

Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet?

Eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV

How are Concepts of Delegation in Family Practices Implemented?

An Analysis Based on VERAHS in FP-Centered Care as Example

Karola Mergenthal, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina GÜthlin

Hintergrund: Verschiedene Qualifikationsmodelle für Medizinische Fachangestellte in Hausarztpraxen wurden in den letzten Jahren konzipiert und umgesetzt. Das Qualifikationskonzept der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) ist in Baden-Württemberg verbreitet, da es im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) seit 2008 finanziell honoriert wird. Dabei ist die konkrete Realisierung den Praxen weitestgehend freigestellt. Im Rahmen der Evaluation der HzV in Baden-Württemberg befragten wir VERAH und Ärzte, wie sie das Delegationskonzept konkret umsetzen und welche Praxisfaktoren fördernd bzw. hemmend wirken.

Methoden: Mit leitfadengestützten Telefoninterviews wurden VERAH und Hausärzte befragt. Der Interviewleitfaden entstand auf Basis früherer Evaluationsergebnisse. Die Auswertung der transkribierten Interviews folgte der Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit dem Auswertungsprogramm MAXQDA11.

Ergebnisse: Interviews erfolgten im März/April 2015 mit 26 VERAH (Ø 27 Min.) und 11 Hausärzten (Ø 16 Min.). Es zeigte sich, dass VERAH vorwiegend (Routine-) Hausbesuche durchführten sowie Filterfunktionen (Bewertung der medizinischen Notwendigkeit) und vorbereitende Tätigkeiten übernahmen. Innerhalb des Praxisteam wurden die personelle Ausstattung und die der VERAH zur Verfügung stehende Zeit als besonders relevant berichtet. Waren diese ausreichend vorhanden, war es förderlich; fehlten sie, hemmte es die Implementierung.

Schlussfolgerungen: Bestimmte Tätigkeiten werden an VERAH übertragen, vor allem Routine-Hausbesuche. Die Ärzte erfahren dadurch eine (zeitliche) Entlastung. Ein Großteil der Faktoren, die eine Implementierung fördern, kann durch das Praxisteam selbst beeinflusst werden. Bei

Background: Various qualification systems for health care assistants in family practices have been developed and implemented in recent years. Since 2008, the VERAH (specially qualified health care assistant in the family practice) qualification model has received financial support within the GP-centered health care program (HzV) in the German state of Baden-Wuerttemberg. It is largely up to practices how they implement the concept. As part of a project to assess the GP-centered care, we asked VERAHS and physicians how they implemented the delegation concept in their practices and what factors enabled or hindered the process.

Methods: VERAHS and family doctors were interviewed by means of structured telephone interviews. The provided interview guideline was developed on the basis of previous assessments. The evaluation of the transcribed interviews was carried out by qualitative content analysis according to Kuckartz and using the MAXQDA11 assessment program.

Results: Interviews with 26 VERAHS (Ø 27 Min.) and 11 family doctors (Ø 16 Min.) were conducted in March/April 2015. It transpired that VERAHS were mostly employed for routine home visits, for assessing medical importance and for preparatory tasks. Within the practice team, existing human resources and the amount of time available to VERAHS were regarded as important. The implementation process was supported when these were considered to be sufficient and hindered when it was not.

Conclusions: Certain tasks are transferred to VERAHS, of which home visits are the most important. This relieves the time pressure on physicians. The majority of factors that support the implementation process can be influenced by the practice team itself. When planning innovative health-care models in the future, the role of all

der Planung zukünftiger innovativer Versorgungsmodelle muss die Rolle aller nichtärztlichen Praxismitarbeiter von Beginn an mit geplant werden, damit positive Effekte (z.B. mehr Zeit für ärztliches Personal am Patienten) zum Tragen kommen können.

Schlüsselwörter: Medizinische Fachangestellte; Delegation; Hausarztpraxis; Hausarztpraxisteam; Primärversorgung

non-physician staff in the practice must be clearly defined if a positive result (e.g. physicians have more time for their patients) is to be achieved.

Keywords: Health Care Assistant; Family Practice; Family Practice Team; Primary Care

Hintergrund

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Praxismitarbeiter* wird seit längerer Zeit in Deutschland diskutiert und empfohlen. Hintergrund ist eine absehbare Verknappung hausärztlicher Arbeitskraft mit empfindlichen Folgen für die Versorgung bei gleichzeitig wachsendem Bedarf von primärärztlichen Betreuungsleistungen [1].

Inzwischen sind in Deutschland mehrere Qualifikationsmodelle für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Hausarztpraxis erprobt und umgesetzt worden. Schwerpunkt bilden Projekte zur Entlastung der Hausärzte und Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken, wie VERAH, AGnES (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) oder NÄPa (Nichtärztliche Praxisassistentin) [2]. Das Qualifikationsmodell der VERAH ist quantitativ das bedeutendste (> 8.000 VERAH deutschlandweit; davon in Baden-Württemberg > 2.400 VERAH**) [2].

Im deutschen Gesundheitssystem liegt die Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung alleine beim Arzt. Delegation in der Hausarztpraxis bedeutet die Übertragung von bestimmten Tätigkeiten an MFA, die damit die Durchführungsverantwortung erhalten, d.h. sie müssen dafür sorgen, dass die übertragenen Tätigkeiten fachgerecht durchgeführt werden [3].

Seit 2015 findet auch in der Regelversorgung eine finanzielle Honorierung des Einsatzes von NÄPa oder VER-

AH statt [4] und viele hausärztliche Praxen starten seitdem mit erweiterten Delegationskonzepten. Innerhalb des Projekts „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“ interviewten wir VERAH und Ärzte zu ihren Erfahrungen bei der Umsetzung erweiterter Delegation, um Praxen konkrete Hinweise für die Implementierung zur Verfügung zu stellen.

Methoden

Das o.g. Projekt bestand aus drei Evaluationsabschnitten: Nach einer Tätigkeitsanalyse von VERAH mit dem Fokus darauf, welche Aufgaben sie übernehmen und welche Patienten sie betreuen [5], folgte eine Patientenbefragung, die die Umsetzung des Konzeptes aus Sicht der Patienten beleuchtete. Im abschließenden Evaluationsabschnitt befragten wir VERAH und Ärzte mittels semi-qualitativer Interviews.

Interviewpartner

Aus den Projektabschnitten 1 und 2 lag eine Liste mit ca. 50 Praxen aus Baden-Württemberg vor, die über eine VERAH verfügten und Interesse an der Interviewbefragung bekundet hatten. Ziel war die Rekrutierung eines „Convenience Samples“, d.h. die VERAH und Ärzte wurden gezielt aus einer Gruppe von „Experten“ angeschrieben und stellen nicht eine repräsentative Stichprobe dar. Ihre „Expertise“ zeichnet sich in diesem Fall dadurch aus, dass sie seit mehreren Jahren Delegation an VERAH praktizieren und somit Erfah-

rungen bei der Umsetzung der Delegationsmodelle in der Praxis haben.

Die Praxen erhielten schriftliche Informationen zur Studiendurchführung und wurden anschließend telefonisch kontaktiert. Bei Teilnahmebereitschaft erfolgte das telefonische Interview innerhalb der nächsten 2–3 Wochen. Alle Interviews wurden elektronisch aufgenommen und vollständig transkribiert.

Interviewleitfaden

Die Entwicklung des Leitfadens beruhte auf den Ergebnissen zweier vorausgegangener Evaluationsabschnitte. Aufbauend auf einer VERAH-Befragung [6] und einer Tätigkeitsanalyse von VERAH [5] entwickelte das Studienteam Leitfragen. Neben Erfahrungen mit der Implementierung der Delegation enthielt er u.a. Fragen zu förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung.

Auswertungsmethode

Die Auswertung erfolgte mithilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [7]. Dafür erhielten die 37 Transkripte eine erste Durchsicht durch zwei Codierer (KM, CG) mit der Entwicklung von thematischen Hauptkategorien. Nach Konsensbildung erfolgte eine erste Codierung des gesamten Materials. Anschließend entwickelte die Erstautorin Subkategorien und in einem weiteren Analyseschritt erfolgte eine Codierung des gesamten Materials anhand des ausdifferenzierten Kategoriensystems. Die Auswertung erfolgte mithilfe von MAXQDA 11.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Trennung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Für die Berufsgruppe der MFA, die überwiegend aus Frauen besteht, wird die weibliche Form gewählt. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen.

** Schriftliche Auskunft des Deutschen Hausärzterverbandes vom 07. April 2016

	Kategorien	Subkategorien	Ankerbeispiele
1. Umsetzung	1.1 Tätigkeitsübernahme/-übergabe	1.1.1 •VERAH übernimmt (Routine-) Hausbesuche	„Also ich besuche ja ..., es gibt ja Routine-Hausbesuche, die nicht unbedingt jetzt medizinisch geboten sind, sondern die man einfach aus, ähm, ja Gründen der Fürsorge macht und das können die VERAHs übernehmen.“ (Arzt10)
		1.1.2 •Vor-, Nachbereitung	„[...] wir versuchen ihn halt zu entlasten, so weit es geht. Gerade diese Medikamentenpläne, das haben wir früher ja nicht so regelmäßig gemacht. Und das bereiten wir jetzt schon alles vor. Und gucken halt immer, dass alles ziemlich gut vorbereitet ist, wenn er zum Patienten geht.“ (VERAH8)
		1.1.3 •VERAH filtert	„Und wenn da eine VERAH hinfährt [zum Hausbesuch] und das Ganze filtert und sagt: ‚Pass auf, hier könnte medizinisch was anbrennen.‘ Dann fahre ich gezielt zu den Leuten hin. Aber die Leute fühlen sich betreut. Es schaut jemand mit Fachverstand nach ihnen. Und die Kraft filtert für mich einfach, wo es wirklich notwendig ist, dann als Arzt vorbei zu schauen. Und das spart mir dann doch Einiges.“ (Arzt2)
		1.1.4 • (selbständige) Betreuung „Chroniker“	„Also die in DMPs eingeschrieben sind, sei es COPD, Asthma, Diabetes oder KHK. Für die nehme ich mir eine halbe Stunde Zeit, gucke auch auf bestimmte Dinge, sei es Fußkontrolle, seien es jetzt die Lungenfunktionstests [...] Ja, durch das, dass halt Chroniker ja sehr, sehr viele sind. Und ich die halt wegnehme und sie bei mir ..., das ist ja schon die Entlastung. Überlegen Sie mal, ich habe ungefähr vielleicht morgens fünf, mittags fünf, das sind zehn Leute am Tag.“ (VERAH13)
		1.1.5 • Monitoring Behandlungsverlauf	„Also ich denke, bei uns ist das jetzt durch diese Anrufliste, [...] dass die Leute mir erzählen, was sie brauchen, was sich verschlechtert hat und so weiter und ich da einfach Rücksprache halte, wo halt vielleicht vorher, wenn wir das nicht machen würden, vielleicht ‚Ich muss mit dem Arzt sprechen, ich brauche einen Hausbesuch vom Arzt!‘ Einfach nur um wirklich banale Sachen einfach abzuklären, [...] die eigentlich dann auch die MFA erledigen kann.“ (VERAH9)
	1.2 Rahmenbedingungen in der Praxis	1.2.3 • Personelle Ausstattung • Zeit/Arbeitsaufkommen • Verantwortung im Team • Struktur hilft	„Aber es wurde nicht gleich praktiziert eigentlich. Wir hatten noch eine Vorlaufzeit. Weil eine Kollegin [...] wurde dann schwanger und ist dann ein Jahr ausgefallen und dann waren wir nur zu zweit und dann konnte man es gar nicht so explizit dann durchführen. Mittlerweile sind wir aber wieder zu dritt und wir können das auch sehr gut jetzt praktizieren und haben jetzt auch schon ein VERAH-Mobil. Und das ist natürlich klasse. Wir sind jetzt mittendrin und helfen auch unseren Patienten.“ (VERAH5)
2. Förderliche und hemmende Faktoren	2.1 VERAH-seitig	2.1.1 • Engagement • Qualifikation • Erfahrung	„Ja es hängt auch von der Zusatzqualifikation ab und vom Engagement der einzelnen Helferinnen oder VERAH. Das ist so. Das ist ganz klar. Wenn ich mich natürlich immer bloß nicht einbringe und nicht fortbilde ... [...] Ja klar! Irgendwann spiegelt sich das.“ (VERAH1)
		2.1.2 • Grenzen kennen	„Ich habe den weltbesten Chef, das kann man also wirklich ... Nein. Er lässt mich handeln und schalten und walten. Ich kenne auch meine Grenzen, muss ich auch dazu sagen.“ (VERAH14)
	2.2 Arztseitig	2.2.1 • Zutrauen • Raum geben	„Also, ich denke, man muss wissen, was die VERAH kann [...]. Man muss wissen, ob sie der Sache gewachsen ist unterm Strich, also man muss ein Vertrauen haben in die Mitarbeiterin. Und man muss natürlich von sich aus selbst auch in der Lage sein, abzugeben und Kompetenz abzugeben und sich darauf halt natürlich verlassen zu können, dass das dann auch seriös von der Mitarbeiterin bewältigt wird.“ (Arzt9)
		2.2.2 • Keine Wahrnehmung • Arzt lässt nicht los	„Also erstmal sollte ich überhaupt wissen, was die VERAH alles kann. Das habe ich bis vor einem Jahr noch überhaupt gar nicht gewusst. [...] Und habe dann gemerkt, was die alles lernen muss und was die alles wissen muss und auch weiß, im Idealfall. Und da fehlt es vielleicht manchmal noch ein bisschen am Wissen, auch der Ärzte, was kann meine VERAH eigentlich. Was lernt die da überhaupt? Ich glaube wenn man das dann weiß, ist man auch eher geneigt der VERAH Tätigkeiten zu geben, die ihr auch angemessen sind [...].“ (Arzt5)
	2.3 Patienten-seitig	2.3.1 • Aufklärung • Kompetenz anerkennen • Keine Wahrnehmung	„Das kommt darauf an, wie alt eigentlich der Patient ist. Weil manche, die hören das, aber die verstehen das irgendwie nicht so. Ja, aber die Jüngeren, sagen wir mal so, die möchten das auch erklärt haben, was wir eigentlich da machen und wie das funktioniert.“ (VERAH5)
			„Ich denke bei uns ist das so gewesen, dass ich Schritt für Schritt ihr Patienten abgetreten habe. [...] Und dann war sagen wir mal die mediale Präsenz der VERAH war dann ganz hilfreich. Er [der Patient] kannte dann diesen Begriff schon und hat dann gesagt: ‚Ja, ja, gut, also wenn Sie sonst nochmal vorbei kommen.‘ Sage ich: ‚Na ja selbstverständlich. [...] Klar komme ich.‘ Aber ich sag ‚diese Routineblutabnahme, alle zwei bis drei Wochen, den Quickwert, das macht jetzt die Frau [Name der VERAH]‘. Und das geht reibungslos.“ (Arzt3)

Tabelle 1 Übersicht über die Kategorien und Subkategorien mit Ankerbeispielen unterlegt

Ergebnisse

Im März/April 2015 fanden 26 telefonische leitfadengestützte Interviews mit VERAH (Dauer Ø 27 Min.) und 11 mit Hausärzten (Dauer Ø 16 Min.) statt.

Charakteristika der Teilnehmer

Alle VERAH waren weiblich, durchschnittlich 41,2 (SD 12,3) Jahre alt und hatten durchschnittlich 21,5 (SD 11,7) Jahre Berufserfahrung als MFA, davon 4 Jahre Erfahrung als VERAH. 17 (65,4 %) der VERAH waren seit > 10 Jahren in der jeweiligen Praxis beschäftigt. 10 (91,0 %) der 11 interviewten Ärzte waren männlich, im Durchschnitt 60,4 (SD 6,2) Jahre alt, seit 22,9 (SD 8,9) Jahren niedergelassen und seit 5,8 (SD 1,0) Jahren in der HzV.

Zur Analyse des Themas der Delegationsumsetzung wurden die Kategorien „Tätigkeitsübernahme/-übergabe“ sowie „Rahmenbedingungen“ betrachtet. Bei den förderlichen und hemmenden Faktoren ergaben sich Kategorien zu „VERAH-seitigen“, „arztseitigen“ und „patientenseitigen“ Einflussfaktoren (Tab. 1).

Delegation von Hausbesuchen

In fast allen Interviews wurde die Durchführung von Hausbesuchen durch VERAH thematisiert. Der Umfang und die Bedeutung variierten stark. Während in einer Praxis die VERAH bei einem Hausbesuch ausschließlich Blutentnahmen durchführte, reichte das Spektrum bis hin zur Begehung der Wohnung oder dem Führen ausführlicher Anamnesegespräche (Tab. 1, Punkt 1.1.1). Die Wichtigkeit der Übernahme von Hausbesuchen durch eine VERAH drückte ein der Ärzte so aus:

„Hausbesuche vor allem, Hausbesuche, wo Patienten einfach jetzt richtig professionell behandelt werden. Das sind nicht nur Hausbesuche und nur ‚Guten Tag, auf Wiedersehen‘, sondern richtig sich dann auf Patient konzentrieren, Blutdruck messen, Anamnesegespräch führen. Das ist etwas, was man sich wünscht, ja?“ (A11)

VERAH bereiten Arzt-Patienten-Termine vor und „filtern“

Außerdem übernahmen VERAH Tätigkeiten im Rahmen ausführlicher Vor- und Nachbereitung der Arzt-Patienten-

Kontakte. Sie aktualisierten etwa Medikamentenpläne, führten klinische Tests oder Anamneseerhebungen durch oder bereiteten Anträge vor, damit der Arzt sich im Arzt-Patienten-Gespräch „auf das medizinisch Notwendige“ konzentrieren konnte (Punkt 1.1.2). Eine VERAH drückte das folgendermaßen aus:

„Also ich selektiere einfach im Vorfeld, was ist für den Patienten jetzt, was steht an? Was macht Sinn? Also so quasi wie ein Leitfaden, dass er einfach schon, wenn dann der Doktor kommt, der braucht sich dann eigentlich nur noch auf das Medizinische dann zu konzentrieren.“ (V19)

In diesem Zitat beschreibt die VERAH einen weiteren Umsetzungspunkt: VERAH „filtern“. Sie übernehmen, wie oben beschrieben, den ersten Kontakt zu den Patienten und eruieren noch vor dem Arzt-Kontakt die medizinische Indikation und fahren ggf. zunächst selbst zum Hausbesuch (Punkt 1.1.3).

Eigenständigkeit mit eigener Sprechstunde und bei Patientenmonitoring

In wenigen Fällen fand eine sehr selbstständige Betreuung der chronisch kranken Patienten durch eine VERAH statt mit eigener „Sprechstunde“ (Punkt 1.1.4). Manche VERAH monitorierten selbstständig den Behandlungsverlauf, indem sie (telefonischen) Kontakt zu den Patienten hielten, um einerseits bei Verschlechterungen den Arzt frühzeitig zu informieren und andererseits bei „banalen“ Anforderungen selbst eingreifen zu können (Punkt 1.1.5).

Rahmenbedingungen innerhalb der Praxis

Eine sehr wichtige Rolle bei der Ausgestaltung der Delegation in den Praxen spielten nach Angaben der Interviewten die personelle Ausstattung und der Faktor Zeit. War der Personalschlüssel so ausgelegt, dass der VERAH ausreichend Zeit zur Verfügung stand, um VERAH-spezifische Tätigkeiten durchführen zu können, so förderte dies die Umsetzung. War beides nicht in ausreichendem Maße vorhanden, erschwerte es die Übernahme von Tätigkeiten, die als VERAH-spezifisch gelten. Eine VERAH beschrieb dies so:

„Manchmal ein bisschen mehr Zeit noch. Also wenn ich jetzt, ich habe zwar

schon Zeiten, wo ich mich für diese VERAH-Sachen [...] aber das ist oft schon eng bemessen, wo man dann schon gucken muss, dass man das auf die Reihe kriegt.“ (V26)

Delegation scheint auch leichter implementierbar, wenn das gesamte Praxisteam einbezogen wurde, d.h. wenn alle Mitarbeiterinnen ihre Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereiche kannten und die Aufgabenverteilung klar definiert war. Als weiteres hilfreiches Element, um zusätzliche Aufgaben übernehmen zu können, beschrieben die interviewten VERAH ein eigenständig konzipiertes strukturiertes Vorgehen z.B. als strukturierte Hausbesuchsdokumentation (Punkt 1.2.3).

„Habe mir die Fragen alle selber so in einen, so einen Assessment-Bogen selber erstellt, da schreibe ich alles rein. Und, und lege ihr [der Ärztin] das hin [...] und dann sieht sie so und so „Ja, das kannst du machen, das kannst du machen“. Dann gibt sie mir auch die Rezepte mit und alles und dann mache ich mit dem Patienten alles fertig.“ (V13)

VERAH-seitige Einflussfaktoren

Als wichtigsten VERAH-seitigen Einflussfaktor beschrieben beide Berufsgruppen das Engagement der einzelnen VERAH. VERAH und Ärzte betonten, wie wichtig das aktive Einbringen der VERAH und deren Fortbildungsmotivation seien, und dass diese bereit wäre, Verantwortung zu übernehmen (Punkt 2.1.1). Einer der Ärzte sagte hierzu:

„Die muss noch nicht alles können, aber man muss merken [...] die will noch mehr lernen, die will auch noch mehr Verantwortung übernehmen. Der reicht das nicht, nur an der Anmeldung zu sitzen, sage ich mal. Und das sind natürlich dann Menschen, da lohnt es sich dann auch, die Ausbildung zu bezahlen und zu fördern.“ (A5)

Gleichzeitig wurde beschrieben, dass sie aber auch ihre Grenzen (bezogen auf die medizinischen Kompetenzen) kennen müsse (Punkt 2.1.2) und in einigen Interviews wurde auf die Erfahrung der VERAH im Sinne einer langjährigen Tätigkeit in der bewussten Praxis hingewiesen. Ein Arzt beschrieb das so:

„Und das muss jemand sein, der einfach auch ein bisschen mitdenkt schon und ein bisschen Erfahrung hat und weiß was er ..., seine Grenzen kennt auf der einen Seite auch.“ (A1)

Arztseitige Einflussfaktoren

Beide Berufsgruppen beschrieben die Notwendigkeit, dass die Ärzte den VERAH die neuen Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche zutrauen, ihnen Vertrauen entgegenbringen, hinter ihnen stehen und ihnen „Raum geben“. Einerseits meint dies „Raum geben“ im übertragenen Sinne, indem sie mehr Spielraum für die Durchführung der delegierten Tätigkeiten lassen, andererseits im eigentlichen Sinne einen „Raum“ in der Praxis zur Verfügung zu stellen, in dem die VERAH ungestört die Patienten betreuen kann (Punkt 2.2.1).

„Naja, der Arzt muss ja einem das auch zutrauen. Klar muss man, also selbstsicher muss man sich dann schon sein, ganz klar. Ist ja wirklich eine verantwortungsbewusste Aufgabe und er [der Arzt] verlässt sich ja dann auf die VERAH und alles und legt der ja eigentlich, im Prinzip ja alles in die Hände.“ (V13)

Nachteilig wirkt sich laut Interviewpartner aus, wenn die Ärzte die neu erworbenen Kompetenzen der VERAH nicht kennen (Punkt 2.2.2) oder auch, wenn die Ärzte nicht „loslassen“ können. Damit ist gemeint, dass sie zwar die Qualifikation der VERAH anerkennen, jedoch nach wie vor mögliche delegierbare Tätigkeiten lieber selbst durchführen.

„Ja gut, er muss bereit sein Verantwortung zu delegieren. Er muss sie ausreichend wertschätzen, dass er sagt: ‚Da brennt nichts an, wenn die hinfährt, die hat so diesen Blick [dafür], wenn was anbrennen könnte.‘ Dazu muss man bereit sein. [...] Und ja, und klar, man muss natürlich auch überzeugt davon sein, dass die VERAH diese Fähigkeiten besitzt und wie gesagt loslassen können.“ (A2)

Patientenseitige Einflussfaktoren

In Bezug auf die Patienten spielt die Aufklärung eine Rolle, wobei VERAH und Ärzte in den Interviews erklärten, dass es stark vom Alter der Patienten abhängt: Jüngere Patienten erhalten demnach eine ausführlichere Erläuterung zu der VERAH-Tätigkeit als ältere (Punkt 2.3.1). Die interviewten VERAH hatten größtenteils die Wahrnehmung, dass ihre Kompetenz von den Patienten anerkannt wurde, was sie mit einem langjährigen MFA-Patienten-Verhältnis begründeten. So sahen die VERAH kaum Pro-

bleme, wenn sie z.B. neu die (Routine-) Hausbesuche übernahmen.

„[...] weil ich die Patienten jetzt schon über viele, viele Jahre kenne. Und ein Vertrauensverhältnis baut sich nicht mit einer VERAH-Qualifikation auf, sondern eigentlich, wie lang Sie die Patienten auch kennen und wie lange die auch regelmäßig zu Ihnen in die Praxis kommen.“ (V3)

Werden die Patienten nicht eingebunden oder diese interessieren sich nicht für das erweiterte Tätigkeitsspektrum der VERAH, kann es passieren, dass die Kompetenz der VERAH von den Patienten nicht wahrgenommen wird. In diesem Fall hilft die Aufklärung möglichst von Arztseite, aber auch die Präsenz der VERAH in der Öffentlichkeit, damit Patienten die VERAH akzeptieren (Punkt 2.3.1).

Diskussion

In den Interviews zeigte sich, dass VERAH vorwiegend (Routine-) Hausbesuche durchführten sowie Filterfunktionen (Bewertung der medizinischen Notwendigkeit) und vorbereitende Tätigkeiten übernahmen, bevor der Arzt den Patienten sah. Aus Schweden ist bekannt, dass eine Triage, auch unter Mitwirkung des nichtärztlichen Personals, zu einer Effizienzsteigerung in der Praxis führen kann [8]. Eine VERAH könnte also – konsequent weitergedacht – dazu beitragen, durch Unterstützung bei der Priorisierung den Praxisablauf effektiver zu gestalten.

Infolge der Delegation der o.g. Tätigkeiten wurde eine (meist zeitliche) Entlastung für den Arzt berichtet, was ihm mehr Zeit für wichtige medizinische Aufgaben gewährt. Wie schon Dini et al. bei Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern beschrieben [9], scheint dies ein hoher Motivationsfaktor für die Umsetzung der Delegation zu sein. Inwiefern die beschriebene Umverteilung Einfluss auf die Qualität der Versorgung oder auf die Patientensicherheit hat, muss in Zukunft kritisch geprüft werden.

Die personelle Ausstattung in der Praxis und die der VERAH zur Verfügung stehende Zeit wurden als relevante Faktoren für die Umsetzung des VERAH-Einsatzes in der Praxis berichtet. Fraglich bleibt, ob die Verfügbarkeit von MFA dem notwendigen Ressourceneinsatz entgegensteht. Vonseiten der VER-

AH zeigte sich deren Engagement als wichtigster Einflussfaktor, aber auch die Qualifikation und Erfahrung. Wenn der Arzt der VERAH die neue Rolle zutraut, ihr ausreichend Spielraum gewährt, und wenn das ganze Team einbezogen wird, d.h. die Rollenaufteilungen für alle klar erkennbar sind, fördert dies aus Sicht der Interviewten die Implementierung der Delegation. Wissen die Ärzte, welche Kompetenzen und Kenntnisse die VERAH mit der Qualifikation erlangt, erleichtert dies die Umsetzung der Delegation. Nach MacDonald et al. ist dies neben Kommunikation, Stärke der Rolle, Teamorientierung, Führungs-, und Konfliktlösungsqualität ein Schlüssel für das Gelingen der Delegation [10].

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es bei der Ausgestaltung der Delegation in den Praxen tatsächlich zu einer Neuverteilung von Aufgaben gekommen ist. Dabei scheint den VERAH eine höhere Verantwortung zuzukommen, z.B. wenn sie Hausbesuche selbstständig durchführen. Gerade hinsichtlich der Verantwortung lassen sich die Ergebnisse gut mit den von Schmid/Messer beschriebenen „Dimensionen im Verantwortungssystem“ [11] zur Deckung bringen.

Danach funktioniert die Verantwortungsverteilung nur, wenn die qualifizierte MFA (VERAH, NäPa)

1. die Verantwortung übernehmen will, d.h., wenn sie engagiert ist und durch die langjährige Tätigkeit in der Praxis einschätzen kann, was auf sie zukommen wird;
2. die Verantwortung übernehmen kann, d.h. die entsprechende Qualifikation besitzt;
3. die Verantwortung übernehmen darf, d.h., dass Patient und Arzt es der Person zutrauen und in der Praxis dafür gesorgt ist, dass sie den notwendigen Gestaltungsspielraum hat (Zeit, Entscheidungsfreiraum, Equipment);
4. die Verantwortung übernehmen muss, d.h., dass der Arzt die Leistungen einfordert und zusätzlich im Praxisteam die Zuständigkeiten jeder einzelnen Person klar definiert sind.

Hier wird deutlich, dass das Gelingen der Delegation einerseits von der Person (1. u. 2.), andererseits von der Organisation (Arzt und Praxisteam; 3. u. 4.) abhängig ist und nur im Zusammenspiel aller Akteure gelingen kann [11].

Karola Mergenthal ist ...



... Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Ihr Interessenschwerpunkt liegt im Bereich Versorgungsforschung unter Einbezug von Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis.

Limitationen

Die Befragung basierte auf leitfadengestützten Interviews und inhaltsanalytischen Auswertungen, d.h. sie dient der Exploration von konkreten Erfahrungen der Beteiligten und zielt nicht auf allgemeine Repräsentativität. Daher wurde auf die quantitative Auszählung von Argumenten verzichtet. Die Stichprobe stellt ein „convenience sample“ von VERAH und Hausärzten in der HzV dar. Wir konnten überwiegend männliche ärztliche Interviewpartner gewinnen, damit ist ein Selektionsbias nicht auszuschließen, zumal Dini et al. 2012 [9] bei einer Befragung von 515 Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern zu dem Ergebnis kamen, dass eher weibliche und jüngere Ärztinnen Hausbesuche an MFA delegieren. Unsere Ergebnisse repräsentieren daher die männliche Sicht auf die Delegation an überwiegend weibliche Mitarbeiterinnen

(VERAH). Die Bereitschaft zur Interviewteilnahme lässt auf eine hohe Motivation schließen, was dem Studienziel „von den Erfahrenen lernen“ entgegenkam, gleichzeitig muss man davon ausgehen, dass eine gewisse Freiwilligkeit der Umsetzung des VERAH-Konzeptes die Grundlage dieser Erfahrungen war.

Schlussfolgerungen

Ein Großteil der Faktoren, die eine Implementierung von Delegationskonzepten fördern, kann durch das Praxisteam selbst beeinflusst werden, z.B. die Verteilung von Verantwortlichkeiten, aber auch die zeitliche Flexibilität für VERAH oder NÄPa mit delegierter Verantwortung, um neue Tätigkeiten übernehmen zu können.

Gelingt es den Praxen die Delegationskonzepte gut zu implementieren, profitieren die Ärzte, indem sie zeitlich

entlastet werden und Zeit für wichtige medizinische Aufgaben gewinnen. Bei der Planung zukünftiger innovativer Versorgungsmodelle muss die Rolle aller nichtärztlichen Praxismitarbeiter von Beginn an mit geplant werden, damit die positiven Effekte (z.B. mehr Zeit für ärztliches Personal am Patienten) zum Tragen kommen können.

Um die Ergebnisse auf die generelle hausärztliche Versorgung (auch ohne HzV-Strukturen) zu übertragen, sollten die für die Delegation förderlichen organisatorischen Rahmenbedingungen (z.B. monetäre Anreize, Qualifikation einer MFA) in der Regelversorgung weiter ausgebaut werden.

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

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
2. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. Gesundheitswesen 2015; 1–7
3. Erdmann A, Ehlers A. So delegieren Sie richtig: Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen. Dtsch med Wschr 2015; 140: 62–64
4. Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SBG V in seiner 339. Sitzung. http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-11-18_ba339_1.pdf. (letzter Zugriff am 11.04.2016)
5. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 398–407
6. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Forbild Qual Gesundheitswes 2013; 107: 386–393
7. Kuckartz U (Hrsg.). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2014
8. Maun A, Engström M, Frantz A, Brämberg, EB, Thorn J. Effective teamwork in primary healthcare through a structured patient-sorting system – a qualitative study on staff members' conceptions. BMC Fam Pract 2014; 15: 189
9. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Delegation von Hausbesuchstätigkeiten an Medizinische Fachangestellte. Dtsch Arztebl 2012; 109: 795–801
10. MacDonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Murray LB, Fowler-Kerry SE, Anonson JMS. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. Nurse Educ Pract 2010; 10: 238–242
11. Schmid B, Messmer A, Weidner I (Hrsg.). Systemische Personal-, Organisations- und Kulturentwicklung: Konzepte und Perspektiven. 2. Aufl. Bergisch Gladbach: EHP, 2005