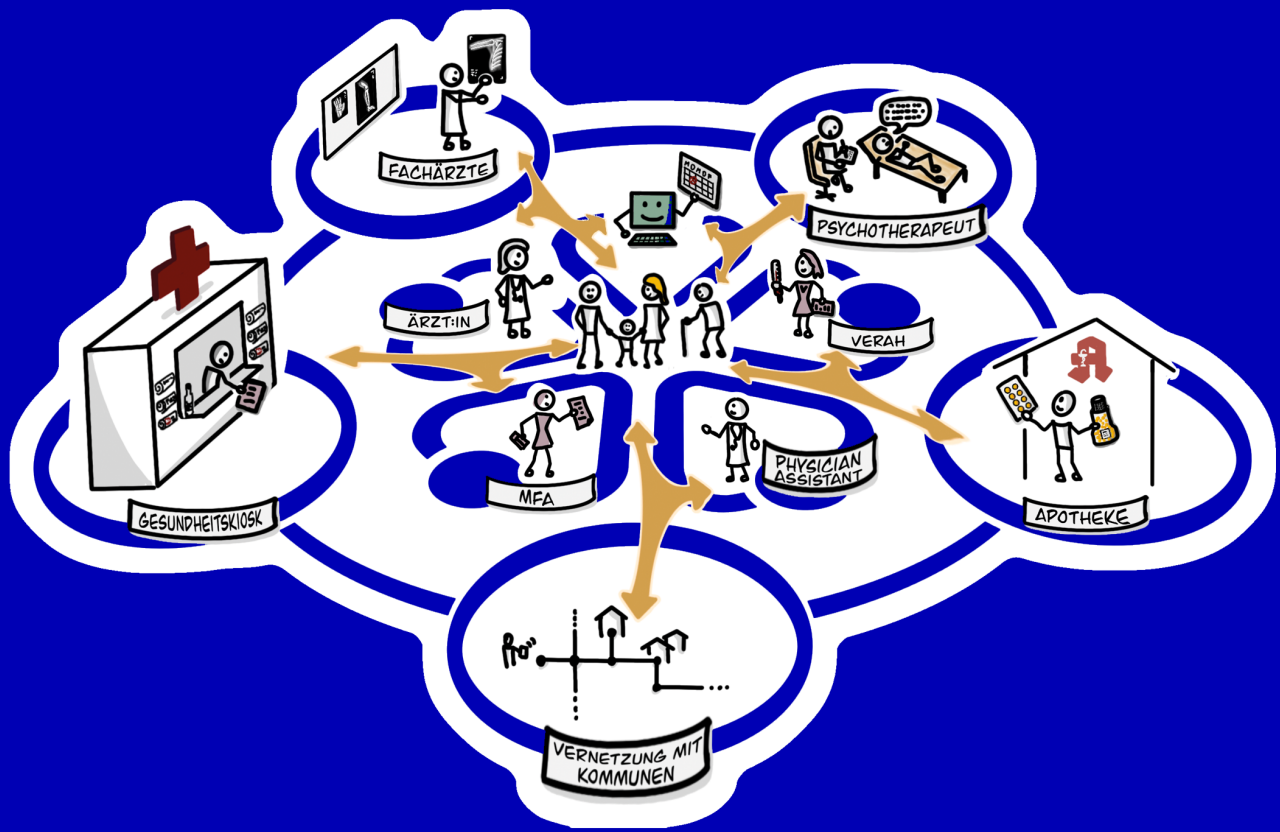




HÄPPI

Hausärztliches Primärversorgungszentrum –
Patientenversorgung Interprofessionell

ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes



Inhalt

Hintergrund und zukünftige Herausforderungen	03
Präambel	06
Ziele des HÄPPI	07
Versorgungslandschaft	09
Gründung und Zusammenarbeit im HÄPPI-Kernteam	09
Vergütung	10
Kooperation	10
Patient-Reported-Outcomes	12
Neugestaltung des Workflows	12
Anlage 1: Wirkungsfelder	14
Delegationsrahmenvereinbarung	26
Anlage 2: Optimale Zuweisung in die richtige Versorgungsebene	29
Zusammengefasst: Innovationsfaktoren und Zukunftsimpulse des HÄPPI	33
Literaturverzeichnis	34



Hintergrund und zukünftige Herausforderungen

In einer alternden Gesellschaft führt die damit zunehmende Krankheitslast zu einem höheren Versorgungsbedarf. Der demografische Alterungsprozess wird erheblichen Einfluss auf die Sicherstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung in Deutschland haben.¹

Bereits 2008 forderte die WHO die Staaten auf, die Orientierung ihrer Gesundheitssysteme stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung auszurichten. Ohne eine grundlegende Neuorientierung sei es wahrscheinlich, dass die Gesundheitssysteme durch die zunehmenden Herausforderungen alternder Bevölkerungen, durch die starke Zunahme chronischer Erkrankungen, durch neu auftretende Erkrankungen und durch die Auswirkungen des Klimawandels überfordert würden.

Die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) stellt den inklusivsten, effektivsten und effizientesten Ansatz dar, die physische und psychische Gesundheit und das soziale Wohlergehen der Menschen zu verbessern. Fortgeschrittene Gesundheitssysteme ermöglichen einen niederschweligen und gerechten Zugang zum Gesundheitswesen. Die gesundheitliche Primärversorgung ist ein Eckpfeiler nachhaltiger Gesundheitssysteme für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und für das Erreichen der gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziele.²

Neben der Zunahme der Krankheitslast steht Deutschland vor der Herausforderung der stetig abnehmenden Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, die sich als Hausärztinnen bzw. Hausärzte niederlassen. Im Jahr 2035 werden bundesweit etwa 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte fehlen.³

Die Schaffung isolierter Anlaufstellen wie Gesundheitskioske oder Ansätze, die die zentral koordinierende und steuernde Funktion von Hausärztinnen und Hausärzten nicht berücksichtigen, führen nach Ansicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes nicht zu einer verbesserten Versorgungsqualität, sondern lediglich zu erneuten Schnittstellen, die eine koordinierte Steuerung erschweren, mit nicht vorhandenen Ressourcen planen und kostenintensiv sind. Angesichts zunehmender psychischer (Ko-)Morbiditäten, Multimorbidität und sozialmedizinischer Fragestellungen gewinnt die langfristige, anlassübergreifende Betreuung noch mehr an Bedeutung. Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt ein Nebeneinander von Fehl-, Über- und Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem und empfiehlt ein höheres Maß an Steuerung.³ Versorgungsdaten der Hausarztzentrierten Versorgung als freiwilliges primärärztliches Modell zeigen eine bessere Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten.⁴ Ein höheres Maß an Steuerung und Koordination ist wünschenswert.

Auch andere Megatrends wie die Ambulantisierung und Work-Life-Balance bieten Chancen für neue Arbeitsmodelle und Konzepte. Zudem steigt laut KBV der Anteil der Angestellten wie auch in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland.⁵ In der Regel verfügen insbesondere größere Praxis-

¹ SVR 2018

² WHO 2019

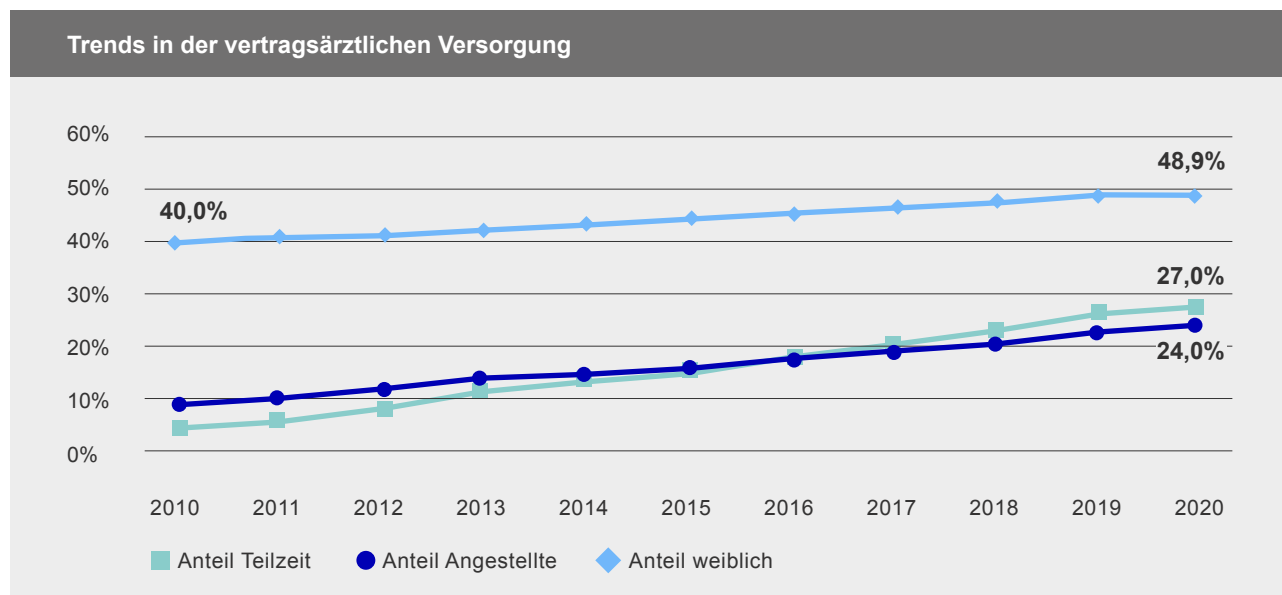
³ Bosch Stiftung 2021

⁴ Evaluationsdaten der Hausarztzentrierten Versorgung 2011-2020 (2023)

⁵ KBV 2022



einheiten über mehr finanzielle Mittel und personelle Ressourcen, um Veränderungen und Anpassungen in ihrer Arbeitsstruktur umzusetzen. Dies ermöglicht es ihnen, flexiblere Arbeitsmodelle wie Teilzeitarbeit oder Anstellungsmöglichkeiten besser zu integrieren.



Mehr Frauen, mehr Anstellungen, mehr Teilzeit - so ist der Trend in der vertragsärztlichen Versorgung.

⁶ Quelle: Daten der KBV 2022

Hausärztliche Praxen und ihre Praxisteam sind erste Anlaufstellen im deutschen Gesundheitssystem, sie ermöglichen eine niederschwellige, flächendeckende, kosteneffektive und sozial gerechte Gesundheitsversorgung. Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung muss im Mittelpunkt von Änderungen im Gesundheitssystem stehen, denn Patientinnen und Patienten wünschen eine wohnortnahe Versorgung aus einer Hand und bringen Hausärztinnen und Hausärzten ein sehr hohes Maß an Vertrauen entgegen. Der überwiegende Anteil aller Anliegen und Beratungsanlässe kann von Hausärztinnen und Hausärzten bei hoher Patientenzufriedenheit zeitnah gelöst werden.⁷ Dies wurde auch unter Extrembedingungen während der Corona-Pandemie sichtbar, in der über 95% der Patientinnen und Patienten ausschließlich und abschließend in der hausärztlichen Versorgung behandelt wurden.

Internationale Studien zeigen, dass die Einbindung weiterer Gesundheitsberufe in die hausärztliche Versorgung im Sinne einer interprofessionellen Primärversorgung ein vielversprechender Ansatz ist.⁵ Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen sollen auch nach Sicht des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen ausgebaut werden.⁸ Eine bedarfsgerechte Versorgung ist auf neue, den veränderten Anforderungen und Aufgaben entsprechende Formen der Kooperation und auf eine multiprofessionelle Sichtweise angewiesen.⁹

⁶ Dtsch Arztebl 2021

⁷ Contandriopoulos et al 2018

⁸ SVR 2009 und 2018

⁹ SVR 2014



Vor diesem Hintergrund muss aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes die Versorgung mithilfe von zukunftsfähigen Versorgungskonzepten weiterentwickelt und teils neu gedacht werden. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe im Hausärzteverband Baden-Württemberg hat in 18 Monaten in insgesamt 10 Arbeitsterminen das Konzept von HÄPPI entwickelt. Handlungsleitend war durchgehend die gestufte Implementierung unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen im deutschen Gesundheitssystem.

Um eine multiperspektivische und berufsunabhängige Sichtweise zu ermöglichen, wurde zur Exploration von Entwicklungsmöglichkeiten einer interprofessionellen Zusammenarbeit im HÄPPI die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg mit einer Interviewstudie beauftragt. In dieser führten zwei Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler gemeinsam Interviews mit Stakeholdern verschiedener Gesundheitsberufe und anderer Akteure, um die Sichtweisen aller am HÄPPI potenziell beteiligten Berufsgruppen sowie die regulatorischen Rahmenbedingungen im Umfeld des HÄPPI von Anfang an realistisch einzubinden. Die Ergebnisse dieser Studie wurden in die Konzeptentwicklung des HÄPPI integriert.

Mit dem HÄPPI wird ein zukunftsorientiertes Modell für die interprofessionelle Primärversorgung in Deutschland vorgelegt, das unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungssituation machbar ist.



Präambel

Hausarztpraxisteams sind im Gesundheitswesen die erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten. Aufgrund der vertrauensvollen Bindung der Patientinnen und Patienten an die gewählte Hausarztpraxis wird eine ganzheitliche Sicht auf sie und eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung gewährleistet. Dies ist der optimale Rahmen, um ein erfolgreiches hausärztliches patientenzentriertes Primärversorgungszentrum mit interprofessioneller Ausrichtung zu etablieren.

HÄPPI ist ein zukunftsorientiertes, berufsübergreifendes Versorgungsangebot, das sich durch die kontinuierliche, kooperative und versorgungssteuernde hausärztliche Koordination der umfassenden Grundversorgung auszeichnet.

Das HÄPPI ist demnach ein von Hausärztinnen und Hausärzten gegründetes Zentrum bzw. Netzwerk, das darauf ausgerichtet ist, den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten wie auch der Hausärztinnen und Hausärzte gerecht zu werden und sich den wandelnden Anforderungen im Gesundheitswesen anzupassen. Hierbei werden innovative digitale Anwendungen zur Bewältigung der hausärztlichen Aufgaben eingebunden und die Patientenversorgung wird über hybride Versorgungsangebote gewährleistet. HÄPPI bildet eine teamorientierte Hausarztpraxis mit interprofessioneller Ausrichtung ab, in dem eine klare Rollenverteilung und Verantwortlichkeit innerhalb des hausärztlichen Teams anhand der Mitarbeiterqualifikationen wie auch verbindliche Kooperationen mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen adressiert werden. Durch die Möglichkeit, das Versorgungskonzept HÄPPI auf bereits existierende Strukturen und Verträge aufzusetzen, wird einer Versorgungszersplitterung entgegengewirkt. HÄPPI stellt sich damit als ein integratives und flexibel auszugestaltendes Versorgungskonzept dar, das regionale Bedarfe abbilden soll.

Im gesamten HÄPPI übernimmt die Hausärztin bzw. der Hausarzt die zentrale Rolle. Sie ist die Dirigentin bzw. er ist der Dirigent, die/der ein fundiertes Zusammenspiel von Delegation und Digitalisierung in der Hausarztpraxis orchestriert. Sie bzw. er muss den Prozess der Veränderung aktiv gestalten und begleiten und die Behandlungsabläufe sicherstellen. Die Kernaufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte besteht darin, sicherzustellen, dass die Behandlungsschritte aller an der Versorgung beteiligten ineinandergreifen und die erzielten Behandlungsergebnisse und Befunde in den Gesamtkontext eingeordnet werden. Mit Delegation und Digitalisierung schaffen sich Hausärztinnen und Hausärzte Freiräume, um sich der steigenden Krankheitslast ihrer Patientinnen und Patienten zu stellen. Sie können sich so auf die Behandlung komplexer Krankheitsbilder konzentrieren, die ihre Expertise erfordern.



Ziele des HÄPPI

Das HÄPPI hat insbesondere zum Ziel:

- Interprofessionelle Versorgung in der Teampraxis fördern
- Patientenzentrierung
- Steuerung durch Gatekeeping und Vernetzung im Gesundheitswesen
- Digitale Konzepte und hybride Versorgung stärken
- Gesundheitskompetenz stärken
- Ambulantisierung befördern (HÄPPI-Plus)

Interprofessionelle Versorgung in der Teampraxis fördern

Interprofessionalität im ambulanten Gesundheitswesen bedeutet eine enge Zusammenarbeit und Koordination von Fachkräften aus verschiedenen Gesundheitsberufen, wie Haus- und Facharztbereich, Pflege, Therapieberufe oder auch Soziale Arbeit. Hierdurch soll eine umfassende Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Mittels interprofessioneller Teampraxisstrukturen in der hausärztlichen Versorgung durch Einbindung akademischer, nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wie dem Primary Care Manager (PCM) oder dem Physician Assistant wird eine umfassendere und koordinierte Betreuung für Patientinnen und Patienten erreicht. Grundlegend dafür ist der Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den HÄPPI-Teammitgliedern. Fachkenntnisse und Ressourcen können gebündelt werden, um die Effizienz, Qualität und Sicherheit der Versorgung zu verbessern.

Patientenzentrierung

Im HÄPPI werden Patientinnen und Patienten über Patient-Reported-Outcomes (PROs) eine Rückmeldung geben, welche Therapieeffekte mittel- und langfristig eingetreten sind. Durch die Berücksichtigung der Patientenperspektive wird Wirksamkeit von Therapien aus Sicht der Patientinnen und Patienten bewertet. Nebenwirkungen oder Probleme werden aufgedeckt.

Steuerung durch Gatekeeping und Vernetzung im Gesundheitswesen

HÄPPI steuert Patientenströme sinnvoll durch Wahrnehmung einer Gatekeeper-Funktion und bietet Schutz vor Über-, Unter- und Fehlversorgung. Im Versorgungsmodell der Hauszentrierten Versorgung nach §73b SGB V wird bereits die Gatekeeper-Funktion durch die Hausarztpraxis erfüllt und deren Wirksamkeit durch verschiedene Evaluationen bewiesen, aufgrund dessen nutzt das HÄPPI die vorbestehenden HZV-Strukturen.^{10 11} Durch effiziente Steuerung wird eine zeitnahe, niederschwellige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung für alle ermöglicht. Es findet eine enge Vernetzung mit den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Strukturen des Gesundheitssektors wie Kommunen, Gesundheitskiosken, Apotheken, Therapieberufen, Fachärztinnen und Fachärzten (z. B. Psychiaterinnen und Psychiater), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern statt.

¹⁰ vgl. Wensing, J. Szecsenyi et al 2019

¹¹ vgl. K. Karimova et al. 2019



Digitale Konzepte und hybride Versorgung stärken

Im HÄPPI werden digitale Versorgungsansätze und analoge Vorortleistungen verzahnt. Behandlungsteams könnten entlastet, die Qualität der medizinischen Betreuung verbessert und der Zugang zu medizinischer Expertise erweitert werden (wie z. B. über Videokonsultation oder Videokonsile). Dies ermöglicht den Patientinnen und Patienten eine flexiblere und komfortablere Art der Gesundheitsversorgung und erweitert die Möglichkeiten zur Interaktion zwischen Patientinnen / Patienten und HÄPPI-Teams.

Digitale Tools können bereits jetzt nahtlos in den Praxisalltag integriert werden. So bieten Triage-Tools die Möglichkeit, den Schweregrad der Symptome einer Patientin bzw. eines Patienten zu bewerten und die Dringlichkeit der Versorgung einzuschätzen, wodurch eine automatisierte Vorselektion erfolgt und die Zuweisung in die richtige Versorgungsebene unterstützt wird. Durch die Strukturierung wird die zunehmende Arbeitsbelastung beherrschbarer.

In der Nutzung der zur Verfügung stehenden digitalen Anwendungen liegt bisher ungenutztes Innovationspotenzial. Im HÄPPI kann aufbauend auf der bestehenden vertrauensvollen Verbindung zwischen Patientinnen bzw. Patient und seinem Hausarztpraxisteam das bisher ungenutzte Innovationspotenzial von digitalen Anwendungen mit Mehrwert für beide Seiten gehoben werden.

Gesundheitskompetenz stärken

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der in Deutschland lebenden Bevölkerung ist von entscheidender Bedeutung, da dies positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem insgesamt hat. Menschen mit einer guten Gesundheitskompetenz sind besser in der Lage, Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Mehr Gesundheitskompetenz ermöglicht es Patientinnen und Patienten, fundierte Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, empfohlene Behandlungspläne besser zu befolgen oder durch Teilnahme an präventiven Maßnahmen Krankheiten ganz zu vermeiden. Ergebnisse der bisher in Deutschland durchgeführten Forschungen zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz kränker sind und damit auch höhere Kosten für das Gesundheitssystem verursachen.¹²

HÄPPI-Teams sollen insbesondere auch bei Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz (vulnerable Gruppen) durch gezielte Ansprache (Impfaufklärung, Raucherentwöhnung, klimaresiliente Beratung u. a.) helfen, die Gesundheitskompetenz zu stärken.

Ambulantisierung befördern (HÄPPI-Plus)

HÄPPI werden mit der nächsten Entwicklungsstufe in der Lage sein, den Umfang ambulanter Versorgungsoptionen modular zu erweitern, sofern die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen gegeben sind. Beispielsweise wären eine stationersetzende Pflege oder andere stations-

¹² Schaeffer D. et al. 2016



ersetzende Behandlungen möglich. Ein weiterer alternativer Baustein des HÄPPI-Plus können aufsuchende, interprofessionelle Kriseninterventionsteams sein. Eine umfassende Darstellung des HÄPPI-Plus erfolgt in gesonderten Veröffentlichungen.

Versorgungslandschaft

Selektivverträge eröffnen Raum für innovative Versorgungsansätze und -technologien. Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V ermöglicht eine schnelle Integration von neuen Versorgungskonzepten mit großer Reichweite. Darüber hinaus zeigt die HZV, wie eine erfolgreiche Versorgungssteuerung unter Leitung eines Hausarztpraxisteams funktioniert. Diese Strukturen bilden die Basis zur Integration des HÄPPI in die Versorgungslandschaft. Die Umsetzung eines HÄPPI kann als zentrale oder dezentrale Versorgungsform gestaltet werden, d. h. HÄPPI kann als zentrales Versorgungsangebot nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ agieren wie auch aus einem Netzwerk herausgebildet werden. Hierbei wird einem wesentlichen Merkmal des HÄPPI Rechnung getragen, sich an die regionalen Versorgungsstrukturen und Bedarfe auszurichten und nicht starre Strukturen zu etablieren.

Gründung und Zusammenarbeit im HÄPPI-Kernteam

Im HÄPPI steht die hausärztliche Versorgung durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Mittelpunkt. Das dargelegte Konzept wirkt damit gegen einen derzeitigen Trend, dass Finanzinvestoren Arztpraxen aufkaufen und auf Gewinne spekulieren. Die Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende menschliche Notwendigkeit, die auf ethischen Prinzipien und sozialer Verantwortung basiert. Gewinnorientierte Interessen könnten mit diesen ethischen Prinzipien kollidieren und die Priorität auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten in den Hintergrund drängen. Aufgrund dessen erfolgt die HÄPPI-Gründung durch mindestens eine Hausärztin oder einen Hausarzt, die/der als hausärztliche Direktion im HÄPPI agiert. Bei Praxisformen mit mehreren Teilhabenden muss mindestens ein hausärztlicher Teilhabender vorhanden sein. Die hausärztliche Direktion kann die Umsetzung der Leitung und/oder Koordination an geeignete HÄPPI-Teammitglieder übertragen.

Zum HÄPPI-Kernteam gehören zusätzlich mindestens eine Person eines nicht-ärztlichen, akademischen Gesundheitsberufes (z. B. Primary Care Manager oder Physician Assistant). Die Etablierung von neuen Berufsgruppen oder neuen Versorgungsebenen kann die Versorgungsqualität steigern, sofern Regelungen zur Kommunikation und Zusammenarbeit im Team erstellt sind. Daher wird innerhalb des HÄPPI-Teams ein starker Fokus auf die Vereinbarung von Regelungen zur Zusammenarbeit gelegt, um eine nahtlose und kooperative Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierbei sollen Aspekte wie Rollen und Verantwortlichkeiten aller Teammitglieder und der interne Kommunikationsaustausch definiert werden.



Vergütung und Finanzierung

Die Vergütungsmodalitäten sollten im HÄPPI nicht an die Quantität von Leistungen geknüpft werden, sondern das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellen, wie es in der HZV gelebt wird. Die HZV bietet zudem die benötigte Flexibilität bei der Vereinbarung von Vergütungspositionen bzw. -konzepten.

Die Finanzierungsberechnung für ein HÄPPI ist ein komplexer Prozess, der eine detaillierte Analyse der verschiedenen Kostenarten und -positionen erfordert. Je nach Umfang der Umsetzung können neben Krankenkassen auch weitere Kostenträger eingebunden werden.

Kooperation

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten erfordert oft ein breites Spektrum an Fachkenntnissen und eine ganzheitliche Herangehensweise. In diesem Kontext gewinnt die interprofessionelle Kooperation, bei der Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, immer mehr an Bedeutung.

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht es, die Expertise und Fähigkeiten verschiedener Gesundheitsberufe zu nutzen, um eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Durch den Austausch von Informationen und Perspektiven können die Behandlungsteams individuell auf die Bedürfnisse jeder Patientin bzw. jedes Patienten eingehen. So können komplexe medizinische Fälle besser verstanden und bewertet werden, was zu einer besseren Behandlung und ggf. zu einer schnelleren Genesung führt. Durch die gemeinsame Verantwortung für die Patientenversorgung und eine offene und transparente Kommunikation zwischen den HÄPPI-Teammitgliedern können potenzielle Risiken frühzeitig erkannt und vermieden werden. Damit dies gelingt, ist es zwingend notwendig, eine klare Aufgabenverteilung zwischen den HÄPPI-Teammitgliedern zu erstellen.

Einer der herausragendsten Vorteile einer interprofessionellen Zusammenarbeit liegt in der Förderung von Innovationen und Best Practices. Die interprofessionelle Kooperation schafft eine Plattform für den Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen den Gesundheitsberufen. Dadurch können Best Practices identifiziert und innovative Ansätze in der Patientenversorgung angewandt werden. Die Integration verschiedener Perspektiven kann dazu beitragen, neue Lösungen für komplexe medizinische Herausforderungen zu entwickeln. Dies kann wiederum zu einer Stärkung der Berufsidentität führen, sprich, es ist ein Ansatz, dem potenziellen hausärztlichen wie auch nicht-ärztlichen Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Die Vorteile der interprofessionellen Kooperation werden im HÄPPI gebündelt. Das HÄPPI lebt durch verbindliche Kooperationen zwischen dem HÄPPI-Kernteam und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, die an den regionalen Bedarf ausgerichtet sind. Kooperationen können geschlossen werden mit z. B. Kommunen, Gesundheitskiosken, Apotheken, Therapieberufen, Fachärztinnen und Fachärzten (z. B. Psychiaterinnen und Psychiater) oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern.



Die Förderung von Interprofessionalität im HÄPPI erfordert allerdings auch eine gezielte Herangehensweise und eine offene Einstellung der beteiligten HÄPPI-Teammitglieder. Zentrales Element der verbindlichen Kooperationen liegt in der Umsetzung der nachfolgenden Anforderungen:

- **Fallbesprechungen:**

Regelmäßige Teamtreffen und Fallbesprechungen ermöglichen dem HÄPPI-Team, sich auszutauschen, Fragen zu stellen, Informationen zu teilen und gemeinsam Patientenfälle zu besprechen. Dadurch wird das Verständnis für die Behandlungspläne und die Koordination der Versorgung verbessert.

- **Qualitätszirkel:**

Das HÄPPI-Kernteam und deren Kooperationspartner besuchen gemeinsame interprofessionelle Qualitätszirkel, bei denen über aktuelle Themen diskutieren wird und Best Practices herausgearbeitet werden. Die interprofessionellen QZ können an die in der HZV bestehenden PTQZ angegliedert werden. Dies fördert das Verständnis für die jeweiligen Fachbereiche und die Zusammenarbeit im HÄPPI-Team.

- **Festlegungen zur Verfügbarkeit innerhalb der medizinischen Notwendigkeit:**

Im HÄPPI-Team müssen gemeinsame Ziele und ein klares gemeinsames Verständnis entwickelt sein, um die optimale Patientenversorgung zu ermöglichen. Hierzu gehört die gemeinsame Festlegung von z. B. Red Flags.

- **Festlegung von Standards für den Informations- und Wissensaustausch:**

Durch den Einsatz moderner Technologien wie auch Kommunikationstools wird der Informationsaustausch im HÄPPI-Team erleichtert. Missverständnisse werden vermieden, womit die Patientensicherheit gefördert wird.

Neben den verbindlichen Regelungen bleibt es dem HÄPPI-Team überlassen, weitere Indikatoren zur Förderung der Zusammenarbeit, zur Patientenzentrierung oder auch zur Fehlerkultur festzulegen. Als wünschenswerte fakultative Regelung gilt die Festlegung von gemeinsamen Qualitätsicherungsmaßnahmen wie Feedbackgesprächen. Dies fördert die Teamkultur und regt zu einem respektvollen Miteinander an.

Die vertragliche Umsetzung verbindlicher Kooperationen könnte im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V angeknüpft an die HZV nach § 73b SGB V geregelt werden.



Patient-Reported-Outcomes

Patient-Reported-Outcomes (PROs) sind Informationen über den Gesundheitszustand einer Patientin oder eines Patienten, die direkt von ihm selbst gemeldet werden. Diese Informationen werden in der Regel durch Fragebögen oder Interviews gesammelt und spiegeln die subjektiven Empfindungen, Erfahrungen und Einschätzungen der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf seine Gesundheit, seine Symptome, seine Lebensqualität und seinen Funktionsstatus wider. PROs ermöglichen damit, ein umfassenderes Bild von der Wirkung einer Krankheit oder einer medizinischen Behandlung zu erhalten. Die Erfassung der PROs gehen damit über das klinische Bild hinaus. Die Perspektive der Patientin/des Patienten wird direkt berücksichtigt und ermöglicht es, die Auswirkungen von Krankheiten und medizinischen Interventionen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. Beispiele für PROs umfassen Fragen zur Schmerzintensität, zur körperlichen Funktionsfähigkeit, zur emotionalen Gesundheit, zur sozialen Teilhabe und zur allgemeinen Lebensqualität.¹³

Im HÄPPI ist angedacht, dass das Hausarztpraxisteam das Einverständnis der Patientin / des Patienten zur Erhebung der PROs über Fragebögen durch ein externes wissenschaftliches Institut einholt, welches die Fragebögen konzipiert und gleichzeitig die Ergebnisse der Befragung an das Hausarztpraxisteam weiterleitet. Um dem Gedanken der Digitalisierung auch hier einzubauen, wird die Patientin bzw. der Patient über einen Link auf einen digital zu erfassenden Fragebogen geleitet. Das Hausarztpraxisteam integriert die Erkenntnisse aus der PRO-Befragung in zukünftige Behandlungsabläufe. Damit wird innerhalb eines HÄPPI eine höhere Patientenzentrierung und Qualitätsverbesserung ermöglicht.

Neugestaltung des Workflows

Die wachsende Bevölkerung und die zunehmende Lebenserwartung führen zu einer höheren Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Dies bedeutet, dass Hausarztpraxen mehr Patientinnen und Patienten behandeln müssen, was u. a. zu längeren Wartezeiten und einer erhöhten Arbeitsbelastung für das Personal führt. Eine Neugestaltung der Arbeitsabläufe, die auf Digitalisierung und Delegation basiert, kann dazu beitragen, den Anforderungen gerecht zu werden und eine effizientere Versorgung zu ermöglichen. So können z. B. automatisierte Terminvereinbarungen und Erinnerungen Ausfallzeiten reduzieren und eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen ermöglichen. Gleichzeitig kann die Delegation von Aufgaben an qualifizierte HÄPPI-Teammitglieder die Hausärztin bzw. den Hausarzt entlasten und die Patientenzentrierung stärken.

Die Herausforderungen, die mit der Einführung von Digitalisierung und Delegation verbunden sind, sollten sorgfältig angegangen werden, um die Vorteile dieses Ansatzes voll ausschöpfen zu können und eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

¹³ Steinbeck et al. 2021



In den **Anlagen 1** und **2** werden folgende Workflows detaillierter beschrieben:

1. Umsetzung einer klaren, ressourcenschonenden und effizienten Rollenteilung, die sich an der Qualifikation der HÄPPI-Teammitglieder orientiert (siehe Wirkungsfelder).
2. Optimale Zuweisung in die richtige Versorgungsebene mittels maximalen Einsatzes der im Moment zur Verfügung stehenden digitalen / KI-Anwendungen (siehe Prozessoptimierung).



Anlage 1: Wirkungsfelder

Umsetzung einer klaren, ressourcenschonenden und effizienten Rollenteilung, die sich an der Qualifikation der HÄPPI-Teammitglieder orientiert

HÄPPI bildet eine teamorientierte Hausarztpraxis mit interprofessioneller Ausrichtung unter medizinischer Verantwortung einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes ab. Mit Blick auf das Aufgabenspektrum und dem daraus resultierenden Versorgungsauftrag einer hausärztlich geleiteten Praxis leitet sich ein festes Kernteam für das HÄPPI ab. Das Kernteam sollte aus Hausärztin / Hausarzt, MFA, VERAH® sowie weiteren akademisierten nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen wie dem Primary Care Manager (PCM) / Physician Assistant (PA) bestehen. Darüber hinaus sind weitere Berufsgruppen abhängig von den regionalen Bedürfnissen integrierbar.

Das HÄPPI-Konzept bietet durch Delegation von heilkundlichen, medizinischen (Be-)Handlungen an medizinisches Fachpersonal eine Zunahme der verfügbaren Behandlungszeit für ärztliche Behandlung. Durch die Möglichkeit, Bürokratie an Verwaltungsfachkräfte abzugeben, werden auch für medizinisches Fachpersonal mehr Zeiteinheiten für Versorgungszeit generiert. In der Summe entsteht durch Delegation auf verschiedenen Ebenen mehr Versorgungszeit für die Arbeit mit der Patientin und dem Patienten.

Zur Nachvollziehbarkeit und Einordnung, ob eine medizinische Aufgabe an qualifizierte HÄPPI-Teammitglieder entsprechend der Wirkungsfelder delegiert werden kann/sollte, wird die nachstehende Abbildung (eigene Darstellung) herangezogen. Über die Einteilung der Patientinnen und Patienten in akut bzw. chronische Erkrankung mit jeweils komplex bzw. gering komplexer Ausprägung kann ein erster wesentlicher Schritt zur Identifizierung von Delegationspotenzial an nicht-ärztliches Praxispersonal vorgenommen werden, z. B. benötigen ein gut eingestellter Chroniker (z. B. über das DMP Diabetes) oder Bagatellerkrankungen wie Erkältungen mit fehlenden Red Flags (Akuterkrankung mit geringer Komplexität) keine persönliche ärztliche Sichtung, sofern das zuständige nicht-ärztliche HÄPPI-Teammitglied über die Fähigkeiten und Kenntnisse zur Einordnung des vorliegenden Sachverhaltes verfügt. In dem Rahmen fungiert qualifiziertes Personal als vorsortierende Instanz für das ärztliche Konsil.

Zu berücksichtigen ist dennoch, dass die Verantwortung auch bei Delegation in der ärztlichen Hand liegt und dementsprechend auch eine ärztliche Supervision wichtiger Bestandteil der nachfolgenden Darstellung ist.

Im Laufe der nachstehenden Wirkungsfelder sollte die Patienteneinteilung bei der Zuordnung zu den einzelnen Aufgaben einer Hausarztpraxis gedanklich mitgeführt werden.

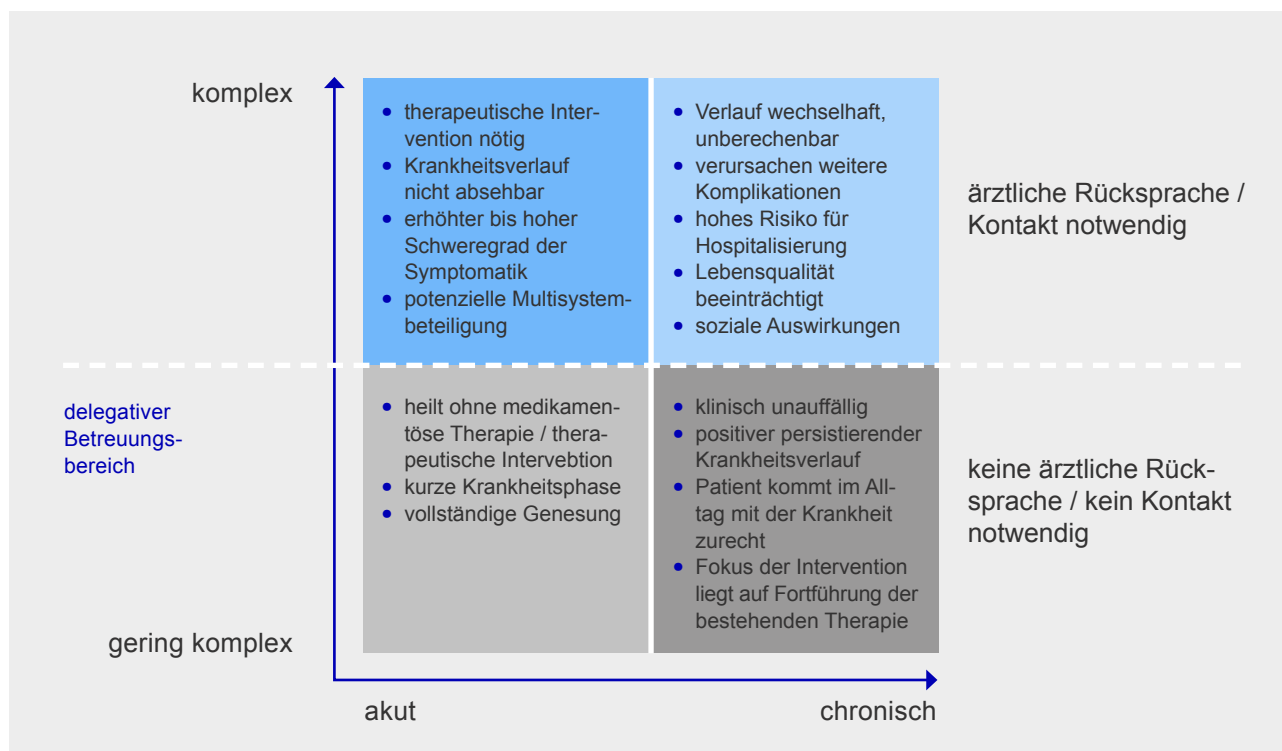


Abbildung (eigene Darstellung): Einteilung der Patientinnen / Patienten nach der Notwendigkeit eines ärztlichen Kontaktes

Im Folgenden werden die identifizierten Aufgaben einer hausärztlichen Praxis den Mitgliedern des Praxisteam zugeordnet und mit Fokus auf das maximale Delegationspotenzial als Wirkungsfelder den entsprechenden Teammitgliedern zugeordnet. Die Wirkungsfelder gelten als Beispiel einer Variante zur konsequenten Aufgabenteilung in einer Hausarztpraxis anhand der Qualifizierung und bieten damit eine mögliche Handhabung zur Umsetzung in der eigenen HÄPPI-Hausarztpraxis.

Die einzelnen Tätigkeiten in einer Hausarztpraxis wurden in neun Bereiche geclustert:

- Labor
- Mobiles Team
- Schulungen und Beratungen
- Organisation und Administration
- Formularwesen
- Technische Untersuchungen
- Anamneseerhebung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells
- Klinische und Score-gestützte Untersuchungstechniken
- Anwendungsbereich KI / digitale Tools

Darüber hinaus wird das HÄPPI-Kernteam abhängig vom Tätigkeitsfeld erweitert, um z. B. Servicekraft oder Praxismanagerin / Praxismanager.



Im Wirkungsfeld „**Labor**“ sind Tätigkeiten des Hausarztpraxisteams hinterlegt, die für die Labor-diagnostik notwendig sind. Im optimalen Fall erfolgt ausschließlich die Laborbesprechung bei auffälligen Befunden durch die Hausärztin oder den Hausarzt, Laborbefunde ohne Auffälligkeiten können durch das Hausarztpraxisteam kommuniziert werden. Alle weiteren Aufgaben, die Voraussetzungen sind zur Durchführung einer Labordiagnostik, sollten durch Delegation über das in der nachstehenden Abbildung bevorzugte Personal durchgeführt werden.

Labor					
	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
Blutentnahme	0	1	x	x	x
Versand und Administration	1	1	x	x	x
Impfung	0	1	x	x	x
Laborbesprechung	0	(x)	x	1 (unauffällige Werte)	1 (auffällige Werte)
Terminvergabe	1	x	x	x	x

Im Wirkungsfeld „**Mobiles Team**“ werden die Tätigkeiten einer Hausarztpraxis zusammengefasst, die nicht innerhalb der Praxisräumlichkeiten durchgeführt werden können. Klassische Bereiche sind der Haus- oder Pflegeheimbesuch, der im Routinefall durch die qualifizierte VERAH® ausgeführt werden kann.

Mobiles Team					
	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
Hausbesuche in der Häuslichkeit (Routine wie auf Anforderung)	0	x	1	x	x
Besuche in Behinderteneinrichtungen und Pflegeheimen (Routine wie auf Anforderung)	0	x	1	x	x

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Im Folgenden wird eine Auflistung der Aufgaben innerhalb des Bereichs „**Schulungen und Beratungen**“ dargestellt. Schulungen und Beratungen nehmen oftmals „nebenbei“ einen beträchtlichen Anteil an Zeit im hausärztlichen Aufgabenspektrum in Anspruch. Neben den allgemein bekannten Schulungs- und Beratungsformaten existieren innerhalb der Hausarztzentrierten Versorgung weitere Versorgungsprogramme wie PraCMan oder auch VERAH® TopVersorgt. In beiden Versorgungsprogrammen erhalten vulnerable Patientengruppen eine intensivere Betreuung durch qualifiziertes Praxispersonal, der VERAH®. Evaluationen belegen die positiven Effekte auf die Patientenzufriedenheit wie auch auf die Vermeidung von Hospitalisierung.¹⁴

Mitwirkung bei Schulungen und Beratungen					
Aufgabenbereich	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
Angehörigenberatung	0	x	1	1	x
Beratung zum Gesundheitszustand	0	x	1	1	x
Beratung zur Therapie	0	0	1	1	x
Device Schulung (z. B. Inhalatoren)	0	1	x	x	x
Klimaresiliente Versorgung / Gesundheitsberatung	0	x	x	x	x
PraCMan	0	0	1	x	x
Sturzprophylaxe	0	x	1	1	x
Ernährungsberatung	0	0	1	1	x
DMP-Schulung	0	x	1	1	x

¹⁴ Freund et al. 2016

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Im Bereich der „**Organisation und Administration**“ empfehlen wir, das Hausarztpraxisteam um eine Praxismanagerin oder einen Praxismanager zu erweitern.

Eine Praxismanagerin oder ein Praxismanager ist für die Organisation, Verwaltung und Koordination der täglichen Arbeitsabläufe in der Praxis verantwortlich. Die genauen Aufgaben können von Praxis zu Praxis unterschiedlich sein, aber im Allgemeinen umfassen sie:

- Personalmanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager ist für das Management des Personals in der Praxis zuständig, was die Rekrutierung, Einstellung, Schulung und Motivation von Mitarbeitern einschließt.
- Finanzmanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager überwacht und verwaltet die Finanzen der Praxis, einschließlich des Budgets, der Buchhaltung und der Abrechnung.
- Patientenmanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager ist für das Management des Patientenflusses in der Praxis zuständig, einschließlich der Terminplanung, der Patientenaufnahme, der Überweisungen und der Nachverfolgung von Patientinnen und Patienten.
- Qualitätsmanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager ist für die Überwachung und Umsetzung von Qualitätskontrollen und -maßnahmen verantwortlich, um sicherzustellen, dass die Praxis den höchsten Standard an medizinischer Versorgung bietet.
- Infrastrukturmanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager ist für das Management der Infrastruktur in der Praxis zuständig, einschließlich der Wartung und Instandhaltung von medizinischen Geräten und Einrichtungen.
- Hygienemanagement: Die Praxismanagerin / der Praxismanager ist verantwortlich für die Einhaltung der Hygienestandards und -vorschriften in der Praxis.

Insgesamt kann die Praxismanagerin oder der Praxismanager ein wichtiger Bestandteil des Teams in einer Hausarztpraxis sein, da er sicherstellt, dass alle Arbeitsabläufe reibungslos und effizient verlaufen, damit die Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten. Dies spiegelt sich auch in unserer Bewertung wider. Der Großteil an Aufgaben aus dem Bereich „**Organisation und Administration**“ sollte bevorzugt an sie übergeben werden, um die Versorgungszeit für Patientinnen und Patienten zu erhöhen.



Organisation und Administration						
	Service- kraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt	Praxis- managerin / Praxis- manager
Organisatorisch Kooperation Leistungserbringer (FA, KH)	1	x	x	x	x	1
Kommunikation Krankenkasse / Behörde etc.	x	x	x	x	x	x
IT	1	x	x	x	x	1
Abrechnung	0	x	x	x	x	1
Bestellung	1	x	x	x	x	1
Praxisstruktur / management	x	x	x	x	x	1
Qualitäts- management	x	x	x	x	x	1
Personal	x	x	x	x	x	1
Buchhaltung	1	x	x	x	x	1
Arbeitsschutz und Hygiene	1	x	x	x	x	1
Zeitmanagement (z. B. Termin- vergabe)	x	x	x	x	x	1

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Das Formularwesen in einer Hausarztpraxis umfasst eine Vielzahl von Formularen und Dokumenten. Aufgrund der Vielzahl wird im nachstehenden Bereich „**Formularwesen**“ einer Auswahl an Formularen eine bevorzugte Delegation zugewiesen. Grundsätzlich kann die Vorbereitung der nachstehenden Formulare / Verordnungen / Dokumente durch nicht-ärztliches Personal erfolgen. Gemäß der bestehenden Berufsordnung ist allerdings nur das ärztliche Teammitglied bei bestimmten nachstehend aufgelisteten Formularen / Verordnungen / Dokumenten in der Lage zur Legitimation.

Mitwirkung im Formularwesen (beispielhafte Aufzählung) bei...					
	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
Vorbereitung med. Anträge (z. B. Reha-Antrag)	0	x	x	1	1
Einordnung med. Anträge (z. B. Reha-Antrag)	0	0	0	(1)	1
Erstverordnung häusliche Krankenpflege	0	x	x	1	x
Folgeverordnung häusliche Krankenpflege	1	x	x	x	x
Folgerezepte für Dauermedikation	1	x	x	x	x
Rezepte Akutmedikation	0	0	0	(x)	1
Befüllung von Medikationsplänen (z. B. bundeseinheitlicher Medikationsplan – BMP)	0	(x)	x	1	1
ärztliches Kuratieren von Medikationsplänen (z. B. bundeseinheitlicher Medikationsplan – BMP)	0	0	0	0	1
Erstrezept Heil- und Hilfsmittel	0	0	0	(1)	1
Folgerezept Heil- und Hilfsmittel	1	1	x	x	x
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	0	(x)	1	1	x
Überweisungen	x	x	1	1	x
Einwilligungserklärungen	x	x	x	x	x

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Die Diagnostik in der Hausarztpraxis kann eine Vielzahl von Verfahren und Tests umfassen. Im Bereich „**Technische Untersuchungen**“ wird als Besonderheit bei den Tests eine Unterscheidung zwischen der Durchführung und der Auswertung aufgrund der Qualifizierung der einzelnen Praxis- teammitglieder vorgenommen.

Mitwirkung bei technischen Untersuchungen (beispielhafte Aufzählung) bei...					
Aufgabenbereich	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
Sonographie der abdominalen Organe	0	0	0	1	x
Sonographie der Schilddrüse	0	0	0	1	x
Anlegen von EKG / Langzeit-EKG	0	1	x	x	x
Auswerten von EKG / Langzeit-EKG	0	x	x	1	x
Anlegen von Langzeit-RR	0	1	x	x	x
Auswertung von Langzeit-RR, ggf. digital unterstützt	0	x	x	1	x
Durchführung Lufu	x	1	x	x	x
Auswertung Lufu, ggf. digital unterstützt	0	x	x	1	x
Bewertung der erhobenen Befunde sowie deren Einordnung in den Gesamtkontext	0	0	0	0	1

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Die „Anamneseerhebung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells“ ermöglicht es, ein umfassendes Bild von der Gesundheit einer Patientin / eines Patienten zu erhalten. Auch in diesem Bereich kann ein großer Teil der Arbeitsaufwände an nicht-ärztliche qualifizierte Praxisteammitglieder übergeben werden. Dennoch wird als weiterhin bestehende ärztliche Tätigkeit die Bewertung und Einordnung der erhobenen Patientendaten in den Gesamtkontext gewertet.

Mitwirkung bei Anamneseerhebung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells					
	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierte Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
soziale und berufliche Anamnese	0	1	x	x	x
Familienanamnese	0	x	x	x	x
aktuelle krankheitsbezogene Anamnese	0	x	x	1	x
individuellen Krankheitsgeschichte	0	x	x	1	x
strukturierte Erfassung der aktuellen Medikation, von Allergien und Unverträglichkeiten	0	1	x	x	x
Bewertung der erhobenen (anamnestischen) Daten sowie Einordnung im Gesamtkontext	0	0	0	0	1

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



Die „**klinischen und Score-gestützten Untersuchungstechniken**“ in einer Hausarztpraxis umfassen eine Vielzahl an Verfahren und Messungen, daher wird in der nachstehenden Tabelle auf Bereiche bzw. Zielgruppen abgehoben.

Mitwirkung bei klinischen und Score gestützten Untersuchungstechniken...					
	Servicekraft	MFA	VERAH®	akademisierter Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA)	Hausärztin / Hausarzt
bei Kindern und Jugendlichen	0	x	x	1	x
im Bereich Bewegungsapparat / Schmerzen / Verletzungen	0	x	x	1	x
im Bereich der Haut / Schleimhäute	0	x	x	1	x
im Bereich Sexualität, Familienplanung, Geschlechtsorgane und ableitender Harnwege	0	x	x	1	x
im Bereich der inneren Organe (Lunge, Herz, Leber, Niere, Milz, Darm, Schilddrüse usw.)	0	x	x	1	x
im Bereich des Nervensystems und psychischer Erkrankungen	0	x	x	1	x
im Bereich der Atmungsorgane und des Ohres	0	x	x	1	x
im Bereich Änderungen des Bewusstseins, Denkens und Fühlens / Psychosoziales	0	x	x	1	x
im Bereich Stoffwechsel und Verdauungssystem	0	x	x	1	x
im Bereich Palliativmedizin	0	x	x	1	x
bei geriatrischen Patientinnen / Patienten	0	x	x	1	x

Legende: 0 = keine Delegation möglich; x = qualifiziert, (x) = eingeschränkt qualifiziert, 1 = bevorzugte Ausübung



In den letzten Jahren hat die „**Künstliche Intelligenz (KI)**“ bzw. der Einsatz von digitalen Tools Einzug in das Gesundheitswesen gefunden. Eine der spannendsten Anwendungen ist die Rolle der KI zur Entlastung in der Hausarztpraxis. In diesem Zuge wird KI / digitale Tools als „digitales Teammitglied“ in den Wirkungsfeldern mitgedacht. In der nachstehenden Tabelle sind beispielhafte Bereiche aufgeführt, bei denen bereits KI / digitale Tools existieren und damit Einfluss auf die Arbeitsweise in der Hausarztpraxis nehmen können. Weitere Bereiche müssen folgen.

KI / digitale Tools
Organisatorische Assistenz: z. B. Abrechnung, Bestellung, Personalplanung, Einsatzplanung, Formularbefüllungen
Anamneseerhebungen und Ersteinschätzungen
Einststeuerung in richtige Ebene: Predictive Analytics zur Erstellung von Risikoprofilen
KI-gestützte Diagnostiktools zur Diagnoseunterstützung (z. B. zur dermatologischen Befundung – Telescan; Sonographie)
KI-gestützte Überwachungstools
Transkriptions-KI (wesentliche Erkenntnisse des Patientengesprächs in eAkte überführen)
Terminmanagement
Qualitätsmanagement

Insgesamt zeigt sich ein großes Potenzial an Delegationsmöglichkeiten, wodurch Hausärztinnen und Hausärzte entlastet und die Kompetenz der einzelnen Hausarztpraxis-Teammitglieder gestärkt werden können. Konsequente Delegation bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte vermehrt die komplexere Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten übernehmen werden und „Bagatellerkrankungen“ durch nicht-ärztliche qualifizierte Praxisteammitglieder behandelt werden.



Derzeitiger rechtlicher Rahmen schränkt die Wirkungsfelder nicht-ärztlicher Teammitglieder des HÄPPI-Kernteams ein

Die derzeitige Rechtsgrundlage ermöglicht die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches qualifiziertes Personal. Seit dem 01.10.2013 existiert die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V, welche als Anlagen 8 und 24 zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte angeschlossen ist. Allerdings erfordern die heutigen und zukünftigen Entwicklungen ein Neu-denken der Delegation. Wie bereits im Jahr 2013 bewirkt der Fachkräftemangel, wie der Rückgang niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte, die Etablierung neuer Versorgungskonzepte. Zur erfolgreichen Umsetzung neuer Versorgungskonzepte müssen die regulatorischen Rahmenbedingungen erweitert werden, um Rechtssicherheit für die Handelnden zu schaffen.

Für die Regelversorgung wird über den Bundesmantelvertrag definiert, welche Leistungen an nicht-ärztliches Personal delegiert werden können (siehe Anlagen 8 und 24 des Bundesmantelvertrages). Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die Abwendung einer gesundheitlichen Gefährdung **ärztliche** Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert. Darüber hinaus liegt bei der delegierenden Hausärztin bzw. dem delegierenden Hausarzt hinsichtlich der zu delegierenden Leistung die Auswahl-, Anleitungs-, und Überwachungspflicht. Die Delegationsmöglichkeiten im BMV erfüllen derzeit nicht die Voraussetzungen, um die erarbeiteten Wirkungsfelder vollumfänglich, sprich: eigenständige Durchführung von ärztlichen Leistungen durch das qualifizierte nicht-ärztliche Personal, ausführen zu lassen. Das bedeutet, dass bei einer Auswahl an Tätigkeiten für das nicht-ärztliche HÄPPI-Teammitglied eine unterstützende bzw. mitwirkende Rolle zugeteilt wird statt einer selbstständig agierenden Tätigkeitsbeschreibung. In dem Zuge wurde für HÄPPI ein potenzielles Delegationskonzept entwickelt, wodurch konsequent delegiert werden kann. Folgend eine Delegationsrahmenvereinbarung, die eine konsequente Delegation ermöglichen würde:



Delegationsrahmenvereinbarung

§ 1

Gegenstand

Die Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen der HÄPPI-Hausärztin / des HÄPPI-Hausarztes (Vertragsärztin/-arzt) an nicht-ärztliches Personal im Hausarztpraxisteam. Geltende Regelungen zur eingeschränkten Delegation des Bundesmantelvertrages der Anlagen 8 und 24 werden durch diese Delegationsrahmenvereinbarung ersetzt.

§ 2

Allgemeine Anforderungen an die Delegation

Die HÄPPI-Hausärztin / der HÄPPI-Hausarzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Die HÄPPI-Hausärztin / der HÄPPI-Hausarzt hat sicherzustellen, dass sein Hausarztpraxisteam aufgrund der beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse seiner Mitglieder für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist. Die HÄPPI-Hausärztin / der HÄPPI-Hausarzt hat das Hausarztpraxisteam zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie zu überwachen (Überwachungspflicht), sofern es zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung erforderlich ist. Die Qualifikation des Einzelnen im Hausarztpraxisteam ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.

§ 3

Nicht-ärztliches Personal im HÄPPI

Zur ärztlichen Leistungserbringung gehört auch die Hilfeleistung durch nicht-ärztliches Personal, die von der HÄPPI-Hausärztin / dem HÄPPI-Hausarzt bzw. durch das ärztliche Personal angeordnet und auch zu verantworten ist. Es ist zu gewährleisten, dass die delegierende HÄPPI-Hausärztin / der delegierende HÄPPI-Hausarzt bzw. das delegierende ärztliche Personal aus dem Hausarztpraxisteam gegenüber dem nicht-ärztlichen Personal des Hausarztpraxisteam über eine, durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende, Weisungsbefugnis verfügt. Als nicht-ärztlich delegationsfähige Leistungen werden alle in einem HÄPPI anfallenden Leistungen angesehen, die nicht explizit durch § 4 ausgenommen sind.

§ 4

Arztvorbehalt

Die HÄPPI-Hausärztin bzw. der HÄPPI-Hausarzt darf Leistungen, die aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur höchstpersönlich erbracht werden können, nicht delegieren. Dazu gehört vor allem die Einordnung (basierend auf den vorliegenden Ergebnissen delegierter Leistungen) in den Gesamtkontext.

§ 5

Haftung

Der delegierenden HÄPPI-Hausärztin bzw. dem delegierenden HÄPPI-Hausarzt wird die delegierte Leistung als eigene Leistung zugerechnet. Eine gleichzeitige deliktische Verantwortlichkeit des Mitarbeitenden im HÄPPI ist damit nicht ausgeschlossen.



Entsprechend der Neufassung eines Delegationskonzeptes müssen zwangsweise auch die Abrechnungsvoraussetzungen angepasst werden. Derzeit besitzen zahlreiche hausärztliche Leistungen einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) im EBM als Abrechnungsvoraussetzung. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt im EBM wird wie folgt definiert: „Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.“ Die über 20 Jahre alte Definition basiert auf einem veralteten Verständnis der medizinischen Leistungserbringung und muss an eine teamorientierte Versorgung angepasst werden. Ein erster Schritt wäre, den Arzt-Patienten-Kontakt weiter zu fassen, indem keine Bindung an das persönliche ärztliche Fachpersonal hinterlegt wird, sondern auf einen Praxisteam-Kontakt abgezielt wird. Im Zuge einer Anpassung des APKs an zukünftige Entwicklungen sollten Konzepte zur Integration von Kontakten über Künstliche Intelligenz (KI) mitgedacht werden.

Berücksichtigung der Entwicklungen von digitalen Tools / Künstliche Intelligenz (KI) im hausärztlichen Sektor

Im Hinblick auf die zunehmende Relevanz der Patientensteuerung ab dem ersten Kontakt zur Hausarztpraxis besteht die Notwendigkeit, die Definition des Arzt-Patienten-Kontaktes (APK) noch einmal weiter zu fassen. Im APK muss zukünftig auch die Interaktion mit digitalen Tools bzw. KI-Assistenten abgebildet werden. KI-Assistenten können dazu beitragen, allgemeine Gesundheitsfragen zu klären oder Gesundheitsinformationen bereitzustellen sowie die Überwachung von Symptomen oder die Sammlung von Gesundheitsdaten zu unterstützen.

Zunehmend erfolgt über KI-Tools eine Ersteinschätzung zum Gesundheitszustand einer Patientin / eines Patienten, dennoch benötigt jede KI-Interaktion auch eine Überwachung durch das Hausarztpraxisteam. Obwohl KI-Tools in vielen Bereichen eine hohe Genauigkeit und Leistung erzielen, ist es wichtig zu beachten, dass sie nicht unfehlbar sind und es keine Garantie gibt, dass die Ergebnisse zu 100% korrekt sind. Das Hausarztpraxisteam muss die Ergebnisse des KI-Tools sorgfältig überprüfen und sicherstellen, dass sie mit den medizinischen Standards und den klinischen Erfahrungen des Hausarztpraxisteam übereinstimmen.

Konkret bedeutet dies, dass, auch wenn die Patientin / der Patient selbstständig über die KI z. B. ein Ersteinschätzungsverfahren außerhalb der Sprechzeiten durchläuft und damit zu diesem Zeitpunkt kein Kontakt zum hausärztlichen Personal / Hausärztin / Hausarzt besteht, aber über die Hausarztpraxis bereitgestellt wird, die Ergebnisse und Empfehlungen der KI im Nachgang zum nächstmöglichen Zeitpunkt durch qualifiziertes Personal kritisch bewertet werden. Sofern aus Sicht des Hausarztpraxisteams die KI-Empfehlungen mit den eigenen Einschätzungen zum medizinischen Sachverhalt übereinstimmen, besteht kein Handlungsbedarf und es muss kein Kontakt zur Patientin / zum Patienten aufgenommen werden. In diesem Fall existiert der direkte Kontakt räumlich wie zeitlich nur mit der KI, aber nicht mit dem Hausarztpraxisteam. Dennoch wurde der Behandlungsfall im Nachgang verifiziert durch das Hausarztpraxisteam, wodurch zusätzliche Arbeit entstanden ist, die auch einem monetären Ausgleich zugeführt werden sollte.



Demnach wäre es zukunftsweisend, den Arzt-Patienten-Kontakt wie folgt zu erweitern:

„Ein APK beschreibt die Interaktion mit dem qualifizierten Hausarztpraxisteam bzw. dessen KI-gestützten System und der Patientin / dem Patienten und / oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung der Patientin / des Patienten.“

Mittels dieser Definition eines Arzt-Patienten-Kontaktes und der Anwendung des HÄPPI-Delegationskonzeptes sind die Rahmenbedingungen gegeben, um eine zukunftsgerichtete Versorgung zu ermöglichen.

Quintessenz zu Delegation:

Die engen Grenzen des Bundesmantelvertrages müssen weiterentwickelt werden, damit eine konsequente Delegation durchführbar ist. Es benötigt zwingend ein neues Delegationskonzept unter ärztlicher Verantwortung. Eine Blaupause für ein umfassendes Delegationskonzept liegt dem HÄPPI-Werk an (siehe Seite 27).

Die Voraussetzungen zur Vergütung von delegierten Leistungen einer Hausarztpraxis dürfen nicht an dem persönlichen Vorhandensein einer Ärztin oder eines Arztes hängen, sondern sollten abhängig von der Gesamtkompetenz des Praxisteam's dazu eingesetzten ärztlichen / nicht-ärztlichen Personals betrachtet werden sowie der im HÄPPI etablierten Versorgungsprozesse.



Anlage 2: Optimale Zuweisung in die richtige Versorgungsebene durch maximalen Einsatz der zur Verfügung stehenden digitalen Tools / KI-Anwendungen

„Zu den typischen Zeitkillern gehöre es, wenn Patienten unzureichend auf den Arztkontakt vorbereitet würden oder Ärzte Tätigkeiten ihrer Angestellten übernahmen. Gleiches gilt für räumliche Beschränkungen oder Probleme mit der EDV.“¹⁵

Um den Arbeitsablauf in der Praxis zu optimieren und die Effizienz zu steigern, wurde eine Analyse, der häufigsten Verwaltungsaufgaben in einer Hausarztpraxis durchgeführt. Dazu gehören:

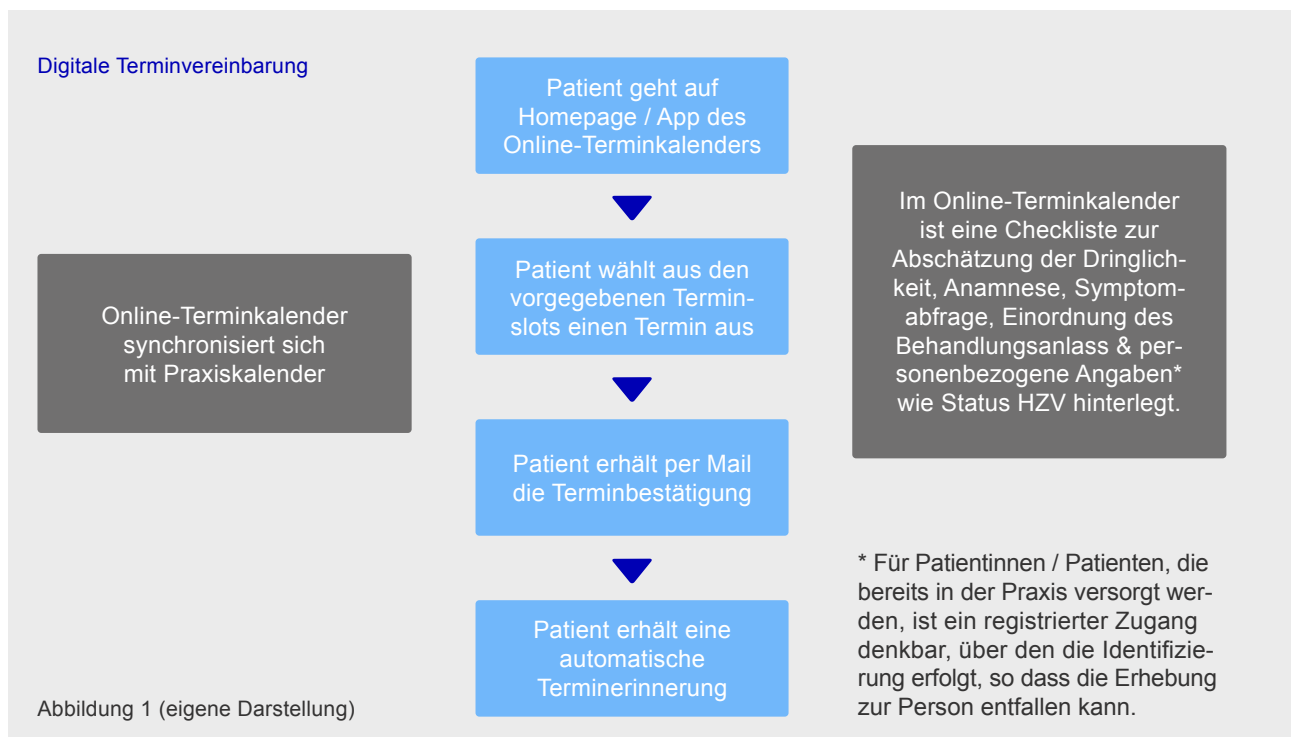
- Terminmanagement
- Patientenanmeldung in der Hausarztpraxis (Check-in) und Folgeschritte aus dem Behandlungsanlass (Check-out)

I. Terminmanagement

Die Terminvergabe im Status quo findet in der Regel telefonisch oder vor Ort, zunehmend aber auch digital über Online-Terminkalender oder per E-Mail statt. Grundsätzlich gilt für jede Terminvergabe, das folgende Kriterien bedacht werden sollten:

- Dringlichkeit: Bei der Terminvergabe sollte die Dringlichkeit des Anliegens der Patientin / des Patienten berücksichtigt werden. Patientinnen / Patienten mit akuten Beschwerden oder schweren Erkrankungen sollten bevorzugt werden.
- Zeitbedarf: Es ist wichtig, den Zeitbedarf für den jeweiligen Termin richtig einzuschätzen und ausreichend Zeit für die jeweilige Untersuchung oder Behandlung einzuplanen.
- Ressourcen: Die Verfügbarkeit von Ressourcen wie z. B. Untersuchungsgeräten, Räumen oder Fachärztinnen/-ärzten sollte bei der Terminvergabe berücksichtigt werden.
- Kapazität: Die Kapazität der Praxis und die Auslastung der Ärztinnen und Ärzte sollten bei der Terminvergabe im Auge behalten werden, um Überlastung und Wartezeiten zu vermeiden.
- Rückrufservice: Wenn keine Termine mehr verfügbar sind, kann ein Rückrufservice angeboten werden, um der Patientin / dem Patienten eine alternative Lösung anzubieten.
- Dokumentation: Es ist wichtig, dass alle Terminvereinbarungen dokumentiert sind, um die Nachverfolgung und Abrechnung zu erleichtern und Doppelbuchungen zu vermeiden.

¹⁵ Spiegelberg 2019



Um zukünftig die steigende Anzahl an Patientinnen und Patienten bei abnehmender Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten zu bewältigen, ist der Einsatz von digitalen Helfern unabwendbar. Bereits heute existieren hilfreiche Tools zur Entlastung des Hausarztpraxisteams. Im Folgenden stellen wir eine Vision zur Prozessoptimierung vor, mit der die zukünftige Patientenschwemme bewältigt werden könnte.

Die Terminvergabe sollte zukünftig zu einem hohen Anteil ausschließlich digital erfolgen. Dieser Verwaltungsprozess muss aus der Hausarztpraxis herausgehalten werden, damit in der Hausarztpraxis Raum für die medizinische Versorgung bleibt. Das bedeutet, die Patientin / der Patient wählt sich auf der Online-Plattform der gewählten Hausarztpraxis ein. Dort erfolgt für bei **unbekannten Patientinnen und Patienten Folgendes:**

In einem ersten Schritt erfolgt eine Triage mit Anamneseerhebung mittels Online-Fragebogen, um den Versorgungsanlass zu identifizieren. Der Online-Fragebogen sollte allgemeine Angaben zur Person erheben, die Teilnahme an Selektivverträgen wie der HZV, Angaben zum aktuellen Behandlungsanlass über die Erhebung der Krankengeschichte der Patientin / des Patienten und eine Abfrage von Red Flags beinhalten.

Für Patientinnen und Patienten, die bereits in der Praxis versorgt werden, ist ein registrierter Zugang denkbar, über den die Identifizierung erfolgt, so dass die Erhebung der Angaben zur Person entfallen kann.

Auf der Basis der erhobenen Patientendaten erfolgt automatisiert (Mustererkennung) eine Einschätzung zur Dringlichkeit der Behandlung der Patientin / des Patienten. Auf Basis dessen wird der Patientin / dem Patienten ein Terminvorschlag unterbreitet, der die oben aufgeführten Kriterien wie Zeit, Dringlichkeit, Ressourcenplanung etc. berücksichtigt. Der Termin wird digital durch die Patientin / den Patienten bestätigt, sofern sie / er diesen wahrnehmen kann. Falls eine Ablehnung erfolgt, wird eine Terminmöglichkeit angeboten.



Der bestätigte Termin wird automatisch im Terminkalender der Hausarztpraxis integriert. Die Etablierung einer digitalen Terminerinnerung verringert die Wahrscheinlichkeit einer Nichtwahrnehmung des Termins durch die Patientin / den Patienten. Zahlreiche Studien deuten an, dass Terminerinnerungen die Anzahl an Terminausfällen reduzieren.^{16 17}

Kurz:

- Nutzung eines Self-Service-Online-Terminmanagements
- Fragebögen zu
 1. Personenbezogene Angaben
 2. HZV-Teilnahme
 3. Anamneseerhebung
 4. Spezifische Symptomabfrage zur Erkennung von Red Flags
(Punkt 1 und 2 entfallen bei bereits registrierten Patientinnen / Patienten)
- Terminvorschläge für Patientin / Patient
- Automatischer Termineintrag im Praxiskalender
- Automatische Terminerinnerung

Die erhobenen Daten aus der Terminanfrage der Patientin / des Patienten mittels der Fragebögen werden strukturiert in das Arztinformationssystem überführt bzw. sollten auch für weitere denkbare noch zu entwickelnde Diagnostiktools verwendet werden können.

Vermeidung von unnötigen Praxiskontakten

Insbesondere der Bereich der Bagatellerkrankungen birgt Potenzial zur Vermeidung eines Hausarztpraxisbesuchs. Damit ist nicht gemeint, dass die Patientin / der Patient mit Bagatellerkrankungen wie z. B. einem milden Verlauf einer Erkältung nicht mehr in der Hausarztpraxis vorstellig wird, sondern dass Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Angaben zum Behandlungsanlass über den Online-Fragebogen (Ersteinschätzungsverfahren) für die digitale Terminvereinbarung eine patientenfreundlich aufbereitete Informationsvermittlung zum vermuteten Krankheitsbild erhalten. So können die Patientinnen und Patienten einschätzen, ob ein Besuch bei der Hausärztin / dem Hausarzt notwendig ist oder ob die Beschwerden auch durch Selbstbehandlung oder andere Maßnahmen gelindert werden können. Über diesen Weg kann zum einen die Hausarztpraxis von unnötigen Praxiskontakten entlastet werden und zum anderen die Gesundheitskompetenz der Patientin / des Patienten gestärkt werden.

Gleichzeitig erfolgt über die Dokumentation der Ersteinschätzung eine Rückmeldung an die Hausarztpraxis, so dass diese die Ersteinschätzung überprüfen kann. Sollte das Hausarztpraxisteam zu einer anderen Einschätzung kommen, kann die Patientin / der Patient kontaktiert werden.

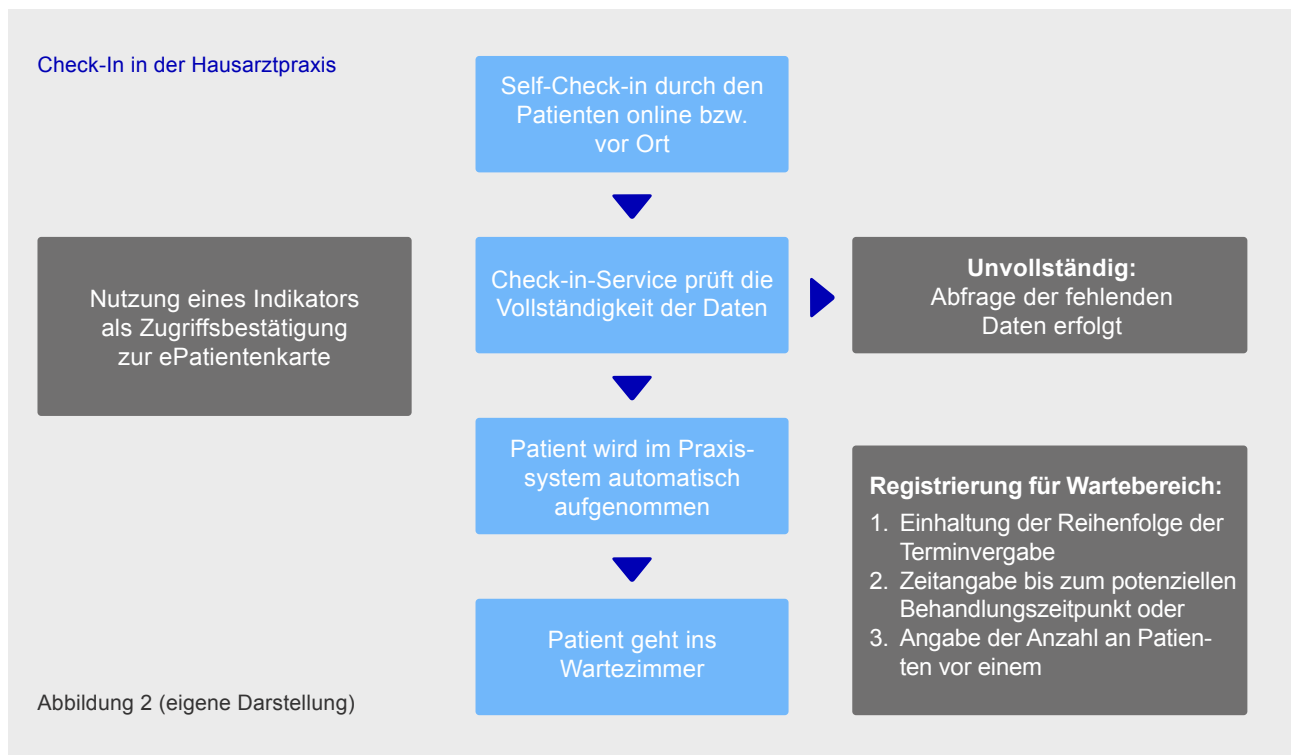
¹⁶ Thomas et al. 2017

¹⁷ Gurol-Urganci I et al. 2013



II. Patienten Anmeldung in der Hausarztpraxis (Check-in) und Abmeldung (Check-out)

Zur Vermeidung von langen Warteschlangen bei der Anmeldung in der Hausarztpraxis sollte ein Self-Service-Check-in für die Patienten angeboten werden. Patienten können über die Praxis-App / Plattform oder einen Terminal in der Arztpraxis einen digitalen Check-in durchführen. Ein digitales Check-in-Verfahren erfasst die Patientendaten automatisch über die elektronische Gesundheitskarte und verknüpft die Patienteninformationen mit dem vereinbarten Termin. Das Check-in-System prüft die Vollständigkeit der Patientendaten wie Anamnese und weitere relevante vorausgewählte Fragebögen. Sofern die Patientendaten vollständig vorliegen, kann die Patientin / der Patient selbstständig in das Wartezimmer gehen bzw. sofern die Daten unvollständig sind, über das Check-in-System befüllen. Das Check-in-System informiert das Hausarztpraxisteam über die Ankunft der Patientin / des Patienten. Es erfolgt dann eine automatische Weiterleitung in den Wartebereich. Folgend eine Abbildung zum optimalen Prozessablauf beim Check-in:



Dies kann den Verwaltungsaufwand für die Praxis verringern und die Genauigkeit der Datenerfassung erhöhen. Es kann auch dazu beitragen, die Wartezeiten in der Praxis zu verkürzen. Durch die bereits vorab durchgeführte Online-Terminvergabe mit integrierter Anamnese-/Triage-Abfrage liegen der Hausarztpraxis auch bereits die ausgefüllten Fragebögen vor, wodurch der Wartestau im Wartezimmer reduziert werden kann.

Der Check-out-Bereich stellt einen Empfangsbereich dar. Dort können Patientinnen und Patienten selbstständig vor Verlassen der Hausarztpraxis administrative Tätigkeiten wie den Druck von Formularen, z. B. Überweisungen oder auch die Vereinbarung von Terminen oder die Rechnungsbegleichung z. B. von privatärztlichen Leistungen, die das Hausarztpraxisteam für die Patientin / den Patienten digital bereitstellt, vornehmen. Analog zum Self-Check-in könnten über einen Self-Service-Terminal die entsprechenden Dokumente hinterlegt werden.



Zusammengefasst: Innovationsfaktoren und Zukunftsimpulse des HÄPPI

Im HÄPPI erfolgt eine nach regionalen Bedarfen ausgerichtete zukunftsorientierte hausärztliche Versorgung durch:

- Berücksichtigung von Patient-Reported-Outcomes (PRO)
- eine interprofessionelle hausärztliche Teamstruktur mit Personen eines nicht-ärztlichen, akademischen Gesundheitsberufes und internen Regelungen zur erfolgreichen Zusammenarbeit
- die Integration digitaler Konzepte und hybrider Versorgungsmodelle
- Kooperation mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen auf Grundlage verbindlicher Regelungen.

Das Gesundheitswesen steht vor einem enormen Wandel, angetrieben durch technologische Fortschritte, demografische Veränderungen und gesellschaftliche Entwicklungen. In dieser sich rasch verändernden Landschaft sind bestimmte Zukunftsthemen von besonderer Bedeutung, da sie das Potenzial haben, die Art und Weise, wie wir Gesundheit betrachten, und die daraus resultierende Rolle und Aufgabe jedes Einzelnen im Gesundheitswesen grundlegend zu verändern

Eine der zentralen Entwicklungen ist die fortschreitende Integration von Technologie in die Gesundheitsversorgung. Diese Entwicklung umfasst eine breite Palette von Anwendungen, von Telemedizin über mobile Gesundheitsanwendungen bis hin zur elektronischen Patientenakte. E-Health ermöglicht eine Fernüberwachung von Patienten, die Übermittlung medizinischer Daten in Echtzeit und den Zugang zu medizinischer Beratung unabhängig von geografischen Einschränkungen. Ein weiteres Schlüsselthema ist darüber hinaus die Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und maschinellem Lernen. Durch die Analyse großer Datenmengen können Muster erkannt werden, die zur Verbesserung der Diagnosegenauigkeit, personalisierten Behandlungsplänen und medizinischer Forschung genutzt werden. Die Fähigkeit von KI, medizinische Bildgebung zu analysieren und komplexe Daten zu verarbeiten, hat das Potenzial, die medizinische Praxis zu revolutionieren. Hier sind wir als Hausärztinnen und Hausärzte gefragt, die neuen Chancen zu ergreifen und eigenständig die hausärztliche Rolle der Zukunft zu definieren.

Eine aufregende Zukunftschance liegt in der Erhebung der Patient-Reported-Outcomes. Durch die Einbeziehung der Perspektive der Patientinnen und Patienten in die Versorgung und Entscheidungsfindung kann die Qualität der medizinischen Betreuung verbessert, die Effektivität von Behandlungen gesteigert und die individuelle Patientenerfahrung positiv beeinflusst werden. Die zunehmende Nutzung von PROs zeigt den Weg in eine patientenzentrierte, evidenzbasierte und maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung auf, die die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Die Einbindung von Innovationen, die Erhöhung der Anpassungsfähigkeit und das Abschließen von Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen wie auch die interprofessionelle Aufstellung des hausärztlichen Teams sind notwendige Maßnahmen, um die bestmögliche Versorgung auch zukünftig gewährleisten zu können.



Literaturverzeichnis

Contandriopoulos et al (2018) Analytical typology of multiprofessional primary care models. BMC Fam Pract 19:44

Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001; 344: 2021-2025

Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 5;2013(12):CD007458.

Karimova et al. (2023): Evaluationsdaten der Hausarztzentrierten Versorgung Baden-Württemberg, Berichtsjahr 2019-2020, Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Qualitätsförderung und Versorgungsepidemiologie Johan Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main, s. Anlage Primärprävention – Querschnittanalyse 2019/20 –

KBV 2022: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt Stand: 31.12.2022, https://www.kbv.de/media/sp/2022-12-31_BAR_Statistik.pdf , (abgerufen am 14.04.2023)

Munz et al. (2021): Vertragsarztstatistik 2020: Weiblich, angestellt, in Teilzeit, Dtsch Arztebl 2021; 118(17): A-868 / B-722: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218868/Vertragsarztstatistik-2020-Weiblich-angestellt-in-Teilzeit>, (abgerufen 16.05.2023)

Robert-Bosch Stiftung 2021: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf (abgerufen am 20.07.2023)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009 und 2018: <http://www.svr-gesundheit.de> (abgerufen am 10.02.2023)

Schaeffer et al (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Steinbeck et al. BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.) (2021): Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich; Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland

Spiegelberg (2019): Effektives Terminmanagement: Mehr Zeit durch gute Planung; Dtsch Arztebl 2019; 116(5): A-222 / B-186 / C-186; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205088/Effectives-Terminmanagement-Mehr-Zeit-durch-gute-Planung> (abgerufen am 17.07.2023)

Thomas et al. (2017): Psychiatr Serv. 2017 Jan 1;68(1):75-80. doi: 10.1176/appi.ps.201500514. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27582239 Clinical Trial.

Wensing, J. Szecsenyi et al (2019): Nature SCIENTIFIC REPORTS 2019 Strong primary care and patients' survival, M., 9:10859 | (abgerufen 30.06.2023)

WHO (2019): Ziele für nachhaltige Entwicklung, Bericht 2019: <https://www.un.org/depts/german/millennium/SDG%20Bericht%202019.pdf>; (abgerufen 20.04.2023)

HÄPPI

Für die Entwicklung des Konzeptes danken wir Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Rita Bangert-Semb, Dr. med. Lutz Weber, Dr. Simon Schwill, Anika Meißner, Ronja Rück, Tanja Rommelfangen und Felix Bareiß.

Bei Fragen wenden Sie sich an Anika Meißner unter anika.meissner@haevbw.de
Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V.