



Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen

Vorhabenbeschreibung

Vor dem Hintergrund absehbarer Engpässe in der medizinischen, insbesondere hausärztlichen Versorgung aufgrund der demographischen Entwicklung wird seit geraumer Zeit in Wissenschaft und Politik eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal diskutiert. Als Konsequenz aus dieser Diskussion wurde auf dem 110. Deutschen Ärztetag beschlossen, Arzthelferinnen bzw. Medizinische Fachangestellte (im Folgenden als MFA) bezeichnet, stärker in die medizinische Versorgung einzubeziehen und eine zusätzliche Qualifikationsstufe "Gesundheitsberatung" zu entwickeln. Für die entsprechenden Qualifizierungen der MFA wurde ein Curriculum für den Gegenstandsbereich der ambulanten Versorgung älterer Menschen entwickelt, das in den Landesärztekammern umzusetzen ist.

Im Oktober 2008 erteilte die Bundesärztekammer dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) den Auftrag, ein Modellprojekt „Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen“ durchzuführen. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein führte ein ebenfalls von der Bundesärztekammer gefördertes gleichgerichtetes Projekt (HELVER) durch. Beide Projekte hatten das Ziel, die Umsetzung des genannten Curriculums in verschiedenen Versorgungsregionen zu evaluieren. Dabei sollten die Angemessenheit des Curriculums eruiert und Konsequenzen für die das Konzept umsetzenden Praxen, sowohl für die MFA als auch für die Praxisinhaber, ermittelt werden. Weitere Untersuchungsschwerpunkte waren die Akzeptanz bei den Patienten und die Konsequenzen der Aufgabendelegation für das Arzt-Patient-Verhältnis und den medizinischen Outcome. Auch auf die Einbindung in die Versorgungsstruktur wurde ein Augenmerk gelegt.

Aufgrund der gleichartigen Konzeption beider Projekte beschlossen das WIAD und die Ärztekammer Schleswig-Holstein, ihre Projekte in enger Kooperation mit einer gemeinsamen Evaluation durchzuführen. Der Zeitraum für die Durchführung einschließlich der Evaluation war Oktober 2008 bis Dezember 2010. Der Abschlussbericht wurde im Januar 2011 vorgelegt. Fortbildungen durchführende Kooperationspartner im WIAD-Projekt waren die Carl-Oelemann-Schule der Ärztekammer Hessen in Bad Nauheim und die Akademie für ärztliche

Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe. Im HELVER-Projekt wurden die Fortbildungen vom Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein durchgeführt.

Die Evaluation war multiperspektivisch angelegt, d.h., dass die Perspektiven der beteiligten MFA und der Ärzte – es handelt sich ganz überwiegend um die Inhaber der jeweiligen Praxis – sowie der Patienten die Basis für die Evaluation bildeten. Insgesamt konnten die Fragebögen von 65 MFA, 63 Ärzten und 669 Patienten ausgewertet werden. Flankiert wurden diese zentralen Evaluationsbausteine von umsetzungsbegleitenden Maßnahmen und Expertengesprächen. Ein methodisch sehr relevantes Ergebnis der Evaluation ist die hohe Übereinstimmung der Einschätzungen aller drei Befragten-Gruppen. Dies ist eine Bestätigung, dass das Evaluationskonzept angemessen war und dass die gewonnenen Ergebnisse eine reale Veränderung im Versorgungsgeschehen belegen.

Ergebnisse

Wenngleich nicht wenige der teilnehmenden Praxen Aufgabendelegation bereits aus eigener Initiative praktiziert hatten, bevor dieses Projekt startete, haben sich doch für alle Beteiligten deutliche und durchweg positive Effekte durch die Realisierung dieser Fortbildung ergeben. Das Fortbildungskonzept hat sich insgesamt bewährt und wurde sowohl von den MFA als auch von deren Arbeitgebern akzeptiert und überwiegend positiv beurteilt. In den Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit, deren Ausprägungen auf die Inhalte bzw. Intentionen des Curriculums bezogen untersucht wurden, haben die MFA ihr professionelles Niveau und in der Folge ihre Position als Team-Mitglied der Arztpraxis erhöhen können, sodass sie in der Lage sind, effektiver und effizienter einen Konnex zwischen Arzt und Patient herzustellen. Ganz überwiegend haben die MFA hierdurch eine (wenn auch nicht monetäre) Aufwertung ihres Berufs erlebt und auch persönlichen Gewinn realisieren können.

Für die beteiligten Praxen haben sich durch die Umsetzung des Konzepts keine nennenswerten organisatorischen oder sonstigen Probleme ergeben. Vielmehr ist die Zufriedenheit im Team wie auch die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers insgesamt deutlich angestiegen. Im Schnitt haben die MFA ihre Hausbesuchstätigkeit ausgeweitet. Damit verbunden hat sich das Leistungsspektrum eines Teils der Praxen verändert, u.a. insofern technische Leistungen bedarfsspezifisch vor Ort erbracht werden. Dass bei der Delegation von Leistungen an die MFA kein Feld der Unsicherheit entsteht, wurde in den Einschätzungen beider Gruppen deutlich. Hierzu dürften auch die festgestellte hohe Kommunikationsdichte bzgl. der Fallbesprechungen bei der Leistungsdelegation sowie die recht häufige Telekommunikation zwischen Arzt und MFA bei der Durchführung der Hausbesuche beitragen.

Eventuelle Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung werden durch die Ergebnisse der Studie widerlegt. Ganz im Gegenteil zeichnet sich für die befragten Ärzte eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis ab, die aus der von den Patienten empfundenen verstärkten Zuwendung der MFA an sie resultiert. Auch für eine mögliche Zunahme der Leistungsbeanspruchung liefert die Untersuchung keinen Beleg. Die vertiefte Kenntnis der Lebenssituation des Patienten, welche die MFA bei den Hausbesu-

chen gewinnen, bietet die Chance, die Therapie in Hinblick auf die individuelle Situation des Patienten zu optimieren.

Die Patientengruppen, die aus Sicht der Ärzte am ehesten für die an MFA delegierten Leistungen in Frage kommen, sind Patienten mit einer Demenzerkrankung, ernährungsbedingten Erkrankungen, Apoplex, koronarer Herzkrankheit/Hypertonus, peripherer Gefäßerkrankung, Krebserkrankungen, chronischen Gelenkerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Aus den Studienergebnissen lässt sich gut begründet ableiten, dass durch die Hausbesuche der MFA eine Compliance-Verbesserung resultiert. Dies bezieht sich v.a. auf die Medikamenteneinnahme, die Anwendung von Therapien, die Flüssigkeitsaufnahme und die Sturz- und Unfallvermeidung. Außerdem weisen die Ergebnisse auf eine Erhöhung der Selbstständigkeit in der Lebensführung und eine günstige Beeinflussung möglicher Komplikationen der Erkrankung als Folge des MFA-Einsatzes hin.

In einem bemerkenswert hohen Maße zeigten sich die Patienten mit dem Leistungserhalt durch die MFA zufrieden. Wenn die Patienten den Leistungserhalt durch Arzt und MFA bewertend miteinander vergleichen, liegen die insgesamt hohen Werte nicht weit auseinander. Tendenziell wird die Leistungserbringung durch die MFA als intensiver eingeschätzt, wenn es um Leistungen geht, die stark mit Zuwendung verbunden sind wie Zeit haben oder auf Sorgen und Befürchtungen eingehen. Die primär ärztlichen Leistungen wie Aufklärung über die Krankheit erbringt in der Patientensicht erwartungsgemäß der Arzt intensiver, wobei die entsprechenden Werte für die MFA gleichwohl sehr hoch sind.

Die Ergebnisse der Evaluation laufen auf die eindeutige Empfehlung hinaus, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen und die der Umsetzung entgegenstehenden rechtlichen und honorarpolitischen Hemmnisse zu beseitigen. Diese Hemmnisse bestehen in erster Linie in der unzureichenden Vergütung der Hausbesuche, darüber hinaus im Nebeneinander diverser Konzepte zur Delegation, das zu einer Verunsicherung der potenziellen Nachfrager führt. Die weitgehende Implementierung in der hausärztlichen Versorgung wäre die Basis für die Ausweitung des Konzepts auf Teile der fachärztlichen Versorgung und die Ausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgung.

Abschlussbericht:

Gerhard Schüller, Ingbert Weber, Michael Löttgen, Lothar Klaes, Cordelia Andreßen (2011): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen. Abschlussbericht im Auftrag der Bundesärztekammer. Bonn, Bad Segeberg, 7. Januar 2011

Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Ubiestraße 78, 53173 Bonn

Dr. Gerhard Schüller
Telefon: 0228 8104-141 (gerhard.schueler@wiad.de)

Dr. Lothar Klaes
Telefon: 0228 8104-172 (lothar.klaes@wiad.de)

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

Volker Warneke
Tel.: 04551 8813-290 (volker.warneke@aeksh.org)

Anlage: Veröffentlichung im Hartmannbund-Magazin 2/2011



16 WIAD-Projekt zu Tätigkeitsprofilen für MFA abgeschlossen Arztentlastung durch Delegation

Im Januar 2011 hat das WIAD gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein der Bundesärztekammer (BÄK) den Abschlussbericht zum Projekt „Neue Tätigkeitsfelder für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen“ vorgelegt. Evaluert wurde die Umsetzung des zugrunde liegenden BÄK-Curriculums in Hessen, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein in Kooperation mit den dortigen Ärztekammern und Fortbildungseinrichtungen. Die Ergebnisse beruhen auf Befragungen bei den MFA, Praxisinhabern und Patienten.

Vorteile für die Praxen

Das Fortbildungskonzept hat sich insgesamt bewährt und wurde sowohl von den MFA als auch von deren Arbeitgebern akzeptiert und überwiegend positiv beurteilt. In den Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit, deren Ausprägungen auf die Inhalte bzw. Intentionen des Curriculums bezogen untersucht wurden, haben die MFA ihr professionelles Niveau erhöhen und in der Folge ihre Position als Team-Mitglied der Arztpraxis verbessern können, sodass sie in der Lage sind, effektiver und effizienter einen Konnex zwischen Arzt und Patient herzustellen. Ganz überwiegend haben die MFA hierdurch eine (wenn auch nicht monetäre) Aufwertung ihres Berufes erlebt und auch persönlichen Gewinn realisieren können.

Für die beteiligten Praxen haben sich durch die Umsetzung des Konzepts keine nennenswerten organisatorischen oder sonstigen Probleme ergeben. Vielmehr ist die Zufriedenheit im Team wie auch die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers insgesamt deutlich angestiegen. Im Schnitt haben die MFA ihre Hausbesuchstätigkeit ausgeweitet. Damit verbunden hat sich das Leistungsspektrum eines Teils der Praxen verändert, u.a. insofern technische Leistungen bedarfsspezifisch vor Ort erbracht werden. Dass bei der Delegation

von Leistungen an die MFA kein Feld der Unsicherheit entsteht, wurde in den Einschätzungen beider Gruppen deutlich. Hierzu dürften auch die hohe Kommunikationsdichte bezüglich der Fallbesprechungen bei der Leistungsdelegation sowie die recht häufige Telekommunikation zwischen Arzt und MFA bei der Durchführung der Hausbesuche beitragen.

Eventuelle Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung werden durch die Ergebnisse der Studie widerlegt. Ganz im Gegenteil zeichnet sich für die befragten Ärzte eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis ab, die aus der von den Patienten empfundenen verstärkten Zuwendung der MFA an sie resultiert. Auch für eine mögliche Zunahme der Leistungsbeanspruchung liefert die Untersuchung keinen Beleg. Die vertiefte Kenntnis der Lebenssituation des Patienten, welche die MFA bei den Hausbesuchen gewinnen, bietet vielmehr die Chance, die Therapie in Hinblick auf die individuelle Situation des Patienten zu optimieren.

Breite Eignung des Konzepts

Die Patientengruppen, die aus Sicht der Ärzte am ehesten für die an MFA delegierten Leistungen in Frage kommen, sind Patienten mit einer Demenzerkrankung, ernährungsbedingten Erkrankungen, Apoplex, koronarer Herzkrankheit/Hypertonus, peripherer Gefäßerkrankung, Krebserkrankungen, chronischen Gelenkerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Aus den Studienergebnissen lässt sich gut begründet ableiten, dass durch die Hausbesuche der MFA eine Compliance-Verbesserung resultiert. Dies bezieht sich insbesondere auf die Medikamenteneinnahme, die Anwendung von Therapien, die Flüssigkeitsaufnahme und die Sturz- und Unfallvermeidung. Außerdem weisen die Ergebnisse auf eine Erhöhung der Selbständigkeit in der Lebensführung und eine günstige Beeinflussung

möglicher Komplikationen der Erkrankung als Folge des MFA-Einsatzes hin.

Patienten sind sehr zufrieden

In einem bemerkenswert hohen Maße zeigten sich die Patienten mit dem Leistungserhalt durch die MFA zufrieden. Wenn die Patienten den Leistungserhalt durch Arzt und MFA bewertend miteinander vergleichen, liegen die insgesamt hohen Werte nicht weit auseinander. Tendenziell wird die Leistungserbringung durch die MFA als intensiver eingeschätzt, wenn es um Leistungen geht, die stark mit Zuwendung verbunden sind, etwa Zeit haben oder auf Sorgen und Befürchtungen eingehen. Die primär ärztlichen Leistungen wie Aufklärung über die Krankheit erbringt in der Patientensicht erwartungsgemäß der Arzt intensiver, wobei die entsprechenden Werte für die MFA gleichwohl sehr hoch sind.

Empfehlungen

Die Ergebnisse der Evaluation laufen auf eine eindeutige Empfehlung hinaus, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen und die der Umsetzung entgegenstehenden rechtlichen und honorarpolitischen Hemmnisse zu beseitigen. Diese Hemmnisse bestehen in erster Linie in der unzureichenden Vergütung der Hausbesuche, darüber hinaus im Nebeneinander diverser Konzepte zur Delegation, das zu einer Verunsicherung der potenziellen Nachfrager führt. Die weitgehende Implementierung in der hausärztlichen Versorgung wäre die Basis für die Ausweitung des Konzepts auf Teile der fachärztlichen Versorgung und die Ausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgung.

*Dr. Lothar Klaes, Dr. Gerhard Schüler
(WIAD – Wissenschaftliches Institut der
Ärzte Deutschlands gem. e.V., Bonn)*