Interview

„Wir zeigen, dass neue Versorgungsmodelle funktionieren“

In vielen Regionen gibt es zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte. Um dem beizukommen, gibt es verschiedene Ideen und Konzepte. Eines davon ist LillianCare. Das Unternehmen setzt auf Telemedizin und Teams aus Ärzten, Physician Assistants und MFA. Der änd hat mit Gründer und Co-CEO Linus Drop gesprochen.

©privat

Drop: Knapp 60 Prozent der Behandlungen können bei uns primär durch einen PA durchgeführt werden.

Herr Drop, vor rund zwei Jahren haben wir über Ihre Pläne gesprochen, inzwischen gibt es fünf LillianCare-Partnerpraxen, in Ankum, Bad Laer, Fürstenau, Nastätten und Neuerburg. Kann man also sagen: Läuft?

Ja, es läuft, ich hätte mir tatsächlich gewünscht, dass wir doch noch ein bisschen schneller vorankommen. Aber Transformationsprozesse im deutschen Gesundheitswesen brauchen naturgemäß Zeit – auch wenn wir uns manchmal mehr Tempo wünschen. Nichtsdestotrotz bin ich zufrieden.

In den letzten zwei Jahren hat sich allerdings einiges grundlegend geändert. Als wir unsere Pläne vorgestellt haben – wir wollen verstärkt Physician Assistants einsetzen, wir wollen die Ärzte zum Teil remote dazuschalten – konnten viele sich das noch gar nicht vorstellen. Anfangs bestand viel Klärungsbedarf – was angesichts eines neuen Versorgungsmodells nachvollziehbar ist. Zum Thema Delegation gibt es natürlich auch heute noch Kontroversen, aber generell geht es in der Debatte inzwischen eher um das „Wie“ als um das „Ob“.

In den Diskussionen, die wir heute führen, geht es mehr darum, wie man das LillianCare-Konzept konkret in einer bestimmten Region umsetzen oder mit einzelnen regulatorischen Herausforderungen umgehen kann. Das sind wirklich andere Gespräche, die wir jetzt führen. Wir sind ja auch nicht die einzigen mit Konzepten in dieser Art.

In Deutschland herrscht oft der Anspruch, alle Detailfragen vorab zu klären – wir setzen hingegen auf ein agiles Vorgehen mit klarer regulatorischer Grundlage und iterativer Weiterentwicklung.

Es gibt ja viele gute Ideen in der Welt, die Herausforderung ist die tatsächliche Umsetzung. In unserem Fall: Wie können wir innerhalb eines bestehenden regulatorischen Rahmens arbeiten, der an manchen Stellen noch nicht optimal auf neue Versorgungsmodelle ausgelegt ist.

Ihr Konzept ist speziell für unterversorgte Kommunen gedacht, in denen Ärztemangel herrscht. Wie ist die Rückmeldung aus diesen Kommunen?

Die Kommunen zeigen großes Interesse, denn die haben das Problem ja direkt vor der Haustür. Klar, die KV hat den Sicherstellungsauftrag, aber Bürgermeisterinnen und Bürgermeister erleben die Versorgungslücke oft sehr unmittelbar und können ihr schwer ausweichen. In Fürstenau, wo wir im Januar eine Praxis eröffnet haben, gab es zum Beispiel eine Bürgerinitiative, die die Einrichtung eines kommunalen MVZ gefordert hat.

Bei den Bürgermeistern in Gebieten mit problematischer Hausarztversorgung ist das Thema unter den Top 3. Die sind also für uns starke Verbündete – und die brauchen wir, denn wir müssen ja Räume und Personal finden und dafür sorgen, dass die Praxis bekannt wird. Da helfen engagierte Bürgermeisterinnen und Bürgermeister natürlich sehr. Inzwischen bekomme ich wöchentlich Anrufe von interessierten Kommunen.

Räume finden, Personal finden: Ist das schwierig?

Räumlichkeiten zu finden, hatten wir uns tatsächlich einfacher vorgestellt. Dadurch, dass bei uns Arzt und Physician Assistant parallel arbeiten, brauchen wir Räume wie sonst bei einer Praxis mit zwei Ärzten. Das ist in kleineren Orten schwieriger als gedacht. Aber da kommen wieder die Kommunen ins Spiel: Die wissen, wo es Räume gibt.

Was das Personal angeht: Für die ersten Praxen in 2024 war es nicht ganz so einfach, da brauchten wir mutige Leute, weil sie ja Vorreiter waren und man noch nicht wusste, ob es wirklich alles läuft wie geplant. Seitdem ist es aber viel leichter. Wir kriegen viele Bewerbungen. Die Interessenten laden wir dann zu einer Hospitation in einer der bestehenden Partnerpraxen ein. Das funktioniert sehr gut.

Sie haben als zentrales Element Physician Assistants. Ich höre immer wieder, dass deren Einsatz aus finanzieller Sicht schwierig sei. Was machen Sie anders?

Zum einen haben wir die Entbudgetierung. Wenn wir also mehr Patienten behandeln, kommen wir nicht mehr gleich in eine Abstaffelung. Der zweite und wichtigere Punkt aber ist der Arbeitsablauf.

Wenn man auf das Ökonomische blickt, ist wichtig, dass ich einen Patienten, der weitgehend vom PA behandelt werden kann, früh erkenne. Der PA braucht eine Vorgabe, wie er die Behandlung durchführen soll, sodass die ärztliche Qualitätssicherung gezielt und effizient erfolgen kann. Weniger optimal ist es, wenn der PA anfängt und den Patienten mitten in der Behandlung doch an den Arzt abgeben muss. Das führt zu doppelten Aufwänden und ist im Ablauf nicht wirtschaftlich.

Es ist also entscheidend, wie man den PA in die Praxis integriert. Darauf haben wir uns stark konzentriert. Wenn ein Patient einen Termin macht, über unsere LillianCare-App, online oder per Telefon, dann fragen wir bereits Symptome ab, wie eine kleine Triage, aber nicht so umfassend wie etwa Smed. Wir wollen wissen: Ist das ein PA-Fall oder ist es so komplex, dass es auf jeden Fall ein Arzt sehen muss? Daran feilen wir seit Beginn und inzwischen haben wir eine Treffer-Quote von 98 Prozent. Also nur zwei Prozent der Fälle müssen dann doch an den Arzt übergeben werden.

Wir haben zudem Behandlungspfade definiert, sozusagen eine strukturierte Checkliste, die der PA abarbeitet. Bei jedem Patienten, den der PA behandelt, kommt am Ende der Arzt dazu. Die Präanamnese und das, was der PA gemacht hat, bekommt er auf einem Dashboard angezeigt. Durch diese klare Strukturierung reichen im Durchschnitt wenige Minuten Arztzeit. Knapp 60 Prozent der Behandlungen können bei uns primär durch einen PA durchgeführt werden, selbstverständlich unter ärztlicher Supervision im Sinne des Delegationsprinzips. So lohnt sich ökonomisch deren Einsatz.

Bei Ihrem Konzept kann der Arzt also mehr Patienten abschließend sehen: Werden Sie da nicht auffällig bei Plausibilitätsprüfungen?

Das ist absolut ein Thema – aber eines, um das wir von Anfang an wussten. Wir achten sehr auf eine sehr saubere Dokumentation. Bislang gab es noch keine Rückfragen, aber wir sind schon im Blickfeld.

In Baden-Württemberg gibt es im Hausarztvertrag ja inzwischen die Möglichkeit, einen Praxiskontakt abzurechnen. Ich denke, da muss sich die Abrechnungslogik auch in den KVen ändern.

Sie setzen auch stark auf Telemedizin, und zwar in dem Sinn, dass der Arzt in die Praxis geschaltet wird und nicht immerzu vor Ort sein muss. Funktioniert das gut?

Das funktioniert gut, könnte aber noch besser funktionieren, wenn die regulatorischen Hürden niedriger wären. Wir haben das ja im Wesentlichen gemacht, um einen attraktiven Arbeitsplatz zu gestalten für Ärzte, die es eben eigentlich nicht aufs Land zieht und die dann tageweise im Homeoffice arbeiten können. Wir sind darin aber limitiert dadurch, dass vieles nicht abgerechnet werden kann, wenn der Arzt nur telemedizinisch dazugeschaltet ist, auch wenn wir den Patienten in der Partnerpraxis haben. Und es gibt immer noch die Verpflichtung, die 25 Pflicht-Sprechstunden vor Ort ableisten zu müssen. Die Videosprechstunde wird nicht angerechnet.

Ich verstehe einerseits, dass reine Telemedizin eingeschränkt werden soll, denn wir brauchen ja Ärzte, die vor Ort Versorgung machen. Allerdings, wenn man wie wir eine offene Praxis vor Ort hat und es nur darum geht, dass der Arzt dazugeschaltet wird, da müsste man das vielleicht überdenken. Damit würde es auch einfacher, attraktive Arbeitsplätze für Ärzte zu schaffen. Da ist man noch nicht am Optimum.

Generell könnte man regulatorisch noch einiges verbessern. Aber es ist auch nicht so, dass man unter den aktuellen Bedingungen gar nicht agieren könnte. Projekte wie LillianCare zeigen bereits heute, dass neue Versorgungsmodelle funktionieren – und genau dadurch können sich auch bestehende Strukturen weiterentwickeln. Wir befragen übrigens auch unsere Patienten: 94 Prozent sind mit der Behandlung zufrieden.

Wie sind denn Ihre weiteren Pläne?

Für dieses Jahr wollen wir 14 LillianCare-Partnerpraxen zugelassen und 10 offen haben, also bis Jahresende noch fünf Praxen eröffnen. Nächstes Jahr streben wir 30 Praxen an. Im Moment sind das alles unsere eigenen MVZ. Mitte 2026 wollen wir in eine andere Richtung gehen. Die Idee ist, mit niedergelassenen Ärzten als Partner neue Praxen zu gründen. Der Sitz würde dann beim Partnerarzt liegen, und wir liefern die komplette Praxis inklusive Ausstattung, Software, Personal und Ablaufprozessen. Das kann zum Beispiel für Ärzte interessant sein, die bereits in der Stadt eine Praxis haben und Zweigpraxen in der Peripherie gründen wollen. Das ist dann ökonomisch interessant und gleichzeitig tut man etwas gegen die Unterversorgung.

Das wird ein großer Schritt, denn dann können wir schneller wachsen.

17.08.2025 06:46, Autor: ks © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: https://www.aend.de/article/236238