

# Forschungsprojekte in der Hausarztpraxis – und wie sieht's die MFA?

## *Research Projects in Family Medicine – What About the Medical Assistant's View?*

Jutta Bleidorn<sup>1</sup>, Christina Költzsch<sup>1</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>2</sup>, Ildikó Gágyor<sup>2</sup>, Gudrun Theile<sup>1,3</sup>

**Hintergrund:** Werden Forschungsprojekte in Hausarztpraxen durchgeführt, sind Medizinische Fachangestellte (MFA) häufig maßgeblich beteiligt. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Erfahrungen beteiligter MFA mit der Durchführung einer klinischen Studie zur Therapie des unkomplizierten Harnwegsinfektes (HWI) darzustellen.

**Methoden:** Im Anschluss an die doppelblinde randomisierte Arzneimittelstudie HWI-01 (2007–2008) wurden semistrukturierte qualitative Interviews mit den beteiligten MFAs geführt. Schwerpunkte lagen dabei auf den Bereichen: Integration der Studie in den Praxisablauf, Dokumentation, Ansprechen von Patientinnen, Zusammenarbeit mit dem Studienteam, persönlicher Benefit. Die Auswertung erfolgte zusammenfassend inhaltsanalytisch.

**Ergebnisse:** Aus den 15 durchgeführten Interviews mit MFAs wurde deutlich, dass Forschungsprojekte in den Praxisalltag durchaus integriert werden können. Dies ist jedoch zumeist mit zusätzlichem Aufwand sowohl für MFAs wie für Ärzte verbunden. An den Praxisablauf angepasste Studienabläufe tragen dabei wesentlich zur erfolgreichen Studiendurchführung bei. Eine von Vertrauen geprägte Beziehung der Patientinnen zu den MFAs wirkt sich fördernd auf den Patienteneinschluss in die Studie aus; zudem ist den MFAs auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Studie wichtig. Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem Studienteam wird von den MFAs sehr geschätzt. Viele von ihnen gaben an, persönlich von der Teilnahme an einem Forschungsprojekt profitiert zu haben.

**Schlussfolgerungen:** Für die Umsetzung von hausärztlichen Forschungsprojekten gehört die Integration der MFA zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren. Bezieht man sie frühzeitig insbesondere in die Planung praxistauglicher Studienabläufe mit ein, kann dies den Studienerfolg maßgeblich beeinflussen.

*Schlüsselwörter:* Forschungsprojekte; Hausarztpraxen; Medizinische Fachangestellte; qualitative Forschung; klinische Studien

**Introduction:** When research projects are conducted in family practices, medical assistants are often substantially involved. This study aims at depicting the experiences of the medical assistants involved in the realisation of a clinical trial concerning treatment of uncomplicated urinary tract infection (UTI).

**Methods:** Following the double-blind randomised drug trial HWI-01 (2007–2008), we conducted semi structured qualitative interviews with the involved medical assistants. The focus was on trial integration into practice routine, documentation duties, approach to patients, cooperation with the study team and personal benefit. The interviews were appraised by summarising content analysis.

**Results:** The 15 interviews with medical assistants showed clearly that it is possible to integrate research projects into practice routines. However, this implies an additional workload both for family physicians and medical assistants. Trial procedures adapted to the practice workflow contribute substantially to successful trial performance. A medical assistant-patient-relationship characterised by trust and confidence can promote patient recruitment; moreover, patients' satisfaction with the trial is an important point for medical assistants. Cooperation on a par with the study team is appreciated. Many medical assistants reported a personal benefit by participation in a research project.

**Discussion:** For implementation of family practice based research projects, the integration of medical assistants represents a predictor of success. Involving medical assistants early, particularly in the planning of suitable trial workflows, can have a strong impact on successful trial performance.

*Keywords:* Research Projects; Family Practices; Practice Nurses; Qualitative Research; Clinical Trials

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

<sup>3</sup> Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich

Peer reviewed article eingereicht: 02.10.2014, akzeptiert: 22.12.2014

DOI 10.3238/zfa.2015.0073-0077

## Hintergrund

Forschungsprojekte in Hausarztpraxen sind wichtig, um die Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen für breite Bevölkerungsschichten belegen zu können. Für die Durchführung spielen die Bereitschaft und das Engagement der Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine entscheidende Rolle [1–3]. In den meisten hausärztlichen Studien sind es MFAs, die die erste Ansprache möglicher Studienpatienten übernehmen, Daten dokumentieren und die jeweiligen organisatorischen Abläufe in der Hausarztpraxis regeln – und zudem Patienten als (oftmals vertraute) Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stehen. Studien zur Arzneimittelprüfung (Klinische Studien) stellen dabei durch umfangreiche Regularien bezüglich Patienteneinschluss und Dokumentation besonders hohe Anforderungen an das hausärztliche Praxisteam.

Während die zentrale Rolle der MFA im Rahmen der Betreuung chronisch kranker Patienten oder für präventive Maßnahmen in den letzten Jahren vielfach dargestellt wurde [4–7], ist zur Beteiligung von MFAs an Forschungsprojekten bisher wenig bekannt.

Vor diesem Hintergrund wurden im Anschluss an die doppelblinde Arzneimittel-Pilotstudie HWI-01 „Antibiotika vs. Ibuprofen beim unkomplizierten Harnwegsinfekt“ ([8], Textkasten 1) neben den Hausärzten [9] auch die an der Durchführung beteiligten MFAs befragt.

Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Sichtweisen und Erfahrungen von MFAs im Rahmen der HWI-01-Studie zu erfassen und so zur Optimierung künftiger Forschungsprojekte in Hausarztpraxen beizutragen.

Folgende Aspekte interessierten dabei im Besonderen:

- Welche Erfahrungen machten die MFAs mit den organisatorischen Herausforderungen der Studie, der Betreuung durch das universitäre Studienteam und mit den Studienunterlagen?
- Welche Erfahrungen wurden mit dem Patientinneneinschluss gemacht?
- Wie sehen/bewerten die MFAs die Beteiligung an einem Forschungsprojekt für sich persönlich?

## Methoden

Qualitative Zusatzstudie: Im Anschluss an HWI-01 wurden semistrukturierte qualitative Interviews mit Hausärzten und den beteiligten MFAs von einer studienunabhängigen Mitarbeiterin (CK) in den Hausarztpraxen durchgeführt. Interviews wurden in 20 der 27 Prüfpraxen geführt; in zwei Fällen kam kein Termin zustande, fünf Praxen wurden nicht angefragt wegen ungünstiger Lage oder personellen Veränderungen. In den Prüfpraxen wurde jeweils die hauptsächlich für die Studiendurchführung verantwortliche MFA angesprochen und um Teilnahme an der Interviewstudie gebeten. Schwerpunkte des MFA-Interviewleitfadens lagen auf den Bereichen: Integration der Studie in den Praxisablauf, Dokumentation, Ansprache von Patientinnen, Zusammenarbeit mit dem Studienteam, persönlicher Benefit. Die Interviews wurden digital als Audiomitschnitt aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch [10] unabhängig durch CK und JB, wobei Kategorien sowohl induktiv wie auch deduktiv generiert wurden.

## Ergebnisse

15 MFAs aus 15 Praxen nahmen an der Interviewstudie teil, fünf lehnten die Teilnahme ab, wobei die Gründe hierfür nicht dokumentiert wurden (Tab. 1). Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse wurde Wert darauf gelegt, v.a. die Aspekte zu beleuchten, die über die spezifische HWI-Studie hinaus auch auf andere Studien übertragen werden können. Die Überschriften fassen als Hypothesen zusammen, welche Erkenntnisse wir aus den in fetter Schrift dargestellten, relevanten Unterkategorien abgeleitet haben. Wörtliche Zitate aus den Interviews werden in kursiver Schrift wiedergegeben.

Die Integration von Forschungsprojekten in den Praxisalltag ist möglich, aber mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Für die MFAs sind funktionierende und an den Praxisablauf angepasste Abläufe vorrangig.

Der **Aufwand durch die Formalitäten beim Patientinneneinschluss** schien auf den ersten Blick hoch und

schuf eine Hürde für den Einschluss der ersten Patientin. Nach mehrfacher Durchführung wurde der Aufwand jedoch als zunehmend geringer eingestuft. Eine **gute Vorstrukturierung** schien hilfreich – der zur Verfügung gestellte Laufzettel zum Abarbeiten und Abhaken aller studienbezogenen Aufgaben wurde von vielen MFAs geschätzt. Vorgeplante Abläufe wie bspw. Abholung von Urinproben schienen ebenfalls hilfreich.

MFA 4: *„Also dieser Laufzettel, der war echt klasse. Da wusste man genau, was man jetzt machen musste. (...) Man braucht ja praktisch nur so die Seiten abarbeiten. Das war also perfekt, fand ich.“*

MFA 9: *„Und dann haben wir diese Mappe abgearbeitet und dann den Service angerufen um die Proben abzuholen und dann ging das prima.“*

Wie gut die **Integration der Studie in den Praxisalltag** letztendlich funktionierte, wurde unterschiedlich beurteilt. Der Patientinneneinschluss bedeutete immer **zusätzlichen Aufwand**. Manche MFAs empfanden diesen als „gut machbar“, andere wiederum als erhebliche Belastung.

MFA 3: *„Also ich muss wirklich sagen, die Studie war nicht störend, sie war also (...) wirklich sehr gut. Ich fand es sehr gut organisiert.“*

MFA 15: *„... aber es dauert eben seine Weile, bis man mit dem Patienten gesprochen hat und so weiter (...) mit dem Buchführen, mit dem Abheften. Und da muss [Prüfarzt] noch mal unterschreiben und da noch mal ein Kreuz (...). Das ist viel Aufwand. (...) Es ist viel Schreiberei. Ganz viel Schreiberei. Das habe ich dann immer mit nach Haus genommen (...) und in Ruhe nachgeguckt oder eben nach Dienstschluss. So zwischendurch konnten Sie das nicht so schaffen.“*

Eine wesentliche Rolle schien dabei der **personellen Besetzung in der Praxis** zuzukommen. Gab es genug Kolleginnen, die der gerade mit dem Einschluss einer Studienpatienten befassten MFA den Rücken frei halten konnten, erleichterte dies die erfolgreiche Integration der Studie wesentlich.

MFA 7: *„Also man muss schon mehrere Kollegen haben, um da einfach sich für ein paar Minuten zur Seite zu setzen, um den Patientinnen das zu erklären.“*

Manche MFA zeigten eine ausgeprägte Identifikation mit der Rolle als Studienmitarbeiterin und **übernahm-**

**men** im hohen Maße **Verantwortung** für den regelrechten Ablauf in der Praxis.

MFA 9: „*Ich hab ja dann von vorneherein schon die neuen Termine ausgemacht, (...) habe den Fahrdienst angerufen, dass die an dem Tag auch kommen. Weil ich Angst hatte, (...) dass ich aus irgendeinem Grunde krank bin und kein Mensch weiß, wo der Urin hin soll.*“

Im Praxisalltag wurde als erschwerend gesehen, dass Patientinnen mit Harnwegsinfekten häufig **unangemeldet in die laufende Sprechstunde** kamen und sofortige Behandlung benötigten. Eine selektive Einbestellung möglicher Studienpatientinnen wäre einfacher gewesen, war aber aufgrund des Krankheitsbildes nicht möglich. In manchem Fall schien aufgrund des Aufwandes auf den Einschluss möglicher Patientinnen verzichtet worden zu sein.

MFA 11: „*Weil man sich die Leute ja nicht bestellen kann, sondern sie kommen mit diesen akuten Beschwerden.*“

MFA 7: „*Wenn gerade eine mit einem Harnwegsinfekt kommt, dann muss es halt irgendwie reinpassen. Oder man macht es [den Einschluss in die Studie] eben nicht und macht dann die nächste.*“

Beim Einschluss von Patientinnen in die Studie übernehmen MFA eine aktive Rolle. Förderliche Faktoren dabei sind das langjährige Kennen der Patienten und die daraus häufig resultierende Vertrauensbasis. Den MFAs ist es wichtig, dass Studienpatientinnen insgesamt zufrieden sind.

Die befragten MFA berichteten übereinstimmend, dass die angefragten Patientinnen im Wesentlichen positiv gegenüber einer Studienteilnahme eingestellt waren. Die Ansprache möglicher Patientinnen wurde begünstigt durch die z.T. **langjährige vertrauensvolle Beziehung**. Für viele Patientinnen ist die MFA eine primäre **Ansprechpartnerin** in der Praxis – auch für Studienfragen.

MFA 3: „*Das ist auch nicht sonderlich schwer, weil man die über Jahrzehnte kennengelernt hat, (...) dann geht das einfach alles, weil man einen Zugang zu den Patientinnen hat.*“

MFA 15: „*Da hat keine [Patientin] gesagt: ‚Nein, ich mache das nicht (...).‘ Ich*

**Zur Studie HWI-01:** Die doppelblinde randomisierte Arzneimittelstudie „Ibuprofen vs. Ciprofloxacin beim unkomplizierten Harnwegsinfekt“ wurde 2007/08 als Pilotstudie durch die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen und das Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt. Insgesamt wurden in 27 hausärztlichen Prüfpraxen 79 HWI-Patientinnen eingeschlossen (Mittelwert 2,8 Pat./Praxis, Spanne 0–12). Ziel dieser BMBF-geförderten Studie war es, einerseits die Durchführbarkeit einer doppelblinden Arzneimittelstudie in hausärztlichen Praxen zu belegen, andererseits einen ersten Trend hinsichtlich einer symptomatischen Behandlung anstelle der üblichen Antibiose bei Harnwegsinfekt-Patientinnen darzustellen [8].

**Studienbezogene Abläufe für die Praxen:** Vom universitären Studienteam, bestehend aus zwei (allgemein)ärztlichen Mitarbeiterinnen und zwei Studienassistentinnen, davon einer ehemaligen MFA, war ein Muster-Ablauf der studienbezogenen Aufgaben vorbereitet worden. Je nach Praxis-Konstellation konnte dieser flexibel gehandhabt werden, beispielsweise bei der Aufgabenverteilung zwischen Arzt und MFA. Eine Checkliste zum Abhaken diente der Übersicht über die erledigten Arbeiten. Die Dokumentation in der Praxis erfolgte komplett auf Papierbögen. Da Patientinnen mit HWI zumeist ungeplant in die Sprechstunde kommen, mussten Ansprache und Patientineneinschluss ohne direkte Unterstützung des Studienteams bewältigt werden. Studienmitarbeiter waren jedoch jederzeit telefonisch zu erreichen.

#### Textkasten 1 Studie HWI-01

*meine die vertrauen uns und dann ist das auch ok, finde ich.*“

Auf der anderen Seite soll dieses Vertrauen auch nicht enttäuscht werden: In verschiedenen Gesprächen kam zum Ausdruck, dass die **Zufriedenheit der Studienpatientinnen mit den Studienabläufen den MFAs ein großes Anliegen** war. Dazu gehörte, dass die Follow-up-Anrufe (durch die Studienassistentinnen) gut organisiert waren, dass die Patientinnen sich gut aufgehoben wussten und letztendlich von der Studie profitierten sollten, die ihnen über die Hausarztpraxis vermittelt worden war.

MFA 6: (betr. Follow-up-Telefonate) „*Da waren sie [Patientinnen] auch sehr positiv ‚Der Anruf kam pünktlich. Die Fragen wurden gezielt gestellt. Die konnte man auch gut beantworten.‘ (...) Die Patientinnen haben sich auch sehr gut aufgehoben gefühlt.*“

MFA 14: „*... wenn die Patienten ... dann auch gemeint haben: ‚Jawoll, es hat mir was gebracht!‘, dann ist das für mich auch in Ordnung.*“

Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem Studienteam wird geschätzt.

Mehrfach wurde die Bedeutung der als gut empfundenen Zusammenarbeit mit

den Studienmitarbeitern der akademischen Institute hervorgehoben. **Gute Ansprechbarkeit** und Freundlichkeit wurden als wichtige Faktoren genannt, welche die Zusammenarbeit positiv beeinflussten.

MFA 14: „*Wenn wir Fragen hatten, [haben wir] immer gleich einen Ansprechpartner gehabt. (...) Also, da haben wir uns schon gut aufgehoben gefühlt.*“

MFA 2: „*Gerade auch bei der ersten Patientin, kam dann doch schon mal die ein oder andere Frage. Ich hatte nicht irgendwie das Gefühl, dass ich jetzt der Frau [Studienassistentin] (...) auf die Nerven gehe mit meiner Fragerei. Ganz im Gegenteil, also da hätte ich glaube ich auch eine Frage zum zwanzigsten Mal stellen können und das wäre in Ordnung gewesen.*“

Viele MFAs haben ein eigenes Interesse an Forschung und profitieren persönlich von der Teilnahme an einem Forschungsprojekt.

Harnwegsinfekte auch mal ohne Antibiotikum zu behandeln, war für viele befragte MFAs ein interessantes Thema.

MFA 2: „*Die Studie fand ich jetzt zum Beispiel richtig gut, um mal zu gucken ... muss man da gleich mit so einem Hammerding ran, wie ein Antibiotikum, oder kriegt*

Kriterien	Anzahl
<b>Alter</b>	
20–35 Jahre	n = 3
36–50 Jahre	n = 7
51–65 Jahre	n = 5
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	n = 15
<b>Größe des Praxisortes</b>	
Großstadt (> 100.000 E.)	n = 10
Stadt (20.000–100.000 E.)	–
Dorf/Kleinstadt (<20.000 E.)	n = 5
<b>Anzahl eingeschlossener Patientinnen</b>	
1–3 Patientinnen	n = 13
4–6 Patientinnen	n = 1
> 7 Patientinnen	n = 1
Durchschnitt	2,9 Pat./Praxis
Durchschnitt aller Studienpraxen	2,8 Pat./Praxis

**Tabelle 1** Übersicht über die interviewten MFAs

man das eben auch mit einem ganz normalen Schmerzmittel in den Griff.“

Einblick zu bekommen in Forschungsabläufe, neben den Alltagsverrichtungen etwas anderes und neues zu bearbeiten wurde mehrfach trotz des erhöhten Aufwandes als eine **spannende und teamfördernde Erfahrung** geschildert.

MFA 9: „Also es hat unheimlich Spaß gemacht, mal etwas anderes zu machen, als nur Termine zu vergeben und Rezepte zu schreiben ... also so außerplanmäßige Dinge zu machen.“

MFA 11: „(...) ich fand es interessant für uns. Als Team auch, weil wir da vorher ja gegessen haben und uns besprochen. Und jeder wusste Bescheid (...). Ja, das fand ich für das Team eben gut, für die Praxis.“

## Diskussion

Dem Thema „Forschung in Hausarztpraxen“ wird in den letzten Jahren auch in Deutschland vermehrt Beachtung geschenkt, wobei verschiedene Perspektiven eine Rolle spielen [11–14]. Mit der vorliegenden Interviewstudie wird nun die Sichtweise der Medizinischen Fachangestellten (MFA), die wesentlich an einer gelingenden Durchführung beteiligt sind, beleuchtet. Es zeigt sich, dass für viele MFAs neben relevanten Studienthemen und praxisnahen Studienabläufen auch die Abwechslung vom Praxisalltag im Vordergrund steht.

Bisher gibt es in Deutschland nur wenig Literatur, die sich systematisch-wissenschaftlich mit der Rolle nicht-ärztlichen Personals bei der Durchführung von Studien auseinandersetzt. Studien aus den USA weisen auf die große Bedeutung eines frühzeitigen Einbezugs schon in der Vorbereitungsphase hin und empfehlen einen Austausch von Erfahrungen zwischen verschiedenen „Studienzentren“ [15, 16]. Young et al. betonen die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Arzt und *medical assistants* und stellen die zentrale Rolle der Praxisangestellten bei der Koordinierung einer Studie heraus [2]. Thematisiert wird verschiedentlich auch die Möglichkeit einer Verbesserung der Berufszufriedenheit von MFAs durch eine Erweiterung ihres Arbeitsspektrums um Forschungsaufgaben [2, 17].

### Stärken und Schwächen

Die Erfahrungen, die im Rahmen von HWI-01 dargestellt werden konnten, sind nicht unkritisch zu verallgemeinern. Jede Praxis bildet ihr individuelles „Kleinklima“ mit z.T. erheblichen Unterschieden beispielsweise hinsichtlich Aufgabenverteilung, personeller Besetzung und Arbeitsklima. Weiterhin stehen die geschilderten Erfahrungen auch im Zusammenhang mit der HWI-01-Studie, die zwar einerseits ein interessantes Thema bot, andererseits durch die nicht unerheblichen regulatorischen Vorgaben und die nicht vorher

planbare Patientinnenrekrutierung direkt aus der laufenden Sprechstunde besondere Anforderungen stellte.

Auch wenn die Interviewerin nicht direkt dem Studienteam angehörte, ist der Bias der „sozial erwünschten Antworten“ nicht auszuschließen, da sie in den Praxen als Vertreterin des Instituts für Allgemeinmedizin empfunden wurde.

### Empfehlungen für Hausarztpraxen und Studienteams

Den MFA kommt eine wesentliche Rolle bei der Integration einer Studie in den Praxisalltag zu. Sie sind zumeist diejenigen, die den reibungslosen Ablauf der organisatorischen Anforderungen sichern. Sehr häufig sind sie auch erster und vertrauter Ansprechpartner für Patienten, die Interesse an der Studie haben oder konkret in diese eingeschlossen werden sollen. Aus diesem Grund ist die rechtzeitige Involvierung der MFA bei der Planung einer Studie aus unserer Sicht unbedingt zu empfehlen.

Häufig legen MFAs großen Wert darauf, dass eine Studie auch zur Zufriedenheit der Patienten abläuft. Ihre diesbezüglichen Vorstellungen und Erfahrungen sollten Gehör finden und können unserer Erfahrung nach wesentlich zum Studienerfolg beitragen.

Nimmt man die MFA – die nicht selten auch den Hausarzt an seine Studienpflichten erinnern bzw. ihn dabei weitestgehend unterstützen – als Partnerin „auf Augenhöhe“ mit in die Durchführung hinein, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Studienabschlusses. Zudem kann die Berufszufriedenheit der MFA zunehmen.

Strukturierte, dem üblichen Arbeitsalltag einer Praxis und der MFA angepasste – und dennoch flexible – Abläufe und verständliche Unterlagen vorzubereiten, ist eine Herausforderung für das Studienteam, die sich lohnt. Ob und was sich bei der Durchführung in der Praxis bewährt, sollte in engem Kontakt auch mit den beteiligten MFAs erfasst werden. Gut durchdachte Checklisten, die Studienabläufe beinhalten und dennoch flexibel in Bezug auf individuelle Praxisgegebenheiten gehandhabt werden dürfen, können viel zum Gelingen von Studien in Praxen beitragen. Während des

**Dr. med. Jutta Bleidorn ...**



..., Fachärztin für Allgemeinmedizin, ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Bereichsleitung Lehre am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Klinische Studien, Forschung in Hausarztpraxen, Versorgung am Lebensende.

Studienabläufe haben sich Rückmelde-systeme im Sinne von *knowledge-to-action-circles* bewährt.

Um interessierten MFAs Vernetzungsmöglichkeiten zu bieten, kann außerdem auf die vor einigen Jahren unter dem Dach der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) gegründete Vereinigung

„WiForMFA – Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte“ hingewiesen werden [18].

### Schlussfolgerungen

Für die Umsetzung von hausärztlichen Forschungsprojekten sind Integration

und Kooperation der MFAs wesentliche Erfolgsfaktoren. Bezieht man sie frühzeitig in die Zusammenarbeit, insbesondere in die Planung praxistauglicher Abläufe, mit ein, kann dies den Studienerfolg maßgeblich beeinflussen. Eine Anerkennung und Wertschätzung der Tätigkeit der MFAs beispielsweise durch ein Zertifikat kann zur weiteren Motivation beitragen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Jutta Bleidorn  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover, Tel.: 0511 5322744  
bleidorn.jutta@mh-hannover.de

### Literatur

1. Blackberry ID, Furler JS, Young D, Best JD; PEACH study investigators. What does it cost to establish a practice-nurses-led clinical trial in general practice? *Med J Aust* 2009; 191: 492–495
2. Young J, Manea-Walley W, Mora N. Practice nurses and research – The Fremantle Primary Prevention study. *Aust Fam Physician* 2008; 37: 464–466
3. Gágyor I, Bleidorn J, Wegscheider K, Hummers-Pradier E, Kochen MM. Practices, patients and (im)perfect data – feasibility of a randomised controlled clinical drug trial in German general practices. *Trials* 2011; 12: 91
4. Olbort R, Mahler C, Campbell S, et al. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2009; 65: 799–808
5. Hall MH, Esposito RA, Pekmezaris R, et al. Cardiac surgery nurse practitioner home visits prevent coronary artery bypass graft readmissions. *Ann Thorac Surg* 2014; 97: 1488–1493
6. Clendon J, Carryer J, Walker L, et al. Nurse perceptions of the Diabetes Get Checked programme. *Nurs Pract N Z* 2013; 29: 18–30
7. Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskeletal Disord* 2006; 7: 48
8. Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? – results of a randomized controlled pilot trial. *BMC Med* 2010; 8: 30
9. Bleidorn J, Költzsch C, Hummers-Pradier E, Gágyor I, Theile G. Family physicians as clinical trial investigators? – a qualitative study of physicians' experiences with a double-blind clinical trial. *Fam Med Med Sci Res* 2014; 3: 122
10. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*, 11. Aufl. Weinheim: Beltz, 2010
11. Peters-Klimm F, Freund T, Bentner M, Kiel M, Gutscher A, Szecsenyi J. „Aus der Praxis für die Praxis!“ Aufbau eines Netzes von akademischen hausärztlichen Forschungspraxen – ein Werkstattbericht. *Z Allg Med* 2013; 89: 183–188
12. Hummers-Pradier, Chenot J, Scherer M für das Netzwerk Klinische Studien in der Allgemeinmedizin. Sind Hausarztpraxen Forschungsinfrastruktur? *Z Allg Med* 2014; 90: 317–322
13. Bleidorn J, Heim S, Lingner H, Hummers-Pradier E, Hauswaldt J. Wie sehen Hausärzte allgemeinmedizinische Forschung im Praxennetz? *Z Allg Med* 2014; 90: 348–353
14. Gütthlin C, Beyer M, Erler A, et al: Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. Erfahrungen aus fünf allgemeinmedizinischen Studien. *Z Allg Med* 2012; 88: 173–83
15. Johantgen M, Newhouse R. Participating in a multihospital study to promote adoption of heart failure guidelines lessons for nurse leaders. *J Nurs Adm* 2013; 43: 660–666
16. Kent MA, Mancini M, Pacholski M, Janisak BB. Research nurses collaborate with clinical nurses for success in the national children's study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41: 855–862
17. Goetz K, Campbell S, Broge B, et al. Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *Fam Pract* 2013; 30: 411–417
18. WiForMFA – Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte. <http://www.degam.de/ag-wiformfa.html> (letzter Zugriff am 29.09.2014)