

# Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein?

## *How do Health Care Assistants in Family Practice (VERAH) Describe the Benefit of their Work for the Patients?*

Karola Mergenthal, Mareike Leifermann, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina Gütlin

**Hintergrund:** Der Einsatz von VERAH (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) stellt im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ein Konzept dar, mit dem insbesondere die Versorgung von chronisch kranken Patienten verbessert werden soll. Im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016) wurden die potenziellen Auswirkungen für Patienten u.a. auch aus Sicht von VERAH selbst untersucht.

**Methoden:** 87 VERAH erstellten Tätigkeitsprotokolle, in denen sie jeweils bis zu 60 Patientenkontakte protokollierten (N = 4.367). Nach je 15 Kontakten füllten sie einen kurzen Zusatzbogen aus, indem sie die Patientenkontakte Revue passieren ließen und mittels Freitextangaben die Vorteile ihrer Tätigkeit für die Patienten beschreiben sollten. Die Auswertung der Freitexte erfolgte durch die Analyse der Inhalte.

**Ergebnisse:** Aus VERAH-Sicht sind durch die Versorgungsanteile der VERAH die Patienten besser über ihre Erkrankung und Therapie informiert und können dadurch besser mit ihrer Erkrankung umgehen; VERAH motivieren Patienten, aktiv an der Behandlung teilzuhaben, wodurch sich die Compliance erhöhen kann. Durch ihre Unterstützung bei der Koordination und Organisation der Behandlung sehen VERAH einen besseren Zugang der Patienten zum Gesundheitssystem. Vor allem bei immobilen Patienten sehen VERAH Vorteile, wenn sie diese Patienten bei Hausbesuchen betreuen und sie beim Erhalt ihrer häuslichen Selbstständigkeit unterstützen. VERAH sehen sich als zusätzliche Vertrauens- und Ansprechperson im Praxisteam, der die Patienten auf einer niedrigschweligen Ebene begegnen.

**Background:** In family practice (FP)-centered health care, the employment of VERAHs (health care assistants in family practice) is hoped to improve care for chronically ill patients in particular. As part of the evaluation of FP-centered health care (in accordance with §73b SGB V in Baden Wuerttemberg (2013–2016)), the consequences for patients were assessed from the point of view of the VERAH themselves.

**Methods:** 87 VERAHs prepared activity logs in which they recorded details of up to 60 encounters with patients (N = 4.367). Following every 15 encounters, they filled out an additional form in which they reviewed their contacts with patients and described in free text the advantages of their work for them. The texts were evaluated by means of content analysis.

**Results:** From the point of view of VERAHs, patients benefit from their work by being better informed with regard to their illness and therapy and thus being in a better position to deal with their illness. VERAHs motivate patients to participate actively in their treatment which can lead to an improvement in compliance. VERAHs reckon their support in the coordination and organization of treatment provides patients with improved access to the health care system. By visiting patients at home, immobile individuals benefit in particular as they can maintain their independence at home for longer periods. VERAHs also regard themselves as additional confidants and contact persons within the practice team whom patients can speak to freely.

**Conclusions:** From the perspective of VERAHs, patients profit in numerous ways from their support. The advantages that can be achieved by creating supportive inter-

**Schlussfolgerungen:** Aus VERAH-Sicht profitieren die Patienten auf vielfältige Weise durch ihre Unterstützung. Die von VERAH beschriebenen Vorteile sind bereits im Chronic Care-Modell beschrieben, das für verbesserte Ergebnisse einen informierten und aktivierten Patienten fordert. Gerade für ältere, immobile Patienten kann durch den teamorientierten VERAH-Einsatz die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden.

*Schlüsselwörter:* VERAH; Medizinische Fachangestellte; Hausarztzentrierte Versorgung; Hausarztpraxis; Primärversorgung

actions between a informed activated patient and proactive practice teams is already described in the chronic care model. The work of VERAHs can further help safeguard primary care in the future, particularly for elderly, immobile patients.

*Keywords:* Health Care Assistant; FP-Centered Health Care; Family Practice; Primary Care

## Einleitung

Die „Versorgungsassistentin\* in der Hausarztpraxis (VERAH)“ übernimmt eine wichtige Rolle bei der Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden Patienten im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) [1]. Bei der Qualifizierung zur VERAH handelt es sich um eine Weiterbildung speziell für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Hausarztpraxis (siehe [www.verah.de](http://www.verah.de)). Vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität sowie absehbaren Versorgungsengpässen in einigen Regionen Deutschlands, wird schon seit 2007 die stärkere Einbindung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in die Primärversorgung als eine Möglichkeit diskutiert [2], um dem veränderten Bedarf an hausärztlicher Versorgung im deutschen Gesundheitswesen zu begegnen.

Gefördert wird der Einsatz von VERAH in der HzV seit 2008 mittels einer pauschalierten, finanziellen Vergütung. Nachdem im Oktober 2013 zunächst mit der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal ein Rahmen vereinbart wurde [3], ist seit 01.01.2015 eine pauschalierte Vergütung des Einsatzes von VERAH oder Nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa) auch in der Regelversorgung möglich [4].

Innerhalb der HzV stellt der Einsatz der VERAH ein teamorientiertes Konzept dar, das auf einer Aufgabenverteilung zwischen Hausärzten, VERAH und MFA einer Praxis beruht und in ei-

ner verbesserten Versorgung von chronisch kranken Patienten resultieren soll [5].

Häufig wird nach den Wirkungen der VERAH-Tätigkeit aus Sicht der Patienten gefragt. Angesichts der Schwierigkeiten einer Befragung der Patienten, die von einer VERAH betreut werden (eine solche Befragung wird von uns derzeit durchgeführt), haben wir im Rahmen der Tätigkeitsanalyse diese Frage auch aus Sicht der VERAH erhoben. Innerhalb des Projekts „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“ wurden daher potenzielle Vorteile für die Patienten aus Sicht der VERAH untersucht.

## Methoden

Mithilfe von Tätigkeitsprotokollen dokumentierten VERAH in Baden-Württemberg ihre Kontakte mit HzV-Patienten. Jede VERAH protokollierte ab einem definierten Zeitpunkt (zwischen Februar und April 2014) konsekutiv jeden Patientenkontakt (in der Praxis und bei Hausbesuchen), bis möglichst 60 Protokolle vorlagen. 87 VERAH dokumentierten dabei 4.367 Tätigkeitsprotokolle (ein Protokoll entsprach einem Patientenkontakt) bei insgesamt 3.898 Patienten [6]. Neben der Benennung von Tätigkeiten dokumentierten sie nach jeweils 15 Tätigkeitsprotokollen in Freitexten zusätzlich, von welchen Tätigkeiten die Patienten aus ihrer Sicht am stärksten profitierten und welche

Vorteile die Patienten durch diese Tätigkeit beziehen. Hierzu sollten sie die letzten 15 Tätigkeitsprotokolle Revue passieren lassen und bis zu drei Tätigkeiten bzw. Vorteile angeben (maximal 874 Freitextangaben möglich).

Soziodemografische Angaben (zu den betreuten Patienten und den VERAH) sowie Praxisstrukturdaten vervollständigten die Erhebung.

Die Freitextangaben wurden einer quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Anhand der inhaltlichen Nennungen erstellten zwei Codierer (ML, KM) ein Kategorienschema und codierten nach Konsensusbildung entsprechend alle Freitextangaben zu den Kategorien. Die Kategorien wurden anschließend ausgezählt. Die Auswertung erfolgte mithilfe von MAXQDA 10.

## Ergebnisse

Es liegen 655 Freitextangaben von 87 VERAH aus 81 Hausarztpraxen vor.

### Charakteristika der VERAH, der Praxen und der Patienten

Das Durchschnittsalter der MFA betrug 41,5 Jahre und sie hatten durchschnittlich 19,4 Jahre Berufserfahrung, wobei sie seit 14 Jahren in der jeweiligen Praxis beschäftigt waren. Etwa zwei Drittel (63 %) der VERAH hatten ihre Qualifizierung vor mehr als drei Jahren absolviert. In den Praxen waren durchschnittlich 2,2 Ärzte und 4,9 MFA beschäftigt, und sie wurden zu 84 % von Hausärzten, zu 16 % von

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Für die Berufsgruppe der MFA/VERAH, die überwiegend aus Frauen besteht, wird die weibliche Form gewählt. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen.

hausärztlich tätigen Internisten geführt. Am häufigsten (43 %) handelte es sich um ländliche Kleinstadtpraxen (16 % Großstadt, 19 % größere Kleinstadt, 22 % dörfliche Siedlungen).

Die von den VERAH betreuten Patienten waren im Durchschnitt 66,6 Jahre alt, ein Fünftel (20,8 %) war über 80 Jahre alt; 11 % hatten eine Pflegestufe und 5 % waren in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht.

Einige Freitextangaben wurden mehrfach codiert, sodass insgesamt 981 Codierungen den folgenden Kategorien zugeteilt werden konnten:

- Bessere Informiertheit durch Beratung (n = 213)
- Bessere medizinische Versorgung (n = 153)
- Psychosoziale Hilfen und Zugang zum Gesundheitssystem (n = 147)
- Motivation (n = 98)
- Hausbesuche (n = 61) und Erhalt der Selbstständigkeit (n = 21)
- Zusätzliche Ansprechperson in der Praxis, zu der Patienten Vertrauen haben (n = 50)

### Bessere Informiertheit durch Beratung

Aus Sicht der VERAH profitieren Patienten von Beratungstätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen wie z.B. im Rahmen des Medikamentenmanagements (n = 71). VERAH besprechen gemeinsam mit dem Patienten Medikamentenpläne, erklären Einnahmeschemata, rabattierte Medikamente oder Nebenwirkungen. Sie vergleichen die eingenommene Medikation mit dem Einnahmeplan und passen diesen ggf. nach Rücksprache mit dem Arzt an.

*„Patienten haben sehr häufig Schwierigkeiten, was den Medikamentenplan/die Einnahme angeht. Mit ein wenig Geduld und Zeit kann man helfen. Durch das Erklären, was für Medikamente eingenommen werden und die Erstellung eines neuen Medikamentenplans im Beisein der Patienten, wird es übersichtlicher.“ (V18)*

VERAH sehen die Beratung innerhalb des Impfmanagements (n = 47) als positiven Beitrag zur Informiertheit von Patienten an. Sie geben Informationen zu Reiseimpfungen, zu Impfnutzen und -risiken sowie zu Impfauffrischungen.

Zusätzlich nennen die VERAH Beratungen bezüglich gesünderer Lebensführung (n = 20). Patienten bekommen

von ihnen z.B. hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten konkrete Tipps.

*„Lebensführung: durch ganz konkrete Informationen und Tipps oder Infos über Kursangebote der jeweiligen Krankenkasse oder VHS. Motivation zur Ernährungsumstellung im Anschluss an eine Diabetikerschulung.“ (V22)*

Aus VERAH-Sicht sind die Patienten durch Beratungen besser über ihre Krankheit informiert. Sie verstehen z.B. besser, wie sie sich auf ihre (chronische) Erkrankung einstellen und damit auseinandersetzen können (n = 13).

*„Patienten lernen besser, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen: Sind dadurch motivierter regelmäßig ihre Medikamente einzunehmen oder regelmäßig Laborkontrollen durchzuführen.“ (V11)*

### Bessere medizinische Versorgung

VERAH geben an, dass Patienten nach ihrer Einschätzung im Rahmen von diagnostischen und medizinischen Tätigkeiten besonders vom Wundmanagement (n = 39) und Routine- und Kontrolluntersuchungen (n = 47) profitieren. Durch das professionelle Versorgen von chronischen Wunden, durch regelmäßige Kontrollen oder Verbandswechsel erfahren die Patienten aus VERAH-Sicht eine optimale Wundbetreuung.

*„Verbandswechsel wird korrekter ausgeführt. Durch das Wundmanagement im Kurs kann ich Wunden und Verbände besser beurteilen und anlegen.“ (V18)*

Durch ihre Beratungs- und Betreuungsleistung tragen VERAH dazu bei, dass sie mit den Patienten in regelmäßigem Austausch über die Erkrankung bleiben, sie über ihre Krankheitsverläufe und Laborwerte informieren sowie zu weiteren Kontrollterminen motivieren.

*„Kontrolle von Blutdruck und Medikamenten-Plan, immer aktuelle Medikamenten-Einnahme, Veränderungen bei Blutdruck besser kontrollierbar.“ (V35)*

### Psychosoziale Hilfen und Zugang zum Gesundheitssystem

Die Patienten profitieren aus VERAH-Sicht von einer umfassenden Organisation, die soziale und medizinische Aspekte einbezieht. VERAH führen Case Management durch (n = 24), organisieren den Zugang zu verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen (n =

23) wie Kliniken, Reha-Kliniken oder Fachärzten. Sie unterstützen und beraten die Patienten bei Pflege- oder Reha-Anträgen (n = 15), kümmern sich um die Förderung und den Erhalt der Selbstständigkeit (n = 15), indem sie die (auch häusliche) Situation der Patienten einschätzen, vorhandene Ressourcen fördern oder Unterstützung organisieren.

*„Pflegestufe beantragen (ältere Patienten haben oft Hemmungen selbst tätig zu werden). Ängste und Sorgen zu Hause besprechen können, abseits der Praxishektik.“ (V76)*

Weiterhin organisieren sie Heil- und Hilfsmittel (n = 12), kümmern sich um den Zugang zu Pflegeeinrichtungen/Pflegestufen (n = 14) und betreuen den gesamten Behandlungsprozess organisatorisch (n = 12).

*„Führung der Patienten durch Sprechstunde, Ansprechpartner für alle anstehenden Fragen, Kasse, Physiotherapeuten, etc. Man kann in Ruhe auf sämtliche Belange eingehen und ggf. Hilfestellung für weitere Lösungen zeigen.“ (V49)*

### Motivation

VERAH motivieren Patienten, regelmäßig Untersuchungen wahrzunehmen (n = 36), regelmäßig ihre Medikamente einzunehmen (n = 20), zu einer gesünderen Lebensführung/Ernährung (n = 17) und Impftermine (n = 4) wahrzunehmen. Die teilnehmenden VERAH berichten, dass Gespräche mit dem Patienten und die enge persönliche Betreuung zur allgemeinen Motivation beitragen (n = 6).

*„Patienten sind motivierter zur regelmäßigen Routinekontrolle in die Praxis zu kommen.“ (V73)*

### Hausbesuche und Unterstützung beim Erhalt der Selbstständigkeit

VERAH geben an, dass durch ihre Hausbesuche besonders ältere, immobile Patienten entlastet werden, da sie nicht in die Hausarztpraxis kommen müssen (n = 21). Beim Hausbesuch können VERAH das häusliche Umfeld der Patienten begutachten (n = 4), z.B. „Stolperfallen“ identifizieren, beseitigen und das Sturzrisiko minimieren.

*„Hausbesuchspatienten erhalten schneller Hilfe, wie z.B. häusliche Pflege. Man erkennt, wann der Patient sich nicht mehr optimal selbst versorgen kann.“ (V13)*

**Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health ...**

... ist Gesundheitswissenschaftlerin (Master of Science für Public Health) und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich Versorgungsforschung mit Hauptinteresse in der Forschung für und mit Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis.

Gerade bei Hausbesuchen unterstützt die VERAH Patienten beim Erhalt der Selbstständigkeit. VERAH nutzen ihre Netzwerke, um Kontakte für die Patienten herzustellen, z.B. zu Pflegediensten oder anderen Hilfsmaßnahmen mit dem Ziel, dass die Patienten länger selbstständig und selbstbestimmt zu Hause wohnen können.

*„Netzwerke nutzen, Hilfe zur Selbsthilfe [...] Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Patienten bewahren ...“ (V76)*

*„Zugang zum Gesundheitssystem, Absprache mit dem Pflegedienst, welche Möglichkeiten zur Stabilisierung und Verbesserung es gibt. Patient wird in der Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung unterstützt.“ (V49)*

Zusätzliche Ansprechperson in der Praxis, zu der Patienten Vertrauen haben

Aus VERAH-Sicht profitieren die Patienten durch eine zusätzliche Ansprechpartnerin. So wenden sich die Patienten teilweise direkt an die VERAH, bevor sie einen Arzttermin vereinbaren. Patienten trauen sich bei ihr eher „heikle“ Themen (z.B. Inkontinenz) anzusprechen, als beim Arzt.

*„Auch nehme ich ihr durch das Gespräch das Schamgefühl: Durch Übungen (z.B. Beckenbodengymnastik) kann das Problem weniger oder sogar ganz weg sein.“ (V46)*

Die Hemmschwelle ist geringer und den VERAH werden Sorgen und Nöte der Patienten, vermeintliche „Kleinigkeiten“, eher berichtet. Die VERAH hat dann die Möglichkeit Ängste abzubauen und dem Arzt wichtige Themen zu übermitteln.

*„Gespräche mit Patienten verlaufen auf einer anderen Ebene, z.B. Patient sagt, dass es ihm schlechter geht, was er nicht unbedingt dem Arzt gegenüber äußern wird.“ (V80)*

*„VERAH werden oft noch andere Dinge gefragt [...] Patient für uns oft zugänglicher: vertrauen uns. Sagen uns Dinge, die sie dem Arzt nicht sagen. Patienten bestellen oft die VERAH zum Hausbesuch.“ (V72)*

**Diskussion**

Beratung, Unterstützung, Motivation

VERAH ergänzen die Informationen, die Patienten über die Krankheit und Behandlung in der Hausarztpraxis erhalten. Damit die Behandlung gerade von chronisch kranken Patienten erfolgreich sein kann, muss der Patient aktiv an der Behandlung mitwirken (Chronic Care-Modell) [7]. Durch ihren Einsatz stärken VERAH gerade diesen Aspekt eines Patienten: Er soll mittels Information und Beratung in die Lage versetzt werden, so weit wie möglich die Verantwortung für sich und sein Verhalten zu übernehmen. Auch das im Chronic Care-Modell beschriebene „pro-aktive Versorgungsteam“ findet sich in den Freitextangaben wieder, da VERAH z.B. Medikationspläne kontrollieren und in Absprache mit dem Hausarzt anpassen. Informierte Patienten zeigen zudem eine höhere Compliance [8].

Aus Sicht der VERAH können die Patienten von deren beratender, motivierender und unterstützender Tätigkeit in vielen Belangen profitieren wie z.B. beim Medikamentenmanagement. Mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente steigt das Risiko von unerwünschten Neben-/Wechselwirkungen [9] und gerade in hausärztlichen Praxen findet ein Großteil der Arzneimittelverordnungen statt [10]. VERAH übernehmen insbesondere für verunsicherte Patienten die Rolle der zusätzlichen Informantinnen. Sie erklären Einnahmeschemata und beseitigen Unsicherheiten z.B. bei unterschiedlichen Medikamentennamen.

Hausbesuche und Erhalt der Selbstständigkeit

VERAH sehen sich als Mittler zwischen den Patienten und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen wie z.B. Pflegeeinrichtungen und unterstützen vor al-

lem immobile Patienten beim Erhalt ihrer Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Immobilität. Für diese Patienten wird es immer schwieriger, die Hausarztpraxis aufzusuchen. Mit der absehbar steigenden Zahl an älteren und immobilen Patienten werden aufsuchende Versorgungsstrukturen immer wichtiger. In der SESAM-3-Studie zeigten die Ergebnisse, dass 42 % der Hausbesuche geplante Routinebesuche zur Betreuung chronisch kranker Patienten waren [11], die bei gesundheitlich stabilen, jedoch immobilen Patienten an MFA und VERAH delegiert wurden [12].

VERAH sehen den Vorteil bei der Betreuung der Hausbesuchspatienten darin, dass sie sich Zeit nehmen können und die häusliche Situation der Patienten eruieren, ihnen Hilfemöglichkeiten aufzeigen und damit die Selbstständigkeit der Patienten erhalten können. Gerade für ältere, immobile Patienten wird die Lebensqualität durch den Erhalt der Autonomie und Unabhängigkeit bestimmt [13].

Wichtige zusätzliche Vertrauensperson in der Hausarztpraxis

VERAH nehmen aus ihrer Sicht eine wichtige zusätzliche Vertrauensposition ein. Bei einer Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2013 gaben bis zu 70 % der Befragten an, dass Erklärungen, die Gesundheitsfachkräfte geben, meist besser verstanden wurden, als die Erklärungen der Ärzte [14].

In vielen Ländern sind die nichtärztlichen Gesundheitsberufe wesentlich stärker in die Versorgung eingebunden als in Deutschland [15]. Im Zuge der epidemiologischen Veränderungen des Krankheitsspektrums und des Versorgungsbedarfes wird auch in diesen Ländern die stärkere Einbindung von „gering“ qualifizierten Fachkräften (ohne Studium, z.T. nur nach Schulung) im Gesundheitswesen vorangetrieben [16]. Sie übernehmen z.B. im US-amerikanischen Gesundheitssystem die Überwachung von Patientenlisten (zu bestimmten Erkrankungen), die Dokumentation von krankheitsrelevanten Symptomen oder Ereignissen als Vorbereitung des Arzt-Patienten-Kontaktes und führen Patienten-Coachings durch, um z.B. die korrekte Medikamenteneinnahme sicherzustellen [16].

## Limitationen

Die Rekrutierung erfolgte über Anschreiben direkt an die VERAH in allen HzV-Praxen in Baden-Württemberg, eingeschlossen wurde sukzessiv jede interessierte Praxis, bis eine ausreichende Zahl (90) vorhanden war, sodass davon ausgegangen werden kann, dass besonders motivierte VERAH teilgenommen haben. Insgesamt war in der Studie ein großer Dokumentationsaufwand zu bewältigen, sodass auch gerade in Bezug auf die Zusatzbefragung viele Blätter leer zurückgegeben wurden. Mit dieser Form der Datenerhebung wurde lediglich die subjektive Sichtweise der teilnehmenden VERAH erfasst, eine Übertragung der Ergebnisse auf alle nichtärztlichen Berufsgruppen oder alle Hausarztpraxen ist nicht möglich.

## Schlussfolgerungen

Aus Sicht der befragten VERAH profitieren Patienten dadurch, dass sie besser

über ihre Erkrankung informiert sind, sie besser damit umgehen können und aktiver an der Versorgung teilhaben können. Die von VERAH subjektiv beschriebenen Vorteile für die meist chronisch kranken Patienten finden sich in der Theorie des Chronic Care-Modells wieder: Durch eine proaktive Interaktion kommt es zu verbesserten Ergebnissen. VERAH tragen dazu bei, dass Patienten in diesem Sinne informierter und aktiver eingebunden sind.

Immobilie, ältere Patienten profitieren durch die Unterstützung bei der Koordination und Organisation der Behandlung, wenn diese bei Hausbesuchen betreut und beim Erhalt ihrer häuslichen Selbstständigkeit unterstützt werden. Gerade für diese Patientengruppe ist dadurch die Versorgung durch die Hausarztpraxis als Team auch in Zukunft sichergestellt.

Die erwarteten Veränderungen im hausärztlichen Versorgungsbedarf und die Komplexität der Versorgung von chronisch kranken Patienten erfordern eine Ausweitung des Tätigkeitspek-

trums der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Hausarztpraxen als Teams, in denen VERAH und MFA Aufgaben übernehmen, die bislang von Ärzten wahrgenommen wurden, sollten Ziel weiterer Forschungsprojekte sein.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health  
 Institut für Allgemeinmedizin  
 Goethe-Universität Frankfurt am Main  
 Theodor-Stern-Kai 7  
 60590 Frankfurt am Main  
 Tel.: 069 6301-6281  
 mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

## Literatur

- Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 2013; 107: 386–393
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos, 2007
- Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A-1757
- Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung; 2014. [www.kbv.de/media/sp/2015\\_01\\_01\\_BA\\_339.Si\\_BeschlussEEG\\_EBM\\_Hausaerzte\\_PFG\\_Zuschlag\\_nurTeilA.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_01_01_BA_339.Si_BeschlussEEG_EBM_Hausaerzte_PFG_Zuschlag_nurTeilA.pdf) (letzter Zugriff am 27.07.2015)
- Fortbildungskommission Allgemeinmedizin. Aufgaben der VERAH in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg; 2010. [www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben\\_der\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben_der_VERAH.pdf) (letzter Zugriff am 23.07.2015)
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 398–407
- Wagner EH, Austin BT, von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quart* 1996; 74: 511–544
- Schäfer C. Patient compliance – Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren. Berlin, Heidelberg, Springer, 2011
- Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2014
- Mahler C, Freund T, Baldauf A, et al. Das strukturierte Medikamentenmanagement in der Hausarztpraxis – ein Beitrag zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 2014; 108: 258–269
- Voigt K, Liebnitzky J, Riemenschneider H, et al. Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. *Z Allg Med* 2011; 87: 65–71
- Voigt K, Klement A, Bojanowski S, Bodendieck E, Bergmann A. Delegation von Hausbesuchen: wer macht was und wie wird das organisiert? *Ärztebl Sachsen* 2013; 318–320
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Aktiv Altern*; 2012. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_ger.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf?ua=1) (letzter Zugriff am 27.07.2015)
- Wessels, M. Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung; 2013. [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaow\\_download/201305-NL.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaow_download/201305-NL.pdf) (letzter Zugriff am 01.08.2015)
- Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 727–743
- Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghobor A. Expanding the roles of medical assistants: who does what in primary care? *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1025–1026