

Könnte das nicht auch die MFA erledigen?

Bericht über einen interprofessionellen Workshop

Couldn't Rather a Health Care Assistant Do This?

Report of an Interprofessional Workshop

Günther Egidi¹, Sabina Bülders¹, Heike Diederichs-Egidi², Karola Mergenthal³

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund eines in Deutschland drohenden Hausarztmangels wird eine Delegation hausärztlicher Leistungen an nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen diskutiert. Es wird befürchtet, dass dies zu einer Aushöhlung der professionellen Identität der Hausärzte* und zu einem Bedeutungsverlust der Hausärzteschaft in der deutschen Versorgungslandschaft führen könnte. Um Vorbehalte abzubauen und gemeinsam Strategien zur Delegation zu erarbeiten, trafen sich Hausärzte und MFA aus Bremen und Umgebung zu einem interprofessionellen Workshop im Rahmen eines allgemeinmedizinischen Seminars. Dabei wurden Inhalte, Abläufe sowie Grenzen der Delegierbarkeit hausärztlicher Leistungen definiert. Am „banalen Fall“ Gastroenteritis entstand beispielhaft ein Behandlungspfad für eine MFA-Sprechstunde. Eine Delegation umschriebener hausärztlicher Leistungen an MFA ist möglich und birgt das Potenzial, die hausärztliche Versorgung zu verbessern – vorausgesetzt, die MFA werden entsprechend geschult und es existieren gut ausgearbeitete Standards mit klarer Definition und Schnittstellen zur ärztlichen Versorgung.

Schlüsselwörter: Delegation; Medizinische Fachangestellte; Behandlungspfade; Hausarztpraxis; Team

Summary: In face of an imminent lack of family practitioners (FPs) in Germany there is a discussion about job delegation to non-physician practice employees. Warning voices underline the risk of losing family practitioners' professional identity and significance of family medicine in Germany. In the context of family medicine seminars in north western Germany we conducted an interprofessional workshop of FPs and health care assistants. Themes, procedures and limitations of delegability of doctors' tasks were discussed and clinical pathways developed.

Keywords: Delegation; Health Care Assistants; Clinical Pathways; Family Medicine; Team

Hintergrund

Die Delegation hausärztlicher Leistungen an nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen wird vor dem Hintergrund eines in Deutschland drohenden Hausarztmangels diskutiert. In der zweiten DEGAM-Zukunftspostion heißt es: „Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis“ [1]. Hausärzte werden in Deutschland knapp. Ohnehin liegt die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland im internationalen Vergleich [2] an der Spitze –

die Kontaktzeiten sind kurz, die Unzufriedenheit der Hausärzte ist groß (3). Eine zunehmende Einbindung nichtärztlicher Mitglieder der Praxisteams [4] wird diskutiert [5, 6, 7, 8].

Diverse Weiterbildungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) wurden ebenso eingeführt [9] wie die abrechenbare Zusatzqualifikation zur „Nichtärztlichen Praxisassistentin“ (NäPA) [10, 11]. Wesentliche Tätigkeitsbereiche für Delegation sind die Betreuung chronisch kranker Patienten und von Patienten mit

geringfügigen „banalen“ Erkrankungen. In Großbritannien gibt es sogar ausschließlich von nurse practitioners geleitete „clinics for minor diseases“. Einige Stimmen warnen dagegen vor der Verwendung des Begriffs „banaler Krankheitsfall“ [12, 13] – auch im banalsten Beratungsanlass spiegelt sich die Biografie des Patienten [14]. Einerseits wird befürchtet, Delegation könne zu einer Aushöhlung der professionellen Identität der Hausärzte und einem Bedeutungsverlust der Hausärzteschaft in der deutschen

¹ MFA und Arzt aus Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin, Bremen-Huchting

² Praxis für Allgemeinmedizin, Bremen-Gröpelingen

³ MFA, M. Sc. Public Health, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt a.M.

* Wenn jeweils nur die männliche oder weibliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

DOI 10.3238/zfa.2015.0517-0521

Hausarztpraxis XYZ		Überschrift/Thema: MFA-Sprechstunde Magen-Darm-Infekte	
Version 1.0	Seite 1 von 2	Erstellt durch:	zuletzt gespeichert von:
		am: 24.08.2015	am: 24.08.2015

MFA-Sprechstunde Magen-Darm-Infekte		Ja
Eingangsfrage:		
Sind Sie damit einverstanden, dass ich anstelle der Ärzte Ihr Anliegen mit Ihnen kläre?		<input type="checkbox"/>
Welche Patientinnen und Patienten kommen in Frage?		
Durchfall, Übelkeit und/oder Erbrechen		<input type="checkbox"/>
Welche Patientinnen und Patienten kommen nicht in Frage?		
Beschwerden dauern schon mehr als 3 Tage lang		<input type="checkbox"/>
Erbrechen > 24 Stunden		<input type="checkbox"/>
Patientinnen/Patienten sind benommen		<input type="checkbox"/>
Blut im Stuhl		<input type="checkbox"/>
Fieber über 39°C		<input type="checkbox"/>
Im Moment starke Bauchschmerzen		<input type="checkbox"/>
Welche Fragen werden gestellt?		
Haben Sie in den letzten 14 Tagen ein Antibiotikum eingenommen, z.B. vom Zahnarzt?		<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Fernreise gemacht?		<input type="checkbox"/>
Haben Sie selbst eine Idee, wo das her kommen könnte?		<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon etwas gegen Ihre Beschwerden unternommen?		<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber (gemessen)? ____° C		<input type="checkbox"/>
Haben Sie jetzt gerade Bauchschmerzen?		<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich unsicher auf den Beinen?		<input type="checkbox"/>
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?		
In der Regel ist keine Untersuchungen nötig		<input type="checkbox"/>
Ausnahme: Tätigkeit im Lebensmittelgewerbe oder in der Pflege und/oder massive Symptome. Dann Stuhlkultur nach einem definierten Stempel, z.B. Gastroenteritis – Stuhl auf Salmonellen, Campylobacter und Norovirus – keine Pilzbestimmung – Ausnahmeziffer 32006		<input type="checkbox"/>

Hausarztpraxis XYZ		Überschrift/Thema: MFA-Sprechstunde Magen-Darm-Infekte	
Version 1.0	Seite 1 von 2	Erstellt durch:	zuletzt gespeichert von:
		am: 24.08.2015	am: 24.08.2015

Wenn jemand wackelig auf den Beinen ist, RR messen	<input type="checkbox"/>
Ergebnis RR: _____ mm Hg	
Was könnten wir unseren Patientinnen und Patienten raten?	
Empfehlung: Hände und Klobrille zu Hause desinfizieren	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Handtücher benutzen	<input type="checkbox"/>
Den Kühlschrank kontrollieren, ob nichts abgelaufen ist	<input type="checkbox"/>
In der Praxis melden bei Blut im Stuhl oder Fieber	<input type="checkbox"/>
Wenn kein Essen oder Trinken „drin bleiben will“, Langrezept mit Rezeptur für eine selbst zu erstellende, orale Rehydrations-Lösung bei Durchfall-Erkrankung ausdrucken – siehe Trinklösung bei Durchfall-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Was könnten wir unseren Patientinnen und Patienten verordnen?	
MCP auf Kassenrezept bei starker Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Loperamid bei wässrigem Durchfall, wenn kein Fieber dabei ist und keine Fernreise stattgefunden hat	<input type="checkbox"/>
Wenn die Patientinnen und Patienten nicht arbeiten können!	
AU bis zu 3 Tagen durch MFA ohne Arztkontakt ist in Ordnung → von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>
Wer muss unbedingt zur Ärztin/zum Arzt?	
Erbrechen > 24 Stunden	<input type="checkbox"/>
Patientin/Patient ist benommen	<input type="checkbox"/>
Patientin/Patient mit starken Bauchschmerzen im Moment	<input type="checkbox"/>
Blut oder Schleim im Stuhl	<input type="checkbox"/>
Fieber > 39° C	<input type="checkbox"/>
Patientin/Patient, die auffallend häufig Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anfordern	<input type="checkbox"/>
Mehr als 3x im Jahr Gastroenteritis	<input type="checkbox"/>
Patientin/Patient, die das lieber wollen	<input type="checkbox"/>
Datum: _____	Kürzel MFA: _____

Abbildung 1 Behandlungspfad Magen-Darm-Infekte

Versorgungslandschaft führen [15]. Andererseits ist Delegation in der Hausarztpraxis bereits Realität – wie beispielsweise evaluiert in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg [16, 17]. Um Vorbehalte abzubauen und gemeinsam Strategien zur Delegation zu erarbeiten, trafen sich Hausärzte und MFA aus Bremen und Umgebung in einem interprofessionellen Zukunftsworkshop. Solche allgemeinmedizinischen Wochenendseminare führt die Akademie für hausärztliche Fortbildung [18] bereits seit 2007 durch. Am Wochenendseminar nahmen im Jahr 2015 erstmalig auch MFA an einem interprofessionellen Workshop teil.

Methode und Durchführung

Am ersten Seminartag trafen sich MFA und Ärzte. Zunächst sammelten beide

Berufsgruppen getrennt auf Metaplankarten stichpunktartig Antworten zu der Frage: „Welche nicht bereits in der MFA-Ausbildung enthaltenen Tätigkeiten werden delegiert?“ Die MFA wurden zusätzlich gefragt: „Welche Tätigkeiten würde ich gerne zusätzlich übernehmen?“ Die gesammelten Ergebnisse wurden in einer Punktabfrage priorisiert.

Zu den sechs favorisierten Themen „eigene MFA-Sprechstunde“, „Versorgung von Patienten mit kleinen Krankheiten“, „Anamneseerhebung“, „Routine-Hausbesuche“ und „Ausbildung von Auszubildenden und eigene Fortbildung“ bearbeiteten interprofessionelle Kleingruppen die Aspekte „Definition der delegierbaren Aufgabe“, „Grenzen der Delegierbarkeit“, „mögliche Hilfen“ und „Qualitätskontrollen“. Die Hausärzte wollten v.a. gerne die Betreuung von Patienten mit banalen Problemen delegieren.

Am zweiten Tag sammelten die Hausärzte mit Metaplantechnik und in Zweiergruppen hausärztliche Beratungsanlässe, die als banal angesehen werden können, und priorisierten sie in einer Punktabfrage. Mit identischer Technik wurden Antworten zu den folgenden Fragen erarbeitet: „Warum kommen die Patienten überhaupt zum Arzt?“, „Welche Erwartungen haben sie?“, „Welche Probleme werden durch die Versorgung von Patienten mit banalen Erkrankungen verursacht?“ und „Auf welche Weise könnten diese Probleme gelöst werden?“

In Kleingruppen entstanden zu den vier Beratungsanlässen „grippaler Infekt“, „Magen-Darm-Infekt“, „Zeckenbiss“ und „ausschließlicher Wunsch von Rezept bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ Behandlungspfade für die Übernahme der entsprechenden Versorgung durch MFA.

Ergebnisse

Am 19.06.2015, dem ersten Tag des allgemeinmedizinischen Wochenendseminars, nahmen 13 MFA aus vier Praxen sowie zwölf Ärzte aus neun Praxen aus Bremen und Umgebung teil.

Bereits von den MFA übernommene Tätigkeiten, die nicht unmittelbar Teil der MFA-Ausbildung sind:

- Anamnese-Erhebung, geriatrisches Basisassessment, alle vier hausärztlichen DMPs inkl. Fußuntersuchung bei Diabetes
- Hyposensibilisierung
- Überprüfung der Medikation und von notwendigen Laborkontrollen
- Antikoagulationsmanagement
- Wundmanagement
- Infusionen, Hausbesuche, Port-Spülung, Schulungen
- kurze AU-Bescheinigungen, wenn die Patienten keine anderen Fragen haben
- Routinetelefonate bei psychisch kranken Patienten [19].

Besonders spannend fanden die MFA die mögliche Perspektive einer eigenen Sprechstunde mit eigenem Raum und eigenem Zeitfenster.

Das Ergebnis einer Punktabfrage (alle 24 Teilnehmenden erhielten je drei Punkte):

1. eigene MFA-Sprechstunde (22 Punkte)
2. Versorgung von Patienten mit „kleinen“ Krankheiten (11 Punkte)
3. Anamneseerhebung (10 Punkte)
4. Hausärztliche DMPs (6 Punkte)
5. Routinehausbesuche (6 Punkte)
6. Ausbildung von Auszubildenden und eigene Fortbildung (5 Punkte)

Beispielhaft hier einige Ergebnisse der Kleingruppenarbeit zu den vier vorgegebenen Aspekten „Definition“, „Grenzen der Delegierbarkeit“, „Hilfen“ und „mögliche Qualitätskontrollen“. Folgende Ergebnisse wurden erarbeitet:

Definition:

- klare Definition von „kleinen“/Bagatell-Erkrankungen

Grenzen der Delegierbarkeit:

- fehlende Qualifikation und Selbstüberschätzung der MFA
- medizinisch gefährliche Situationen
- Chef für telefonische Rücksprache beim MFA-Hausbesuch nicht erreichbar

Trinklösung bei Durchfallerkrankung

- 8 Teelöffel (Trauben-)Zucker,
- 1 gestrichener Teelöffel Salz,
- $\frac{3}{4}$ Teelöffel Backpulver
- ... in einem Liter Wasser auflösen,
- Fruchtsäfte zufügen oder 1–2 Bananen essen.
- Bis das Erbrechen aufhört, immer nur einen Schluck trinken und eine Weile warten.

Hilfen für die Delegation:

- eigener Raum, Zeit und Ruhe
- Kommunikationsfortbildungen
- Vertrauen und Rückendeckung seitens der Chefs
- detailliert ausgearbeitete Standards mit klaren Zuständigkeiten und Definition von Schnittstellen zum Arzt
- schnelle Möglichkeiten zur Rückfrage
- standardisiertes Hausbesuchsprotokoll-Blatt
- Interesse und Qualifikation aufseiten der MFA, Bereitschaft zur Abgabe von Kompetenz aufseiten der Ärzte

Mögliche Qualitätskontrollen bei der Delegation hausärztlicher Leistungen:

- Beteiligung der MFA an der Entwicklung von Standards
- Teamsitzungen und Fehlermanagement [20]
- regelmäßige Übergaben, Besprechung der Tageslisten
- keine Hausbesuche nur durch MFA

Am 20.06.2015 bearbeiteten elf Ärzte sowie Karola Mergenthal das Thema „banaler Fall“. Anhand von vier bei einer Punktabfrage priorisierten „banalen“ Beratungsanlässen (grippaler Infekt, Magen-Darm-Infekt, Zeckenbiss, abschließlicher Wunsch nach Rezept bzw. AU) wurden Ideen zu den Bereichen gesammelt:

- Motivation und Erwartungen der Patienten,
- Probleme bei der Versorgung von Patienten mit banalen Problemen sowie
- mögliche Lösungswege

Danach erarbeiteten die Teilnehmer zu allen vier Beratungsanlässen Behandlungspfade für die selbstständige Versorgung durch MFA. Beispielhaft sei hier der Behandlungspfad Magen-Darm-Infekte genannt (Abb. 1).

Diskussion

Bei einem interprofessionellen Workshop von Hausärzten und MFA wurden Inhalte, Abläufe, Grenzen und Hilfen für eine Delegation hausärztlicher Leistungen diskutiert. Am „banalen“ Fall Gastroenteritis entstand beispielhaft ein Behandlungspfad für eine MFA-Sprechstunde. Wir empfanden das von uns gewählte Vorgehen im nationalen Maßstab als besonders und stellen daher die Ergebnisse hier zusammen.

In vielen europäischen Ländern mit gut etablierter Allgemeinmedizin arbeiten nichtärztliche Professionen viel selbstständiger. Eine von Einigen befürchtete Bedrohung der beruflichen Identität der Allgemeinmedizin war in diesen Ländern nicht zu erkennen, vielmehr verbesserte sich sogar die Versorgung. Die INR-Einstellung ist in Schweden im internationalen Vergleich am besten [21], dort wird sie von spezialisierten Krankenpflegenden durchgeführt. In einigen Gegenden Deutschlands haben sich angesichts des Hausärztemangels bereits Delegationsmodelle durchgesetzt. Das US-amerikanische Konzept eines „patient centered medical home“ [22–24] mit persönlicher Zuständigkeit eines Hausarztes und einer nichtärztlichen Praxismitarbeiterin wird in Deutschland kontrovers diskutiert – der amerikanische Begriff hole nur mit vielen Worten nach, was es in Deutschland mit der Hausarztpraxis längst gebe [25].

Die zusätzliche Verantwortlichkeit von MFA kann dazu beitragen, Lücken in der Versorgung zu schließen. Die unterschiedlichen Kompetenzen von Hausarzt und MFA können vorteilhaft sein. Die Hierarchien sind oft flacher – manche Patienten mögen eher einer MFA etwas erzählen [26].

Gegen Delegation spricht, dass die Vergütung qualifizierterer MFA steigt,

Dr. med. Günther Egidi ...

... Arzt für Allgemeinmedizin, seit 1999 in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Bremen niedergelassen; Sprecher der Sektion Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

wodurch mögliche Einspareffekte neutralisiert werden können. Und die Ergebnisse von Untersuchungen aus dem europäischen Ausland [27–28] können nicht 1:1 übertragen werden, weil z.B. britische nurse practitioners höher qualifiziert sind als deutsche MFA. Abholz sah in seinen Reflexionen zum Thema Team ein Problem, wenn zentrale Bestandteile hausärztlicher Tätigkeit wie die Breite des Fachs, die Generalzuständigkeit für große und kleine Probleme sowie generelle Verfügbarkeit und Niedrigschwelligkeit infrage gestellt würden. Es brauche die „... Erinnerung all der kleinen Auffälligkeiten – also ersten Symptomen/Befunden, die anfangs noch nicht als Hinweis auf eine Diagnose gelten können. Solche Erinnerungen seien nur in ‚einem Kopf‘ frühzeitig zu mobilisieren und in einen Zusammenhang zu brin-

gen“ [21]. Diese Einwände sind nicht von der Hand zu weisen. Unseres Erachtens scheinen sie aber lösbar. Die Verfügbarkeit des Hausarztes ist durch die demografische Entwicklung infrage gestellt. Durch Einbezug der MFA können Verfügbarkeit des „hausärztlichen Teams“ und Niedrigschwelligkeit der Ansprechbarkeit sogar verbessert werden. Wenn Abholz schreibt „Der Patient will zum Arzt und nicht primär und anhaltend zur MFA“, kann dies vorab durch eine einfache Frage geklärt werden (in Großbritannien nicht selten durch die Frage: „Are you happy to see a nurse?“).

Letztlich ermutigt uns die Tatsache, dass gerade die Länder mit stark entwickelter Primärmedizin besonders interprofessionell organisiert sind, den beschriebenen Weg weiter einzuschlagen.

Schlussfolgerungen

In einem interprofessionellen Seminar arbeiteten MFA und Hausärzte in der Nähe von Bremen zu Fragen der Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen. Grenzen, Probleme, Voraussetzungen und Hilfen wurden definiert. Zu einigen banalen Beratungsanlässen wurden Behandlungspfade für die MFA erarbeitet. Eine Delegation umschriebener hausärztlicher Leistungen an MFA ist möglich und birgt das Potenzial, die hausärztliche Versorgung zu verbessern – vorausgesetzt, die MFA werden entsprechend geschult und es existieren gut ausgearbeitete Standards mit klarer Definition und Schnittstellen zur ärztlichen Versorgung.

Interessenkonflikte: HDE und GE genießen die Möglichkeit, sich durch die Abgabe an MFA delegierter Tätigkeiten zu entlasten.

Korrespondenzadresse

Dr. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin,
Huchtinger Heerstr. 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
guenther.egidi@posteo.de

Literatur

1. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf. DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. Zukunftsposition 2: „Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis“ (letzter Zugriff am 10.11.2015)
2. Koch K, Gehrman U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 2584–91
3. Hertle D, Stock S. Wie zufrieden sind Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung und wie sehen sie ihr Gesundheitswesen? Ein internationaler Vergleich. Z Allg Med 2015; 91: 269–274
4. Zur Definition eines Teams siehe <http://de.wikipedia.org/wiki/Team> (letzter Zugriff am 16.08.2015)
5. 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
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009. Frei verfügbar unter www.svr-gesundheit.de (letzter Zugriff am 03.07.12)
7. Redaelli M, Bassiner S, Teschner D, Stock S. Medizinische Fachangestellte können mehr. Online-Befragungen von VERAH-Absolventen und Praxisinhabern. Z Allg Med 2014; 90: 517–21
8. Hübsch G, Gottschall M, Mergenthal K, Schübel J, Bergmann A, Voigt K. Sächsische Hausarztpraxen auf dem Weg zur Teampraxis? Z Allg Med 2015; 91: 264–268
9. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Gütthlin C (2015). Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. Gesundheitswesen. Online first. DOI: 10.1055/s-0035-1555948
10. Gemeinsamer Bundesausschuss 2012. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V Stand: 20. Oktober 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf
11. www.kbv.de/html/12491.php (letzter Zugriff am 30.06.2015)
12. Ethymologisch: Adj. „sehr einfach“. Im 19. Jh. entlehnt aus gleichbedeutend frz. banal, einer Ableitung aus afrz. ban „Gerichtsbezirk“. Das Adjektiv wird zunächst zur Bezeichnung von Dingen verwendet, die den Personen, die in einem bestimmten Bezirk leben, gemeinsam gehören. Aus Kluge F. Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. de Gruyter, 1989
13. Kochen MM. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme-Verlag, 2012 („Behandlungsanlässe, die aus der Sicht des Arztes keinen medizinisch oder psychologisch

ernsteren Hintergrund haben, also bei oberflächlicher Betrachtung in der Regel selbstlimitierende Erkrankungen, Ereignisse ohne nennenswerte Auswirkung auf den Patienten. Aufgabe des Arztes ist aber, hinter diese Oberfläche zu schauen ...“)

14. Abholz H-H. Warum kommt ein Patient mit banalen Beschwerden? In: Kochen MM (Hrsg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme-Verlag, 2012
15. Abholz H-H. Probleme des Teams in der deutschen ambulanten Versorgung. *Z Allg Med* 2012; 88: 226–231
16. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evidenz Fortbild Qual Gesundheitsw* 2013; 107: 386–393
17. Laux G, Szczenyi J, Mergenthal K, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 398–407
18. Egidi G, Biesewig-Siebenmorgen J, Schmiemann G. 5 Jahre Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen – Rückblick und Perspektiven. *Z Allg Med* 2011; 87: 459–67
19. Kalitzkus K, 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: 403–5
20. Fisseni G, Pentzek M, Abholz H-H. Analyse von 75 schwerwiegenden hausärztlichen Fehlern: Wie konnten sie entstehen und was hätte sie verhindert? *Z Allg Med* 2005; 81: 252–57
21. van Spall H, Wallentin L, Yusuf S, et al. Variation in warfarin dose adjustment practice is responsible for differences in the quality of anticoagulation control between centers and countries: an analysis of patients receiving warfarin in the randomized evaluation of long-term anticoagulation therapy (RE-LY) Trial. *Circulation* 2012; 126: 2309–16
22. Reid RJ, Fishman PA, Yu O, et al. Patient-centered medical home demonstration: A prospective, quasi-experimental, before and after evaluation. *Am J Manag Care* 2009; 15: e71–e87
23. www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html (letzter Zugriff am 02.09.2015)
24. Constantinidis A, Beyer M, Karl S, Gerlach FM, Erler A. Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? *Z Allg Med* 2013; 89: 0317–0324
25. Egidi G. Leserbrief zu Constantinidis A, Beyer M, Karl S, Gerlach FM, Erler A. Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? *Z Allg Med* 2014; 90: 190
26. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patient's perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patients Educ Couns* 2012; 86: 114–119
27. Caine N, Sharples LD, Hollingworth W, et al. A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor-led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1–71
28. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: A randomized trial of nurse-led clinics in primary care. *Heart* 1998; 80: 447–52



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den in der DEGAM aktuell diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de