

Schulung von Medizinischen Fachangestellten bei hausärztlichen Forschungsprojekten

Wissensgewinn und Unterschiede zwischen einer Präsenzschiulung und dem Selbststudium eines Schulungshandbuches

Healthcare Assistant Training for Research Projects in Family Medicine

Knowledge Gains and Differences between Classroom-based Training and Self-Study of a Training Manual

Karola Mergenthal¹, Sylvia Schulz-Rothe¹, Andrea Siebenhofer^{1,2}, Ferdinand M. Gerlach¹, Tanja Rossmanith³, Juliana J. Petersen¹

Hintergrund

Beim Start neuer Studien stehen Forschungseinrichtungen oft vor der Frage, wie die Schulung von Praxisteams effektiv und ressourcenschonend gestaltet werden kann. Wir untersuchten, ob die Schulung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu einem Wissenszuwachs führt und ob eine Präsenzschiulung im Vergleich zum Selbststudium von Schulungsmaterialien Unterschiede aufzeigt.

Methoden

Im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Studie sollten die MFA entweder eine Präsenzschiulung vor Ort oder im Selbststudium das Handbuch mit den gleichen Themen bearbeiten. Der Wissensstand wurde mit sechs Fragen (Summenscore 0–30 Punkte, Pkt.) erhoben und mittels nichtparametrischer Tests verglichen.

Ergebnisse

An den Schulungen nahmen 73 MFA teil, der Mittelwert (MW) im Wissenstest betrug vor der Schulung 19,96 Pkt., danach 25,62 Pkt. ($p < 0,001$). Von 106 MFA mit Selbststudium hatten 27 % ($n = 29$) das Handbuch nicht gelesen (MW 19,83 Pkt.). Bei den restlichen MFA betrug der MW je nach Intensität des Handbuchstudiums zwischen 21,60 und 25,40 Pkt. Die MFA nach der Schulung ($n = 73$) zeigten einen signifikant höheren Wissensstand als die MFA mit Selbststudium ($n = 77$) ($p < 0,001$).

Schlussfolgerungen

Im Vergleich bietet die Präsenzschiulung einen signifikant höheren Wissensstand, zudem wurde beim Selbststudium gut ein Viertel der Teilnehmer nicht erreicht. Für weitere zeiteffektive Optionen sollten die Möglichkeiten von Videoedukationen und Webinaren zur Schulung der Praxisteams geprüft werden.

Schlüsselwörter

Medizinische Fachangestellte; Qualifikation; Hausarztpraxis; allgemeinmedizinische Versorgungsstudien; rheumatoide Arthritis

Background

When initiating new studies, research institutions are often faced with the question how training can be organized effectively and without wasting resources. We investigated whether training healthcare assistants (HCAs) leads to knowledge gains, and whether differences exist between participation in classroom-based training and self-study of training materials.

Methods

As part of a research study in family medicine, HCAs either participated in on-site classroom-based training, or were required to study a manual that dealt with the same topics. Six questions were used to assess the level of knowledge (sum score 0–30 points, pts), the results compared using non-parametric tests.

Results

73 HCAs participated in classroom-based training. In the knowledge test, their average (avg.) was 19.96 pts before the training and 25.62 pts ($p < 0.001$) afterwards. Of the 106 HCAs in the self-study group, 27 % ($n = 29$) did not read the manual (avg. 19.83 pts). Depending on the intensity of self-study, the avg. result among the remaining HCAs ranged from 21.60 to 25.40 pts. HCAs that completed classroom-based training ($n = 73$) were significantly more knowledgeable than those that studied the manual on their own ($n = 77$), ($p < 0.001$).

Conclusions

A comparison showed that participation in classroom-based training resulted in significantly greater knowledge. A good quarter of participants in the self-study group were not reached at all. To identify further time-effective options, the use of education videos and webinars to train practice teams should be investigated.

Keywords

Healthcare assistants; health care studies in family medicine; qualification; family practice; rheumatoid arthritis

¹Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

²Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

³Fraunhofer Institut für Molekularbiologie und angewandte Ökologie IME, Institutsteil Translationale Medizin und Pharmakologie, Frankfurt am Main

Peer reviewed article eingereicht: 17.04.2019, akzeptiert: 24.07.2019

DOI 10.3238/zfa.2020.0024-0030

Hintergrund

In Deutschland steigt die Zahl der an medizinischen Fakultäten gegründeten selbstständigen Institute oder Abteilungen für Allgemeinmedizin stetig an (von 13 im Jahr 2006 [1] auf aktuell 27). Begleitet wird diese Entwicklung von einer zunehmenden Anzahl an klinischen Studien, die in der Allgemeinmedizin durchgeführt werden, was durch den kontinuierlichen Anstieg von 22 veröffentlichten Manuskripten im Jahr 2000 auf 170 im Jahr 2010 abgebildet wird [2, 3].

Die allgemeinmedizinischen Praxisteams übernehmen in der Regel eine Reihe von Aufgaben in der Studiendurchführung. Diese reichen von der Einladung der Patienten zur Studienteilnahme über die Studienaufklärung und den Patienteneinschluss nach schriftlichem Einverständnis bis zur Erbringung von Interventionen [4]. Auch im weiteren Studienverlauf betreuen die hausärztlichen Praxisteams die Studienpatienten und tragen entscheidend dazu bei, dass die Patienten weiterhin motiviert bleiben, an der Studie teilzunehmen [5, 6].

Medizinische Fachangestellte (MFA) übernehmen in der Studiendurchführung eine wichtige Rolle, da sie Ansprechpartner für Studienpatienten sein können, die Patienten motivieren sowie dokumentarische und organisatorische Aufgaben im Studienablauf übernehmen [7]. Die fristgerechte Patientenrekrutierung und erfolgreiche Durchführung von solchen allgemeinmedizinischen Versorgungsstudien hängt maßgeblich davon ab, wie gut geschult die Praxismitarbeiter sind [7]. Obwohl die Anzahl der Studien wächst [6], ist bislang selten speziell qualifiziertes Personal – sogenannte Studienassistenten – in den Hausarztpraxen beschäftigt. Zum Start einer neuen klinischen Studie stellt sich somit die Forschungseinrichtung häufig die Frage, wie umfangreich eine Schulung der Praxismitarbeiter ausfallen muss bzw. ob eine zeitaufwendige Präsenzschiulung notwendig ist, oder ob mit dem Selbststudium von Schulungsmaterialien ein ähnlicher Wissensstand erreicht werden kann.

Im Rahmen der Initiierung einer Kohortenstudie zur rheumatoiden Arthritis in Hausarztpraxen wurde folgender Fragestellung nachgegangen:

Führte die Schulung von MFA zu einem Wissenszuwachs und bestanden Unterschiede im Wissensstand bei MFA mit Präsenzschiulung im Vergleich zu MFA, die zum Selbststudium von Schulungsmaterialien aufgefordert wurden?

Methoden

Studiendesign

Diese Längsschnittstudie war in die prospektive Kohortenstudie PANORA (Prevalence of anti-cyclic citrullinated peptide [anti-CCP] positivity and subclinical signs of inflammation in patients with new onset of non-specific musculoskeletal symptoms possibly related to early rheumatoid arthritis in general practices in Germany) eingebettet (ClinicalTrials.gov Kennnummer NCT03267147). Die Patientenrekrutierung fand über die Hausarztpraxen statt wofür diese über 18 Monate alle Patienten mit neu aufgetretenen Beschwerden am Bewegungsapparat identifizierten, über die Studie aufklärten und der Arzt oder die MFA einen anti-CCP-Schnelltest veranlassten. Positiv getestete Patienten erhalten ein rheumatologisches Follow-up über maximal 3 Jahre, negativ getestete Patienten erhalten eine Nachbefragung nach ein bzw. drei Jahren, um die Inzidenz einer rheumatoiden Arthritis zu erfassen.

Rekrutierung der Hausarztpraxen

Für die Teilnahme von 1000 Studienpatienten strebte das Studienteam die Rekrutierung von 75 hausärztlich tätigen Praxen an. Die Praxenrekrutierung fand zwischen Februar und September 2017 statt. Interessierte Praxen des Forschungsnetzwerks vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main (ForN¹) wurden schriftlich zur Studienteilnahme eingeladen und sukzessive in die Studie eingeschlossen. Weitere zehn Praxen wurden über einen internen Adressverteiler

rekrutiert (Region Frankfurt am Main, Main-Taunus-Kreis, Darmstadt, Mainz) bis die Zielgröße von 75 Praxen erreicht war (Abb. 1). Sobald eine Praxis ihr Interesse zur Studienteilnahme per Faxrückantwortschreiben bekundet hatte, wurde der Arzt vom Studienteam telefonisch kontaktiert. Dabei erfolgte eine Information über die Studieninhalte sowie über die Möglichkeit einer zusätzlichen ca. 30- bis 40-minütigen Vor-Ort-Schiulung für Ärzte und MFA. Zur Einweisung in die Studienabläufe visitierte das Studienteam jede teilnehmende Hausarztpraxis zwischen März und August 2017. Nach Bedenkzeit und im Rahmen eines Folgetelefonats zur Terminvereinbarung teilten die Praxen mit, ob eine Vor-Ort-Schiulung gewünscht wurde. Falls nicht, erhielten die Praxen ca. zwei bis drei Wochen vor der Praxisvisite mit der schriftlichen Terminbestätigung Schulungshandbücher (entsprechend der vorab erhobenen Anzahl der beschäftigten MFA) mit der Bitte an die MFA, diese bis zum Termin zu bearbeiten.

Entwicklung der Schulungsmaterialien und Schiulung

Zuvor hatte das Studienteam für die MFA ein 20-seitiges Handbuch mit Inhalten zum Krankheitsbild, Diagnostik, Klassifikationskriterien, Therapieoptionen und Lebensstilmaßnahmen einer rheumatoiden Arthritis entwickelt. Grundlage bildeten die Broschüre „Rheumatoide Arthritis“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [8], die Patienteninformationen der Rheuma-Liga [9] sowie aktuelle Empfehlungen der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin für die Hausarztpraxen [10]. Die Schiulungen fanden in den Praxen statt und enthielten verschiedene interaktive Elemente, wie z.B. das selbstständige Erarbeiten möglicher Symptome oder Lebensstil Anpassungen.

Datenerhebung

Das Studienteam fertigte ebenfalls einen Fragebogen mit sechs Wissensfragen an, welche passend zu den In-

¹ www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung4/forN.html

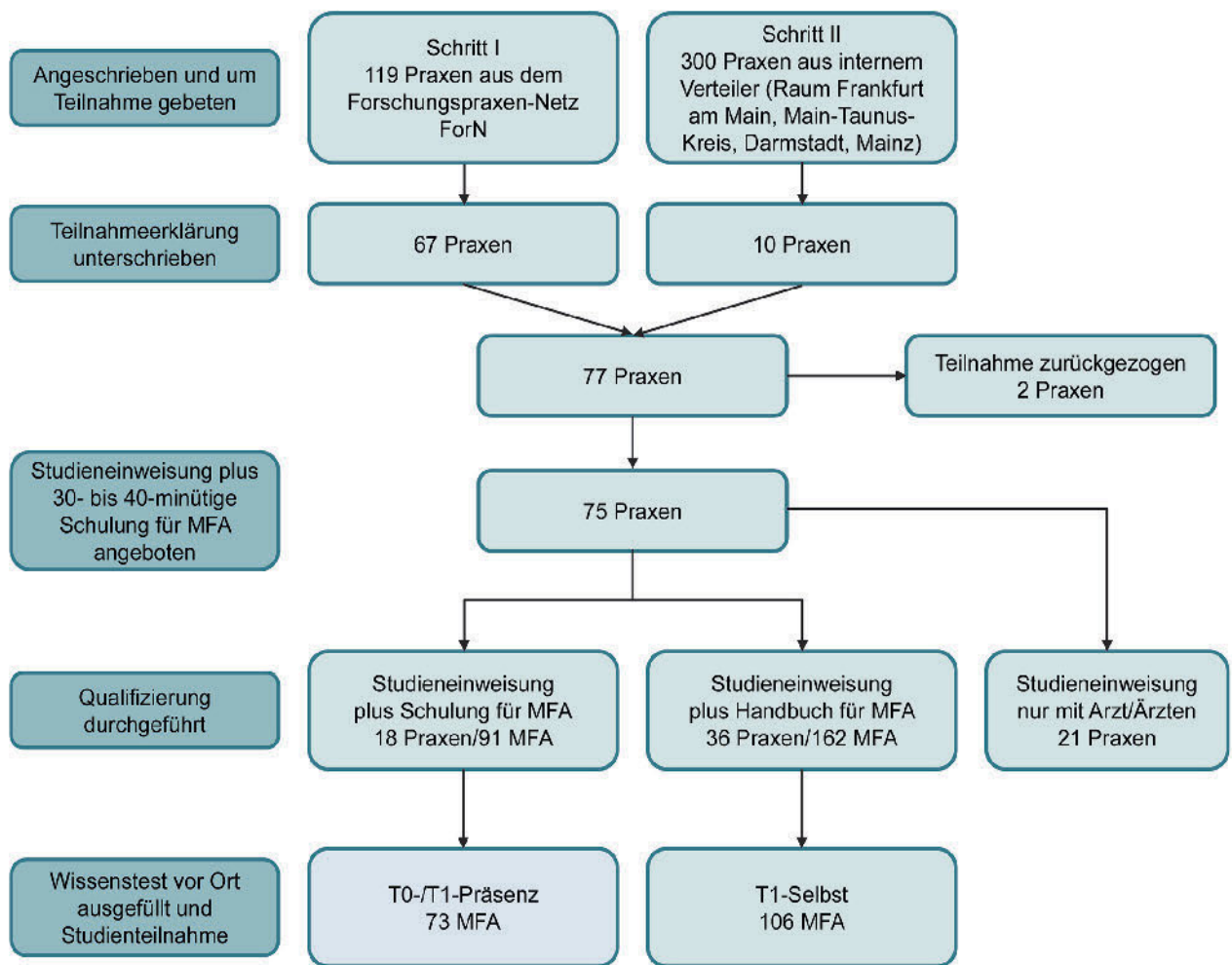


Abbildung 1 Ablauf der Rekrutierung der Praxen und der Medizinischen Fachangestellten

halten des Handbuchs entwickelt wurden (Summenscore 0–30 Punkte, Pkt.).

Intervention

Wenn es für die Praxen zeitlich integrierbar war, erhielten die MFA eine 30- bis 40-minütige Schulung zu o.g. Inhalten im Rahmen der Praxisvisitation. In den anderen Praxen sollten die MFA im Selbststudium das Handbuch durcharbeiten. Die geschulten MFA füllten vor (T0-Präsenz) und nach (T1-Präsenz) der Schulung einen identischen Fragebogen aus. Die MFA mit Selbststudium erhielten zwei Wochen vor der Visite das Handbuch per Post und füllten bei der Studieneinweisung den o.g. Fragebogen (T1-Selbst) aus. Die MFA mit Selbststudium gaben zusätzlich an, ob sie das Handbuch A = nicht angeschaut; B = teilweise angeschaut; C = mindestens einmal komplett gelesen oder D = intensiv gelesen hatten. So-

ziodemografische Daten ergänzten die Befragung.

Statistische Analyse

In die Datenauswertung flossen nur Wissenstests ein, die in Anwesenheit des Studienteams ausgefüllt wurden, um den tatsächlichen Wissensstand zu erheben und Verzerrungen durch Nachlesen vorzubeugen. Die Analyse der soziodemografischen Charakteristika der MFA erfolgte mittels 2-seitigem Mann-Whitney-U-Test (stetige Variablen) bzw. Chi-Quadrat- oder Fisher-exakt-Test (kategoriale Variablen). Die Ergebnisse des Wissenstests wurden mit dem Shapiro-Will-Test auf Normalverteilung geprüft ($p < 0,001$), um die Anwendbarkeit parametrischer Verfahren zu prüfen. Da keine Normalverteilung vorlag, kamen nicht parametrische Verfahren wie Wilcoxon-Test (präpost-Veränderungen des Wissens bei der Schulungsgruppe) oder Mann-

Whitney-U-Test (Vergleich der Ergebnisse der geschulten MFA [T1-Präsenz] mit den Ergebnissen der MFA, die das Handbuch im Selbststudium bearbeitet haben [T1-Selbst]) zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wurde bei $p \leq 0,05$ festgelegt. Die Analysen fanden unter Anwendung des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Version 25.0; SPSS Inc. M. Chicago, IL/USA) statt.

Ethik

Ein positives Votum vom 25. April 2017 der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main (Geschäftsnummer 508/16) lag vor.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen 179 (75 % von 240) MFA aus 54 Praxen teil. Davon wurden 73 MFA (40,8 %) aus 18 Praxen geschult, 106 MFA (59,2 %) aus 36 Praxen.

Soziodemografie Medizinische Fachangestellte (MFA)	MFA mit Schulung (n = 73) ¹	MFA mit Selbststudium (n = 106) ¹	p-Wert
Geschlecht, weiblich, % (n)	97,3 (71)	100 (106)	0,165 ²
Alter, MW (STW)	40,6 (13,3)	42,9 (11,6)	0,278 ³
Dauer Tätigkeit als MFA, MW (STW)	17,3 (11,9)	20,5 (12,4)	0,091 ³
Dauer Tätigkeit in dieser Praxis, MW (STW)	10,4 (9,2)	9,8 (9,4)	0,683 ³
Stundenumfang pro Woche, MW (STW)	29,5 (9,8)	29,5 (8,9)	0,994 ³
Berufsabschluss, % (n)⁴			
MFA oder Arzthelferin	70,5 (43)	77,7 (73)	
Gesundheits- und Krankenpflegerin	9,8 (6)	7,4 (7)	
In Ausbildung zur MFA	6,6 (4)	3,2 (3)	
Zusatzqualifikationen, % (n)			
VERAH-Qualifikation	5,0 (3)	6,6 (6)	1,000 ²
NäPa-Qualifikation	11,5 (7)	6,7 (6)	0,301 ⁵
Schulbildung, % (n)⁴			
Fach-/Hochschulreife	14,8 (9)	15,4 (14)	0,257 ⁵
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	77,0 (47)	69,2 (63)	
Hauptschulabschluss	6,6 (4)	15,4 (14)	
Charakteristika der Praxen	n = 181	n = 361	
Lage der Praxis, % (n)			
Stadt (> 20.000 EW)	66,7 (12)	75,0 (27)	0,519 ⁵
Land (≤ 20.000 EW)	33,3 (6)	25,0 (9)	
Größe der Praxis: Anzahl der gesetzlicher versicherten Patienten pro Quartal; %, (n)			
500 bis 999	5,9 (1)	8,6 (3)	
1000 bis 1499	29,4 (5)	37,1 (13)	⁶
1500 bis 1999	29,4 (5)	37,1 (13)	
≥ 2000	35,3 (6)	17,1 (6)	
Anzahl der beschäftigten MFA; MW (STW)	5,06 (2,9)	4,50 (2,5)	0,465 ³
Minimum–Maximum	2–14	2–14	
MFA Vollzeitäquivalente (38,5 h/Woche); MW (STW)	3,70 (2,4)	3,29 (1,6)	0,463 ³
Minimum–Maximum	1,2–10,6	1,7–9,2	

¹ Angaben variieren aufgrund fehlender Daten; ² zweiseitiger Signifikanztest Exakter-Test nach Fisher; ³ T-Test; ⁴ gültige Prozente; ⁵ Chi-Quadrat nach Pearson; ⁶ Signifikanztest konnte nicht durchgeführt werden aufgrund zu kleiner Zellenbesetzung; MW = Mittelwerte; STW = Standardabweichung; VERAH = Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis; NäPa = Nichtärztliche Praxisassistentin

Tabelle 1 Charakteristika der Medizinischen Fachangestellten und der Praxen

aus 36 Praxen erhielten ein Handbuch zum Selbststudium. Die Rekrutierungsergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

Charakteristika der MFA und der Praxen

In der Schulungsgruppe war der Anteil an Personen mit Berufsabschluss MFA/Arzthelferin etwas niedriger als in der Selbststudiumsgruppe (71 % vs. 78 %), die Teilnehmer waren im Durchschnitt etwas jünger (40 vs.

43 Jahre) und hatten etwas weniger Berufserfahrung (17 vs. 21 Jahre). Der Anteil an MFA mit Zusatzqualifikation „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) oder „Nichtärztliche Praxisassistentin“ (NäPa) war dagegen etwas höher (17 % vs. 13 %). Die Praxen, die eine Schulung erhielten, waren größer, sowohl hinsichtlich der Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal (35 % vs. 17 % hatten ≥ 2.000 Patienten pro Quartal) als auch hinsichtlich der Anzahl der

beschäftigten MFA (Vollzeitäquivalente: Mittelwert 3,7 vs. 3,3 MFA/Praxis). Keiner der Unterschiede war signifikant (Tab. 1).

Wissenstand und -zuwachs durch die Präsenzsulung

Bei den 73 geschulten MFA betrug der MW im Wissenstest vor der Schulung (T0-Präsenz) 19,96 (Standardabweichung [STW] 2,7) Pkt. und nach der Schulung (T1-Präsenz) 25,62 (STW 2,1) Pkt. (Tab. 2), was ei-

Medizinische Fachangestellte (MFA)	n	MW (SD)	Range	Signifikanztest
MFA mit Schulung (n = 73)				
Vor der Schulung (T0-Präsenz)	73	19,96 (2,7)	13–26	< 0,001 ¹
Nach der Schulung (T1-Präsenz)	73	25,62 (2,1)	19–29	
MFA mit Selbststudium (n = 106)				
Gruppe A (T1-Selbst) (Handbuch nicht angeschaut)	29	19,83 (3,0)	13–26	< 0,001 ²
Gruppe B (T1-Selbst) (Handbuch teilweise angeschaut)	35	21,60 (3,3)	16–29	
Gruppe C (T1-Selbst) (Handbuch mind. 1x komplett gelesen)	37	23,86 (3,1)	17–29	
Gruppe D (T1-Selbst) (Handbuch intensiv gelesen)	5	25,40 (1,1)	24–27	
MFA nach Schulung vs. MFA mit Selbststudium und Handbuch bearbeitet				
MFA mit Schulung: Nach der Schulung (T1-Präsenz)	73	25,62 (2,1)	19–29	< 0,001 ²
MFA nach Selbststudium: Gruppen B, C, D (T1-Selbst)	77	22,94 (3,4)	16–29	

¹ Wilcoxon-Test; ² Mann-Whitney-U-Test

Tabelle 2 Summenscores und Signifikanztests der Wissensfragen

nem signifikanten Wissenszuwachs ($p < 0,001$) entsprach.

Nutzung des Handbuchs für das Selbststudium

Von den 106 MFA, die das Handbuch zum Selbststudium erhalten hatten, gaben 27 % ($n = 29$; Gruppe A) an, das Handbuch noch überhaupt nicht genutzt zu haben. 33 % ($n = 35$; Gruppe B) hatten sich das Handbuch teilweise angeschaut, 35 % ($n = 37$; Gruppe C) mindestens einmal gelesen und 5 % ($n = 5$; Gruppe D) intensiv genutzt und mehr als einmal gelesen.

Wissensstand nach Selbststudium (T1-Selbst)

Bei den MFA ($n = 29$), die das Handbuch nicht gelesen hatten (Gruppe A), betrug der MW im Wissenstest 19,83 (STW 3,0) Pkt. In der Gruppe B (MFA, die das Handbuch teilweise angeschaut hatten; $n = 35$), zeigte sich ein MW von 21,60 (STW 3,3) Pkt. Die Gruppe C ($n = 37$), die das Handbuch mindestens einmal komplett gelesen hatten, zeigte einen MW von 23,86 (STW 3,1) Pkt., und in der Gruppe, die das Handbuch intensiv genutzt hatte (Gruppe D; $n = 5$), betrug der MW 25,40 (STW 3,1) Pkt. (Tab. 2).

Vergleich der Schulungsgruppe mit der Selbststudiumsgruppe

Um den Unterschied des Wissensstands zwischen den Gruppen aufzeigen zu können, verglichen wir die Ergebnisse der Schulungsgruppe nach der Schulung (T1-Präsenz; $n = 73$; MW 25,62 [STW 21]) mit den Ergebnissen der MFA, die im Selbststudium das Handbuch genutzt hatten (T1-Selbst; Gruppe B–D; $n = 77$; MW 22,94 [STW 3,4]). Die Schulungsgruppe zeigte einen signifikanten Vorteil ($p < 0,001$) (Tab. 2).

Diskussion

Von 179 MFA wurden 73 mit einem signifikanten Wissenszuwachs in einer 30- bis 40-minütigen Schulung des Studienteams vor Ort in den Praxen geschult. Mit der vermeintlich zeiteffektiveren Variante (der alleinigen Versendung eines Handbuchs verbunden mit der Aufforderung dieses zu bearbeiten) konnten in unserer Studie gut ein Viertel (27 %) der MFA überhaupt nicht erreicht werden. Lediglich die Gruppe jener, die ein intensives Handbuchstudium betrieben, schnitt mit vergleichsweise hohem Wissensstand ab wie die MFA, die eine Präsenzschulung erhalten hatten.

Der höchste Wissensstand mit durchschnittlich 25,6 Pkt. ließ sich

nach einer 30- bis 40-minütigen Präsenzschulung generieren. Der Wissenszuwachs nach der Schulung war signifikant. Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich einerseits der Aufwand einer Vor-Ort-Schulung in Bezug auf den Wissenszuwachs der MFA im Vergleich zum alleinigen Selbststudium lohnt. Andererseits lohnt es sich sicher zu prüfen, ob für ein effektiveres und weniger zeitaufwendiges Vorgehen z.B. eine Videoedukation [11] eine höhere Erreichbarkeit inkl. des entsprechenden Wissenszuwachses unterstützen kann. Der Vorteil der Vor-Ort-Schulung liegt in der unmittelbaren Interaktionsmöglichkeit. Auf die Vorkenntnisse bzw. Wünsche der Teilnehmer kann direkt eingegangen, der Erfolg sofort überprüft werden [12]. Allerdings ist diese Form der Schulung aufwendig sowie an Ort und Zeit gebunden. Das Selbststudium der Handbücher hingegen ist zeitlich unabhängig und selbstbestimmt durchzuführen, setzt jedoch eine hohe Motivation der Benutzer voraus. Dies spiegelte sich in unserer Studie wider, in der gut ein Viertel der MFA das Handbuch nicht gelesen hatte.

Das Phänomen, dass so viele MFA das Handbuch trotz vorheriger Aufforderung nicht angeschaut hatten, ist im Bereich der Lehr- und Lernforschung bekannt. Die Bereitschaft zur intensiven Auseinandersetzung mit einem Thema im Rahmen eines Selbststudiums (z.B. für Vorlesungen) ist vor allem dann ausgeprägt, wenn ein zugehöriger Wissenstest angekündigt wird bzw. sinkt bei den Teilnehmern, wenn keine Abfrage oder Prüfung zu dem Thema zu erwarten ist [13].

Auch die MFA, die im Selbststudium das Handbuch bearbeitet hatten, zeigten im Vergleich zur Schulungsgruppe signifikant niedrigere Werte im Wissensstand. Lediglich bei einer kleinen Gruppe von fünf MFA, die das Handbuch intensiv bearbeitet hatten, konnte ein ähnlich hoher Wissensstand erhoben werden.

Die Möglichkeit des Selbststudiums scheint von daher keine gute Alternative, um möglichst alle MFA zu erreichen und deren Wissen auf ein ähnliches Niveau zu erhöhen.

Zurzeit werden allgemeinmedizinische Praxisteams für jede Studie in-

dividuell geschult, was für die Forschungszentren einen erheblichen Aufwand bedeutet [5]. Besteht für die Praxen die Möglichkeit, Aufgaben an eine MFA zu delegieren, so wird dies als motivierender Faktor für eine Studienteilnahme bewertet [14]. In der Regel finden sich in den Hausarztpraxen jedoch keine entsprechend qualifizierten MFA. Gerade für Hausarztpraxen, die regelmäßig an allgemeinmedizinischen Studien teilnehmen möchten und/oder an universitäre Forschungseinrichtungen angebunden sind, empfiehlt sich die Qualifizierung einer „Studienassistentin“ als feste Ansprechpartnerin. Wobei bestehende Qualifizierungsmaßnahmen [15] sehr auf die Durchführung von Studien nach dem Arzneimittelgesetz (AMG-Studien) ausgerichtet sind und nicht ganz den Anforderungen der im allgemeinmedizinischen Setting durchgeführten klinischen Studien entspricht [16]. Hier ist zu diskutieren, ob die Möglichkeit bzw. ausreichender Bedarf in den Hausarztpraxen besteht, um die Qualifikation zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) [17] oder Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) [18] durch ein Modul zur „Schulung zur Studienassistentin“ zu ergänzen.

Eine aussichtsreiche Chance zur Etablierung von geschultem Praxispersonal bietet die aktuelle Initiative zum Aufbau einer nachhaltigen Netzwerkstruktur für Forschungspraxen zur Stärkung der Allgemeinmedizin². Gefördert wird u.a. eine Netzwerkkoordinierungsstelle, in deren Rahmen ein speziell für die Belange von allgemeinmedizinischen Versorgungsstudien ausgerichtetes Qualifizierungsprogramm übergreifend über alle Netze implementiert werden kann.

Stärken und Schwächen

Bei den rekrutierten Praxen handelte es sich um eine Selektion aus sowieso schon sehr engagierten Praxen, die größtenteils einem Forschungsnetzwerk angehören und zumeist Erfahrung mit allgemeinmedizinischen Forschungsprojekten haben. Sie bilden daher keine repräsentative Gruppe für alle Hausarztpraxen.

Die Schulung fand in den Praxen statt, die dies zeitlich in ihren Ablauf integrieren konnten und betraf ggf. die sehr motivierten Praxen. Andererseits ist ein motivierter Praxisinhaber, der eine Schulung der MFA förderte, nicht gleichzustellen mit der Motivation der MFA.

In der Selbststudiumsgruppe wurde vor Lektüre des Handbuchs keine Erhebung des Wissensstands durchgeführt, sondern in die Auswertung flossen nur Fragebögen ein, die in Anwesenheit des Studienteams ausgefüllt wurden. Für eine Vorab-Befragung



Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health ...

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

ging hätte jede Praxis zweimal visitiert werden müssen, was aus studientechnischen Gründen nicht möglich war. Einen Wissenstest vorab per Post zu erheben wurde vom Studienteam verworfen, da die MFA dann die Möglichkeit gehabt hätten, die entsprechenden Antworten nachzulesen. Ziel war es, nur das aktuell vorhandene Wissen abzufragen und die Möglichkeit einer Verzerrung durch Nachlesen erst gar nicht aufkommen zu lassen. Da jedoch die Gruppe, die das Handbuch nicht gelesen hatte, mit durchschnittlich 19,83 Pkt. einen ähnlichen Wissenstand zeigte wie die Schulungsgruppe vor der Schulung (T0-Präsenz; MW 19,96 Pkt.), kann von ähnlichen Vorbedingungen aus-

gegangen werden. Es handelt sich hier um eine rein deskriptive Studie, sodass ein Nachweis von Kausalität nicht gegeben ist.

Schlussfolgerungen

Zur Motivation einer Studienteilnahme und Aufrechterhaltung der Qualität bei der Durchführung von klinischen Studien in der Allgemeinmedizin ist die Qualifikation von MFA im Sinne einer Studienassistentin erforderlich. Im Vergleich zwischen einer Präsenzschiulung und dem Selbststudium eines Handbuchs bietet die Präsenzschiulung einen signifikanten Wissensvorteil, zudem wurden beim Selbststudium gut ein Viertel der Teilnehmer nicht erreicht. Die Präsenzschiulung benötigte jedoch mit einem zeitlichen Aufwand von 30 bis 40 Minuten je Praxis hohe zeitliche Ressourcen. Für weitere zeiteffektive Optionen sollten die Möglichkeiten von Videoedukationen und Webinaren zur Schulung der Praxisteams geprüft werden.

Sponsoren

Das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main ist Kooperationspartner in der PANORA-Studie, die federführend vom Fraunhofer Institut IME durchgeführt und von Bristol-Myer Squibb finanziert wird. Die Konzeptionierung der vorliegenden Erhebung und die wissenschaftlichen Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme des Sponsors auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Hummers-Pradier E. 40 Jahre DEGAM: Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland. *Z Allg Med* 2006; 82: 409–414
2. Schneider A, Linde K, Großmann N, Mitglieder des DFG-Netzwerks Klinische Studien in der Allgemeinmedizin. Publikation von Forschungsarbeiten durch die deutsche akademische Allgemeinmedizin von 2000 bis 2010. *Z Allg Med* 2012; 88: 345–354
3. Schneider A, Großmann N, Linde K. The development of general practice

² www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-1812.html (letzter Zugriff am 15.04.2019)

- as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 58
4. Barzel A, Scherer M, Gerlach FM, Mergenthal K. Das hausärztliche Team in der Forschung – ein Workshop mit Hausärzten, Medizinischen Fachangestellten und wissenschaftlichen Mitarbeitern der universitären Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2013; 89: 255–260
 5. GÜthlin C, Beyer M, Erler A, et al. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Z Allg Med* 2012; 88: 173–180
 6. Heinmüller S, Schneider A, Linde K. Quantity, topics, methods and findings of randomised controlled trials published by German university departments of general practice – systematic review. *Trials* 2016; 17: 211
 7. Bleidorn J, Költzsch C, Hummers-Pradier E, Gágyor I, Theile G. Forschungsprojekte in der Hausarztpraxis – und wie sieht’s die MFA? *Z Allg Med* 2015; 91: 73–77
 8. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Rheumatoide Arthritis. www.gesundheitsinformation.de/rheumatoide-arthritis.2222.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0 (letzter Zugriff am 26.06.2019)
 9. Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. Rheumatoide Arthritis – Therapie und Lebensperspektiven. Druckerei Warlich: Meckenheim, 2014
 10. Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Rheumatoide Arthritis. http://allgemeinmedizin-online.at/uploadedFiles/tgam_news_jan2017_rheumatoide_arthritis.pdf (letzter Zugriff am 26.06.2019)
 11. Jabs D, Joos S, Prautzsch H. Kann Videoedukation Kenntnisse von Medizinischen Fachangestellten zum Impfmanagement verbessern? *Z Allg Med* 2017; 93: 415–419
 12. Homann B. Benutzerschulung – Vermittlung von Informationskompetenz. www.dasbibliothekswissen.de/Benutzerschulung-%E2%80%93-93-Vermittlung-von-Informationen-kompetenz.html (letzter Zugriff am 19.06.2019)
 13. Wormald BW, Schoeman S, Somasunderam A, Penn M. Assessment drives learning: an unavoidable truth? *Anat Sci Educ* 2009; 2: 199–204
 14. Peters-Klimm F, Hermann K, Gágyor I, Haasenritter J, Bleidorn J. Erfahrungen und Einstellungen zu Klinischen Studien in der Hausarztpraxis. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 321–327
 15. Bundesärztekammer. Fortbildungsscurriculum „Studienassistenz in Prüfstellen“. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungsscurriculum_Studienassistenz_in_Pruefstellen.pdf (letzter Zugriff am 26.06.2019)
 16. Joos S, Bleidorn J, Haasenritter J, Hummers-Pradier E, Peters-Klimm F, Gágyor I. Ein Leitfaden zur Planung Nichtmedikamentöser klinischer Studien in der Primärversorgung unter Berücksichtigung der Kriterien der Guten Klinischen Praxis (GCP). *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 2013; 107: 87–92
 17. Bundesärztekammer. Fortbildungsscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf (letzter Zugriff am 19.06.2019)
 18. Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. Fortbildungsordnung zur Versorgungsassistentin/zum Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis VERAH®. www.verah.de/fileadmin/user_upload/redaktion/Ihf/Verah/VERAH_Fortbildung/Fortbildungsordnung.pdf (letzter Zugriff am 19.06.2019)

Korrespondenzadresse

Dr. rer. med. Karola Mergenthal,
M. Sc. Public Health
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main
mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den
 „Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de