

# Medizinische Fachangestellte können mehr

Online-Befragungen von VERAH-Absolventen und Praxisinhabern

## *Practice Nurses Can Do More*

*Online Surveys of VERAH-Graduates and Practice Owners*

Marcus Redaelli<sup>1</sup>, Susanne Bassüner<sup>2</sup>, Deborah Teschner<sup>2,3</sup>, Stephanie Stock<sup>2</sup>

**Hintergrund:** Die stetig wachsende hausärztliche Belastung hat in den letzten Jahren zu Diskussionen um Möglichkeiten der Delegation von Aufgaben an Medizinische Fachangestellte (MFA) geführt. Als eine der Voraussetzungen dafür wird die Erweiterung der medizinischen Kenntnisse der MFAs durch Qualifizierungsmaßnahmen angesehen. Ziel der Untersuchung war die Einordnung eines Qualifizierungsprogramms unter dem Aspekt hausärztlicher Entlastung im Praxisalltag.

**Methoden:** Ausgewählt wurde das Ex-post-facto-Design. Im Rahmen der empirischen Sozialforschung ist ein Erhebungsinstrument entwickelt, pre-getestet und dann als Online-Befragung eingesetzt worden. Vom Qualifizierungszentrum wurden bundesweit Hausärzte, die zwischen 2009 und 2013 ihre Angestellten für die Qualifizierung angemeldet hatten, und Absolventen dieser Qualifizierung angeschrieben und zur anonymen Teilnahme an einer adressatenspezifischen Online-Umfrage eingeladen.

**Ergebnisse:** Das antwortende Kollektiv – sendender Hausarzt und MFA – ist der Delegation gegenüber überwiegend positiv eingestellt. Von Seiten der Absolventen wird die VERAH-Qualifizierung als eine erhebliche Unterstützung der Praxisinhaber mit deutlicher Effektivitätssteigerung insgesamt wahrgenommen. Auf Seiten der Praxisinhaber jedoch schlägt sich dies nicht im Delegationsverhalten nieder. Derzeit scheint eine unzureichende Umstrukturierung der Praxisabläufe die optimale Nutzung zur Entlastung durch die Absolventinnen zu verhindern. Während Gesundheits-, Präventions-, Praxis- und Wundmanagement teilweise erfolgreich implementiert wurden, scheinen Besuchs- und Case Management ein deutliches Delegationspotenzial aufzuweisen. Der Rücklauf betrug 31,3 % (551 Praxisinhaber) respektive 44,7 % (916 Absolventen).

**Schlussfolgerungen:** Qualifizierungsmaßnahmen für MFA scheinen ein deutliches Entlastungspotenzial für die Hausärzte darzustellen, wobei eine Steigerung der Umsetzung überlegt werden sollte.

*Schlüsselwörter: Delegation; Hausärzte; Medizinische Fachangestellte; Online-Befragungen*

**Background:** In the last years the continuously increasing workload of family practitioners (FPs) has led to discussions about possibilities to delegate tasks to practice nurses (PAs). One of the preconditions considered is an enlargement of medical knowledge by training courses. The aim of our investigation was the characterisation of these training courses under the aspect of reducing the workload of FPs.

**Methods:** For the presented investigation we chose the ex-post-facto-design. During the empirical social research a questionnaire was developed, pre-tested, and used as an online survey. The training course centre invited nationwide family practitioners who had sent their employed PAs to training courses between 2009 and 2013 to take part in the study. Also the graduates of these training courses were invited to the anonymous participation of addresses-specific online survey.

**Results:** The responding participants – FP and PA – have a mainly positive attitude towards delegation. The graduates perceive the VERAH training courses as a significant support for their practice owners and a possible reduction of workload for the FPs as an increase of effectiveness. Currently an insufficient restructuring of the family practice seems to hinder an optimal use of the acquired qualification. While the statements of participants suggest a successful implementation of prevention-, practice-, and wound-management, the home-visit- and case-management seem to have a potential for more delegation. The response rate was 31.3 % (551 practice owner), respectively 44.7 % (916 graduates).

**Conclusions:** The training courses of PAs appear to have a great potential for the reduction of FPs' workload. However the results indicate that a further restructuring of the family practice should be considered.

*Keywords: Delegation; Family Practitioners; Practice Nurses; Online-Surveys*

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

<sup>2</sup> Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Uniklinik Köln

<sup>3</sup> Institut für hausärztliche Fortbildung, Köln

**Peer reviewed article** eingereicht: 16.07.2014, akzeptiert: 07.11.2014

**DOI** 10.3238/zfa.2014.0517-0522

## Hintergrund

Die Hausärzteschaft in Deutschland steht vor drei großen Herausforderungen: dem demografischen Wandel mit zunehmender Multimorbidität, gleichzeitig sinkender Zahl von Hausärzten und dem medizinischen Fortschritt [1–5].

Um die zunehmende Arbeit, vor allem in unterversorgten Gebieten, auch zukünftig bewältigen zu können, schlug der „Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im

die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ in Kraft [11].

Derzeit gibt es für Medizinische Fachangestellte (MFA) drei Möglichkeiten der Qualifizierung. Je nach Standort kann sich die MFA zur *Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA)* (Zertifizierung durch die jeweilige Landesärztekammer Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen), zur *Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA)*

Beim Modul Besuchsmanagement sind die rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen des Hausbesuchs, das Beurteilen des häuslichen Umfelds, Antragstellungen, Organisation und das Delegationsverfahren mittels Hausbesuchsprotokoll zentrale Punkte. Im Modul Case Management werden die Teilnehmer befähigt, den Arzt im Rahmen der hausärztlichen Versorgung durch patientenbetreuende, verwaltungsbezogene und organisatorische Tätigkeiten zu entlasten.

Bisher war nicht klar, ob die durch das VERAH-Programm qualifizierten MFA in den Praxen entsprechend eingesetzt werden und, wenn nicht, was die Gründe hierfür sind.

## Methoden

Unter Berücksichtigung des Mangels an wissenschaftlichen Vorarbeiten ist als Forschungsansatz das Ex-post-facto-Design als Querschnittsstudie gewählt worden [14]. Dieses Design lässt korrelative Aussagen aus den abhängigen und unabhängigen Variablen zu, ermöglicht aber keine Kontrolle von Störvariablen.

Zur Entwicklung von anwenderspezifischen Fragebögen im Sinne des Studienziels wurde das bereits von uns verwendete Instrument aus einer früheren Untersuchung auf Tauglichkeit geprüft [15] und dann – mit Modifikationen – ein Interviewleitfaden für strukturierte Experteninterviews erstellt, die dann geführt wurden [16].

Nach Auswertung dieser Interviews sind dann neue spezifische Fragebögen für sowohl Absolventen der VERAH-Qualifikation als auch für die Praxisinhaber entstanden [17]. Für die Qualifikationsmodule Notfall- und Technikmanagement waren die Aussagen so heterogen, dass keine Fragen entwickelt wurden.

Die Personen beider Gruppen wurden individuell angeschrieben und sollten ohne voneinander zu wissen anonym antworten. Wegen begrenzter finanzieller Ressourcen ist das Format der Online-Umfrage gewählt worden.

Um größtmöglichen Rücklauf zu erreichen, sind einfache Beantwortungsformate (beispielsweise fünfstufige Ra-

Praxisinhaber		
	angeschrieben	teilgenommen
<b>Absolut</b>	1.774	551
<b>Prozentual</b>	100 %	31,1 %
Absolventen der VERAH®-Qualifikation		
<b>Absolut</b>	2.049	916
<b>Prozentual</b>	100 %	44,7 %
Als auswertbar gelten alle Fragebögen, die zu > 30 % beantwortet wurden; die auswertbaren Bögen sind zu 95 % vollständig.		

**Tabelle 1** Rücklauf der Teilnehmer

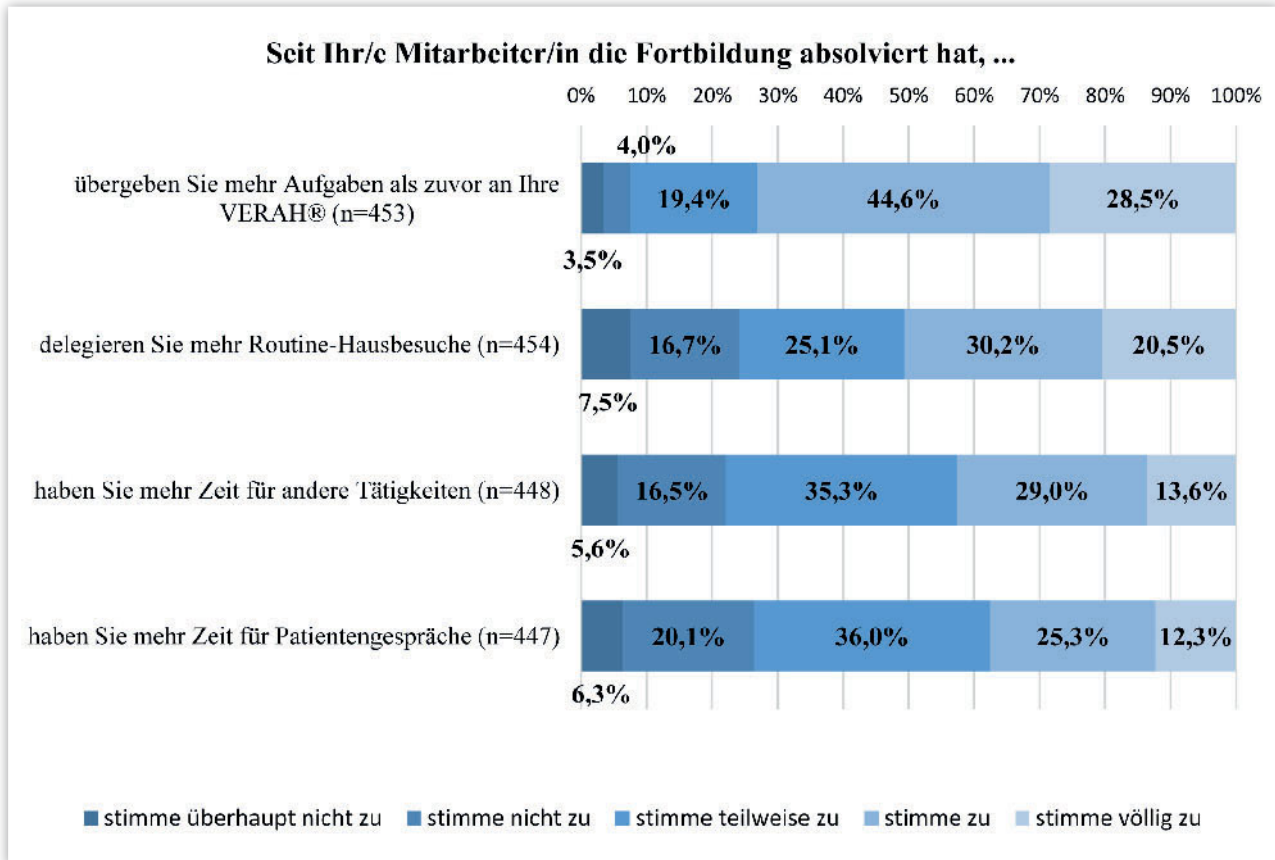
Gesundheitswesen“ in einem Sondergutachten 2009 vor, dass delegierbare ärztliche Aufgaben bzw. Tätigkeiten von nichtärztlichen Berufsgruppen übernommen werden können [6]. Im Hinblick auf die Patientensicherheit konnte ein im Auftrag der Bundesärztekammer erstellter internationaler Literatur-Review aufzeigen, dass eine Delegation von Tätigkeiten in der hausärztlichen Versorgung keine Abnahme der Patientensicherheit bzw. der Versorgungsqualität bedeuten muss [7].

Schon vor dem Sondergutachten des SVR sind auch in Deutschland zahlreiche Modellprojekte bzw. Qualifizierungsoffensiven angestoßen bzw. durchgeführt worden [8, 9, 10]. Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, die Delegation ärztlicher Tätigkeiten inhaltlich zu definieren. Zum 1. Oktober 2013 trat dann

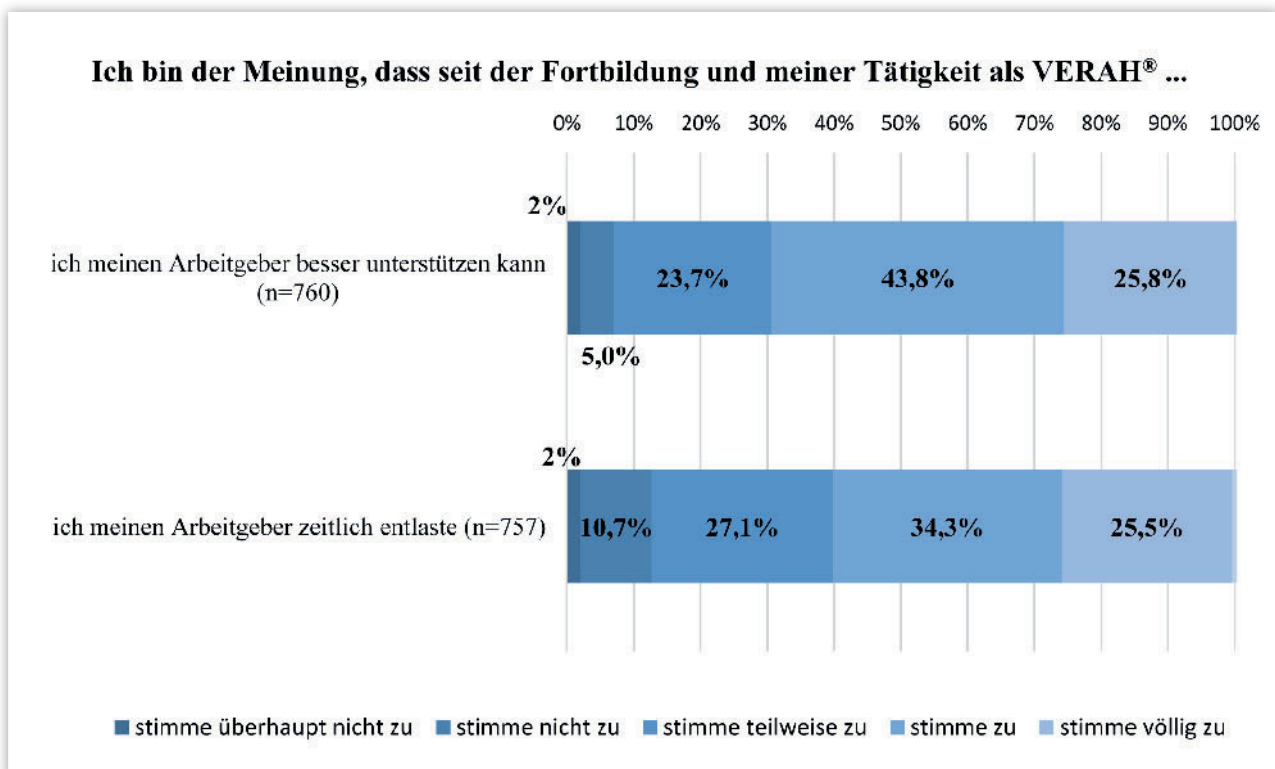
(Landesärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe) oder zur *Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)* (Institut der hausärztlichen Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband, IhF) fortbilden. Gegenseitige Anerkennungen zwischen den Anbietern sind bereits erfolgt bzw. auf den Weg gebracht.

Für die definierten delegierbaren Tätigkeiten bedarf es Weiterbildungsmaßnahmen. Die von uns exemplarisch ausgewählte Weiterqualifizierungsmaßnahme des IhF wurde seit 2008 von über 4.000 Medizinischen Fachangestellten erfolgreich abgeschlossen [12, 13].

Die VERAH-Weiterbildung umfasst acht Module (Case-, Besuchs-, Gesundheits-, Notfall-, Präventions-, Praxis-, Technik- und Wundmanagement. Dabei bilden die Module Besuchs- und Case Management im Sinne der Delegation die wesentlichen Neuerungen ab. Aber auch alle anderen Module enthalten delegierbare Tätigkeiten.



**Abbildung 1** Entlastungspotenzial aus Sicht der Praxisinhaber



**Abbildung 2** Entlastungspotenzial aus Sicht der Absolventen

	Delegierbare Tätigkeiten nach VERAH®-Qualifikation					
	BM	CM	GM	PrävM	PraxisM	WM
Durchführung von erfahrenster MFA unabhängig von der Qualifikation	63 13,5 %	61 13,1 %	45 9,7 %	34 7,3 %	0 -	38 8,2 %
Tätigkeiten nicht delegierbar	157 33,8 %	116 25 %	135 29,1 %	103 22,2 %	58 12,5 %	89 19,2 %
Tätigkeiten nicht in der Praxis vorhanden	158 34,0 %	78 16,8 %	58 12,5 %	13 2,8 %	16 3,4 %	22 4,7 %
Tätigkeiten erledigt externer Dienstleister	55 11,6 %	27 5,8 %	46 9,9 %	3 0,6 %	8 1,7 %	53 11,4 %
Wegen Personalmangel	71 15,3 %	57 12,3 %	46 9,9 %	19 4,1 %	23 5 %	26 5,6 %
Wegen Zeitmangel	75 16,2 %	91 19,6 %	69 14,9 %	23 5 %	29 6,2 %	37 8 %
Furcht vor juristischen Folgen	48 10,3 %	21 4,5 %	25 5,4 %	30 6,5 %	8 1,7 %	20 4,3 %
Bisher nicht umgesetzt	115 24,8 %	128 27,6 %	94 20,3 %	39 8,4 %	0 ---	1 0,2 %
Sonstige	48 10,3 %	29 6,2 %	21 4,5 %	9 1,9 %	37 8 %	19 4,1 %

BM = Besuchsmanagement; CM = Case Management; GM = Gesundheitsmanagement; PrävM = Präventionsmanagement; PraxisM = Praxismanagement; WM = Wundmanagement

**Tabelle 2** Gründe (Mehrfachantwort-Möglichkeiten) für Nicht-Delegation bestimmter Tätigkeiten (Praxisinhaber n = 464)

tingskala) sowie zeitlich begrenzte Bearbeitungszeiten (durchschnittlich 10 Minuten für die Praxisinhaber, 15 Minuten für die Absolventen der VERAH-Qualifikation) gewählt worden [18].

Die Fragebögen wurden einem Zwei-Phasen-Pretest (Think-Aloud und Standard-Pretest) unterzogen [19]. Zur Vermeidung von Mehrfachteilnahmen sind Zugangsberechtigungen eingerichtet worden. Eine Unterbrechung des elektronischen Eingabeverfahrens mit Fortführung an gleicher Stelle war möglich.

Alle Absolventen, die im Zeitraum von 2009 bis Mitte 2013 die VERAH-Qualifikation erfolgreich durchgeführt haben, sowie die Praxisinhaber sind vom IhF zur Online-Befragung eingeladen worden. Die Beantwortung der Bögen ist anonym gestaltet worden. Die Daten wurden im Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln gesammelt und ausgewertet. Eine Kopplung der Daten von Absolventen mit denen der

jeweiligen Praxisinhaber wurde ausgeschlossen.

Die Inhalte der Fragen (33 Items jeweils für Absolventen und Praxisinhaber) bezogen sich auf die delegierbaren Tätigkeiten der sechs verbliebenen Module der VERAH-Qualifikation. Die Praxisinhaber wurden bei negativen Aussagen zum Delegationsverhalten nach Gründen (9 Antwortmöglichkeiten mit Mehrfachauswahl) gefragt. Praxisinhaber (10 Items) und Absolventen (13 Items) sind weitere Fragen zu soziodemografischen Daten gestellt worden. Darüber hinaus wurden bei den Absolventen weitere Fragen zu Kompetenzsteigerungen zu unterschiedlichen Befähigungen gestellt, die jedoch nicht Bestandteil dieser Veröffentlichung sind.

Die Online-Umfrage wurde im Zeitraum von Mitte November 2013 bis Mitte Januar 2014 durchgeführt. Es erfolgte Initialanschriften sowie zwei Reminder in dreiwöchigen Abständen. Die statistische Auswertung erfolgte rein deskriptiv mit SPSS Statistics 22.

## Ergebnisse

### Rücklauf und Kollektiv

Es nahmen 551 Praxisinhaber und 916 VERAH-Absolventen teil. Der Rücklauf bei den Praxisinhabern liegt damit bei 31,3 %, bei den Absolventen der VERAH-Qualifikation bei 44,7 % (Tab. 1).

Der teilnehmende Praxisinhaber ist durchschnittlich 54,7 Jahre (Standardabweichung [SD] 7,2 Jahre), verfügt über 20,1 Jahre (SD 7,2 Jahre) Berufserfahrung und arbeitet durchschnittlich 52,8 Std./Woche (SD 11,1 Std.). Der überwiegende Teil der Praxisinhaber ist männlich (78,1 %), arbeitet in einer Einzelpraxis (47,3 %) in einer Klein- bzw. Landstadt (50,8 %) und nimmt zu 77 % an der Hausarztzentrierten Versorgung teil.

Die Absolventen sind fast ausschließlich weiblich und durchschnittlich 39,7 Jahre (SD 10,3 Jahre) alt mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 16,9 Jahren (SD 9,9

**Dr. med. Dipl. oec. Marcus Redaelli ...**



... ist Arzt und Gesundheitsökonom. Seit 2009 arbeitet er u.a. zum Thema Delegation von hausärztlichen Leistungen an nicht-ärztliche Berufsgruppen wie beispielsweise der Medizinischen Fachangestellten, erst am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin an der Universität Witten/Herdecke (2009–2012) und seit Ende 2012 am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Jahre). Sie arbeiten durchschnittlich 32,5 Std./Woche (SD 8,0 Std.) in einer Klein- bzw. Landstadt (50,6 %) und zu 48,6 % in einer Einzelpraxis. Sie verfügen überwiegend über einen Hochschulabschluss (73,8 %) und einen Berufsabschluss als Arzthelferin (72,2 %). Seit Abschluss der VERAH-Fortbildung haben 51,7 % der Teilnehmer eine Gehaltserhöhung erhalten.

Nachfolgend sollen nun die Entlastungspotenziale nach Einschätzung der Praxisinhaber und der Absolventen sowie die Gründe der Nicht-Delegationen bei delegierbaren Tätigkeiten entsprechend den Modulen dargestellt werden.

### Entlastungspotenziale

Nach Einschätzung der Praxisinhaber übertragen sie zu 73,1 % mehr Aufgaben an ihre VERAH. Die Routinehausbesuche werden von den Praxisinhabern zu 50,7 % an die VERAH delegiert. Trotz dieser Zahlen schätzen die Praxisinhaber nur zu 42,6 % bzw. 37,6 % ein, dass sie mehr Zeit für andere Tätigkeiten bzw. Patientengespräche haben (Abb. 1).

Bei der Einschätzung des eigenen Entlastungspotenzials antworteten die Absolventen auf die Frage, ob sie nun die Praxisinhaber besser unterstützen würden, mit 69,6 % Zustimmung, 7 % Verneinung; alle weiteren meinten, nur teilweise entlasten zu können. Auf die Frage nach der zeitlichen Entlastung des Praxisinhabers waren die Antworten zu 59,5 % positiv, 2,7 % negativ und 27,1 % der Befragten waren sich nicht sicher (Abb. 2).

### Gründe der Nicht-Delegation

Als Grund für eine Nicht-Delegation beim **Besuchsmanagement** (BM) wurde von etwa 34 % der Praxisinhaber

ber „Tätigkeiten nicht in der Praxis vorhanden“ oder „Tätigkeiten nicht delegierbar“ (33,8 %) angegeben. 24,8 % gaben an, dass sie das Besuchsmanagement bisher nicht delegiert hätten. Als Gründe wurden Personal- (15,3 %) bzw. Zeitmangel (16 %) angegeben. 13,5 % der Praxisinhaber gaben an, dass sie das Besuchsmanagement durch ihre erfahrenste MFA durchführen lassen – unabhängig von deren VERAH-Qualifikation (Tab. 2).

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim **Case Management** (CM). Mit 13,1 % lassen auch hier die Praxisinhaber das CM durch ihre erfahrenste MFA durchführen – auch hier unabhängig von deren VERAH-Qualifikation. Von 27,6 % der Praxisinhaber wird angegeben: „bisher nicht umgesetzt“. Etwa ein Viertel aller Praxisinhaber (25 %) gibt an, dass CM nicht delegierbar sei, 19,6 % haben nach eigenen Angaben das CM aus Zeitmangel nicht umgesetzt.

Beim **Gesundheitsmanagement** liegt aus Sicht der Praxisinhaber der größte Vorbehalt (29,1%) in der „Nicht-Delegierbarkeit dieser Tätigkeiten“. Die nächst häufig genannten Gründe für nicht erfolgte Delegation sind Zeitmangel (14,9 %) und „Tätigkeit nicht in der Praxis vorhanden“ (12,5 %). Von 20,3 % der Befragten wurde diese Tätigkeit als „bisher noch nicht umgesetzt“ angegeben.

Das **Präventionsmanagement** (PrävM) wird häufiger delegiert, bei Nicht-Delegation als Hauptgrund (22,2 %) „mangelnde Delegierbarkeit“ genannt. Alle weiteren Gründe liegen deutlich unter zehn Prozentpunkten.

Beim Thema **Wundmanagement** (WM) ist mangelnde Delegierbarkeit auf Platz eins (19,2 %) der Gründe zu finden. Eine Besonderheit liegt hier auf Platz zwei der Nennun-

gen (11,4 %): „Tätigkeiten erledigt externer Dienstleister“. Die weiteren Gründe einer Nicht-Delegation sind für das WM „Durchführung von erfahrenster MFA unabhängig von der Qualifikation“ (8,2 %) und „Zeitmangel“ (8 %).

Beim **Praxismanagement** (PraxM) ist der am häufigsten genannte Grund für das Unterbleiben einer Delegation die „mangelnde Delegierbarkeit“ (12,5 %), bei sonst vor allem individuellen Gründen (8 %).

### Diskussion

Diese erste bundesweite Online-Umfrage zum Thema Auswirkungen von Qualifizierungsmaßnahmen von MFA, wie hier die VERAH-Qualifikation, zeigt, dass eine Weiterbildung alleine nicht zur Anwendung der vermittelten Qualifikationen führt und damit auch nicht automatisch eine Entlastung von Hausärzten bedeutet [20]. Bei der Betrachtung der einzelnen Gründe für eine Nicht-Delegation ist auffällig, dass in den einzelnen Themenblöcken am häufigsten „Tätigkeiten nicht delegierbar“ als Grund angekreuzt wurde. Darüber hinaus ist auch feststellbar, dass ein nicht unerheblicher Teil (ca. ein Viertel) der Praxisinhaber meint, die MFA mit VERAH-Qualifikation aus Zeit- und Personal-mangel nicht entsprechend ihrer Qualifikation einsetzen zu können. Die Begründungen für den nicht genutzten Einsatz der VERAH-Qualifikationen gleichen denen der Nicht-Nutzung von Leitlinien [21].

### Schlussfolgerungen

Das Grundkonzept der Qualifizierungsmaßnahme scheint im Sinne einer Entlastung der Hausärzte durch Delegation an MFAs in Teilen erfolgreich zu sein. Die hier vorgestellten Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass sich bestimmte Tätigkeiten, beispielsweise im Rahmen des Besuchsmanagements, wenigstens aus Sicht der Ärzte, derzeit nicht für die Delegation zu eigenen scheinen. Andere Tätigkeiten könnten durch eine Weiterentwicklung der entsprechenden Qualifizierungsmodule eine stärkere Bereit-



schaft zur Delegation von Hausärzten erfahren.

**Interessenkonflikte:** Die Autoren M. Redaelli, S. Bassüner und S. Stock haben keine Interessenskonflikte. D. Teschner ist Mitarbeiterin des Instituts für hausärztliche Forschung (IhF). Von

Seiten des IhF gab es keinen Einfluss auf die Ausgestaltung oder die Ergebnisse dieser Untersuchung bzw. auf die vorliegende Veröffentlichung. Das IhF hat das Einladungswesen für die Online-Umfrage zur Wahrung der Datenhoheit über die ihr anvertrauten Kontaktdaten durchgeführt.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl. oec. Marcus Redaelli  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Tel.: 0211 8116228  
marcus.redaelli@med.uni-duesseldorf.de

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde (2008). Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. [www.gmkonline.de/\\_beschluesse/protokoll\\_81\\_gmk\\_top0501\\_anlage\\_aolgbericht.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/protokoll_81_gmk_top0501_anlage_aolgbericht.pdf) 2008 (letzter Zugriff am 30.09.13).
2. Robert-Koch-Institut (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012\\_2\\_Demografischer\\_Wandel\\_Alterung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff am 28.09.13)
3. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2009. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Bevoelkerung-Deutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Bevoelkerung-Deutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile)
4. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. 5. Aufl. Berlin, 2010
5. Bundesministerium für Gesundheit. Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung in Deutschland. Berlin, 2013. [www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkvversorgungsstrukturgesetz/fakten-aerzteversorgung.html](http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkvversorgungsstrukturgesetz/fakten-aerzteversorgung.html) (letzter Zugriff am 30.09.13)
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn, 2009. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (letzter Zugriff am 30.09.13).
7. Redaelli M, Stock S, Simic D, Wilm S. Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“ – Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer. Witten, 2009. <http://www.bundeseraerztekammer.de/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf> (letzter Zugriff am 05.10.13)
8. van den Berg N, Meineke C, Heymann R, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dtsch Arztebl 2009; 106: 3–9
9. Ministerium für Gesundheit und Soziales. Sachsen-Anhalt startet Modellprojekt: Mobile Praxisassistentinnen entlasten Hausarzt in ländlichen Regionen. Pressemitteilung Nr.: 122/07. Dresden, 2007 [http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/ms/2007/122\\_2007.html](http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/ms/2007/122_2007.html) (letzter Zugriff am 30.09.13)
10. Ärztekammer Schleswig-Holstein. Modellprojekt „Helver“. Kiel, 2011. [http://www.aeksh.de/med\\_assistenz\\_berufe/modellprojekt\\_helver/modellprojekt\\_helver.html](http://www.aeksh.de/med_assistenz_berufe/modellprojekt_helver/modellprojekt_helver.html) (letzter Zugriff am 14.05.14)
11. Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV-Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal. Berlin, 2014. [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf) (letzter Zugriff am 28.05.14)
12. Institut der hausärztlichen Fortbildung. Fortbildungsordnung zur Versorgungsassistentin/zum Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis VERAH®. Köln, 2008. [http://www.verah.de/Meine\\_Bilder\\_und\\_Dateien/Lernzielkatalog%20MFA\\_aktuell.pdf](http://www.verah.de/Meine_Bilder_und_Dateien/Lernzielkatalog%20MFA_aktuell.pdf) (letzter Zugriff am 05.12.13)
13. Mühlenfeld, H-M. VERAH® werden, Praxis stärken, Erfüllung im Beruf finden. Hausarzt 2013; 9: 18–9
14. Häder M. Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, 2010
15. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. ZAEFQ 2013; 107: 386–93
16. Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung. 2. Aufl. München: Oldenbourg Verlag, 2004
17. Moosbrugger H, Kelava A. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2. Aufl. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2012
18. Porst R. Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 09 2001. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2009. [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/howto/howto9rp.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/howto9rp.pdf) (letzter Zugriff am 14.11.13)
19. Prüfer P, Rexroth M. ZUMA Arbeitsbericht 2000/08. Zwei-Phasen-Pretesting. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2008. [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/zuma\\_arbeitsberichte/00\\_08.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf) (letzter Zugriff am 05.10.13)
20. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. Z Allg Med 2009; 85: 403–410
21. Kunz AU. Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren – Eine Befragung Berliner Hausärzte. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2010. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe27.pdf> (letzter Zugriff am 14.05.14)