

Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten

Chancen und Barrieren aus Sicht deutscher Hausärzte

Regine Bölder, Dominik Ose, Katja Götz, Antje Miksch, Joachim Szecsenyi, Tobias Freund¹

ZUSAMMENFASSUNG

□ **Hintergrund und Ziel:** Die Versorgung chronischer Krankheiten und Multimorbidität stellen eine zunehmende Herausforderung dar. Die speziellen Anforderungen multipel und chronisch erkrankter Patienten lassen die hausärztliche Versorgung stetig komplexer werden. Als Teil umfassender Konzepte zur strukturierten Versorgung wie etwa des Chronic-Care-Modells (CCM) wird dabei auch die Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe diskutiert. Welche Haltung deutsche Hausärzte gegenüber einer systematischen Einbeziehung ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA) in die Versorgung chronisch kranker Patienten einnehmen, war eine Fragestellung der hier vorgestellten qualitativen Studie.

□ **Methodik:** 14 Interviews mit Hausärzten. Die Auswertung erfolgte qualitativ-inhaltsanalytisch mit dem Computerprogramm Atlas.ti.

□ **Ergebnisse:** Die Mehrheit der Hausärzte steht einer Integration der MFA positiv gegenüber. Als Voraussetzung dafür sehen Ärzte eine aufgabenorientierte spezielle Schulung der MFA. Als förderliche Faktoren werden Erfahrung, die häufig langjährige Beziehung zum Patienten sowie weitgehend selbstständiges und eigenverantwortliches Handeln genannt. Barrieren sehen Ärzte im Zeitaufwand für das Personal.

□ **Schlussfolgerung:** Es besteht Bedarf an aufgabenbezogener Fortbildung, um Praxisteam zu professionalisieren. Wichtig erscheint dennoch, dass dieser Ansatz nur für bestimmte Erkrankungen, ausgewählte Patienten und einige MFA geeignet ist. Im Rahmen der weiteren Professionalisierung von MFA sollte der Bedarf eines neuen Anforderungsprofils des Berufsbildes evaluiert werden.

Schlüsselwörter: Chronic-Care-Modell · Nachsorge · Medizinische Fachangestellte · Praxisteam · Hausarzt

Med Klin 2010;105:7–12.

DOI 10.1007/s00063-010-1000-3

ABSTRACT

Involvement of Doctors' Assistants in Primary Care for Patients with Long-Term Conditions. General Practitioners' (GPs) Perception of Barriers and Opportunities – a Qualitative Study

□ **Background and Purpose:** Care for patients with multiple and chronic diseases is an increasing challenge. The particular demands of chronically ill patients increase the complexity of primary care. Involvement of doctors'

Die primärärztliche Versorgung steht vor der Herausforderung der zunehmend (multi)morbider werdenden alternden Gesellschaft [1]. Dabei beschränkt sich der Versorgungsbedarf durch Ko- und Multimorbidität längst nicht mehr allein auf ältere Patienten, obwohl diese weiterhin den größten Anteil ausmachen [2]. Chronisch kranke Patienten fordern nicht einfach ein „Mehr an Versorgung“. Die speziellen Anforderungen multipel und chronisch erkrankter Patienten lassen die hausärztliche Versorgung vielmehr stetig komplexer werden. Dadurch sieht sich der Bereich der ambulanten Versorgung zunehmend unter Druck: Einerseits verlagert sich Morbidität nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bereits seit Jahren mehr und mehr in die Arztpraxen, andererseits ist eine strukturierte Anpassung der ambulanten Versorgungsstrukturen an die zunehmenden Anforderungen bisher nicht ausreichend verwirklicht worden.

Es ist bekannt, dass strukturierte Behandlungsprogramme wie z.B. die Disease-Management-Programme Einfluss auf die Versorgungsqualität haben [3–5]. Als Teil umfassender Konzepte zur strukturierten Versorgung wie etwa des Chronic-Care-Modells (CCM) [6–8] wird dabei auch die Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe diskutiert. Dies könnte in Deutschland insbesondere im Hinblick auf die koordinierte Langzeitbetreuung chronisch kranker Patienten eine Rolle spielen, da hier wachsenden Patientenbedürfnissen ein Rückgang an Hausärzten gegenübersteht. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen zur Zukunft der Gesundheitsversorgung entwirft eine Vision zur primärärztlichen Versorgung. Dabei werden eine Neuorganisation des Praxisteam gefordert und die Möglichkeit

¹Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg.

ORIGINALARBEIT

einer eigenständigen Teilverantwortung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Krankheiten beschrieben [9].

International wird die Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe bereits in verschiedenen Konzepten praktiziert. Die Versorgungsstrukturen in einigen europäischen Ländern wie Großbritannien oder den Niederlanden zeichnen sich durch differenzierte Qualifikationen im Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe aus. Verschiedene Ansätze zur Neustrukturierung der ambulanten Versorgung durch eine verstärkte Integration nichtärztlicher Gesundheitsberufe werden derzeit in Deutschland diskutiert und in Modellprojekten evaluiert [10, 11]. Die Ärzteschaft bezieht dabei den Standpunkt, dass die Delegation ärztlicher Aufgaben, wie sie etwa in Form von medizinischem Case-Management auch in nationalen Studien untersucht wird, eine begrüßenswerte Entwicklung darstellt. Substitutionsmodelle werden hingegen weitgehend einhellig von der Ärzteschaft abgelehnt, zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag 2008.

Welche Haltung deutsche Hausärzte gegenüber einer systematischen Einbeziehung ihrer MFA in die Versorgung chronisch kranker Patienten einnehmen, war eine Fragestellung der hier vorgestellten qualitativen Studie. Sie ist Teil einer Untersuchung zu Barrieren und Chancen einer Implementierung des CCM in deutschen Allgemeinarztpraxen.

Methodik

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts CARAT (Chronic Care für Arthrose, Förderkennzeichen BMBF 01GK0601) wurde eine qualitative Interviewstudie mit 14 Hausärzten durchgeführt. Die Rekrutierung der Ärzte erfolgte pragmatisch in zwei Landkreisen Baden-Württembergs. Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um das subjektive Erleben und Verhalten der Ärzte zu erheben und zu verstehen [12]. Ein solcher „offener Ansatz“ dient der Entwicklung von weitergehenden Theorien und Hypothesen, die ihrerseits Ausgangspunkt quantitativer Forschung sein können.

assistants is discussed as part of comprehensive frameworks for structured care like the Chronic Care Model (CCM). The aim of this qualitative study was to reveal perceived barriers and opportunities among German general practitioners (GPs) according to the involvement of their assistants in patient care.

□ **Methods:** 14 GPs were interviewed. The documents were evaluated analytically according to their content.

□ **Results:** Most GPs have a positive point of view with regard to the integration of their assistants. They claim a task-oriented training for the assistants as a precondition. Their working experience, an established patient–assistant relationship and the preparedness to take own responsibility in patient care are stated as supporting factors for the involvement of doctors’ assistants in patient care. Main barrier seems to be a lack of time for additional work of their employees.

□ **Conclusion:** There is a need for task-oriented training, in order to professionalize practice teams. Remarkably, this new approach to chronic care is already integrated into routine care. However, it seems to suit only for some distinct diseases, selected patients and a limited number of doctors’ assistants. As part of further professionalization an evaluation of a new job profile for doctors’ assistants should be discussed.

Key Words: Family physician · Long-term care · Follow-up · Practice team · Doctors’ assistants

Med Klin 2010;105:7–12.
DOI 10.1007/s00063-010-1000-3

Rekrutierung der Ärzte

Für die vorliegende Studie wurden Ärzte rekrutiert, die bereits im Rahmen von Lehre und Forschung mit der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg zusammenarbeiten. Von 22 eingeladenen Ärzten erklärten 14 nach ausführlicher Aufklärung über Studienkonzeption und -inhalt ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Sie erhielten eine Aufwandsentschädigung von 80 Euro.

Leitfadentwicklung und Durchführung

In interdisziplinärer Zusammenarbeit (Gesundheitswissenschaftler, Ärzte) wurde ein Leitfaden für die Interviews mit den teilnehmenden Ärzten entwickelt. Dieser berücksichtigt die wesentlichen patientenbezogenen und praxisrelevanten Elemente des CCM. Die hier beschriebenen Antworten beziehen sich auf das Strukturelement des CCM zur Gestaltung der Leistungserbringung.

In drei Pilotinterviews wurde der Leitfaden auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit überprüft.

Im vorliegenden Artikel werden die Ergebnisse zu folgender Leitfrage vorgestellt:

„Ein Element des CCM ist die Einbindung der Helferinnen in die kontinuierliche, systematische Behandlung. Was halten Sie von nichtärztlichen telefonischen Kontakten durch geschultes Praxispersonal z.B.: zur Überprüfung, ggf. Aktualisierung und Verbesserung der Compliance der Medikamenteneinnahme?“

Alle Interviews wurden von einer Fachärztin für Allgemeinmedizin in den Praxen der Ärzte durchgeführt. Die Interviews dauerten ca. 45 min.

Datenauswertung

Die Interviews wurden vollständig auf ein digitales Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend am PC pseudonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der Software Atlas.ti [13]. Es wurden unabhängig voneinander durch mehrere an

der Auswertung Beteiligte induktiv Haupt- und Unterkategorien aus den Antworten der Ärzte entwickelt. Eine erste Version der Unterkategorien wurde primär durch Kodierung der drei Pilotinterviews entwickelt. Anschließend wurden im Sinne einer konsensuellen Kodierung die Zuordnungen verglichen und diskutiert. Am Material konnte so ein Kategoriensystem entwickelt werden, das unter Zunahme des Abstraktionsniveaus durch die folgenden Interviews überarbeitet, revidiert und ergänzt wurde. Diese Methode ist angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [14]. Anschließend wurden aus allen Zitaten der jeweiligen Unterkategorie einzelne prägnante Aussagen der Ärzte zur Veranschaulichung ausgewählt.

Ergebnisse

Charakterisierung der Teilnehmer

Es nahmen insgesamt elf Ärzte und drei Ärztinnen aus Baden-Württemberg an den Interviews teil. Einzelheiten zu den teilnehmenden Ärzten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Kategorisierung der Aussagen

Aus den Aussagen der Ärzte konnten folgende vier Hauptkategorien identifiziert werden:

1. Allgemeine Bewertung;
2. Aufgabenbereiche der MFA;
3. Kompetenzen/Qualifikation;
4. Barrieren.

Allgemeine Bewertung der Ärzte

Es finden sich sowohl positive als auch negative Bewertungen des Ansatzes

Tabelle 1. Beschreibung der Arztstichprobe (n = 14). EW: Einwohner; SD: Standardabweichung.

Geschlecht	Weiblich	3
	Männlich	11
Alter	Mittelwert (SD)	52,4 Jahre (8,3 Jahre)
	Range	39–63 Jahre
Niederlassungszeit	Mittelwert (SD)	16,2 Jahre (8,7 Jahre)
	Range	5–31 Jahre
Gemeinschaftspraxis		9
Einzelpraxis		5
Kleinstadt (< 20 000 EW)		8
Mittelstadt (< 100 000 EW)		6

von Verlaufskontrollen durch MFA (Tabelle 2).

Von den hier befragten 14 Ärzten gaben 13 eine positive Bewertung ab. Wie im Folgenden weiter beschrieben wird, nennen sie dabei notwendige Voraussetzungen (z.B. Qualifikation) und bestehende Barrieren für eine Einbindung der MFA.

Zum anderen werden regelmäßig die Machbarkeit und Wirksamkeit einer Langzeitbetreuung durch MFA an bestimmte Erkrankungen:

„Es gibt Erkrankungen, wo ich mir das vorstellen kann, bei denen ich das für sehr sinnvoll halte.“ (A_13)

und geeignete Patienten geknüpft:

„... trifft sicher für einen Teil der Patienten auch gut zu und die ließen sich dadurch auch bessern.“ (A_10)

„Es gibt einfach viele Leute, die davon überhaupt nicht profitieren, weil man die nicht ständig nachfragen muss. Entweder weil sie dafür nicht krank genug sind oder einfach weil sie das so gut machen, die

braucht man nicht ständig zu kontrollieren.“ (A_06)

„... die Unwilligen, sag ich jetzt einmal, die die wir nicht erreichen mit den Maßnahmen, die lassen sich durch so etwas leider auch nicht beheben.“ (A_10)

Letztlich wird außerdem betont, dass nur ein Teil der MFA diese Aufgabe übernehmen kann:

„Ich würde das einem Teil meiner Helferinnen zumindest zutrauen ...“ (A_10)

Dabei stellt sich heraus, dass die besondere Art der „Helferin-Patient-Beziehung“ eine entscheidende Rolle für sie spielt:

„Es ist ja für die Patienten die Beziehung zur Helferin eine vergleichbar wichtige, [...], bewegt sich auf anderen Ebenen, [...] oder sogar noch wichtiger ...“ (A_02)

„Das ist ein Anteil der ist sicher ganz gut und auch wichtig und das könnten die Helferinnen durchaus auch leisten, sofern sie den Patienten persönlich kennen.“ (A_10).

Tabelle 2. Allgemeine Bewertung der Ärzte. MFA: Medizinische Fachangestellte.

Unterkategorie	Generalisierung	Zitat
Pro	Positive Bewertung von Verlaufskontrollen durch die MFA	„Selbstverständlich. Selbstverständlich. Ganz viele Dinge könnten durch Helferinnen, durch nichtärztliches Personal vollkommen übernommen werden, wahrscheinlich besser gemacht werden. Klare Aussage.“ (A_13) „Das ist sicher für mich eine Entlastung. Noch ist das nicht vorhanden, das habe ich bisher noch nicht gemacht. Aber das ist sicher eine gute Zukunft.“ (A_07)
Kontra	Generell gegen dieses Tätigkeitsfeld für die MFA	„Gar nichts. Gar nichts. Das sollte nicht die Aufgabe der Arzhelferin sein. Die haben bei uns, in unserer Praxis was anderes zu tun. Die sind voll ausgelastet.“ (A_05)

ORIGINALARBEIT

Als ein Grund für eine Ablehnung des Ansatzes einer strukturierten Verlaufsbetreuung chronisch kranker Patienten durch MFA wird mangelnde Zeit genannt.

Auch die Auffassung, diese Aufgabe sei nicht Teil des Berufsbildes, wird vertreten:

„Es ist einfach nicht ihre Aufgabe.“ (A_05)

Aufgabenbereiche der Medizinischen Fachangestellten

Es stellte sich die Frage, für welche Bereiche eine strukturierte Delegation ärztlicher Aufgaben an MFA erfolgen sollte. Tabelle 3 gibt hier einen Überblick über wesentliche Aufgabenfelder.

Insgesamt ist hier ein Vielzahl von ärztlichen Aufgaben genannt worden, in denen größtenteils bereits eine Delegation erfolgt.

Kompetenzen und Qualifikation

Angesichts dieser Fülle von Aufgaben und der eher administrativ ausgerichteten Berufsausbildung von MFA stellte sich die Frage nach der Qualifikation.

Es zeigt sich, dass eine weitergehende Zusatzqualifikation aus Sicht der Ärzte essentiell ist (Tabelle 4).

Außerdem spielen Berufserfahrung, Selbstständigkeit und eine tragende „Helferin-Patient-Beziehung“ eine große Rolle.

Barrieren für den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten

Die interviewten Ärzte sehen Barrieren auf verschiedenen Ebenen. Neben rein technischen Problemen beim Telefonmonitoring:

„Für alle Patienten kommt das nicht in Frage. Patienten, die nicht erreichbar sind, telefonisch. Man kriegt sie nicht ans Telefon. Das ist eine neue Mode in Deutschland, sie hören erst den Anrufbeantworter und erst dann gehen sie ran. Das ist auch bei unseren Patienten ein Teil. Viele sind auch nur per Handy erreichbar. Mit wem wir umsonst telefonieren könnten, das wäre machbar, sonst auf keinen Fall.“ (A_03)

kommen auch Sorgen über eine mögliche Belästigung der Patienten zur Sprache:

„Und es gibt natürlich auch Patienten, die würden das als lästig ansehen, wenn sie

zu oft angerufen werden. Also auch das gibt es ja. Da muss man schon genau überlegen, was man da anruft und es muss ja unterm Strich auch für den Patienten nachweisbar sein, dass er dadurch Vorteile hat.“ (A_09)

Das gilt insbesondere für solche Patienten, die als „non-compliant“ angesehen werden:

„Der nicht „compliance“ Patient, der nicht willig ist und uns eben auch die größten Probleme macht, wird auch möglicherweise auch da nicht begeistert sein, wenn auch noch ständig von den Helferinnen auch noch angerufen wird. Das ist auch noch ein Aspekt den ich sehe.“ (A_09)

Mit Blick auf die Arbeitsbelastung der MFA und des Hausarztes bestehen Bedenken gegenüber dem zeitlichen Aufwand:

„Eines muss man sagen, die Helferin hat eine ganz erhebliche Arbeitsbelastung dadurch.“ (A_06)

„Ist natürlich ein Mehraufwand für das Personal, ob die das zeitlich immer so schaffen ist eine andere Frage.“ (A_11)

Durch eine Delegation von Einzelaspekten der Langzeitbetreuung chronisch kranker Patienten entsteht eine neue Schnittstelle, welche bei fehlender

Tabelle 3. Aufgabenbereiche der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Mögliche Aufgabenbereiche der MFA	Generalisierung	Zitat
Verlauf Medikamenteneinnahme	Überprüfung der Medikation im Behandlungsverlauf	„Dass die Arzthelferin noch mal anruft und fragt, Frau Meier haben Sie Ihre Tabletten schon genommen, sind Sie immer noch dabei sie zu nehmen.“ (A_11)
Anruf Medikamentendosierung	Besprechung der Medikamentendosierung mit dem Patienten	„Die rufen zwar schon an, aber meistens in meinem Auftrag oder wenn es zu besprechen gibt, müssen sie Marcumar weiter nehmen oder so.“ (A_06)
Laborauskünfte	Dem Patienten Auskunft über Laborergebnisse geben	„Laborauskünfte, solche Dinge ohne weiteres machen.“ (A_01)
Impfberatung	Patienten über empfohlene Impfungen informieren	„Also Impfberatung, das können die teilweise sehr gut schon machen.“ (A_01)
Externe Blutabnahmen	Durchführung von Blutentnahmen außerhalb der Praxis, z.B. Patientenwohnung, Heim	„Wobei ich das bislang schon so mache, dass ich die Helferinnen rumschicke, auch zu den Patienten, nicht nur zum Blutabnehmen, [...]“ (A_06)
Prävention	Information über präventive Maßnahmen	„Die Bewegungseinheiten und Bewegungstherapien, das kennen sie auch, also was jetzt hier gerade, zum Beispiel durch diese Dinge geht, also das klappt mit denen ganz gut.“ (A_01) „Das ist sicherlich sinnvoll, weil der heutige Alltag eher eh so aussieht, dass ein Doktor in vieler Hinsicht recht überfordert ist und dass er solchen Fragestellungen natürlich, die teilweise präventive Maßnahmen betreffen, einfach viel zu wenig Zeit hat das zu machen, die Telefonsprechstunde sonst zu machen.“ (A_01)

Kompetenz und Selbstständigkeit der MFA das Problem einer zusätzlichen Belastung auch für den Hausarzt birgt:

„Ansonsten führt das nur zu hundert Nachfragen pro Telefonanruf und dann kann ich es gleich selber machen.“ (A_14)

DISKUSSION

Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war die Untersuchung der Haltung und Erfahrung von Hausärzten gegenüber der stärkeren Einbeziehung von MFA in eine strukturierte Verlaufskontrolle chronisch kranker Patienten.

Insgesamt entsteht der Eindruck einer überwiegend positiven Haltung der befragten Hausärzte. Zudem scheint sich bereits heute der Aufgabenbereich der MFA in Hausarztpraxen erweitert zu haben. In einer vergleichbaren Studie im Jahr 2005 wurde noch von der Mehrzahl der Hausärzte berichtet, die MFA seien nicht in die medizinische Versorgung der Patienten eingebunden [15]. Die von Rosemann et al. damals identifizierten zukünftigen Aufgabenbereiche für MFA sind heute bereits teilweise Wirklichkeit geworden. So wurde in unserer Studie eine Einbeziehung von MFA in eine Nachsorge im Hinblick auf die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme berichtet. Außerdem sind MFA in die Patientenschulung und -beratung eingebunden (z.B. Impfberatung).

Aus Sicht der Hausärzte bestehen dennoch sowohl organisatorische als auch inhaltliche Barrieren für die weitere Einbindung der MFA in die Regelversorgung chronisch kranker Patienten. Als wesentlich wird dabei insbesondere die zusätzliche zeitliche Belastung für das Praxisteam erlebt. Aufgrund stetigen Wandels im Bereich der Administration auf Praxisebene scheint eine weitere zeitaufwendige „Nebentätigkeit“ des Praxispersonals schwer durchführbar zu sein. Diese Barriere bei der Delegation ärztlicher Leistungen in der Hausarztpraxis ist bereits hinreichend bekannt [15, 16]. Eine Überwindung scheint hier nur möglich, wenn geeignete Praxisstrukturen geschaffen werden, die neben technischer und räumlicher Ausstattung auch eine ausreichende Finanzierung zusätzlichen Personals bedeuten müssten.

Tabelle 4. Kompetenz und Qualifikation.

Unterkategorie	Generalisierung	Zitat
Geschult	Konkrete Weiterqualifizierung ist notwendig	„Und ich glaube solch eine Aufgabe kann ein geschultes Personal schon wahrnehmen.“ (A_01) „Ich traue das den Helferinnen zu, sobald sie geschult sind.“ (A_07)
Erfahrung	Eine persönliche Berufserfahrung sollte vorhanden sein	„Würde ich zutrauen. Nicht allen Helferinnen, aber die meisten sind erfahrene Arzthelferinnen. Doch wir haben in der Praxis ganz erfahrene ältere Arzthelferinnen.“ (A_11)
Eigenverantwortung und Selbstständigkeit	Die Kontakte zum Patienten sollen eigenverantwortlich und selbstständig durchgeführt werden können	„[...] einer gewissen Eigenverantwortung, dann ist das sicherlich gut machbar. Aber wie gesagt, so eine gewisse Selbstständigkeit muss sicherlich gegeben sein, ansonsten führt das nur zu hundert Nachfragen pro Telefonanruf und dann kann ich es gleich selber machen.“ (A_14)
Beziehung zum Patienten	Die Beziehung zum Patienten ist wünschenswert	„[...] und es ist ja für die Patienten häufig die Beziehung zur Helferin eine vergleichbar Wichtige, wie die zum Arzt, bewegt sich auf anderen Ebenen, aber ist eben von der Bedeutung her unter Umständen genauso wichtig.“ (A_02)

Inhaltliche Barrieren finden sich auf Seiten der MFA und auf Seiten der Patienten gleichermaßen. Qualifikationsdefizite der MFA im medizinischen Bereich sind bekannt [15, 16], und erste Konzepte (z.B. VERAH®-Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) versuchen, eine Neuausrichtung des Berufsbildes zu erreichen. Zukünftig mögen andere Qualifikationsansätze hinzutreten, um eine weitere medizinische Professionalisierung der MFA zu erreichen. Ohne eine entsprechende Schulung der MFA auf standardisierte und selbstständig durchzuführende Handlungsabläufe entsteht für den Hausarzt möglicherweise eine neue Schnittstelle, die zusätzliche Arbeitsbelastung für das Praxisteam bedeutet.

Über die eigentliche theoretisch-medizinische Qualifikation der MFA hinaus war den Ärzten dieser Studie aber die Erfahrung im Umgang mit Patienten wichtig. So trauen sie Aufgaben der strukturierten Nachsorge chronisch kranker Patienten einigen Mitarbeiterinnen zu, anderen nicht.

Gerade die Helferinnen-Patient-Beziehung [17] wird dabei als Stärke des neuen Versorgungsansatzes erlebt. Sie zeichnet sich durch eine geringere Asymmetrie im Vergleich zur Arzt-Patient-Beziehung aus und ermöglicht so einen eigenen Zugang zum Patienten. Häufig besteht ein langjähriger und vertrauensvoller Kontakt, der eine wertvolle Ergänzung zur Arzt-Patient-Beziehung ist. Befürchtungen über eine Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung, wie Rosemann et al. [15] sie beschrieben, wurden von den hier befragten Hausärzten nicht geäußert. Die Helferin-Patient-Beziehung kann u.U. gerade für solche Patienten schwierig sein, die eine konfliktbehaftete Beziehung zu ihrem Arzt haben. Doch sehen die befragten Hausärzte in dem Konzept einer strukturierten Langzeitbetreuung chronisch kranker Patienten durch MFA auch die Notwendigkeit einer Differenzierung nach Krankheit und den Besonderheiten des einzelnen Patienten. Hier mag eine Unterteilung der Patienten in drei Gruppen sinnvoll erscheinen:

ORIGINALARBEIT

1. Eine Patientengruppe profitiert von strukturierter Begleitung und schriftlichen oder telefonischen Beratungen. Die Therapietreue wird verbessert, und die Patienten empfinden die Maßnahmen als gute Fürsorge, die ihnen Sicherheit vermittelt.
2. Bei Patienten mit einem guten Selbstsorgeverhalten, die durch gelegentliche Arztkontakte mit ihrer Erkrankung und den Beschwerden gut zurechtkommen, würde eine regelmäßige Verlaufskontrolle aus Sicht der Ärzte zur Überversorgung führen.
3. Die dritte Patientengruppe ist aus der Sicht der Ärzte trotz aller ärztlichen und nichtärztlichen Unterstützung für Therapiemaßnahmen und Selbstsorgeverhalten nicht erreichbar. Eine strukturierte Langzeitbetreuung wird hier u.U. als Bevormundung erlebt und verschlechtert möglicherweise die ohnehin belastete Arzt-Patient-Beziehung weiter.

Schwächen und Stärken der Studie

Stärken der Studie waren die vertrauensvolle Atmosphäre mit authentischen Berichten von Meinungen, Erfahrungen und Wünschen der Hausärzte in den Interviews und die übereinstimmenden Textinterpretationen der an der Auswertung Beteiligten.

Eine Schwäche liegt in der pragmatisch gewählten Stichprobe. Ärzte aus Großstädten wurden gar nicht befragt, und ländliche Praxen sind in unserer Stichprobe unterrepräsentiert. Konkrete Vorerfahrungen einzelner Ärzte in der Nachsorge durch MFA, die sie im Rahmen von Modellprojekten gemacht haben, könnten möglicherweise vorhandene Barrieren bereits abgebaut haben. Denkbar ist, dass sich ein bedeutender Teil der interviewten Ärzte durch hohe Innovationsbereitschaft auszeichnet. Dies zeigt sich möglicherweise bereits an ihrer Studienteilnahme. Insgesamt muss an dieser Stelle betont werden, dass die vorliegende qualitative Arbeit der Generierung von Hypothesen dienen soll, deren Wahrheitsgehalt in repräsentativen quantitativen Analysen zu überprüfen wäre.

Weitere Studien zur Einbindung von MFA in die hausärztliche Versorgung chronisch kranker Menschen sind vor dem Hintergrund der Herausforderungen unabdingbar. Die Autoren bereiten derzeit eine Studie zum indikationsübergreifenden Case-Management in der Hausarztpraxis (PraCMan) vor, die neben patienten- und systembezogenen Studienzielen auch eine qualitative Begleitstudie vorsieht, in der die entwickelten Maßnahmen auf ihre Anwendbarkeit in der Regelversorgung weiter untersucht werden.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der Ansatz strukturierter Delegation ärztlicher Aufgaben in der Langzeitbetreuung chronisch erkrankter Patienten in Deutschland scheint aus Sicht der Ärzte bereits heute in einigen Aspekten erfolgreich in die tägliche Praxis integrierbar zu sein. Wichtig erscheint dennoch, dass dieser Ansatz weder für alle Patienten und Erkrankungen noch für alle MFA gleichermaßen geeignet ist. Bedingungen für eine Integration dieses Konzepts in die Regelversorgung sind die individualmedizinische Ausrichtung der Maßnahmen an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten, die Auswahl und Schulung geeigneter nichtärztlicher Mitarbeiter sowie eine Neuausrichtung der Praxisorganisation zur Vermeidung arbeitsintensiver neuer Schnittstellen. Im Rahmen der weiteren Professionalisierung von MFA werden sich Selbstbild und Anforderungsprofil dieses Berufsbildes verändern. Arzt und MFA treten dabei in keiner Weise in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen sich gegenseitig.

Literatur

1. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:64–78.
2. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, et al. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008;8:14.
3. Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, et al. Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Med Care* 2007;45:19–27.
4. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008;6:116–23.
5. Ose D, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Impact of primary care-based disease management on the health-related quality of life in patients with type 2 diabetes and co-morbidity. *Diabetes Care* 2009;32:1594–6.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002;288:1909–14.
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775–9.
8. Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, et al. [The future is chronic: German primary care and the Chronic Care Model – the comprehensive principles in the proactive treatment of the chronically ill.] *Z Ärzt Fortbild Qualitätssich* 2006;100:365–74.
9. Sachverständigenrat. *Gesundheit, Sondergutachten 2009*, Berlin, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (<http://www.svr-gesundheit.de>, Internetzitat 22. 7. 2009).
10. Höppner K, Kuhlmeier A. *Gesundheitsberufe im Wandel*. G+G Wissenschaft 2009;9:7–14.
11. Hoffmann W, van den Berg N. AGnES – Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte – Qualität und Akzeptanz: Schlusswort. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:357.
12. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 2000:13–29.
13. Scientific Software Development. *Atlas.ti – the knowledge workbench, version 5.2.12*. Berlin: Scientific Software Development, 2007.
14. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 2000:468–75.
15. Rosemann T, Joest K, Korner T, et al. 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.
16. Olbort R, Mahler C, Campbell S, et al. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2009;65:799–808.
17. Granados Gámez G. Nursing-patient relationship as a caring relationship [Review]. *Nurs Sci Q* 2009;22:126–7.

Korrespondenzanschrift

Regine Bölter
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
klinische Geriatrie
Abteilung Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstraße 2, Gebäude 37
69115 Heidelberg
Telefon (+49/6221) 56-38596
Fax -1972
E-Mail: regine.boelter@
med.uni-heidelberg.de