufig teils/teils und stimme nicht zu gewählt (39,0 %; 182 Hausärzte bzw. 41,5 %; 194 Hausärzte) wie die Antwortmöglichkeit stimme zu (19,5 %; 91 Hausärzte). HÄ, die sehr gut bis gut oder teils/teils über die Delegations-Vereinbarung informiert sind, bewerten das Risiko wegen möglicher juristischer Folgen seltener mit teils/teils als HÄ, die schlecht bis sehr schlecht informiert sind.

Insgesamt sind 63 HÄ (21,7 %) dieser Gruppe sehr gut bis gut über die Delegationsvereinbarung informiert, 124 (42,8 %) teils/teils und 103 (35,5 %) schlecht bis sehr schlecht. 7 HÄ (2,4 %) machten keine Angabe.

Um das Ausmaß der wichtigsten Faktoren, die einen Einfluss auf die Bewertung der Aussagen zur Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten haben (Mehrwerte und Barrieren), zu untersuchen, wurden multinomiale logistische Regressionen für jeden Mehrwert und jede Barriere ärztlicher Tätigkeiten durchgeführt. Bei den multinomialen logistischen Regressionsmodellen wurden folgende Variablen berücksichtigt: Geschlecht, Alter, Anzahl an Scheinen, Teilnahme an der HzV, Praxisform, KV-Gebiet und Informationsstand zur Delegationsvereinbarung. Für jeden Faktor wurde eine Referenzkategorie ausgesucht mit der die anderen Ausprägungen für diesen Faktor verglichen werden. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Die multinomiale Regressionen zeigten z. B. geschlechtsspezifische Unterschiede nur bei dem Mehrwert „ist wahrscheinlich, dass sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert“ (Männer waren doppelt so häufig einverstanden wie Frauen: $OR_{\text{Frauen}} 0,53$ 0,34-0,84; $p < 0,05$) und bei der Barriere „ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen“ (Frauen stimmten dem doppelt so häufig zu: $OR_{\text{Frauen}} 2,13$ (1,28-3,53; $p < 0,05$).

Die Ergebnisse aller multinomialen Regressionen zu den Mehrwerten und Barrieren weiterer ärztlicher Tätigkeiten werden in Tabelle 25 veranschaulicht.

Tabelle 25: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Erweiterung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal

„Die Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten an meine MFA/EVA /VERAH ...“

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)										
	MEHRWERTE der Erweiterung ärztlicher Tätigkeiten					BARRIEREN für die Erweiterung ärztlicher Tätigkeiten				
	ist nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar.	ist wahrscheinlich, da sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert.	führt zu kürzeren Wartezeiten.	spart mir Zeit.	würde meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	bedarf einer aufwendigen Einarbeitung, die mich zusätzlich belasten würde.	ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen.	führt zum Vertrauensverlust meiner Patientinnen und Patienten.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	bringt mir keinen Mehrwert.
Geschlecht										
weiblich	0,86 (0,50 – 1,49)	0,53* (0,34 – 0,84)	0,97 (0,60 – 1,55)	1,38 (0,77 – 2,49)	1,15 (0,67 – 1,96)	1,12 (0,74 – 1,94)	2,13* (1,28 – 3,53)	1,31 (0,75 – 2,26)	1,30 (0,82 – 2,06)	0,97 (0,59 – 1,60)
männlich	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Alter										
unter 50 Jahre	1,42 (0,71 – 2,82)	2,02* (1,12 – 3,64)	1,43 (0,78 – 2,60)	1,48 (0,70 – 3,12)	1,69 (0,82 – 3,46)	0,60 (0,32 – 1,11)	0,73 (0,38 – 1,40)	0,92 (0,45 – 1,86)	0,57 (0,31 – 1,06)	0,40* (0,21 – 0,78)
50 bis 60 Jahre	1,19 (0,68 – 2,07)	1,34 (0,82 – 2,18)	1,02 (0,62 – 1,68)	1,03 (0,58 – 1,86)	0,86 (0,49 – 1,49)	0,72 (0,44 – 1,20)	0,97 (0,58 – 1,63)	0,90 (0,50 – 1,65)	0,82 (0,50 – 1,35)	0,65 (0,39 – 1,08)
über 60 Jahre	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Scheine										
unter 860 Scheinen	0,84 (0,47 – 1,50)	0,63 (0,38 – 1,03)	0,61* (0,38 – 0,99)	0,70 (0,39 – 1,25)	0,61 (0,35 – 1,05)	1,08 (0,64 – 1,83)	1,17 (0,69 – 1,99)	1,33 (0,74 – 2,39)	1,40 (0,85 – 2,32)	2,42 (1,47 – 3,99)
860 Scheine und mehr	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
HzV-Teilnahme										
nein	0,59* (0,35 – 0,99)	0,51* (0,33 – 0,79)	0,58* (0,37 – 0,90)	0,48* (0,28 – 0,83)	0,56* (0,35 – 0,936)	1,25 (0,80 – 1,94)	1,80* (1,13 – 2,86)	1,90* (1,11 – 3,27)	2,01* (1,29 – 3,12)	2,56* (1,58 – 4,14)
ja	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Praxisform										
keine Einzelpraxis	1,78* (1,06 – 2,98)	1,42 (0,92 – 2,19)	1,75* (1,12 – 2,72)	2,20* (1,26 – 3,85)	1,27 (0,77 – 2,07)	0,69 (0,44 – 1,07)	0,54* (0,34 – 0,85)	0,51* (0,30 – 0,88)	0,53* (0,34 – 0,83)	0,52* (0,33 – 0,84)
Einzelpraxis	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
KV-Gebiet										
Nordrhein	0,73 (0,45 – 1,20)	0,64* (0,42 – 0,98)	0,92 (0,60 – 1,41)	0,83 (0,50 – 1,39)	0,64 (0,39 – 1,04)	0,69 (0,44 – 1,07)	0,54* (0,34 – 0,85)	0,51* (0,30 – 0,88)	0,53* (0,34 – 0,83)	0,52* (0,33 – 0,84)
Westfalen-Lippe	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)										
	MEHRWERTE der Erweiterung ärztlicher Tätigkeiten					BARRIEREN für die Erweiterung ärztlicher Tätigkeiten				
	ist nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar.	ist wahrscheinlich, da sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert.	führt zu kürzeren Wartezeiten.	spart mir Zeit.	würde meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	bedarf einer aufwendigen Einarbeitung, die mich zusätzlich belasten würde.	ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen.	führt zum Vertrauensverlust meiner Patientinnen und Patienten.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	bringt mir keinen Mehrwert.
Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung										
sehr gut bis gut	1,17 (0,62 – 2,20)	1,94* (1,10 – 3,40)	1,89* (1,07 – 3,35)	1,38 (0,70 – 2,72)	1,88 (0,97 – 3,66)	0,37* (0,21 – 0,67)	0,45* (0,245 – 0,83)	0,49* (0,25 – 0,98)	0,43* (0,24 – 0,79)	0,48* (0,26 – 0,88)
teils/teils	1,21 (0,69 – 2,11)	1,44 (0,89 – 2,32)	1,42 (0,88 – 2,30)	1,40 (0,78 – 2,50)	1,11 (0,65 – 1,91)	0,49* (0,29 – 0,82)	0,56* (0,33 – 0,94)	0,57 (0,32 – 1,00)	0,81 (0,51 – 1,30)	0,67 (0,41 – 1,11)
schlecht bis sehr schlecht	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

* p<0,05

Hausärztinnen meinen signifikant seltener als ihre männlichen Kollegen, dass sich die MFA für ärztliche Tätigkeiten interessieren. Außerdem haben sie mehr als doppelt so häufig Bedenken wegen möglicher juristischer Folgen.

Jüngere HÄ (unter 50 Jahre) sind häufiger der Ansicht, dass sich ihre MFA für medizinische Tätigkeiten interessieren als die über 60-jährigen. Die über 60-jährigen HÄ denken eher, dass die Delegation keinen Mehrwert bringt.

Die HÄ, die weniger als 860 Scheine abrechnen, sehen mehr als doppelt so häufig keinen Mehrwert in der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Gegensatz zu den Ärzten, die 860 Scheine oder mehr pro Quartal abrechnen. Sie denken außerdem signifikant seltener, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu kürzeren Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führt.

An der HzV teilnehmende HÄ stimmen signifikant häufiger allen beschriebenen Mehrwerten bezüglich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu und sehen signifikant weniger Barrieren (mit Ausnahme der Aussage zur Einarbeitung, bei der keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden).

Ähnliche Ergebnisse gab es bei der Unterscheidung nach der Praxisform: HÄ, die nicht in einer Einzelpraxis arbeiten, stimmten signifikant häufiger drei von fünf Mehrwerten zu: sie gehen eher davon aus, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu Zeiteinsparungen für die HÄ / den HA und zu kürzeren Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führt. Ihrer Meinung nach wäre die Delegation nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar. Konsequenterweise stimmen sie signifikant seltener den Barrieren zu als die HÄ, die eine Einzelpraxis haben (mit Ausnahme der Aussage zur Einarbeitung, bei der keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden).

Signifikante Unterschiede beim Vergleich der KV-Gebiete zeigten, dass HÄ in WL vier von fünf Barrieren doppelt so häufig zustimmten.

HÄ mit einem schlechten Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung, empfinden doppelt so häufig Barrieren im Vergleich zu den gut informierten HÄ.

8.2 Empfundene Mehrwerte und Barrieren der Delegation organisatorischer und administrativer Aufgaben

Die meisten HÄ (65,1 %) können sich vorstellen, dass ihr Praxispersonal nach einer vertiefenden Fortbildung mehr organisatorische Tätigkeiten übernimmt.

Etwas weniger als die Hälfte der HÄ (47,8 %) können sich eine Qualifizierung des aktuellen Praxispersonals vorstellen, da sich ihre MFA für diese Tätigkeiten interessieren.

Die Delegation weiterer organisatorischer und administrativer Tätigkeiten wird von 62,7 % mit einer Zeitersparnis verbunden und 55,8 % glauben, dass mit der Delegation eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der HÄ einhergeht. Zudem meinen 49,6 %, dass der Ausbau der Delegation administrativer und organisatorischer Tätigkeiten an das Praxispersonal zu einer Verkürzung der Wartezeiten führt.

Den Barrieren stimmte maximal ein Fünftel der Responder zu. 20,2 % glauben, dass die Delegation weiterer organisatorischer Tätigkeiten einer aufwendigen Einarbeitung bedarf, die sie zusätzlich belasten würde und 13,6 % können sich die Delegation beim derzeitigen Personal nicht vorstellen.

Für 9,7 % der HÄ ist sie wegen möglicher juristischer Folgen zu riskant und 6,2 % meinen, dass sie zum Vertrauensverlust bei den Patientinnen und Patienten führt. Insgesamt sehen 10,7 % der HÄ keinen Mehrwert in der Delegation weiterer organisatorischer Tätigkeiten (Abbildung 22).

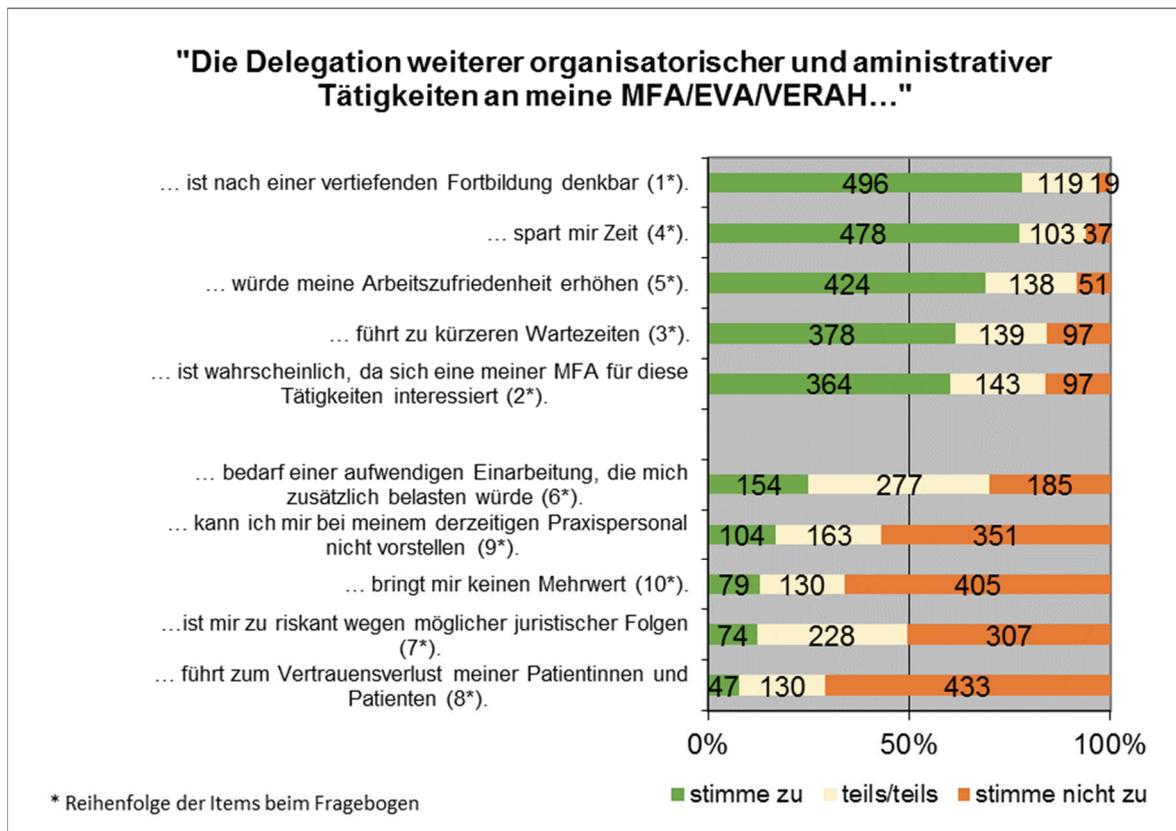


Abbildung 22: Delegation weiterer organisatorischer und administrativer Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal

277 HÄ beantworteten die Frage, ob sie befürchten, dass die Delegation weiterer organisatorischer Tätigkeiten einer aufwendigen Einarbeitung bedarf, die sie zusätzlich belasten würde, mit teils/teils. Diese Ärzte sind häufiger schlecht bis sehr schlecht (35,9 %; 97 HÄ) als gut bis sehr gut (20,4 %; 55 HÄ) über die Delegationsvereinbarung informiert. 43,7 % (118 HÄ) gaben an, sich teilweise gut informiert zu fühlen. Keine Angabe machten 2,5 % (n=7 HÄ).

Die Frage, ob Delegation ein Risiko wegen möglicher juristischer Folgen darstellt, wird von 228 HÄ mit einem teils/teils beantwortet. Hausärztinnen wählen im Vergleich doppelt so häufig die Antwortmöglichkeit teils/teils. Insgesamt sind 41,5 % der Personen, die diese Frage mit teils/teils beantwortet haben, weiblich und 57,5 % sind männlich.

Um das Ausmaß der wichtigsten Faktoren, die einen Einfluss auf die Bewertung der Aussagen zum Ausbau der Delegation organisatorischer Tätigkeiten haben (Mehrwerten und Barrieren), zu untersuchen, wurden multinomiale logistische

Regressionen für jeden Mehrwert und jede Barriere der Delegation organisatorischer Tätigkeiten durchgeführt. Bei den multinomialen logistischen Regressionsmodellen wurden folgende Variablen berücksichtigt: Geschlecht, Alter, Anzahl an Scheinen, Teilnahme an der HzV, Praxisform, KV-Gebiet und Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung. Für jeden Faktor wurde eine Referenzkategorie ausgesucht mit der die anderen Ausprägungen für diesen Faktor verglichen wurden. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Die multinomialen Regressionen zeigten z. B. geschlechtsspezifische Unterschiede nur bei dem Mehrwert „ist wahrscheinlich, dass sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert“ (Männer stimmten dem doppelt so häufig zu wie Frauen: $OR_{\text{Frauen}} 0,51$ 0,30-0,86; $p < 0,05$).

Die Ergebnisse aller multinomialen Regressionen zu den Merwerten und Barrieren weiterer organisatorischer und administrativer Tätigkeiten werden in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Erweiterung der Delegation organisatorischer und administrativer Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)										
	MEHRWERTE der Erweiterung organisatorischer Tätigkeiten					BARRIEREN der Erweiterung organisatorischer Aufgaben				
	ist nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar.	ist wahrscheinlich, da sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert.	führt zu kürzeren Wartezeiten.	spart mir Zeit.	würde meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	bedarf einer aufwendigen Einarbeitung, die mich zusätzlich belasten würde.	ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen.	führt zum Vertrauensverlust meiner Patientinnen und Patienten.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	bringt mir keinen Mehrwert.
Geschlecht										
weiblich	0,29* (0,10 – 0,80)	0,51* (0,30 – 0,86)	0,93 (0,54 – 1,61)	0,42* (0,19 – 0,92)	0,69 (0,35 – 1,37)	0,89 (0,53 – 1,50)	1,86 (0,99 – 3,49)	1,25 (0,61 – 2,54)	1,25 (0,74 – 2,12)	0,60 (0,32 – 1,13)
männlich	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Alter										
unter 50 Jahre	2,82 (0,54 – 14,72)	1,11 (0,55 – 2,24)	0,23 (0,76 – 3,14)	2,92 (0,90 – 9,48)	2,09 (0,75 – 5,82)	0,88 (0,44 – 1,76)	0,61 (0,26 – 1,43)	0,58 (0,20 – 1,64)	0,71 (0,34 – 1,51)	0,50 (0,22 – 1,13)
50 bis 60 Jahre	1,64 (0,55 – 4,83)	1,18 (0,66 – 2,12)	1,54 (0,88 – 2,71)	2,34 (1,03 – 5,35)	1,19 (0,58 – 2,45)	0,84 (0,48 – 1,44)	0,64 (0,33 – 1,23)	0,99 (0,47 – 2,10)	1,02 (0,59 – 1,79)	0,75 (0,40 – 1,39)
über 60 Jahre	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Scheine										
unter 860 Scheinen	1,98 (0,53 – 7,36)	0,77 (0,44 – 1,37)	0,75 (0,43 – 1,32)	0,90 (0,39 – 2,11)	0,93 (0,44 – 1,97)	1,30 (0,74 – 2,29)	1,40 (0,74 – 2,66)	1,15 (0,54 – 2,49)	1,45 (0,82 – 2,57)	2,21* (1,21 – 4,04)
860 Scheine und mehr	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
HZV-Teilnahme										
nein	0,45 (0,15 – 1,32)	0,42 § (0,25 – 0,71)	0,82 (0,50 – 1,34)	0,46 (0,21 – 1,04)	0,57 (0,29 – 1,11)	1,46 (0,91 – 2,35)	1,56 (0,87 – 2,81)	1,70 (0,85 – 3,40)	1,89* (1,15 – 3,11)	2,33 § (1,31 – 4,17)
ja	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Praxisform										
keine Einzelpraxis	1,91 (0,51 – 3,79)	2,17* (1,28 – 3,67)	1,78* (1,07 – 2,97)	1,83 (0,83 – 4,04)	1,10 (0,58 – 2,09)	0,91 (0,56 – 1,46)	0,76 (0,43 – 1,36)	1,22 (0,63 – 2,35)	0,61 (0,37 – 1,02)	0,72 (0,42 – 1,26)
Einzelpraxis	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
KV-Gebiet										
Nordrhein	0,75 (0,28 – 2,00)	0,77 (0,47 – 1,27)	1,28 (0,78 – 2,11)	1,11 (0,52 – 2,35)	1,02 (0,54 – 1,95)	1,14 (0,71 – 1,84)	1,02 (0,57 – 1,81)	0,86 (0,44 – 1,69)	1,17 (0,71 – 1,91)	1,23 (0,71 – 2,14)
Westfalen-Lippe	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)										
	MEHRWERTE der Erweiterung organisatorischer Tätigkeiten					BARRIEREN der Erweiterung organisatorischer Aufgaben				
	ist nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar.	ist wahrscheinlich, da sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert.	führt zu kürzeren Wartezeiten.	spart mir Zeit.	würde meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	bedarf einer aufwendigen Einarbeitung, die mich zusätzlich belasten würde.	ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen.	führt zum Vertrauensverlust meiner Patientinnen und Patienten.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	bringt mir keinen Mehrwert.
Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung										
sehr gut bis gut	0,34 (0,11 – 1,06)	1,30 (0,68 – 2,51)	0,79 (0,42 – 1,47)	0,69 (0,28 – 1,70)	0,73 (0,32 – 1,66)	0,36 § (0,19 – 0,68)	0,28* (0,12 – 0,65)	0,58 (0,24 – 1,36)	0,52* (0,27 – 0,99)	0,52 (0,25 – 1,10)
teils/teils	1,93 (0,45 – 8,34)	1,52 (0,87 – 2,64)	1,16 (0,66 – 2,07)	1,18 (0,48 – 2,91)	0,86 (0,41 – 1,83)	0,62 (0,36 – 1,07)	0,46* (0,25 – 0,86)	0,64 (0,30 – 1,34)	0,61 (0,35 – 1,05)	0,66 (0,36 – 1,21)
schlecht bis sehr schlecht	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

* p<0,05

Hausärztinnen stimmten seltener zu, dass die Delegation organisatorischer Tätigkeiten nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar ist und dass sich ihre MFA für diese Art von Tätigkeiten interessieren. Auch sind Hausärztinnen seltener der Meinung, dass die Delegation weiterer organisatorischer Aufgaben zu einer Zeitersparnis führt.

Die 50 bis 60-jährigen HÄ sehen häufiger den Vorteil, dass Delegation von organisatorischen Tätigkeiten zu einer Zeitersparnis führt als ihre über 60-jährigen Kollegen.

Die HÄ, die weniger als 860 Scheine abrechnen, sehen mehr als doppelt so häufig keinen Mehrwert in der Delegation organisatorischer Tätigkeiten als die Ärzte, die mehr Scheine abrechnen.

An der HzV teilnehmende HÄ stimmen signifikant häufiger zu, dass sich ihre MFA auch für organisatorische Tätigkeiten interessieren und sie können sich den Einsatz des Personals auch vorstellen. Sie sehen einen doppelt so großen Mehrwert als die HÄ, die nicht an der HzV teilnehmen.

HÄ, die nicht in einer Einzelpraxis arbeiten, denken gegenüber den Inhabern einer Einzelpraxis doppelt so häufig, dass sich ihre MFA für diese Art von Tätigkeiten interessieren und 1,8-fach, dass die Delegation zu verkürzten Wartezeiten führt. Die Delegation von organisatorischen Tätigkeiten können sich die HÄ, die gut bis sehr gut über die Delegations-Vereinbarung informiert sind, signifikant häufiger bei ihrem derzeitigen Praxispersonal vorstellen. Außerdem fürchten sie sich weniger vor juristischen Folgen. Dieser Unterschied ist auch bei den HÄ erkennbar, die ihren Informationsstand zu Delegations-Vereinbarung mit teils/teils bezeichnen.

8.3 Empfundene Mehrwerte und Barrieren zur Qualifizierung von MFA zur EVA/VERAH Plus

Die Möglichkeiten der Ausgestaltung wurden anhand des Zustimmungsgrades der Responder mit drei Mehrwerten und vier Barrieren bezüglich der Qualifizierung von MFA zur EVA / VERAH Plus erhoben.

Die Ergebnisse werden in Abbildung 23 dargestellt und im Kontext mit den Einflussfaktoren im weiteren präsentiert.

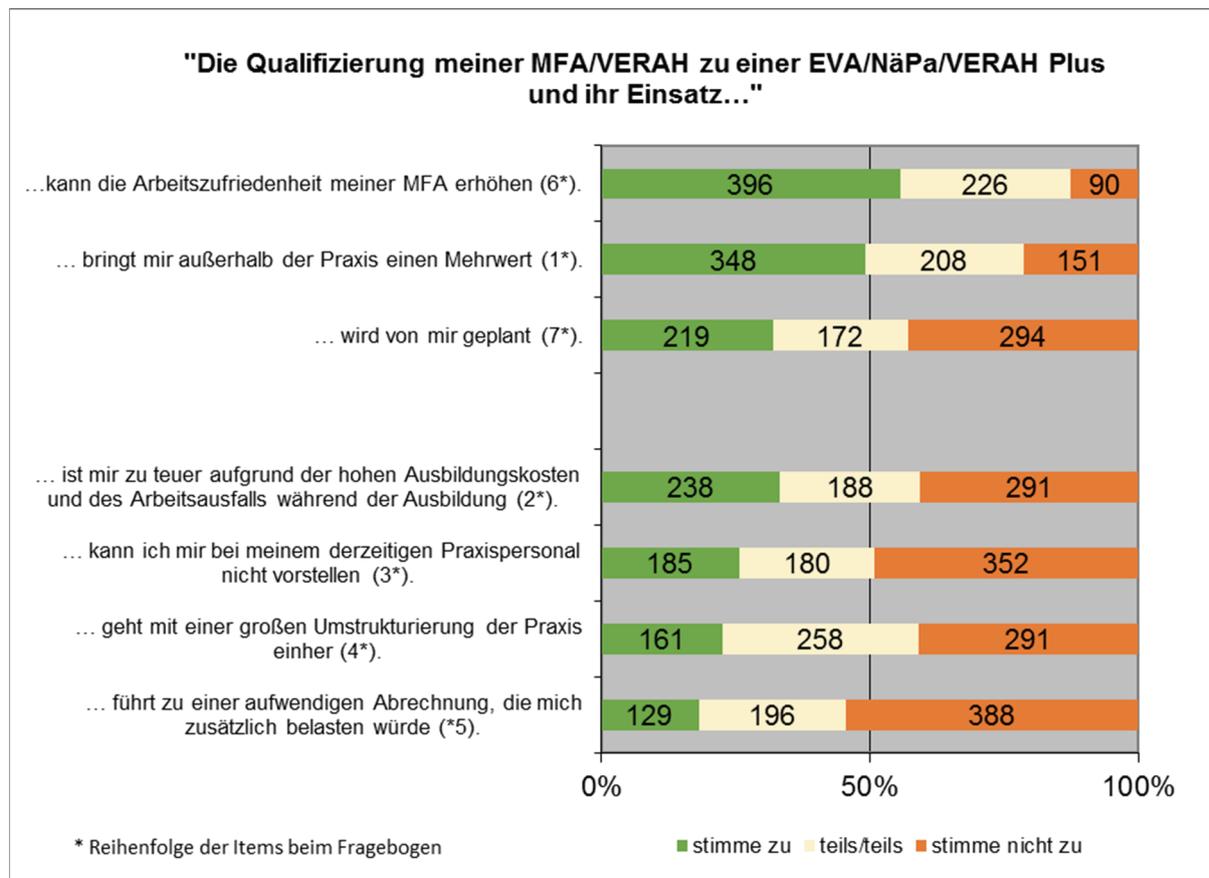


Abbildung 23: Möglichkeiten der Ausgestaltung durch Qualifizierung des nicht-ärztlichen Personal

Um das Ausmaß der wichtigsten Faktoren, die einen Einfluss auf die Bewertung der Aussagen zu den empfundenen Mehrwerten und Barrieren zur Qualifizierung von MFA zur EVA/VERAH Plus zu untersuchen, wurden multinomiale logistische Regressionen für drei Mehrwerte und vier Barrieren durchgeführt. Bei den multinomialen logistischen Regressionsmodellen wurden folgende Variablen berücksichtigt: Geschlecht, Alter, Anzahl an Scheinen, Teilnahme an der HzV,

Praxisform, PLZ3-Großstadtregion, Anzahl der Hausbesuche pro Woche, Anzahl der Heimbefuche pro Woche und Informationsstand zur Delegationsvereinbarung. Für jeden Faktor wurde eine Referenzkategorie ausgesucht mit der die anderen Ausprägungen für diesen Faktor verglichen wurden. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Die multinomialen Regressionen zeigten z. B. altersspezifische Unterschiede: jüngere HÄ unter 50 Jahre stimmten häufiger den Mehrwerten und seltener den Barrieren zu „bringt mir außerhalb der Praxis einen Mehrwert“. HÄ unter 50 Jahren waren dreimal so häufig einverstanden wie HÄ über 60 Jahre. Dieser Unterschied war signifikant ($OR_{\text{Alterunter50J}} = 3,18$ 0,30-0,86; $p < 0,05$). HÄ zwischen 50 und 60 Jahren waren 1,79 mal und damit signifikant häufiger einverstanden als HÄ ab 60 Jahre ($OR_{\text{Alter50-60J}} = 1,79$ -2,29; $p < 0,05$).

Die Ergebnisse aller multinomialen Regressionen zu empfundenen Mehrwerten und Barrieren zur Weiterqualifizierung der MFA zur EVA/VERAH Plus werden in Tabelle 27 dargestellt und im Anschluss diskutiert.

Tabelle 27: Odds der HÄ- und Praxis-Charakteristika bezogen auf die Qualifizierung des nicht-ärztliches Praxispersonals

„Die Qualifizierung meiner MFA zur EVA/NäPa bzw. die Weiterbildung meiner VERAH durch VERAH-PLUS-Kurse und ihr Einsatz...“

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)							
	MEHRWERTE			BARRIEREN			
	bringt mir außerhalb der Praxis einen Mehrwert.	kann die Arbeitszufriedenheit meiner MFA erhöhen.	wird von mir geplant.	ist mir zu teuer aufgrund der hohen Ausbildungskosten und des Arbeitsausfalls während der Ausbildung.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	geht mit einer großen Umstrukturierung der Praxis einher.	führt zu einer aufwendigen Abrechnung, die mich zusätzlich belasten würde.
Geschlecht							
weiblich	0,73 (0,46 – 1,17)	0,87 (0,50 – 1,54)	0,63 (0,40 – 1,01)	1,21 (0,79 – 1,86)	1,29 (0,83 – 2,03)	1,32 (0,83 – 2,10)	1,61 (0,98 – 2,64)
männlich	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Alter							
unter 50 Jahre	3,18* (1,70 – 5,97)	1,59 (0,77 – 3,27)	2,65* (1,47 – 4,78)	0,50* (0,28 – 0,88)	0,55* (0,31 – 0,99)	0,47* (0,25 – 0,87)	0,50* (0,25 – 0,98)
50 bis 60 Jahre	1,79* (1,08 – 2,97)	1,64 (0,89 – 3,02)	1,66 * (1,01 – 2,72)	0,75 (0,47 – 1,20)	0,59 * (0,36 – 0,97)	0,56 * (0,34 – 0,93)	0,67 (0,39 – 1,15)
über 60 Jahre	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Scheine							
unter 860 Scheinen	0,48* (0,29 – 0,80)	0,61 (0,33 – 1,12)	0,35* (0,20 – 0,62)	2,15* (1,33 – 3,47)	1,76* (1,07 – 2,90)	1,91* (1,14 – 3,20)	1,64 (0,96 – 2,78)
860 Scheine und mehr	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
HzV-Teilnahme							
nein	0,49* (0,31 – 0,77)	0,66 (0,39 – 1,14)	0,34* (0,22 – 0,53)	2,29* (1,52 – 3,44)	2,95* (1,90 – 4,58)	1,70 * (1,09 – 2,65)	2,76* (1,68 – 4,53)
ja	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Praxisform							
keine Einzelpraxis	2,16* (1,37 – 3,42)	2,39* (1,35 – 4,23)	1,91* (1,26 – 2,90)	0,55* (0,37 – 0,83)	0,41* (0,26 – 0,63)	0,59* (0,37 – 0,92)	0,37* (0,22 – 0,62)
Einzelpraxis	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)							
	MEHRWERTE			BARRIEREN			
	bringt mir außerhalb der Praxis einen Mehrwert.	kann die Arbeits- zufriedenheit meiner MFA erhöhen.	wird von mir geplant.	ist mir zu teuer aufgrund der hohen Ausbildungskosten und des Arbeitsausfalls während der Ausbildung.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	geht mit einer großen Umstrukturierung der Praxis einher.	führt zu einer aufwendigen Abrechnung, die mich zusätzlich belasten würde.
PLZ3-Großstadtregion (8)							
Zentrum (36)	0,25* (0,08 – 0,82)	0,98 (0,29 – 3,33)	0,39* (0,16 – 0,96)	1,92 (0,75 – 4,97)	2,05 (0,72 – 5,83)	2,01 (0,65 – 6,28)	1,80 (0,59 – 5,50)
Ergänzungsgebiet zum Zentrum (55)	0,39 (0,12 – 1,26)	0,77 (0,23 – 2,53)	0,17* (0,14 – 0,83)	2,15 (0,84 – 5,48)	2,00 (0,71 – 5,63)	1,65 (0,53 – 5,09)	1,35 (0,44 – 4,09)
engerer Verflechtungsraum (44)	0,44 (0,13 – 1,47)	1,06 (0,30 – 3,73)	0,44 (0,17 – 1,10)	1,57 (0,59 – 4,19)	1,50 (0,51 – 4,41)	1,54 (0,48 – 4,89)	1,41 (0,45 – 4,39)
weiterer Verflechtungsraum (47)	0,45 (0,13 – 1,53)	3,03 (0,71 – 12,99)	0,59 (0,23 – 1,48)	1,65 (0,60 – 4,55)	0,68 (0,21 – 2,18)	1,21 (0,37 – 3,98)	1,34 (0,41 – 4,35)
Gebiete außerhalb der Großstadtregionen (20)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Anzahl an Hausbesuchen							
bis zu 5	0,85 (0,47 – 1,54)	0,47* (0,22 – 0,99)	0,75 (0,43 – 1,29)	1,27 (0,74 – 2,17)	1,65 (0,93 – 2,91)	0,68 (0,39 – 1,21)	0,72 (0,38 – 1,34)
6 bis 10	0,91 (0,50 – 1,66)	0,63 (0,29 – 1,33)	1,12 (0,65 – 1,94)	1,26 (0,75 – 2,14)	1,31 (0,74 – 2,34)	0,59 (0,33 – 1,05)	0,81 (0,43 – 1,51)
11 und mehr	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
Anzahl an Heimbesuchen							
keine	0,82 (0,30 – 2,25)	1,01 (0,34 – 2,99)	0,75 (0,28 – 2,00)	1,363 (0,53 – 3,53)	1,74 (0,68 – 4,45)	2,25 (0,85 – 5,98)	2,18 (0,75 – 6,32)
1	0,64 (0,32 – 1,28)	1,59 (0,72 – 3,53)	0,81 (0,42 – 1,54)	1,10 (0,59 – 2,06)	1,07 (0,55 – 2,07)	1,26 (0,62 – 2,55)	1,93 (0,90 – 4,13)
2 bis 3	0,84 (0,454 – 1,56)	2,25* (1,10 – 4,58)	0,77 (0,44 – 1,34)	1,17 (0,68 – 2,01)	1,03 (0,58 – 1,84)	1,24 (0,68 – 2,26)	1,23 (0,62 – 2,44)
4 und mehr	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall)							
	MEHRWERTE			BARRIEREN			
	bringt mir außerhalb der Praxis einen Mehrwert.	kann die Arbeits- zufriedenheit meiner MFA erhöhen.	wird von mir geplant.	ist mir zu teuer aufgrund der hohen Ausbildungskosten und des Arbeitsausfalls während der Ausbildung.	kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	geht mit einer großen Umstrukturierung der Praxis einher.	führt zu einer aufwendigen Abrechnung, die mich zusätzlich belasten würde.
Informationsstand zur aktuellen Delegations- Vereinbarung							
sehr gut bis gut	1,93* (1,07 – 3,48)	1,08 (0,53 – 2,18)	3,78* (2,15 – 6,63)	0,29* (0,17 – 0,51)	0,40* (0,23 – 0,71)	0,417* (0,24 – 0,74)	0,35 (0,18 – 0,69)
teils/teils	1,34 (0,81 – 2,20)	0,87 (0,47 – 1,60)	1,71* (1,04 – 2,79)	0,65 (0,42 – 1,02)	0,69 (0,43 – 1,10)	0,56* (0,34 – 0,93)	0,69* (0,42 – 1,16)
schlecht bis sehr schlecht	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)

* p<0,05

Mehr als die Hälfte der HÄ (52 %) stimmen der Aussage zu, dass die Qualifizierung ihrer MFA/VERAH zu einer EVA/NäPa/VERAH Plus und ihr Einsatz die Arbeitszufriedenheit der MFA erhöhen würde. Diese HÄ führen signifikant mehr Hausbesuche durch als die HÄ, die dieser Aussage nicht zustimmen [OR = 0,47 (0,22 – 0,99), Kategorie 0 – 5 Hausbesuche versus 11 Hausbesuche und mehr (Referenzkategorie)].

45,7 % der HÄ finden, dass die Qualifikation und der Einsatz einer EVA/NäPa/VERAH Plus außerhalb der Praxis einen Mehrwert bringt und 28,7 % der HÄ planen die Ausbildung und den Einsatz einer EVA/NäPa/VERAH Plus. Diese HÄ sind signifikant jünger, wohnen häufiger im Zentrum oder im Ergänzungsgebiet zum Zentrum und arbeiten seltener in einer Einzelpraxis als die HÄ, die diese Aussage ablehnen. Außerdem rechnen sie häufiger mehr als 860 Scheine ab und nehmen häufiger an der HzV teil. Mit dem Informationsgrad zur Delegations-Vereinbarung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die HÄ die Ausbildung einer MFA/VERAH zur EVA/NäPa/VERAH Plus planen [OR = 3,78 (2,15 – 6,63), beim Vergleich der Kategorien sehr gut bis gut versus schlecht bis sehr schlecht (Referenzkategorie) und OR = 1,71 (1,04 – 2,79) beim Vergleich der Kategorien teils /teils versus schlecht bis sehr schlecht (Referenzkategorie)]. Die Wahrscheinlichkeit, dass HÄ der Aussage, dass ihnen der Einsatz der EVA/NäPa/VERAH Plus außerhalb der Praxis einen Mehrwert bringt, zustimmen, ist doppelt so hoch, wenn sie gut bis sehr gut über die Delegations-Vereinbarung informiert sind [OR = 3,78 (2,15 – 6,63) (Referenzkategorie: schlecht bis sehr schlecht)].

Außerdem ist bei den HÄ, die gut bis sehr gut über die Delegations-Vereinbarung informiert sind, die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Ausbildung einer EVA/NäPa/VERAH Plus planen, fast viermal so groß wie unter den HÄ, die schlecht bis sehr schlecht informiert sind [OR = 3,78 (2,15 – 6,63)]. Bei denen, die ihren Informationsstand als teils/teils bewerten, ist die Wahrscheinlichkeit 1,7mal so hoch verglichen mit den HÄ, die schlecht bis sehr schlecht informiert sind [OR = 1,71 (1,04 – 2,79)].

Ein komplementäres Bild zeigt sich bei den Barrieren: Insgesamt stimmten 31,2 % der HÄ zu, dass ihnen die Ausbildung wegen der hohen Ausbildungskosten und des Arbeitsausfalls während der Ausbildung zu teuer sei. 24,3 % der HÄ können sich die

Qualifikation einer VERAH/NäPa/VERAH Plus bei ihrem bestehenden Praxispersonal nicht vorstellen und 21,4 % denken, dass der Einsatz mit einer großen Umstrukturierung der Praxis einhergeht. 16,9 % der HÄ stimmen der Aussage zu, dass die Abrechnung der von der EVA/NäPa/VERAH Plus erbrachten Leistungen aufwendig sei und sie zusätzlich belasten würde. Die HÄ, die diesen Aussagen zustimmen, sind signifikant älter und arbeiten häufiger in einer Einzelpraxis als die HÄ, die diese Aussage ablehnen. Sie rechnen häufiger weniger als 860 Scheine ab und nehmen seltener an der HzV teil. Außerdem sind sie signifikant schlechter über die Delegations-Vereinbarung informiert.

Es gibt keine signifikanten Assoziationen zwischen der Anzahl an Haus- und Heimbefuchen in Bezug auf die Barrieren.

9. Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit

Die Einschätzung der Delegierbarkeit hausärztlicher Tätigkeit in der Praxis sowie bei Haus- und Heimbefuchen an nÄPp wurde mit 34 Tätigkeiten in fünf Bereichen abgefragt: allgemeine Beurteilung des Patientenzustandes (3 Items), Diagnostik (9 Items), Therapie/Behandlung (7 Items), Beratung/Schulungen (7 Items) und Organisation/Administration (8 Items).

Die konkrete Fragestellung lautete: „Welche der genannten Tätigkeiten sind Ihrer Meinung nach delegierbare Aufgaben, die eine MFA mit entsprechender Qualifizierung in der Praxis bzw. im Haus- oder Heimbefuch in Absprache mit Ihnen selbständig durchführen kann?“

Anhand einer dreistufigen Skala wurde erhoben, ob die spezifische Tätigkeit bereits delegiert wird (aktuell delegiert), gerne zukünftig delegiert werden würde (delegierbar) oder ob sie von HÄ für nicht delegierbar gehalten wird. Anhand einer Subskala wurde bei möglicher Delegierbarkeit (aktuell delegiert oder delegierbar) erfasst, ob sich die Aussage zur Delegation auf die Praxis oder auch den Haus- bzw. Heimbefuch bezieht.

Zuerst wird in Abbildung 24 die Übersicht der Zustimmung von 34 Tätigkeiten absteigend nach der Anzahl der bereits delegierenden HÄ für jeden Bereich in den Kategorien aktuell delegiert, delegierbar, nicht delegierbar und fehlende Angaben dargestellt. Anschließend werden in Tabelle 28 für alle HÄ, die aktuell delegieren oder in Zukunft gerne delegieren würden, die Tätigkeiten nach Ort der Delegation (Praxis sowie Haus- und Heimbefuch, nur in der Praxis oder nur im Haus-/Heimbefuch) aufgeführt.

Nach der Diskussion der Ergebnisse wird das Potential der Ausweitung von Delegation für die erfassten Tätigkeiten berechnet und dargestellt.

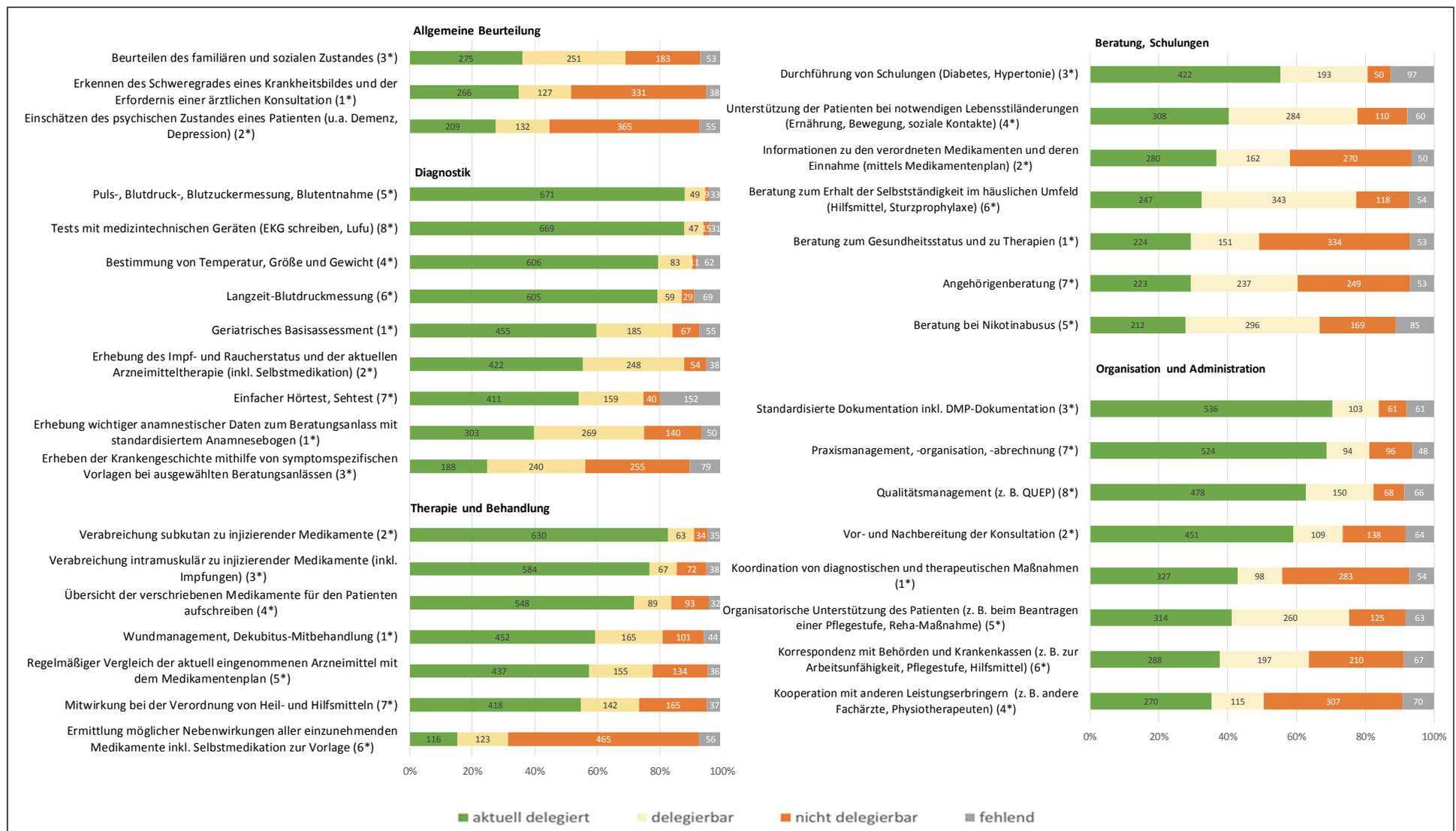


Abbildung 24: Delegierbare Tätigkeiten nach dem Anteil an HÄ, die diese Aufgaben bereits delegieren

Tabelle 28: Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit nach Ort der Delegierbarkeit

	In Praxis, Haus- und Heimb Besuch				nur in der Praxis				nur im Haus- und Heimb Besuch			
	aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Allgemeine Beurteilung (N=delegierende HÄ aktuell oder zukunfft)												
1. Erkennen des Schweregrades eines Krankheitsbildes und der Erfordernis einer ärztlichen Konsultation (N=393)	126	32,1	60	15,3	91	23,2	10	2,5	49	12,5	57	14,5
2. Einschätzen des psychischen Zustandes eines Patienten (u.a. Demenz, Depression) (N=341)	101	29,6	73	21,4	64	18,8	17	5,0	44	12,9	42	12,3
3. Beurteilen des familiären und sozialen Zustandes (N=526)	144	27,4	137	26,0	70	13,3	31	5,9	61	11,6	83	15,8
b. Bereich Diagnostik												
1. Erhebung wichtiger anamnestischer Daten zum Beratungsanlass mit standardisiertem Anamnesebogen (N=572)	134	23,4	176	30,8	150	26,2	64	11,2	19	3,3	29	5,1
2. Erhebung des Impf- und Raucherstatus und der aktuellen Arzneimitteltherapie (inkl. Selbstmedikation) (N=670)	194	29,0	161	24,0	216	32,2	71	10,6	12	1,8	16	2,4
3. Erheben der Krankengeschichte mithilfe von symptomspezifischen Vorlagen bei ausgewählten Beratungsanlässen (N=428)	91	21,3	160	37,4	85	19,9	58	13,6	12	2,8	22	5,1
4. Bestimmung von Temperatur, Größe und Gewicht (N=689)	325	47,2	58	8,4	269	39,0	17	2,5	12	1,7	8	1,2
5. Puls-, Blutdruck-, Blutzuckermessung, Blutentnahme (N=720)	399	55,4	36	5,0	259	36,0	8	1,1	13	1,8	5	0,7
6. Langzeit-Blutdruckmessung (N=664)	271	40,8	41	6,2	326	49,1	12	1,8	8	1,2	6	0,9
7. Einfacher Hörtest, Sehtest (N=570)	191	33,5	88	15,4	211	37,0	59	10,4	9	1,6	12	2,1
8. Tests mit medizintechnischen Geräten (EKG schreiben, Lufu) (N=716)	270	37,7	33	4,6	392	54,7	7	1,0	7	1,0	7	1,0
9. Geriatrisches Basisassessment (N=640)	248	38,8	118	18,4	199	31,1	53	8,3	8	1,3	14	2,2

(cont. Tabelle 28) Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit nach Ort der Delegierbarkeit	In Praxis, Haus- und Heimbefuch				nur in der Praxis				nur im Haus- und Heimbefuch			
	aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
c. Bereich Therapie und Behandlung												
1. Wundmanagement, Dekubitus-Mitbehandlung (N=617)	274	44,4	119	19,3	147	23,8	26	4,2	31	5,0	20	3,2
2. Verabreichung subkutan zu injizierender Medikamente (N=693)	376	54,3	46	6,6	234	33,8	11	1,6	20	2,9	6	0,9
3. Verabreichung intramuskulär zu injizierender Medikamente (inkl. Impfungen) (N=651)	303	46,5	44	6,8	268	41,2	17	2,6	13	2,0	6	0,9
4. Übersicht der verschriebenen Medikamente für den Patienten aufschreiben (N=637)	325	51,0	58	9,1	213	33,4	24	3,8	10	1,6	7	1,1
5. Regelmäßiger Vergleich der aktuell eingenommenen Arzneimittel mit dem Medikamentenplan (N=592)	262	44,3	106	17,9	164	27,7	37	6,3	11	1,9	12	2,0
6. Ermittlung möglicher Nebenwirkungen aller einzunehmenden Medikamente inkl. Selbstmedikation zur Vorlage (N=239)	80	33,5	85	35,6	31	13,0	27	11,3	5	2,1	11	4,6
7. Mitwirkung bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (N=560)	246	43,9	101	18,0	162	28,9	30	5,4	10	1,8	11	2,0

(cont. Tabelle 28) Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit nach Ort der Delegierbarkeit	In Praxis, Haus- und Heimb Besuch				nur in der Praxis				nur im Haus- und Heimb Besuch			
	aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
d. Bereich Beratung, Schulungen												
1. Beratung zum Gesundheitsstatus und zu Therapien (N=375)	108	28,8	106	28,3	104	27,7	40	10,7	12	3,2	5	1,3
2. Informationen zu den verordneten Medikamenten und deren Einnahme (mittels Medikamentenplan) (N=442)	153	34,6	111	25,1	120	27,1	42	9,5	7	1,6	9	2,0
3. Durchführung von Schulungen (Diabetes, Hypertonie) (N=615)	184	29,9	114	18,5	233	37,9	72	11,7	5	0,8	7	1,1
4. Unterstützung der Patienten bei notwendigen Lebensstiländerungen (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte) (N=592)	170	28,7	176	29,7	132	22,3	98	16,6	6	1,0	10	1,7
5. Beratung bei Nikotinabusus (N=508)	119	23,4	180	35,4	87	17,1	105	20,7	6	1,2	11	2,2
6. Beratung zum Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld (Hilfsmittel, Sturzprophylaxe) (N=590)	156	26,4	228	38,6	80	13,6	89	15,1	11	1,9	26	4,4
7. Angehörigenberatung (N=460)	134	29,1	163	35,4	82	17,8	63	13,7	7	1,5	11	2,4

(cont. Tabelle 28) Delegierbare Anteile hausärztlicher Tätigkeit nach Ort der Delegierbarkeit	In Praxis, Haus- und Heimb Besuch				nur in der Praxis				nur im Haus- und Heimb Besuch			
	aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar		aktuell delegiert		delegierbar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
e. Bereich Organisation und Administration												
1. Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (N=425)	182	42,8	67	15,8	140	32,9	24	5,6	5	1,2	7	1,6
2. Vor- und Nachbereitung der Konsultation (N=561)	255	45,5	85	15,2	185	33,0	19	3,4	11	2,0	6	1,1
3. Standardisierte Dokumentation inkl. DMP-Dokumentation (N=640)	282	44,1	66	10,3	250	39,1	31	4,8	4	0,6	7	1,1
4. Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. andere Fachärzte, Physiotherapeuten) (N=385)	148	38,4	79	20,5	116	30,1	30	7,8	6	1,6	6	1,6
5. Organisatorische Unterstützung des Patienten (z. B. beim Beantragen einer Pflegestufe, Reha-Maßnahme) (N=575)	169	29,4	189	32,9	138	24,0	64	11,1	7	1,2	8	1,4
6. Korrespondenz mit Behörden und Krankenkassen (z. B. zur Arbeitsunfähigkeit, Pflegestufe, Hilfsmittel) (N=485)	159	32,8	133	27,4	125	25,8	57	11,8	4	0,8	7	1,4
7. Praxismanagement, -organisation, -abrechnung (N=619)	256	41,4	55	8,9	267	43,1	35	5,7	1	0,2	5	0,8
8. Qualitätsmanagement (z. B. QUEP) (N=629)	221	35,1	80	12,7	254	40,4	65	10,3	3	0,5	6	1,0

Im Rahmen der allgemeinen Beurteilung wird am häufigsten die Einschätzung des familiären und sozialen Zustandes der Patientin / des Patienten delegiert. 36,1 % der HÄ (n=275) übertragen diese Tätigkeit an das nÄPp (Abbildung 24). Davon delegieren 47,4 % (n=126) diesen Anteil sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch, 34,2 % (n=91) in der Praxis und 18,4 % (n=49) im Haus- und Heimbefuch. Ein weiteres Drittel (32,9 %, n=251) kann sich vorstellen, die Beurteilung des familiären und sozialen Zustandes zukünftig zu delegieren. Von diesen würden 54,6 % (n=137) die Tätigkeit in der Praxis und im Haus- und Heimbefuch delegieren, 12,4 % (n=31) nur in der Praxis und 33,1 % (n=83) nur im Hausbesuch (Tabelle 28).

Von den Anteilen der hausärztlichen Tätigkeit aus dem Bereich Diagnostik delegieren fast 90 % die Puls-, Blutdruck-, Blutzuckermessung und Blutentnahme (88,1 %, n=671), die Tests mit medizinischen Geräten wie EKG schreiben und Lufu (87,8 %, n=669), ca. 80 % die Bestimmung von Temperatur, Größe, Gewicht (79,5 %, n=606) und die Langzeit-Blutdruckmessung (79,4 %, n=605) (Abbildung 24). Etwa die Hälfte dieser HÄ delegiert diese Aufgaben sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch und etwa die andere Hälfte delegiert diese Tätigkeiten nur in der Praxis. Weniger als 2 % delegieren diese Tätigkeiten nur im Haus- und Heimbefuch (Tabelle 28).

Bei folgenden diagnostischen Tätigkeiten können sich mehr als ein Viertel der HÄ vorstellen, sie zukünftig zu delegieren: Die Erhebung wichtiger anamnestischer Daten zum Beratungsanlass mit standardisiertem Anamnesebogen (35,3 %, n=248), die Erhebung des Impf- und Raucherstatus und der aktuellen Arzneimitteltherapie inklusive Selbstmedikation (32,5 %, n=248), die Erhebung der Krankengeschichte mithilfe von symptom-spezifischen Vorlagen bei ausgewählten Beratungsanlässen (31,5 %, n=240) und das Geriatri-sche Basisassessment (24,3 %, n=185) (Abbildung 24). Mehr als die Hälfte dieser HÄ halten diese Tätigkeiten sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch für delegierbar. Circa ein Viertel der HÄ würde sie nur in der Praxis delegieren und zwischen 5 und 10 % nur im Haus- und Heimbefuch (Tabelle 28).

Von den Anteilen der hausärztlichen Tätigkeiten im Bereich Therapie und Behandlung delegieren über 80 % der HÄ die Verabreichung subkutan und

intramuskulär zu injizierender Medikamente (82,7 %; n=640 bzw. 76,6 %; n=584) (Abbildung 24). Von diesen delegieren mehr als die Hälfte die Anteile sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch (59,6 %; n=376 und 51,9 %; n=303) und 37,21 % bzw. 45,9 % in der Praxis. Der Anteil an HÄ, die diese Tätigkeit nur im Haus- und Heimbefuch delegieren, liegt bei 3,2 % (n=20) bzw. 2,2 % (n=13) (Tabelle 28).

Außerdem delegieren etwas mehr als 70 % der HÄ das Aufschreiben einer Übersicht der verschriebenen Medikamente für Patientinnen und Patienten und den regelmäßigen Vergleich der aktuell eingenommenen Medikamente mit dem Medikamentenplan, das Wundmanagement und die Dekubitusmitbehandlung und die Mitwirkung bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. 61,2 % der HÄ lehnen es ab, dass die Ermittlung möglicher Nebenwirkungen aller einzunehmenden Medikamente inklusive Selbstmedikation (zur Vorlage) an das nicht-ärztliche Personal delegiert wird (Abbildung 24).

Im Bereich der Beratung und Schulung delegieren 55,4 % (n=422) die Durchführung von Schulungen von z. B. Diabetes- und Hypertoniepatienten. 43,6 % (n=184) dieser HÄ delegieren Schulungen in der Praxis und im Haus- und Heimbefuch, 55,2 % (n=233) nur in der Praxis und 1,2 % (n=5) nur beim Haus- und Heimbefuch (Abbildung 24). Außerdem können sich 25,3 % aller HÄ (n=193) vorstellen, diese Tätigkeit zukünftig zu delegieren, davon 59,1 % (n=114) sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch und 37,3 % dieser HÄ (n=72) nur in der Praxis (Tabelle 28).

Es halten 37,3 % aller HÄ (284) für denkbar, dass das nÄPp Patientinnen und Patienten bei notwendigen Lebensstiländerungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte unterstützt. 38,8 % (n=296) halten die Beratung bei Nikotinabusus und die Angehörigenberatung (31,3 %, n=237) für delegierbar (Abbildung 24). Fast zwei Drittel können sich vorstellen, dass sie diese Tätigkeiten in der Praxis und im Haus- und Heimbefuch delegieren. Ca. ein Drittel halten sie nur in der Praxis für delegierbar (Tabelle 28).

In Bezug auf organisatorische und administrative Tätigkeiten delegieren 70,3 % (n=536) die standardisierte Dokumentation (inkl. DMP-Dokumentation) und 68,8 % (n=524) das Praxismanagement und die Praxisorganisation und –

abrechnung. 34,1 % der HÄ halten die organisatorische Unterstützung von Patientinnen und Patienten z. B. beim Beantragen einer Pflegestufe oder Reha-Maßnahme für delegierbar und 25,9 % (n=197) die Korrespondenz mit Behörden und Krankenkassen z. B: zur Arbeitsunfähigkeit, zur Pflegestufe und zu Hilfsmitteln (Abbildung 24). Mehr als zwei Drittel dieser HÄ können sich vorstellen, diese Tätigkeiten sowohl in der Praxis als auch im Haus- und Heimbefuch zu delegieren und ca. ein Drittel hält diese Tätigkeiten nur in der Praxis für delegierbar (Tabelle 28).

Um die potentielle Ausweitung der Delegation (Delegationspotential - DP) zu bewerten, wurde auf der Basis der HÄ, die noch nicht delegieren, für jede Tätigkeit das Verhältnis des Anteils der HÄ, die die entsprechende Tätigkeit für delegierbar halten, zum Anteil der HÄ, die die gleiche Tätigkeit für nicht delegierbar halten, berechnet.

Ein $DP > 1$ sagt, dass die Zahl derjenigen HÄ, die diese Tätigkeit für delegierbar halten, größer ist als die der HÄ, die diese Tätigkeit für nicht delegierbar halten.

Für die Gruppe von Tätigkeiten, die bereits jetzt von mindestens 70 % aller HÄ delegiert werden und für die ein $DP > 2$ berechnet wurde, wird das Ausweitungspotential als hoch eingestuft, da diese schon von vielen HÄ delegiert werden. Das ist der Fall bei: Puls-, Blutdruck-, Blutzuckermessung, Blutentnahme (88 % HÄ, $DP=5,3$), Tests mit medizintechnischen Geräten (EKG schreiben, Lufu) (87,8 % der HÄ, $DP=3,1$), Verabreichung subkutan zu injizierender Medikamente (82,7 % HÄ, $DP=1,8$), Bestimmung von Temperatur, Größe, Gewicht (79,5 % HÄ; $DP = 7,8$) und Langzeit-Blutdruckmessung (79,4 HÄ; $DP=2$).

Als sehr hoch wird das Potential zur Ausweitung jener Tätigkeiten eingeschätzt, die zurzeit von nicht all zu vielen HÄ delegiert werden (zwischen 40 % und unter 70 %, jedoch ein $DP > 2$ haben. Das ist der Fall bei Qualitätsmanagement (z. B. QUEP) (62,7 HÄ; $DP 2,2$), Geriatisches Basisassessment (59,7 %; $DP=2,8$) sowie Wundmanagement und Dekubitus-Mitbehandlung (59,3 % HÄ; $DP=1,6$).

Als hoch wird das Potential der Tätigkeiten eingeschätzt, die zurzeit von mindestens 40 % und unter 70 % der HÄ delegiert werden und dabei ein positives, jedoch geringeres $DP > 1$; > 2 haben.

Als mittelmäßig ausweitbar wird das Potential jener Tätigkeiten gesehen, die von vielen HÄ (über 70 %) delegiert werden und ein $DP = 1$ haben. Das ist z.B. der Fall beim Schreiben einer Übersicht der verschriebenen Medikamente für die Patientin / den Patienten (71,9 % der HÄ, $DP = 1$).

Als gering ausweitbar wird das Potential jener Tätigkeiten gesehen, die von nicht all zu vielen HÄ (über 40 % und unter 70 %) delegiert werden und ein $DP = 1$ haben. Das ist z.B. der Fall bei Praxismanagement, -organisation, -abrechnung (68,8 % der HÄ, $DP = 1$). Kein Potential wird bei den Tätigkeiten gesehen, die wenig delegiert werden und ein $DP < 1$ haben (Tabelle 29).

Tabelle 29: Ausweitungspotential der Delegation von ärztlichen und organisatorischen/ administrativen Tätigkeiten an nÄPp

Bereich / Tätigkeit (Item Nr. im Fragebogen)	Aktuelle Delegation (% der HÄ)	Delegations-potential	Ausweitungspotential
a. Allgemeine Beurteilung			
Beurteilen des familiären und sozialen Zustandes	36,1	1,4	mittel hoch
Erkennen des Schweregrades eines Krankheitsbildes und der Erfordernis einer ärztlichen Konsultation	34,9	0,4	nein
Einschätzen des psychischen Zustandes eines Patienten (u.a. Demenz, Depression)	27,4	0,4	nein
b. Bereich Diagnostik			
Bestimmung von Temperatur, Größe und Gewicht	79,5	7,8	sehr hoch
Puls-, Blutdruck-, Blutzuckermessung, Blutentnahme	88,1	5,3	hoch
Erhebung des Impf- und Raucherstatus und der aktuellen Arzneimitteltherapie (inkl. Selbstmedikation)	55,4	4,6	sehr hoch
Einfacher Hörtest, Sehtest	53,9	4	sehr hoch
Tests mit medizintechnischen Geräten (EKG schreiben, Lufu)	87,8	3,1	hoch
Geriatrisches Basisassessment	59,7	2,8	sehr hoch
Langzeit-Blutdruckmessung	79,4	2	sehr hoch
Erhebung wichtiger anamnestischer Daten zum Beratungsanlass mit standardisiertem Anamnesebogen	39,8	1,9	hoch
Erheben der Krankengeschichte mithilfe von symptom-spezifischen Vorlagen bei ausgewählten Beratungsanlässen	24,7	0,9	sehr gering
c. Bereich Therapie und Behandlung			
Verabreichung subkutan zu injizierender Medikamente	82,7	1,8	hoch
Wundmanagement, Dekubitus-Mitbehandlung	59,3	1,6	hoch
Regelmäßiger Vergleich der aktuell eingenommenen Arzneimittel mit dem Medikamentenplan	57,3	1,2	mittel
Übersicht der verschriebenen Medikamente für den Patienten aufschreiben	71,9	1	mittel
Verabreichung intramuskulär zu injizierender Medikamente (inkl. Impfungen)	76,6	0,9	gering
Mitwirkung bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	54,9	0,9	gering
Ermittlung möglicher Nebenwirkungen aller einzunehmenden Medikamente inkl. Selbstmedikation zur Vorlage	15,2	0,3	nein

Bereich / Tätigkeit (Item Nr. im Fragebogen)	Aktuelle Delegation (% der HÄ)	Delegations-potential	Ausweitungs-potential
d. Bereich Beratung, Schulungen			
Durchführung von Schulungen (Diabetes, Hypertonie)	55,4	3,8	sehr hoch
Beratung zum Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld (Hilfsmittel, Sturzprophylaxe)	32,4	2,9	sehr hoch
Unterstützung der Patienten bei notwendigen Lebensstiländerungen (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte)	40,4	2,6	sehr hoch
Beratung bei Nikotinabusus	27,8	1,7	hoch
Angehörigenberatung	29,3	1	sehr hoch
Informationen zu den verordneten Medikamenten und deren Einnahme (mittels Medikamentenplan)	36,7	0,6	gering
Beratung zum Gesundheitsstatus und zu Therapien	29,4	0,5	nein
e. Bereich Organisation und Administration			
Qualitätsmanagement (z. B. QUEP)	62,7	2,2	hoch
Organisatorische Unterstützung des Patienten (z. B. beim Beantragen einer Pflegestufe, Reha-Maßnahme)	41,2	2,1	hoch
Standardisierte Dokumentation inkl. DMP-Dokumentation	70,3	1,7	hoch
Praxismanagement, -organisation, -abrechnung	68,8	1	mittel
Korrespondenz mit Behörden und Krankenkassen (z. B. zur Arbeitsunfähigkeit, Pflegestufe, Hilfsmittel)	37,8	0,9	gering
Vor- und Nachbereitung der Konsultation	59,2	0,8	gering
Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. andere Fachärzte, Physiotherapeuten)	35,4	0,4	nein
Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	42,9	0,3	nein

Farbcodierung (aktuelle Delegation): ≥ 70% aller HÄ grüne Textfarbe

< 70% bis ≥ 40% aller HÄ gelbe Textfarbe

< 40% bis ≥ 30% aller HÄ blaue Textfarbe

< 30% aller HÄ rote Textfarbe

III. Zusammenfassung

Die vorliegende Befragung von HÄ in NRW verdeutlicht im Vergleich zu zurückliegenden Untersuchungen die wachsende Bereitschaft zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten in Deutschland. Deutlich wird aber auch, dass mangelndes Wissen bezüglich der aktuellen Delegations-Vereinbarung ein mögliches Hindernis für den Ausbau der Delegation darstellen kann. Entsprechend können Möglichkeiten der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung durch die zielgerichtete Verbreitung von Informationen zur Delegations-Vereinbarung, eruiert und umgesetzt werden. Die Ergebnisse dieser Erhebung verdeutlichen ebenso, dass diese Informationen auch auf die Barrieren und Hindernisse eingehen sollten, die von einzelnen hausärztlichen Gruppen geäußert wurden, um die Implementierung und Nutzung der neuen Möglichkeiten zu fördern.

Die allgemeine Einstellung der HÄ NRWs zum Ausbau von Delegation war mit 66,0 % positiv. Jüngere HÄ, besser informierte HÄ, HÄ, die an einer HzV teilnehmen und HÄ, die mehr MFA über 20 Std. beschäftigten, sind gegenüber dem Ausbau von Delegation positiver eingestellt. Die Einstellung bezüglich des Ausbaus war in den ländlicheren Gebieten in WL deutlich negativer als in den ländlicheren Gebieten in NO. Dagegen war die Einstellung der Responder in Zentren von Großstadregionen in NO deutlich negativer (16,3 %) als in WL (4,8 %).

Fast alle Responder führten persönlich Hausbesuche durch. Nur 2,8 % der HÄ gaben an, keine Hausbesuche persönlich zu realisieren. 18,8 % der HÄ machten über 90 % ihrer Hausbesuche als Routinebesuche.

92,6 % der Responder führten Heimbesuche durch. Die Anzahl der HÄ, die keine Heimbesuche realisieren, betrug 55 (7,2 %). HÄ, die über 90 % ihrer Heimbesuche als Routinebesuche absolvieren, machen signifikant (18,1 %) mehr Heimbesuche, betreuen aber etwas weniger Patientinnen und Patienten pro Heimbesuch als HÄ, die unter 90 % ihrer Heimbesuche als Routine realisieren.

Mit dem Ländlicherwerden der Regionen nahm der Prozentsatz an HÄ, die persönlich mehr Hausbesuche durchführen, deutlich zu und der Prozentsatz der HÄ, die keine Heimbesuche realisieren leicht ab.

Haus- und Heimbesuche wurden im Vergleich weniger häufig als Praxistätigkeiten an nÄPp delegiert. 77,5 % der HÄ in WL und 74,9 % der HÄ in NO delegierten Haus-

und Heimbesuche. Von denen, übertrugen 34,9 % (WL) und 31,9 % (NO) Haus- und Heimbesuche an eine MFA mit einer weiterführenden Qualifikation.

Mehrwerte und Barrieren bezüglich des Ausbaus von Delegation waren für ärztliche und organisatorische/administrative Tätigkeiten vergleichbar.

Am häufigsten wurde Delegation an nÄPp mit einer Zeitersparnis verbunden: 62,3 % der HÄ stimmten diesem Mehrwert bei ärztlichen Tätigkeiten zu und 55,8 % bei organisatorischen und administrativen Tätigkeiten. Der Zeitersparnis bei organisatorischen Tätigkeiten stimmten Frauen signifikant seltener zu als männliche HÄ.

Als zweiter wichtiger Mehrwert stellte sich die Erhöhung der eigenen Arbeitszufriedenheit heraus: 50,1 % der HÄ empfanden diesen Mehrwert bei ärztlichen Tätigkeiten und 55,8 % der HÄ bei organisatorischen und administrativen Tätigkeiten.

Häufigste Hindernisse waren zum einen der Mehraufwand in der Anfangsphase, der die HÄ zusätzlich belasten würde (27,3 % bei ärztlichen Tätigkeiten und 20,2 % bei organisatorischen und administrativen Tätigkeiten) und zum anderen die Annahme, dass die Erweiterung von Delegation beim derzeitigen Personal nicht umsetzbar sei (19,9 % der HÄ bei ärztlichen und 13,6 % bei organisatorischen und administrativen Tätigkeiten).

Bei den ärztlichen Tätigkeiten waren signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellbar: Hausärztinnen meinen signifikant seltener als Hausärzte, dass sich die MFA für den Ausbau der Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten interessieren und hatten doppelt so häufig Bedenken wegen möglicher juristischer Folgen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten.

Jüngere HÄ waren häufiger der Ansicht, dass sich ihre MFA für medizinische Tätigkeiten interessieren als die über 60-jährigen.

HÄ, die weniger als 860 Scheine abrechneten, sahen mehr als doppelt so häufig keinen Mehrwert in der Delegation ärztlicher oder organisatorischer Tätigkeiten als Ärzte, die mehr Scheine abrechnen.

An der HzV teilnehmende HÄ stimmten signifikant häufiger allen beschriebenen Mehrwerten bezüglich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu und sahen doppelt so häufig einen Mehrwert bei der Delegation organisatorischer Tätigkeiten. Sie stimmten

signifikant häufiger zu, dass sich ihre MFA für organisatorische Tätigkeiten interessieren und konnten sich den Einsatz des Personals vorstellen.

HÄ mit einem schlechten Informationsstand zur Delegations-Vereinbarung haben doppelt so häufig Barrieren zur Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten empfunden. Gut bis sehr gut informierte HÄ konnten sich die Delegation von organisatorischen Tätigkeiten signifikant häufiger bei ihrem derzeitigen Praxispersonal vorstellen und fürchteten sich weniger vor juristischen Folgen.

Das höchste Potential zur Ausweitung von Delegation findet sich bei ärztlichen Tätigkeiten in den Bereichen Diagnostik wie z. B. die Erhebung des Impf- und Raucherstatus und der aktuellen Arzneimitteltherapie (inkl. Selbstmedikation), der Durchführung des einfachen Hörtests, des Sehtests und des Geriatrischen Basisassessments. Im Bereich Beratungen und Schulungen wurde ein sehr hohes Delegationspotential für folgende Tätigkeiten ermittelt: Durchführung von Schulungen (Diabetes, Hypertonie), Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei notwendigen Lebensstiländerungen (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte), Beratung zum Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld (Hilfsmittel, Sturzprophylaxe) und die Angehörigenberatung.

Am geringsten war das Delegationspotential in den Bereichen Allgemeine Beurteilung sowie Therapie und Behandlung.

Der Informationsstand der HÄ in NRW war zum Zeitpunkt der Befragung nur zu 25 % gut oder sehr gut. Ältere HÄ über 60 Jahre und HÄ, die über 860 Scheine pro Quartal abrechneten, waren besser informiert. Ein besserer Informationsstand war signifikant mit einer positiven Einstellung zur Delegation assoziiert. HÄ in NO fühlten sich in allen PLZ3-Großstadtregionen signifikant schlechter informiert als HÄ in WL. Eine Ausnahme bildeten die weiteren Verflechtungsräume. In den Zentren von Großstadtregionen in NO fühlten sich nur 17 % der HÄ gut informiert. Dagegen fühlten sich 32,8 % dieser Regionen in WL gut informiert. Signifikante Unterschiede im Vergleich der KV-Gebiete zeigten, dass HÄ in WL vier von fünf Barrieren der Delegation weiterer ärztlicher Tätigkeiten doppelt so häufig zustimmten.

IV. Literatur

1. 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. *Fam Pract.* 2012; 29(4):448-54.
2. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Home visit delegation in primary care: acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(46):795-801.
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung. In: Haubitz, editor. „Bedarfsgerechte Versorgung“, Berlin 2014, Hans Huber; 2014
http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung. In: Haubitz, editor. „Bedarfsgerechte Versorgung“, Berlin 2014, Hans Huber; 2014. Abbildung 55, Seite 360, Allgemeine Fachärztliche Versorgung, mittlerer Versorgungsgrad der KVen für Augenärzte und Chirurgen im Vergleich zu Hausärzten,
http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/Abbildungen/Abb_55_MVG-Hausaerzte-Augenaerzte-Chirurgen.pdf
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung. In: Haubitz, editor. „Bedarfsgerechte Versorgung“, Berlin 2014, Hans Huber; 2014. Kap. 6 Seite 375, Abbildung 60, Darstellung KBV auf der Grundlage der Bedarfspläne der KVen – zum 30.06.2013, Hausärztliche Versorgungssituation: Hausärztliche Planungsbereiche,
http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/Abbildungen/Abb_60_Hausaerztliche-Mittelbereiche-Versorgungsgrade.pdf
6. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Daten und Berechnungen zu den niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte, Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber in Nordrhein-Westfalen, Stand 24.04.2016, Persönliche Kommunikation, April 2016.
7. de Leeuw ED, Hox Joop J.J, Dillmann D. A. *International Handbook of Survey Methodology.* New York: Psychology Press - Taylor & Francis Group; 2008.
8. Grohmann J. Systematik zur räumlichen Klassifizierung der PLZ3-Großstadregionen. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen; Persönliche Kommunikation, April 2016.
9. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. *Ärztemonitor.* 2016,
http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_20_Aerztemonitor_infas_Praesentation.pdf
10. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Zi-Praxis-Panel - Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2010 bis 2013 Jahresbericht 2014, Berlin; 2016,
https://www.zi-pp.de/pdf/Jahresbericht_2014.pdf

V. Anhang

Anhang 1: Fragebogen der Umfrage in NRW zum Thema Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal

9157548548 Meinungsumfrage HÄ NRW 2016 © J. Gisbert Miralles, L. Dini, Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin

1. Die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal wurden in den letzten Jahren durch Konzepte wie EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und NÄPa (Nichtärztliches Praxispersonal) stark ausgebaut. Wie stehen Sie dem Ausbau der Delegation spontan gegenüber?

positiv
 mehr positiv als negativ
 teils/teils
 mehr negativ als positiv
 eher negativ

2. Bitte geben Sie Ihr Alter an:
 unter 50 Jahre 50 bis 60 Jahre über 60 Jahre

3. Bitte kreuzen Sie an:
 Arzt Ärztin

4. Vor wie vielen Jahren haben Sie sich in NRW niedergelassen?
 vor weniger als 5 Jahren
 vor 5 bis 10 Jahren
 vor mehr als 10 Jahren

5. Machen Sie bitte Angaben zur Region Ihrer Praxis.

a. Wie würden Sie die Region beschreiben?
 eher städtisch eher ländlich

b. Geben Sie bitte die ersten drei Ziffern der Postleitzahl und das Autokennzeichen des Landkreises/der Stadt Ihrer Praxis an:
 PLZ (z.B. 475 für Kleve) Autokennzeichen (z.B. KLE)

6 a. Sie arbeiten in einer/einem:
 Einzelpraxis Praxisgemeinschaft
 Gemeinschaftspraxis MVZ

b. Wie viele Arztsitze gehören insgesamt zu Ihrer Praxis?
 Arztsitz/e (z.B. 1,5)

7. Wie viele Scheine haben Sie persönlich (bezogen auf Ihren Arztsitz) durchschnittlich pro Quartal im letzten Jahr abgerechnet?
 bis 459 Scheine 860 bis 1.259 Scheine
 460 bis 859 Scheine 1.260 Scheine und mehr

8. Nehmen Sie an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teil?
 ja nein

9. Wie viel nichtärztliches Personal ist in Ihrer Praxis angestellt?
 Anzahl der MFA mit mindestens 20 Std. pro Woche Anzahl der MFA mit weniger als 20 Std. pro Woche

10. Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der MFA mit den hier aufgeführten Qualifikationen an:

	EVA/NäPa	VERAH	VERAH Plus	MFA
ausgebildet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
in Ausbildung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Wie viele Stunden arbeiten Sie hausärztlich durchschnittlich pro Woche?

a. mit direktem Patientenkontakt
 in der Praxis Std.
 Haus- und Heimbesuche (inkl. Fahrzeiten) Std.

b. ohne direkten Patientenkontakt
 Beurteilung von Befunden, Gutachten Std.
 administrative Tätigkeiten (z.B. Praxisorganisation und Abrechnung) Std.

12. Wie viele Haus- bzw. Heimbesuche machen Sie persönlich durchschnittlich pro Woche?

a. Hausbesuche
 keine
 1 bis 5
 6 bis 10
 11 bis 15
 16 bis 20
 21 und mehr

b. Heimbesuche
 keine
 1 Heim
 2 bis 3 Heime
 4 Heime und mehr

Wie viele Patienten betreuen Sie in etwa bei einem Heimbesuch?
 1 bis 2 Patienten
 3 bis 4 Patienten
 5 bis 6 Patienten
 7 Patienten und mehr

13. Sie haben im letzten Jahr persönlich Haus- und/oder Heimbesuche gemacht. Bitte schätzen Sie:

a. Wie viel Prozent der von Ihnen durchgeführten Besuche sind in etwa:

	Hausbesuche	Heimbesuche
Routinebesuche	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
Notfallbesuche	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
	=100%	=100%

b. Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten machen Sie Haus- bzw. Heimbesuche? Bitte schätzen Sie:

	Hausbesuche	Heimbesuche
bei unter 5% meiner Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei 5% bis unter 15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei 15% bis unter 25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei 25% und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie ist die Altersstruktur Ihrer Patienten? Bitte schätzen Sie:

	Praxispatienten	Hausbesuchspatienten	Heimbesuchspatienten
unter 65 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
65 bis 75 Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
über 75 Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
	=100%	=100%	=100%

15. Bitte geben Sie an, was zutrifft (mehrere Antworten möglich):

Ich delegiere an:	Praxis-tätigkeiten	Haus-besuche	Heim-besuche
EVA/NäPa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERAH Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MFA/ArztshelferInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÄrztInnen in Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte ÄrztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (z.B. Pflegedienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie keine Haus- und Heimbesuche durchführen, geht es weiter mit Frage 14.

Fragebogen Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal, Vorderseite

16. Welche der genannten Tätigkeiten sind Ihrer Meinung nach delegierbare Aufgaben, die eine MFA mit entsprechender Qualifizierung in der Praxis bzw. im Haus- und Heimbuch in Absprache mit Ihnen selbstständig durchführen kann? (mehrere Antworten möglich)

	ich delegiere dies bereits		würde ich zukünftig gerne delegieren		ich halte es für nicht delegierbar
	in der Praxis	Haus-/Heimbesuch	in der Praxis	Haus-/Heimbesuch	
a. Allgemeine Beurteilung					
Erkennen des Schweregrades eines Krankheitsbildes und der Erfordernis einer ärztlichen Konsultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschätzen des psychischen Zustandes eines Patienten (u.a. Demenz, Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilen des familiären und sozialen Zustandes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bereich Diagnostik					
Erhebung wichtiger anamnestischer Daten zum Beratungsanlass mit standardisiertem Anamnesebogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhebung des Impf- und Raucherstatus und der aktuellen Arzneimitteltherapie (inkl. Selbstmedikation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erheben der Krankengeschichte mithilfe von symptom-spezifischen Vorlagen bei ausgewählten Beratungsanlässen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestimmung von Temperatur, Größe und Gewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puls-, Blutdruck-, Blutzuckermessung, Blutentnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langzeit-Blutdruckmessung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfacher Hörtest, Sehstest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tests mit medizintechnischen Geräten (EKG schreiben, Lufu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geriatrisches Basisassessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Bereich Therapie und Behandlung					
Wundmanagement, Dekubitus-Mitbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verabreichung subkutan zu injizierender Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verabreichung intramuskulär zu injizierender Medikamente (inkl. Impfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übersicht der verschriebenen Medikamente für den Patienten aufschreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßiger Vergleich der aktuell eingenommenen Arzneimittel mit dem Medikamentenplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ermittlung möglicher Nebenwirkungen aller einzunehmenden Medikamente inkl. Selbstmedikation zur Vorlage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitwirkung bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Bereich Beratung, Schulungen					
Beratung zum Gesundheitsstatus und zu Therapien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zu den verordneten Medikamenten und deren Einnahme (mittels Medikamentenplan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchführung von Schulungen (Diabetes, Hypertonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung der Patienten bei notwendigen Lebensstil-Änderungen (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung bei Nikotinabusus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung zum Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld (Hilfsmittel, Sturzprophylaxe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörigenberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

e. Bereich Organisation und Administration	ich delegiere dies bereits		würde ich zukünftig gerne delegieren		ich halte es für nicht delegierbar
	in der Praxis	Haus-/Heimbesuch	in der Praxis	Haus-/Heimbesuch	
Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor- und Nachbereitung der Konsultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standardisierte Dokumentation inkl. DMP-Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z.B. andere Fachärzte, Physiotherapeuten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisatorische Unterstützung des Patienten (z.B. beim Beantragen einer Pflegestufe, Reha-Maßnahme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korrespondenz mit Behörden und Krankenkassen (z.B. zur Arbeitsunfähigkeit, Pflegestufe, Hilfsmittel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxismanagement, -organisation, -abrechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualitätsmanagement (z.B. QUEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte bewerten Sie folgende Sätze:

17. "Die Delegation weiterer Tätigkeiten an meine MFA / EVA / VERAH..."	ärztliche Tätigkeiten			organisatorische und administrative Tätigkeiten		
	stimme zu	teils/teils	stimme nicht zu	stimme zu	teils/teils	stimme nicht zu
... ist nach einer vertiefenden Fortbildung denkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist wahrscheinlich, da sich eine meiner MFA für diese Tätigkeiten interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zu kürzeren Wartezeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... spart mir Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... würde meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bedarf einer aufwendigen Einarbeitung, die mich zusätzlich belasten würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist mir zu riskant wegen möglicher juristischer Folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zum Vertrauensverlust meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bringt mir keinen Mehrwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. "Die Qualifizierung meiner MFA/VERAH zu einer EVA/NäPa/VERAH Plus und ihr Einsatz..."

	stimme zu	teils/teils	stimme nicht zu
... bringt mir außerhalb der Praxis einen Mehrwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist mir zu teuer aufgrund der hohen Ausbildungskosten und des Arbeitsausfalls während der Ausbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich mir bei meinem derzeitigen Praxispersonal nicht vorstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geht mit einer großen Umstrukturierung der Praxis einher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zu einer aufwendigen Abrechnung, die mich zusätzlich belasten würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann die Arbeitszufriedenheit meiner MFA erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird von mir geplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Die aktuelle Delegationsvereinbarung ist 2015 in Kraft getreten. Wie schätzen Sie Ihren Informationsstand zur Delegationsvereinbarung ein?

- sehr gut gut teils/teils schlecht sehr schlecht

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1694
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

