

# Sächsische Hausarztpraxen auf dem Weg zur Teampraxis?

## *Are Saxonian Family Practices on the Way to Team Practices?*

Grit Hübsch<sup>1</sup>, Mandy Gottschall<sup>1</sup>, Karola Mergenthal<sup>2</sup>, Jeannine Schübel<sup>1</sup>, Antje Bergmann<sup>1</sup>, Karen Voigt<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Die Delegation hausärztlicher Leistungen an nichtärztliche medizinische Angestellte (MFA) ist in Deutschland ein Thema, um Antworten auf die Frage zur Sicherstellung der Primärversorgung zu finden. Im Hinblick auf die demografisch bedingten, steigenden Anforderungen wurde aus Sicht der MFA untersucht, wie sächsische Hausarztpraxen die Arbeit im Team organisieren.

**Methoden:** Im Rahmen der Studie „Multimedikation und ihre Folgen für die hausärztliche Patientenversorgung in Sachsen“ wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews mit 17 MFA geführt. Der Fokus der Interviews lag auf der Beschreibung des Tätigkeitsprofils, der Rolle im Umgang mit Patienten sowie der Praxisorganisation. Die Transkripte wurden mittels kategorisierender Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die MFA berichteten trotz unterschiedlicher beruflicher Voraussetzungen über vergleichbare Tätigkeitsprofile. Sie sehen sich als wichtigen Gesprächspartner für Patienten im Praxisalltag und in der Mittlerrolle zwischen Arzt und Patient. Die MFA berichteten zudem von selbstinitiierten organisatorischen Strategien, um der zunehmenden Arbeitsbelastung zu begegnen. Die Delegation ärztlicher Leistungen im diagnostischen/medizinischen Bereich erfolgte in allen Praxen, nicht nur an MFA mit Zusatzqualifikationen. Mehr traditionell organisierte Hausärzte distanzieren sich von einer Ausweitung ärztlich delegierbarer Leistungen an ihre MFA.

**Schlussfolgerungen:** Alle Praxisteam waren geprägt durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Dies lässt erste Entwicklungen in Richtung Teampraxis erkennen. Die berufliche (Weiter-)Entwicklung der MFA können Hausärzte selbst gezielt fördern, um die Voraussetzungen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die MFA zu verbessern.

*Schlüsselwörter:* Hausarztpraxis; Medizinische Fachangestellte; Delegation; qualitative Studie; Primärversorgung

**Background:** The delegation of primary care tasks to medical assistants is currently discussed in Germany as one possible solution to ensure family medicine practices. With regard to increasing demands based on demographic changes, medical assistants' point of view was explored to reach information about the organisation of work in family practices in Saxony.

**Methods:** Qualitative interviews with 17 medical assistants were conducted in the context of the mixed methods study "Family practitioners views on polypharmacy and its consequences for patient health care". Interviews were focused on description of medical assistants' tasks, their role in the interaction with patients and work organisation in family practices. Transcripts were analysed by qualitative content analysis using categorising approach.

**Results:** Medical assistants reported comparable tasks despite differences in their professional education. They considered themselves being important interlocutor for patients in daily practice and mediator between doctor and patient. Organizational strategies initiated by medical assistants to counteract the increasing workload were reported. Delegation of medical tasks was usually done in all family practices to medical assistants with and without advanced qualifications. More traditionally organized family practitioners were less interested in extending the catalogue of delegable tasks.

**Conclusions:** All family practice teams were characterised by confidential cooperation, which is an essential condition for a team-led practice model. Family practitioners as mentors can systematically promote professional (advanced) education of medical assistants to improve conditions for delegation in family practice.

*Keywords:* Family Physicians; Medical Assistants; Qualitative Study; Primary care

<sup>1</sup> Bereich Allgemeinmedizin, Technische Universität Dresden

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Peer reviewed article eingereicht: 03.03.2015, akzeptiert: 30.04.2015

DOI 10.3238/zfa.2015.0264-0268

## Hintergrund

Die Delegation hausärztlicher Leistungen an nichtärztliche medizinische Fachberufe ist in Deutschland seit einigen Jahren ein wichtiges Thema, um Antworten auf die Frage zur Sicherstellung der Primärversorgung zu finden. Die 2012 in Kraft getretene Delegationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses [1] und die Ende 2013 veröffentlichte Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) [2] geben den Rahmen vor, welche Aufgaben an nichtärztliches Personal in Deutschland delegiert werden dürfen.

Das Statistische Bundesamt prognostiziert für das Jahr 2025 bundesweit einen Bevölkerungsrückgang um 3,6 %, im Freistaat Sachsen werden sich die Einwohnerzahlen sogar um 9 % verringern [3, 4]. Der Altenquotient, der das Verhältnis der Personen im Rentenalter (>65 Jahre) zu 100 Personen im erwerbsfähigem Alter (20–64 Jahre) beschreibt, wird für das Jahr 2025 deutschlandweit mit dem Wert 45 und bezogen auf Sachsen mit dem Wert 57 prognostiziert [4]. In Sachsen wird der demografische Wandel daher eher spürbar sein, als in anderen Bundesländern. Bedenkt man, dass fortschreitendes Lebensalter mit steigenden Inzidenzen und der Prävalenz chronischer Erkrankungen einhergeht [5, 6], wird deutlich, vor welchen großen Herausforderungen die medizinische Primärversorgung steht.

Dem demografisch bedingt steigenden Versorgungsbedarf [5, 7] steht das Problem der hausärztlichen Unterversorgung in einigen ländlichen Regionen in Deutschland gegenüber. Ein Viertel der sächsischen Vertragsärzte im hausärztlichen Sektor ist 60 Jahre und älter (Stand: Juni 2014) [8] und wird in absehbarer Zukunft die Praxis aufgeben. Diese Entwicklung gefährdet die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen und erfordert innovative Konzepte [9]. Eines dieser Konzepte beinhaltet die stärkere Einbeziehung speziell qualifizierter Medizinischer Fachangestellter zur Entlastung der Hausärzte im Versorgungsalltag [9].

Einen wichtigen Schritt zur Umsetzung von Delegation stellt die Einigung der KBV und GKV zur Vergütung dele-

giert Leistungen dar. Seit dem 1. Quartal 2015 können Hausärzte bundesweit die an ihre Assistentinnen delegierten Leistungen entsprechend abrechnen [10].

Im Hinblick auf die zu erwartenden steigenden Anforderungen, die der o.g. demografische Wandel mit sich bringt, wurde in einer qualitativen Studie untersucht, inwieweit sächsische Hausarztpraxen bereits auf dem Weg zur Teampraxis sind, und ob die Ressourcen der nichtärztlichen Fachkräfte in den Hausarztpraxen ausgeschöpft werden.

## Methoden

Die qualitativen leitfadengestützten Interviews mit nichtärztlichen Angestellten (im weiteren Text Medizinische Fachangestellte (MFA) genannt, da sie sich überwiegend aus MFA zusammensetzen und dem Berufsbild einer MFA entsprechen) wurden im Rahmen der Studie „Multimedikation und ihre Folgen für die hausärztliche Patientenversorgung in Sachsen“ erhoben. Das Studienprotokoll, das Aufschluss über Projektziele und Forschungsmethodik gibt, wurde bereits an anderer Stelle publiziert [11].

### Studiendesign

Die gesamte Studie setzte sich aus drei Erhebungsbausteinen (1. Analyse der Krankenakten, 2. qualitative leitfadengestützte Interviews der Hausärzte mit individuellen Fallvignetten, 3. qualitative leitfadengestützte Einzelinterviews mit den MFA) zusammen. Die vorliegende Publikation basiert auf der Teilanalyse der Einzelinterviews mit den MFA der Hausarztpraxen. Diese Interviews wurden durchgeführt, um zu erheben, welche Versorgungsaufgaben die MFA aktuell übernehmen oder auch übernehmen würden und mit welchen Fragen, Wünschen und Bedürfnissen sich Patienten an die MFA wenden.

### Rekrutierung der Studienpraxen

Die Rekrutierung der Studienpraxen begann im Dezember 2012. Alle Dresdner Lehrärzte wurden während eines Lehrpraxentreffens oder schriftlich über das geplante Forschungsvorhaben informiert und zur Studienteilnahme eingeladen.

### Leitfadenentwicklung, Durchführung und Auswertung der Interviews

Die Interviewleitfäden für MFA wurden in interdisziplinärer Zusammenarbeit (Ärzte, Soziologen und Studienassistenten) entwickelt und einem Pre-Test unterzogen. Die Interviews fanden am jeweiligen Arbeitsort der MFA statt und wurden durch die Studienassistenten oder wissenschaftliche Mitarbeiter des Projektes erhoben. Alle Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewteilnehmer elektronisch aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert. Die Auswertung erfolgte unabhängig voneinander durch zwei Mitarbeiter mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [12] unter Verwendung der Analysesoftware MAXQDA. Die Inhaltsanalyse wurde deduktiv entlang der Fragen des Leitfadens entwickelt, wobei in Haupt- und Unterkategorien unterteilt wurde (Hauptkategorien waren u.a. die Rolle der MFA im Umgang mit Patienten, Medikamentenmanagement, Praxisorganisation).

## Ergebnisse

An den leitfadenbasierten Interviews nahmen alle 17 angefragten MFA der sechs teilnehmenden Hausarztpraxen teil. Der Fokus der hier vorgestellten Ergebnisse lag auf Aussagen, die zum Aspekt der Teampraxis beitragen.

### Beschreibung der Stichprobe der Medizinischen Fachangestellten

Durchschnittlich waren die MFA 37,3 (SD 12,6) Jahre alt und verfügten zum Zeitpunkt der Interviews über durchschnittlich 14,2 (SD 11,5) Jahre Berufserfahrung. Sie waren im Mittel seit 8,0 (SD 7,7) Jahren in der jetzigen Hausarztpraxis angestellt. 16 der 17 befragten MFA verfügten über einen medizinischen Berufsabschluss (Tab. 1).

### Tätigkeitsprofil der Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis

Die Aussagen über das Tätigkeitsprofil der MFA waren fast identisch. Dazu zählten administrative Aufgaben im Patienten- (z.B. Anmeldung) und Personalmanagement (z.B. Dienstplan). Ih-

Praxis	Praxisform	Geschätzte Scheinzahl/ Quartal	Berufsausbildung der MFA	Zusatzqualifikation der MFA
1	Gemeinschaftspraxis (2 Ärzte)	2.000	Arzthelferin* Medizinische Fachangestellte Krankenschwester/Rettungsassistent Krankenschwester	Qualitätsmanagement keine keine keine
2	Einzelpraxis (E)	> 1.800	Medizinisch Technische Laborassistentin Arzthelferin Arzthelferin Arzthelferin	Weiterbildung zur Arzthelferin und VERAH Ernährungsberaterin/Hypertonieschulung Diabetesassistentin COPD/Asthmaschulung
3	E	1.200	Medizinische Fachangestellte Krankenschwester	Keine Keine
4	E	650	Kinderkrankenschwester Medizinische Fachangestellte	Keine Keine
5	E	1.600	Grundschullehrerin Zahnmedizinische Fachangestellte Arzthelferin	Keine keine keine
6	E	1250	Medizinische Fachangestellte Arzthelferin	Wundmanager Keine

\* Berufsabschluss bis 31. Juli 2006, entspricht dem aktuellen Berufsabschluss der MFA

**Tabelle 1** Praxisübersicht

rem fachlich-praktischen Tätigkeitsprofil ordneten die MFA medizinische Aufgaben, wie Elektrokardiogramm (EKG) ableiten und subkutane Injektionen zu, wobei sich unter den genannten Tätigkeiten auch ärztlich delegierte Leistungen (wie intravenöse Injektionen, Impfungen) wiederfanden. Ebenfalls wurden Unterstützungsleistungen, z.B. bei Antragsverfahren, genannt.

„Ja, also, natürlich, die praktische Arbeit am Patienten sowieso, sprich Blutabnahme, Injektionen subkutan, i.m., i.v., EKG, Langzeituntersuchungen, Spirometrie, also die komplette Funktionsdiagnostik, die kompletten Laborarbeiten, Infusionen, ach was da alles dazu kommt. Äh, und die komplette Praxisorganisation, Abrechnungen, Software, EDV, Personal.“ MFA 1

„Rentenanträge, Kuranträge, damit kommen sie. (...) Wie sie was machen müssen, das erklären wir ihnen dann. Das ist einfach eine Serviceleistung, da denkt man nicht darüber nach.“ MFA 12

Die meisten MFA zählten delegierte Hausbesuche primär nicht zu ihrem Aufgabenbereich. Erst auf Nachfragen bestätigten sie, Hausbesuche für Blutabnahmen und Impfungen durchzuführen.

„Wir führen Hausbesuche durch, also ich speziell, und nehme Blut ab z.B. im Hausbesuch. Aber dass das Personal Hausbesuche zur Behandlung oder zur Betreuung der Patienten durchführt das, nee das machen die Ärzte, aber wir nehmen im Haus-

besuch Blut ab. Und Grippeimpfungen, wenn dann die Grippe-Saison wieder losgeht, das machen wir auch im Hausbesuch durch Personal.“ MFA 1

Einzige Ausnahme hinsichtlich der Hausbesuche betraf die MFA mit der Zusatzqualifikation zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH). Sie erledigte regelmäßig einmal pro Woche Hausbesuche mit folgendem Aufgabenbereich:

„(...) Verbandswechsel aus dem Krankenhaus, die jetzt zum Beispiel nicht mobil sind, die nicht in die Praxis kommen (...) Blutabnahmen mache ich, Wundkontrollen mache ich, geriatrische Tests (...) Kinesiotapes (...), Infusion, Spritzen, Schmerzspritzen, Vitaminspritzen (...).“ MFA 15

Die MFA der Praxis 2 (Tab. 1) übernahmen entsprechend ihrer Qualifikationen außerdem Patientenschulungen und Beratungsgespräche. Die Termine lagen meist außerhalb der regulären Praxisprechstunde in eigens dafür eingerichteten Zeitfenstern. Die Patienten wurden während der Schulungs- bzw. Beratungszeiten ausschließlich von den MFA betreut.

#### Rollenverständnis der Medizinischen Fachangestellten

Die befragten MFA sahen sich selbst als wichtigen ersten Gesprächspartner für Patienten im Praxisalltag. Häufig komme es zu intensiven Gesprächen, in de-

nen Patienten den MFA über körperliche, psychische oder soziale Probleme berichteten, welche sie dem Hausarzt gegenüber aus verschiedenen Gründen (Nicht-Belastenswollen, Angst, Schamgefühl, Zeit) nicht mitteilen würden.

„(...) die sind schon offen (...) auch mal private Sachen, so Kinder oder Hochzeiten, oder dort und da ein Wehwechen, wo die immer sagen, da will ich die Frau Doktor nicht mit belasten.“ MFA 5

„(...) gestern hatte ich sogar eine Patientin, die hatte bloß Dranginkontinenz und die hatte sich auch nicht getraut [beim Hausarzt das anzusprechen], ob es da eben schon Einlagen gibt, weil wir ja dann doch eine Diagnose stellen müssen. Sie sagte: Damit wollen wir jetzt nicht die Fr. Doktor belasten. Die kann ich mir auch selber kaufen. Aber wir haben es eben aufgeschrieben.“ MFA15

Meist übermittelten die MFA o.g. Informationen an den Hausarzt und verringerten damit das entstandene Kommunikationsdefizit zwischen Arzt und Patient. Der Hausarzt hatte darauf aufbauend die Möglichkeit, notwendige medizinische und beratende Maßnahmen zu ergreifen.

#### Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit

Als der Hausarzt akut erkrankt war, berichteten die befragten MFA einer Praxis über hohes Engagement, Verantwortungsbewusstsein sowie Selbstständig-

keit bei der Patientenversorgung. Sie entschieden sich, die bestellten chronisch kranken Patienten trotzdem in der Hausarztpraxis zu empfangen und die Maßnahmen, die keine hausärztliche Anwesenheit erforderten (z.B. Weitergabe vorbereiteter Rezepte, Patientenschulungen, -beratungen, Blutdruckkontrollen) durchzuführen. Akutpatienten wurden in diesem Fall von den MFA an eine hausärztliche Praxisvertretung verwiesen.

*„Ja, das war jetzt mal wo die Frau Doktor (...) ausgefallen ist, wo wir gesagt haben, die bestellen wir jetzt nicht ab, sondern wir machen das jetzt mal (...). Das hat denen auch gefallen, (...), weil die Frau Doktor selbst hat ja im Hinterkopf noch das volle Wartezimmer, aber wir hatten ja Zeit (...).“* MFA 5

### Praxisorganisation

Ein Großteil der befragten MFA versuchte bereits, die zunehmende Arbeitsbelastung durch organisatorische Veränderungen zu kompensieren. Besonders fiel die unabhängige Problemerkennung in der eigenen Praxisorganisation auf, sowie die selbstständige Entwicklung und Umsetzung von Lösungsansätzen. So führten die MFA einer Praxis eine feste Arbeitsplatzeinteilung ein (Aufnahme, Labor), um so den praxisinternen Informationsverlust zu minimieren. Eine weitere Praxis mit hoher Patientenzahl integrierte im Praxisalltag eine Hotline für die Patienten, um bspw. zu vorgegebenen Zeiten Rezepte bestellen und Laborbefunde erfragen zu können. Dies wurde laut Aussagen der MFA von Patienten und dem gesamten Praxisteam als großer Fortschritt wahrgenommen.

*„Deswegen, also wir finden es besser so, auch wenn es feste Arbeitsplätze sind, dass ich vorne bin und sie Labor macht (...), klar müssen wir beide auch alles können, das können wir auch, aber der Informationsverlust ist enorm, wenn die Arbeitsplätze dauernd rotieren.“* MFA 17

*„Wir haben eine andere Telefonnummer direkt geschaltet, unsere Befundhotline, weil unsere normale Telefonnummer eigentlich fast immer besetzt ist. (...) von 8–11 Uhr Medikamenten- und Überweisungsbestellungen, (...) von 12–13 Uhr, wo sie die Laborbefunde erfragen. Die Fr. Doktor hat's vorher befundet, alles rein geschrieben, wenn der Patient sich wieder vorstellen soll, wenn er ein Physiotherapiezept ...“* MFA 15

### Diskussion

Eine hausärztliche Teampraxis zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen aus [13]. Insbesondere nichtärztliche Angestellte sollen perspektivisch durch ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Verantwortungsbewusstsein den Hausarzt effektiv unterstützen und entlasten [13]. Kompetenzgrenzen müssen von beiden Professionen klar definiert werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Dabei könnten interprofessionelle Trainings die genannten Aspekte forcieren [14]. Das große Weiterbildungsinteresse und der Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung von MFA [15] sollten aktiv aufgegriffen werden. Die individuelle Förderung der MFA durch Weiterbildungsangebote schafft notwendige Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Teampraxis [16].

Selbstbestimmtes Arbeiten hat einen hohen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit; der positive Einfluss von Autonomie wurde bei nichtärztlichen Fachberufen mehrfach empirisch belegt [17].

Vergleicht man die Ergebnisse der Studie mit den o.g. Bedingungen einer Teampraxis sind erste Entwicklungen in Richtung zukünftiger Teampraxis in sächsischen Hausarztpraxen nachweisbar. Denn die Möglichkeit, ärztliche Leistungen an MFA zu delegieren, wurde von allen teilnehmenden Praxen genutzt. Die Umsetzung erfolgte individuell verschieden. Es verfügten jedoch nur sechs von den insgesamt 17 MFA über eine zusätzliche Qualifikation, wobei allein vier von den sechs MFA mit Zusatzqualifikation in einer der teilnehmenden Praxen tätig waren. Die Delegation ärztlicher Leistungen erfolgte somit nicht nur an MFA mit Zusatzqualifikationen. Dies deckt sich mit Ergebnissen der Evaluation des VERAH-Einsatzes in der HzV in Baden-Württemberg [18], die zeigte, dass 80 % der Hausärzte Tätigkeiten im diagnostischen und medizinischen Bereich an alle MFA, unabhängig von der Qualifikation, delegieren. Für Beratungs- und Unterstützungsleistungen gaben dies in der Studie mehr als 50 % der Hausärzte an. Allerdings zeigte sich auch hier, dass bestimmte Tätigkeiten (z.B. die Beurteilung des körperlichen oder psychischen Zustandes von

Patienten) in Abhängigkeit von der Qualifizierung delegiert wurden [18].

In der Praxis mit den vier zusätzlich qualifizierten MFA hatte der Hausarzt in die Weiterbildung seiner Mitarbeiter bewusst investiert. Darauf aufbauend delegierte der Hausarzt vielfältige Tätigkeiten an die einzelnen MFA in Abhängigkeit von deren Zusatzqualifikation. Die MFA berichteten, dass sie während medizinischer Maßnahmen sowie in Beratungsgesprächen und Patientenschulungen berufliche und persönliche Wertschätzung seitens der Patienten erfuhren. Mit der Finanzierung der erforderlichen Weiterbildung und der tatsächlichen Delegation ärztlicher Leistungen an die MFA wertschätzte der betreffende Hausarzt die Arbeit seiner Angestellten. In der Summe führte dies zu einer vom Interviewer wahrgenommenen hohen Arbeitsmotivation und -zufriedenheit bei den MFA.

Die o.g. Praxis mit den vier zusätzlich qualifizierten MFA entsprach am ehesten der im Positionspapier der DEGAM beschriebenen zukünftigen Teampraxis. Die Scheinzahl pro Quartal (> 1800), die berichtete hohe Patientenzufriedenheit sowie die selbstständige und eigenverantwortliche Handlungsweise der Interviewten dieser Praxis, lässt eine effektive Teamarbeit vermuten, die wahrscheinlich auch auf der am Patientenbedarf orientierten, interprofessionellen Zusammenarbeit (inkl. Delegation) beruhte. Die anderen Praxen waren traditioneller geführt. Die Hausärzte dort distanzieren sich klar von einer Ausweitung der ärztlich delegierbaren Leistungen bspw. auf Hausbesuche, obwohl gerade in den Hausbesuchen ein nicht zu unterschätzendes Entlastungspotenzial liegt [19]. Dennoch herrschte in allen interviewten Praxen ein vertrauensvoller Umgang innerhalb der Praxisteam, was auch eine der notwendigen Voraussetzungen für das Funktionieren als Teampraxis [20] darstellt.

### Stärken und Schwächen der Studie

An dieser Studie nahmen ausschließlich Dresdner Lehrpraxen teil, dementsprechend geben die Ergebnisse nur Einblick in den Arbeitsalltag von städtischen Hausarztpraxen. Durch die mehrmonatige Datenerhebung in den Praxen konnten von den Studienmitarbeitern viele



Alltagssituationen interprofessionellen Zusammenarbeitens sowie Gesprächssituationen zwischen MFA und Patienten beobachtet werden. Die daraus gewonnenen Eindrücke haben ggf. Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse.

Im Rahmen dieser Studie wurden als Stichprobe 17 MFA befragt, die trotz ihrer Heterogenität (bzgl. Alter, Berufserfahrungen, Berufsabschluss) viele Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Rollenbeschreibung der MFA aufzeigten und einen Einblick in ihren Praxisalltag gewährten.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die MFA stark in den Praxen engagieren und sich selbstständig und eigenverantwortlich in die Patientenversorgung und Praxisorganisation einbringen. Zusätzlich konnte die Bereitschaft zur Übernahme delegierter Leistungen aus Sicht der MFA herausgearbeitet werden.

Die praktische Ausbildung sowie die fachliche Weiterentwicklung der MFA finden in den Hausarztpraxen statt. Dadurch haben die Ärzte selbst gezielt die

#### Grit Hübsch ...



... ist Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin. Seit 2013 arbeitet sie als Studienassistentin im Bereich Allgemeinmedizin/MK3 der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Multimorbidität, Multimedikation und interprofessionelles Arbeiten

Möglichkeit, auszubildende und angestellte MFA zu fördern und damit einen positiven Einfluss auf die berufliche Entwicklung zu nehmen. Danach können sie durch gezielte Zusatzqualifikationen eine Vielzahl von Tätigkeiten an nicht-ärztliches Praxispersonal delegieren und damit die Primärversorgung vor allem von chronisch Kranken langfristig sicherstellen. Hemmende Faktoren sollten schnellstmöglich analysiert und dafür nach Lösungen gesucht werden, sonst stellt die Delegation ärztlicher Leistungen an MFA keine zukünftige Perspektive dar, den Hausarzt effektiv zu unterstützen. Die Teilnahme des gesamten Praxisteam auf Kongressen, regelmäßige praxisinterne Weiterbildungen sowie die gezielte Förderung engagierter

MFA könnten neben einer Aufwertung des Berufsbildes der MFA, z.B. durch finanzielle Tarifangleichung an die Berufe der Kranken- und Gesundheitspflege, wichtige Schritte auf dem Weg zur Teampraxis darstellen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Grit Hübsch  
Bereich Allgemeinmedizin/MK3  
Technische Universität Dresden  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
grit.huebsch@uniklinikum-dresden.de

### Literatur

1. [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf) (letzter Zugriff am 27.02.2015)
2. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung). BAnz. 2012; 46: 1128
3. <https://www.destatis.de/laenderpyramiden/> (letzter Zugriff am 27.02.2015)
4. [http://www.statistik.sachsen.de/download/300\\_Voe-Zeitschrift/Zeitschrift\\_2011\\_1.pdf](http://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Zeitschrift/Zeitschrift_2011_1.pdf) (letzter Zugriff am 27.02.2015)
5. Beske F, Katalinic A, Peters E, Pritzkuweit R. Morbiditätsprognose 2050: Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel: Schmidt & Klaunig, 2009
6. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 374: 1196–208
7. Peters A, Döring A, Ladwig KH, Meisinger C, Linkohr B, Autenrieth C et al. Multimorbidität und erfolgreiches Altern. Z Gerontol Gere 2011; 44: 41–54
8. [http://edas.landtag.sachsen.de/viwer.aspx?dok\\_nr=14825&dok\\_art=Dr&leg\\_per=5&pos\\_dok=202](http://edas.landtag.sachsen.de/viwer.aspx?dok_nr=14825&dok_art=Dr&leg_per=5&pos_dok=202) (letzter Zugriff am 27.02.2015)
9. Hoffmann W, van den Berg N. Morbiditätsentwicklung im demographischen Wandel. Chirurg 2013; 84: 286–90
10. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60783/Neue-Regeln-fuer-nichtaerztlichen-Praxisassistenten-in-Hausarztpraxen> (letzter Zugriff am 27.02.2015)
11. Köberlein J, Gottschall M, Czarniecki K, Thomas A, Bergmann A, Voigt K. General practitioners' views on polypharmacy and its consequences for patient health care. BMC Fam Pract 2013; 14: 119
12. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: 2008
13. [http://www.hausarzt-sh.de/system/files/dateien/degam\\_zukunftspositionen.pdf](http://www.hausarzt-sh.de/system/files/dateien/degam_zukunftspositionen.pdf) (letzter Zugriff am 27.02.2015)
14. Antoni CH. Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. ZEFQ 2010; 104: 18–24
15. Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, et al. Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von medizinischen Fachangestellten. Z Allg Med 2014; 90: 445–450
16. Rosemann T, Joest K, Körner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. BMC Fam Pract 2006; 7: 14
17. Erler A, Beyer M, Welbers G, Gerlach FM. Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAS-Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko. Z Allg Med 2012; 88: 303–12
18. Götz K, Laux G, Mergenthal K, et al. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Pub Health For 2013; 21: 25e1–3
19. Redaelli M, Bassiner S, Teschner D, Stock S. Medizinische Fachangestellte können mehr. Z Allg Med 2014; 90: 517–522
20. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/DEGAM\\_in\\_den\\_Medien/2013/Seite10\\_aus\\_pn03\\_04\\_2013.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/DEGAM_in_den_Medien/2013/Seite10_aus_pn03_04_2013.pdf) (letzter Zugriff am 27.02.2015)