

Aus dem Fachbereich Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

betreut am  
Zentrum der Gesundheitswissenschaften  
Institut für Allgemeinmedizin  
Direktor: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach

**Möglichkeiten durch Delegation hausärztlicher Leistungen  
am Beispiel von Versorgungsassistentinnen in der  
Hausarztpraxis (VERAH)**

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

vorgelegt von  
Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health  
aus Büdingen, Hessen

Frankfurt am Main, 2016



Aus dem Fachbereich Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

betreut am  
Zentrum der Gesundheitswissenschaften  
Institut für Allgemeinmedizin  
Direktor: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach

**Möglichkeiten durch Delegation hausärztlicher Leistungen  
am Beispiel von Versorgungsassistentinnen in der  
Hausarztpraxis (VERAH)**

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

vorgelegt von  
Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health  
aus Büdingen, Hessen

Frankfurt am Main, 2016

Dekan:	Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter
Referentin:	Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Korreferent:	Prof. Dr. Christian Markus Lange
2. Korreferent:	Prof. Dr. David Groneberg
Tag der mündlichen Prüfung:	02.02.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>V</b>
Deutsche Fassung .....	V
Englische Fassung.....	VII
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>IX</b>
<b>1    Übergreifende Zusammenfassung .....</b>	<b>1</b>
1.1    Einleitung .....	1
1.1.1    Definition der Delegation .....	2
1.1.2    Delegation vs. Substitution.....	2
1.1.3    Rechtliche Rahmenbedingungen und Vergütung der Delegation .....	3
1.1.4    Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg .....	5
1.1.5    Evaluation des VERAH-Einsatzes in der HzV in Baden-Württemberg.....	6
1.1.6    Methodik und Materialien der Evaluationsprojekte .....	7
1.1.7    Übergreifende Fragestellung .....	8
1.2    Darstellung der Manuskripte und Publikationen.....	8
1.3    Diskussion der Gesamtheit der Ergebnisse und deren Beitrag/Bedeutung für die Beantwortung der Fragestellung .....	14
1.3.1    Welche Formen und Graduierungen von Delegation existieren in Hausarztpraxen, die eine VERAH beschäftigen sowie in Hausarztpraxen ohne VERAH? .....	14
1.3.2    Welche Folgen der Delegation sind in Hausarztpraxen zu beobachten, die eine VERAH beschäftigen? .....	18
1.3.3    Welche Empfehlungen lassen sich für ein Gelingen der Delegation an eine speziell qualifizierte MFA (VERAH) aus den Evaluationen ableiten?.....	22
1.4    Fazit.....	24
<b>2    Übersicht der zur Veröffentlichung angenommenen Manuskripte bzw. Publikationen .....</b>	<b>26</b>
<b>3    Die Manuskripte / Publikationen.....</b>	<b>27</b>
3.1    Publikation Nr. 1 – Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg.....	27
3.2    Publikation Nr. 2 – Sharing responsibilities within the general practice team – a cross-sectional study of task delegation in Germany .....	36
3.3    Publikation Nr. 3 – Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht.....	49
3.4    Publikation Nr. 4 – Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? ....	57
3.5    Manuskript / Publikation Nr. 5 – Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis?.....	63

3.6	Publikation Nr. 6 – Wie werden Delegationskonzepte in der Hausarztpraxis ausgestaltet – Eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV .....	71
<b>4</b>	<b>Darstellung des eigenen Anteils .....</b>	<b>78</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>82</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>XI</b>
	Anhang I Ausführliche Darstellung der Methoden zum Projekt 2010-2011 .....	XII
	Anhang II Ausführliche Darstellung der Methoden zum Projekt 2013-2016.....	XV
	Anhang III Materialien zum Projekt 2010-2011 .....	XXVII
	Anhang IV Materialien zum Projekt 2013-2016 .....	XLVIII
	Anhang V Zusatzmaterial – Publikation Nr. 7 .....	CIII
	<b>Eigene Veröffentlichungen .....</b>	<b>CXIV</b>
	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>CXIX</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>CXXI</b>
	<b>Schriftliche Erklärung .....</b>	<b>CXXII</b>

## Zusammenfassung

### Deutsche Fassung

**Hintergrund:** Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches medizinisches Fachpersonal wird in Deutschland vor dem Hintergrund eines absehbaren Hausärztemangels bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an hausärztlichen Betreuungsleistungen seit einiger Zeit diskutiert. Inzwischen wurden unterschiedliche Qualifikationsmodelle für Medizinische Fachangestellte (MFA) (z.B. die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, VERAH) konzipiert und implementiert, die für eine Delegation von Leistungen qualifizieren. VERAH sind v.a. in Baden-Württemberg in Hausarztpraxen tätig, da deren Einsatz dort im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) seit 2008 finanziell honoriert wird. Dabei ist es den Praxen freigestellt, wie sie das VERAH-Konzept und damit auch die Delegation umsetzen. Auch gesetzliche Vorgaben zur Delegation lassen erheblichen Spielraum bei der Umsetzung. Erschwerend kommt hinzu, dass weiterhin Unklarheit darüber besteht, welche Leistungsübertragung als „Delegation“ und welche eher als „Substitution“ zu verstehen ist.

**Zielrichtung der Arbeit:** Ziel dieser publikationsbasierten Dissertation ist eine Darstellung der Formen und Graduierungen von Delegation, d.h. der tatsächlichen Umsetzung von Leistungsübertragung in der Hausarztpraxis am Beispiel der VERAH in Baden-Württemberg. Es können Empfehlungen für das Gelingen der Delegation aus der Analyse von Ergebnissen auf Patienten-, Praxis- und Teamebene abgeleitet werden.

**Resultate:** Diese Dissertation basiert auf sechs Publikationen, die im Rahmen von zwei Projekten zur Evaluation des VERAH-Einsatzes in der HzV in Baden-Württemberg entstanden. Die Evaluationen basieren auf einem Mixed Methods-Design, d.h. auf der Analyse von querschnittlich erhobenen quantitativen Daten sowie qualitativen Daten zu verschiedenen Fragen des VERAH-Einsatzes.

Es existiert ein breites Spektrum an Formen und Graduierungen der Delegation in Hausarztpraxen, die am HzV-Modell teilnehmen. VERAH übernehmen einerseits supplementäre (zusätzliche) ärztliche Tätigkeiten, wie z.B. Geriatisches Assessment oder Impfberatungen, aber auch komplementäre (ergänzende) Tätigkeiten wie z.B. die Beratung der Angehörigen zu Hilfeleistungen im Gesundheitssystem. Vor allem im Rahmen von Hausbesuchen üben VERAH auch substituierende (ersetzende) Funktionen

aus. Auf Patientenseite sind gerade ältere, multimorbide und pflegebedürftige Patienten Empfänger delegierter Leistungen. Sie erhalten eine umfassende Betreuung und werden beim Erhalt ihrer häuslichen Selbständigkeit unterstützt. Die Patienten sehen in der VERAH eine zusätzliche Vertrauensperson in der Praxis und akzeptieren sie als kompetente Ansprechpartnerin. Die Hausärzte profitieren durch die Delegation von Tätigkeiten an VERAH, indem sie entlastet werden und Zeit für wichtige medizinische Aufgaben gewinnen. Für VERAH stellt die Delegation eine Erweiterung ihrer Tätigkeits- und Kompetenzbereiche dar und kann insofern als ein Schritt zur Professionalisierung des nichtärztlichen Personals einer Hausarztpraxis gelten.

Viele Faktoren, die zum Gelingen einer Umsetzung der Delegation beitragen, können vom hausärztlichen Team selbst beeinflusst werden. Darunter fallen das Engagement der MFA, die Qualifikation, zeitliche Flexibilität, ausreichend Gestaltungsspielraum, Grad der Autonomie, Abgrenzung des Verantwortungsbereiches und auch adäquates Equipment. Entsprechend richten sich die hier formulierten Empfehlungen meist an die Praxis, aber auch an den Gesetzgeber.

**Bedeutung für die übergeordnete Fragestellung:** Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass mit dem VERAH-Konzept erste Ansätze einer teambasierten Versorgung vorhanden sind, und dass sich die Analyse dieses Konzeptes eignet, um Desiderata für die Zukunft von Delegation (haus-)ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal formulieren zu können. Teambasierte Ansätze bedürfen, wie auch internationale Beispiele verdeutlichen, einer Weiterentwicklung der bestehenden Delegationskonzepte in deutschen Hausarztpraxen. Idealerweise mündet eine mit Delegation einhergehende Aufgaben- und Rollenneuverteilung in einer Betreuungsform, in der alle Teammitglieder entsprechend ihrer Qualifikation an der Versorgung der Patienten in der Hausarztpraxis beteiligt sind. Daher kommt die Einbindung von Pflegekräften in die hausärztliche Versorgung genauso in Frage, wie auch speziell ausgebildete VERAH/MFA. In jedem Fall sollte über Schritte der Professionalisierung nichtärztlicher Berufsgruppen nachgedacht werden. Ob sich in Deutschland, wie in den USA und in Kanada, aus diesen Delegationskonzepten im Laufe der Zeit Substitution (im Sinne der Verantwortungsübertragung an nichtärztliche Berufsgruppen) entwickelt, bleibt abzuwarten. Die Ergebnisse der Dissertation zeigen, dass es mit der gegenwärtigen Umsetzung der Delegation an VERAH zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums in den Hausarztpraxen kommen kann; eine Ausweitung der Delegation sollte jedoch zeitnah vorangetrieben werden.

## **Englische Fassung**

**Background:** Against the background of a foreseeable shortage of family doctors and a simultaneously increasing need for primary care services, the delegation of medical services to non-physician medical professionals has been a subject of debate for some time in Germany. As a result, various qualification models for health care assistants (e.g. specially qualified health care assistants in the family practice, or VERAHs) that are trained to perform selected services have now been drawn up and implemented. Since 2008, the deployment of VERAHs has received financial support as part of the GP centered health care program (HzV) in Baden-Wuerttemberg, and as a result VERAHs are widespread in the state. Practices are free to implement the VERAH concept and to delegate services as they see fit. Legal guidelines also provide much scope in the means of implementation. It is also difficult to define which transfer of services should be considered delegation and which substitution.

**Aim of the study:** The aim of this publication-based dissertation is to present the types and degrees of delegation that take place, i.e., the actual implementation of a transfer of responsibilities in the family practice, using VERAHs in Baden-Wuerttemberg as an example. A further objective is to develop recommendations on how to delegate successfully from the analysis of results on a patient, practice and practice-team level.

**Results:** This dissertation is based on six publications that stem from two projects aimed at evaluating the use of VERAHs in HzV in Baden-Wuerttemberg. The evaluations use a mixed-methods design, i.e., they analyze cross-sectional quantitative and qualitative data relating to various questions concerning the use of VERAHs.

There is a wide range of types and degrees of delegation in use in family practices participating in the HzV model. On the one hand, VERAHs take on additional tasks normally performed by the doctor, such as geriatric assessments or vaccination recommendations, but also complementary tasks, such as advising relatives on services provided within the health system. VERAHs also substitute for the doctor by performing home visits. As far as patients are concerned, VERAHs are mainly delegated to provide services for the elderly, the multimorbid and those in need of high-maintenance care. They receive comprehensive care and are supported in preserving their domestic independence. Patients see VERAHs as additional health professionals in the practice and accept them as competent contact persons. The delegation of tasks to VERAHs unburdens family doctors and enables them to gain time for important

medical tasks. For VERAHs, the delegation means their field of activity and competence is broadened. It can further be regarded as a step towards the professionalization of non-physician staff in the family practice.

The analysis of the implementation of delegation shows that many of the factors which enable delegation to be successful can be influenced by the family practice team, such as the dedication of the health care assistant, the qualification itself, temporal flexibility, sufficient organizational freedom, the degree of autonomy, a clear definition of responsibilities, and adequate equipment. The recommendations made here are mostly directed towards the practice but also towards legislators.

**Relevance to the primary question:** The results of this study show that the VERAH concept represents the beginnings of a team-based approach, and that the analysis of this concept is well suited to the formulation of requirements for the delegation of physician services to non-physician personnel in the future. International examples show that team-based approaches require the further development of existing delegation concepts in family practices. Ideally, the redistribution of tasks and roles that result from delegation will lead to a form of health care in which all team members are involved in caring for patients in line with their qualifications. Thus the involvement of nurses in family practice-based health care should be considered, in addition to specially trained VERAH/HCA. It is essential that thought is given to the professionalization of non-physician health occupations. In the U.S. and Canada, substitution (in the sense of the transfer of responsibilities to non-physician professions) developed out of such delegation concepts, but it remains to be seen whether this will also occur in Germany. The results of the research described in this dissertation show that the way delegation to VERAHs is currently carried out can lead to an expansion in the range of services provided in family practices. However, the extension of delegation should be promoted promptly.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
AGnES	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention
agnes <sup>zwei</sup>	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention (zweites Projekt)
ANP	Advanced Nurse Practitioner
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AZ	Aktenzeichen
BMV-Ä	Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CCM	Chronic Care-Modell
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Familienmedizin und Allgemeinmedizin
d. h.	das heißt
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
evtl.	eventuell
etc.	et cetera
FHT	Family Health Team
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HCA	Health Care Assistant
HELVER	Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IBM	International Business Machines Corporation

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MA	Medical Assistant
MAXQDA	Macintosh Operating System X Qualitative Data Analysis
MBO-Ä	Musterberufsordnung-Ärzte
MFA	Medizinische Fachangestellte
MW	Mittelwert
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistentin
NP	Nurse Practitioner
PA	Physician Nurse
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PHCNP	Primary Health Care Nurse Practitioner
PN	Practice Nurse
RN	Registered Nurse
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operation Procedure
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliche
v. a.	vor allem
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

# 1 Übergreifende Zusammenfassung

## 1.1 Einleitung

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen wird im Zusammenhang mit dem absehbaren Hausärztemangel<sup>1</sup> und den erwarteten Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Bevölkerung zunehmend diskutiert<sup>2</sup>. Seit Jahren werden die Weiterqualifikation des hausärztlichen Praxisteam und die Beachtung entsprechender (nichtärztlicher) Ressourcen gefordert<sup>2-5</sup>. Die aktuellen Prognosen des statistischen Bundesamtes lassen aufgrund des demografischen Wandels<sup>6</sup> einen Anstieg des Anteils chronisch kranker und multimorbider Personen erwarten<sup>2,7</sup>. Daraus ergibt sich eine erhöhte Nachfrage ärztlicher und pflegerischer Dienstleistungen im Gesundheitssektor<sup>8</sup>. Diese Prognosen führen zur Diskussion der effizienten Allokation von Gesundheitsdienstleistungen und Personalressourcen im Gesundheitssystem.

Die Zunahme des Anteils an chronisch kranken und multimorbiden Personen<sup>1</sup> betrifft vor allem die Versorgung im hausärztlichen Sektor. Inwieweit eine Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, allein durch Hausärzte gelingen kann, ist unter den wachsenden Herausforderungen fraglich<sup>2</sup>. In Deutschland existiert keine Rechtsgrundlage (vgl. 1.1.3), die eindeutig das ärztliche Tätigkeitsfeld von dem anderer Gesundheitsberufe abgrenzt; diese Rechtsunsicherheit, in Verbindung mit mangelnden Standardisierungen (z.B. Behandlungspfade), führt zu einer ineffizienten Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen<sup>2</sup>. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat dies aufgegriffen und proklamiert in einer ihrer Zukunftspositionen die Hausarztpraxis als Teampraxis<sup>9</sup>.

Wie in Publikation Nr. 3<sup>10</sup> dargestellt, entwickelten sich in Deutschland im hausärztlichen Bereich inzwischen zahlreiche Delegationsmodelle, welche teilweise in die Regelversorgung implementiert sind. Alle Modelle zeichnen sich dadurch aus, dass speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte<sup>II</sup> (MFA) - hausärztlich angeordnet -

---

<sup>I</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei der Angabe von Personen jeweils eine neutrale Bezeichnung gewählt. War dies nicht möglich, wurde allgemein die männliche, für die Berufsgruppe der MFA, die überwiegend aus Frauen besteht, die weibliche Form gewählt. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen.

<sup>II</sup> Die Berufsbezeichnung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) beinhaltet in diesem Zusammenhang auch die Berufsbezeichnung der Arzthelferin und wird hier und im Folgenden synonym verwendet.

spezifische Leistungen erbringen. Einen Schwerpunkt bilden Modelle zur Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken wie VERAH<sup>III</sup> (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), AGnES (Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) oder NÄPA (Nichtärztliche Praxisassistentin). Zusätzlich sollen Hausärzte in ihren Aufgaben entlastet werden, indem sie bestimmte Tätigkeiten, wie z. B. Routinehausbesuche, an nichtärztliches medizinisches Fachpersonal übertragen<sup>11</sup>, um sich dadurch wieder verstärkt den eigentlichen ärztlichen Aufgaben zuwenden zu können.

### **1.1.1 Definition der Delegation**

Delegation beschreibt im Allgemeinen die Übertragung von Kompetenz (im Sinne einer Befugnis zur Erfüllung von Aufgaben<sup>12</sup>) und damit von Verantwortung, auf hierarchisch nachgeordnete Instanzen<sup>13</sup>. Ziel der Delegation ist die Entlastung der hierarchisch übergeordneten Stelle zugunsten einer Konzentration auf relevante Tätigkeitsgebiete bzw. strategische Aspekte seiner Tätigkeit. Durch Delegation soll die Motivation der Mitarbeiter erhöht und deren Fähigkeiten besser ausgeschöpft werden können<sup>14</sup>.

### **1.1.2 Delegation vs. Substitution**

Substitution meint ganz allgemein die vorübergehende oder vollständige Ersetzung durch Andere<sup>15</sup>. Im Gesundheitssektor betrifft dies v. a. die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen mit dem Ziel, den Arzt zu ersetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete Ende Oktober 2011 eine Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben<sup>16</sup> ohne jedoch Delegation und Substitution näher zu definieren. Ein Sprecher des G-BA beschrieb in diesem Zusammenhang die Delegation als Durchführungsverantwortung (vgl. Kapitel 1.1.3), d. h. der nichtärztliche Mitarbeiter entscheidet nicht darüber „Ob“ sondern nur „Wie“ eine Tätigkeit durchgeführt wird<sup>17</sup>. Substitution hingegen meint in dieser Auslegung die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten, die bisher den Ärzten vorbehalten waren; d. h. der nichtärztliche Mitarbeiter entscheidet „Ob“ eine Leistung durchgeführt wird und übernimmt damit auch die volle zivilrechtliche Haftung<sup>18,19</sup>. Trotz dieses Versuches der Definition sind die Grenzen weiterhin unklar und die Verantwortungsbereiche überschneiden sich<sup>20</sup>.

---

<sup>III</sup> VERAH ist eine geschützte Markenbezeichnung – dies wird im Folgenden nicht weiter gekennzeichnet

Eine weitere Definition existiert von Starfield. Sie beschrieb drei Kategorien der Funktionsübernahme durch nichtärztliches Praxispersonal in der Primärversorgung<sup>21</sup>:

1. „Supplementary functions“ (supplementäre/zusätzliche Funktionen). Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, die vom Arzt durchgeführt werden *können*, aber im hausärztlichen Team effizienter von nichtärztlichem Personal übernommen werden kann (z.B. Injektionen verabreichen)
2. „Substitute functions“ (substituierende/ersetzende Funktionen). Hier sind Tätigkeiten gemeint, die traditionell vom Arzt durchgeführt werden (diagnostische und therapeutische Behandlung), aber bei Delegation anstelle des Arztes von nichtärztlichem Personal übernommen werden
3. „Complementary functions“ (komplementäre/ergänzende Funktionen). Tätigkeiten, die vom Arzt aufgrund von Zeitmangel oder fehlender Fortbildung nicht durchgeführt werden (z.B. Beratungen zu Verhaltensänderungen, Patienten-Schulungen)

In dieser Auslegung könnte eine Substitution im Sinne eines Arztersatzes auch unter der Verantwortung des Arztes stattfinden.

### **1.1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen und Vergütung der Delegation**

In verschiedenen Gesetzen und Verordnungen wurde der Versuch unternommen, die ärztliche von der nichtärztlichen Tätigkeit abzugrenzen. Dass dennoch erheblich Unklarheiten bestehen ist im folgenden Abschnitt dargestellt.

Im deutschen Gesundheitssystem liegt die Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung alleine beim Arzt. Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) wurde Delegation in der Hausarztpraxis mit der Übertragung von bestimmten Tätigkeiten an das nichtärztliche Praxispersonal umschrieben<sup>3</sup>. Dieses übernimmt die Durchführungsverantwortung, d. h. es muss dafür sorgen, dass die übertragenen Tätigkeiten fachgerecht durchgeführt werden<sup>18</sup>. Wie oben beschrieben, regeln verschiedene Gesetze und Verordnungen die juristischen Vorgaben zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter. § 613 Satz 1 BGB beschreibt die ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Behandlungsvertrages als Dienstleistung, die der Arzt grundsätzlich persönlich zu erbringen hat<sup>23</sup>. Diese „Pflicht“ ist auch in der Berufsordnung der Ärzte<sup>24</sup> (§ 19 Abs. 1 MBO-Ä) und für Vertragsärzte in der Zulassungsverordnung<sup>25</sup> (§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV)

verankert. Ein Fachkräftemangel, wirtschaftliche Erfordernisse und organisatorische Rahmenbedingungen führten bereits 1975 zu einer Lockerung dieser Regelungen<sup>26</sup>, wenn Tätigkeiten nicht dem Arzt vorbehaltenen Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern<sup>27</sup> (Gerichtssentscheid AZ: VI ZR 72/74).

Zum 01.10.2013 verabschiedeten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eine „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V“ als Anlage 24 zum Bundesmanteltarifvertrag der Ärzte (BMV-Ä)<sup>28</sup>. In der Vereinbarung sind die nicht delegierbaren (höchstpersönlichen) Leistungen des Arztes, ein Beispielkatalog delegierbarer Leistungen und allgemeine Anforderungen an die Delegation dargelegt. Als höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind u. a. die Anamneseerhebung, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidung über Therapie und operative Eingriffe genannt<sup>28</sup>.

Der Beispielkatalog delegierbarer Leistungen umfasst u.a. administrative Tätigkeiten, Vorbereitungstätigkeiten (Anamnese, Aufklärung), diagnostische Maßnahme (z. B. Ableitung eines EKG), Wundversorgung und Hausbesuche (nach vorherigem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt). Die Qualifikationsanforderung an das nichtärztliche Personal bezieht sich mehrheitlich auf die Berufsausbildung zur MFA. Der Arzt hat sicherzustellen, dass die nichtärztlichen Mitarbeiter aufgrund ihrer Qualifikation geeignet sind, die Aufgaben durchzuführen (Auswahlpflicht), muss sie anleiten (Anleitungspflicht) und regelmäßig überwachen (Überwachungspflicht)<sup>28</sup>. Schon diese Beispiele zeigen, dass die Regelungen der Delegation nicht zur alleinigen Verhaltensgrundlage geeignet sind, da z.B. Anamnese in beiden Vorgaben vorkommt und es nicht abschließend geklärt ist, welcher Teil der Anamnese als höchstpersönliche Leistung des Arztes anzusehen ist.

Mit der Einführung einer Gebührenordnungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Ärzte wird seit 01.01.2015 die Anstellung einer zur NÄPA oder VERAH qualifizierten Mitarbeiterin in der vertragsärztlichen Versorgung mit einer pauschalen Vergütung honoriert<sup>29</sup>. Zum gleichen Zeitpunkt wurde die „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden

Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung)“ novelliert<sup>22</sup>. Der Einsatz speziell qualifizierten Praxispersonals wurde auf „hausärztliche Praxen“ erweitert und erlaubt die Erbringung von Hilfeleistungen durch NÄPA oder VERAH auch in Abwesenheit des Arztes (z.B. bei Hausbesuchen). Die Delegations-Vereinbarung umschreibt ein Aufgabenprofil (standardisierte Dokumentation, Durchführung von Tests, Medikamentenmonitoring u. ä.), welches vom Arzt angeordnet und vom nichtärztlichen Praxispersonal ausgeführt werden *kann*. Die Ausgestaltung der Umsetzung all dieser Regelungen bleibt jeder einzelnen Praxis vorbehalten.

#### **1.1.4 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg**

In Baden-Württemberg wurde bereits im Jahr 2008 ein Anreizsystem zur Umsetzung von Delegation in der Hausarztpraxis mit der Einführung des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach Paragraph 73b SGB V durch die AOK Baden-Württemberg implementiert<sup>30</sup>. Ziel des HzV-Vertrages ist die Verbesserung der (sektoren-)übergreifenden Zusammenarbeit und Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wobei der Hausarzt als Lotse und erste Anlaufstelle für Patienten eine zentrale Rolle übernimmt<sup>31</sup>. U.a. wurde hier erstmals in einem flächendeckenden Vollversorgungsvertrag der Einsatz von VERAH mit einer pauschalierten Vergütung von 5,- € pro chronisch krankem Patienten je Quartal honoriert, wenn eine entsprechend qualifizierte Mitarbeiterin beschäftigt wird<sup>30</sup>. Inzwischen sind in Baden-Württemberg >2.400 VERAH im Einsatz (deutschlandweit >8.000)<sup>IV</sup>.

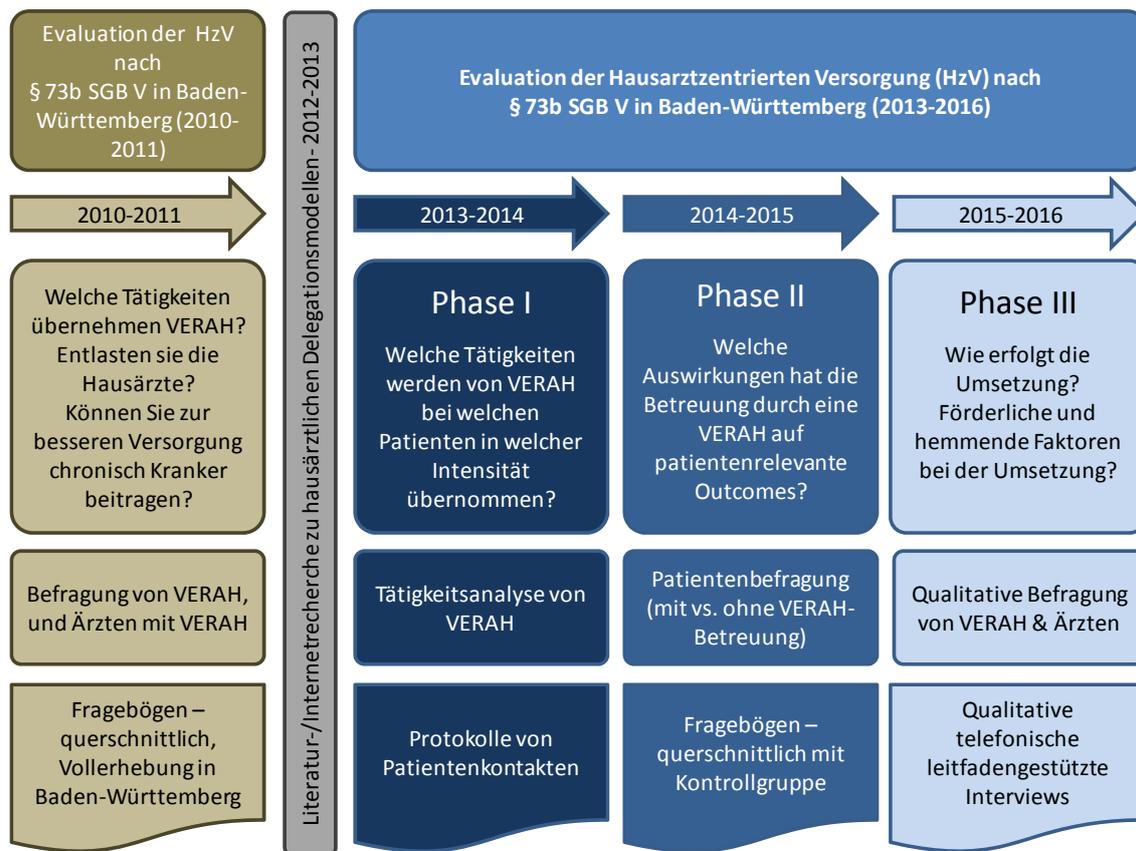
Mit dem Einsatz einer VERAH soll die Qualität der Versorgung von chronisch kranken Patienten optimiert werden, insbesondere durch Monitoring, Koordinationsleistungen sowie Patienteninformation und Medikamenten-, Impf-, Präventions- und Case Management<sup>32</sup>, wobei es jeder Hausarztpraxis selbst überlassen ist, welche dieser Tätigkeiten vom Hausarzt an die VERAH delegiert werden und wie die Tätigkeit im Einzelnen umgesetzt wird.

---

<sup>IV</sup> Schriftliche Auskunft des Deutschen Hausärzteverbandes vom 07. April 2016

### 1.1.5 Evaluation des VERAH-Einsatzes in der HzV in Baden-Württemberg

Die Autorin evaluierte federführend in zwei Projekten<sup>V</sup> den Einsatz der VERAH in der HzV. Im ersten Projekt, einer einjährigen Studie zur „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011)“, befragte sie mithilfe von Fragebögen VERAH und Ärzte (aus Praxen, die eine VERAH beschäftigen), um herauszufinden welche Tätigkeiten VERAH übernehmen, ob sie die Hausärzte entlasten und ob sie zu einer besseren Betreuung von chronisch kranken Patienten beitragen können<sup>33</sup> (vgl. Abbildung 1).



**Abbildung 1: Übersicht über die Projekte, Fragestellungen, Studienpopulation und Erhebungsmaterialien**

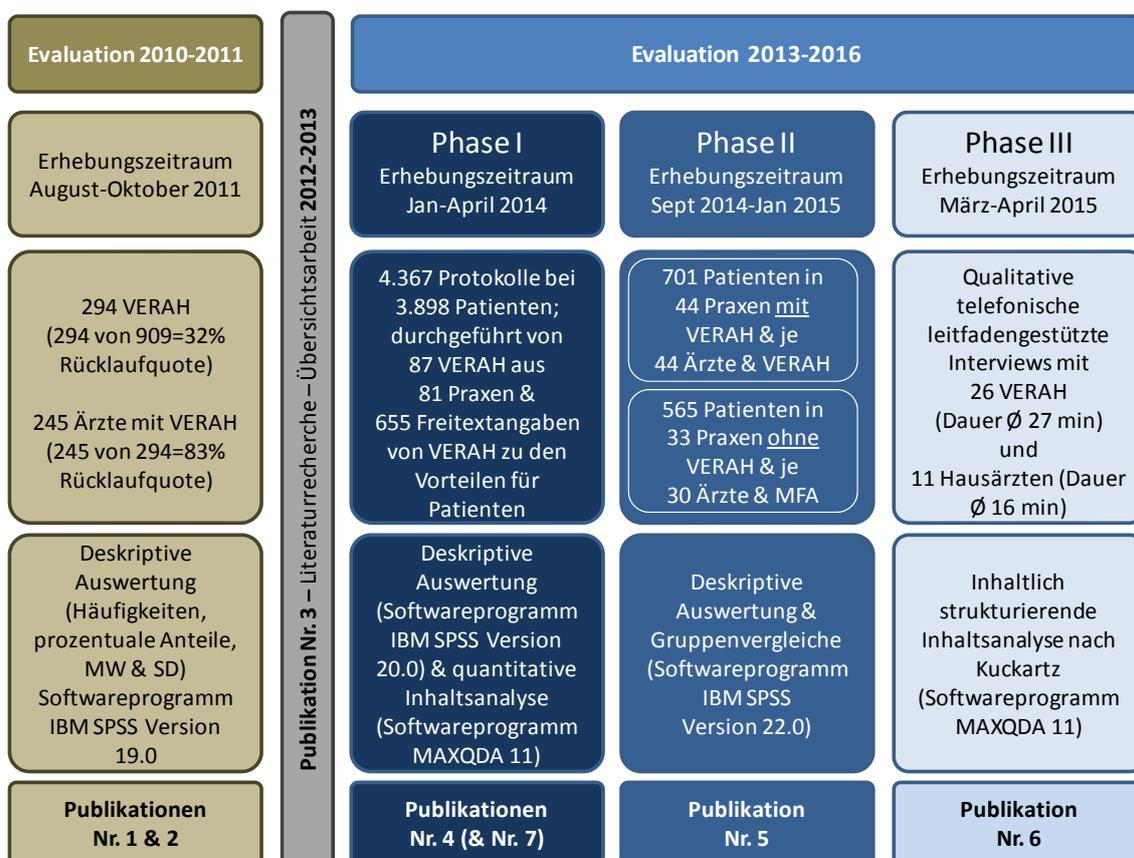
Abbildung 1 gibt eine Übersicht über beide Projekte mit den jeweiligen Fragestellungen, den Studienpopulationen und den verwendeten Erhebungsmethoden. Aus allen Projekten bzw. Projektphasen entstanden insgesamt sechs Publikationen mit der Verfasserin dieser Arbeit als Erstautorin.

<sup>V</sup> Beide Projekte erhielten finanzielle Unterstützung durch die AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Baden-Württemberg und dem Mediverbund. Die wissenschaftlichen Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme des Sponsors auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

Das zweite Evaluationsprojekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)“ bestand aus drei Projektphasen. Nach einer Tätigkeitsanalyse von VERAH (Phase I) mit dem Ziel differenziert zu evaluieren, welche Tätigkeiten von VERAH bei welchen Patienten in welcher Intensität durchgeführt wurden<sup>34</sup>, folgte eine Patientenbefragung. Mittels Fragebögen erhob die Autorin die Auswirkungen der Betreuung durch das nichtärztliche Praxispersonal auf die Patienten (Phase II). Die dritte Projektphase bestand aus einer qualitativen Exploration, bei der die Autorin VERAH und Ärzte mittels leitfadengestützter Interviews telefonisch zur Umsetzung von Delegation in den Praxen einschließlich der förderlichen und hemmenden Faktoren befragte (vgl. Abbildung 1).

### 1.1.6 Methodik und Materialien der Evaluationsprojekte

Die Beantwortung dieser Fragestellungen erfolgte in den zwei Evaluationsprojekten in Form eines Mixes aus quantitativen und qualitativen Daten (Mixed Methods-Design) und ist als Übersicht in Abbildung 2 dargestellt.



**Abbildung 2: Übersicht über die Projekte bzw. Projektphasen, Rekrutierung, Rekrutierungsergebnisse, Auswertungsmethoden und Zuordnung der Publikationen**

Die Übersicht stellt zusätzlich dar, in welchen Projekten bzw. Projektphasen welche Publikationen entstanden sind. Eine ausführliche Darstellung der angewandten Methoden aus beiden Projekten befindet sich im Anhang (vgl. Anhang I und II).

Eine weitere Publikation aus Phase I des Evaluationsprojektes 2013-2016 (Zusatzmaterial – Publikation Nr. 7 – siehe Anhang V), in der die Verfasserin als Mitautorin den Abschnitt zum Unterprojekt der VERAH-Evaluation verfasst hat, fließt inhaltlich ebenfalls in die Dissertation ein (vgl. Abbildung 2).

### **1.1.7 Übergreifende Fragestellung**

Da die Umsetzung delegierbarer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im HzV-Vertrag den Praxen überlassen ist, konnte im Rahmen der Evaluation des VERAH-Einsatzes analysiert werden, wie die konkrete Ausgestaltung in Praxen aussieht, in denen eine MFA speziell zur VERAH qualifiziert wurde und deren Tätigkeit pauschal vergütet wird. Folgende Fragestellungen wurden in der vorliegenden publikationsbasierten Dissertation untersucht:

- Welche Formen und Graduierungen von Delegation existieren in Hausarztpraxen, die eine VERAH beschäftigen sowie in Hausarztpraxen ohne VERAH?
- Welche Folgen der Delegation sind in Hausarztpraxen zu beobachten, die eine VERAH beschäftigen?
- Welche Empfehlungen lassen sich für ein Gelingen der Delegation an eine speziell qualifizierte MFA (VERAH) aus den Evaluationsprojekten ableiten?

## **1.2 Darstellung der Manuskripte und Publikationen**

### **Publikation Nr. 1 (Ergebnisse aus dem Evaluationsprojekt 2010-2011)**

**Mergenthal K**, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2013;107:386-393. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.003.

**Ziel:** Ziel der Publikation war die Darstellung des Umfangs, der Tätigkeitsschwerpunkte von VERAH in der HzV sowie Aufgabenumverteilungen mit arztentlastender Wirkung.

**Methode:** Mit einem speziell entwickelten 11-seitigen Fragebogen (vgl. Anhang III) erfolgte eine Vollerhebung aller VERAH in der HzV in Baden-Württemberg (u.a. mit

Fragen zum Einsatzbereich der VERAH mit organisatorischen und Versorgungsaspekten, beobachteten Veränderungen im Tätigkeitsbereich und in der Praxis).

**Ergebnisse:** 294 von 909 VERAH nahmen teil (32% Rücklaufquote). Deutlich mehr VERAH führten nach der VERAH-Qualifikation Tätigkeiten wie z.B. Hausbesuche, Medikamentenmanagement oder Impfmanagement durch, im Vergleich mit MFA ohne VERAH-Qualifikation auch wesentlich häufiger. Je ca. drei Viertel der Ärzte und VERAH sahen durch den VERAH-Einsatz eine verbesserte Versorgung der Patienten und knapp 60% der Ärzte sowie 73% der VERAH beschrieben eine Entlastung der Hausärzte.

**Fazit:** VERAH unterstützen die Ärzte bei zentralen hausärztlichen Aufgaben und es scheint zu einer arzentlastenden Umverteilung von Tätigkeiten zu kommen. Für chronisch kranke Patienten scheint es zu einer besseren, intensiveren Betreuung zu führen.

### **Publikation Nr. 2 (Ergebnisse aus dem Evaluationsprojekt 2010-2011)**

**Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE*. 2016;11(6): e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248.

**Ziel:** Die Publikation ging der Frage nach, welche Tätigkeiten deutsche Hausärzte an VERAH abgeben, welche sie an alle Praxismitarbeiter (MFA) übertragen und welche sie eher selbst durchführen.

**Methode:** Im Rahmen der Survey-Befragung von VERAH (n=294), enthielten die Anschreiben einen 3-seitigen Fragebogen (vgl. Anhang III) für die jeweiligen Ärzte der Praxen mit Fragen zur Delegation.

**Ergebnisse:** 245 Hausärzte nahmen teil (Rücklaufquote 83%). Tätigkeiten wie z.B. Hausbesuche wurden von einem Großteil der Hausärzte ausschließlich an VERAH delegiert, während viele Managementaufgaben (z.B. Impfmanagement) meist an alle MFA delegiert wurden. Die Beurteilung des psychischen Zustandes von Patienten sah etwa die Hälfte der Hausärzte als genuin ärztliche Tätigkeit an.

**Fazit:** Im deutschen Gesundheitssystem, in dem die Ärzte die Letztverantwortung für die Versorgung haben, zeigten sich die Ärzte bereit, bestimmte, anspruchsvollere Tätigkeiten an speziell qualifiziertes medizinisches Fachpersonal (VERAH) zu

delegieren (z.B. Hausbesuche). Die neue Rollenaufteilung könnte ein erster Schritt hin zu einem team- und patientenorientierten hausärztlichen Versorgungsangebot bedeuten.

### **Publikation Nr. 3 (Ergebnisse aus der Literaturrecherche)**

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, GÜthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen*. 2015; 77: e62-e68. doi:10.1055/s-0035-1555948.

**Ziel:** Ziel dieser Übersichtsarbeit war eine Darstellung der vorhandenen Delegationsmodelle im hausärztlichen Setting in Deutschland und die Bewertung inwieweit diese implementiert sind.

**Methode:** Die Ergebnisse einer Literatur- und Internetrecherche der Delegationsmodelle erfuhr eine Beurteilung zum Grad der Implementierung in deutschen Hausarztpraxen.

**Ergebnisse:** Von sechs bewerteten Delegationsmodellen (AGnES, VERAH, EVA, NäPA, HELVER und agnes<sup>zwei</sup>), war nur bei AGnES und VERAH eine Evaluation und eine teilweise Integration in die Regelversorgung vorhanden; wobei das VERAH-Modell am weitesten verbreitet war (>5.700 VERAH in 2011). Seit 01.01.2015 bildet das Modell der NäPA (Nichtärztliche Praxisassistentin) die Voraussetzung zur Vergütung in der Regelversorgung. Mittels einer Zusatzqualifikation ist eine Gleichstellung von VERAH und NäPA möglich. Während für das Modell der VERAH Evaluationsergebnisse vorliegen, fehlen diese bislang für das Modell der NäPA.

**Fazit:** Zur Stärkung und Förderung der Berufsgruppe der MFA ist es wichtig, dass für die Delegation im hausärztlichen Setting einheitliche, grundlegende Prinzipien festgelegt wurden, die für alle Modelle zu gelten haben.

### **Publikation Nr. 4 (Ergebnisse aus dem Evaluationsprojekt 2013-2016 – Phase I)**

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, GÜthlin C. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? *Z Allg Med*. 2016; 92(1): 36-40. doi:10.3238/zfa.2016.0036-0040.

**Ziel:** Gegenstand dieser Publikation war die Darstellung der potentiellen Auswirkungen auf die Patienten aus Sicht der VERAH.

**Methode:** In einem Bewertungsbogen im Rahmen von Tätigkeitsprotokollen von Patienten-Kontakten (vgl. Anhang IV) beurteilten 87 VERAH aus ihrer Sicht die Vorteile für die Patienten durch ihre Tätigkeit.

**Ergebnisse:** Aus VERAH-Sicht profitieren die Patienten durch bessere Informiertheit, was zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung führen kann sowie durch Aktivierung und Motivation, was zu einer höheren Therapietreue beitragen kann. Ihre Unterstützung bei der Organisation der Behandlung führt aus VERAH-Sicht zu einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem. Immobiler Patienten profitieren aus VERAH-Perspektive durch die Betreuung bei Hausbesuchen, wodurch sie die Patienten unterstützen, länger in der häuslichen Selbständigkeit zu verbleiben. VERAH sehen sich als zusätzliche Vertrauensperson, der die Patienten auf niedrigschwelliger Ebene begegnen.

**Fazit:** VERAH haben das Empfinden, dass die Betreuung bei den Patienten ankommt. Aus VERAH-Sicht profitieren die Patienten auf vielfältige Weise durch deren Unterstützung. Gerade für immobiler Patienten kann durch den teamorientierten VERAH-Einsatz die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden.

#### **Publikation Nr. 5 (Ergebnisse aus dem Evaluationsprojekt 2013-2016 – Phase II)**

**Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A.** Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2016 (online first). doi: 10.1055/s-0042-110402.

**Ziel:** Gegenstand dieser Publikation war die Analyse, ob Patienten das veränderte Tätigkeitsspektrum der VERAH und MFA wahrnehmen und akzeptieren.

**Methode:** In einer schriftlichen Befragung (Fragebogenerhebung; vgl. Anhang IV) unter chronisch kranken Patienten, die in den Vertrag der HzV eingeschrieben waren, bewerteten diese die Betreuung und Unterstützung bei der Versorgung durch nichtärztliches Praxispersonal.

**Ergebnisse:** 77 Praxen nahmen teil und befragten 1.266 Patienten. Ein Großteil der Patienten nahm die Unterstützung durch nichtärztliches Praxispersonal wahr. Mehr als die Hälfte der Patienten gaben an, dass VERAH/MFA einen Teil der Hausbesuche und Praxiskontakte übernehmen können. In Bezug auf organisatorische Leistungen, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen durch VERAH/MFA gaben die Patienten

überwiegend sehr gute Bewertungen ab. Während konkrete Beratungsleistungen, z.B. zum Impfschutz, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, Arztkontrollen oder zur Einnahme von Tabletten, von vielen Patienten berichtet wurde, nahmen die Befragten Beratungen zum Lebensstil seltener wahr. Viele Patienten akzeptieren die Betreuung durch VERAH/MFA und sehen in ihr eine zusätzliche Vertrauensperson in der Praxis; sie könnten sich vorstellen, dass VERAH/MFA weitere delegierbare Tätigkeiten übernehmen.

**Fazit:** Viele der Betreuungsaspekte, die an VERAH/MFA delegiert werden, scheinen von den Patienten wahrgenommen und akzeptiert zu sein. Potential für weitere delegierbare Leistungen könnte in der Übernahme von Hausbesuchen und bei Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf bestehen.

### **Publikation Nr. 6 (Ergebnisse aus dem Evaluationsprojekt 2013-2016 – Phase III)**

**Mergenthal K,** Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet - eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Z Allg Med.* 2016; 92(10): 402-407. doi: 10.3238/zfa.2016.0402-0407.

**Ziel:** In der Publikation wurde analysiert, wie die Praxen konkret Delegation umgesetzt haben und welche Faktoren die Umsetzung förderten oder hemmten.

**Methode:** VERAH und Ärzte wurden mittels leitfadengestützter Telefoninterviews befragt. Der auf Basis der vorherigen Projektphasen entstandene Interviewleitfaden (vgl. Anhang VI) fokussierte auf die Umsetzung der Delegation sowie hemmende und förderliche Faktoren bei der Umsetzung. Die Auswertung der transkribierten Interviews folgte der Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz mithilfe des Auswertungsprogrammes MAXQDA 11.

**Ergebnisse:** Interviews mit 26 VERAH (Ø 27 Min.) und 11 Hausärzten (Ø 16 Min.) zeigten, dass die Umsetzung des VERAH-Konzeptes überwiegend mit der Durchführung von Hausbesuchen verbunden wurde. VERAH bereiteten Arzt-Patienten-Kontakte vor und bewerteten, im Sinne einer Filterfunktion, die medizinische Notwendigkeit von Patientenfragen noch bevor der Arzt-Patienten-Kontakt stattfand. Als Einflussfaktoren für die Umsetzung beschrieben die Interviewten die personelle Ausstattung in der Praxis sowie die der VERAH zur Verfügung stehende Zeit. Waren diese ausreichend vorhanden, war es förderlich; fehlten sie, hemmte es die

Implementierung. Von Vorteil war zudem, wenn die Ärzte den VERAH die neuen Rollen zutrauten und die Verantwortlichkeiten innerhalb des Praxisteam klar geregelt waren.

**Fazit:** Die Praxisteam können einen Großteil der Faktoren, die eine Implementierung fördern, selbst beeinflussen, z.B. die Verteilung von Verantwortlichkeiten oder die zeitliche Flexibilität der VERAH, um neue Tätigkeiten übernehmen zu können. Gelingt es den Praxen, die Delegationskonzepte gut zu implementieren, profitieren auch die Ärzte, indem sie zeitlich entlastet werden und Zeit für wichtige medizinische Aufgaben gewinnen.

### **Zusätzliche Publikation (Nr. 7) aus dem Evaluationsprojekt 2013-2016 – Phase I**

Laux G, Szecsenyi J, **Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, GÜthlin C, Götz K. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl.* 2015; 58(4-5): 398-407. doi:10.1007/s00103-015-2122-9.

Die Publikation behandelte verschiedene Unterprojekte der HzV-Evaluation. Die folgende Darstellung bezieht sich lediglich auf das Unterprojekt der VERAH-Evaluation.

**Ziel:** Ein Ziel dieses Unterprojektes war es zu ermitteln, welche Patientengruppen bevorzugt von VERAH betreut wurden und welche Tätigkeiten VERAH dabei durchführten.

**Methode:** VERAH erstellten differenzierte Tätigkeitsprotokolle. Jede teilnehmende VERAH erhielt ein „Protokoll-Buch“, in dem sie bis zu 60 Patientenkontakte nach einer standardisierten Protokoll-Vorlage dokumentierte (vgl. Anhang IV).

**Ergebnisse:** 87 VERAH aus 81 Hausarztpraxen dokumentierten insgesamt 4.367 Tätigkeiten bei 3.898 Patienten. Die VERAH betreuten vorwiegend ältere, chronisch kranke, multimorbide, pflegebedürftige Patienten. Sie übernahmen vielfältige Tätigkeiten in der Patientenbetreuung (z.B. Hausbesuche, Beratungstätigkeiten) und zusätzliche Tätigkeiten, die im Praxisalltag oft zu kurz kamen (z.B. Beratung von Angehörigen).

**Fazit:** VERAH betreuen die Patienten, für deren Versorgung sie vorgesehen sind (Ältere, Hochbetagte, chronisch Kranke, Multimorbide, Hausbesuchspatienten). Dabei führen sie in vielen Bereichen qualifizierte und patientenbezogene Tätigkeiten durch, welche für bestimmte Patientengruppen eine wertvolle (zusätzliche) Hilfe darstellen.

### **1.3 Diskussion der Gesamtheit der Ergebnisse und deren Beitrag/Bedeutung für die Beantwortung der Fragestellung**

#### **1.3.1 Welche Formen und Graduierungen von Delegation existieren in Hausarztpraxen, die eine VERAH beschäftigen sowie in Hausarztpraxen ohne VERAH?**

##### **Breites Spektrum an Formen und Graduierungen der Delegation**

Es zeigte sich eine große Heterogenität an Formen und Graduierungen der Delegation innerhalb der HzV. In Publikation Nr. 1<sup>35</sup> ist dargestellt, dass ein Großteil der VERAH nach ihrer Weiterbildung ihr Tätigkeitsspektrum erweitert hat. Dennoch gab es einen, wenn auch kleinen Anteil an VERAH, die auch nach der Qualifizierung bestimmte Tätigkeiten nicht durchführten (z.B. führte ein Viertel der Befragten auch nach der Qualifizierung kein Geriatisches Assessment durch, ein Fünftel führte keine Beurteilung des psychischen Zustandes der Patienten durch). Auch in den qualitativen Ergebnissen (Publikation Nr. 6<sup>36</sup>) wurde deutlich, dass in einigen Praxen VERAH sehr selbständig agierten, bis hin zu einer „eigenen Sprechstunde“ und eigenständigem Monitoring des Behandlungsverlaufes der Patienten. Es zeigte sich aber auch, dass sich in manchen Praxen keine Änderung vollzogen hatte. Beim Großteil der befragten VERAH hatte sich das Tätigkeitsspektrum nach ihrer Weiterbildung verändert, d. h. ein erweitertes Spektrum und ein höherer Grad an Delegation an VERAH fanden in vielen Praxen Einzug. Die Ergebnisse zeigten, dass die Möglichkeiten der Delegation an nichtärztliches Praxispersonal nicht in allen Praxen ausgeschöpft wurden.

##### **VERAH führen häufiger „patientennahe“ Tätigkeiten durch**

Delegation in der Hausarztpraxis betrifft sowohl MFA als auch VERAH, wie aus einem Vergleich deutlich wurde (Publikation Nr. 1<sup>35</sup>). Im Unterschied zu MFA wurden „patientennahe“ Tätigkeiten häufiger von VERAH durchgeführt, d. h. Aufgaben die stärker in die Patientenversorgung eingreifen. Davon betroffen waren vor allem Hausbesuche, die von 91% der VERAH durchgeführt wurden und nur bei ca. der Hälfte (54%) der MFA zum Tätigkeitsbereich gehörten. Auch beratende bzw. „Management“-Aufgaben (Wundmanagement, Impfmanagement, Medikamentenmanagement) führten VERAH häufiger durch. Während sich der Einsatzbereich von MFA über viele Jahre überwiegend auf administrative Tätigkeiten begrenzte<sup>37</sup>, übernahmen VERAH eher

patientennahe Tätigkeiten, d. h. sie unterstützten die Patienten durch Information und Beratungen, also durch zentrale hausärztliche Aufgaben.

### **VERAH übernehmen Hausbesuchstätigkeit**

Hausbesuche wurden von VERAH häufiger durchgeführt als von MFA (vgl. Publikation Nr. 1<sup>35</sup>). Hausärzte delegierten Hausbesuche eher an VERAH (vgl. Publikation Nr. 2<sup>38</sup>). Daher erscheint es folgerichtig, dass die Ergebnisse aus Publikation Nr. 7<sup>39</sup> zeigten, dass VERAH hauptsächlich ältere, hochbetagte, chronisch kranke, multimorbide, pflegebedürftige, immobile Patienten betreuten. Damit erreichten sie genau die Patientengruppen, für deren Versorgung sie im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung vorgesehen sind<sup>30</sup>.

### **Delegation in Abhängigkeit von der Qualifikation des Praxispersonals**

Die Hausärzte zeigten sich bereit, Tätigkeiten zu delegieren und übertragen bestimmte Tätigkeiten in Abhängigkeit von der Qualifikation des Praxispersonals (Publikationen Nr. 1<sup>35</sup> und Nr. 2<sup>38</sup>). Während die befragten Ärzte Tätigkeiten wie Impf- und Wundmanagement oder die Erhebung diagnostischer Parameter (z.B. Ableitung eines EKG) an alle MFA delegierten, übertrugen sie bestimmte, komplexere Tätigkeiten eher an VERAH (z.B. Hausbesuche, Erhebung des psychischen Status von Patienten oder die Erstellung eines Behandlungsplanes) (Publikation Nr. 2<sup>38</sup>). Diese Ergebnisse decken sich mit Berichten aus der Evaluation des AGnES-Modellprojekts<sup>40</sup>. Die Hausärzte aus Mecklenburg-Vorpommern, die im Jahr 2009 an diesem Projekt teilgenommen haben, waren der Ansicht, dass ein Teil der Hausbesuche durch die AGnES-Fachkräfte übernommen werden kann.

### **Delegation im internationalen Kontext**

In jedem Fall muss Delegation als teambasiertes Versorgungskonzept gedacht werden; Erfahrungen aus dem Ausland liegen hierzu reichlich vor. Die aktuell in Deutschland zu beobachtende Entwicklung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der Primärversorgung, wurde in den Niederlanden bereits vor 25 Jahren vollzogen. Dort erweiterte sich damals die Rolle der Medical Assistants<sup>VI</sup> (MA) von rein administrativen und organisatorischen hin zu medizinischen und medizinisch-

---

<sup>VI</sup> Medical Assistant (MA)/Health Care Assistant (HCA)/Practice Assistant → keine bis 4-jährige Schulung (meistens Durchführung von administrativen und einfachen medizinischen Tätigkeiten)<sup>41</sup>

technischen Tätigkeiten (Blutdruckkontrollen, Diabeteskontrollen, Wundverschluss oder Vereisung von Warzen), sowie edukativen Aufgaben (Einweisung zu Blutzuckertest, Ernährungsberatung, Informationen für Allergiker etc.)<sup>41</sup>. 1999 wurde dann die Einbindung von Registered Nurses<sup>VII</sup> (RN) und Practice Nurses<sup>VIII</sup> (PN) in die Primärversorgung vorangetrieben, welche die Versorgung von chronisch kranken Patienten übernahmen<sup>41</sup>. Berufsgruppen, die für substituierende Tätigkeiten in Frage kommen (im Sinne der Verantwortung über das „Ob“ einer Leistung – vgl. Kapitel 1.1.2), wie Nurse Practitioner<sup>IX</sup> (NP) und Physician Assistants<sup>VII</sup> (PA) mit Ermächtigung zur Diagnosestellung und Rezeptverordnung<sup>42</sup>, werden bislang nicht in der Primärversorgung berücksichtigt<sup>41</sup>.

In den USA wurde in der letzten Dekade das Konzept des „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH) als zukunftsfähiges hausärztliches Versorgungsmodell gefördert und ist inzwischen flächendeckend implementiert<sup>43,44</sup>. Das PCMH-Konzept ist ein teambasierter Ansatz, in dem alle Teammitglieder eng zusammenarbeiten, der insbesondere auf chronisch kranke Patienten und deren Bedürfnisse abgestimmt ist<sup>45</sup>. Alle Teammitglieder in einer PCMH-Praxis werden geschult, innerhalb des Teams Tätigkeiten zu delegieren, um eine effiziente, patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten<sup>46</sup>. Dieses Versorgungskonzept zeigt positive Effekte auf die Patientenversorgung<sup>47,48</sup>, auf die Kosten<sup>48</sup> und auf die Organisationsstrukturen<sup>49,50</sup>.

In Kanada sind teambasierte Versorgungsansätze noch weiter ausgebaut worden. Aufbauend auf dem PCMH-Konzept haben sich in Ontario sogenannte „Family Health Teams“ (FHTs) entwickelt<sup>51,52</sup>. Diese Teams können aus „Family Doctor“, „Care Coordinator“, „Nurse Practitioners“, „Health Promoter“, „Occupational Therapist“, „Registered Nurses“, „Registered Dietitians“, „Psychologist“, „Social Workers“, „Pharmacists“, „Respiratory Therapist“, „Physician Assistant“ und „Medical Administration Assistants“ bestehen<sup>51,53,54</sup>. Erst mit der Einbindung von Pflegekräften in die Primärversorgung ging in Kanada eine *grundlegende* Veränderung vorstatten<sup>55</sup>.

---

<sup>VII</sup> Registered Nurse (RN) → ausgebildete Pflegefachkraft, die in ihrem Land eine Lizenz zur Pflegeausübung und min. 3-jährige Pflegeausbildung hat (koordiniert die Behandlung, führt Schulungen und präventive Beratungen durch für meist chronisch kranke und/oder ältere Patienten)<sup>41</sup>

<sup>VIII</sup> (Senior) Practice Nurse (PN)/Nurse Specialist → Pflegefachkräfte mit Bachelorstudium (stellen Diagnosen und führen Therapien durch bei nicht schwerwiegenden Erkrankungen und kleineren Unfällen, sowie Schulungen und betreuen Chroniker)<sup>41</sup>

<sup>IX</sup> (Advanced) Nurse Practitioner (ANP, NP)/Primary Health Care Nurse Practitioner (PHCNP)/Physician Assistant (PA) → Pflegefachkräfte mit Masterstudium (führen Diagnostik und Therapie durch und können Verordnungen erstellen)<sup>41</sup>

Nach einer gewissen Zeit der „Eingewöhnung“, dem Aufbau von gegenseitigem Vertrauen und nachdem Verantwortlichkeiten klar definiert waren, agierten die Pflegekräfte immer selbständiger und erlangten Autonomie vorwiegend in der Betreuung von chronisch kranken Patienten<sup>55</sup>. So gesehen hat sich innerhalb des PCMH die zunächst komplementäre und supplementäre Tätigkeit in eine substituierende weiterentwickelt.

Diese Beispiele zeigen, dass in anderen Gesundheitssystemen auch unter ärztlicher Verantwortung arzt ersetzende Tätigkeitsübertragung möglich ist. Mit den Evaluationsergebnissen konnte gezeigt werden, dass in der HzV mit dem VERAH-Einsatz ein breites Spektrum an Formen und Graduierungen der Delegation, dabei auch „arzt ersetzende/substituierende“ Funktionsübernahmen, stattfinden.

Voraussetzung für eine Ausweitung der Delegation hin zu einem teambasierten Versorgungskonzept ist ein Kulturwandel. Das in Deutschland historisch gewachsene Verständnis von typisch ärztlichen und typisch nichtärztlichen Aufgaben muss dafür auf seine aktuelle Gültigkeit überprüft werden<sup>56</sup>. Ein Beispiel für eine Aufgabe, die von Hausärzten auch gut auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden kann, stellt die kontinuierliche Betreuung von gut eingestellten chronisch kranken Patienten dar<sup>56</sup>.

### **Zwischenfazit**

Aus den Ergebnissen der VERAH-Evaluationen wird deutlich, dass VERAH supplementäre und komplementäre aber auch substituierende Funktionen (im Sinne eines Arzt-Ersatzes) übernehmen. Die Gesamtverantwortung für die Patientenbetreuung bleibt beim Arzt, wie es auch die Rahmenbedingungen vorgeben<sup>18,28</sup>. Dennoch findet innerhalb dieses Rahmens (HzV) eine „arzt ersetzende“ Tätigkeitsübernahme statt, vor allem dann, wenn VERAH Hausbesuche übernehmen, die vorher vom Hausarzt selbst durchgeführt wurden und dieser deshalb nur noch jeden zweiten oder dritten Hausbesuch selbst erbringt oder wenn VERAH z.B. bei Hausbesuchen eigenständig Entscheidungen über Optionen der Wundversorgung treffen müssen.

VERAH-spezifisch scheint, dass die supplementären Tätigkeitsübernahmen in Inhalt und Graduierung größtenteils über die einer MFA hinausgehen und dass VERAH komplementär vor allem Beratungstätigkeiten für die Patienten übernehmen. Zusätzlich

hat sich der Verantwortungsbereich der traditionellen MFA verändert, da sie z.B. bei Hausbesuchen in Abwesenheit des Arztes agiert und eigenständig Entscheidungen treffen muss.

Internationale Beispiele verdeutlichen, dass arzt ersetzende Tätigkeitsübernahmen auch unter der Verantwortung des Arztes möglich sind und sich bei entsprechendem Kulturwandel sowie adäquater Qualifikation des nichtärztlichen Praxispersonals die Chance für eine umfassende teambasierte hausärztliche Versorgung eröffnet.

### **1.3.2 Welche Folgen der Delegation sind in Hausarztpraxen zu beobachten, die eine VERAH beschäftigen?**

#### **Folgen für die Patienten**

##### *Patienten profitieren vom VERAH-Einsatz auf vielfältige Weise*

Aus Sicht der VERAH profitieren ältere, chronisch kranke, multimorbide und immobile Patienten von deren Betreuung (vgl. Publikationen Nr. 4<sup>57</sup> und Nr. 7<sup>39</sup>). Nach eigener Ansicht beraten, unterstützen und motivieren VERAH die Patienten. So profitieren diese und deren Angehörige durch bessere Informationen (z.B. über Hilfsmöglichkeiten im Gesundheitssystem) und von einem schnelleren Zugang zur medizinischen Versorgung (z.B. kürzere Wartezeiten, wenn VERAH Termine organisieren).

##### *Häusliche Selbständigkeit der Patienten wird erhalten*

Wie schon im vorherigen Abschnitt ausgeführt, übernehmen VERAH vermehrt Hausbesuchstätigkeiten (vgl. Publikationen Nr. 1<sup>35</sup>, Nr. 5<sup>58</sup>, Nr. 6<sup>36</sup>, Nr. 7<sup>39</sup>). Immobile, ältere Patienten profitieren aus VERAH-Sicht durch die Unterstützung bei der Koordination und Organisation der Behandlung, wenn diese bei Hausbesuchen betreut und beim Erhalt ihrer häuslichen Selbständigkeit unterstützt werden. Gerade für ältere, immobile Patienten ist bekannt, dass deren Lebensqualität maßgeblich durch den Erhalt der Unabhängigkeit und Autonomie bestimmt wird<sup>59</sup>. Für diese Patientengruppe ist so die Versorgung durch ein hausärztliches Team auch in Zukunft gewährleistet (vgl. Publikation Nr. 4<sup>57</sup>).

##### *VERAH/MFA als zusätzliche Vertrauensperson in der Praxis*

VERAH nehmen aus ihrer Sicht eine wichtige zusätzliche Vertrauensposition ein, der die Patienten auf einer niedrighwelligen Ebene begegnen (Publikation Nr. 4<sup>57</sup>). Diese subjektive Einschätzung der VERAH bestätigten die Patienten in der

Patientenbefragung (Publikation Nr. 5<sup>58</sup>). Viele Patienten sehen in der VERAH, aber auch in der MFA eine zusätzliche kompetente Vertrauensperson und können sich vorstellen, dass VERAH/MFA weitere Leistungen übernehmen. Eine ähnliche Reaktion zeigte sich in einer Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2013<sup>60</sup>. Hier gaben bis zu 70 % der Befragten an, dass Erklärungen, die Gesundheitsfachkräfte gaben, meist besser verstanden wurden als die Erklärungen der Ärzte. Während noch im Jahr 2008 Patienten in einer Befragung von Höppner et al.<sup>61</sup> den Arzt immer als beste Ansprechperson im Versorgungsgeschehen sahen, zeigten sich in neueren Arbeiten zum AGnES-<sup>40</sup> bzw. AGnES<sup>zwei</sup>-Einsatz<sup>62</sup> (bei dem speziell qualifizierte AGnES-Fachkräfte Hausbesuche durchführten) ein anderes Bild. Hatten die Patienten im Vorfeld positive Erfahrungen gemacht, standen sie der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an medizinisches Fachpersonal wohlwollend gegenüber<sup>60</sup> bzw. konnten sich vorstellen, dass nichtärztliches Praxispersonal weitere Hausbesuche durchführt und der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf persönlich visitiert<sup>40</sup>.

#### *Patientensicherheit*

Mit der Betreuung durch nichtärztliches Praxispersonal fließen in die Diskussionen Aspekte der Patientensicherheit, der Qualität der Versorgung und der Kontinuität der Betreuungspersonen ein. Eine Reihe von Studien belegt, dass die Behandlungsqualität bei substituierter und supplementärer Betreuung durch „Nurses“, „Physician Assistants“ und „Pharmacists“, im Vergleich mit einer rein ärztlichen Betreuung, nicht unterlegen und teilweise sogar besser ist<sup>63-66</sup>. Studien, in denen die Qualität der Betreuung von geringer qualifiziertem medizinischen „Assistenzpersonal“ untersucht wurde, sind rar<sup>66-70</sup> und beziehen sich nur auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Die in diesen Studien belegte Verbesserung der Qualität der Versorgung ist daher nur bedingt für ein umfassendes teambasiertes Versorgungskonzept aussagefähig. Die fehlende Evaluation von einigen hausärztlichen Delegationskonzepten (vgl. Publikation 3<sup>10</sup>) ist ein Kritikpunkt, der in der Diskussion um Delegation oder Substitution gerne aufgegriffen wird<sup>71</sup>. Die Untersuchung von Patientensicherheitsaspekten, aber auch von Wirksamkeit und Nutzen sollte daher dringend in naher Zukunft nachgeholt und mit quantitativen und qualitativen Methoden exploriert werden.

#### *Chronik Care-Modell*

Damit die Behandlung von chronisch kranken Patienten erfolgreich sein kann, muss der Patient nach dem Chronic Care-Modell (CCM) aktiv an der Behandlung mitwirken<sup>72</sup>.

VERAH stärken durch ihren Einsatz diese aktive Einbindung: Mithilfe von Beratung und Information sollen Patienten in die Lage versetzt werden, so weit wie möglich die Verantwortung für sich und für ihr Verhalten zu übernehmen. Das im CCM geforderte „pro-aktive Versorgungsteam“ findet sich ebenfalls in den Evaluationen (vgl. Publikationen Nr. 4<sup>57</sup>, Nr. 5<sup>58</sup> und Nr. 7<sup>39</sup>) wieder, da VERAH z.B. Medikamentenpläne überprüfen und in Absprache mit dem Hausarzt anpassen. Aus der Literatur ist bekannt, dass informierte Patienten eine höhere Compliance zeigen<sup>73</sup>.

## **Folgen für die Ärzte**

### *Arztentlastung/Zeitgewinn für wichtige medizinische Aufgaben*

In Publikation Nr. 1<sup>35</sup> zeigte sich, dass VERAH viele Tätigkeiten übernehmen, die arztentlastend wirken können. In der qualitativen Befragung (Publikation Nr. 6<sup>36</sup>) beschrieben sowohl VERAH als auch Ärzte infolge der Delegation eine (meist zeitliche) Entlastung für die Ärzte. Auch die Ergebnisse aus der Tätigkeitsanalyse (Publikation Nr. 7<sup>39</sup>) verdeutlichten, dass VERAH vor allem in der Versorgung von chronisch kranken und immobilen Patienten arztentlastende Betreuungselemente übernehmen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der Evaluation des AGnES-Modellprojektes in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg<sup>40</sup>. AGnES-Fachkräfte übernahmen in großem Umfang die Erhebung diagnostischer Parameter und Dokumentation von Krankheitssymptomen, was von den teilnehmenden Hausärzten als deutlich entlastend empfunden wurde<sup>40</sup>.

### *Aufgabenneuverteilung*

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Ärzte in der HzV durch den VERAH-Einsatz eine Entlastung erfahren. Diese Entlastung, bzw. eine Neuverteilung der Aufgaben, wird in vielen Ländern als *die* Möglichkeit gesehen, Versorgungsengpässe zu verhindern<sup>41,74</sup>. Berechnungen gehen davon aus, dass Ärzte in den USA 21,7 Stunden pro Tag arbeiten müssten, um alle ihre Patienten ausreichend zu versorgen (akute, chronische und präventive Versorgung)<sup>75</sup>. Immer mehr Gesundheitssysteme setzen daher, wie im PCMH-Modell<sup>53,76-79</sup>, auf eine teambasierte Versorgung, in der jede Berufsgruppe zu der Gesamtversorgung der Patienten beiträgt<sup>74</sup> (vgl. Kapitel 1.3.1).

## **Folgen für die VERAH**

### *Erweiterung des Tätigkeitsbereiches*

Seit Einführung der Delegationskonzepte hat sich der Tätigkeitsbereich der MFA erweitert und resultierte u.a. in der VERAH-Qualifikation (vgl. Publikationen Nr. 1<sup>35</sup> und Nr. 3<sup>10</sup>). Der Beruf der Arzthelferin existiert seit >50 Jahren<sup>80</sup>. Deren Einsatzbereich war über viele Jahre auf administrative bzw. einfache Tätigkeiten in der Patientenversorgung begrenzt<sup>37</sup>. Aus der Neugestaltung der Ausbildungsordnung im Jahre 2006 zur MFA mit neuen Inhalten zu Kommunikation, Praxisorganisation, Patientenbetreuung, Qualitätssicherung, EDV, Prävention und Gesundheitsberatung, ging eine Aufgabenerweiterung hervor<sup>81</sup>.

Während sich die Debatte bei den Pflegeberufen seit Jahren darum dreht, ob Tätigkeiten unter der Verantwortung des ärztlichen Personals oder selbständig und unter eigener Verantwortung durchgeführt werden (vgl. Kapitel 1.1.2)<sup>20</sup>, zeigen die vorgestellten Ergebnisse, dass VERAH substituierende Tätigkeiten unter der Verantwortung des Arztes übernehmen. Wie die internationalen Beispiele zeigen, kann sich aus der Delegation im Laufe der Zeit eine Substitution (unter ärztlicher Verantwortung aber auch bis hin zur Eigenständigkeit der Berufsgruppen) entwickeln. Für die VERAH bedeutet dies bei entsprechender weiterer Professionalisierung eine Chance auf Verbesserung der Qualität ihres beruflichen Handelns<sup>82</sup> und damit einhergehend eine bessere Versorgung der Patienten.

Zusammenfassend zeigt sich für die VERAH eine Tätigkeits- und Verantwortungsausweitung und damit ein erster Schritt in die Professionalisierung. Dafür bedarf es weiterer struktureller und Prozessvorgaben (Zielvereinbarungen, strukturierte Arbeitsabläufe, definierte Tätigkeitsbereiche und zugewiesene Rollen), gesetzliche und edukative Rahmen, die eine Weiterentwicklung befördern. Schließlich ist es notwendig, dass eine Professionalisierung in einer entsprechenden Anerkennung – auch finanzieller Art – resultiert.

## **Folgen für die Politik/Gesetzgebung**

Für die Berufsgruppe der MFA bedeutet die VERAH-Qualifikation (aber auch alle anderen Weiterbildungen wie in Publikation 3<sup>10</sup> dargestellt) ein erster Schritt in die Professionalisierung, d. h. in eine Weiterentwicklung, die ggf. sogar zu einem

eigenständigen neuen Berufsbild beiträgt<sup>83</sup>. Im internationalen Kontext zeigt sich, dass diese Entwicklung (Zusatz-)Ausbildungen bei bestimmten Personengruppen erfordert<sup>83</sup>. Jedoch ist für Deutschland zu sagen, dass im Unterschied zu nichtärztlichen Berufsgruppen in den Niederlanden, USA und Kanada (vgl. Kapitel 1.3.1) keine akademische Ausbildung zum Berufsbild der MFA gehört<sup>41</sup>. MFA in Deutschland durchlaufen eine 3-jährige duale Ausbildung<sup>81</sup>, dessen besondere Stärke die Praxisnähe ist<sup>84,85</sup>. Wie schon in der Debatte um die Akademisierung in der Pflege<sup>86</sup>, stellt sich die Frage, ob ein Bachelor-Studiengang ohne vorherige Berufserfahrung für eine praktische Arbeit bei komplexen Krankheitsbildern ausreichend qualifiziert. Umgekehrt ist zu diskutieren, ob die Akademisierung zu einer Verbesserung der klinischen Kompetenzen und praktischen Fähigkeiten führt<sup>86</sup>. Problematisch ist unabhängig davon auch die Vielzahl der angebotenen Qualifizierungen mit teilweise nicht definierten bzw. unterschiedlichen Lerninhalten (vgl. Publikation 3<sup>10</sup>) und besonders wichtig für die Professionalisierung ist eine deutliche Verbesserung der Lehre<sup>86</sup>. So sollte es nicht als ausreichend angesehen werden, wenn die Lehrenden Spezialisten ihrer Disziplin sind<sup>82</sup>, sondern sie sollten zusätzlich eine pädagogische Qualifizierung vorweisen. Um die Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern zu fördern propagiert die WHO interprofessionelle Ausbildungskonzepte für alle Berufe in der Gesundheitsversorgung<sup>87,88</sup> und ruft die Länder, auf entsprechende Programme zu entwickeln. So gesehen hieße Professionalisierung, unabhängig von einer möglichen Akademisierung auch, dass strukturelle Vorgaben<sup>89</sup>, Gesetzesanpassungen und Curricula die Umsetzung der Delegation/Substitution regeln müssen.

### **1.3.3 Welche Empfehlungen lassen sich für ein Gelingen der Delegation an eine speziell qualifizierte MFA (VERAH) aus den Evaluationen ableiten?**

In Publikation Nr. 6<sup>36</sup> fand eine eingehende Untersuchung der förderlichen und hemmenden Faktoren zur Umsetzung der Delegation in den Praxen statt. Dabei kristallisierten sich die personelle Ausstattung in der Praxis und die der VERAH zur Verfügung stehende Zeit als relevante Faktoren heraus. Patel et al. empfehlen für einen reibungslosen Praxisablauf im Sinne des PCMH-Modelles 4,25 Vollzeitäquivalente an nichtärztlichen Mitarbeitern pro Hausarzt<sup>45</sup>. Vor dem Hintergrund eines absehbaren Fachkräftemangels im Gesundheitswesen<sup>90,91</sup> bleibt fraglich, ob ausreichend nichtärztliches Personal für die zukünftige Versorgung akquiriert werden kann.

Als wichtigste positive Einflussfaktoren von Seiten der VERAH bildete sich in den Interviews deren Engagement, aber auch deren Qualifikation und Erfahrung ab.

Zeigte der Arzt großes Vertrauen in die neue Rolle der VERAH, gewährte er ihr ausreichend Spielraum und wurde das ganze Team mit einbezogen, d. h. waren die Rollenaufteilungen für alle klar erkennbar, förderte dies die Implementierung der Delegation. Neben der Kommunikation, Teamorientierung, Führungs- und Konfliktlösungsqualität ist eine klare Rollenabgrenzung ein Schlüssel für das Gelingen der Delegation<sup>92</sup>. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass ein Großteil der Faktoren, die für eine gelungene Umsetzung der Delegation förderlich sind, von den Praxen beeinflusst werden können.

### **Empfehlungen für die Praxis:**

- Die Auswahl in der Praxis, welche MFA für die Qualifikation in Frage kommt, sollte gemeinschaftlich getroffen werden, es sollte eine engagierte MFA sein, die ggf. durch eine langjährige Tätigkeit in der Praxis einschätzen kann, was auf sie zukommen wird
- Die MFA sollte eine entsprechende Qualifikation zur VERAH oder NäPA durchlaufen (ggf. Zusatzqualifikationen erwerben)
- Der Arzt muss der Person die neuen Tätigkeiten zutrauen und in der Praxis dafür sorgen, dass sie den notwendigen Gestaltungsspielraum hat (Zeit, Entscheidungsfreiraum, Equipment)
- Der Arzt sollte die Tätigkeitsübernahme einfordern und die Grenzen klar darlegen, zusätzlich im Praxisteam die Funktionen, den Grad der Autonomie, die Verantwortungsbereich und Zuständigkeiten jeder einzelnen Person klar definieren (z.B. durch die Nutzung von Instrumenten des Qualitätsmanagements in Form von Standard Operating Procedures, SOPs)

### **Empfehlungen für die Politik/Gesetzgeber**

- Entwicklung von Ausbildungsprogrammen für eine interprofessionelle primärärztliche Zusammenarbeit
- Überarbeitung der gesetzlichen Vorschriften in Bezug auf die Aufgabenteilung aller Gesundheitsprofessionen in der Hausarztpraxis

- Überarbeitung des Finanzierungssystems, um eine interdisziplinäre hausärztliche Versorgung zu fördern bzw. die eine teambasierte Versorgung in ausreichendem Maße rückerstattet

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass einerseits Rahmenbedingungen geschaffen und geschärft werden müssen, um Delegation tiefgreifend zu implementieren. Andererseits kann ein Großteil der Faktoren, die zum Gelingen der Umsetzung der Delegation beitragen, von den Praxisteams beeinflusst werden.

#### **1.4 Fazit**

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass mit der Implementierung des Delegations-Konzeptes der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg ein breites Spektrum an Formen und Graduierungen der Neuverteilung von Tätigkeiten stattgefunden hat.

VERAH übernehmen dabei supplementäre, komplementäre aber auch substituierende (unter der Verantwortung des Arztes, dennoch arztersetzen) Funktionen. Als Folgen für die Patienten ergibt sich eine zusätzliche Betreuungs- und Vertrauensperson für überwiegend ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Personen, die die Kompetenzen der VERAH anerkennen und sich weitere Tätigkeitsübernahmen durch diese vorstellen können. Für die Ärzte hat der VERAH-Einsatz zur Folge, dass sie sich entlastet fühlen und Zeit für wichtige medizinische Aufgaben gewinnen. Abgeleitete Empfehlungen für die Praxen richten sich vorwiegend auf Faktoren, die von den Praxisteams selbst beeinflusst werden können; Empfehlungen an die Gesetzgeber/Politik richten sich auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen (u.a. Vergütungsmöglichkeiten, Curricula).

Für die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten ergibt sich die Möglichkeit des Zuwachses von Kompetenz und Verantwortung und damit ein erster Schritt in Richtung Professionalisierung.

Mit dieser Dissertation ließ sich aufzeigen, dass erste Ansätze hin zu einer teambasierten Versorgung vorhanden sind. Wie internationale Beispiele verdeutlichen, bedürfen diese jedoch einer Weiterentwicklung der bestehenden Delegationskonzepte. Im Idealfall mündet diese Aufgaben- und Rollenneuverteilung in einer Betreuungsform, in der alle Teammitglieder entsprechend ihrer Qualifikation in die hausärztliche Patientenversorgung eingebunden sind. Bei konsequenter Weiterverfolgung der

hausärztlichen Teamarbeit und entsprechenden Rahmenbedingungen kann in der Zukunft eine umfassende, strukturierte Versorgung gewährleistet werden. Dafür kommt einerseits die Einbindung von Pflegekräften in die hausärztliche Versorgung in Frage, andererseits aber auch die (höher-)qualifizierten VERAH und Medizinischen Fachangestellten. Ob sich in Deutschland, wie in den USA und in Kanada aus diesen Delegationskonzepten im Laufe der Zeit Substitution (im Sinne der Verantwortungsübertragung an nichtärztliche Berufsgruppen) entwickelt, bleibt abzuwarten. Die Ausweitung der Delegation/Substitution sollte in Deutschland auf jeden Fall zeitnah vorangetrieben werden. Grundlage der Substitution könnte eine Professionalisierung und Akademisierung nichtärztlicher Berufsgruppen voraussetzen, gegenwärtig lässt sich aber mit den Konzepten der VERAH- und der Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA) schon zeigen, dass nichtärztliche Berufsgruppen auch zu einer Ausweitung des Leistungsspektrums einer Hausarztpraxis beitragen können.

## 2 Übersicht der Publikationen

### Publikation Nr. 1

**Mergenthal K**, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2013; 107: 386-393. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.003.

### Publikation Nr. 2

**Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE.* 2016;11(6):e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248.

### Publikation Nr. 3

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht. *Gesundheitswesen.* 2015; 77: e62-e68. doi:10.1055/s-0035-1555948.

### Publikation Nr. 4

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? *Z Allg Med.* 2016; 92(1): 36-40. doi:10.3238/zfa.2016.0036-0040.

### Publikation Nr. 5

**Mergenthal K**, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2016; (online-first). doi:10.1055/s-0042-110402

### Publikation Nr. 6

**Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet? - eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Z Allg Med.* 2016; 92(10): 402-407. doi: 10.3238/zfa.2016.0402-0407

### **3 Die Publikationen**

#### **3.1 Publikation Nr. 1 – Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg**

##### **Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg**

Evaluation the deployment of VERAHs in family doctor-centered health care in Baden-Wuerttemberg

Autoren:

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

##### **Korrespondierende Autorin:**

Karola Mergenthal

Institut für Allgemeinmedizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)



ELSEVIER  
URBAN & FISCHER

Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>



## SCHWERPUNKT

# Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg



*Evaluating the deployment of VERAHs in family doctor-centred health care in Baden-Wuerttemberg*

Karola Mergenthal\*, Martin Beyer, Corina Güthlin, Ferdinand M. Gerlach

Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Eingegangen/submitted 11. April 2013; überarbeitet/revised 18. Juli 2013; akzeptiert/accepted 22. Juli 2013

### SCHLÜSSELWÖRTER

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV); VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis); Medizinische Fachangestellte; Delegation; Qualifizierung; Arztentlastung

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Rahmen des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg wird erstmals in Deutschland der Einsatz weiterqualifizierter Medizinischer Fachangestellter als VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) gefördert und gesondert vergütet. Es ist bislang nicht bekannt, in welchem Umfang und mit welchen Tätigkeitsschwerpunkten VERAH in der HzV tatsächlich eingesetzt werden, ob Veränderungen und Aufgabenumverteilungen im Praxisteam stattgefunden haben und ob sie arztentlastend wirksam werden.

**Methode:** Mit einem 11-seitigen speziell entwickelten Fragebogen wurde eine Vollerhebung (Rücklaufquote über 32%, N=294) bei allen VERAH in HzV-Praxen<sup>1</sup> in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Fragen erhoben u.a. die zeitliche Dimension des VERAH-Einsatzes, den Einsatzbereich und beobachtete Veränderungen im Tätigkeitsbereich. Die beschäftigenden Hausärzte erhielten ebenfalls einen Fragebogen. Dieser enthielt Fragen zu beobachteten Veränderungen und zusätzlich Fragen zur Delegation von Tätigkeiten an die VERAH.

**Ergebnisse:** VERAH übernehmen in zunehmendem Umfang patientennahe Tätigkeiten, wie z.B. ärztlich abgestimmte Hausbesuche, Impf- und Medikamentenmanagement, Wundmanagement und Case Management. Damit übernehmen sie hausärztlich relevante Aufgaben.

\* Korrespondenzadresse: Karola Mergenthal, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt.

E-Mail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de) (K. Mergenthal).

<sup>1</sup> HzV-Praxen beschreiben im vorliegenden Artikel alle Hausarztpraxen, in denen mindestens ein Arzt beschäftigt ist, der in das HzV-Programm eingeschrieben ist.

**KEYWORDS**

Family  
 doctor-centred  
 health care (HzV);  
 family practice;  
 health care  
 assistants;  
 delegation;  
 qualification

Sowohl Hausärzte als auch VERAH beschreiben eine bessere Versorgung der Patienten und dass der VERAH-Einsatz eine zeitliche Entlastung für den Arzt mit sich bringt.

**Schlussfolgerungen:** Durch den Einsatz der VERAH in der Hausarztzentrierten Versorgung kommt es zu einer arztentlastenden Umverteilung von Tätigkeiten innerhalb der Hausarztpraxis. Chronisch Kranke profitieren durch die kontinuierliche Betreuung und eine zusätzliche Ansprechperson. Für die Berufsgruppe der MFA ergeben sich neue Berufsperspektiven.

**Summary**

**Background:** The contract covering family doctor-centred health care (HzV) in Baden-Wuerttemberg supports and remunerates the deployment of specially trained health care assistants (VERAHs). It is as yet unknown to what extent VERAHs are actually deployed in HzV, what the focus of their work is, what changes and shifts in responsibility have resulted in the practice team, and whether they have relieved the burden on family doctors.

**Method:** A full survey of all VERAHs in HzV practices in Baden-Wuerttemberg was conducted using a questionnaire (response rate over 32%, N=294). The questions aimed to gather information on how often and where VERAHs were deployed and on observed changes in their fields of responsibility. The family doctors employing VERAHs also received a questionnaire containing questions related to the changes observed, and additional questions on the delegation of responsibilities to VERAHs.

**Results:** To an increasing extent, VERAHs take on responsibilities that directly involve the patient, such as home visits agreed on with the doctor, vaccination and drug management, wound management and case management. Thus they take on tasks traditionally reserved for doctors. Both family doctors and VERAHs said that patient health care has improved and that the use of VERAHs helps doctors save time.

**Conclusions:** The deployment of VERAHs in family doctor-centred health care leads to the redistribution of responsibilities in the practice and thus relieves physician burden. Chronically ill patients benefit from continuous care and an additional contact person. Health care assistants benefit from new career options.

**Vermehrter Einsatz von VERAH**

Seit Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg werden vermehrt Versorgungsassistentinnen<sup>2</sup> in der Hausarztpraxis (VERAH<sup>3</sup>), deren Einsatz hier erstmals gefördert und gesondert vergütet wird, eingesetzt. Inzwischen findet eine Förderung und Finanzierung im Rahmen von verschiedenen HzV-Verträgen auch in Sachsen-Anhalt und Thüringen statt. Bislang ist nicht bekannt, in welchem tatsächlichen Umfang und mit welchen genauen Tätigkeitsschwerpunkten VERAH zum Einsatz kommen. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Zunahme von chronischen Erkrankungen wächst der Bedarf an hausärztlichen Betreuungsleistungen. Schon seit längerer Zeit wird die Weiterqualifikation des hausärztlichen Praxisteams und die Beachtung entsprechender Ressourcen gefordert. [1–3] Studien z.B. zum hausarztpraxisbasierten Case Management belegen, dass durch Interventionen, die vom Hausarztpraxisteam gemeinsam durchgeführt werden, die Patientenversorgung verbessert werden kann [4–6]. Die VERAH-Weiterbildung ist ein Qualifizierungsmodell für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Hausarztpraxis,

das vom Deutschen Hausärzteverband und vom Institut für hausärztliche Fortbildung getragen wird. Die Weiterbildung umfasst acht Module und ist auf den Bedarf in den Hausarztpraxen ausgerichtet. Neben Monitoring- und Koordinationsleistungen sind Medikamenten-, Impf- und Präventionsmanagement, Case Management und Unterstützung des Hausarztes bei Hausbesuchen einige der wichtigsten Aktivitäten [7]. Ziel dieser Studie war es daher, zu ermitteln, in welchem tatsächlichem Umfang und mit welchen konkreten Tätigkeitsschwerpunkten VERAH im Rahmen der HzV eingesetzt wurden, ob Veränderungen und Aufgabenumverteilungen im gesamten Praxisteam stattgefunden haben und ob VERAH arztentlastend wirksam werden. Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse dieser VERAH-Evaluation findet sich im Ergebnisbericht [8].

**Methode**

Mit einem teilweise speziell entwickelten Fragebogen wurde eine Vollerhebung bei allen VERAH in HzV-Praxen in Baden-Württemberg durchgeführt. Die beschäftigenden Hausärzte wurden ebenfalls befragt. Die Studienpopulation bildeten alle MFA bzw. Angehörige anderer medizinischer Fachberufe, die über eine abgeschlossene Weiterbildung zur VERAH verfügen und für deren Einsatz ein im HzV-Vertrag explizit vereinbarter VERAH-Zuschlag [9] in Baden-Württemberg bis zum Stichtag (10.06.2011) abgerechnet wurde. Auf der Grundlage der Daten der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) identifizierten wir 976 VERAH. Nach Abgleich von Ausschlussgründen (z.B. keine Beschäftigung mehr in

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen.

<sup>3</sup> VERAH ist eine geschützte Markenbezeichnung – dies wird im Folgenden nicht weiter gekennzeichnet.

der Praxis) verblieben 909 VERAH, die allen angegebenen Kriterien entsprachen und angeschrieben wurden.

Zum Einsatz kam ein ausführlicher Fragebogen, der u. a. Fragen zur zeitlichen Dimension des VERAH-Einsatzes, dem Einsatzbereich mit organisatorischen und Versorgungsaspekten sowie zu beobachtenden Veränderungen im Tätigkeitsbereich enthielt (u.a. wurden die VERAH befragt, welche der Tätigkeiten sie auch schon vor der VERAH-Weiterbildung durchführten).

Um Vergleichsdaten zum Tätigkeitsspektrum zu erhalten, wurde im Rahmen des Gesamtprojektes zur Evaluation durch die Arbeitsgruppe in Heidelberg (vgl. Goetz et al. in diesem Heft) bei der Erhebung der Teamzufriedenheit, zusätzlich ein kurzer acht Items umfassender Fragebogen bei MFA ohne VERAH-Weiterbildung eingesetzt. Darin wurden die Häufigkeiten von verschiedenen Tätigkeiten abgefragt, die Schwerpunktthemen der VERAH-Qualifizierung bilden.

Jedem Anschreiben an die VERAH war ein 3-seitiger selbstentwickelter Fragebogen (mit eigenem Freiumschlag) beigelegt, mit der Bitte diesen vom Arbeitgeber ausfüllen zu lassen. Dieser enthielt Fragen u.a. zu beobachteten Veränderungen und zur Delegation von Tätigkeiten an VERAH und MFA ohne VERAH-Weiterbildung.

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv unter Angaben von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, ggf. Mittelwerten und Standardabweichungen oder Medianen. Eine Zustimmung durch die Ethik-Kommission der Universitätsklinik Frankfurt vom 28.07.2011 lag vor (Geschäfts-Nr.: 263/11).

## Ergebnisse

Von den 909 angeschriebenen VERAH erhielten wir nach einer einmaligen Nachfassaktion (telefonische Erinnerung, den Fragebogen zurück zu schicken), 294 Antworten. Die Antwortquote betrug daher 32,3%. Von den Ärzten antworteten 245, was einer Antwortquote von 26,9% entsprach.

Die VERAH verfügten über eine durchschnittliche Berufserfahrung von 17,8 Jahren. Überdurchschnittlich häufig waren VERAH in Praxen im ländlichen Umfeld vorhanden, ein VERAH-Zuschlag wurde je Quartal durchschnittlich für 289 chronisch erkrankte HzV-Patienten abgerechnet (vgl. Tab. 1).

Der Einsatz der VERAH ist nach Maßgabe der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin [7] mit spezifischen Aufgabenschwerpunkten verbunden, diese sind im Folgenden dargestellt.

## Beratung und Unterstützung von Patienten

Die hier ausgewerteten Tätigkeiten zur Beratung und Unterstützung von Patienten beziehen sich auf Impfmanagement (z.B. Impfberatungen), Medikamentenmanagement (z.B. Abgleich der verordneten mit den eingenommenen Medikamenten) und Wundmanagement (z.B. Beratung und Unterstützung bei Wundheilungsstörungen). Ein Großteil der VERAH führen Managementaufgaben durch (92% Medikament-, 92% Impf- und 88% Wundmanagement), etwa die Hälfte tut dies mindestens 1x pro Woche (vgl. Tab. 2). Ein hoher Anteil der VERAH gab an, nach der Weiterbildung ein erweitertes Aufgabengebiet wahrzunehmen (vgl. Abb. 1).

92% der VERAH führen seit der VERAH-Weiterbildung Medikamentenmanagement durch, 70% gaben an, dies auch schon vorher durchgeführt zu haben. 92% der Teilnehmenden gaben an, seit der VERAH-Weiterbildung Impfmanagement durchzuführen (80% auch schon vorher), Wundmanagement wird seit der VERAH-Weiterbildung von 88% der VERAH durchgeführt (71% schon vorher). Im Vergleich zu MFA ohne VERAH-Weiterbildung (Vergleichsdaten aus der Stichprobe von 332 MFA ohne VERAH-Weiterbildung, die ebenfalls im Rahmen des Projektes erhoben wurden) ist ebenso deutlich zu erkennen, dass VERAH die o. g. Tätigkeiten wesentlich häufiger durchführen (vgl. Tab. 3). Mindestens 1 x pro Woche führen 59% der VERAH vs. 42% der MFA ohne VERAH-Weiterbildung Impfmanagement durch. Beim Medikamentenmanagement ist der Unterschied noch deutlicher (52% der VERAH vs. 30% der MFA). Auch Wundmanagement wird von den VERAH häufiger durchgeführt (mindestens wöchentlich gaben 41% der VERAH vs. 31% der MFA an).

Die begleitende Befragung der Hausärzte zum Delegationsverhalten zeigt, dass 69% der Ärzte das Impfmanagement nach Möglichkeit an VERAH delegieren, 59% delegieren auch an MFA. Medikamentenmanagement delegieren 65% der Hausärzte nach Möglichkeit an VERAH gegenüber 51% an MFA, und Wundmanagement übertragen 78% der Ärzte möglichst an VERAH gegenüber 52% an MFA (vgl. Tab. 4).

## Patientennahe Tätigkeiten

Bei patientennahen Tätigkeitsbereichen zeichnen sich deutliche Veränderungen für die VERAH ab. Medizinische Tätigkeiten wie z.B. Blutentnahmen, Injektionen o. ä. werden von 78% der Teilnehmenden sehr häufig (vgl. Tab. 2) durchgeführt. Die Erhebung von diagnostischen Parametern, wie z.B. Blutdruck- oder Blutzuckermessungen o.ä. werden von 88% der VERAH sehr häufig/häufig durchgeführt. Die Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten führen 46% der VERAH mindestens wöchentlich durch. Eine Beurteilung des psychischen Zustandes wird etwas seltener durchgeführt, aber auch hier gaben 30% der VERAH an, dieses 1-10 x pro Woche oder häufiger durchzuführen. Bei der Erhebung eines geriatrischen Assessments handelt es sich um eine Tätigkeit, die im Praxisalltag selten durchgeführt wird. Dennoch gaben 11% der VERAH an, dieses mindestens 1 x pro Woche durchzuführen (vgl. Tab. 2).

Bei allen Tätigkeiten im patientennahen Bereich ist der Anteil der VERAH, die diese seit der VERAH-Weiterbildung übernehmen, deutlich gestiegen (vgl. Abb. 1).

Die Befragung zur Delegation von Tätigkeiten durch die Hausärzte bestätigt dieses Bild. Hausärzte delegieren wesentlich häufiger die Beurteilung des körperlichen Status eines Patienten an eine VERAH (72%) als an eine MFA (15%). Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Delegation des geriatrischen Assessments. Die teilnehmenden Hausärzte delegieren dieses verstärkt an VERAH (63%) im Gegensatz zur Delegation an MFA (34%). Bei der Beurteilung des psychischen Zustandes eines Patienten beschreiben 53% der Hausärzte, dass sie diese Tätigkeit selbst übernehmen. Die Hausärzte, die delegieren, bevorzugen auch hier die VERAH mit 46% gegenüber der MFA mit 23%. Durchführung medizinischer Tätigkeiten und Erhebung diagnostischer Parameter werden in gleichem Maße auch an MFA delegiert (vgl. Tab. 4).

**Tabelle 1** Soziodemographische Daten und Praxisstrukturdaten der teilnehmenden VERAH (n=294).

		Angaben in Prozent (Anzahl)*
Geschlecht	weiblich	99,3% (292)
Alter in Jahren	Mittelwert (Standardabweichung)	40,0 (10,5)
	Minimum – Maximum	22 - 62
Berufserfahrung	Mittelwert (Standardabweichung)	17,9 (10,8)
	Minimum – Maximum	1 - 44
Ausbildung	Arzthelferin	75% (213)
	Medizinische Fachangestellte	16% (46)
	Pflegeberuf	6% (19)
	Andere	5% (14)
Lage der Praxis**	Großstadt	8% (22)
	Größere Kleinstadt	21% (62)
	Ländliche Kleinstadt	43% (125)
	Dörfliche Siedlung	28% (82)
Erwerbstätigkeit pro Woche	35 Stunden und mehr	55% (161)
	15 bis 34 Stunden	45% (128)
Beschäftigungsdauer in der Praxis (in Jahren)	Mittelwert (Standardabweichung)	12,5 (8,6)
	Minimum – Maximum	1 - 41
Anzahl VERAH-Zuschläge im 1. Quartal 2011	Pro VERAH in Baden-Württemberg (MW)	259
	Pro VERAH in Stichprobe (MW)	289

\* Die Angaben zur Anzahl variieren aufgrund fehlender Angaben

\*\* Daten basieren auf Angaben der VERAH

## Case Management

Case Management (CM) soll von entsprechend geschulten Praxismitarbeiterinnen übernommen werden und ist ein Ausbildungsschwerpunkt in der VERAH-Weiterbildung. Die Umsetzung in den Praxen durch den VERAH-Einsatz wurde daher eingehender untersucht.

53% der VERAH gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten wenigstens teilweise Aufgaben des Case Managements

übernommen haben. 42% gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten das komplette Case Management durchgeführt haben.

Teilt man die unterschiedlichen Aufgaben in die typischen Arbeitsfelder des Case Managements (Assessment, Erstellung Hilfeplan, Unterstützung bei der Umsetzung des Hilfeplanes, Evaluation / Re-Assessment), dann fällt auf, dass die Aufgabenfelder der Koordination und Organisation wesentlich häufiger durchgeführt werden als die Tätigkeiten

**Tabelle 2** Häufigkeiten von übernommenen Tätigkeiten durch VERAH.

	Nie	Sehr selten	Selten	Häufig	Sehr häufig
Beratung und Unterstützung von Patienten					
Impfmanagement (n=283)	8%	9%	24%	44%	15%
Medikamentenmanagement (n=282)	8%	12%	28%	39%	13%
Wundmanagement (n=285)	12%	20%	27%	31%	10%
Tätigkeiten im diagnostischen/medizinischen Bereich					
Durchführung medizinische Tätigkeiten (n=285)	2%	1%	5%	14%	78%
Erhebung diagnostischer Parameter (n=284)	2%	4%	6%	34%	54%
Beurteilung des körperlichen Zustandes (n=281)	14%	15%	25%	34%	12%
Beurteilung des psychischen Zustandes (n=281)	20%	18%	32%	22%	8%
Geriatrisches Assessment (n=284)	26%	31%	32%	9%	2%
Case Management-Tätigkeiten					
Selbständiges Assessment durchführen (n=277)	32%	43%	17%	6%	2%
Mit Patienten Hilfeplan erstellen (n=291)	33%	34%	25%	6%	2%
Koordination & Organisation der Behandlung (n=278)	9%	14%	27%	35%	15%
Re-Assessment durchführen (n=289)	47%	23%	23%	6%	1%

Sehr selten = 1-10x/Jahr; Selten = 1-10x/Monat; Häufig = 1-10x/Woche; Sehr häufig = >10x/Woche. <sup>1</sup>Daten wurden im Arbeitspaket II in Heidelberg erhoben.

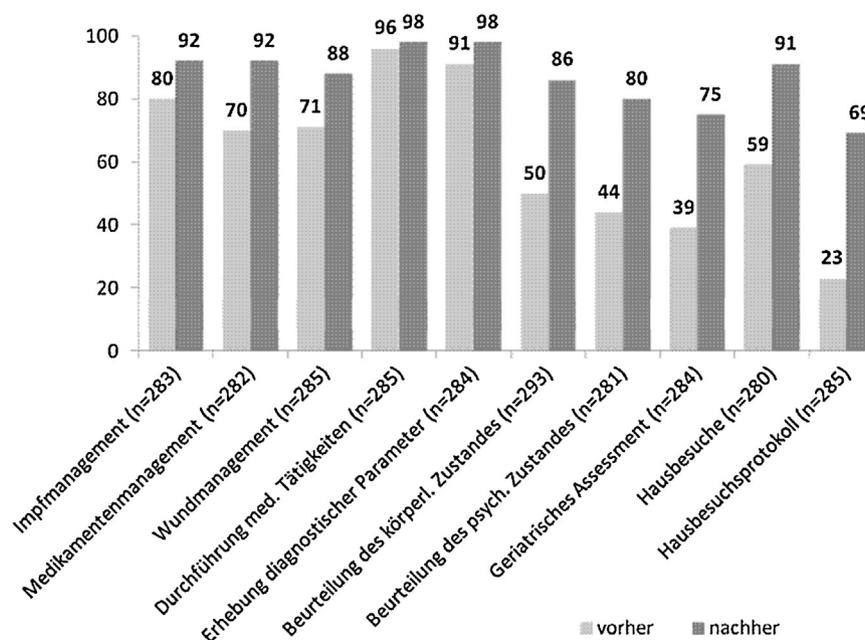


Abbildung 1 Veränderung der Übernahme von Tätigkeiten vor und nach der VERAH-Weiterbildung (Angaben in Prozent).

Tabelle 3 Anteil an VERAH und MFA ohne VERAH-Weiterbildung, die folgende Tätigkeiten mehr als 1 x pro Woche durchführen.

	VERAH (n=285)	MFA (n=328)
Beratung und Unterstützung von Patienten		
Impfmanagement	59% (164)	42% (139)
Medikamentenmanagement	52% (145)	30% (100)
Wundmanagement	41% (116)	31% (103)
Hausbesuche		
Hausbesuche	41% (115)	9% (31)
Protokoll zum Hausbesuch	29% (82)	2% (6)

Angaben in Prozent (Anzahl). Die Angaben zur Anzahl variieren aufgrund fehlender Angaben.

des Assessments und der Hilfeplanerstellung; Re-Assessment wird von fast der Hälfte (47%) der VERAH nie durchgeführt (vgl. Tab. 2).

Hausärzte delegieren Tätigkeiten, die im Rahmen des Case Managements von Bedeutung sind, überwiegend an die VERAH (vgl. Tab. 4). Die Erhebung eines Assessments wird von 65% der teilnehmenden Hausärzte an die VERAH delegiert im Gegensatz zu 24%, die diese Tätigkeit an alle MFA delegieren. Auch bei der Erstellung eines Hilfeplans delegieren 57% der Hausärzte eher an die VERAH als an MFA (12%). Auch die Unterstützung der Patienten bei der Koordination und Organisation der Behandlung wird von den teilnehmenden Ärzten eher an die VERAH delegiert (73% vs. 52%). Die Erhebung eines Re-Assessments wieder wird mit 62% überwiegend an VERAH delegiert. In allen abgebildeten Tätigkeitsbereichen geben ca. 20% der Hausärzte an, diese Tätigkeiten i.d.R. selbst durchzuführen.

## Hausbesuche

Fast alle VERAH führen Hausbesuche durch (91%). Der Anteil der VERAH, die angeben, auch vor der VERAH-Weiterbildung

Hausbesuche durchgeführt zu haben, lag bei 59% (vgl. Abb. 1). Gegenüber den MFA ohne VERAH-Weiterbildung, machen die VERAH häufiger Hausbesuche. Der Anteil der VERAH, die mindestens einmal wöchentlich Hausbesuche durchführen, liegt bei 41% gegenüber 9% bei den MFA ohne VERAH-Weiterbildung (vgl. Tab. 5). Im Stadt/Land-Vergleich zeigt sich, dass VERAH auf dem Land in größerer Zahl Hausbesuche durchführen. 1-10 Hausbesuche pro Woche führen 36% der VERAH auf dem Land und 31% der VERAH in der Stadt durch. Mehr als 10 Hausbesuche pro Woche geben auf dem Land 8% der VERAH an, in der Stadt dagegen nur 4% (vgl. Tab. 6).

Die Befragung der Hausärzte zeigte, dass die meisten (84%) Hausbesuche vor allem an VERAH delegieren. Im Gegensatz dazu gaben nur 30% der Hausärzte an, diese Tätigkeit an MFA zu delegieren (vgl. Tab. 4).

## Wesentliche Tätigkeiten während der Hausbesuche

In einer offenen Frage wurden die VERAH gebeten, die drei wesentlichen Tätigkeiten während der Hausbesuche zu benennen. 92% der VERAH beschreiben, dass medizinische und diagnostische Tätigkeiten zu den wesentlichen

**Tabelle 4** Delegation von Tätigkeiten durch die Hausärzte (n=245).

Ich delegiere folgende Tätigkeiten (nach Möglichkeit), ...	... an VERAH	... an MFA	... nie, mache ich immer selbst	Entfällt, führen wir nicht durch
<b>Beratung und Unterstützung von Patienten</b>				
Impfmanagement	69% (164)	59% (141)	16% (38)	0
Medikamentenmanagement	65% (152)	51% (119)	20% (48)	0
Wundmanagement	78% (186)	52% (124)	12% (29)	1% (3)
<b>Tätigkeiten im diagnostischen/medizinischen Bereich</b>				
Durchführung medizinischer Tätigkeiten	83% (197)	79% (189)	5% (11)	0
Erhebung diagnostischer Parameter	77% (183)	80% (192)	5% (12)	0
Beurteilung des körperlichen Zustandes	72% (171)	15% (36)	25% (60)	3% (7)
Beurteilung des psychischen Zustandes	46% (110)	23% (54)	53% (125)	2% (5)
Geriatrisches Assessment	63% (151)	34% (80)	17% (40)	13% (30)
<b>Case Management-Tätigkeiten</b>				
Selbständiges Assessment durchführen	65% (154)	24% (58)	21% (51)	12% (29)
Mit Patienten Hilfeplan erstellen	57% (132)	12% (28)	28% (64)	16% (38)
Koordination & Organisation d. Behandl.	73% (174)	52% (122)	21% (50)	0
Re-Assessment durchführen	62% (142)	27% (62)	21% (49)	15% (34)
<b>Hausbesuche</b>				
Hausbesuche	84% (200)	30% (71)	12% (29)	1% (2)

Angaben in Prozent (Anzahl). Die Angaben zur Anzahl variieren aufgrund fehlender Angaben.

**Tabelle 5** Häufigkeiten von übernommenen Hausbesuchen durch VERAH und MFA ohne VERAH-Weiterbildung.

	VERAH (n=280)	MFA (n=285) <sup>a</sup>
Nie	9%	49%
Sehr selten (1-10x/Jahr)	17%	27%
Selten (1-10x/Monat)	33%	15%
Häufig (1-10x/Woche)	34%	9%
Sehr häufig (>10x/Woche)	7%	0%

<sup>a</sup> Daten wurden im Arbeitspaket II in Heidelberg erhoben.

Tätigkeiten während der Hausbesuche gehören. Weitere wesentliche Tätigkeitsfelder betreffen Wundmanagement mit Verbandwechsel (38%), Medikamentenmanagement (25%), Impfmanagement (22%). Weiterhin wurden Beurteilung des körperlichen und/oder psychischen Zustandes des Patienten, sowie Beurteilung des Umfeldes des Patienten, wie z.B. Sturzprophylaxe genannt.

**Tabelle 6** Häufigkeit von Hausbesuchen durch VERAH, Stadt vs. Land.

Hausbesuche	VERAH Land (n=196)	VERAH Stadt (n=81)
sehr häufig (>10 x pro Woche)	8% (16)	4% (3)
häufig (1-10 x pro Woche)	36% (70)	31% (25)
selten (1-10 x pro Monat)	33% (64)	35% (28)
sehr selten (1-10 x pro Jahr)	14% (28)	22% (18)
Nie	9% (18)	8% (7)

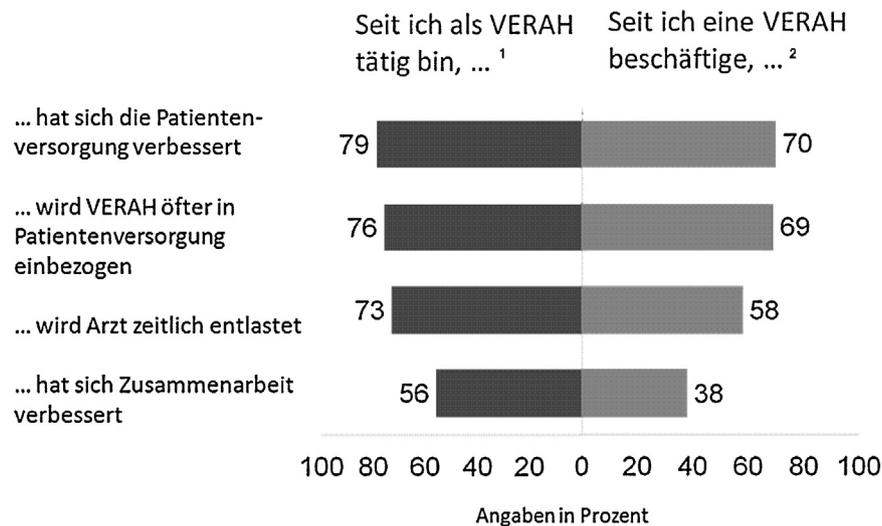
Angaben in Prozent (Anzahl). Die Angaben zur Anzahl variieren aufgrund fehlender Angaben.

## Verbesserung der Patientenversorgung - Zeitentlastung für Hausärzte

Die VERAH erfahren einen erheblichen Kompetenzzuwachs in der Patientenversorgung durch ihre VERAH-Tätigkeit, die zum Großteil von den Ärzten auch so wahrgenommen wird. 79% der VERAH waren der Meinung, dass sich durch ihre Tätigkeit die Patientenversorgung verbessert hatte (15% gaben keine eindeutige Verbesserung an, 6% keine Verbesserung). Diese Ansicht teilten 70% der Ärzte (23% keine eindeutige, 7% keine Verbesserung). 76% der VERAH waren der Meinung, dass sie seit ihrer Weiterbildung öfter in die Patientenversorgung eingebunden werden (71% sahen dies nur bedingt, 7% überhaupt nicht), was auch von 69% der Ärzte so gesehen wurde (17% sahen dies nur bedingt, 14% überhaupt nicht). 73% der VERAH sind der Meinung, dass der Arzt durch ihre VERAH-Tätigkeit zeitlich entlastet wird (20% sahen das nur bedingt, 7% sahen das gar nicht), was von 58% der Ärzte auch so gesehen wird (27% sahen das nur bedingt, 15% überhaupt nicht). 56% der VERAH und 38% der Ärzte sind der Meinung, dass sich die Zusammenarbeit verbessert hat (nur bedingte Verbesserung sahen 33% der VERAH und 47% der Ärzte, keine Verbesserung sahen 11% der VERAH und 15% der Ärzte) (vgl. Abb. 2).

## Diskussion und Schlussfolgerungen

VERAH übernehmen in deutlich zunehmendem Umfang patientennahe Tätigkeiten, z.B. ärztlich abgestimmte Hausbesuche, Medikamentenmanagement, Impfmanagement, Case Management oder Wundmanagement und unterstützen dadurch zentrale hausärztliche Aufgaben. Es zeichnet sich eine bessere Versorgung der Patienten und eine arztentlastende Wirkung des VERAH-Einsatzes sowohl aus Sicht



<sup>1</sup> Angaben der VERAH <sup>2</sup> Angaben der Ärzte

**Abbildung 2** Verbesserung der Patientenversorgung - Zeitentlastung für Hausärzte.

der Hausärzte als auch der VERAH ab. Die Hausärzte sind bereit Tätigkeiten zu delegieren. Dies deckt sich mit Ergebnissen der Evaluation des AGnES-Modellprojektes in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg [10], die zeigte, dass die Erhebung diagnostischer Parameter sowie Dokumentation von Krankheitssymptomen in großem Umfang von den AGnES-Fachkräften übernommen wurden. Von den Hausärzten wurde die Einbindung der AGnES-Fachkraft als deutlich entlastend empfunden.

Teamarbeit ist ein relevanter Faktor für eine effektive Versorgung von chronisch kranken Patienten [11]. Die höchste Qualität und Effizienz in der Patientenbetreuung wird erreicht, wenn in Teams zusammen gearbeitet wird, gemeinsam gelernt wird und Innovationen generiert werden, um den Fortschritt sicher zu stellen [12]. So ist davon auszugehen, dass chronisch kranke Patienten von dem Einsatz der VERAH profitieren, da sie kontinuierlich betreut werden und in der Hausarztpraxis einen zusätzlichen persönlichen Ansprechpartner haben, was zu einer höheren Patientenzufriedenheit, höheren Adhärenz und zu einer engeren Bindung an das hausärztliche Praxisteam führen kann [13]. In Zeiten eines absehbaren Hausärztemangels besteht die Möglichkeit, dass die Hausärzte spürbar entlastet werden (u.a. durch Hausbesuche, die von VERAH übernommen werden). Die Durchführung von ärztlich abgestimmten Hausbesuchen dürfte in der Einführungsphase der VERAH eine wichtige arztentlastende Aufgabe sein. Die Hausbesuchsfrequenz ist ab dem Zeitpunkt der Qualifikation und des Einsatzes der VERAH gegenüber der Zeit davor angestiegen („häufig“ 41% vs. 9%), wobei den Daten nicht zu entnehmen war, wie hoch der Anteil die Hausbesuche pro Praxis war, der von VERAH übernommen wurde. Die Entlastung gilt nicht nur für Hausbesuche sondern auch für praxisinterne Aufgaben. Neben einfachen medizinischen Versorgungstätigkeiten umfasst die VERAH-Tätigkeit in zunehmendem Maße auch anspruchsvollere Aufgaben wie die Sicherung der Medikamentenversorgung, Wundmanagement, oder auch Beurteilungsleistungen. Die Daten deuten

darauf hin, dass die befragten Hausärzte überwiegend bereit sind, entsprechende Tätigkeiten zu delegieren.

VERAH haben durch ihre patientennahen Tätigkeiten die Alltagsroutinen, besondere Lebenssituationen oder biographische Besonderheiten der Patienten im Blick [14]. Sie können dem Hausarzt wertvolle Informationen oder Problemkonstellationen übermitteln, die für die ärztliche Behandlung sehr wichtig sein können [15]. Optimierte Informationsflüsse innerhalb des Hausarztpraxisteams verbessern einerseits die Patientensicherheit durch Reduktion von Fehlern (z.B. durch Medikamentenkontrollen bei Polypharmazie) und ebnen andererseits den Weg für eine gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared Decision making“) [16] und unterstützen den Aufbau von Patient-Praxisteam-Bindungen im Sinne von „Primärversorgungspraxen“ [17].

Case Management (CM) ist eine recht neue, vielversprechende Betreuungsform in der Hausarztpraxis, für die Belege für eine Verbesserung der Betreuung, vor allem der chronisch kranken Patienten, vorliegen [4–6]. Obwohl es sich um eine noch relativ neue Aufgabe im Rahmen der Praxisabläufe handelt, wird sie in zunehmendem Umfang wahrgenommen und erfüllt.

Dies ist unseres Wissens die bislang größte Studie zur Evaluation der Tätigkeit von nicht-ärztlichen Mitarbeitern in der Hausarztpraxis. Für die sehr große Berufsgruppe der MFA (insgesamt fast 400.000 in Deutschland [18]), die bisher im Schatten der Pflege stand, zeigt dieses Ergebnis eine enorme Aufwertung und es ergeben sich hieraus ganz neue Berufsperspektiven.

Aufgrund der begrenzten Rücklaufquote, welche wahrscheinlich auf den Umfang des Fragebogens zurückzuführen ist, wurde nur ein Teil der Zielgruppe erreicht. Es ist daher möglich, dass nur die besonders motivierten oder antwortbereiten VERAH befragt werden konnten. In der Befragung wurde die Patientensicht nicht erhoben, daher können noch keine Aussagen über die Qualität der Betreuung gemacht werden, jedoch konnte die Sichtweise der Hausärzte einbezogen werden.

## Fazit

Mit dem VERAH-Einsatz werden Mitarbeiterinnen der Hausarztpraxis dafür qualifiziert, anspruchsvollere delegationsfähige Leistungen zu übernehmen und im Rahmen des Praxisteams arztentlastend wirksam zu werden. VERAH werden nach den Ergebnissen unserer Untersuchung vermehrt bei Hausbesuchen eingesetzt. Ein Vergleich zwischen VERAH und MFA ohne VERAH-Weiterbildung zeigt, dass VERAH häufiger und intensiver mit patientennahen Tätigkeiten beschäftigt sind. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Hausärzte bereit sind, Tätigkeiten zu delegieren, dass durch den Einsatz von VERAH in der HzV chronisch Kranke intensiver betreut werden und, dass es zu einer arztentlastenden Umverteilung von Tätigkeiten innerhalb der Hausarztpraxis kommt.

## Danksagungen

Wir bedanken uns bei allen teilnehmenden VERAH und Hausärzten in Baden-Württemberg für Ihre engagierte Mitarbeit und bei der AOK Baden-Württemberg und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Baden-Württemberg für die finanzielle Unterstützung.

Die wissenschaftlichen Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme des Sponsors auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

## Literatur

- [1] Sachverständigenrat der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten-Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos; 2007.
- [2] Sachverständigenrat der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Online unter [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf)
- [3] Beyer M, Gerlach FM, Erler A. Primärversorgungspraxen – ein Konzept zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105(8):563–70.
- [4] Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007;57: 1390–7.
- [5] Gensichen J, Korff M, von Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. *Ann Inter Med* 2009;151:369–78.
- [6] Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi, et al. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11:56.
- [7] Fortbildungskommission Allgemeinmedizin. Aufgaben der VERAH. Online unter [http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben\\_der\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben_der_VERAH.pdf)
- [8] Ergebnisbericht der HzV-Evaluation 2010–2011. Online unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten-und-fakten/index.html>
- [9] AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Mediverbund. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Online unter <http://www.Hausaerzterverband.de>
- [10] van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Deutsches Ärzteblatt* 2009;106(1–2):3–9.
- [11] Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320(7234):569–72.
- [12] Borrill CS, Carletta J, Dawson JF, Garrod S, Rees A et al. The effectiveness of health care teams in the National Health Service. Birmingham: Aston Centre for Health Service Organization; Research 2000.
- [13] Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumarn D, Jäger C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;86(1):114–9.
- [14] Schüler G, Weber I, Löttgen MM, Klaes L, Andreßen C. Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen. Bonn. Bad Segeberg: Bundesärztekammer 2011.
- [15] Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Güthlin C, Mergenthal K, et al. Health Care Assistants in Primary Care Depression Management: Role Perception, Burdening Factors, and Disease Conception. *Ann Fam Med* 2009;7:513–9.
- [16] Grundke S, Klement A. Nicht ärztliche Gesundheitsberufe in der Hausarztpraxis von morgen: Ein Diskussionsbeitrag zu Chancen und Lösungswegen aus hausärztlicher und professionssoziologischer Sicht. In: Pfaff H, Hoffmann T, Kirch W (Hg.). Prävention und Versorgung. Stuttgart: Thieme; 2012, S. 536-46.
- [17] Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med* 2010;86:93–8.
- [18] Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GPR, Beschäftigte im Gesundheitswesen u.a. nach Art der Beschäftigung und Berufen. Online unter <http://www.gbe-bund.de>

**3.2 Publikation Nr. 2 – Sharing responsibilities within the general practice team – a cross-sectional study of task delegation in Germany**

**Sharing responsibilities within the general practice team – a cross-sectional study of task delegation in Germany**

Authors:

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

Institute of General Practice, Goethe-University Frankfurt, Frankfurt/Main, Germany

**\*Corresponding author:**

Karola Mergenthal

Institute of General Practice

Goethe-University Frankfurt a. Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

RESEARCH ARTICLE

# Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany

Karola Mergenthal\*, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina Guethlin

Institute of General Practice, Goethe-University Frankfurt, Frankfurt/Main, Germany

\* [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)



## Abstract

### Background

Expected growth in the demand for health services has generated interest in the more effective deployment of health care assistants. Programs encouraging German general practitioners (GPs) to share responsibility for care with specially qualified health care assistants in the family practice (VERAHs) have existed for several years. But no studies have been conducted on the tasks German GPs are willing to rely on specially qualified personnel to perform, what they are prepared to delegate to all non-physician practice staff and what they prefer to do themselves.

### Methods

As part of an evaluation study on the deployment of VERAHs in GP-centered health care, we used a questionnaire to ask about task delegation within the practice team. From a list of tasks that VERAHs are specifically trained to carry out, GPs were asked to indicate which they actually delegate. We also asked GPs why they had employed a VERAH in their practice and for their opinions on the benefits and limitations of assigning tasks to VERAHs. The aim of the study was to find out which tasks GPs delegate to their specially qualified personnel, which they permit all HCAs to carry out, and which tasks they do not delegate at all.

### Results

The survey was filled in and returned by 245 GPs (83%). Some tasks were exclusively delegated to VERAHs (e.g. home visits), while others were delegated to all HCAs (e.g. vaccinations). About half the GPs rated the assessment of mental health, as part of the comprehensive assessment of a patient's condition, as the sole responsibility of a GP.

The possibility to delegate more complex tasks was the main reason given for employing a VERAH. Doctors said the delegation of home visits provided them with the greatest relief.

### OPEN ACCESS

**Citation:** Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C (2016) Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. PLoS ONE 11(6): e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248

**Editor:** Massimo Ciccozzi, National Institute of Health, ITALY

**Received:** April 9, 2016

**Accepted:** May 26, 2016

**Published:** June 9, 2016

**Copyright:** © 2016 Mergenthal et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Funding:** The trial was funded by the AOK Baden Wuerttemberg and the Hausaerztliche Vertragsgemeinschaft Baden-Wuerttemberg. The analysis was carried out completely independently. The sponsor had no influence in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

## Conclusions

In Germany, where GPs are solely accountable for the health care provided in their practices, experience with the transfer of responsibility to other non-physician health care personnel is still very limited. When HCAs have undergone special training, GPs seem to be prepared to delegate tasks that demand a substantial degree of know-how, such as home visits and case management. This “new” role allocation within the practice may signal a shift in the provision of health care by family practice teams in Germany.

## Introduction

In an aging population, it is increasingly difficult for primary care providers to deliver appropriate health care to a rising number of chronically ill patients. In some countries, it is standard practice to employ qualified nurses in primary care. In Germany, however, GPs generally employ health care assistants (HCAs) who work under the supervision of a GP. Health care assistants are increasingly being trained to take on additional responsibilities, but GPs remain legally accountable for the health care provided in their practices. HCAs that receive additional training are referred to as “health care assistants in the family practice (VERAHs)” [1]. In other countries they are called “medical assistants” [2], “physician assistants” [3], “healthcare assistants” [4], or in a broader sense “allied health assistants” [5]. The overarching aim is to increase the efficiency of comprehensive health care by delegating tasks, and thus sharing responsibility. Medical assistants are traditionally given rather minor tasks to do, such as measuring blood glucose, and applying wound dressings [2]. VERAHs, however, are trained to take on a new role: Following their initial qualification (lasting 3 years), they undergo an extra 200 hours of training during which they explicitly learn to perform more of the tasks needed in the care of chronically ill patients, such as carrying out routine home visits, team-based case management, supporting patients in the coordination and organization of their treatment, assessment of physical and mental health as part of a comprehensive assessment, certain tasks in preventive medicine, and wound care.

The professional training of an HCA in Germany lasts three years, of which 1–2 days a week are spent at a vocational school and 3–4 days in a practice. HCAs perform clinical tasks such as taking blood samples, intramuscular injections, ECGs and spirometries. After working for 2 years, it is possible to obtain the VERAH qualification (it costs 1,850–2,600 € to qualify as a VERAH). GPs that have signed a contract with one of the major health insurance plans in Baden-Wuerttemberg are compensated for employing a VERAH. VERAHs are expected to perform the tasks named above, but the GP still decides which tasks to delegate and to whom.

From a legal perspective, GPs in Germany remain accountable for all health care services provided in their practices, regardless of whether they share the responsibility (the word responsibility being used in a broad sense throughout this document) for performing certain tasks with other practice staff. In such a health care system, delegation means assigning specific tasks to qualified health care personnel but remaining responsible and legally accountable for the health care of a patient.

In Germany, although VERAHs are required to explain and monitor medication as part of routine care management, many tasks, such as advising patients how and when to take their medicine, are still regarded as the responsibility of the physician. The introduction of new roles demands an understanding of alternative ways of organizing team-based care, and the outcomes that may result. Data for Germany is scarce, but available information shows that jointly

performed interventions (by GP and HCA) can improve the care of patients with osteoarthritis, depression and heart failure [6–8]. Team-based care can result in higher patient satisfaction [9], reduction of acute care utilization [10], greater compliance and a closer bond to the general practice team [11].

Furthermore, practice teams see the new responsibilities of HCAs as an effective resource that leads to a general improvement in health care, particularly of chronically ill patients [12–13]. Studies from abroad have also shown that doctors hope that hiring physician assistants will give them more time for complex patients and reduce stress levels at work [14].

Uncertainty with regard to funding and which tasks to delegate, as well as the assistants' need for supervision and training, has resulted in widespread skepticism [14]. A systematic review summarizing the new responsibilities and advantages and disadvantages of employing allied health assistants shows that the main benefit appears to be an improvement in service quality as a result of an increase in patient orientation, while disadvantages concern mainly role confusion due to unclear responsibilities [5]. Role confusion may also reflect physician inexperience in sharing responsibility for certain tasks with new healthcare personnel.

In order to study the transfer of responsibilities within the practice team (consisting of the GP, a specially trained HCA, or VERAH, and other HCAs) we explicitly asked GPs to describe the tasks they routinely delegate. The aim of the study was to explore which tasks GPs delegate to their specially qualified personnel, which they permit all HCAs to carry out, and which tasks they do not delegate at all (i.e. tasks they carry out themselves, or are not carried out in the practice at all). We also looked at the factors encouraging GPs to employ a VERAH in their practices and asked about the benefits and limitations of assigning tasks to VERAHs.

## Materials and Methods

### Ethics approval

The study was approved in June 2011 by the ethical review committee of the University Hospital, Goethe-University Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany (Geschäfts-Nr.:263/11).

### Study population

The study population consisted solely of general practitioners, who had participated in a special “structured health plan” (GP-centered care, Hausarztzentrierte Versorgung, HzV) in the federal state of Baden-Wuerttemberg. Baden-Wuerttemberg covers a surface area of 35 million square kilometers and has 10 million inhabitants. It has 10 towns with a population of over 100,000.

The “structured health plan” aims to enhance health care for patients with chronic diseases and complex health care needs (e.g., those requiring long-term care). Participation in the “structural health plan” is voluntary, but it includes additional reimbursement for the care of chronically ill patients, provided that the practice employs a VERAH.

The recruitment took place in two steps. Firstly, we invited all of the 909 practices that had participated in the structured health plan in 2011, and employed a VERAH, to take part in the survey. The invitation included study information, a declaration of consent, a questionnaire and a stamped addressed envelope to return the study documents. Secondly, we invited the VERAHs to give the GPs in the practice an information package containing a special questionnaire (see [S1 File](#)) for them to fill out. The study commenced between July and September 2011.

## Survey instrument

The survey was conducted on the basis of a self-developed questionnaire that focused on the reasons for and the consequences of employing a VERAH, as well as on delegation in general. From a list of the tasks (e.g. Home visits, wound management, vaccination management) that the VERAHs are specifically trained to carry out, the GPs were asked to indicate which they actually delegate to a VERAH, which to all non-physician staff, and which they generally perform themselves. The GPs were additionally asked to provide information in free text on the main advantages and disadvantages of employing a VERAH.

One item in the survey asked about the reasons for employing a VERAH (1. The possibility to improve the health care of chronically ill patients; 2. The possibility to save time; 3. The possibility to delegate home visits). Another item asked about general changes resulting from this type of team-based care.

The items included in the questionnaire were decided upon following the analysis of data derived from focus groups we conducted with HCAs, and from 2 interviews carried out with GPs. It was pilot tested in 10 general practices.

## Statistical analysis

The software program IBM SPSS (Statistics Version 20.0) was used to analyze the data descriptively. Missing data could be deducted from giving N in all tables. N includes only complete data sets. Information provided in free text was evaluated using semi-qualitative content analysis, i.e. categories were created, and statements were coded and counted.

## Results

### Characteristics of participating general practitioners

VERAHs at 294 practices participated in the survey. Physicians from 245 of these practices also took part in the survey, corresponding to a response rate of 83.3%. The average age of participating physicians was 54 years (SD 8.5), more than three quarters of them were male (77%), and they had worked in general practice for an average of 18 years (SD 8.5). Almost three quarters of the participating practices were rural (73%) which differed from all GPs in the GP-centered health care program (see [Table 1](#)). Overall, an average of 1.82 GPs (SD 1.25) and 4.68 HCAs (SD 2.25) worked in each practice, and around half of the practices were solo-practices (56%) (see [Table 1](#)). The HCAs with the additional qualification (VERAHs) had worked in their practices for an average of 12.5 years (SD 8.6).

### Delegation

**Tasks assigned to VERAHs and other practice staff.** 63% of participating physicians said they relied on VERAHs to conduct structured assessments of a patient's physical condition, 59% of the GPs said VERAHs were exclusively responsible for carrying out home visits. 58% of GPs said that only VERAHs prepared patients' care plans, and 49% said VERAHs were solely responsible for conducting case management assessments.

Geriatric assessments were delegated either to VERAHs (44%), or to all staff members (38%).

Documenting medically significant facts is either delegated to VERAHs or carried out by the GPs themselves: 34% delegate this task to a VERAH and 34% do it themselves.

Other tasks (e.g. measurement of diagnostic parameters, simple medical procedures or vaccinations) were delegated to all practice staff (see [Table 2](#)).

**Table 1. Characteristics of participating general practitioners in the state of Baden-Wuerttemberg.**

Family physicians (n = 245)	
Male gender (n; %)	184 (77.3)
Age in years (Mean; SD)	54.0 (7.48)
Years in private practice (Mean; SD)	18 (8.5)
Previous participation in research project (yes) (n; %)	108 (48.4)
Family practices (n = 237)	
Solo practice (n,%)	138 (56.3)
Joint practice (n,%)	99 (43.7)
Location of practice	
City (>100,000 inhabitants) (n; %)	18 (7.7)
Town (20,000–100,000 inhabitants) (n; %)	45 (19.2)
Rural town (5,000–20,000 inhabitants) (n; %)	106 (45.3)
Village (<5,000 Einwohner) (n; %)	65 (27.8)
Practice personnel	
Number of doctors in practice (Mean; SD)	1.82 (1.25)
Number of non-physician staff (Mean; SD)	4.68 (2.25)

doi:10.1371/journal.pone.0157248.t001

Of the medical tasks for which the VERAHs had been specifically trained, only the assessment of mental health as part of a comprehensive assessment of a patient's condition continued to be performed by almost half (46%) of the participating physicians (see [Table 2](#)).

Almost half the participating physicians (46%) continued to carry out the assessment of mental health as part of a comprehensive assessment of their patients' condition themselves (see [Table 2](#)).

**Table 2. Tasks not delegated at all, delegated mainly to VERAHs, and delegated to all non-physician staff.**

Tasks	Tasks delegated mainly to VERAHs (% <i>n</i> )	Tasks delegated to all staff (% <i>n</i> )	Tasks not delegated at all (% <i>n</i> )
Structured assessments of a patient's physical condition (n = 233)	62.7% (146)	15.5% (36)	21.9% (51)
Home visits (n = 235)	58.7% (138)	30.6% (72)	10.6% (25)
Geriatric assessment (n = 209)	43.5% (91)	38.3% (80)	18.2% (38)
Medically significant facts (n = 226)	34.1% (77)	29.4% (72)	34.1% (77)
Structured assessments of a patient's mental health (n = 235)	30.2% (71)	23.4% (55)	46.4% (109)
Wound management (n = 238)	38.2% (91)	52.5% (142)	9.2% (22)
Patient training (n = 166)	36.7% (61)	51.2% (85)	12.0% (20)
Symptoms of complaint and/or disease (n = 214)	34.6% (74)	37.4% (80)	28.0% (60)
Medication management (n = 235)	29.8% (70)	51.1% (120)	19.1% (45)
Vaccination management (n = 238)	26.1% (62)	59.7% (142)	14.3% (34)
Simple medical procedures (n = 238)	18.5% (44)	79.8% (190)	1.7% (4)
Measurement of diagnostic parameters (n = 239)	17.2% (41)	80.8% (193)	2.1% (5)
<b>Case Management</b>			
Preparation of care plan (n = 196)	58.2% (114)	14.3% (28)	27.6% (54)
Re-assessment (n = 204)	45.1% (92)	33.8% (69)	21.1% (43)
Assessment (n = 218)	49.1% (107)	31.2% (68)	19.7% (43)
Support patient in coordination and organization of treatment (n = 236)	32.6% (77)	52.1% (123)	15.3% (36)
Dialog with other institutions (n = 235)	36.6% (86)	51.9% (122)	11.5% (27)

doi:10.1371/journal.pone.0157248.t002

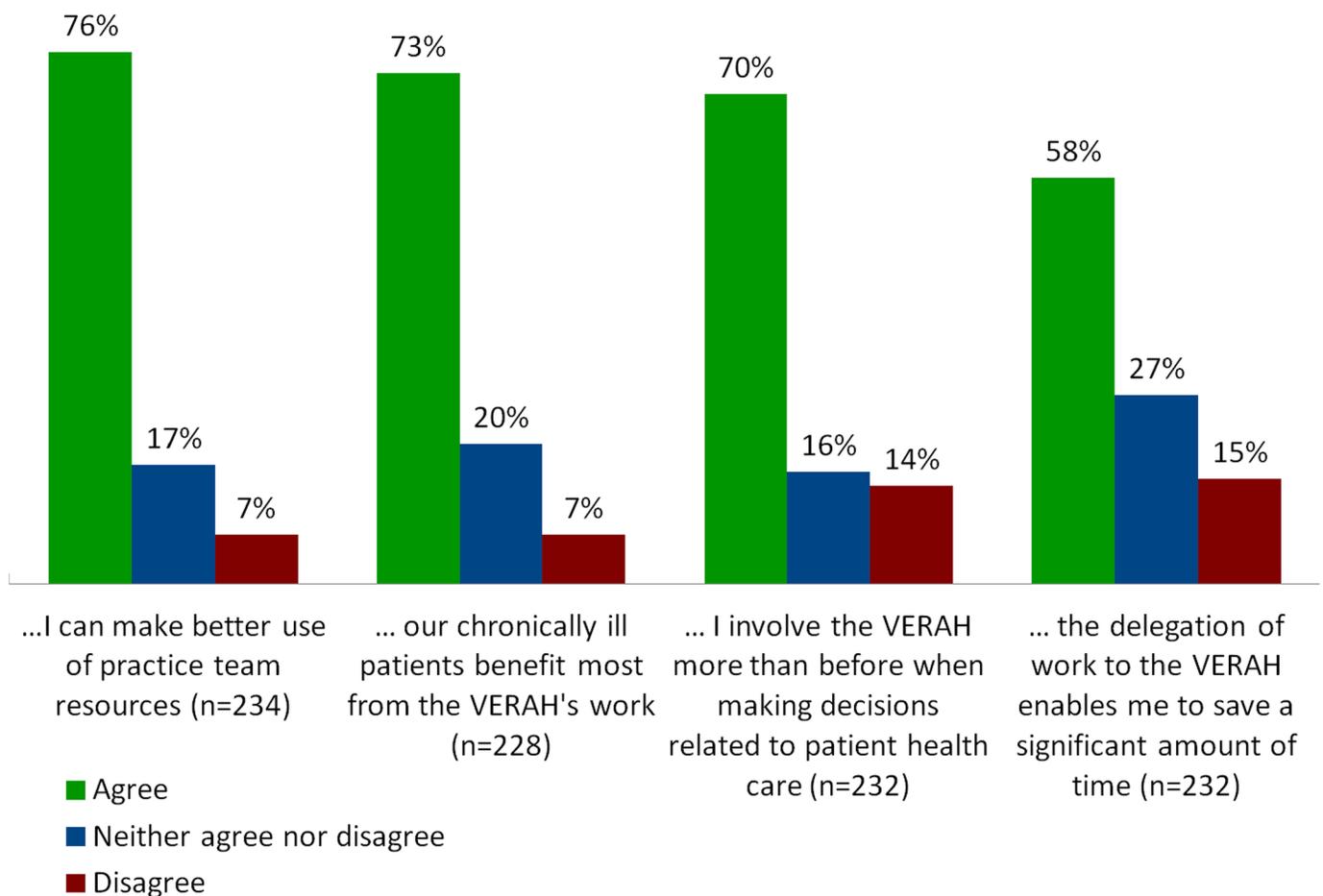
### Reasons for employing a VERAH

Three-quarters (74%) of the surveyed doctors said they saw the employment of a VERAH as an opportunity to improve health care for their chronically ill patients. 72% regarded it as a chance to save time, and 64% as an opportunity to delegate home visits.

When asked about changes resulting from the involvement of a VERAH in team-based health care, more than 70% of GPs agreed that the involvement of a VERAH provided the opportunity to assign practice resources more efficiently and reckoned that chronically ill patients in particular benefited from this type of care. About 60% of the GPs felt that it provided them with the chance to save a significant amount of time. When asked about changes to the decision-making process, 70% agreed that they involved VERAHs in decisions affecting patient care more than they had previously (see Fig 1).

The analysis of free text fields asking about the advantages and disadvantages of employing a VERAH revealed that the delegation of home visits to VERAHs provided the greatest relief to the doctor in his everyday work (n = 58 of 240 entries, 24%). The doctor's workload also fell as a result of an increase in the responsibilities borne by VERAHs (n = 38), as, for example, they were able to work with greater independence and assess the patient's condition better. The

#### Since I have employed a VERAH in the practice, ...



**Fig 1. Changes resulting from the employment of a VERAH.**

doi:10.1371/journal.pone.0157248.g001

delegation of simple medical tasks, the optimization of practice work processes, an improvement in the health care of the chronically ill and time savings were mentioned almost as often (from n = 32 to n = 35 times). Only n = 11 doctors said the employment of VERAHs resulted in no relief in their everyday workload. The reasons given for this were that the VERAHs were not yet taking on the additional responsibilities foreseen for them, or that the VERAHs had already been well trained before receiving the additional qualifications and had taken on greater responsibilities in patient care previous to the additional training (see examples of free text entries in [Table 3](#)).

### Greatest difficulties associated with employment of VERAHs

62 of 189 responses specified that the employment of VERAHs in the family practice did not cause any problems. 39 described various problems that arose as a result of employing VERAHs in the practice (changes to the structure of the practice, difficulties experienced by patients in adapting to the new situation and legal uncertainty). The amount of time that VERAHs required to train for and adjust to their new function was also mentioned as a difficulty in 32 cases. Further problems resulted from the reluctance of health insurance companies to provide sufficient compensation and respect for the work performed by VERAHs (n = 25), a lack of

**Table 3. Advantages and disadvantages of employing a VERAH.**

Category	Entries (n = 240)	Examples of advantages
Delegation of home visits	n = 58 (24%)	Home visits for the assessment of a patient's condition and follow-up, for the care of elderly and/or chronically ill persons, for diagnostic tests, for routine check-ups; fewer home visits performed by doctor and no deterioration in quality
Increase in VERAH's responsibility	n = 38 (16%)	Enhance motivation of VERAHs, thus increasing quality; greater responsibility relieves burden on doctor; greater independence for VERAH → better assessment of patient's condition; greater professionalism → improved safety; the VERAH as a competent partner
Improve work processes in practice	n = 35 (15%)	Better organization of work processes in practice; earlier communication of changes; improvements in all areas → better documentation and organization; VERAH improves process organization to take account of the course of complex diseases; better networking
Delegation of simple medical tasks	n = 34 (14%)	Time savings resulting from delegation of simple medical tasks, e.g., taking blood samples, checking medications, wound treatment, vaccinations; delegation of needs-based assessment
Improvement in care for chronically ill	n = 32 (13%)	Improvement in care makes it easier to care for chronically ill patients resulting in the better overall assessment of patient's condition and more intense care for chronically ill
Time savings	n = 32 (13%)	Time savings; concentration on core responsibilities; more time for patients
No relief	n = 11 (5%)	VERAH is not yet employed or used in new capacity; little/no relief; no change because VERAH was already well trained
Category	Entries (n = 189)	Examples of disadvantages
No/very few problems	n = 62 (33%)	Explicitly stated that no problems were associated with employment of VERAH in family practice
Implementation	n = 39 (21%)	Changes to practice structure; team and patients adjust to new situation; employee is no longer available for other tasks; legal uncertainties → questions surrounding legal accountability, e.g. when performing home visits or driving the practice car
Time factor	n = 32 (17%)	Time required for training, when restructuring practice there is no time to adjust to employment of VERAH; VERAH's hours of work
Costs	n = 25 (13%)	Insufficient compensation and recognition, e.g. by health insurance companies; low salary; lack of staff
Acceptance of VERAHs	n = 23 (12%)	Patients have problems adjusting to new situation; relatives do not accept new situation; patients and colleagues have problems adjusting; doctors have problems adjusting to VERAHs new responsibilities and in delegating tasks
VERAH's training	n = 8 (4%)	Training content/training requirements/training overly comprehensive; qualification and training of no practical value, excessive administrative burden; in appropriate subject matter; not all training content could be put into practice

doi:10.1371/journal.pone.0157248.t003

acceptance of VERAHs by patients, their relatives and non-physician colleagues ( $n = 23$ ), and the excessive demands made on VERAHs in order to obtain the new qualification ( $n = 8$ ) (see [Table 3](#)).

## Discussion

Whereas most of the more simple tasks, such as vaccinations, wound management or measurement of diagnostic parameters, were assigned to all HCAs irrespective of their training, some tasks stand out as tasks that are mainly delegated to the specially trained staff (VERAHs). The tasks that were delegated to VERAHs by the majority of GPs were home visits (59%), the assessment of physical health as part of a comprehensive assessment of a patient's condition (63%), and the preparation of a care plan (58%). About half the GPs (49%) indicated that they were willing to delegate case management assessments to their VERAHs (31% delegate case management assessments to all their staff and 20% do not delegate them at all (see [Table 2](#)).

Only one medical task is regarded by half the GPs as being the sole responsibility of a GP: 46% said the assessment of mental health as part of the comprehensive assessment of a patient's condition was something they preferred to do themselves. One reason for this may be that it is difficult for non-mental health specialists to recognize [15] and it is therefore particularly difficult for GPs to entrust such tasks to their MFAs and VERAHs.

Our study shows that in a country in which shifting responsibility to non-physician practice staff has only recently been introduced, and non-physician staff are expected to have no more than 3 years of training, delegation as a concept has nevertheless been accepted. The results show that VERAHs are mainly employed in rural practices where the demand for health care personnel is expected to be greatest in the future. However, some physicians remain reluctant to assign these tasks either to HCAs or to VERAHs (see [Table 2](#)). Our results may reflect a system in which team-based care is only slowly being integrated into the legal framework.

On the other hand, our study showed that even tasks entailing substantial responsibility were delegated to the specially trained VERAHs. In particular, responsibility for home visits and the structured assessment of a patient's physical well-being, as well as the assessment and preparation of care plans as part of case management, are generally delegated to VERAHs. It is worth mentioning that VERAHs are specifically trained to carry out home visits and case management. It would appear that in a "lone-doctor-with-helpers"-world a prerequisite for the delegation of tasks is the targeted training of HCAs that have been working in the practice for several years. Interestingly, the HCAs relieved the perceived burden on GPs by taking responsibility for many different kinds of task, including the assessment of a patient's condition. However, the employment of a VERAH in the family practice also means providing her with the time to pursue her training and accepting other time constraints resulting from changes in the practice. Special training to become a VERAH provides practices with a cost-effective means of qualifying their personnel but it does require that practices are prepared to redistribute certain tasks. Changes to compensation models should also reflect the new distribution of responsibilities within the general practice team.

The VERAH qualification has been specifically designed to meet the needs of general practices. So far, around 8,000 persons have qualified to become VERAHs in Germany. In other countries, specially qualified non-physician medical personnel are more common, such as primary healthcare nurse practitioners in Canada [16], or nurse practitioners and practice nurses in the U.S. [17], or in Australia [18]. These highly-trained primary care health professionals generally have a bachelor's or master's degree.

International comparisons show that in many countries (United States, Canada, Australia, England and the Netherlands) primary care has long been delivered by teams of physicians and

other health care professionals [19]. In these countries it appears to be considered perfectly normal that complex tasks are carried out by different categories of medical professional, depending on their qualifications. In Germany, the general practitioner has been solely responsible for providing medical care in his or her practice up to now. Nonetheless, we have seen that general practitioners are willing to shift responsibility for certain relatively difficult and complex tasks to specially qualified personnel.

The possibility to delegate complex tasks such as home visits is a major reason to employ a VERAH, as it leads to considerable time savings for the doctor. Home visits are a central element of primary care for patient groups that are immobile and bound to their living environments [20–21]. Up to several years ago, the situation was generally regarded as unsatisfactory due to increasing time constraints, but German GPs could not envisage any alternative that would enable them to reduce their workload [22].

Whereas in many countries, specially trained non-physician personnel have long been involved in decision making, the profession of HCA in Germany generally entails taking responsibility for administrative work and simple tasks in practice-based health care (e.g. performing an ECG, answering the telephone etc.) [23]. Even in 2006, of the 62% of family doctors that employed an HCA, only 15% said they could imagine extending their responsibilities and allowing them to play a more active role in the care of patients [24].

Our results reflect a trend that has been taking place in the U.S. for some time now [25]. Medical assistants in the U.S. have become increasingly involved in the care of patients. They observe the course of treatment, remind patients of necessary examinations, ask about their patients' needs and document important findings before the patient sees the doctor. In this way, medical assistants work as patient coaches and can, for example, influence the behavior of diabetics [26]. Considering the shortage of doctors in the U.S., patients have been happy to accept the greater role now played by medical assistants in their care [27].

On the other hand, Halter et al. [28] point out in a systematic review of international studies, that it is not always possible to compare the situation in different health care systems. Physician assistants in the U.S., for example, are qualified to perform many more tasks (e.g. they can prescribe medications) than in Germany. The question what is and can be delegated often depends on who is legally accountable for the outcomes of health care: it is difficult to delegate tasks to non-physician staff for which they are not ultimately accountable. Nevertheless, Halter et al. agree that in view of the growing number of non-physician health care professions and an expected shortage of doctors in the future, the greater use of this resource requires further study [27]. For the German health care system it is also necessary to investigate whether the involvement of VERAHs actually helps reduce the workload on doctors and how the freed-up resources are used.

## Strengths and limitations

This study is based on a survey that was conducted as part of the evaluation of a structured health plan that trains HCAs to become VERAHs. The plan also foresaw an increase in budgets to reflect that VERAHs are qualified to take responsibility for the care of chronically ill patients. Every practice was free to decide which tasks should continue to be performed by the GPs, which should be conducted by VERAHs and which by HCAs.

Hence, the results reflect a willingness to shift responsibility within the practice team, independently of any formal requirements regarding the tasks that should be delegated. On the other hand one limitation of the study is that only GPs were surveyed, and only those that already employed a VERAH. It is thus possible to gauge the experiences of GPs that employ VERAHs but not possible to draw conclusions as to the tasks GPs generally consider suitable

for delegation. From a former study we know that GPs that employ VERAHs are generally about 5 years older, male (84% vs. 47%) and have 6 more years of working experience than GPs who employ HCAs without an additional qualification. Initially, we invited all GPs that were participating in the structured health plan and employing a VERAH to take part in the study, and received answers from about 26% of them. The results may therefore reflect task delegation in practices where delegation has proved worthwhile, as GPs might otherwise not have felt inclined to answer this questionnaire.

The survey took place in a system of primary health care in which the family physician is solely accountable for what happens in his or her practice and HCAs have usually received only limited training. The results of our survey show what tasks are generally delegated and to whom (as well as which are not delegated at all), and describe the reasons for this, along with the advantages and disadvantages associated with shifting responsibilities in such a health care system.

## Conclusions

In Germany, where GPs are solely accountable for the health care provided in their practices, experience with the transfer of responsibility to other non-physician health care personnel is very limited. Interestingly, only the assessment of mental health as part of the comprehensive assessment of a patient's condition continues to be carried out by almost half the GPs themselves. A large number of GPs are happy for VERAHs to take on greater responsibility, even for complex tasks, and to play a more active role in the provision of health care. Tasks that involve a substantial degree of know-how and that the surveyed doctors were willing to delegate to VERAHs include home visits and case management. This "new" role allocation within the practice may signal a shift in the provision of health care to more team-oriented care in Germany. However, HCAs that have received no special training continue for the most part to carry out the tasks for which they have traditionally been trained.

## Supporting Information

**S1 File. Questionnaire for the GPs.**  
(PDF)

## Acknowledgments

We thank the VERAHs and the GPs participating in the trial. We would like to thank Phillip Elliott who helped a great deal with English editing.

## Author Contributions

Conceived and designed the experiments: KM MB FMG CG. Performed the experiments: KM. Analyzed the data: KM CG. Contributed reagents/materials/analysis tools: KM CG MB FMG. Wrote the paper: KM MB FMG CG. Drafted the manuscript: KM. Critically reviewed the manuscript: MB FMG CG.

## References

1. Mergenthal K, Beyer M, Guethlin C, Gerlach FM (2013) [Evaluating the deployment of VERAHs in family doctor-centred health care in Baden-Wuerttemberg]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107: 386–393. doi: [10.1016/j.zefq.2013.07.003](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.07.003) PMID: [24075680](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24075680/)
2. Anderson A, Proudfoot JG, Harris M (2009) Medical assistants: a primary care workforce solution *Aust fam phys* 38:623–626.

3. Hooker RS, Cawley JF, Everett CM (2011) Predictive modeling the physician assistant supply: 2010–2025. *Public Health Rep* 126:708–716. PMID: [21886331](#)
4. Bosley S, Dale J (2008) Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change. *Br J Gen Pract* 58:118–124. doi: [10.3399/bjgp08X277032](#) PMID: [18307856](#)
5. Lizarondo L, Grimmer K, Kumar S (2014) Assisting allied health in performance evaluation: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 14:572. doi: [10.1186/s12913-014-0572-7](#) PMID: [25394559](#)
6. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Muller-Tasch T, Szecsenyi J (2010) Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 11:56. doi: [10.1186/1745-6215-11-56](#) PMID: [20478035](#)
7. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guethlin C, et al. (2009) Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. *Ann Intern Med* 151:369. PMID: [19755362](#)
8. Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J (2007) Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 57:1390–1397. PMID: [18050178](#)
9. Wen J, Schulman KA (2014) Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PloS one* 9(7):e100603. doi: [10.1371/journal.pone.0100603](#) PMID: [25014674](#)
10. Ritchie C, Andersen R, Eng J, Garrigues SK, Intinarelli G, Kao H, et al. (2016) Implementation of an Interdisciplinary, Team-Based Complex Care Support Health Care Model at an Academic Medical Center: Impact on Health Care Utilization and Quality of Life. *PloS one* 11(2):e0148096. doi: [10.1371/journal.pone.0148096](#) PMID: [26871704](#)
11. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jager C, Mergenthal K, et al. (2012) Patients' perspectives on depression case management in general practice—a qualitative study. *Patient Educ Couns* 86:114–119. doi: [10.1016/j.pec.2011.02.020](#) PMID: [21474266](#)
12. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M (2011) Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 12:163. doi: [10.1186/1745-6215-12-163](#) PMID: [21714883](#)
13. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Guthlin C, Mergenthal K, et al. (2009) Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Ann Fam Med* 7:513–519. doi: [10.1370/afm.1037](#) PMID: [19901310](#)
14. Taylor MT, Wayne TD, Burrows K, Cunnington J, Lombardi A, Liou M (2013) Qualitative study of employment of physician assistants by physicians: benefits and barriers in the Ontario health care system. *Can Fam Physician* 59:e507–513. PMID: [24235209](#)
15. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M., Belzile E, Ciampi A (2008) Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. In: *Journal of general internal medicine* 23 (1), S. 25–36. PMID: [17968628](#)
16. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N, et al. (2010) The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nurs Leadersh* 23:88–113.
17. Peterson LE, Phillips RL, Puffer JC, Bazemore A, Petterson S (2013) Most family physicians work routinely with nurse practitioners, physician assistants, or certified nurse midwives. *JABFM* 26:244–245. doi: [10.3122/jabfm.2013.03.120312](#) PMID: [23657691](#)
18. Australien Nursing Federation (2016) ANF Competency standards for registered and enrolled nurses in general practice. Available: [http://anmf.org.au/documents/reports/compstandards\\_nursesingp.pdf](http://anmf.org.au/documents/reports/compstandards_nursesingp.pdf). Accessed 3 April 2016.
19. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M (2015) Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world *Int J Nurs Stud* 52:727–743. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014](#) PMID: [25577306](#)
20. Aylin P, Majeed FA, Cook DG (1996) Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ (Clinical research ed.)* 313:207–710.
21. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, et al. (1992) A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 152:2025–2032. PMID: [1417375](#)
22. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E (2011) Home visits—central to primary care, tradition or an obligation A qualitative study. *BMC Fam Pract* 12:24. doi: [10.1186/1471-2296-12-24](#) PMID: [21513534](#)
23. Rosemann T, Joest K, Korner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J (2006) 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* 7:14. PMID: [16515692](#)

24. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff* 25:w555–571.
25. Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A (2014) Expanding the roles of medical assistants: who does what in primary care *JAMA Intern Med* 174:1025–1026. doi: [10.1001/jamainternmed.2014.1319](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1319) PMID: [24820220](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24820220/)
26. Ruggiero L, Riley BB, Hernandez R, Quinn LT, Gerber BS, Castillo A, et al. (2014) Medical assistant coaching to support diabetes self-care among low-income racial/ethnic minority populations: randomized controlled trial. *West J Nurs Res* 36:1052–1073. doi: [10.1177/0193945914522862](https://doi.org/10.1177/0193945914522862) PMID: [24569698](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24569698/)
27. Dill MJ, Pankow S, Erikson C, Shipman S (2013) Survey shows consumers open to a greater role for physician assistants and nurse practitioners. *Health Aff* 32:1135–1142.
28. Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallourous J, de Lusignan S, et al. (2013) The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 13:223.

### **3.3 Publikation Nr. 3 – Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht**

#### **Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht**

Delegation of GP work to qualified medical staff in Germany – an overview

Autoren:

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

#### **Korrespondierende Autorin:**

Karola Mergenthal

Institut für Allgemeinmedizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

# Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht

## Delegation of GP Work to Qualified Medical Staff in Germany – An Overview

### Autoren

K. Mergenthal, M. Leifermann, M. Beyer, F. M. Gerlach, C. Güthlin

### Institut

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main

### Schlüsselwörter

- ◉ Delegation
- ◉ Delegationsmodelle
- ◉ Hausarztpraxis
- ◉ Medizinische Fachangestellte
- ◉ Qualifizierung
- ◉ Implementierung

### Key words

- ◉ delegation
- ◉ delegation models
- ◉ general practitioner
- ◉ health care assistants
- ◉ qualification
- ◉ implementation

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555948>  
 Online-Publikation: 25.9.2015  
 Gesundheitswesen 2015; 77: e62–e68  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0941-3790

### Korrespondenzadresse

**Karla Mergenthal, MSc  
 Public Health**  
 Institut für Allgemeinmedizin  
 Goethe-Universität  
 Theodor-Stern-Kai 7  
 60590 Frankfurt  
 mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

### Zusammenfassung



**Ziel der Studie:** Zur flächendeckenden Sicherung der hausärztlichen Versorgung wird seit einiger Zeit auch in Deutschland die stärkere Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal diskutiert. Inzwischen existieren verschiedene Delegationsmodelle. Ziel der Studie ist die Erstellung einer Übersicht vorhandener Delegationsmodelle im hausärztlichen Setting in Deutschland mit der Frage, inwieweit diese implementiert sind.

**Methodik:** Im April 2014 erfolgte bei unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen eine Recherche nach Delegationsmodellen für nichtärztliches Fachpersonal. Berücksichtigung fanden Modelle im hausärztlichen Bereich mit strukturierten, ≥80 Stunden umfassenden Weiterbildungsprogrammen, die mit Kostenträgern abgerechnet werden konnten. Die Modelle erfuhren eine Beurteilung in Anlehnung an den PDCA-Implementierungszyklus (Plan-Do-Check-Act).

**Ergebnisse:** Sechs Delegationsmodelle in der Hausarztpraxis wurden identifiziert (AGnES, VERAH, EVA, NäPA, HELVER und agnes<sup>zwei</sup>), wovon 2014 nur noch vier Qualifizierungen weiter angeboten wurden. Dauer der Qualifizierung, Inhalte und Ziele der Modelle waren teilweise sehr unterschiedlich. Seit 2015 ist die Qualifikation zur NäPA (mit Zusatzqualifikation auch VERAH) Voraussetzung zur Abrechenbarkeit in der Regelversorgung. Als wichtiges Qualitätskriterium einer Implementierung fehlt bei den NäPA die Evaluation; alle Kriterien erfüllt nur die VERAH-Qualifikation.

**Schlussfolgerungen:** Zur vollständigen Implementierung der Delegationsmodelle und zur Stärkung und Förderung der Berufsgruppe der MFA sollten die in der Regelversorgung abrechenbaren Delegationskonzepte alle Qualitätskriterien der Implementierung erfüllen und damit auch regelhaft einer kontinuierlichen Evaluation unterzogen werden.

### Abstract



**Aim:** To assure nationwide provision of family medical care, a greater involvement of non-physician healthcare professionals has been discussed in Germany for some time. Currently, there are various delegation models. The aim of this study is to provide an overview of existing delegation models in a German family practice setting and to investigate to what extent they are implemented in practice.

**Method:** Internet search was made for delegation models for non-physician healthcare staff, and various experts were contacted in April 2014. Models that explicitly addressed family practice, involved continuing education of more than 80 h, and for which health insurance funds bore the costs, were taken into consideration. The models were judged in accordance with the PDCA implementation cycle (Plan-Do-Check-Act).

**Results:** 6 delegation models used in family practice were identified for which only 4 qualifications were still available in 2014. The duration, content and aims of the training courses differed markedly. Since 2015, training to become a NäPA non-physician practice assistant (or a VERAH healthcare assistant in the family practice if the necessary supplementary qualification is achieved) is the basic qualification for which costs are reimbursed. However, one important quality criterion for its broad implementation, namely evaluation, is missing in NäPA training. Only the VERAH qualification fulfills all quality criteria.

**Conclusions:** In order to fully implement the delegation models and to strengthen and promote the healthcare assistant profession, the delegation models for which training costs are generally reimbursable should satisfy all quality criteria and also be subject to continual evaluation.

**Tab. 1** Beschreibung des PDCA-Zyklus\* und der Anpassung für die Bewertung der Delegationsmodelle.

	Ausführliche Beschreibung	Anpassung für die Bewertung der Delegationsmodelle
<b>Plan</b>	Der jeweilige Prozess muss vor seiner eigentlichen Umsetzung geplant werden: <i>Plan</i> umfasst das Erkennen von Verbesserungspotentialen, die Analyse des aktuellen Zustands sowie das Entwickeln eines neuen Konzeptes	Für die neuen Strategien zur Delegation in der Hausarztpraxis müssen die Prozesse geplant werden, ein Konzept entwickelt werden, d. h. es existiert ein Curriculum als Qualifizierungsgrundlage, in dem die Inhalte der Fort- oder Weiterbildung für das nichtärztliche Personal festgelegt sind
<b>Do</b>	<i>Do</i> bedeutet entgegen weit verbreiteter Auffassung nicht die Einführung und Umsetzung auf breiter Front, sondern das Ausprobieren beziehungsweise Testen und praktische Optimieren des Konzeptes mit schnell realisierbaren, einfachen Mitteln	Nach diesem Curriculum ausgebildetes nichtärztliches Praxispersonal wird im Rahmen eines Modellprojekts eingesetzt, um die praktische Umsetzung des Konzeptes zu testen
<b>Check</b>	Der im Kleinen realisierte Prozessablauf und seine Resultate werden sorgfältig überprüft und bei Erfolg für die Umsetzung auf breiter Front als <i>Standard</i> freigegeben	Das Modellprojekt ist wissenschaftlich evaluiert
<b>Act</b>	In der Phase <i>Act</i> wird dieser neue <i>Standard</i> auf breiter Front eingeführt, festgeschrieben und regelmäßig auf Einhaltung überprüft	Die neuen Prozesse werden deutschlandweit eingeführt, d. h. sie werden durch die Kostenträger im Gesundheitssystem vergütet und weiterhin evaluiert

\* Adaption des PDCA-Zyklus in Anlehnung an Deming [6]

## Hintergrund

Die flächendeckende Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist in vielen Regionen Deutschlands zunehmend bedroht. Dies ist Folge eines steigenden Bedarfs an hausärztlicher Versorgung und einer gleichzeitig abnehmenden Hausarztichte [1]. Der Anteil der älteren Bevölkerung steigt, 2030 wird knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung  $\geq 60$  Jahre sein. Mit höherem Alter steigt die Prävalenz altersassoziierter chronischer Erkrankungen und Multimorbidität [2]. Andererseits ist die hausärztliche Versorgung gefährdet; bis zum Jahr 2025 ist mit einem nicht gedeckten Bedarf von 20000 Hausärzten zu rechnen [1]. Vor diesem Hintergrund wird die Delegation von Tätigkeiten an nichtärztliches Praxispersonal seit längerem als eine Möglichkeit diskutiert, die Versorgungsqualität zu erhöhen und zugleich arztentlastende Strukturen zu schaffen [3]. Nachdem der Gesetzgeber 2012 im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes den Auftrag erteilt hatte, festzulegen, welche ärztliche Leistungen delegierbar sind, schlossen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Oktober 2013 eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal. Darin sind beispielhaft Tätigkeiten aufgeführt, die vom behandelnden Arzt an nichtärztliches Personal delegiert werden können und festgelegt, welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen [4].

In Deutschland existieren bereits sehr unterschiedliche Weiterbildungsmodelle für nichtärztliches Praxispersonal in der Hausarztpraxis, die für die Übernahme delegationsfähiger Leistungen qualifizieren.

Ziel dieser Arbeit ist die Erstellung einer Übersicht über die vorhandenen Delegationsmodelle in deutschen Hausarztpraxen und eine Einschätzung hinsichtlich bereits umgesetzter strategischer Planungsprozesse und Zielvorgaben.

## Methode

Durchgeführt wurde eine Literatur- und Internetrecherche zu bereits existierenden Delegationsmodellen in Deutschland. Anschließend an eine Suche mit den Suchwörtern „Fortbildung; Weiterbildung; Arzthelferin; Medizinische Fachangestellte; MFA; Hausarztpraxis; Qualifikation“ führten die Treffer gezielt zu den Landesärztekammern (LÄK), der KBV und den Fortbildungsinstituten für Medizinische Fachangestellte (MFA). Zusätz-

lich erfolgte ein Informationsaustausch mit Schlüsselpersonen und Experten der o. g. Institutionen. Berücksichtigung fanden ausschließlich Modelle, die im ambulanten Bereich zum Einsatz kommen und folgende Kriterien erfüllten:

- ▶ Weiterbildung speziell für nichtärztliches Praxispersonal in der Hausarztpraxis
- ▶ Vorhandensein eines strukturierten Weiterbildungsprogrammes
- ▶  $\geq 80$  Stunden Weiterbildungsumfang
- ▶ Abrechenbarkeit mit Kostenträgern (Kollektiv- oder Selektivvertrag)

Um den Grad des Potentials der verschiedenen Ansätze für eine Implementierung darzustellen, erfuhren die Modelle eine Beurteilung in Anlehnung an den PDCA-Implementierungszyklus. Der Zyklus (Plan-Do-Check-Act) wird als Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen (z. B. im Qualitätsmanagement) [5] genutzt oder dient als Grundlage strategischer Planungsprozesse (z. B. gesundheitspolitischer Interventionen) [6]. Um die Delegationsmodelle anhand des Zyklus einzuordnen, erfolgte eine Adaption der 4 Elemente im PDCA-Zyklus wie in **Tab. 1** dargestellt.

## Ergebnisse

Es konnten 6 Delegationsmodelle identifiziert werden (**Tab. 2**):

- ▶ AGnES (Arztentlastende Gemeindenahe EHealthgestützte Systemische Intervention)
- ▶ VERAH (VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis)
- ▶ EVA (Entlastende VersorgungsAssistentin)
- ▶ NäPA (NichtÄrztliche PraxisAssistentin)
- ▶ HELVER (arztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung)
- ▶ agnes<sup>zwei</sup>

Alle recherchierten Konzepte haben das Ziel zur Verbesserung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch die Delegation von Tätigkeiten an nichtärztliches Praxispersonal beizutragen und die Hausärzte zu entlasten bzw. zu unterstützen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Das Qualifizierungsmodell „MoNi“ (Modellprojekt Niedersachsen) fand in der Bewertung keine Berücksichtigung, da kein strukturiertes Fortbildungsprogramm identifiziert werden konnte und weniger als 80 Stunden Fortbildung Voraussetzung zum Einsatz der MoNi war (jährlich 30 Stunden Fortbildung und 50 begleitende Hausbesuche) (vgl. [http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Service/igib/Konferenz/Michael\\_Renken\\_M\\_o\\_N\\_i\\_-\\_Aerztlich\\_delegierbare\\_Leistungen.pdf](http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Service/igib/Konferenz/Michael_Renken_M_o_N_i_-_Aerztlich_delegierbare_Leistungen.pdf))

**Tab. 2** Fakten zu den einzelnen Delegationsmodellen.

	Regionale Verbreitung	Inhalte Qualifikation	Umfang der Weiterbildung
AgnES <sup>1</sup> n = 40	Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt (hier MoPra)	Einführung und Grundlagen Medizinische Kompetenzen I und II Die Hausarztpraxis als Unternehmen AGnES im Netz der sozialen und Gesundheitsdienste Beratung und Gesprächsführung EDV und Telemedizin	622 Stunden
VERAH <sup>2</sup> n = 5.744	bundesweit	Modul 1: Case Management; Modul 2: Präventionsmanagement; Modul 3: Gesundheitsmanagement; Modul 4: Technikmanagement; Modul 5: Praxismanagement; Modul 6: Besuchsmanagement; Modul 7: Notfallmanagement; Modul 8: Wundmanagement Praktische Fortbildung (84 h)	200 Stunden
EVA <sup>2</sup> n = 182	Westfalen-Lippe <sup>3</sup> und Nordrhein	Modul A: Grundlagen und Rahmenbedingungen berufl. Handelns/Berufsbild Modul B: Medizinische Kompetenz Modul C: Kommunikation und Dokumentation Modul D: Notfallmanagement Praktische Fortbildung	zwischen 170–220 Stunden
NäPA <sup>2</sup> n = 175	Thüringen, Westfalen-Lippe <sup>3</sup> , Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen	Modul A: Grundlagen und Rahmenbedingungen berufl. Handelns/Berufsbild (15 h) Modul B: Medizinische Kompetenz (160 h) Modul C: Kommunikation und Dokumentation (26 h) Modul D: Notfallmanagement (20 h) Praktische Fortbildung (50 h)	zwischen 170–220 Stunden
HELVER <sup>4</sup> n = 46	Schleswig-Holstein	Modul 1: Patientenbegleitung und Koordination Modul 2: Ambulante Versorgung älterer Menschen	84 Stunden (4 Wochenendkurse)
agnes <sup>zwei</sup> <sup>2</sup> n = 90	Brandenburg	Modul A: u. a. Geriatrisches Assessment, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, Häusliche Krankenpflege Modul B: Grundlagen Case Management, Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit im Case Manage- ment, Kommunikation und Konfliktmanagement	129 Stunden

<sup>1</sup> Letzte Zahlen liegen von November 2013 vor

<sup>2</sup> Stand November 2014

<sup>3</sup> Westfalen-Lippe bietet gleiche Qualifizierungen zur EVA und NäPA an. Zählung der 82 Absolventen bei EVA

<sup>4</sup> Letzte Zahlen liegen von Januar 2011 vor

Eine Übersicht über den Stand der Implementierung aller Delegationsmodelle nach dem PDCA-Zyklus ist in **Tab. 3** dargestellt.

### AGnES

Das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald führte von 2005–2008 verschiedene AGnES-Projekte<sup>2</sup> durch, welche auf die Übernahme von Hausbesuchen durch fortgebildete nichtärztliche Fachkräfte spezialisiert waren. Insgesamt nahmen 40 Krankenschwestern/MFA in den neuen Bundesländern teil [7]; für die Schulung waren 622 Stunden zu absolvieren. Für die Qualifizierung wurde ein modular gestaltetes Curriculum in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neubrandenburg entwickelt [8]. Die Finanzierung erfolgte aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, der jeweiligen Länder sowie durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen. Den Einsatz der AGnES-Fachkräfte evaluierte das Institut für Community Medicine [9]. Ab 01.04.2009 wurde aus der „AGnES-Fachkraft“ die NäPA [10]. Ebenfalls ab 2009 war die Abrechnung

<sup>2</sup> Dieses beinhalten die Projekte „AGnES“ in Mecklenburg-Vorpommern, Modellprojekt „Gemeindeschwester“ in Brandenburg, Pilotprojekt AGnES in Sachsen-Anhalt/Mopra Modellprojekt und „Gemeindeschwester AGnES“ in Sachsen (vgl. <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348254.de>)

der Hausbesuche<sup>3</sup> als (Teil-)Implementierung in die Regelversorgung möglich: Voraussetzung war bis Ende 2014, dass sie in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen eingesetzt wurde [7].

### VERAH

Die VERAH-Qualifikation ist ein vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. und vom Verband Medizinischer Fachberufe (VmF) zwischen 2005–2007 entwickeltes Konzept. Die Fortbildung findet nach dem eigens dafür erarbeiteten Curriculum statt, ist modular aufgebaut [11], dauert 200 Stunden und wird seit 2008 angeboten. Die VERAH ist in der jeweiligen Hausarztpraxis angestellt. Eine Honorierung war bis Ende 2014 überwiegend in Selektivverträgen zur HzV verschiedener Krankenkassen in fast allen Bundesländern zu finden. Derzeit sind deutschlandweit 5 744<sup>4</sup> VERAH qualifiziert. Die größte Verbreitung findet man in Baden-Württemberg (1 973 VERAH), Bayern (1 384 VERAH) und Nordrhein-Westfalen (770 VERAH). Der VERAH-Einsatz ist je nach HzV-Vertrag unter-

<sup>3</sup> EBM-Gebührenordnungsposition (GOP) 40870 = Pauschale für Hausbesuche über ca. 17 € (inklusive Wegkosten) und GOP 40872 = Pauschale über ca. 12,50 €, wenn in derselben häuslichen Gemeinschaft ein weiterer Patient aufgesucht wurde

<sup>4</sup> Stand November 2014

**Tab. 3** Stand der Implementierung der Delegationsmodelle in Anlehnung an den PDCA-Zyklus.

	AGnES	VERAH	EVA	NäPA	HELVER	agnes <sup>zwei</sup>
<b>Plan:</b> Curriculum als Qualifizierungsgrundlage vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Do:</b> Modellprojekt als Testphase vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Check:</b> Evaluation vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Act:</b> finanzielle Vergütung in der Regelversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> <sup>3</sup>		<input checked="" type="checkbox"/> <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Bis Ende 2014 nur in unterversorgten Gebieten, bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten

<sup>2</sup> Ab 01.01.2015 in der Regelversorgung mit zusätzlicher Schulung. In HzV-Verträgen in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und Schleswig-Holstein, sowie deutschlandweit im HzV-Vertrag der IKK

<sup>3</sup> Ab 01.01.2015 in der Regelversorgung. Mit zusätzlicher Schulung Gleichstellung mit VERAH (in HzV-Verträgen in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und Schleswig-Holstein, sowie deutschlandweit im HzV-Vertrag der IKK)

<sup>4</sup> Im Rahmen der Vereinbarung über die Einbindung einer Fachkraft für die Patientenversorgung (Vereinbarung agnes<sup>zwei</sup>) für Versicherte der AOK Nordost

schiedlich vergütet. Überwiegend existiert eine VERAH-Pauschale von 5€, welche die Praxis für jeden chronisch kranken HzV-Patienten pro Quartal zusätzlich erhält [12]. Seit 01.01.2015 besteht in der Regelversorgung die Möglichkeit für das Vorhalten einer VERAH (nach Zusatzschulung) [13] eine pauschalierte Vergütung zu erhalten und Hausbesuche als Einzelleistungsvergütung abzurechnen (vgl. Abschnitt NäPA). Das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main hat den VERAH-Einsatz im Rahmen der HzV in Baden-Württemberg erstmals 2010–2011 evaluiert [14]. Seit 2013 wird eine Folgeevaluation durchgeführt [15].

## EVA

Initiiert wurde das Delegationsmodell EVA im Jahr 2009/2010 von den LÄK Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit den jeweiligen KVen, der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie der Akademie für ärztliche Fortbildung der LÄK Westfalen-Lippe. Das EVA-Curriculum [16] ist deckungsgleich mit dem der „Nichtärztlichen Praxisassistentin“ der Bundesärztekammer (BÄK) [17]. Es gelten die gleichen Rahmenbedingungen zur Abrechenbarkeit wie bei der „Nichtärztlichen Praxisassistentin“ (vgl. Abschnitt NäPA). Ergebnisse einer Evaluation des Modells konnten nicht identifiziert werden.

## NäPA

Mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurden 2008 erstmals rechtliche Voraussetzungen geschaffen, um in der Häuslichkeit von Patienten ärztlich angeordnete Hilfeleistungen an speziell weitergebildete nichtärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren. Mit der Vereinbarung zur „Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen“ schafften 2009 die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Vergütungsregelung [18].

Da die Umsetzung von Weiterbildungsmaßnahmen Ländersache ist und bislang zahlreiche, verschiedene Qualifizierungsmodelle bei unterschiedlichen LÄK entstanden waren, veröffentlichte die BÄK 2010 das Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme „Nichtärztlichen Praxisassistentin nach §87 Abs.2b/Satz 5 SGB V“. Dieses sollte den Landesärztekammern als Modell-Curriculum dienen [17] und wurde von den LÄK Thüringen, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Sachsen übernommen.

Die NäPA sind in den jeweiligen Hausarztpraxen beschäftigt. Die Weiterbildung ist modular aufgebaut, umfasst 170–200 Stunden (abhängig von der Dauer der Berufstätigkeit) und wird von den jeweiligen LÄK individuell organisiert. Bis Ende 2014 durften die Leistungen der NäPA nur in Regionen abgerechnet werden, wo

nach Feststellung durch den jeweiligen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche Unterversorgung bestand oder drohte (§2 Abs.2 BMV-Ä/EKV-Anlage 8) (vgl. Abschnitt AGnES). Zurzeit sind 175<sup>5</sup> NäPA geschult. Seit 2015 wurde für NäPA [19] eine pauschalierte Vergütung für das Vorhalten der nichtärztlichen Fachkraft in die Regelversorgung eingeführt<sup>6</sup>. Zusätzlich wird die Delegation von Hausbesuchen<sup>7</sup> als Einzelleistung vergütet, unabhängig von einer regionalen Unterversorgung. Zum Einsatz von NäPA konnte bei keiner der LÄK eine Evaluation ausfindig gemacht werden.

## HELVER

Von 2009–2011 wurde von der LÄK Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit der Berufsbildungsstätte der LÄK, dem Edmund-Christiani-Seminar, das Modellprojekt HELVER durchgeführt [20] mit dem Ziel, Curricula in verschiedenen Versorgungsregionen zu evaluieren. Dafür konzipierte eine Arbeitsgruppe ein neues zusammengesetztes Fortbildungsangebot: „Assistenz in der ambulanten Versorgung“. Inhalte waren das Curriculum zur „Ambulanten Versorgung älterer Menschen“ [21] sowie das erste Modul des Curriculums „Nichtärztliche Praxisassistentin“ der BÄK [17]. Insgesamt 46 MFA in Schleswig-Holstein ließen sich nach dem neu konzipierten Fortbildungskonzept, welches 84 Stunden umfasste, schulen. Die Evaluation des Projektes führte das Wissenschaftliche Institut der Ärzte e. V. und die LÄK Schleswig-Holstein durch [22]. Förderung erfolgte durch die BÄK (teilnehmende MFA und Ärzte erhielten 100 bzw. 400€). Das Modellprojekt endete 2011 [22]; es erfolgte keine Vertragsschließung mit Krankenkassen oder eine Übernahme in die Regelversorgung.

## Agnes<sup>zwei</sup>

Im Land Brandenburg entwickelten die AOK Nordost, die KV Brandenburg sowie die BARMER GEK im Rahmen der „Innovativen Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB)“ das Konzept „agnes<sup>zwei</sup>“ [23]. Kernelement bildet ein Fallmanagement (Case Management). Fortgebildete nichtärztliche Fachkräfte übernehmen in enger Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt das Schnittstellenmanagement und an sie delegierte Tätigkeiten für besonders betreuungsintensive Patienten in deren Häuslichkeit. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkräfte müssen nicht an eine Hausarztpraxis angebunden sein, können auch für Medizinische

<sup>5</sup> Stand November 2014

<sup>6</sup> EBM-Gebührenordnungsposition (GOP) 03060 (Zuschlag zur Strukturpauschal) als Zuschlag zur Vorhaltepauschale GOP 03040 (22 Punkte). Höchstwert für die GOP 03060 beträgt 12.851 Punkte pro Praxis

<sup>7</sup> EBM-GOP 03062 Hausbesuch einer NäPA/VERAH (166 Punkte) und GOP 03063 (Mitbesuch (Besuch weiterer Patienten in derselben Einrichtung (122 Punkte)

Versorgungszentren, Ärztenetze oder andere kooperative Strukturen arbeiten. Die IGiB entwickelte ein spezielles Schulungskonzept welches modular aufgebaut ist, 129 Stunden umfasst und ein von zwei Modulen ausschließlich dem Case Management widmet [24]. Der Einsatz der agnes<sup>zwei</sup>-Fachkräfte ist mit den teilnehmenden Krankenkassen seit April 2012 nach §73a SGB V vertraglich geregelt. Derzeit sind 90 Fachkräfte ausgebildet; bislang liegen keine Evaluationsergebnisse vor. Die Betreuung der Versicherten im Rahmen des Delegationsmodells wird mit einer Fallmanagementpauschale von 40€ vergütet<sup>8</sup> [23].

### Stand der Implementierung

Der Stand der Implementierung ist in **Tab. 3** anhand des PDCA-Zyklus im Überblick dargestellt. Bei allen beschriebenen Modellen sind Curricula vorhanden und alle wurden als Modellvorhaben in unterschiedlichen Regionen erprobt. Nur bei drei der beschriebenen Modelle (AGnES, HELVER, VERAH) liegt eine wissenschaftliche Evaluation vor. Die Beurteilung der einzelnen Evaluationen ist nicht Gegenstand dieser Arbeit und wird hier nicht weiter ausgeführt.

Die Möglichkeit der Honorierung in der Regelversorgung besteht seit 2015 bei 4 Modellen für Hausbesuchstätigkeit: NäPA, EVA, VERAH und AGnES. Für agnes<sup>zwei</sup>-Fachkräfte werden die Hausbesuche im Rahmen eines Vertrages vergütet (Fallpauschale). Der Einsatz für Tätigkeiten von NäPA/EVA und VERAH innerhalb der Hausarztpraxen wird seit 01.01.2015 durch eine Vorhaltepauschale für die Ärzte honoriert.

### Diskussion

Nur 2 Delegationsmodelle an nichtärztliches Praxispersonal im hausärztlichen Setting wurden evaluiert und (teilweise) in die Regelversorgung übernommen (AGnES und VERAH), wobei das VERAH-Modell am weitesten verbreitet ist. Derzeit bildet das Modell der NäPA die Voraussetzung zur Vergütung in der Regelversorgung.

Innerhalb der 16 Bundesländer in Deutschland konnten sechs unterschiedliche Delegationskonzepte in der Hausarztpraxis identifiziert werden. Diese sind inhaltlich und im Stundenumfang sehr unterschiedlich und waren bis Ende 2014 meist nur in der jeweiligen Region zur Vergütung anerkannt. Seit 01.01.2015 trat eine neue Vergütungsregelung in Kraft [19]. Die Beschäftigung einer NäPA oder VERAH lohnt sich zurzeit nur für größere Praxen, da die Abrechenbarkeit an eine Mindestfallzahl gebunden ist [19]. Eine Einzelpraxis muss dafür in den letzten 4 Quartalen mindestens 860 (Behandlungs-)Fälle oder 160 (Behandlungs-)Fälle bei Patienten > 75 Jahren abgerechnet haben.

Mit der gegenseitigen Anerkennung haben die Verantwortlichen Prinzipien festgelegt, die für eine Abrechenbarkeit in der Regelversorgung berechtigen. Diese Prinzipien umfassen eine Schulung zum Berufsbild, medizinische Kompetenzen, Fertigkeiten zur Kommunikation und das Notfallmanagement. Während bei der NäPA die medizinischen Kompetenzen umfassender geschult werden, sind mit den VERAH<sup>Plus</sup>-Modulen einige medizinische Themen ausgelagert<sup>9</sup>. Damit sind sie nur rudimentär in die Basisqualifikation integriert, können über die Zusatzmodule jedoch intensiver erlernt werden. Da die VERAH ihren Schwerpunkt in der Praxis UND bei Hausbesuchen hat, ist es sinnvoll

zur Anerkennung als NäPA zusätzliche Leistungen in Form von 20 Theoriestunden und 20 weiteren Hausbesuchen zu absolvieren [13]. Wollen sich NäPA (mit Schwerpunkt Hausbesuchen) den VERAH gleichstellen, müssen sie das VERAH-Modul Praxismanagement sowie eine Bescheinigung des ärztlichen Arbeitgebers über 40 Stunden praktische Tätigkeiten unter Einbeziehung von Netzwerkpartnern nachweisen. In beiden Fällen ist eine Lernerfolgskontrolle vorgesehen.

Die Zielsetzung der Modelle ist ebenso sehr unterschiedlich. Während VERAH [14], seit 2015 auch NäPA/EVA, sowohl in der Praxis als auch bei Hausbesuchen arztunterstützend bzw. -entlastend eingesetzt werden, sind HELVER, AGnES- und agnes<sup>zwei</sup>-Fachkräfte vorwiegend für die Betreuung von Patienten in der Häuslichkeit vorgesehen [23]. Dadurch ist ein direkter Vergleich dieser Modelle sehr schwierig.

Das Delegationsmodell der VERAH ist am weitesten verbreitet<sup>10</sup>. Bei HELVER und AGnES handelt es sich um Modellprojekte mit regional eng begrenztem Verbreitungsgrad. Für beide Modelle konnten keine Informationen zur Weiterführung gefunden werden. Bei der agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft werden zurzeit weitere Fachkräfte ausgebildet. Auch für die NäPA ist laut Auskunft aller LÄK die Nachfrage sehr groß.

Alle Delegationsmodelle bilden für die Berufsgruppe der MFA einen wichtigen Schritt zur Professionalisierung. Dass sie zur Unterstützung der Patientenbetreuung und Entlastung der Hausärzte einen wichtigen Beitrag leisten, wurde in den Evaluationen gezeigt [7, 14]. Sie sind eine wichtige Ressource bei der hausärztlichen Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung [25]. Die qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter in der Hausarztpraxis übernehmen damit auch mehr Verantwortung. Eine angemessene Honorierung dieser Leistung muss thematisiert werden [26]. Mit der derzeitigen Vorhaltepauschale im Rahmen der NäPA-Implementierung sollen auch (höhere) Personalkosten gedeckt werden [27]; es bleibt aber völlig unklar, was davon bei den nichtärztlichen Mitarbeitern ankommt.

Eine weitere Evaluation der Delegationsmodelle ist notwendig. Eine vollständige Implementierung in die Regelversorgung ist dann erreicht, wenn die erbrachten Leistungen im Kollektivvertrag deutschlandweit vergütet werden *und* eine kontinuierliche Evaluation stattfindet. Trotz fehlender Evaluation wurde ab 01.01.2015 die NäPA in die Regelversorgung übernommen [19]. Eine Gleichstellung von VERAH und NäPA ist durch eine jeweils zusätzliche Qualifikation möglich [13]. Damit wäre VERAH als einziges Delegationsmodell in Deutschland im Sinne des PDCA-Zyklus komplett implementiert.

Der PDCA-Zyklus ist ein im Qualitätsmanagement etabliertes Instrument. Die Adaptierung für die hier vorgestellte Studie erfasste alle einzelnen Schritte im Sinne einer Qualitätsverbesserung. Nur im vierten Schritt „Act“, welcher eigentlich die Grundlage für Korrekturen einleitet, wurde lediglich auf das Vorhandensein einer kontinuierlichen Evaluation geprüft.

Für eine Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität ist eine (weitere) Evaluation unabdingbar. Diese sollte sich dann der Frage widmen, wie die erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten in der Praxis Anwendung finden und welche Effekte sowie Kosten sich feststellen lassen.

### Limitationen

Mit der Internetsuche konnten erste Hinweise auf verschiedene Delegationsmodelle gefunden werden. Allerdings erlaubt dieser

<sup>8</sup>Maximal 3 Mal pro Quartal und Patient [24]

<sup>9</sup>Vgl. <http://verah.de/ueber-verah/verah-plus>

<sup>10</sup>Stand November 2014

Ansatz keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Angaben von Kontaktpersonen können interessengeleitet sein. Die Suche auf Basis von Modellen, die mindestens 80 Stunden Weiterbildung umfassen, schließt ggf. solche Qualifizierungen aus, die auch trotz geringerem Fortbildungsumfang arztentlastend wirken können.

Der PDCA-Zyklus ist ein geeignetes Instrument, um das Potenzial zur Implementierung der Delegationsmodelle darzustellen und einen Überblick zu ermöglichen, gerade im Hinblick darauf, dass es sich um sehr unterschiedliche Modelle handelt. Dieser Ansatz erlaubt jedoch keine Angaben zur Qualität der Fortbildungsinhalte und keine Aussagen über die tatsächliche Umsetzung in der Praxis.

## Schlussfolgerungen

Vor allem für die NÄPA, die ab 2015 gemeinsam mit der VERAH die Grundlage der Finanzierung in der Regelversorgung bildet, fehlt ein wichtiges Qualitätsmerkmal zur Implementierung, welches dringend in naher Zukunft nachgeholt werden sollte: die Evaluation von Wirksamkeit und Nutzen. Die Qualitätskriterien einer vollständigen Implementierung nach dem PDCA-Zyklus werden zurzeit nur vom Delegationsmodell der VERAH erfüllt.

## Fazit für die Praxis

Zur Stärkung und Förderung der Berufsgruppe der MFA ist es gut, dass die Verantwortlichen sich auf grundlegende Prinzipien verständigt haben, die für Delegationsmodelle zu gelten haben (NÄPA/VERAH). Um alle Qualitätskriterien einer vollständigen Implementierung zu erfüllen, sollte eine kontinuierliche Evaluation dieser Delegationsmodelle stattfinden.

**Interessenkonflikt:** Die Übersichtsarbeit entstand im Rahmen des Projektes „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“, welches von der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Baden Württemberg und dem MEDI-Verband Baden-Württemberg finanziell unterstützt wird. Die wissenschaftliche Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme des Sponsors auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

## Literatur

- 1 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014; Im Internet: [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465) Stand 19.12.2014
- 2 van den Akker M, Buntinx F, Metsmakers JF et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of clinical epidemiology* 1998; 51: 367–375
- 3 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos; 2007
- 4 Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V: Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). *Dtsches Ärzteblatt* 2013; 110: A-1757/B-1549/C-1525
- 5 Norm: DIN EN-ISO 9000:2000: Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2000. Berlin: Beuth-Verlag; 2000
- 6 Weidringer JW, Klünspies-Lutz A. Status quo des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitswesen. In: Amon U, Hrsg. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung. 2. Vollst. Überarb. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer; 2004: 1–9
- 7 van den Berg N, Hoffmann W. Das AGnES-Konzept – Ein innovatives Delegationsmodell aus Mecklenburg-Vorpommern. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern* 2009; 19: 259–260
- 8 van den Berg N, Dreier A, Hoffmann W et al. Das AGnES Curriculum: Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES-Modellprojekten (2005–2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 87 Abs. 2b SGB V. Greifswald [u.a.]; 2009. Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg Reihe G, Fachbereich Gesundheit und Pflege; vol 7
- 9 van den Berg N, Meinke C, Heymann R et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106: 3–9
- 10 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. AGnES-Modellprojekte: Landesregierung Brandenburg. 2013; Im Internet: [www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de](http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de) Stand 30.12.2014
- 11 Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e.V. 200. Stunden-Curriculum für die Qualifikation „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ – VERAH®. 2008; Im Internet: [www.verah.de/Meine\\_Bilder\\_und\\_Dateien/Lernzielkatalog%20MFA\\_aktuell.pdf](http://www.verah.de/Meine_Bilder_und_Dateien/Lernzielkatalog%20MFA_aktuell.pdf) Stand 12.12.2014
- 12 AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Mediverbund. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.2013: VERAH-Zuschlag [Anhang 4 zu Anlage 12]. Im Internet: [www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/Anlage\\_12\\_Anhang4\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/Anlage_12_Anhang4_VERAH.pdf) Stand 17.12.2014
- 13 Bundesärztekammer/Deutscher Hausärzteverband/Institut für hausärztliche Fortbildung. Memorandum of Understanding zu VERAH und NÄPA. 2014; Im Internet: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/MoU\\_VERAH\\_BAeK\\_IhF\\_Final\\_17.01.20141.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MoU_VERAH_BAeK_IhF_Final_17.01.20141.pdf) Stand 09.12.2014
- 14 Mergenthal K, Beyer M, Guethlin C et al. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen* 2013; 107: 386–393
- 15 Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C et al. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2014) – Arbeitspaket III. Im Internet: [www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2013-2014.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf) Stand 29.12.2014
- 16 Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Akademie für ärztliche Fortbildung Westfalen-Lippe. Fortbildungscurriculum: „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“. 2013; Im Internet: [www.kvno.de/downloads/eva\\_curriculum\\_anmeldung.pdf](http://www.kvno.de/downloads/eva_curriculum_anmeldung.pdf) Stand 30.12.2014
- 17 Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. 2010; Im Internet: [www.bundes.aerztekammer.de/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf](http://www.bundes.aerztekammer.de/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf) Stand 29.12.2014
- 18 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem.§ 87 Abs.2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung) 2009; Im Internet: [www.kbv.de/media/sp/08\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf) Stand 30.11.2014
- 19 Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339.Sitzung 2014; Im Internet: [www.kbv.de/media/sp/2015\\_01\\_01\\_BA\\_339.Si.\\_BeschlussEEG\\_EBM\\_Hausaerzte\\_PFG\\_Zuschlag\\_nurTeilA.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_01_01_BA_339.Si._BeschlussEEG_EBM_Hausaerzte_PFG_Zuschlag_nurTeilA.pdf) Stand 31.12.2014
- 20 Ärztekammer Schleswig-Holstein. Modellprojekt „HELVER“: arztHELferinnen in der ambulanten VErSorgung. 2011; Im Internet: [www.aeksh.de/print/med\\_assistenzberufe/modellprojekt\\_helver/modellprojekt\\_helver.html](http://www.aeksh.de/print/med_assistenzberufe/modellprojekt_helver/modellprojekt_helver.html) Stand 22.11.2014
- 21 Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte „Ambulante Versorgung älterer Menschen“. 2007; Im Internet: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrAeltereMenschen.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrAeltereMenschen.pdf) Stand 12.12.2014

- 22 Schüler G, Weber I, Löttgen M et al. Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen. Im Internet: [www.aeksh.de/med\\_assistenzberufe/modellprojekt\\_helver/modellprojekt\\_helver.html](http://www.aeksh.de/med_assistenzberufe/modellprojekt_helver/modellprojekt_helver.html) Stand 30.11.2014
- 23 Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Vereinbarung über die Einbindung einer agneszwei Fachkraft in die Patientenversorgung; Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. 2013; Im Internet: [www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/KVBBVertraege/aktuell/aok\\_nordost/2.5\\_agnes\\_zwei\\_5NT.pdf](http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/KVBBVertraege/aktuell/aok_nordost/2.5_agnes_zwei_5NT.pdf) Stand 19.12.2014
- 24 Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB). Schulungskonzept zur Ausbildung hochqualifizierter agnes zwei Fachkräfte im Land Brandenburg. 2014; Im Internet: [www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Service/igib/Schulungskonzept\\_agneszwei.pdf](http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Service/igib/Schulungskonzept_agneszwei.pdf) Stand 19.12.2014
- 25 Schneider A. Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin. Gesundheitswesen 2015; 77: 213–218
- 26 Voigt K, Klement A, Bojanowski S et al. Delegation von Hausbesuchen: wer macht was und wie wird das organisiert? Ärzteblatt Sachsen 2013; 318–320
- 27 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Praxisinfo: Honorar 2015/Hausärzte. Im Internet: [www.kbv.de/media/sp/2014\\_11\\_20\\_Praxisinformation\\_Hausaerzte\\_Praxisassisten.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Praxisinformation_Hausaerzte_Praxisassisten.pdf) Stand 14.12.2014

**3.4 Publikation Nr. 4 – Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein?**

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

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

Autoren:

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

**Korrespondierende Autorin:**

Karola Mergenthal

Institut für Allgemeinmedizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Einleitung

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

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

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

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

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

## Methoden

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

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

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

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

## Ergebnisse

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

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

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

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

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

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

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

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

### Bessere Informiertheit durch Beratung

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

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

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

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

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

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

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

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

### Bessere medizinische Versorgung

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

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

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

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

### Psychosoziale Hilfen und Zugang zum Gesundheitssystem

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

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

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

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

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

### Motivation

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

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

### Hausbesuche und Unterstützung beim Erhalt der Selbstständigkeit

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

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

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

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

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

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

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

Zusätzliche Ansprechperson in der Praxis, zu der Patienten Vertrauen haben

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

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

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

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

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

**Diskussion**

Beratung, Unterstützung, Motivation

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

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

Hausbesuche und Erhalt der Selbstständigkeit

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

lem immobile Patienten beim Erhalt ihrer Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld.

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

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

Wichtige zusätzliche Vertrauensperson in der Hausarztpraxis

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

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

## Limitationen

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

## Schlussfolgerungen

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

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

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

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

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

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

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

## Literatur

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

### **3.5 Publikation Nr. 5 – Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis?**

#### **Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis?**

Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg

How patients view and accept health care services provided by health care assistants in the general practice

Results of a patient survey within the GP-centered health care program in Baden-Wuerttemberg

Autoren:

Karola Mergenthal<sup>1</sup>, Corina Güthlin<sup>1</sup>, Martin Beyer<sup>1</sup>, Ferdinand M. Gerlach<sup>1</sup>, Andrea Siebenhofer<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt a. Main

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

#### **Korrespondierende Autorin:**

Karola Mergenthal

Institut für Allgemeinmedizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

# Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg

## How Patients View and Accept Health Care Services Provided by Health Care Assistants in the General Practice: Survey of Participants of the GP-centered Health Care Program in Baden-Wuerttemberg

### Autoren

K. Mergenthal<sup>1</sup>, C. Güthlin<sup>1</sup>, M. Beyer<sup>1</sup>, F. M. Gerlach<sup>1</sup>, A. Siebenhofer<sup>1,2</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

### Schlüsselwörter

- Delegation
- Hausarztpraxis
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Medizinische Fachangestellte
- Primarversorgung

### Key words

- delegation
- general practice
- GP-centered health care
- health care assistants
- primary care

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-110402>  
 Online-Publikation: 2016  
 Gesundheitswesen  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0941-3790

### Korrespondenzadresse

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

### Zusammenfassung



**Hintergrund:** Modelle zur Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal wurden in den letzten Jahren erprobt, im hausärztlichen Setting implementiert und fanden zum Teil Einzug in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

**Ziel:** Wie wurde das veränderte Tätigkeitsspektrum von den Patienten wahrgenommen und akzeptiert?

**Methode:** Zwischen Oktober 2014 und Januar 2015 fand eine schriftlichen Befragung unter chronisch erkrankten HzV-Versicherten (≥65 Jahren) zur Betreuung durch Medizinische Fachangestellte (MFA) (mit oder ohne Zusatzqualifikation zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) statt. Mittels eines selbst entwickelten Befragungsinstruments (auf Basis einer früheren Datenerhebung) wurden Aspekte der Versorgungsunterstützung und Betreuung durch MFA erhoben.

**Ergebnisse:** 77 Praxen nahmen teil und befragten insgesamt 1266 Patienten. Die befragten Patienten gaben an, dass die MFA in vielen Aspekten der Betreuung eine Rolle spielen. Dabei gaben mehr als die Hälfte der Patienten an, dass MFA einen Teil der Hausbesuche oder Praxiskontakte übernehmen kann. Organisatorische Leistungen, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen durch MFA bewerteten die Teilnehmer allgemein als fast ausnahmslos sehr gut. Bei konkreten Beratungsleistungen waren die Ergebnisse heterogener. Während Beratungen zu Impfschutz, zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, Arztkontrollen und Einnahmetreue von Tabletten offenbar bei Patienten „ankamen“, war dies bei konkreten Beratungen zum Lebensstil offenbar weitaus seltener der Fall. Viele Patienten sahen in den MFA eine zusätzliche kompe-

### Abstract



**Background:** In recent years, models for the delegation of GP tasks to non-physician medical staff have been tested, implemented in a general practice setting and, to some extent, funded by health insurance companies.

**Aim:** How were changes in the spectrum of tasks performed by non-physician staff viewed and accepted by patients?

**Methods:** Between October 2014 and January 2015, a written survey was conducted among chronically ill patients (≥65 years of age) receiving health care from health care assistants (HCA) with or without the additional “health care assistant in the family practice”, or VER-AH qualification. Using a self-developed survey, based on a previous collection of data, patients were asked about various aspects of health care provided by HCAs.

**Results:** 77 practices participated and a total of 1266 patients were surveyed. The patients said the HCAs had a role to play in many aspects of their health care. More than half the patients said HCAs could take responsibility for some of the home visits and contacts in the practice. Almost without exception, patients regarded the organisational, healthcare and other supporting services performed by the HCAs as very good. The results were more heterogeneous for specific consulting services. While consultations on vaccinations, preventive services, medical examinations and medication adherence were well accepted, this was much less often the case with advice on lifestyle. Many patients see HCAs as additional and competent persons they can trust, and could well imagine HCAs taking on responsibility for further delegable services.

**Conclusion:** At least among GP-centered health care programme participants, many healthcare services delegated to HCAs were appreciated and accepted by patients. Home visits and case ma-

tente Vertrauensperson und konnten sich vorstellen, dass MFA weitere delegierbare Leistungen übernehmen.

**Schlussfolgerung:** Viele an MFA delegierte Aspekte der Versorgung scheinen bei den Patienten – zumindest in der HzV – angekommen und akzeptiert zu sein. Potenzial für weitere delegierbare Leistungen könnten in der Übernahme von Hausbesuchen und beim Case Management im Sinne einer strukturierten Einzelfallbetreuung für Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf bestehen. Dies müsste in weiteren Studien ausführlicher (u. a. auch qualitativ) untersucht werden.

## Einleitung

Ergebnisse aus Evaluationsstudien zeigen, dass in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg vermehrt eine Delegation von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal stattfindet [1]. Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Praxispersonal und die Hebung entsprechender Ressourcen innerhalb des hausärztlichen Praxisteams werden seit Längerem in Deutschland diskutiert und empfohlen [2–4]. Hintergrund ist eine absehbare Verknappung hausärztlicher Arbeitskraft mit empfindlichen Folgen für die Versorgung, bei gleichzeitig wachsendem Bedarf hausärztlicher Betreuungsleistungen [2].

Mit der Neugestaltung der Ausbildungsordnung im Jahr 2006 erfuhr die Berufsgruppe der Arzthelferinnen<sup>1</sup> neben einer neuen Berufsbezeichnung als Medizinische Fachangestellte (MFA) einen höheren Anteil an klinisch-medizinischen Ausbildungsinhalten [5]. Während viele Jahre Bürotätigkeiten (z. B. an der Rezeption) und Routineaufgaben (z. B. Injektionen, Blutentnahmen) im Vordergrund standen [6], wandelte sich das Berufsbild aufgrund von Aufgabenerweiterungen und der Entstehung diverser Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten [7,8].

Inzwischen sind in Deutschland mehrere Qualifikationsmodelle für MFA erprobt und umgesetzt worden; Schwerpunkt bilden Projekte zur Entlastung von Hausärzten und Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken wie VERAH<sup>2</sup>, AGnES<sup>3</sup> oder EVA<sup>4</sup> [8] von denen VERAH das quantitativ bedeutendste ist (> 8 000 VERAH deutschlandweit; wovon > 2 400 in Baden-Württemberg registriert sind<sup>5</sup>). Bis Ende 2014 waren dem Einsatz nichtärztlichen Personals im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems enge Grenzen gesteckt (Erfordernis der Feststellung von ärztlicher „Unterversorgung“), welche inzwischen überwunden werden konnten [9]. Seit 01.01.2015 besteht in der Regelversorgung eine pauschalierte Vergütung für das Vorhalten einer Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) oder VERAH, sowie die Möglichkeit, delegierte Hausbesuche als Einzelleistungen abzurechnen [10].

Innerhalb der HzV wird Delegation mit einer pauschalierten Vergütung von € 5,- pro chronisch krankem Patienten honoriert,

in the sense of structured individual health care for patients with special needs, are further services that may be well suited for delegation. This should be investigated in further studies (including qualitative studies).

wenn eine entsprechend qualifizierte Mitarbeiterin beschäftigt wird. Die bisherigen Ergebnisse der Evaluation der HzV in Baden-Württemberg zeigen, dass zur VERAH qualifizierte MFA vermehrt patientennahe Tätigkeiten übernehmen und die Hausärzte bei zentralen hausärztlichen Versorgungsaufgaben unterstützen [1, 11, 12]. Bislang existieren kaum Daten zur Sichtweise der Patienten in Bezug auf die Betreuung durch MFA. Im Rahmen dieses Projektes wurde daher u. a. untersucht, ob die routinemäßig übernommenen erweiterten Tätigkeitsbereiche von den Patienten wahrgenommen werden, ob die Patienten dies akzeptieren und ob sie sich weitere Versorgungsleistungen durch nichtärztliches Praxispersonal vorstellen können.

## Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde die Methode der schriftlichen Befragung gewählt. Die Praxenrekrutierung erfolgte anhand des Datenbestandes der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. unter allen in den HzV-Vertrag eingeschriebenen Praxen in Baden-Württemberg. Eine Auswahl von 2 499 Praxen erhielt ein Anschreiben. Dieses richtete sich an die nichtärztlichen Mitarbeiter in den Praxen und enthielt Studieninformationen und eine Einverständniserklärung (für MFA und Praxisinhaber). Zwischen September 2014 und Januar 2015 rekrutierten die teilnehmenden Praxen über 8–10 Tage sukzessiv jeden chronisch kranken HzV-Patienten (> 65 Jahre), der einen Termin in der Praxis hatte oder einen Hausbesuch erhielt.

## Befragungsinstrumente

Da in Deutschland keine standardisierten Befragungsinstrumente zur Erfassung der Betreuung durch MFA existieren, entwickelte das Studienteam einen Fragebogen, dessen Items auf einer vorausgegangenen Tätigkeitsanalyse beruhten [12]. Außerdem wurden standardisierte Fragebögen berücksichtigt, so dass 10 Items aus dem EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice) [13] in adaptierter Form zur Bewertung der Hausarztpraxis herangezogen wurden.

Insgesamt enthielt der Fragebogen Items zu Aspekten der Betreuung durch MFA, zum Gesundheitsverhalten und zur Unterstützung bei der Versorgung (ja-nein-Antworten); Fragen zur Informationsübermittlung durch MFA (1-gar keine, 2-wenig, 3-mäßig, 4-viel) und Aspekten der Betreuung (1-schlecht bis 5-ausgezeichnet). Die Patienten füllten den Fragebogen selbstständig aus. Jedem Bogen war ein frankierter Rückumschlag beigelegt, so dass die Fragebögen direkt ans Studienzentrum zurückgeschickt werden konnten.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Für die Berufsgruppe der MFA, die überwiegend aus Frauen besteht, wird die weibliche Form gewählt. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen

<sup>2</sup> Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

<sup>3</sup> Arztlastende, gemeindenaher, e-health-gestützte, systemische Intervention

<sup>4</sup> Entlastende Versorgungsassistentin

<sup>5</sup> Auskunft des Instituts für hausärztliche Fortbildung vom 07.04.2016

## Pre-Test

Die Fragebögen wurden einem Pre-Test mit Think-Aloud-Methode (Methode des lauten Denkens bei der Antwortfindung) unterzogen [14]. Dadurch konnten Probleme mit Fragen sowie mögliche Missverständnisse der Items herausgefunden und überarbeitet werden. Nach Adaption erfolgte erneut mit 20 Patienten ein Pre-Test.

## Statistische Vorgehensweise

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, Mittelwerten und Standardabweichungen mithilfe des Softwareprogramms IBM SPSS Version 20,0.

## Ethische Anforderungen

Ein positives Votum der Ethikkommission lag vor<sup>6</sup>.

## Ergebnisse

77 Praxen (44 mit VERAH und 33 ohne VERAH) nahmen an der Studie teil. Insgesamt befragten sie 1266 Patienten. Da sich die Ergebnisse der Patienten mit und ohne VERAH-Betreuung kaum unterschieden, wurde von einer getrennten Darstellung abgesehen, und der Fokus wurde auf die Akzeptanz der Patienten insgesamt gelegt. Alle Praxen und Patienten waren in den Vertrag der HzV in Baden-Württemberg eingeschrieben.

## Charakteristika der MFA, der Praxen und der Ärzte

Alle MFA waren weiblich, mit durchschnittlich 19 Jahren sehr berufserfahren und seit 13 Jahren in der jetzigen Praxis beschäftigt. Bei knapp drei Viertel der Praxen handelte es sich um Einzelpraxen. Das Durchschnittsalter der Praxisinhaber betrug 55 Jahre, ein Drittel war weiblich. Im Mittel nahmen sie seit 5 Jahren am HzV-Vertrag teil. Der Großteil der Praxen war in ländlichen Kleinstädten (38%) und dörflichen Siedlungen (28%) ansässig (◉ Tab. 1).

## Charakteristika der Studienpopulation

Die befragten Patienten waren durchschnittlich 75 Jahre alt, der Anteil der über 80jährigen Patienten betrug etwa ein Fünftel; 59% der Befragten waren weiblich. Im Durchschnitt befanden sich die Patienten seit 17 Jahren in der jeweiligen Hausarztpraxis in Behandlung. Es handelte sich überwiegend um multimorbide Patienten, die durchschnittlich 5,7 unterschiedliche Medikamente einnahmen (◉ Tab. 1).

## Unterstützung bei der Versorgung durch Medizinische Fachangestellte

Ein Großteil der Patienten nahm eine Unterstützung bei der Organisation der Behandlung wahr. So gaben 60% (n=710) der Patienten Unterstützung beim Zugang zu anderen Ärzten/medizinischen Institutionen an; 58% (n=689) wurden durch die MFA an anstehende Termine erinnert. Unterstützung beim Medikamentenmanagement gaben zwischen 56% und 36% der Befragten an (z.B. Aushändigung oder Abgleich des Medikamentenplans durch MFA, Abfrage von Probleme in Verbindung mit der Medikamenteneinnahme). Unterstützung bei der Bedarfserfassung, der Planung der Behandlung sowie beim Monitoring des

Tab. 1 Charakteristika der MFA, der Praxen, der Ärzte und der Patienten.

Charakteristika der Medizinische Fachangestellte	n = 74
Alter in Jahren (MW ± SD)	39,5 ± 12,61
Geschlecht (% , n) weiblich	100 (74)
Dauer der Beschäftigung in der Praxis (MW ± SD)	12,8 ± 9,36
Berufserfahrung als MFA in Jahren (MW ± SD)	19,4 ± 11,68
Charakteristika der Praxen	n = 74 <sup>1</sup>
Anzahl Ärzte pro Praxis (MW ± SD)	1,86 ± 1,31
Anzahl MFA pro Praxis (MW ± SD)	5,59 ± 2,42
Anteil Einzelpraxen (% , n)	73,0 (54)
Anteil Praxen mit VERAH (% , n)	59,5 (44)
Praxislage	n = 73
Stadt (% , n)	34,2 (25)
Land (% , n)	65,8 (48)
Charakteristika der Ärzte	n = 74
Alter in Jahren (MW ± SD)	54,7 ± 8,76
Geschlecht (% , n) weiblich	31,1 (23)
Dauer der Niederlassung (Jahre; MW ± SD)	17,7 ± 10,03
Dauer der Teilnahme an der HzV (Jahre; MW ± SD)	5,0 ± 1,86
Charakteristika der Patienten	n = 1266 <sup>1</sup>
Alter (MW ± SD)	75,23 ± 6,08
Anteil Pat > 80 Jahre (% , n)	18,9 (235)
Geschlecht weiblich (% , n)	58,7 (742)
Dauer Behandlung in dieser Praxis (MW ± SD)	17,1 ± 11,55
Unterbringung in Pflege-, Altenheim (% , n)	0,2 (4)
Pflegestufe vorhanden (% , n)	3,7 (38)
DMP-Teilnahme (% , n)	55,8 (691)
Anzahl Dauermedikamente (MW ± SD)	5,67 ± 3,10
Anzahl Gruppen Dauerdiagnosen (MW ± SD)	3,66 ± 1,99

<sup>1</sup> Ergebnisse variieren aufgrund fehlender Angaben

Behandlungsverlaufes beschrieben je ca. ein Viertel der Patienten. Hausbesuche und diagnostische Tests erhielten jeweils knapp 10% der Patienten (◉ Tab. 2).

## Aspekte der Betreuung durch Medizinische Fachangestellte

Die Patienten brachten den MFA in den Hausarztpraxen großes Vertrauen entgegen. U. a. fanden 86% (n=1017) der Befragten, dass die MFA Zeit für sie hatte und 84% (n=995), dass sie sehr hohes Vertrauen in eine MFA in der Praxis hatten. Die Patienten erkannten die Kompetenzen der MFA in den Hausarztpraxen an. 80% (n=947) der Befragten waren der Ansicht, dass die MFA gut informiert war, 72% (n=853) sahen in der MFA eine kompetente Ansprechpartnerin für Gesundheitsfragen, je etwa die Hälfte der Teilnehmer wendeten sich eher an eine MFA, wenn diese sich auskenne (49%, n=572), bevor sie den Arzt kontaktierten bzw. fiel es bei manchen Themen leichter, zunächst die MFA anzusprechen (49%, n=568).

Zwei Drittel der Teilnehmer (66%, n=774) konnten sich vorstellen, dass MFA noch weitere Aufgaben übernehmen (◉ Tab. 3).

<sup>6</sup> Ethikkommission des Universitätsklinikums der GoetheUniversität Frankfurt a. Main (Geschäfts-Nr. 484/13)

Im letzten Jahr hat eine Medizinische Fachangestellte, nicht der Hausarzt...	Ja (% , n)
<i>Unterstützung bei der Organisation der Behandlung</i>	
Kontakt zu einem anderen Arzt (z. B. Facharzt) hergestellt? (n = 1 188)	59,8 (710)
an anstehende Untersuchungen/Termine erinnert? (n = 1190)	57,9 (689)
bei einer Antragstellung unterstützt (Kurantrag, Pflegestufe)? (n = 1 151)	17,7 (204)
Kontakt zu Betreuungsstelle hergestellt (z. B. Pflegedienst)? (n = 1 166)	11,8 (138)
<i>Medikamentenmanagement</i>	
einen schriftlichen Medikamentenplan mitgegeben? (n = 1 197)	55,7 (667)
den Medikamentenplan mit Einnahmen verglichen? (n = 1 150)	39,7 (456)
nach Problemen mit Medikamenten ( Nebenwirkungen) gefragt? (n = 1 165)	35,8 (417)
<i>Unterstützung im Behandlungsverlauf</i>	
gefragt, wie die Erkrankung mein Leben beeinflusst? (n = 1 180)	31,0 (366)
einen Plan für Behandlung (im Alltag) besprochen? (n = 1 165)	24,5 (285)
über Probleme mit Familie/häuslichem Umfeld gesprochen? (n = 1 180)	22,7 (268)
sich zwischen den Arztbesuchen nach meinem Zustand erkundigt? (n = 1 170)	22,6 (265)
<i>Unterstützung bei der Lebensführung</i>	
Angehörigen mit in die Behandlung einbezogen? (n = 1 175)	26,2 (308)
erklärt, wie ich mit der Erkrankung in schwierigen Phasen umgehe? (n = 1 165)	26,0 (303)
eine Patientenschulung durchgeführt? (n = 1 182)	14,4 (170)
zur Patientenschulung eingeladen/ermuntert? (n = 1 173)	12,4 (146)
<i>Diagnostische und medizinische Tätigkeiten</i>	
einen Gedächtnistest oder Test zur Gehfähigkeit durchgeführt? (n = 1 181)	9,1 (107)
einen Hausbesuch durchgeführt? (n = 1 195)	9,0 (107)

**Tab. 2** Unterstützung bei der Versorgung durch Medizinische Fachangestellte.

Aspekte der Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis	Ja (% , n)
<i>Medizinische Fachangestellte als Vertrauensperson</i>	
MFA haben das Gefühl vermittelt, Zeit zu haben (n = 1 188)	85,6 (1 017)
Vertrauen in eine MFA dieser Hausarztpraxis ist sehr hoch (n = 1 182)	84,2 (995)
Im MFA-Gespräch konnte ich alle wichtigen Punkte ansprechen (n = 1 167)	68,6 (801)
Ich habe eine feste Ansprechpartnerin unter den MFA (n = 1 157)	43,2 (500)
<i>Kompetente Ansprechpartnerin</i>	
MFA haben alle notwendigen Informationen vorliegen (n = 1 183)	80,1 (947)
Eine MFA ist kompetente Ansprechpartnerin für Gesundheitsfragen (n = 1 179)	72,3 (853)
Wenn MFA sich gut auskennen, frage ich lieber bei ihnen nach (n = 1 158)	49,4 (572)
Manchmal ist es leichter ein Thema bei einer MFA anzusprechen (n = 1 166)	48,7 (568)
<i>Arztentlastung – Übernahme weiterer Tätigkeiten durch MFA</i>	
Ich kann mir vorstellen, dass MFA weitere Aufgaben übernehmen (n = 1 175)	65,9 (774)
Durch die Betreuung der MFA kann ich mir einen Arztkontakt sparen (n = 1 160)	49,1 (570)
Mindestens eine MFA übernimmt bei mir Hausbesuche, die früher vom Arzt selbst durchgeführt wurden (n = 1 152)	11,8 (136)
Es ist ausreichend, wenn der Arzt mir nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf einen Hausbesuche abstattet (n = 1 169)	56,3 (658)

**Tab. 3** Aspekte der Betreuung durch Medizinische Fachangestellte.

## Bewertung der Hausarztpraxis

Die Patienten gaben sehr gute Bewertungen für ihre betreuenden Hausarztpraxen ab. Insgesamt bewerteten sie die Betreuung durch MFA mit durchschnittlich 4,52 (1 = schlecht; 5 = ausgezeichnet). Fast genauso hoch beurteilten sie, wie die MFA ihnen zuhört (MW = 4,49), auf ihre Sorgen eingeht (MW = 4,28) sowie die Güte der Betreuung bei Hausbesuchen (MW = 4,26). Die Patientenbewertung der Unterstützungsleistungen durch MFA fiel ähnlich hoch aus. Lediglich wie MFA die Patienten darauf vorbereiten, was sie bei Fachärzten oder im Krankenhaus erwartete, wurde nur mit MW = 3,76 bewertet (◉ **Tab. 4**).

## Beratungen zum Gesundheitsverhalten durch Medizinische Fachangestellte

Ein Großteil der Patienten nahm Beratungsleistungen durch die MFA wahr. Allen voran wurden Beratungen zum Impfschutz berichtet (71 %; n = 800), aber auch zu verschiedenen Versorgungsleistungen wie z. B. zur Notwendigkeit der regelmäßigen Tabletteneinnahme 49 % (n = 553) (◉ **Tab. 5**).

## Diskussion

Die Ergebnisse dieser Befragung waren, dass Patienten die verschiedenen, z. T. erweiterten Tätigkeitsbereiche der MFA wahr-

Wie bewerten Sie...	MW	±SD
<i>Organisationsbezogene Parameter</i>		
einen passenden Termine zu bekommen? (n = 1 195)	4,57	± 0,82
die telefonische Erreichbarkeit der Praxis? (n = 1 210)	4,50	± 0,91
die Wartezeiten in der Praxis? (n = 1 198)	4,05	± 0,96
<i>Bewertung der Betreuungsleistungen durch MFA</i>		
insgesamt die Betreuung durch MFA? (n = 1 143)	4,52	± 0,84
wie MFA Ihnen zugehört haben? (n = 1 099)	4,49	± 0,86
das Interesse der MFA an Ihrer persönlichen Situation? (n = 1 066)	4,33	± 0,92
wie MFA auf Ihre Sorgen eingegangen sind? (n = 916)	4,28	± 0,94
die Betreuung durch MFA bei Hausbesuchen? (n = 329)	4,26	± 1,09
mit MFA über Probleme sprechen zu können? (n = 941)	4,19	± 0,99
<i>Bewertung der Unterstützungsleistungen</i>		
Angebote zur Krankheitsvorbeugung durch MFA? (n = 947)	4,33	± 0,97
wie MFA den Zweck von Behandlungen erklärt haben? (n = 837)	4,03	± 1,07
wie MFA Sie in Entscheidungen einbezogen haben? (n = 589)	4,01	± 1,07
wie MFA Sie darauf vorbereitet haben, was Sie bei Fachärzten bzw. im Krankenhaus erwartet? (n = 724)	3,76	± 1,20

1 = schlecht/5 = Ausgezeichnet

**Tab. 4** Bewertung der Hausarztpraxis.

Haben Sie im letzten Jahr eine Beratung zum Gesundheitsverhalten durch MFA erhalten?	Ja (% , n)
Zum Impfschutz (n = 1 129)	70,9 (800)
Zur Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen (n = 1 124)	57,7 (649)
Zur Notwendigkeit von regelmäßigen Arztkontrollen (n = 1 137)	57,3 (652)
Zur Notwendigkeit von regelmäßiger Tabletteneinnahme (n = 1 133)	48,8 (553)
Zum Gewicht (n = 1 125)	27,1 (205)
Zur Ernährung (n = 1 126)	25,7 (289)
Zu sportlichen Aktivitäten (n = 1 104)	22,8 (252)
Zur Stressbewältigung (n = 1 111)	14,4 (160)
Zum Rauchverhalten (n = 1 101)	9,7 (107)
Zum Alkoholkonsum (n = 1 109)	7,6 (84)

**Tab. 5** Beratungsleistungen zum Gesundheitsverhalten.

nahmen und akzeptierten. Ferner konnten sich die Teilnehmer weitere Versorgungsleistungen durch MFA vorstellen.

### Patienten fühlen sich durch Medizinische Fachangestellte bei der gesundheitlichen Versorgung unterstützt

Dass die routinemäßig übernommenen betreuenden Tätigkeiten bei den Patienten angekommen sind, zeigen die vielfältig wahrgenommenen Leistungen durch MFA, welche unter anderem die Organisation der Behandlung, das Medikamentenmanagement aber auch die Bedarfsplanung und die Lebensführung der Patienten umfassen.

Obwohl die medizinische Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau stattfindet, kann eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung auftreten [2]. Unsere Ergebnisse deuten an, dass MFA durch ihre Unterstützung diesem Trend entgegen wirken können, sowie insgesamt beim Zugang zum Gesundheitssystem behilflich sein können.

Die befragten Patienten erfahren Beratung und Information zur korrekten Medikamenteneinnahme, die gerade bei Multimedikation eine bedeutende Rolle spielt, um das Risiko unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen zu reduzieren [15]. In der Hausarztpraxis findet ein Großteil der Verordnung von Medikamenten statt [16]. Mahler et al. [17] berichten, dass nur ein kleiner Teil der Gesprächszeit zwischen Ärzten und Patienten auf Themen rund um die Medikamenteneinnahme (z. B. Unverträglichkeiten, Gründe/Folgen von Abweichungen) verwendet wird. Unsere Ergebnisse lassen erkennen, dass MFA an dieser Stelle

zusätzliche Beratungen und Informationen für die Patienten bereitstellen und damit zur Arzneimittelsicherheit beitragen können.

### Patienten akzeptieren Medizinische Fachangestellte als zusätzliche Betreuungsperson

Die MFA erfahren durch die befragten Patienten eine hohe Akzeptanz in Bezug auf die Tätigkeitsübernahme und werden als kompetente Ansprechpartnerin gesehen, der hohes Vertrauen entgegengebracht wird. Etwa die Hälfte der Patienten war der Ansicht, bei Bedarf eine kompetente MFA fragen zu können bzw. gab an, dass es ihnen teilweise leichter falle, ein Thema bei einer MFA als bei einem Arzt anzusprechen.

Eher skeptisch zeigten sich dagegen Patienten in einer Befragung von Höppner et al. aus dem Jahr 2008 [18] zur Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Fachberufe. Über 80% der von Höppner befragten Patienten gaben an, dass der Arzt immer der beste Ansprechpartner im Versorgungsgeschehen sei [18]. Im Gegensatz dazu konnte Wessels in seiner Patientenbefragung aus dem Jahr 2013 zeigen, dass die Akzeptanz bei der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter maßgeblich von Vorerfahrungen beeinflusst wurde [19]. Hatten die Patienten im Vorfeld positive Erfahrungen gemacht, standen sie der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten wohlwollend gegenüber [19]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch van den Berg et al. [20] und Schmiedhofer et al. [21] bei der Evaluation des AGnES- bzw. AGnES<sup>zwei</sup>-Konzeptes, bei dem speziell qualifizierte AGnES-Fachkräfte Hausbesuche bei Patienten durchführten. Über 90% der Patienten, die positive Er-

fahrungen mit AGnES-Fachkräften gemacht hatten, konnten sich vorstellen, dass diese weitere Hausbesuche durchführen und der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischem Bedarf Hausbesuche abstatte [20].

### Potenzial für weitere delegierbare Leistungen

Die befragten Patienten sahen Potenzial hinsichtlich weiterer delegierbarer Leistungen durch MFA bzw. konnten sich vorstellen, dass diese weitere Aufgaben übernehmen.

Potenzial für weitere Tätigkeitsübernahmen wären Tätigkeiten im Rahmen des Case Managements, da nur ca. ein Viertel der Patienten Tätigkeiten aus dem Bereich Bedarfserfassung, Behandlungsplanung sowie Monitoring des Behandlungsverlaufes berichteten.

Studien zum hausarztpraxisbasierten Case Management zeigten bislang positive Effekte in der Patientenversorgung bei Patienten mit Arthrose [22], Depression [23] oder Herzinsuffizienz [24]. Bei allen 3 Studien handelte es sich um nicht-medikamentöse Interventionen durch speziell geschulte MFA, die als „Teamlet“<sup>7</sup> gemeinsam mit den Hausärzten die Patientenbetreuung durchführten [3]. Anders als im VERAH-Ansatz im Rahmen der üblichen HzV ist der in den Studien untersuchte Case Management-Ansatz gekennzeichnet durch ein in der Reihenfolge ansteigendes Maß an Strukturierung und Komplexität, und es wurden den MFA jeweils Assessment- und Monitoring-Instrumente zur Verfügung gestellt, die ein strukturiertes Vorgehen ermöglichten [25].

Die Betreuung in Teamlets kann zu einer höheren Patientenzufriedenheit, einer höheren Compliance und einer engeren Bindung an das Hausarztpraxisteam führen [26]. Seit 01.07.2014 steht in der HzV Baden-Württemberg das Fallmanagementkonzept „PraCMan“ (hausarztpraxisbasiertes Case Management) zur Verfügung, in dem weitergebildete VERAH speziell ausgewählte chronisch kranke Patienten betreuen [27]. Es bleibt abzuwarten, ob durch diese Betreuung komplexer Patientenfälle eine Reduzierung unnötiger Krankenhauseinweisungen bei chronisch Kranken erreicht werden kann. Bei dieser Form des strukturierten Case Managements stellt sich zudem die Frage, in welchem Ausmaß Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen delegiert werden können, und wie dennoch die Versorgung der Patienten auf gleichem Niveau gehalten werden kann. Die Antwort auf diese Frage wäre ein wichtiger Schritt, um die Versorgung in Deutschland langfristig sicherzustellen, da eine Verknappung hausärztlicher Arbeitskraft bei gleichzeitig wachsendem Bedarf hausärztlicher Betreuungsleistungen zu erwarten ist. Modelle, die auf eine konsequent betriebene, aber seitens der Patienten noch akzeptierten Delegation für bestimmte patientennahe Tätigkeiten abzielen und dabei die Versorgung der Patienten auf gleichem Niveau halten können, sollten angesichts dieser Verknappung hausärztlicher Zeit weiter forciert werden. Unsere Studie gibt Hinweise darauf, dass patientennahe Tätigkeiten, wie z.B. Monitoring von Patienten akzeptiert werden.

Weiteres Potenzial könnte in der Übernahme von Hausbesuchen durch speziell qualifiziertes Praxispersonal bestehen, was sowohl im AGnES-Projekt [28], als auch beim VERAH-Einsatz in der HzV Baden-Württemberg [12] erfolgreich umgesetzt und

seit 01.01.2015 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde [10].

### Limitationen

Die Rekrutierung der Praxen erfolgte über direkte Anschreiben an das nichtärztliche Personal in den HzV-Praxen in Baden-Württemberg, gefolgt von sukzessivem Einschluss bei Einwilligung. Zudem war die Rekrutierung der maximal 20 Patienten je Praxis ein erheblicher zusätzlicher Arbeitsaufwand für die nichtärztlichen Praxismitarbeiter, so dass davon ausgegangen werden kann, dass nur besonders motivierte und erfahrene MFA/VERAH teilgenommen haben, die dementsprechend auch innerhalb der Praxen eher engagiert agieren. Durch die direkte Ansprache der Patienten und Bitte zur Studienteilnahme lässt sich nicht abschätzen, ob das Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit eine Überschätzung der Akzeptanz darstellt. An der Studie haben vergleichsweise eher ländliche Praxen teilgenommen. Dies entspricht dem Trend, dass in ländlichen Regionen eher ein Versorgungsmangel spürbar ist und die Möglichkeit der Delegation hier entsprechend öfter in Anspruch genommen wird [29]. Praxen außerhalb der HzV wurden nicht in die Befragung einbezogen, da sich im Pre-Test herausgestellt hatte, dass Patienten außerhalb der HzV mit Fragen zur Delegation wenig anfangen konnten, d.h. dort in zu geringem Maß Delegation stattfindet, um Fragen zur Akzeptanz beantworten zu können. Demgegenüber scheint es sich bei den teilnehmenden Praxen um langjährige HzV-Teilnehmer zu handeln, in denen Delegation seit geraumer Zeit umgesetzt wird und die dementsprechend auch bei den Patienten ankommt.

Aus bisherigen Tätigkeitsanalysen im Rahmen der HzV-Evaluation ist uns bekannt, dass vor allem ältere, pflegebedürftige multimorbide Patienten von VERAH betreut werden [12], die zu gebrechlich sind, um die Praxis aufsuchen zu können. An der jetzigen Patientenbefragung nahmen vergleichsweise jüngere und mobilere Patienten teil und bilden daher eher den Praxisalltag einer HzV-Praxis in Baden-Württemberg ab, d.h. die Ergebnisse spiegeln auch nur die Versorgungssituation ebendieser Praxen wieder und lassen sich nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit der hausärztlichen Versorgung übertragen. Allerdings sind die Bedingungen der HzV, im Rahmen derer der VERAH-Einsatz incentiviert ist, für Deutschland der einzige geeignete Kontext, um die Akzeptanz von Delegation untersuchen zu können. Insofern lassen sich aus diesen Ergebnissen nur Schlussfolgerungen extrapolieren, die ein gewisses Maß an strukturierter Versorgung voraussetzen.

Einschränkend ist anzuführen, dass es sich um einen selbst entwickelten Fragebogen handelt, der zwar auf den Ergebnissen einer früheren Tätigkeitsanalyse basiert, jedoch nicht validiert ist.

<sup>7</sup> Teamlets beschreibt die Betreuung von chronisch kranken Patienten durch Kleinteams z.B. Hausärzte und MFA/Pflegepersonal [3]

## Fazit

Die Einbindung von MFA in die hausärztliche Versorgung wird seit langem diskutiert und gefördert, um die steigenden Anforderungen in der primärärztlichen Versorgung zu bewältigen. Mit der erweiterten Übernahme patientennaher Tätigkeiten sowie der Entwicklung und Umsetzung verschiedener hausärztlicher Delegationskonzepte hat die Berufsgruppe in den letzten 10 Jahren eine bedeutungsvolle Entwicklung durchlebt.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin proklamiert in ihren Zukunftspositionen die Hausarztpraxis der Zukunft als Teampraxis. Die Ergebnisse unserer Befragung deuten darauf hin, dass ein Wandel in den Hausarztpraxen hin zu Teampraxen bereits sukzessive stattfindet und dass nichtärztliches Praxispersonal (zumindest in der HzV) in die Patientenbetreuung eingebunden wird. Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass Patienten dies akzeptieren und auch weiteres Potenzial für die zusätzliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch nichtärztliches Praxispersonal sehen. Dieses Potenzial sollte in weiteren Untersuchungen mit quantitativen und qualitativen Methoden näher untersucht und strukturierte und die Alltagspraxis strukturierende Ansätze zur Delegation weiterentwickelt und implementiert werden.

## Danksagung

Wir danken allen teilnehmenden Praxen und Patienten für ihre Unterstützung.

**Interessenkonflikt:** Das Projekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“, wurde von der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Baden Württemberg und dem MEDI-Verbund Baden-Württemberg finanziell unterstützt. Die wissenschaftlichen Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme des Sponsors auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

## Literatur

- Mergenthal K, Beyer M, Guethlin C et al. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013; 107: 386–393
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Im Internet: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465> Stand: 30.10.2015
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM). Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Im Internet: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) Stand: 30.10.2015
- Verband medizinischer Fachberufe e. V. Ausbildungsrahmenplan für die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. Im Internet <http://www.vmf-online.de/mfa/mfa-ausbildungsordnung> Stand: 02.11.2015
- Rosemann T, Joest K, Körner 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
- Bundesärztekammer. Rekrutierung. Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung. Berlin: Bundesärztekammer; 2010

- Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M et al. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Das Gesundheitswesen* 2015; 1–7 [eFirst] doi:10.1055/s-0035-1555948
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs.2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung). Im Internet [http://www.kbv.de/media/sp/08\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf) Stand: 30.10.2015
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Förderung von Praxisassistenten und PFG-Zuschlag ab. 2015; Im Internet: [http://www.kbv.de/html/newsletter/1150\\_12242.php](http://www.kbv.de/html/newsletter/1150_12242.php) Stand: 02.11.2015
- Götz K, Laux G, Mergenthal K et al. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Public Health Forum* 2013; 21
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsblatt* 2015; 58: 398–407
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Z Allg Med* 1996; 72: 180–186
- Lenzner T, Neuer C, Otto W. Kognitives Pretesting. *SDM Survey Guidelines* 2015. Im Internet: [http://timolenzner.de/resources/Kognitives\\_Pretesting\\_LenznerNeuertOtto\\_012015\\_1.0.pdf](http://timolenzner.de/resources/Kognitives_Pretesting_LenznerNeuertOtto_012015_1.0.pdf) Stand: 26.10.2015
- Taché SV, Sönnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. *Ann pharmacother* 2011; 45: 977–989
- Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Springer; 2014
- Mahler C, Freund T, Baldauf A et al. Das strukturierte Medikamentenmanagement in der Hausarztpraxis – ein Beitrag zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2014; 108: 258–269
- Höppner K. Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. *Gesundheitsmonitor* 2008; 250–269
- Wessels M. Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. Im Internet: [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itao\\_download/201305-NL.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itao_download/201305-NL.pdf) Stand: 25.10.2015
- van den Berg N, Meinke C, Heymann R et al. AGNES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Dtsches Arztebl* 2009; 106: 3–9
- Schmiedhofer MH, Brandner S, Kuhlmei A. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte: Der Versorgungsansatz agnes-zwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse. *Gesundheitswesen* 2015; 1–8 [eFirst] doi:10.1055/s-0035-1555943
- Rosemann T, Joos S, Laux G et al. Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 1390–1397
- Gensichen J, Korff M, von Peitz M et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369
- Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K et al. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010; 11: 56
- Freund T, Kayling F, Miksch A. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 112
- Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012; 86: 114–119 doi:10.1016/j.pec.2011.02.020
- AOK Baden-Württemberg. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Im Internet: [http://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user\\_upload/2014\\_05\\_02\\_An12\\_An10\\_PraCMan\\_AOK\\_BW.pdf](http://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user_upload/2014_05_02_An12_An10_PraCMan_AOK_BW.pdf) Stand: 02.11.2015
- van den Berg N, Hoffmann W. Das AGNES-Konzept – Ein innovatives Delegationsmodell aus Mecklenburg-Vorpommern. *Arzteblatt Mecklenburg-Vorpommern* 2009; 19: 259–260
- Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010–2011). Im Internet: [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf) Stand: 25.02.2016

### **3.6 Publikation Nr. 6 – Wie werden Delegationskonzepte in der Hausarztpraxis ausgestaltet – Eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV**

#### **Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet – eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV**

Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg

How are concepts of delegation in family practices implemented? An analysis based on VERAHs in GP-centered care as example

Autoren:

Karola Mergenthal, Martin Beyer; Ferdinand M. Gerlach, Corina Güthlin

#### **Korrespondierende Autorin:**

Karola Mergenthal

Institut für Allgemeinmedizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt

eMail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

# 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 (  27 Min.) und 11 Hausärzten (  16 Min.). Es zeigte sich, dass VERAH vorwiegend (Routine-) Hausbesuche durchführten sowie Filterfunktionen (Bewertung der medizinischen Notwendigkeit) und vorbereitende Tätigkeiten  bernahmen. 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 Gro steil 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 (  27 Min.) and 11 family doctors (  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](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. Delegierung 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

## 4 Darstellung des eigenen Anteils

### Leistungen der Autorin

Die Arbeit wurde im Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a. Main unter Betreuung von Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch durchgeführt. Die Autorin der vorliegenden Arbeit, Karola Mergenthal, hat die Forschungsfragen dieser Dissertation und zu den Publikationen konzipiert, die Literatur recherchiert und bewertet, die unterschiedlichen Analysemethoden ausgewählt, statistische Berechnungen durchgeführt, die Ergebnisse interpretiert, in den aktuellen Wissensstand eingeordnet und die Manuskripte verfasst. Alle Publikationen unterliegen einem Peer-Review-Verfahren, daher hat die Autorin zusätzlich die Kommentare der Gutachter bearbeitet.

**Leistungen weiterer Personen** sind in Tabelle 1 bis Tabelle 6 dargestellt.

**Tabelle 1:** Leistungen weiterer Personen zu Publikation Nr. 1

**Mergenthal K**, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2013; 107: 386-393. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.003.

	Karola Mergenthal	Martin Beyer	Corina Güthlin	Ferdinand M. Gerlach
Entwicklung des Konzeptes	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	Vollständig			
Methodenentwicklung	In Teilen	In Teilen	In Teilen	
Planung der Untersuchungen	Überwiegend		In Teilen	
Feldarbeit	Vollständig			
Datenauswertung	Überwiegend		In Teilen	
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Vollständig			
Kritische Durchsicht des Manuskriptes		Ja	Ja	Ja

**Tabelle 2:** Leistungen weiterer Personen zu Publikation Nr. 2

**Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE*. 2016;11(6): e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248.

	Karola Mergenthal	Martin Beyer	Ferdinand M. Gerlach	Corina Guethlin
Entwicklung des Konzeptes	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	Vollständig			
Methodenentwicklung	In Teilen	In Teilen		In Teilen
Planung der Untersuchungen	Überwiegend			In Teilen
Feldarbeit	Vollständig			
Datenauswertung	Überwiegend			In Teilen
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Überwiegend			In Teilen
Kritische Durchsicht des Manuskriptes		Ja	Ja	Ja

**Tabelle 3:** Leistungen weiterer Personen zu Publikation Nr. 3

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen*. 2015; 77: e62-e68. doi:10.1055/s-0035-1555948.

	Karola Mergenthal	Mareike Leifermann	Martin Beyer	F. M. Gerlach	Corina Güthlin
Entwicklung des Konzeptes	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	In Teilen	In Teilen			
Methodenentwicklung	In Teilen	In Teilen	In Teilen		In Teilen
Planung der Untersuchungen	Überwiegend				In Teilen
Feldarbeit	Überwiegend	In Teilen			
Datenauswertung	In Teilen	In Teilen			In Teilen
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Überwiegend	In Teilen			
Durchsicht Manuskript			Ja	Ja	Ja

**Tabelle 4:** Leistungen anderer Personen zu Publikation Nr.4

**Mergenthal K**, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? *Z Allg Med.* 2016;92(1):36-40. doi:10.3238/zfa.2016.0036-0040.

	KM	ML	MB	FMG	CG
Entwicklung des Konzeptes	Überwiegend	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	Vollständig				
Methodenentwicklung	Überwiegend	In Teilen			In Teilen
Planung der Untersuchungen	Überwiegend	In Teilen			In Teilen
Feldarbeit	Überwiegend	In Teilen			
Datenauswertung	In Teilen	In Teilen			In Teilen
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Vollständig				
Durchsicht Manuskript		Ja	Ja	Ja	Ja

**Tabelle 5:** Leistungen anderer Personen zu Publikation Nr. **Tabelle 5**

**Mergenthal K**, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2016; (online first). doi:10.1055/s-0042-110402.

	KM	CG	MB	FMG	AS
Entwicklung des Konzeptes	Überwiegend	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	Vollständig				
Methodenentwicklung	Überwiegend	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Planung der Untersuchungen	Überwiegend	In Teilen			
Feldarbeit	Vollständig				
Datenauswertung	In Teilen	In Teilen	In Teilen		
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Vollständig				
Durchsicht Manuskript		Ja	Ja	Ja	Ja

**Tabelle 6:** Leistungen anderer Personen zu Publikation Nr. 6.

**Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet - eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Z Allg Med.* 2016; 92(10): 402-407. doi: 10.3238/zfa.2016.0402-0407.

	Karola Mergenthal	Martin Beyer	Ferdinand M. Gerlach	Corina Güthlin
Entwicklung des Konzeptes	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Literaturrecherche	Vollständig			
Methodenentwicklung	In Teilen	In Teilen	In Teilen	
Planung der Untersuchungen	Überwiegend		In Teilen	
Feldarbeit	Vollständig			
Datenauswertung	Mehrheitlich		In Teilen	
Ergebnisdiskussion	In Teilen	In Teilen	In Teilen	In Teilen
Schreiben des Manuskriptentwurfes	Vollständig			
Kritische Durchsicht des Manuskriptes		Ja	Ja	Ja

## Literaturverzeichnis

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV Geschäftsbericht 2014. [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_GB\\_2014\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_GB_2014_web.pdf). Accessed June 5, 2016.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>. Accessed June 1, 2016.
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: Gutachten-Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos; 2007.
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sondergutachten 2009; 2009.
5. Beyer M, Gerlach F, Erler A. Primärversorgungspraxen—ein Konzept zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011;105(8):563-570. doi:10.1016/j.zefq.2011.04.015.
6. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile). Accessed May 28, 2016.
7. Lehnert T, König H-H. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55(5):685-692. doi:10.1007/s00103-012-1475-6.
8. Bonin H, Braeseke G, Ganserer A. Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche: Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28\\_Einwanderung\\_und\\_Vielfalt/Studie\\_IB\\_Internationale\\_Fachkraefterekrutierung\\_in\\_der\\_deutschen\\_Pflegebranche\\_2015.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf). Accessed May 28, 2016.
9. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM). Allgemeinmedizin—spezialisiert auf den ganzen Menschen: Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf). Accessed May 27, 2016.

10. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen*. 2015; 77: e62-e68. doi:10.1055/s-0035-1555948.
11. Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med*. 2011;87(6):280-286. doi:10.3238/zfa.2011.0280.
12. Springer Gabler Verlag. Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Kompetenz. 35/Archiv/3797/kompetenz-v10.html. Accessed June 10, 2016.
13. Springer Gabler Verlag. Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Delegation. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2505/delegation-v10.html>. Accessed May 25, 2016.
14. Frese E, ed. *Handwörterbuch der Organisationen (HWO)*. 2. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag; 1992. <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/delegation/delegation.htm>. Accessed May 26, 2016.
15. Springer Gabler Verlag. Substitution. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9972/35/Archiv/9972/substitution-v7.html>. Accessed June 11, 2016.
16. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung). <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1401/>. Accessed May 5, 2016.
17. Roters D. Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V. *Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht*. 2009;3:171-176.
18. Erdmann A, Ehlers A. So delegieren Sie richtig: Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015;140(01):62-64. doi:10.1055/s-0041-100149.
19. Siebig J. Übertragung von Heilkunde: Eine schwierige Geburt. *Die Krankenversicherung*. 2011;11:316-320.
20. Osterloh F. Substitution vs. Delegation: Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten. *Dtsches Ärztebl*. 2011;108(43):A2265.
21. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*: Oxford University Press, USA; 1992.

22. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 613 Unübertragbarkeit. [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_613.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_613.html). Accessed May 26, 2016.
23. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –\* in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. *Dtsches Ärztebl.* 2015:A1-A9. doi:10.3238/arztebl.2015.mbo\_daet2015.
24. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte -ZV) Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf der Grundlage des Artikel 9 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Versorgungsstrukturgesetz – GKV -VStG ) vom 28.12.2011 (BGBl. I S. 3016). [http://www.kbv.de/media/sp/Aerzte\\_ZV.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Aerzte_ZV.pdf). Accessed May 26, 2016.
25. Krull B. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: Möglichkeiten und Grenzen. *Dtsches Ärztebl.* 2015;112(3):2-4.
26. Bundesgerichtshof. Arzthaftung. Urteil vom 24.06.1975, AZ.: VI ZR 72/74. [https://www.jurion.de/Urteile/BGH/1975-06-24/VI-ZR-72\\_74](https://www.jurion.de/Urteile/BGH/1975-06-24/VI-ZR-72_74). Accessed May 26, 2016.
27. Kassenärztliche Bundesvereinigung / GKV Spitzenverband. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V: Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). *Dtsches Ärztebl.* 2013;110(38):1757.
28. Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung: Stand 01.01.2015. [http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-11-18\\_ba339\\_1.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-11-18_ba339_1.pdf). Accessed May 21, 2016.
29. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). 2016. [http://www.kbv.de/media/sp/08\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf). Accessed May 21, 2016.
30. AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Mediverbund. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.2013: VERAH-Zuschlag. [Anhang 4 zu Anlage 12]. [http://www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/Anlage\\_12\\_Anhang4\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/Anlage_12_Anhang4_VERAH.pdf). Accessed May 21, 2016.

31. AOK Baden-Württemberg. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG: Vertragstext in der Fassung vom 01.07.2015. [http://www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/2015\\_07\\_01\\_Vertrag\\_AOK\\_BW\\_HZV\\_295a\\_KJ\\_final\\_04.09.15.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/AOK%20Vertragsunterlagen/2015_07_01_Vertrag_AOK_BW_HZV_295a_KJ_final_04.09.15.pdf). Accessed May 21, 2016.
32. Fortbildungskommission Allgemeinmedizin. Aufgaben der VERAH in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. [Modifizierter Text der Fortbildungskommission vom März 2010]. [http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben\\_der\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben_der_VERAH.pdf). Updated March 29, 2010. Accessed May 21, 2016.
33. AOK Baden-Württemberg. Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011). [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf). Accessed May 21, 2016.
34. Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2014). [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2013-2014.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf). Accessed May 21, 2016.
35. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2013;107:386-393. doi:10.1016/j.zefq.2013.07.003.
36. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet - eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Z Allg Med.* 2016; 92(10): 402-407. doi: 10.3238/zfa.2016.0402-0407.
37. Rosemann T, Joest K, Körner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Family Practice.* 2006;7(1):14. doi:10.1186/1471-2296-7-14.
38. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE.* 2016;11(6):e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248.
39. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl.* 2015;58(4-5):398-407. doi:10.1007/s00103-015-2122-9.

40. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Dtsches Ärztebl.* 2009;106(1-2):3-9. doi:10.3238/arztebl.2009.0003.
41. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud.* 2015;52(3):727-743. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.
42. Running A, Kipp C, Mercer V. Prescriptive patterns of nurse practitioners and physicians. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(5):228-233. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00120.x.
43. American Academy of Family Physicians. Joint principles of the Patient-Centered Medical Home. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice\\_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf). Accessed May 20, 2016.
44. Ferrante JM, Balasubramanian BA, Hudson SV, Crabtree BF. Principles of the patient-centered medical home and preventive services delivery. *Ann Fam Med.* 2010;8(2):108-116. doi:10.1370/afm.1080.
45. Patel MS, Arron MJ, Sinsky TA, et al. Estimating the staffing infrastructure for a patient-centered medical home. *Am J Manag Care.* 2013;19(6):509-516.
46. Solimeo SL, Ono SS, Stewart KR, Lampman M, Rosenthal G, Stewart G. Gatekeepers as care providers: The care work of patient centered medical home clerical staff. *Med Anthropol Q.* 2016. doi:10.1111/maq.12281.
47. Arenz BJ, Diez HL, Bostwick, JR, et al. Effectively implementing FDA medication alerts utilizing patient centered medical home clinical pharmacists. *Healthcare.* 2016;4(1):69-73. doi:10.1016/j.hjdsi.2015.07.001.
48. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics.* 2004;113(5 Suppl):1493-1498.
49. Jaen CR, Ferrer RL, Miller WL, et al. Patient outcomes at 26 months in the patient-centered medical home National Demonstration Project. *Ann Fam Med.* 2010;8 Suppl 1:57-67; 92. doi:10.1370/afm.1121.
50. Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, et al. Effect of facilitation on practice outcomes in the National Demonstration Project model of the patient-centered medical home. *Ann Fam Med.* 2010;8 Suppl 1:33-44; 92. doi:10.1370/afm.1119.

51. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Can Fam Physician*. 2010;56(10):e368-74.
52. Papadakis S, Gharib M, Hambleton J, Reid RD, Assi R, Pipe AL. Delivering evidence-based smoking cessation treatment in primary care practice: experience of Ontario family health teams. *Can Fam Physician*. 2014;60(7):e362-71.
53. Smith-Carrier T, Pham TN, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. "A More Rounded Full Care Model": Interprofessional Team Members' Perceptions of Home-Based Primary Care in Ontario, Canada. *Home Health Care Serv Q*. 2015;34(3-4):232-251. doi:10.1080/01621424.2015.1108892.
54. Moore A, Patterson C, White J, et al. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Physician*. 2012;58(8):e436-41.
55. Breton M, Levesque JF, Pineault R, Hogg W. Primary Care Reform: Can Quebec's Family Medicine Group Model Benefit from the Experience of Ontario's Family Health Teams? *Healthc Policy*. 2011;7(2):e122-35. doi:10.12927/hcpol.2011.22618.
56. Neumann K, Gierling P, Dietzel J. Gute Praxis in der ambulanten Versorgung: Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/bedarfsplanung\\_2/140724\\_IGES\\_Gute\\_Praxis\\_in\\_der\\_ambulanten\\_Versorgung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/140724_IGES_Gute_Praxis_in_der_ambulanten_Versorgung.pdf). Accessed June 9, 2016.
57. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? *Z Allg Med*. 2016; 92(1): 36-40. doi:10.3238/zfa.2016.0036-0040.
58. Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis?: Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen*. 2016; (online-first). doi: 10.1055/s-0042-110402.
59. Weltgesundheitsorganisation. Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_ger.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf). Accessed June 5, 2016.
60. Wessels M. Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itao\\_download/201305-NL.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itao_download/201305-NL.pdf). Accessed May 25, 2015.

61. Höppner K. Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. *Gesundheitsmonitor* 2008. 2008:250-269.
62. Schmiedhofer MH, Brandner S, Kuhlmeier A. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte: Der Versorgungsansatz agneszwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse. *Gesundheitswesen*. 2015;(Online-Publikation). doi:10.1055/s-0035-1555943.
63. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub2.
64. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Med Care Res Rev*. 2009;66(6 Suppl):36-89. doi:10.1177/1077558709346277.
65. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff*. 2010;29(5):893-899. doi:10.1377/hlthaff.2010.0440.
66. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage. <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.631038&action=b&cacheability=PAGE&version=1464598270>. Accessed June 8, 2016.
67. Gensichen J, Korff M von, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. *Ann Intern Med*. 2009;151(6):369. doi:10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001.
68. Nelson K, Pitaro M, Tzellas A, Lum A. Practice profile. Transforming the role of medical assistants in chronic disease management. *Health Aff*. 2010;29(5):963-965. doi:10.1377/hlthaff.2010.0129.
69. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, et al. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med*. 2016;164(5):323-330. doi:10.7326/M14-2403.
70. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials*. 2010;11(1):56. doi:10.1186/1745-6215-11-56.

71. Meyer G. Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der Gesundheitsfachberufe. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2015;109(4-5):378-383. doi:10.1016/j.zefq.2015.07.014.
72. Wagner EH, Austin BT, Korff M von. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-544. doi:10.2307/3350391.
73. Schäfer C. *Patientencompliance–Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren: Durch verbesserte Therapietreue Effizienzreserven ausschöpfen.* Springer; 2011.
74. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1955-1957. doi:10.1056/NEJMp1202775.
75. Yarnall KSH, Ostbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis.* 2009;6(2):A59.
76. Helfrich CD, Dolan ED, Simonetti J, et al. Elements of team-based care in a patient-centered medical home are associated with lower burnout among VA primary care employees. *J Gen Intern Med.* 2014;29 Suppl 2:S659-66. doi:10.1007/s11606-013-2702-z.
77. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2001;18(1):21-26. doi:10.1093/fampra/18.1.21.
78. Chaiyachati KH, Gordon K, Long T, et al. Continuity in a VA patient-centered medical home reduces emergency department visits. *PLoS ONE.* 2014;9(5):e96356. doi:10.1371/journal.pone.0096356.
79. Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Glazier RH. Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention. *CMAJ.* 2015;187(17):E494-502. doi:10.1503/cmaj.150579.
80. Bundesärztekammer. Grußwort 50 Jahre Verband medizinischer Fachberufe. <https://www.vmf-online.de/verband/fachtagungen-events/verbandsjubilaen/grussworte-50-jubilaem/grusswort-bzaek>. Accessed May 28, 2016.
81. Verband medizinischer Fachberufe e.V. Ausbildungsrahmenplan für die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. <http://www.vmf-online.de/mfa/mfa-ausbildungsordnung>. Accessed May 28, 2016.
82. Friedrichs A, Schaub H-A. Akademisierung der Gesundheitsberufe–Bilanz und Zukunftsperspektive. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28:4.

83. Dick M. Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld. In: Dick, Marotzki, Mieg, ed. *Handbuch Professionsentwicklung*. Regensburg: Friedrich Puster; 2016.
84. Bischoff-Wanner C. Vor- und Nachteile einer Akademisierung der Berufsausbildung in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen: Absehbare Folgen einer Polarisierung. [http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/berufsbildung\\_21jhd\\_08\\_2\\_01.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/berufsbildung_21jhd_08_2_01.pdf). Accessed June 12, 2016.
85. Blum K. Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Forschungsgutachten\\_Weiterentwicklung\\_der\\_nicht-aerztlichen\\_Heilberufe\\_am\\_Beispiel\\_der\\_technischen\\_Assistenzberufe\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Forschungsgutachten_Weiterentwicklung_der_nicht-aerztlichen_Heilberufe_am_Beispiel_der_technischen_Assistenzberufe_im_Gesundheitswesen.pdf). Accessed June 12, 2016.
86. Küther G. Die Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe in Deutschland: Eine Übersicht über bisherige Entwicklungen. *Phys Rehab Kur Med*. 2013;23(04):205-212. doi:10.1055/s-0033-1348260.
87. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf). Accessed June 12, 2016.
88. Iroku-Malize T, Matson C, Freeman J, McGrew M, David A. Interprofessional education. *Ann Fam Med*. 2013;11(2):188-189. doi:10.1370/afm.1523.
89. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004;291(10):1246-1251. doi:10.1001/jama.291.10.1246.
90. Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpassanalyse: Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. <https://www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf>. Accessed May 28, 2016.
91. Nowossadeck S. Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. *Bundesgesundheitsbl*. 2013;56(8):1040-1047.
92. Mac Donald MB, Bally JM, Ferguson LM, Lee Murray B, Fowler-Kerry SE, Anonson, June M S. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(4):238-242. doi:10.1016/j.nepr.2009.11.012.

## **Anhang**

### **Abkürzungsverzeichnis für den Anhang**

ACE	Assistentin für chronisch Erkrankte
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
EQ-5D	European Quality of Life Questionnaire (EuroQol)
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluations of General Practice
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e.G.
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IBM	International Business Machines Corporation
IfA	Institut für Allgemeinmedizin
MARS-D	Medication Adherence Report Scale
MAXQDA	Macintosh Operating System X Qualitative Data Analysis
MFA	Medizinische Fachangestellte
SGB	Sozialgesetzbuch
SOAPC	Survey of Organizational Attributes of Primary Care
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

## **Anhang I Ausführliche Darstellung der Methoden zum Projekt 2010-2011**

### **Studiendesign**

Für die erste Befragung im Rahmen der „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011)“ wurde eine Vollerhebung im Querschnittsdesign (Survey) bei allen VERAH in der HzV in Baden-Württemberg durchgeführt.

### **Rekrutierung**

Die Befragung richtete sich an alle VERAH und an die an der HzV teilnehmenden Praxisinhaber. Sie erhielten in einer einmaligen postalischen Aussendung die Fragebögen im Zeitraum von August bis September 2011 in die Praxen gesendet. Vier Wochen nach Versendung der Fragebögen erfolgte eine telefonische Erinnerung, falls noch keine Rückantwort eingegangen war.

### **Studienpopulation**

Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG) übermittelte zur Rekrutierung eine Liste mit den Namen aller Praxen, die im 1. Quartal 2011 eine VERAH-Pauschale in Anspruch genommen hatten (N=1.011). Nach Bereinigung der Liste in Bezug auf gewechselte bzw. nicht mehr beschäftigte VERAH und Doppelseintragungen reduzierte sich die Zahl der eligiblen VERAH auf 909. Zum damaligen Zeitpunkt existierte noch die Qualifizierung zur Assistentin für chronisch Erkrankte (ACE), welche hier auch mit eingeschlossen waren.

#### *Ein- und Ausschlusskriterien*

Die VERAH musste in einer hausärztlich tätigen Praxis beschäftigt sein, welche in den Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg eingeschrieben war und mit mindestens 50%igem Beschäftigungsanteil in der Praxis tätig sein.

Ausgeschlossen wurden VERAH, wenn die Weiterbildung noch nicht abgeschlossen war.

Ärzte, die an der Befragung teilnehmen wollten, mussten in den HzV-Vertrag in Baden-Württemberg eingeschrieben sein und Patienten betreuen, die in den HzV-Vertrag eingeschrieben waren.

## **Erhebungsinstrumente**

Da bislang in Deutschland noch keine derartige umfassende Evaluation des Einsatzes von medizinischem, nicht-ärztlichem Personal in Hausarztpraxen durchgeführt wurde, lagen zu deren Einsatzmöglichkeiten keine evaluierten, standardisierten Erhebungsinstrumente vor.

### *Fragebogen für VERAH und ACE*

Es wurde ein ausführlicher, 11-seitiger Fragebogen konzipiert, der nicht-standardisierte Fragen enthielt. Ergänzend wurden standardisierte Fragebögen zur Arbeitszufriedenheit und organisatorischen Aspekten der Tätigkeit eingesetzt (vgl. Anhang III):

1. Nicht-standardisierter Fragebogen für VERAH: Dieser selbstentwickelte Fragebogen enthält spezifische Fragen zum Einsatz der VERAH in den HzV-Praxen. Er wurde entwickelt auf Basis der Inhalte der VERAH-Qualifizierung<sup>1</sup>
2. Basisdatensatz: Strukturdaten der Praxis für HzV-Ärzte und sozio-ökonomische Daten für VERAH
3. Standardisierter Fragebogen für VERAH
  - Erfassung der Arbeitszufriedenheit mittels „Warr-Cook-Wall-Skala“<sup>2</sup>. Dieser Fragebogen liegt in validierter, deutscher Form vor und besteht aus 10 Items mit einer 7-stufigen Likertskala
  - Erfassung von organisatorischen Aspekten der Praxis mit dem validierten „Survey of Organizational Attributes of Primary Care (SOAPC)“<sup>3</sup>, bestehend aus 17 Items. Die Antworten werden anhand einer 5-stufigen Likertskala gegeben
  - Erfassung der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz mit der validierten, deutschen Kurzversion des Fragebogens COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). Diese besteht aus 15 Bereichen mit einer 5-stufigen bzw. 7-stufigen Likertskala<sup>4</sup>

### *Fragebogen für die Praxisinhaber/Ärzte*

Für die Praxisinhaber / Ärzte in den HzV-Praxen wurde ein 3-seitiger selbstentwickelter Fragebogen eingesetzt. Hier kamen Fragen zur Motivation des Einsatzes einer VERAH, zu beobachteten Veränderungen durch den VERAH-Einsatz sowie zur Delegation zum Einsatz (vgl. Anhang III).

## **Pre-Test**

Mittels kognitiver Interviews wurde der Fragebogen auf Verständlichkeit und Praktikabilität überprüft. Beachtung fanden sowohl technische Probleme mit der Anleitung zum Ausfüllen der Antwortmöglichkeiten als auch in Bezug auf die begriffliche Verständlichkeit. Dabei kamen drei unterschiedliche kognitive Techniken (Think-Aloud-Methode, Probing und Paraphrasing)<sup>5</sup> zum Einsatz. Vier VERAH erklärten sich für ein kognitives Interview bereit, wobei drei Interviews telefonisch durchgeführt wurden und ein Interview fand face-to-face statt. Alle Pre-Test-Interviews wurden nach Zustimmung aufgezeichnet und anschließend im Studienteam ausgewertet. Die Ergebnisse der Pre-Tests flossen nicht in die Ergebnisse der eigentlichen Studie ein. Die Ergebnisse führten zu einer Adaption des Fragebogens, welcher nochmals mit 10 MFA getestet wurde, bevor er in der Hauptstudie eingesetzt wurde.

## **Auswertung und Analyse**

Alle zu dokumentierenden und auszuwertenden Daten wurden von den Studienteilnehmern schriftlich erhoben und an das Institut für Allgemeinmedizin (IfA) in Frankfurt zurückgesandt. Die Fragebogensätze wurden im IfA maschinell eingelesen.

Die im Rahmen der Querschnittstudie erhobenen Daten wurden deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, ggf. Mittelwerten und Standardabweichungen oder Medianen ausgewertet. Die verwendeten standardisierten Fragebögen werden gemäß der vorgegebenen Skalenmaße deskriptiv ausgewertet. Alle Auswertungen erfolgen mit dem Softwareprogramm IBM SPSS Statistics Version 19.0.

## **Ethische Anforderungen**

Eine Zustimmung durch die Ethik-Kommission der Universitätsklinik Frankfurt am Main vom 28.07.2011 lag vor (Geschäfts-Nr.:263/11).

## **Anhang II Ausführliche Darstellung der Methoden zum Projekt 2013-2016**

### **Phase I (Tätigkeitsanalyse)**

#### **Studiendesign**

In der ersten Phase dieser Evaluation erfolgte auf der Basis von Tätigkeitsprotokollen eine Tätigkeitsanalyse von VERAH, die in einer Praxis tätig waren, in der mindestens ein HzV-Arzt beschäftigt war. Jedes Protokoll erfasst alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit HzV-Patienten in der Praxis oder bei Hausbesuchen und entsprach jeweils einem Patientenkontakt (vgl. Anhang IV). Alle Patientenkontakte mit HzV-Patienten wurden so lange protokolliert bis 60 Kontakte festgehalten wurden (jedoch längstens über einen Zeitraum von 3 Wochen).

#### **Rekrutierung**

Zum Stichtag 23.10.2013 stellte die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG) dem Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt a. Main eine Liste mit den Namen aller Ärzten, die in die HzV der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben und im vorherigen Quartal eine VERAH-Pauschale abgerechnet hatten, zur Verfügung (N=1.872). Anhand der Betriebsstätten-Nummer konnten Gemeinschaftspraxen identifiziert und alle Doppelungen bereinigt werden, so dass als Grundgesamtheit 1.271 Praxen mit mindestens einer VERAH identifiziert wurde. Alle VERAH erhielten über die Praxen ein Anschreiben mit einem Informationsblatt zur Studie, eine Einverständniserklärung (einschließlich des Einverständnisses eines Arztes, der in der HzV eingeschrieben sein musste) und einem Formular zur Faxrückantwort. Dieses Schreiben wurde einmalig versendet, es gab kein Erinnerungsschreiben. Die Rekrutierung der VERAH fand zwischen Januar und März 2014 statt.

#### **Studienpopulation**

Die Studienpopulation bildeten alle Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Angehörige anderer medizinischer Fachberufe, die über eine abgeschlossene Weiterbildung zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) verfügen und für deren Einsatz eine Pauschale in der HzV Baden-Württemberg abgerechnet wurde. Um einerseits möglichst differenzierte und ausreichende Tätigkeitsprofile zu erstellen und andererseits die Studiendurchführung und Datenauswertung in dem

begrenzten Zeitraum durchführen zu können, wurde auf der Basis vorheriger Evaluationserfahrungen als Ziel die Rekrutierung von 80 VERAH festgelegt.

#### *Ein- und Ausschlusskriterien*

Folgende Einschlusskriterien wurden für die VERAH definiert:

- Die VERAH musste die Weiterbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis abgeschlossen haben
- Sie musste in einer hausärztlich tätigen Praxis beschäftigt sein, in der mindestens ein Arzt in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben war und  $\geq 50$  Patienten betreute, die in einen HzV-Vertrag eingeschrieben waren
- Sie sollte mit mindestens 50 %-igem Beschäftigungsanteil in der Hausarztpraxis tätig sein
- Die VERAH musste mit der Studienteilnahme einverstanden sein und die Einverständnis- und Teilnahmeerklärung unterschreiben
- Ein Arzt der Praxis, der in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben war, musste seine Kenntnisnahme und Einverständnis für die Studienteilnahme durch Unterschrift auf der Einverständniserklärung bestätigen

*Als Ausschlusskriterien wurden definiert:*

- Keine abgeschlossene Weiterbildung zur VERAH (z.B. noch in Weiterbildung)
- Fehlende Einverständniserklärung (der VERAH oder des Arztes)

### **Erhebungsinstrumente**

#### *Tätigkeitsprotokolle*

Zur Erfassung der Tätigkeiten einer VERAH wurde auf Basis der Ergebnisse der ersten Evaluation der HzV in Baden-Württemberg (2010 bis 2011) ein sogenanntes Tätigkeitsprotokoll verfasst, in dem jede VERAH alle Patientenkontakte protokollierte, die von ihr durchgeführt wurden und mit einem HzV-Patienten stattfanden. Um eine Selektion zu vermeiden, erhielten die VERAH die Anweisung jeden Kontakt mit einem Patienten, der in die HzV eingeschrieben war, zu protokollieren, unabhängig davon, in welchem HzV-Vertrag er eingeschrieben war. Um später differenzierte Angaben machen

zu können, erfassten die VERAH jedoch, in welchen HzV-Vertrag die Patienten eingeschrieben waren.

Die Tätigkeitsprotokolle erfassten sowohl die Tätigkeitsgruppe (z.B. Wundmanagement) als auch in einer Freitextangabe differenzierte Angaben zur Tätigkeit (z.B. Wundversorgung, Verbandwechsel, Wundreinigung etc.). Daneben wurden Angaben zur Art und Dauer des Kontaktes, Dauer von möglicher Vor- oder Nachbereitung, eine Einschätzung der Sicherheit bei der Tätigkeit und Angaben dazu, ob es sich um VERAH-spezifische Tätigkeiten in dieser Hausarztpraxis handelt, eingetragen (vgl. Anhang IV).

Basisdaten zum Patienten, wie z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnsituation, Pflegestufe, Anzahl der Dauermedikamente und die Dauerdiagnosen, vervollständigten die Angaben zu jedem Patientenkontakt; sie wurden anonymisiert abgefragt. Bei Hausbesuchen wurden zusätzliche Daten erhoben wie z.B. Nutzung des VERAHmobils und der Einbezug von Angehörigen. Jede VERAH protokollierte sukzessive jeden Patientenkontakt bis zu maximal 60 Kontakten, längstens jedoch über einen Zeitraum von 3 Wochen (falls weniger Kontakte stattfanden).

Nach jeweils 15 Protokollen beurteilten die VERAH in einer Zusatzerhebung, von welchen Tätigkeiten die Patienten ihrer Ansicht nach am stärksten profitierten und inwiefern die Patienten von der Tätigkeit profitierten. Diese Erhebung erfolgte ebenfalls als Freitextangabe (vgl. Anhang IV).

#### *Sozioökonomische Zusatzbefragung der VERAH*

Begleitet wurde diese erste Phase durch eine quantitative Befragung der VERAH in Form eines strukturierten Telefon-Interviews. Studienmitarbeiter erhoben sozioökonomische Daten über die VERAH wie Alter, Geschlecht, Dauer der Berufsausübung. Darüber hinaus wurden einige Merkmale zur Praxis abgefragt (wie z.B. Stadt- oder Landsitz, Anzahl der MFA, Anzahl der VERAH etc.) und zusätzlich einige organisationsbezogene Merkmale (wie z.B. Anzahl der Behandlungsräume, Qualitätsmanagement, feste Aufgabenzuteilung etc.) (vgl. Anhang IV).

### *Erfassung der Arbeitszufriedenheit*

Als standardisierter Fragebogen kam die „Warr Cook Wall-Skale“<sup>2</sup> zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit zum Einsatz. Dieser Fragebogen besteht aus 10 Items und wurde über eine 7-stufigen Likertskala beantwortet.

### **Pre-Test**

Die Tätigkeitsprotokolle wurden in einem Pre-Test in 8 Hausarztpraxen (aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) mit insgesamt 8 VERAH und 9 MFA vorab auf Machbarkeit und in Bezug auf die Anzahl der zu protokollierenden Patientenkontakte getestet. Als Ergebnis des Pre-Tests wurde die Zahl der je VERAH zu protokollierenden Patientenkontakte auf 60 festgelegt.

### **Auswertung und Analyse**

Die Datensätze wurden manuell in eine SPSS-Datenbank eingegeben. Die Studienmitarbeiter erfassten die strukturierten Interviews direkt während der Befragung in einer Access-Datenbank, welche später in eine SPSS-Datei übertragen wurde. Eine Beschreibung der teilnehmenden VERAH und Praxen hinsichtlich des sozioökonomischen Status sowie der Strukturdaten der Praxen erfolgte in Form einer deskriptiven Auswertung. Auch die Patientendaten wurden deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, ggf. Mittelwerten und Standardabweichungen oder Median, ausgewertet. Der verwendete standardisierte Fragebogen wurde gemäß der vorgegebenen Skalenmaße deskriptiv ausgewertet. Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 20.

Die in der Zusatzerhebung protokollierten Freitextangaben zur Einschätzung der VERAH, von welchen dokumentierten Tätigkeiten die Patienten ihrer Meinung nach am meisten profitierten und in welcher Form sie profitieren, wurden mit einer quantitativen Inhaltsanalyse ausgewertet<sup>6</sup>. Aus dem Text heraus definierte das Studienteam Kategorien; anhand der so entstandenen Kategorienliste erfolgte eine Codierung aller Antworten mit anschließender Auszählung der Häufigkeiten mithilfe des Auswertungsprogrammes MAXQDA 11.0.

## **Phase II (Patientenbefragung)**

### **Studiendesign**

In der zweiten Phase dieser Evaluation fand eine Befragung von Patienten, die in den Vertrag der HzV in Baden-Württemberg eingeschrieben waren, statt. Zum Zwecke des Vergleichs patientenrelevanter Parameter wurden HzV-Patienten in Praxen mit VERAH und HzV-Patienten in Praxen ohne VERAH verglichen, d. h. es handelt sich um einen querschnittlichen Vergleich der patientenrelevanten Outcomes zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Rekrutierung der Patienten fand über das nichtärztliche Praxispersonal statt.

### **Rekrutierung der Praxen**

Die Praxenrekrutierung erfolgte anhand des Datenbestandes der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. unter allen in den HzV-Vertrag eingeschriebenen Praxen in Baden-Württemberg (n=2.499). Praxen, die sich bei der ersten Studienphase bereit erklärt hatten, auch an der Patientenbefragung teilzunehmen, wurden in erster Linie berücksichtigt. Zusätzlich wurden alle Praxen aus Phase I, die nicht ausdrücklich eine Teilnahme abgelehnt hatten, erneut schriftlich kontaktiert. VERAH und MFA erhielten über die Praxis-Adressen ein Anschreiben, welches Studieninformationen und eine Einverständniserklärung (für MFA und HzV-Arzt) enthielt. Die Rekrutierung der Studienpraxen fand zwischen August und Dezember 2014 statt.

### **Studienpopulation**

Die Studienpopulation bildeten Patienten, die in den Vertrag der HzV Baden-Württemberg eingeschrieben waren, 65 Jahre oder älter waren und chronisch erkrankt waren (innerhalb des letzten Jahres mindestens 3 x P3-Chronikerpauschale abgerechnet wurde).

### **Rekrutierung der Studienpatienten**

Zwischen September 2014 und Januar 2015 rekrutierten die teilnehmenden Praxen über 8-10 Tage sukzessiv jeden chronisch kranken HzV-Versicherten, der 65 Jahre oder älter war und einen Termin in der Praxis hatte oder einen Hausbesuch erhielt. Interessierte Patienten erhielten eine Aufklärung zum Datenschutz und den Inhalten des Fragebogens durch die VERAH/MFA. Teilnehmende Patienten füllten in einem separaten Raum in

der Praxis einen Fragebogen aus. Jedem Fragebogen war ein frankierter Rückumschlag beigelegt, so dass die Patienten einen verschlossenen Umschlag der VERAH/MFA zurückgeben konnten. VERAH/MFA sendeten die Umschläge direkt an das Studienzentrum. Nach Einschluss des 20. Patienten pro Praxis endete die Befragung. Die gesamte Patientenbefragung fand zwischen September 2014 und Januar 2015 statt.

## **Erhebungsinstrumente**

### *Patientenfragebogen*

Da in Deutschland keine standardisierten Befragungsinstrumente zur Erfassung der Betreuung durch MFA existieren, entwickelte das Studienteam einen Fragebogen, dessen Items auf den Ergebnissen der Tätigkeitsanalyse (Phase I) beruhten. Außerdem wurden standardisierte Fragebögen (teilweise in adaptierter Form) berücksichtigt:

- zur Erfassung der Lebensqualität der Fragebogen „EQ-5D“ (Euro-QoL)<sup>7</sup>
- für die Medikamenten-Compliance der Fragebogen „MARS-D“<sup>8</sup>.
- sowie zehn Items zur Bewertung der Hausarztpraxis aus dem Fragebogen „EUROPEP“ (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice)<sup>9</sup>

Insgesamt enthielt der Fragebogen Items zu Aspekten der Betreuung durch MFA, zum Gesundheitsverhalten und zur Unterstützung bei der Versorgung (ja-nein-Antworten); Fragen zur Informationsübermittlung durch MFA (1-gar keine, 2-wenig, 3-mäßig, 4-viel) und Aspekten der Betreuung (1-schlecht bis 5-ausgezeichnet) (vgl. Anhang IV).

### *MFA- und VERAH-Fragebogen*

In Anlehnung an die Evaluation 2010-2011 und aus den Ergebnissen der Tätigkeitsprotokolle (Phase I) wurde nochmals die Tätigkeitsübernahme durch MFA und VERAH abgefragt. Zusätzlich wurden personelle Ressourcen, Einschätzung der VERAH/MFA zu ihrem Anteil an der Patientenversorgung sowie der persönliche Arbeitsstil abgefragt (vgl. Anhang IV).

### *Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit*

Die Arbeitszufriedenheit bei den nichtärztlichen Praxismitarbeitern wurde mit dem von Warr et al.<sup>2</sup> entwickelten Fragebogen erfasst. Er besteht aus 10 Items mit einer 7-stufigen Likertskala.

### *Ärzte-Fragebogen*

Für die Ärzte der teilnehmenden Praxen erstellte das Studienteam zwei unterschiedliche Fragebögen (Ärzte mit VERAH und Ärzte ohne VERAH). Neben Angaben zur Delegation, was alle Ärzte beantworteten, wurde erhoben, ob sich für die Praxis insgesamt etwas verändert habe durch einerseits die Beschäftigung einer VERAH und andererseits in Praxen ohne VERAH durch die Teilnahme am HzV-Vertrag. Fragen zur Umsetzung der Delegation in den einzelnen Praxen und soziodemographische Daten rundeten den Fragebogen ab (vgl. Anhang IV).

### **Pre-Test**

Die Fragebögen wurden einem Pre-Test mit Think-Aloud-Methode (Methode des lauten Denkens bei der Antwortfindung) unterzogen<sup>10</sup>. Dadurch konnten Probleme mit Fragen sowie mögliche Missverständnisse der Items herausgefunden und überarbeitet werden. Nach Adaption erfolgte erneut mit 20 Patienten ein Pre-Test.

### **Auswertung und Analyse**

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv unter Angabe von Häufigkeiten, prozentualen Anteilen, Mittelwerten und Standardabweichungen. Zusätzlich wurden Gruppenvergleiche bezüglich der Patienten mit VERAH-Betreuung vs. Patienten ohne VERAH-Betreuung berechnet. In Abhängigkeit der Normalverteilung kamen sowohl parametrische als auch nicht-parametrische Analyseverfahren zum Einsatz. Die Berechnungen erfolgten mithilfe des Softwareprogramms IBM SPSS Version 22.0.

## **Phase III (Qualitative Befragung)**

### **Studiendesign**

In der dritten Phase dieser Befragung fand eine qualitative Exploration bei VERAH und Ärzten mit VERAH statt. Dafür fanden telefonische leitfadengestützte Einzelinterviews statt. Qualitative Forschung soll das Verhalten und Denken von Individuen (hier von VERAH und HzV-Ärzten) darstellen und verstehbar machen<sup>11,12</sup>. Das qualitative Design ermöglichte in diesem Kontext die Darstellung und Analyse der Meinungen und Perspektiven der VERAH und der Hausärzte, die in den Vertrag der HzV der AOK-Baden-Württemberg eingeschrieben waren.

### **Studienpopulation und Rekrutierung**

Aus den Ergebnissen der ersten und zweiten Phase wurden VERAH und HzV-Ärzte identifiziert, in deren Teams Delegation in größerem Maße stattgefunden hat. Sie bildeten eine Gruppe, in der davon ausgegangen werden kann, dass der Einsatz der VERAH erfolgreich umgesetzt werden konnte. Schon in der ersten und zweiten Rekrutierungsphase wurden VERAH und HzV-Ärzte befragt, ob sie zusätzlich an einer qualitativen Befragung im weiteren Verlauf teilnehmen möchten. Praxen, die sich bereit erklärt hatten, erhielten erneut eine schriftliche Information und wurden anschließend telefonisch kontaktiert. Bei abschließender Teilnahmebereitschaft erfolgte zeitnah das telefonische Interview.

### **Erhebungsinstrumente**

#### *Interviewleitfaden*

Die Entwicklung des Leitfadens beruhte auf den Ergebnissen der zwei vorausgegangenen Evaluationsabschnitte. Aufbauend auf der VERAH-Befragung<sup>13</sup> und der Tätigkeitsanalyse von VERAH<sup>14</sup> entwickelte die Autorin mit dem Studienteam Leitfragen. Neben Erfahrungen mit der Implementierung der Delegation enthielt der Leitfaden u. a. Fragen zu förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung (vgl. Anhang IV).

### **Pre-Test**

Der Interviewleitfaden wurde mit zwei Ärzten und 3 VERAH im Pre-Test geprüft. Auch hier wurde die Think-Aloud-Methode<sup>5</sup> herangezogen, um Probleme bei den

Fragen und mögliche Missverständnisse zu identifizieren. Auf der Basis des Pre-Testes wurde der Leitfaden für die Ärzte noch etwas gekürzt. Die Fragen für die VERAH erhielten eine Adaption.

### Auswertung und Analyse

Alle Interviews führte die Autorin selbst durch. Die Telefonate erfolgten im März und April 2015. Alle Interviews werden digital mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend als Volltext transkribiert.

Die Auswertung der transkribierten Interviews folgte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz<sup>15</sup>. Abbildung A gibt eine Übersicht über das Ablaufschema bei der strukturierenden Inhaltsanalyse.

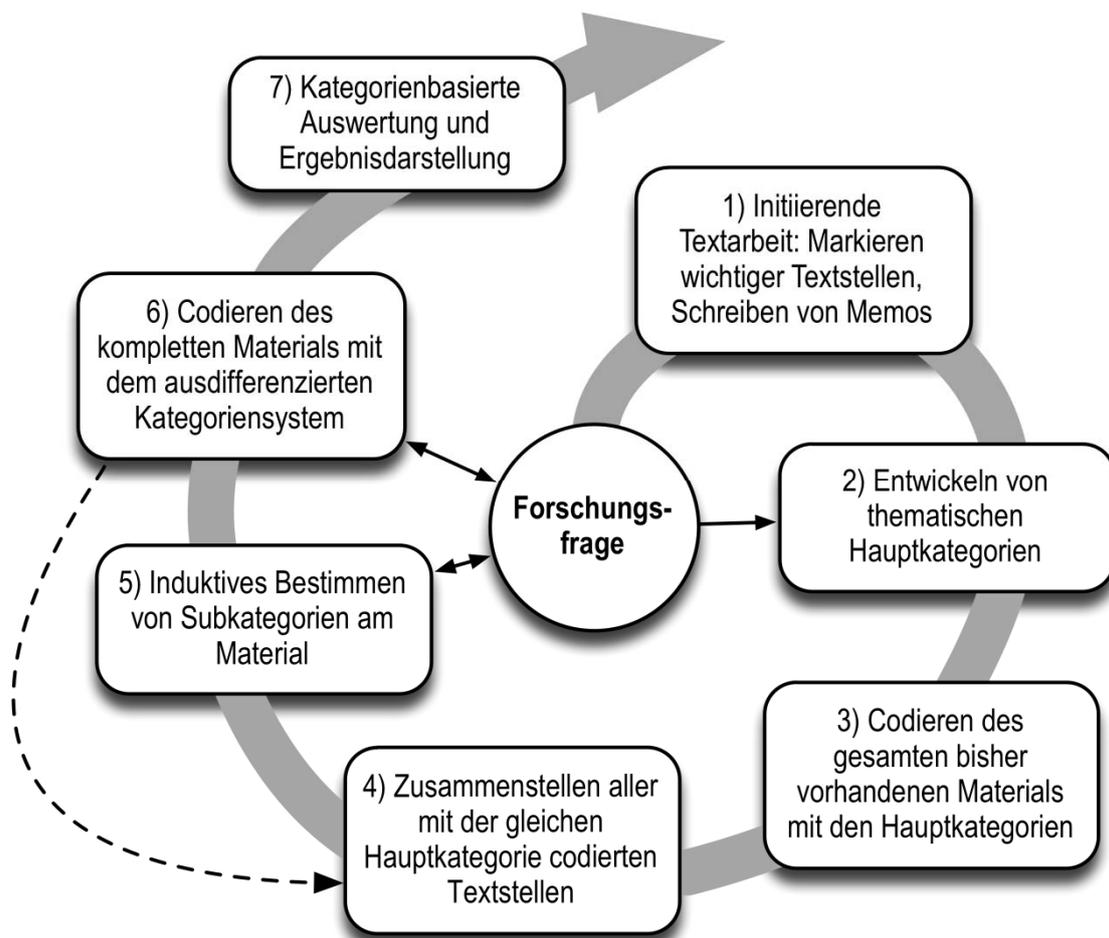


Abbildung A: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz<sup>15</sup>

Zur Analyse erhielten die 37 Interviews (26 mit VERAH und 11 mit Ärzten) zunächst eine erste Durchsicht. Ausgehend von der Forschungsfrage entwickelten dabei zwei

Codierer (KM und CG) unabhängig voneinander erste thematische Hauptkategorien. Die Textangaben wurden innerhalb des theoriegeleiteten Rahmens zugeordnet und es entstanden Themenschwerpunkte (deduktives Vorgehen). Nach Konsensusbildung erfolgte eine erste Codierung des gesamten Materials durch die Autorin. Anschließend entwickelte das Studienteam Subkategorien und in einem weiteren Analyseschritt erfolgte eine Codierung des gesamten Materials anhand des ausdifferenzierten Kategoriensystems wiederum durch die Autorin. Das heißt, auch wenn das Material zunächst theoriegeleitet betrachtet wurde (deduktiv), fanden neu aufkommende Themen bei der Auswertung als neue Kategorien Berücksichtigung (induktives Vorgehen)<sup>15</sup>.

Die Auswertung fand mithilfe des Auswertungsprogrammes MAXQDA 11.0 statt, welches die Codierung, die Übersicht, die Verknüpfung der Codes und die Bearbeitung großer Mengen von Informationen erlaubt.

### **Ethische Anforderungen**

Die Ethikkommission der Universitätsklinik der Goethe-Universität, Frankfurt/Main hat der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (2013-2016) am 19.12.2013 zugestimmt (Geschäfts-Nr. 484/13).

## Literaturverzeichnis zum Anhang I und II

1. Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. VERAH®-Fortbildung. <https://www.verah.de/ueber-verah/werden>. Accessed May 28, 2016.
2. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Health Psychol.* 1979;52(2):129-148.
3. Ose D, Freund T, Kunz CU, et al. Measuring organizational attributes in primary care: a validation study in Germany. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(6):1289-1294. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01330.x.
4. Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N.W. Verlag für neue Wissenschaften; 2005.
5. Prüfer P, Rexroth M. Zwei-Phasen-Pretesting: ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08. [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/zuma\\_arbeitsberichte/00\\_08.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf). Accessed June 4, 2016.
6. Züll C, Menold N. Offene Fragen. In: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*: Springer; 2014:713-719.
7. Schulenburg, Graf von der, J-Matthias, Claes C, Greiner W, Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Z Gesundh Wiss.* 1998;6(1):3-20.
8. Mahler C, Hermann K, Horne R, et al. Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):574-579. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.
9. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Z Allg Med.* 1996;72:180-186.
10. Lenzner T, Neuer C, Otto W. Kognitives Pretesting: SDM Survey Guidelines. [http://timolenzner.de/resources/Kognitives\\_Pretesting\\_LenznerNeuertOtto\\_012015\\_1.0.pdf](http://timolenzner.de/resources/Kognitives_Pretesting_LenznerNeuertOtto_012015_1.0.pdf). Accessed June 10, 2016.
11. Flick U, ed. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 7th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl; 2009. rororo; 55628 : Rowohlts Enzyklopädie.
12. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag; 2003. UTB; 8229.

13. AOK Baden-Württemberg. Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011).  
[https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf). Accessed May 21, 2016.
14. AOK Baden-Württemberg. Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2014).  
[https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2013-2014.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf). Accessed May 21, 2016.
15. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2014.

### III Materialien zum Projekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011)

#### III.1 Fragebogen für VERAH und ACE



#### Evaluation des VERAH/ACE Einsatzes in der HzV-Versorgung Anleitung zum Fragebogen

Liebe Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis!  
Liebe Assistentin für Chronisch Erkrankte!

Sind Sie davon überzeugt, dass Ihre Tätigkeit als Versorgungsassistentin<sup>1</sup> in der Hausarztpraxis (VERAH-Tätigkeit), bzw. Ihre Tätigkeit als Assistent/in für Chronisch Erkrankte (ACE-Tätigkeit) ein wichtiger Baustein in der Versorgung der Patienten in Ihrer Praxis ist? Glauben Sie, dass Ihre Professionalisierung den Patienten, den Ärzten und dem gesamten Praxisteam zu Gute kommt?

Wir, eine Forschungsgruppe vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt, sind davon überzeugt, dass die verstärkte Einbindung der Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis zur Optimierung der Patientenversorgung führen kann.

Mit dem hier vorliegenden Fragebogen möchten wir gerne beweisen, welchen Stellenwert Ihre Weiterbildung in der Versorgungslandschaft hat. Dazu benötigen wir IHRE Hilfe. Diese Befragung richtet sich an alle VERAH und ACE, die in Baden Württemberg beschäftigt sind.

Folgende Fragen sollen mit dieser Studie beantwortet werden:

- Wie gestaltet sich der **VERAH/ACE-Einsatz in den Praxen**?
- Welche **Aufgaben übernehmen die VERAH/ACE**?
- Führt der verstärkte **Einsatz von VERAH/ACE zu einer intensiveren Betreuung von chronisch Kranken**?

Der Fragebogen besteht aus vier Teilen: Teil A beschäftigt sich mit den Strukturdaten der Praxis. Teil B betrifft den Einsatz der VERAH/ACE in den Praxen. Im Teil C werden Daten zur Person erhoben und Teil D enthält standardisierte Fragebögen zu Belastungen am Arbeitsplatz sowie zur Arbeitszufriedenheit.



Bitte beantworten Sie den Fragebogen vollständig, was ungefähr **20-30 Minuten** dauert. Kreuzen Sie das **für Sie zutreffende Kästchen** an oder füllen Sie die **vorgegebenen Freifelder in gut lesbarer Schrift** aus. Wenn Sie fertig sind, stecken Sie den Fragebogen in den mitgelieferten Rückumschlag und werfen ihn einfach in den nächsten Briefkasten. Die Rücksendung ist für Sie kostenfrei.

Ihre Angaben werden selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt und **nicht an Dritte** (auch nicht an die Arbeitgeber/Praxisinhaber) weitergegeben. Die erhobenen Daten werden lediglich zu Forschungszwecken verwendet.

Fragen zu unserer Untersuchung oder zum Fragebogen beantworten wir Ihnen gern!

Bitte wenden Sie sich an:

Karola Mergenthal                      Tel.: 069-6301-83883  
Institut für Allgemeinmedizin      Fax: 069-6301-6428  
Theodor-Stern-Kai 7                    E-Mail: mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de  
60590 Frankfurt am Main

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Fragebogen die männliche Form verwendet. Für die Berufsgruppe der MFA/Arzthelferinnen bzw. VERAH/ACE, die zu 99 % aus Frauen besteht, wird die weibliche Form verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist auch angesprochen.

## Teil A – Praxisstrukturdaten

### 1. In welcher Praxisform arbeiten Sie?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Andere: \_\_\_\_\_

### 2. Welcher Fachrichtung gehört die Praxis an, in der Sie arbeiten?

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Hausärztlich tätiger Internist
- Andere: \_\_\_\_\_

### 3. Wie viel Personal hat die Praxis in der Sie arbeiten?

Anzahl der Ärzte (insgesamt):

Davon sind   Vollzeitkräfte   Teilzeitkräfte

Anzahl der MFA/Arzthelferinnen (insgesamt)    
(inkl. Auszubildender/geringfügig Beschäftigter/400-Euro-Job, sonstige, ohne Reinigungskräfte)

Davon sind   Vollzeitkräfte   Teilzeitkräfte

Auszubildende   geringfügig Beschäftigte

### 4. Wie viele der in Ihrer Praxis beschäftigten MFA/Arzthelferinnen (ggf. einschließlich Ihnen) haben einen Migrationshintergrund (d.h. sind selbst nicht in Deutschland geboren oder mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren)?

MFA  Weiß ich nicht

### 5. Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

- Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern  Weiß ich nicht
- Größere Kleinstadt mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern
- Ländliche Kleinstadt mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern
- Dörfliche Siedlung mit weniger als 5.000 Einwohnern

**6. Nimmt Ihre Praxis an der Hausarztzentrierten Versorgung/an einem Hausarztmodell teil?**

- Ja, am HZV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg  Weiß ich nicht
- Ja, am hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodell Südbaden
- Ja, an folgendem HZV-Vertrag: \_\_\_\_\_
- Nein

**7. Bei wie vielen Patienten pro Quartal wurde im letzten Jahr die VERAH-Pauschale abgerechnet? (Bitte Anzahl der abgerechneten Patienten eintragen)**

1. Quartal 2011  Patienten  Weiß ich nicht
4. Quartal 2010  Patienten
3. Quartal 2010  Patienten
2. Quartal 2010  Patienten

**8. Wie viele Teamsitzungen fanden in den letzten 12 Monaten in Ihrer Praxis statt?**

- Anzahl:  Teamsitzungen  Weiß ich nicht

**9. Wird in der Praxis, in der Sie jetzt tätig sind, Qualitätsmanagement durchgeführt?**

- Ja, seit  Jahren
- Ja, aber ich weiß nicht seit wie vielen Jahren
- Nein, aber wir sind dabei ein Qualitätsmanagement einzuführen
- Nein, es wird kein Qualitätsmanagement durchgeführt
- Ich weiß nicht, ob Qualitätsmanagement durchgeführt wird

**10. Ist die Praxis zertifiziert?**

- Ja, seit  Jahren
- Ja, wir sind re-zertifiziert seit  Jahren
- Ja, wir sind zertifiziert aber ich weiß nicht seit wie vielen Jahren
- Nein, aber wir sind in Vorbereitung zur Zertifizierung
- Nein, wir sind nicht zertifiziert
- Ich weiß nicht, ob die Praxis zertifiziert ist

## Teil B – Einsatz der VERAH/ACE

<p><b>11. Welche der folgenden Weiterbildungen haben Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Assistentin für Chronisch Erkrankte (ACE)</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)</p> <p><input type="checkbox"/> ACE und VERAH-Weiterbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Keine der beiden genannten Weiterbildungen</p>
<p><b>12. Wie viele MFA/Arzthelferinnen (einschließlich Ihnen) haben in Ihrer Praxis eine Weiterbildung zur VERAH/ACE?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> MFA <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Weiß ich nicht</span></p>
<p><b>13. In welchen der folgenden Bereiche übernehmen Sie Aufgaben in der Arztpraxis?</b> (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Dokumentation      <input type="checkbox"/> Organisation      <input type="checkbox"/> Labor, EKG      <input type="checkbox"/> EDV</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenschulung      <input type="checkbox"/> Therapie      <input type="checkbox"/> Studienbetreuung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Aufgaben: _____</p>
<p><b>14. Haben Sie für eine der unter 13. genannten Aufgaben eine Zusatzqualifikation erworben?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für folgende: 1. _____</p> <p style="margin-left: 100px;">2. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>15. An wie vielen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten teilgenommen?</b></p> <p>An <input type="text"/> <input type="text"/> Maßnahmen mit insgesamt <input type="text"/> <input type="text"/> Fortbildungseinheiten á 45 Minuten</p>
<p><b>16. Wie viele Berufsjahre haben Sie nach Abschluss Ihrer Ausbildung zur MFA/Arzthelfer/in gearbeitet?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p> <p><b>Falls Sie keine Ausbildung zur MFA/Arzthelfer/in haben: Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als MFA/Arzthelfer/in?</b></p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren</p>
<p><b>17. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der Praxis, in der Sie zur Zeit arbeiten?</b></p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren</p>

**18. Mit welchem Stundenumfang sind Sie zur Zeit angestellt (ohne Überstunden)?**

- Vollzeit, mit  Stunden pro Woche
- Teilzeit, mit  Stunden pro Woche
- Auf 400,- Euro-Basis (geringfügige Beschäftigung) mit  Stunden pro Woche

**Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen auf die VERAH-Weiterbildung Falls Sie eine Weiterbildung zur VERAH und zur ACE haben, beziehen Sie sich auf die VERAH Weiterbildung.**

**Beziehen Sie sich auf die ACE-Weiterbildung falls Sie keine VERAH-Weiterbildung haben**

**19. In welcher Form haben Sie Ihre VERAH/ACE-Weiterbildung absolviert?**

- Als einzelne Module
- Als Kompaktseminar (an mehreren Tagen hintereinander)
- In anderer Form: \_\_\_\_\_

**20. Müssen Sie zusätzliche Überstunden machen, seit Sie als VERAH/ACE tätig sind?**

- Ja, ca.  zusätzliche Überstunden pro Woche
- Nein

**21. Erhalten Sie seit Ihrer VERAH/ACE-Weiterbildung für Ihre Arbeit ein höheres Gehalt?**

- Ja, weil ich jetzt besser qualifiziert bin
- Ja, weil ich jetzt mehr bezahlte Überstunden mache
- Ja, weil ich meine reguläre Arbeitszeit erhöht habe (z.B. Teilzeit auf Vollzeit)
- Nein

**22. Erhalten Sie, seit Sie VERAH/ACE sind, für geleistete Überstunden einen Ausgleich?**

- Ja, zeitlichen Ausgleich
- Ja, finanziellen Ausgleich
- Ja, zeitlichen und finanziellen Ausgleich
- Ja, Ausgleich durch Sachleistungen (z.B. Gutscheine o.ä.)
- Ja, sonstigen Ausgleich: \_\_\_\_\_
- Nein
- Ich mache keine Überstunden

**23. Wurde Ihre VERAH/ACE-Weiterbildung von Ihrem Arbeitgeber bezahlt?**

- Ja, vollständig
- Ja, teilweise. Mein Arbeitgeber hat  % der Finanzierung übernommen.
- Nein

**24. Konnten Sie Ihre VERAH/ACE-Weiterbildung im Rahmen Ihrer Arbeitszeit absolvieren?**

- Ja, vollständig
- Ja, teilweise. Ca.  % meiner Weiterbildung wurde im Rahmen der Arbeitszeit absolviert.
- Nein

**Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen, diejenige(n) Antwort(en) an, die aus Ihrer Sicht am besten zutrifft/zutreffen**

**25. Aus welchen Gründen haben Sie sich für die VERAH/ACE-Weiterbildung entschieden?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Allgemeines Interesse an Fort- und Weiterbildung
- Um mich beruflich weiterzuentwickeln
- Um mich persönlich weiterzuentwickeln
- Um meinen Arbeitsplatz zu sichern
- Um aus der Routine des Arbeitsalltags herauszukommen
- Um meinen Wissenshorizont zu erweitern
- Um mehr Selbstsicherheit bei meinen Aufgaben zu bekommen
- Um mit der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung Schritt zu halten
- Um mein Gehalt zu verbessern
- Weil mein Arbeitgeber es so wollte
- Weil mein Arbeitgeber es so verlangte
- Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

**26. Welche Voraussetzungen halten Sie für wichtig, wenn man sich zur VERAH/ACE weiterbilden lassen möchte? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Die Berufserfahrung als MFA/Arzthelferin
- Die Beschäftigungsdauer in der Praxis, in der man tätig ist
- Das Lebensalter der MFA/Arzthelferin
- Die Motivation der MFA/Arzthelferin
- Sonstige Voraussetzungen: \_\_\_\_\_

*Die folgenden Fragen betreffen einige organisatorische Aspekte Ihrer Tätigkeit als VERAH/ACE.*

**27. War vor Ihrer VERAH/ACE-Tätigkeit ein Recall-System in der Praxis installiert?**

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

**28. War vor Ihrer VERAH/ACE-Tätigkeit eine Netzwerkkartei in der Praxis vorhanden?**

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

**29. Haben Sie eine eigene Hausbesuchstasche?**

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

**30. Wurde eine zusätzliche Arbeitskraft eingestellt, damit Sie mehr Zeit für VERAH/ACE-Tätigkeiten haben?**

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

**Die folgenden Fragen betreffen die von Ihnen beobachteten Veränderungen in Bezug auf verschiedene Tätigkeitsbereiche seit Sie als VERAH/ACE tätig sind. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. (Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen)**

31. Seit ich als VERAH/ACE in dieser Praxis tätig bin, ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme völlig zu
... hat sich mein Tätigkeitsbereich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich meine Arbeitsbelastung erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Abwechslung in meinen Arbeitsaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich die Möglichkeit, meine Fähigkeiten besser zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Spaß an meinem Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mache ich mehr Hausbesuche als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich von Patienten mehr als vorher als Ansprechpartnerin für medizinische Fragen angesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich sicherer beim Umgang mit Problemen in der medizinischen Versorgung der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fällt es mir leichter, eigenständig patientenrelevante Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich öfter als vorher von meinem Chef bei Entscheidungen in der Patientenversorgung eingebunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... übernehmen meine Kolleginnen einen Teil meiner Praxisaufgaben, damit ich für VERAH/ACE-Tätigkeiten Zeit habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stehen meine Kolleginnen häufiger unter Zeitdruck, da sie meine Arbeit mit übernehmen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Arbeitsaufteilung im Team verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... funktioniert die Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen besser als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... funktioniert die Zusammenarbeit mit meinem Chef besser als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Chef eine deutliche Zeitentlastung, durch die Tätigkeiten, die ich ihm abnehmen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Patientenversorgung durch meine VERAH/ACE-Tätigkeit insgesamt verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... übernehme ich mehr Verantwortung als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich unser Praxismanagement verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Seit ich als VERAH/ACE in dieser Praxis tätig bin, ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme völlig zu
... wurde ein Recall-System eingeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde eine Netzwerkkartei eingeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird die vorhandene Netzwerkkartei besser gepflegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wird die Netzwerkkartei vom gesamten Team intensiver genutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern verbessert (z.B. den Krankenkassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich das Qualitätsmanagement bei uns verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Kommunikation im Team verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich der Umgang mit Sicherheitsaspekten (z.B. Fehlermanagement o.ä.)verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wissen die Patienten, dass ich eine VERAH/ACE bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich von den Patienten als VERAH/ACE angenommen und akzeptiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich eine feste Ansprechpartnerin für die Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stehe ich häufiger als vorher in Kontakt mit den Angehörigen der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen betreffen Ihre Tätigkeiten als VERAH/ACE (Hausbesuchen und Praxis). Bitte geben Sie an, wie oft Sie diese durchführen. (Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen)**

		Nie	Sehr selten 1-10 Mal pro Jahr	Selten 1-10 Ma pro Monat	Häufig 1-10 Mal pro Woche	Sehr häufig >10 Mal pro Woche
<b>32. Seit ich als VERAH/ACE in dieser Praxis tätig bin, ...</b>						
<b>A</b>	... führe ich Impfmanagement durch (z. B. Erstellen von Impfplänen/ Impfaufklärung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	... führe ich Medikamentenmanagement durch (z. B. Vergleich der verordneten Medikation mit der tatsächlichen Einnahme anhand der Medikamentenschachtel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	... führe ich Hausbesuche durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	... erstelle ich schriftliche Hausbesuchsprotokoll zur Rückmeldung an den Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b>	...erhebe ich geriatrische Assessments (z.B. Beurteilung der Sturzgefährdung, Time Up & Go, Mini-Mental-State-Test, Uhrentest o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	... führe ich Patientenschulung im Rahmen von Disease-Management Programmen durch (z.B. Diabetesschulungen o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b>	... führe ich Patientenschulung außerhalb der Disease-Management Programmen durch (z.B. Ernährungsberatung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b>	... führe ich Wundmanagement durch (z.B. Verbandwechsel bei Ulcus cruris o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b>	... erhebe ich diagnostische Parameter (Blutdruck, Blutzucker o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b>	... beurteile ich den körperlichen Zustand des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b>	... beurteile ich den psychischen Zustand des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L</b>	... dokumentiere ich die Krankheitssymptomen von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M</b>	... dokumentiere ich medizinisch relevante Ergebnisse (z.B. Stürze, arzneimittelbezogene Probleme, Änderungen des sozialen Umfelds, Ergebnisse der Pflegeeinstufung, o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>N</b>	... führe ich medizinische Tätigkeiten durch (z.B. Blutentnahmen, Injektionen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33. Welche der unter Frage 32 genannten Tätigkeiten haben Sie auch schon vor der VERAH/ACE-Weiterbildung ausgeübt? (Bitte ankreuzen)</b>						
<input type="checkbox"/> -A <input type="checkbox"/> -B <input type="checkbox"/> -C <input type="checkbox"/> -D <input type="checkbox"/> -E <input type="checkbox"/> -F <input type="checkbox"/> -G <input type="checkbox"/> -H <input type="checkbox"/> -I <input type="checkbox"/> -J <input type="checkbox"/> -K <input type="checkbox"/> -L <input type="checkbox"/> -M <input type="checkbox"/> -N						

*Die folgenden Fragen betreffen Ihre Tätigkeiten als VERAH/ACE allgemein, sowohl bei Hausbesuchen als auch in der Praxis.*

<p><b>34. Bei welchen Ihrer VERAH/ACE-Tätigkeiten sehen Sie die meisten Schwierigkeiten?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>35. Worin bestehen Ihrer Meinung nach Gründe für die o. g. Schwierigkeiten?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>36. Wie häufig kommt es vor, dass Patienten eine Betreuung und Behandlung durch die VERAH/ACE ablehnen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Häufig                      <input type="checkbox"/> Selten                      <input type="checkbox"/> Nie (bitte weiter mit Frage 38)</p>
<p><b>37. Worin bestehen Ihrer Meinung nach Ursachen für eine Ablehnung?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Hausbesuchstätigkeit. Falls Sie keine Hausbesuche durchführen, bitte weiter mit Frage Nr. 43.**

<p><b>38. Bitte nennen Sie 3 Tätigkeiten, die zu Ihren wesentlichen Aufgaben während Ihrer Hausbesuche gehören.</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>39. Wie lange dauert im Durchschnitt ein Hausbesuch ohne Fahrzeit?</b></p> <p>Zwischen <input type="text"/> <input type="text"/> und <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten (ohne Fahrzeiten)</p>
<p><b>40. Ist während Ihrer Hausbesuche eine telefonische Rücksprachemöglichkeit mit dem Arzt gegeben?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Immer            <input type="checkbox"/> Meistens            <input type="checkbox"/> Selten            <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>41. Nutzen Sie Ihren eigenen PKW für Hausbesuche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Immer            <input type="checkbox"/> Meistens            <input type="checkbox"/> Selten            <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>42. Was könnte Ihrer Meinung nach dazu beitragen die Hausbesuche durch die VERAH/ACE zu verbessern?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. (Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen)**

<b>43. Seit ich als VERAH/ACE in dieser Praxis tätig bin, ...</b>	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme völlig zu
... ist mir der Austausch und Kontakt zu anderen VERAH/ACE wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... treffe ich mich regelmäßig mit anderen VERAH oder nehme ich an einem VERAH-Qualitätszirkel teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich als VERAH/ACE mehr Verantwortung übernehmen muss, war mir vorher bewusst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich erneut vor der Entscheidung stehen würde eine VERAH/ACE-Weiterbildung zu machen, würde ich es tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Während Ihrer VERAH/ACE-Weiterbildung haben Sie einiges über Case Management mit Patienten gelernt. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, wie oft Sie diese Tätigkeit in den letzten 12 Monaten durchgeführt haben. Bitte auch ausfüllen, wenn sie kein komplettes Case Management durchführen. (Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen)**

	Nie	Sehr selten 1-10 Mal pro Jahr	Selten 1-10 Ma pro Monat	Häufig 1-10 Mal pro Woche	Sehr häufig >10 Mal pro Woche
<b>44. Wie häufig haben Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten ...</b>					
... selbständig ein Assessment durchgeführt? (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Arzt bei der Durchführung eines Assessments unterstützt? (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gemeinsam mit dem Patienten einen Hilfeplan erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Patienten (soweit wie möglich) in die Entscheidung über dessen Versorgung einbezogen, z. B. indem Sie die Wünsche des Patienten erfragt und dann gemeinsam über die geplanten Maßnahmen entschieden haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Austausch mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung? (z. B. Sozialstationen, Pflegedienst, Gesundheitsamt) bezüglich der Patientenversorgung geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diesen Austausch dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Patienten bei der Koordination und Organisation seiner Behandlung durch andere Ärzte und Institutionen unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Patienten ein Re-Assessments durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45. Bei wie vielen Patienten haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Maßnahmen durchgeführt?**

Bei   Patienten das komplette Case Management

Bei   Patienten Anteile der unter Frage 39 genannten Maßnahmen

Ich führe kein Case Management durch

**46. Wer wählt überwiegend die Patienten für die Durchführung der in Frage 44 genannten Maßnahmen aus?**

- Überwiegend der Arzt alleine
- Überwiegend die VERAH/ACE alleine
- Überwiegend Arzt und VERAH/ACE gemeinsam
- Überwiegend andere: \_\_\_\_\_
- Niemand, da wir kein Case Management durchführen

**47. Wer entscheidet überwiegend, welche der in Frage 44 genannten Maßnahmen der Patient benötigt?**

- Überwiegend der Arzt alleine
- Überwiegend die VERAH/ACE alleine
- Überwiegend Arzt und Patient gemeinsam
- Überwiegend Arzt und VERAH/ACE gemeinsam
- Überwiegend Arzt, VERAH/ACE und Patient gemeinsam
- Überwiegend andere: \_\_\_\_\_
- Niemand, da wir kein Case Management durchführen

**48. Wer entscheidet überwiegend, ob der Patient Hilfe bei der Organisation und Koordination seiner medizinischen Behandlung benötigt?**

- Überwiegend der Arzt alleine
- Überwiegend die VERAH/ACE alleine
- Überwiegend Arzt und Patient gemeinsam
- Überwiegend Arzt und VERAH/ACE gemeinsam
- Überwiegend Arzt, VERAH/ACE und Patient gemeinsam
- Überwiegend andere: \_\_\_\_\_
- Niemand, da wir kein Case Management durchführen

## Teil C - Soziodemographische Daten

<b>49. Welches ist Ihr Geschlecht?</b> <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
<b>50. In welchem Jahr sind Sie geboren?</b> Geburtsjahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>51. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</b> <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>52. Wo sind Sie bzw. Ihre Eltern geboren?</b> Eigenes Geburtsland: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes: _____ Geburtsland des Vaters: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes: _____ Geburtsland der Mutter: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes: _____
<b>53. Welcher ist der höchste Schulabschluss, den Sie erworben haben?</b> <input type="checkbox"/> Volksschule/Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Kein Abschluss
<b>54. Welche Berufsausbildung haben Sie?</b> <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte <input type="checkbox"/> Arzthelferin <input type="checkbox"/> Medizinisch technische Assistentin (MTA, auch MTLA, MTLRA, etc.) <input type="checkbox"/> Gesundheits-/ Krankenpflege <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung

## Teil D - Standardisierte Fragebögen

**SOAPC-Fragebogen** (Bitte prüfen Sie, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen)

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	neutral	stimme zu	stimme völlig zu
Wenn es Konflikte in dieser Praxis gibt, werden diese für gewöhnlich von den Beteiligten besprochen und erfolgreich gelöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitsbeziehungen in unserem Team sind konstruktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis gibt es oft Spannungen zwischen den Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis arbeiten Angestellte und Ärzte als Team gut zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis werden Angestellte ermutigt, Vorschläge für Veränderungen und Verbesserungen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In dieser Praxis werden Ärzte ermutigt, Vorschläge für Veränderungen und Verbesserungen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Mitarbeiter werden bei wichtigen Entscheidungen in der Patientenversorgung beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung verhindert Eigeninitiative der Angestellten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Praxis ist streng hierarchisch organisiert; Entscheidungen werden von der Leitung getroffen und andere Mitarbeiter nur wenig einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung kann bei Problemen angesprochen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis versteht Erfolg als Teamwork und würdigt den Anteil, den die einzelnen Mitarbeiter daran haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter werden an der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientenversorgung erfordert so viel Zeit, dass es schwierig ist, Veränderungen im Praxisalltag umzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angestellten dieser Praxis fühlen sich häufig von der Arbeit überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte in dieser Praxis fühlen sich häufig von der Arbeit überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit in dieser Praxis wird als sehr anstrengend empfunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	neutral	stimme zu	stimme völlig zu
In dieser Praxis herrscht fast immer Chaos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Praxis gibt es so viele Veränderungen, dass es schwierig ist, mit der Entwicklung Schritt zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung haben sich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitsorganisation in unserer Praxis hat sich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit in unserer Praxis hat sich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie an, wie unzufrieden oder zufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden).**

	Sehr <u>un</u> zufrieden				Sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Physische Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>						
Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>						
Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen	<input type="checkbox"/>						
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen	<input type="checkbox"/>						
Ihrem Einkommen	<input type="checkbox"/>						
Die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/>						
dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben	<input type="checkbox"/>						
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>						

© Warr-Cook-Wall-Skala

## III.2 Fragebogen für die Praxisinhaber / Ärzte

Zusatzfragen für Ärzte/innen



### Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte zur Studie „Evaluation des VERAH/ACE-Einsatzes in der HzV-Versorgung“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt führt eine Studie durch mit dem Ziel, den Einsatz von „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAH) bzw. Assistentinnen für Chronisch Erkrankte“ (ACE) im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung zu untersuchen.

Zur Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wurde in Baden-Württemberg mit der AOK ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) geschlossen.

Die Betreuung chronisch kranker Menschen ist ein Schwerpunkt vieler Hausarztpraxen. Daher wird der Einsatz von VERAH/ACE im Rahmen des HzV-Vertrags gefördert.

Ihre Praxis und Ihr Team sind uns wichtig. Mit dieser Befragung und der Befragung Ihrer VERAH/ACE können wir untersuchen, welche Auswirkungen das neue Konzept auf den Praxisalltag hat. Bitte unterstützen Sie uns, indem Sie den kurzen Fragebogen ausfüllen. Folgende Fragen sollen mit dieser Studie beantwortet werden:

- Wie gestaltet sich der VERAH/ACE-Einsatz in den Praxen?
- Welche Aufgaben übernehmen die VERAH/ACE?
- Führt der verstärkte Einsatz von VERAH/ACE zu einer intensiveren Betreuung von chronisch Kranken?



Bitte beantworten Sie den Fragebogen vollständig, was ungefähr 5-10 Minuten dauert. Kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an oder füllen Sie die vorgegebenen Freifelder in gut lesbarer Schrift aus. Wenn Sie fertig sind, stecken Sie den Fragebogen in den mitgelieferten Rückumschlag (gemeinsam mit dem Fragebogen, den die VERAH/ACE ausfüllt) und werfen ihn einfach in den nächsten Briefkasten. Die Rücksendung ist für Sie kostenfrei.

Ihre Angaben werden anonym erhoben und selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Die erhobenen Daten werden lediglich zu Forschungszwecken verwendet.

Fragen zu unserer Untersuchung oder zum Fragebogen beantworten wir Ihnen gern!

Bitte wenden Sie sich an:

Karola Mergenthal                      Tel.: 069-6301-83883  
Institut für Allgemeinmedizin      Fax: 069-6301-6014  
Theodor-Stern-Kai 7                    E-Mail: mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de  
60590 Frankfurt am Main

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen diejenige(n) Antwort(en) an, die aus Ihrer Sicht am besten zutrifft/zutreffen.

**1. Welche der folgenden Motive hatten Einfluss auf Ihre Entscheidung, eine VERAH/ACE zu beschäftigen? (Mehrfachnennungen möglich)**

Möglichkeit, Routinehausbesuche zu delegieren

Möglichkeit, mehr Tätigkeiten als vorher an qualifiziertes Personal zu delegieren

Möglichkeit, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern

Möglichkeit der eigenen zeitlichen Entlastung

Möglichkeit eines zukünftigen finanziellen Zugewinns

Möglichkeit, dem Qualifizierungswunsch meiner Medizinischen Fachangestellten zu entsprechen

Möglichkeit, die Entwicklung der Medizinischen Fachangestellten zu unterstützen

Möglichkeit, alle Ressourcen innerhalb des Praxisteams optimal zu nutzen

Um mit der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung Schritt zu halten

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen beobachteten Veränderungen seitdem Sie eine VERAH/ACE in Ihrer Praxis einsetzen. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. (Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen)

2. Seit ich eine VERAH/ACE in dieser Praxis beschäftige, ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	neutral	stimme zu	stimme völlig zu
... hat sich die Arbeitsaufteilung innerhalb des Praxisteams verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beziehe ich die VERAH/ACE öfter als vorher in Entscheidungen der Patientenversorgung ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich meine Arbeitsbelastung erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... funktioniert die Zusammenarbeit mit meinen Angestellten besser als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich eine deutliche Zeitentlastung durch die Tätigkeiten, die ich an die VERAH/ACE delegieren kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich einen finanziellen Zugewinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich die Möglichkeit, die Ressourcen im Praxisteam besser zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... profitieren vor allem unsere chronisch kranken Patienten vom Einsatz der VERAH/ACE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich insgesamt die Patientenversorgung durch den Einsatz der VERAH verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die folgenden Fragen betreffen die Delegation von Aufgaben an die VERAH/ACE. Welche der folgenden Tätigkeiten delegieren Sie ausschließlich an die VERAH/ACE, welche an andere MFA/Arzthelfer/innen in Ihrer Praxis, welche führen Sie selber durch? (Mehrfachnennungen möglich)*

<b>3. Ich delegiere folgende Tätigkeit (nach Möglichkeit) ...</b>	... an VERAH/ACE	... an MFA/Arzthelfer/innen	... nie, da ich sie immer selbst durchführe	Entfällt, da wir diese Tätigkeiten nicht durchführen
Impfmanagement (z.B. Erstellen von Impfplänen/Impfaufklärung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenmanagement (z.B. Vergleich der verordneten Medikation mit den Medikamentenschachteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulungen (z.B. Diabetes-schulungen oder Ernährungsberatung o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundmanagement (z.B. Verbandwechsel bei Ulcus cruris o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von diagnostischen Parametern (z.B. RR, Blutzucker o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten (z.B. im Rahmen von Hausbesuchen durch die VERAH/ACE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des psychischen Zustandes von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Krankheitssymptomen von Patienten (z.B. anhand eines Fragebogens o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von medizinisch relevanten Ereignisse (z.B. Stürze, arzneimittelbezogene Probleme, Änderungen des sozialen Umfelds o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von medizinischen Tätigkeiten (z.B. Blutentnahmen, Injektionen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von Assessments (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen) (z.B. anhand eines Fragebogens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung eines Re-Assessments (Kontrollerhebung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung eines Hilfeplans gemeinsam mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bezüglich der Patienten-versorgung (z.B. Sozialstationen, Pflegedienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung der Patienten bei der Koordination und Organisation ihrer Behandlung (z.B. durch andere Ärzte und Institutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ich delegiere folgende Tätigkeit (nach Möglichkeit) ...	... an VERAH/ACE	... an MFA/Arzthelfer/innen	... nie, da ich sie immer selbst durchführe	Entfällt, da wir diese Tätigkeiten nicht durchführen
Hausbesuche mit umschriebenen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung eines geriatrische Assessments (z.B. Beurteilung der Sturzgefährdung, Mini-Mental-State-Test, Uhrentest o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Welches sind nach Ihrer Erfahrung die wichtigsten Erleichterungen im Praxisalltag, die mit dem Einsatz der VERAH/ACE verbunden sind?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>5. Worin bestehen Ihrer Meinung nach die größten Schwierigkeiten beim Einsatz von VERAH/ACE in der Hausarztpraxis?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>6. Sind Sie... ?</p> <p><input type="checkbox"/> Weiblich                      <input type="checkbox"/> Männlich</p>				
<p>7. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an:</p> <p>Geburtsjahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>				
<p>8. Welches ist Ihre Muttersprache?</p> <p><input type="checkbox"/> Deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>				
<p>9. Wie lange praktizieren Sie als niedergelassene/r Ärztin/Arzt?</p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren</p>				
<p>10. Haben Sie mit Ihrer Praxis schon einmal an einem universitären Forschungsprojekt teilgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                                      <input type="checkbox"/> Nein</p>				

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

# IV Materialien zum Projekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)

## IV.1 Phase I

### IV.1.1 Tätigkeitsprotokolle (Seite 1 – Vorderseite)

Bitte nur für Patient/innen ausfüllen, die in einen HzV-Vertrag eingeschrieben sind.					
Datum: (TT/MM/JJJJ)	___ / ___ / 2014	Patient/innen-ID: (aus Praxis-Software)	_____	Geburtsjahr Patient/in: (JJJJ)	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Art des Kontaktes:	<input type="checkbox"/> Persönlicher Kontakt in der Praxis	<input type="checkbox"/> Telefonischer Kontakt	<input type="checkbox"/> Hausbesuch
Art der Tätigkeit	Bitte detaillierte Angaben zu der Tätigkeit eintragen	Dauer (am Pat.) in Minuten	Dauer Vor- und Nach- bereitung in Minuten	Diese Tätigkeit...	Wie sicher fühlten Sie sich mit der Verantwortung bei der Durchführung der Tätigkeiten?
<input type="checkbox"/> Medikamentenmanagement				1= führe nur ich aus, weil ich eine VERAH bin 2= führe ich anders aus, weil ich eine VERAH bin 3= führen bei uns sowohl VERAH als auch MFA gleichermaßen durch 4= Anderes (bitte erläutern)	1=sehr sicher 2=eher sicher 3=eher unsicher 4=sehr unsicher
<input type="checkbox"/> Beurteilung des körperlichen Zustandes der Patientin/des Patienten					
<input type="checkbox"/> Beurteilung des psychischen Zustandes der Patientin/des Patienten					
<input type="checkbox"/> Impfmanagement					
<input type="checkbox"/> Case Management					
<input type="checkbox"/> Geriatrisches Assessment					
<input type="checkbox"/> Patientenschulung					
<input type="checkbox"/> Wundmanagement					
<input type="checkbox"/> Routine- und Kontrolluntersuchungen					
<input type="checkbox"/> Diagnostische/medizinische Tätigkeiten					
<input type="checkbox"/> Früherkennungsleistungen					
<input type="checkbox"/> Anderes (bitte spezifizieren)					
<input type="checkbox"/> Anderes (bitte spezifizieren)					
<input type="checkbox"/> Anderes (bitte spezifizieren)					

#### IV.1.2 Tätigkeitsprotokolle (Seite 2 – Rückseite)

<b>Nur für Hausbesuche</b>	Dauer Fahrtzeit (Hin- und Rückweg zusammen)		_____ Minuten
	Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> VERAHmobil	<input type="checkbox"/> eigener Pkw
		<input type="checkbox"/> Anderes: _____	
<b>Nur für Hausbesuche</b>	Dauer des Hausbesuchs (Nur die Zeit bei Patient/innen)		_____ Minuten
	Wurde ein Hausbesuchsprotokoll erstellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wurden Gespräche mit Angehörigen über die Patientin/den Patient geführt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte ergänzen Sie folgende Angaben zur Patientin/zum Patienten:			
<b>Welchem HzV-Vertrag gehört die Patientin/der Patient an?</b>	<input type="checkbox"/> AOK Baden Württemberg <input type="checkbox"/> Anderer HzV-Vertrag: _____		
<b>Wie ist die Wohnsituation?</b>	<input type="checkbox"/> alleinlebend in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> mit Partner/in oder mit Familie <input type="checkbox"/> Alten- oder Pflegeheim <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> Anderes: _____		
<b>Existiert eine Pflegestufe?</b>	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> noch keine, aber beantragt <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III		
<b>Anzahl Dauermedikamente</b>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> falls Patient/in keine Dauermedikation erhält, bitte 00 eintragen		
<b>Dauerdiagnosen (bitte ICD-10 Verschlüsselung für alle Dauerdiagnosen angeben)</b>	_____ _____ _____ _____		
<b>Nimmt die Patientin/ der Patient an DMP teil?</b>	<input type="checkbox"/> der Patient ist in kein DMP eingeschrieben <input type="checkbox"/> Asthma/COPD <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II <input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> weiß nicht		

### IV.1.3 Zusatzerhebung zur Studie jeweils nach 15 Protokollen

Institut für Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7  
D-60590 Frankfurt am Main  
Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M.  
Gerlach, MPH



Tel.: (069) 6301-6281  
Fax.: (069) 6301-6014  
mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

#### Zusatzerhebung zur Studie (jeweils nach 15 Protokollen)

<b>Bitte geben Sie drei Tätigkeiten an, bei denen die Patient/innen von Ihrer besonderen Qualifikation als VERAH am stärksten profitieren:</b> (Bitte schauen Sie sich dazu die Tätigkeiten bei den 15 vorherigen Tätigkeitsprotokollen noch einmal an und entscheiden Sie dann)	
<b>Tätigkeit A</b>	Bitte beschreiben Sie kurz die Tätigkeit, von der die Patient/innen profitieren:
	Beschreiben Sie bitte kurz, inwiefern die Patient/innen von dieser Tätigkeit profitiert:
<b>Tätigkeit B</b>	Bitte beschreiben Sie kurz die Tätigkeit, von der die Patient/innen profitieren:
	Beschreiben Sie bitte kurz, inwiefern die Patient/innen von dieser Tätigkeit profitiert:
<b>Tätigkeit C</b>	Bitte beschreiben Sie kurz die Tätigkeit, von der die Patient/innen profitieren:
	Beschreiben Sie bitte kurz, inwiefern die Patient/innen von dieser Tätigkeit profitiert:
<b>Platz für Bemerkungen</b>	

## IV.1.4 Sozioökonomische Zusatzbefragung der VERAH

Zusatzerhebung zur Evaluation des VERAH Einsatzes 2.0

VERAH-ID:

--	--	--

### Evaluation des VERAH Einsatzes 2.0 in der HzV- Versorgung Telefoninterview

<b>Name Interviewer</b>	
<b>Datum des Interviews</b> (tt/mm/jjjj)	

#### Teil A - Soziodemografische Daten

<b>1 Geschlecht der VERAH?</b> <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich					
<b>2 Privatanschrift VERAH: (wird für die Rechnung benötigt)</b> Straße, PLZ, Ort: _____ <b>Nur falls VERAH das will:</b> Private Telefon-Nummer _____ und E-Mail: _____					
<b>3 In welchem Jahr sind Sie geboren?</b> Geburtsjahr: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
<b>4 Welcher ist der höchste Schulabschluss, den Sie erworben haben?</b> <input type="checkbox"/> Volksschule/Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Kein Abschluss					
<b>5 Welche Berufsausbildung haben Sie?</b> <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte <input type="checkbox"/> Arzthelferin <input type="checkbox"/> Medizinisch technische Assistentin (MTA, auch MTLA, MTLA, etc.) <input type="checkbox"/> Gesundheits-/ Krankenpflege <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung					

--	--	--

**6 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?** Deutsch Andere: \_\_\_\_\_**7 Wo sind Sie geboren?**

Eigenes Geburtsland:

 Deutschland Anderes: \_\_\_\_\_**8 Wo sind Ihre Eltern geboren?****Geburtsland des Vaters:** Deutschland Anderes: \_\_\_\_\_**Geburtsland der Mutter:** Deutschland Anderes: \_\_\_\_\_**9 Falls VERAH keine Deutsche ist oder nicht in Deutschland geboren ist:****Nutzen Sie Ihren kulturellen Hintergrund um die Patientenbetreuung zu unterstützen?** Nein Ja

Falls ja: Wie oft kommt das z.B. pro Woche bzw. pro Monat vor? \_\_\_\_\_ x pro Woche/Monat

**10 Falls VERAH keine Deutsche ist oder nicht in Deutschland geboren ist:****Wie oft kommt es vor, dass Sie als Übersetzerin/Dolmetscherin in der Patientenbetreuung tätig werden?** Überhaupt nicht \_\_\_\_\_ x pro Woche/Monat

--	--	--

## Teil B – Praxisstrukturdaten

<p><b>11 Teilnahme an Phase II der Evaluation des VERAH-Einsatzes?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p>						
<p><b>12 Teilnahme an Phase III der Evaluation des VERAH-Einsatzes?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p>						
<p><b>13 Sind Sie in der Praxis auch per E-Mail zu erreichen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>E-Mail: _____</p>						
<p><b>14 In welcher Praxisform arbeiten Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis (weiter mit Frage 16)      <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis      <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>						
<p><b>15 Falls mehrere Ärzte in der Praxis sind:</b></p> <p>Mit welchem Arzt arbeiten Sie am häufigsten zusammen, wenn es um Ihre VERAH-Qualifikation geht?</p> <p><input type="checkbox"/> Dem Arzt, der auch die EV unterschrieben hat</p> <p><input type="checkbox"/> Einem anderen Arzt und zwar folgendem _____</p> <p><input type="checkbox"/> Es gibt keinen Unterschied/mit allen gleichermaßen</p>						
<p><b>16 Welcher Fachrichtung gehört die Praxis an, in der Sie arbeiten?</b> (Bei mehreren Ärzten in der Praxis bitte Bezug nehmen auf den Arzt, der EV unterschrieben hat).</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin      <input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist</p> <p><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>						
<p><b>17 Wie viel Stunden arbeiten Sie pro Woche?</b> _____ Anzahl Stunden</p> <p>das ist eine:      <input type="checkbox"/> Vollzeitstelle      <input type="checkbox"/> Teilzeitstelle</p>						
<p><b>18 Wieviel Personal hat die Praxis in der Sie arbeiten?</b></p> <p>Anzahl der Ärzte (insg.): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Stellen der Ärzte als Vollzeitäquivalent:</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Stellen als Vollzeit und</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Stellen als Teilzeit mit _____ % Stellenanteil</p>						

--	--	--

**19 Anzahl der MFA** (insgesamt, inkl. Auszubildender/geringfügig Beschäftigter/400-Euro-Job, sonstige, **ohne** Reinigungskräfte)

Stellen der MFA als Vollzeitäquivalent:

--	--

Stellen als Vollzeit und

--	--

Stellen als Teilzeit mit \_\_\_\_\_ % Stellenanteil

(Eine Vollzeitstelle entspricht einer Stundenzahl von 38,5 Wochenarbeitsstunden; eine Auszubildende wird mit einer Wochenstundenarbeitszeit von 23 Stunden angerechnet)

**20 Wie viele der in Ihrer Praxis beschäftigten MFA (ggf. einschließlich Ihnen) haben einen Migrationshintergrund** (d.h. sind selbst nicht in Deutschland geboren oder mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren)?

MFA

--	--

Weiß ich nicht

**21 Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?**

Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern

Größere Kleinstadt mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern

Ländliche Kleinstadt mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern

Dörfliche Siedlung mit weniger als 5.000 Einwohnern

Weiß ich nicht (dann bitte PLZ und Wohnort notieren): \_\_\_\_\_

**22 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in dieser Praxis?**

--	--

 Jahre

**Falls weniger als ein Jahr, bitte Monate eintragen:**

--	--

 Monate

**23 Geschlecht teilnehmender HzV-Arzt** (Bei mehreren Ärzten in der Praxis bitte Bezug nehmen auf den Arzt, der EV unterschrieben hat).  Weiblich  Männlich

**24 Alter teilnehmender HzV-Arzt** (Bei mehreren Ärzten in der Praxis bitte Bezug nehmen auf den Arzt, der EV unterschrieben hat).

\_\_\_\_\_ Alter in Jahre oder \_\_\_\_\_ Geburtsjahr

**25 Dauer der Berufsausübung des Arztes** (Bei mehreren Ärzten in der Praxis bitte Bezug nehmen auf den Arzt, der EV unterschrieben hat).

\_\_\_\_\_ Jahre oder Jahr der Niederlassung \_\_\_\_\_

--	--	--

**26 Wie hoch war die Anzahl der KV-Scheine im letzten Quartal?**

- bis 499
- 500 bis 999
- 1.000 bis 1.499
- 1.500 bis 1.999
- 2.000 und mehr
- weiß ich nicht

**Teil C – Einsatz der VERAH**

**27 Wie viele Berufsjahre haben Sie insgesamt nach Abschluss Ihrer Ausbildung zur MFA gearbeitet?**

--	--

 Jahre

**28 Falls Sie keine Ausbildung zur MFA/Arzthelfer/in haben: Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als MFA/Arzthelferin?** Seit 

--	--

 Jahren

**29 VERAH-Weiterbildung**

Wann haben Sie Ihre VERAH-Weiterbildung abgeschlossen (MM/JJJJ) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**30 VERAH-Weiterbildung**

Haben Sie VERAH-plus Module absolviert?  nein  ja, und zwar folgende:

- Palliative Care häusliche Sterbebegleitung
- Pflegeversicherung und mehr: Patientenberatung und Antragswesen
- Entlastung für Patient und Praxis: Schulung zur Selbstmessung
- Demenz
- Burn-Out
- Workshop Ulcus Cruris/ Dekubitus
- Schmerzmanagement in der Hausarztpraxis
- Andere: \_\_\_\_\_

**31 Wie viele MFA (einschließlich Ihnen) haben in Ihrer Praxis eine Weiterbildung zur VERAH abgeschlossen?**

--	--

 MFA  Weiß ich nicht

--	--	--

**32 Wie viele MFA befinden sich zurzeit in Weiterbildung zur VERAH?**

--	--

MFA  Weiß ich nicht

**33 Erhalten Sie seit Ihrer VERAH-Weiterbildung für Ihre Arbeit ein höheres Gehalt?**

- Ja, aufgrund meiner Qualifikation
- Ja, aber nur, weil ich meine reguläre Arbeitszeit erhöht habe (z.B. Teilzeit auf Vollzeit)
- Nein

**34 Nutzen Sie in Ihrer Praxis ein VERAHmobil?**

- Ja, ein VERAHmobil       Ja, mehrere VERAHmobile (Anzahl notieren) \_\_\_\_\_
- Nein       Weiß ich nicht

**35 Falls ja, nutzen Sie das VERAHmobil auch privat?**

- Ja       Nein

<b>36 Seit Sie als VERAH in dieser Praxis tätig sind, ...</b>	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/ teils	stimme zu	stimme völlig zu
... werden Sie öfter als vorher von Ihrem Chef bei Entscheidungen in der Patientenversorgung eingebunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... funktioniert die Zusammenarbeit mit Ihrem Chef besser als vorher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat Ihr Chef eine deutliche Zeitentlastung, durch die Tätigkeiten, die Sie ihm abnehmen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich die Patientenversorgung durch Ihre VERAH-Tätigkeit insgesamt verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

## Teil D - Fragen zur Praxisorganisation

Ressourcen	
<b>37</b> Ist die Telefonzentrale Ihrer Praxis von der Anmeldung abgetrennt? (D. h. ist der Telefon-Arbeitsplatz in einem anderen Raum untergebracht als die Anmeldung?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<b>38</b> Haben Sie eine eigene Hausbesuchstasche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<b>39</b> Nutzen Sie ein Diensthandy?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<b>40</b> Nutzen Sie ein iPad/Tablet für Hausbesuche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<b>41</b> Haben Sie die Möglichkeit mit einem HzV-Patienten ungestört in der Praxis sprechen zu können? (z.B. in einem separaten Raum/freier Behandlungsraum)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
<b>42</b> Haben Sie die Möglichkeit mit einem HzV-Patienten ungestört ein Telefonat führen zu können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht
Organisationsstrukturen / Praxisorganisation	
<b>43</b> Existiert außer der VERAH-Tätigkeit ein bestimmter Tätigkeitsbereich, für den ausschließlich Sie als VERAH tätig/zuständig sind?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar folgender: _____	
<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht	
<b>Oder würden Sie eher sagen:</b>	
<input type="checkbox"/> In unserer Praxis wird jede MFA einschließlich der VERAH in jedem Tätigkeitsbereich eingesetzt	
<b>44</b> Werden regelmäßige Personalgespräche zur Personalentwicklung <b>für alle Mitarbeiter/innen</b> durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

--	--	--

**45** Ist in Ihrer Praxis eine **nichtärztliche** Führungskraft, für folgende Bereiche zuständig?

... für das Personalmanagement?

Ja, ich       Ja, eine andere Person       Nein       Weiß ich nicht

... für das Qualitätsmanagement?

Ja, ich       Ja, eine andere Person       Nein       Weiß ich nicht

Als Hygienebeauftragte?

Ja, ich       Ja, eine andere Person       Nein       Weiß ich nicht

Für das Praxismanagement?

Ja, ich       Ja, eine andere Person       Nein       Weiß ich nicht

**46** Sind Sie allgemein mit der Aufteilung der Organisation in Ihrer Praxis zufrieden?

Ja, sehr zufrieden

Ja, eher zufrieden

Nein, eher nicht zufrieden

Nein, überhaupt nicht zufrieden

**47** Sind Sie allgemein mit der Aufteilung der Verantwortlichkeiten in Ihrer Praxis zufrieden?

Ja, sehr zufrieden

Ja, eher zufrieden

Nein, eher nicht zufrieden

Nein, überhaupt nicht zufrieden

**48** Werden in Ihrer Praxis regelmäßige Teamsitzungen abgehalten?

**49**  Ja                       Nein                       Weiß ich nicht

**Falls ja:** Wie viele Teamsitzungen fanden in den letzten 12 Monaten statt? \_\_\_\_\_

--	--	--

**Qualitätsmanagement****50 Wird in der Praxis, in der Sie jetzt tätig sind, Qualitätsmanagement durchgeführt?**

- Ja, seit 

--	--

 Jahren
- Ja, aber ich weiß nicht seit wie vielen Jahren
- Nein, aber wir sind dabei ein Qualitätsmanagement einzuführen
- Nein, es wird kein Qualitätsmanagement durchgeführt
- Ich weiß nicht, ob Qualitätsmanagement durchgeführt wird

**51 Ist Ihre Praxis bezüglich des Qualitätsmanagements zertifiziert?**

- Ja, seit 

--	--

 Jahren
- Ja, wir sind re-zertifiziert seit 

--	--

 Jahren
- Ja, wir sind zertifiziert aber ich weiß nicht seit wie vielen Jahren
- Nein, aber wir sind in Vorbereitung zur Zertifizierung
- Nein, wir sind nicht zertifiziert
- Ich weiß nicht, ob die Praxis zertifiziert ist



## IV.1.5 Erfassung der Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Bitte geben Sie an, wie unzufrieden oder zufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden).

	Sehr <u>un</u> zufrieden				Sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Physische Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>						
Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>						
Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen	<input type="checkbox"/>						
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen	<input type="checkbox"/>						
Ihrem Einkommen	<input type="checkbox"/>						
Die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/>						
dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben	<input type="checkbox"/>						
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>						

**Bei wie vielen Patienten pro Quartal wurde im letzten Jahr die VERAH-Pauschale abgerechnet?** (Bitte Anzahl der abgerechneten Patienten eintragen)

4. Quartal 2013	<input type="text"/>	Patienten
3. Quartal 2013	<input type="text"/>	Patienten
2. Quartal 2013	<input type="text"/>	Patienten
1. Quartal 2013	<input type="text"/>	Patienten

(Bitte aus dem Informationsbrief entnehmen, den Sie am Ende des Quartals von den Krankenkassen bekommen – dort sind alle HzV-Versicherte aufgelistet und es ist aufgelistet, wie häufig die Pauschale P3 (Chroniker-Pauschale) abgerechnet wurde)

## IV.2 Phase II

### IV.2.1 Patientenfragebogen



Praxis-ID

Patienten-ID (aus Praxissoftware)

## Fragebogen Patientin/Patient

Liebe Patientin, lieber Patient\*,

vielen Dank, dass Sie an dem Forschungsprojekt zur

**„Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V  
in Baden-Württemberg (2013-2016)“**

teilnehmen, welches vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt wird.



Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir etwas über **die Versorgung durch die Arzhelferinnen / Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Versorgungsassistentinnen in Ihrer Hausarztpraxis (VERAH) erfahren**. Damit sind alle gemeint, die an Ihrer Versorgung beteiligt sind, alle **außer** der Ärztin bzw. dem Arzt.

Das Ausfüllen dauert ungefähr **15 Minuten**.

- ◆ Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- ◆ Ihre Angaben werden selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt, **anonym ausgewertet** und **nicht an Dritte** (auch nicht an Ihren Hausarzt) weitergegeben.
- ◆ Bei einigen Fragen besteht die Antwortkategorie „nicht zutreffend“. Bitte kreuzen Sie diese Antwortmöglichkeit an, wenn Sie die Leistung nicht erhalten haben.

**Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

**Bitte wenden Sie sich an:**

Karola Mergenthal, Tel. 069-6301 6281 / Mareike Leifermann, Tel. 069-6301 7268  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

## Angaben zu Ihrer Person

<p><b>1. Leben Sie allein oder zusammen mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Allein (im Privathaushalt)</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Ehepartner/Partner (im Privathaushalt oder im betreuten Wohnen)</p> <p><input type="checkbox"/> Mit anderen Angehörigen (im Privathaushalt)</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Sonstigen (im Privathaushalt)</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Altenheim</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeheim</p>
<p><b>2. Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Von der Schule abgegangen ohne Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)</p> <p><input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)</p> <p><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. erweiterte Oberschule (EOS), auch EOS mit Lehre)</p> <p><input type="checkbox"/> Einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____</p>
<p><b>3. Welchen <u>höchsten</u> beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keinen beruflichen Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)</p> <p><input type="checkbox"/> Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Techniker-, Berufsschule oder Fachakademie</p> <p><input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Einen anderen Abschluss, und zwar: _____</p>
<p><b>4. Wohnort: Leben Sie in einer...?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Größeren Kleinstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Ländlichen Kleinstadt (5.000 bis unter 20.000 Einwohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Dörflichen Siedlung (weniger als 5.000 Einwohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich kann dazu keine genauen Angaben machen</p>

## Fragebogen Patient

<p><b>Bitte tragen Sie das heutige Datum ein:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>    <input type="text"/> <input type="text"/>    2014  T T            M M </p>
<p>Im Folgenden möchten wir Ihnen gerne 5 Fragen zu Ihrer allgemeinen Befindlichkeit stellen. Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren <b>heutigen Gesundheitszustand</b> am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.</p>
<p><b>5. Beweglichkeit/Mobilität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden</p>
<p><b>6. Für mich selbst sorgen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen</p>
<p><b>7. Alltägliche Tätigkeiten</b> (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- und Freizeitaktivitäten)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</p>
<p><b>8. Schmerzen/körperliche Beschwerden</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden</p>
<p><b>9. Angst/Niedergeschlagenheit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert</p>

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Ihr heutiger  
 Gesundheitszustand

**Bester  
 denkbarer  
 Gesundheitszustand**



**Schlechtester  
 denkbarer  
 Gesundheitszustand**

--	--

Wird von der Studienzentrale ausgefüllt

10. Haben Sie im letzten Jahr eine der folgenden Leistungen durch **Arzthelferinnen/ MFA** erhalten?

Im letzten Jahr hat eine <b>Arzthelferin/MFA</b> ; <b>nicht</b> der Hausarzt ....	Ja	Nein
... bei mir einen Hausbesuch durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei mir einen Gedächtnistest oder Test zur Gehfähigkeit durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich nach Problemen mit meinen Medikamenten oder nach Nebenwirkungen gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir einen schriftlichen Medikamentenplan mitgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen Medikamentenplan mit den tatsächlichen Einnahmen verglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich zu einer Patientenschulung eingeladen oder ermuntert, an einer Patientenschulung teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit mir eine Patientenschulung (z.B. Diabetes-Schulung, Ernährungsberatung o.ä.) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich gefragt, wie meine Erkrankung mein Leben beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit mir einen Plan für meine Behandlung besprochen, den ich in meinem Alltag umsetzen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit mir über Probleme in der Familie/im häuslichen Umfeld gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir erklärt, wie ich mit meiner Erkrankung auch in schwierigen Phasen umgehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich auch zwischen den Arztbesuchen kontaktiert, um sich nach meinem Zustand zu erkundigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich an anstehende Untersuchungen oder bevorstehende Termine erinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Angehörigen mit in die Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für mich Kontakt zu einer Betreuungsstelle hergestellt (z.B. Pflegedienst, Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für mich den Kontakt zu einem anderen Arzt (z.B. Facharzt) hergestellt (z.B. Terminvereinbarung o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich bei einer Antragstellung unterstützt (z.B. Kurantrag, Pflegestufe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Im folgenden Fragebogen finden Sie Aussagen über die Betreuung durch **Arzthelferinnen/ MFA** in ihrer Hausarztpraxis.

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

	Ja	Nein	Kann ich nicht beurteilen
Im Gespräch mit der Arzthelferin/MFA konnte ich alle für mich wichtigen Punkte ansprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine feste Ansprechpartnerin unter den Arzthelferinnen/MFA, die mich regelmäßig betreut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arzthelferinnen/MFA haben mir während des Praxisbesuchs das Gefühl vermittelt, Zeit für mich zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens eine der Arzthelferinnen/MFA in dieser Praxis ist eine kompetente Ansprechpartnerin für Gesundheitsfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir gut vorstellen, dass Arzthelferinnen/MFA noch weitere Aufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arzthelferinnen/MFA haben in der Regel alle notwendigen Informationen zu meiner Erkrankung vorliegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal fällt es mir leichter ein Thema bei einer Arzthelferin/MFA anzusprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der Betreuung durch Arzthelferinnen/MFA kann ich mir auch mal einen Arztkontakt ersparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn die Arzthelferin/MFA sich gut auskennt, frage ich lieber bei ihr nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Vertrauen mindestens eine Arzthelferin/MFA in dieser Hausarztpraxis ist sehr hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens eine der Arzthelferinnen/MFA übernimmt bei mir Hausbesuche, die früher vom Arzt selbst durchgeführt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ausreichend, wenn der Arzt mir nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf einen Hausbesuch abstattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie viele Informationen haben Sie über Ihre derzeitige Erkrankung und Behandlung im letzten Jahr durch **Arzthelferinnen/MFA** in Ihrer Hausarztpraxis erhalten?

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

	Gar keine	Wenig	Mäßig	Viel
Über medizinischer Untersuchungen oder Behandlungen, die Sie hatten oder möglicherweise noch haben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mögliche Nebenwirkungen Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mögliche Auswirkungen der Behandlung auf ihr Sozialleben und Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung von Alltagstätigkeiten (z.B. Gehhilfen, Toiletten-sitzerhöhung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. ambulante Krankenpflege)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Rehabilitationsdienste (z.B. Physiotherapie, Beschäftigungstherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Aspekte der Bewältigung Ihrer Erkrankung zu Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über unterschiedliche Pflegeeinrichtungen (Krankenhäuser, Alten- oder Pflegeheime)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Dinge, die Sie selbst tun können, um Ihr Wohlbefinden zu verbessern (z.B. Ernährung, Bewegung, Ausruhen, Kontakt mit anderen Menschen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mögliche zusätzliche Sozialleistungen (z.B. Pflegestufe, Minderung der Erwerbstätigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mit folgenden Fragen möchten wir etwas darüber erfahren, wie **zufrieden** Sie im letzten Jahr mit Ihrer Hausarztpraxis waren.

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

	Schlecht					Ausgezeichnet	Nicht zutreffend
	1	2	3	4	5		
Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie haben die Arzthelferinnen/MFA Sie darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie haben die Arzthelferinnen/MFA Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie die Betreuung durch die Arzthelferinnen/MFA bei Hausbesuchen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie haben die Arzthelferinnen/MFA Sie in Entscheidungen über Ihre Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie die Möglichkeit, mit dem Arzthelferinnen/MFA über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie die Angebote, die die Arzthelferinnen/MFA Ihnen zur Krankheitsvorbeugung gemacht hat (z.B. Vorsorge, Impfung, Check up u. ä.)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie haben die Arzthelferinnen/MFA Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie das Interesse der Arzthelferinnen/MFA an Ihrer persönlichen Situation?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie sind die Arzthelferinnen/MFA auf Ihre Sorgen im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung eingegangen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Wie bewerten Sie insgesamt die Betreuung durch die Arzthelferinnen/MFA?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

**14. Sind Sie im letzten Jahr durch **Arzthelferinnen/MFA** in Ihrer Hausarztpraxis zu Ihrem **Gesundheitsverhalten** beraten worden?**

Immer wenn Sie ein „Ja“ ankreuzen, bitte auch die rechte Spalte dazu ausfüllen.	Haben Sie dadurch Ihr Verhalten ändern können?				
	Nein / Trifft nicht zu	Ja	→	Ja	Nein
Beratung zu Ihrer Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Ihren sportlichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Ihrem Rauchverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Ihrem Impfschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu Ihrem Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur Stressbewältigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur Notwendigkeit von regelmäßigen Tabletteneinnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur Notwendigkeit von regelmäßigen Arztkontrollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zur Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu etwas anderem, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits Patient in dieser Hausarztpraxis?**

- Weniger als 1 Jahr  
 Ein Jahr  
 Länger als ein Jahr und zwar etwa   Jahre

### 16. Fragen zur Medikamenteneinnahme

**Nehmen Sie dauerhaft vom Arzt verordnete Medikamente ein?**

- Nein.** Vielen Dank. Der Fragebogen endet hier.  
 **Ja.** Bitte weiter mit Frage 17

### 17. Fragebogen zur Medikamenteneinnahme

Viele Leute nehmen ihre Medikamente so ein, wie sie am besten damit zurechtkommen. Dies weicht vielleicht von dem ab, was der Arzt Ihnen gesagt hat oder von dem, was im Beipackzettel steht.

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, wie Sie selbst Ihre Medikamente einnehmen.

Hier finden Sie Aussagen anderer Leute zur Medikamenteneinnahme.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das bei Ihnen am ehesten zutrifft.

Ihre eigene Art, Medikamente einzunehmen	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. Ich vergesse sie einzunehmen	<input type="checkbox"/>				
2. Ich verändere die Dosis	<input type="checkbox"/>				
3. Ich setze sie eine Zeitlang aus	<input type="checkbox"/>				
4. Ich lasse bewusst eine Dosis aus	<input type="checkbox"/>				
5. Ich nehme weniger als verordnet ein	<input type="checkbox"/>				

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme**

Wenn Sie fertig sind, legen Sie den Fragebogen bitte in den **beigefügten Umschlag** und geben diesen **verschlossen** an die Medizinische Fachangestellte / Arzthelferin in Ihrer Hausarztpraxis zurück.

Quellenangaben:

Frage 5 bis 9: Deutsche Fassung EQ-5D-3L; 1995 Euro Qol Group, EQ-5D™

Frage 17: ©Rob Horne. MARS-D Übersetzung durch die Abteilung  
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung und Abteilung Innere  
Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des  
Universitätsklinikums Heidelberg.

## IV.2.2 Fragebogen für VERAH/MFA

Praxis-ID



### Fragebogen Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte

Liebe Arzthelferin, liebe Medizinische Fachangestellte, liebe VERAH,

vielen Dank, dass Sie an dem Forschungsprojekt zur

#### **„Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)“**

teilnehmen, welches vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt wird.

Ziel der Studie ist die Untersuchung der Tätigkeitsübertragung an Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte bzw. Versorgungsassistentinnen (VERAH) in der Hausarztpraxis und die Auswirkungen für die Patienten.

Mit diesem Fragebogen erheben wir ergänzende Angaben zu Ihrer Person, zur Delegation von Tätigkeiten, zur Praxisstruktur und zu Organisationsaspekten in Ihrer Praxis.

Das Ausfüllen dauert etwa 10 Minuten.

#### **Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise**

- Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt, **anonym ausgewertet** und **nicht an Dritte** weitergegeben.

**Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

**Bitte wenden Sie sich an:**

Karola Mergenthal, Tel. 069-6301 6281 / Mareike Leifermann, Tel. 069-6301 7268  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

\* Für eine bessere Lesbarkeit steht im Folgenden die verwendete männliche Form auch für die weibliche, sowie die verwendete weibliche Form auch für die männliche.



Praxis-ID

Datum   20   
T T M M J J

**1. Ihr Geschlecht:**

Weiblich  Männlich

**2. Ihr Alter (in Jahren):**

**3. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 10.Klasse (vor 1965: 8.Klasse)
- Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. erweiterte Oberschule (EOS), auch EOS mit Lehre)
- Einen anderen Schulabschluss, und zwar: \_\_\_\_\_

**4. Welchen Berufsabschluss haben Sie?**

- Medizinische/r Fachangestellte/r
- Arzthelfer/in
- Medizinisch technische/r Assistent/in (MTA, auch MTLA, MTLRA, etc.)
- Gesundheits-/ Krankenpfleger/in
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Keinen Berufsabschluss

**5. Haben Sie eine Zusatzqualifikationen erlangt (z.B. Diabetes-Beraterin, Ernährungs-Beraterin o.ä.)?**

- ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- nein



<p><b>6. Seit wann arbeiten Sie in dieser Praxis (Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme)?</b></p> <p><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>  M M      J J    J J</p>
<p><b>7. Dauer der Tätigkeit als MFA/Arzthelferin insgesamt, inklusive Ausbildung (falls keine o.g. Ausbildung: Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in diesem Beruf)?</b></p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Jahre</p>
<p><b>8. Mit welchem Stundenumfang sind Sie zurzeit in der Praxis angestellt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> mit <input type="text"/><input type="text"/> Stunden pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> auf 400,- Euro-Basis (geringfügige Beschäftigung) mit <input type="text"/><input type="text"/> Stunden pro Woche</p>
<p><b>9. In welcher Praxisform arbeiten Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>
<p><b>10. Welcher Fachrichtung gehört die Praxis an, in der Sie arbeiten?</b>  (Bei mehreren Ärzten in der Praxis bitte Bezug nehmen auf den Arzt, der die Einverständniserklärung unterschrieben hat).</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Hausärztlich tätiger Internist</p> <p><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>
<p><b>11. Wieviel Personal hat die Praxis in der Sie arbeiten?</b></p> <p>Anzahl der Ärzte (insg.): <input type="text"/><input type="text"/> <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht</p>
<p><b>12. Anzahl der MFA</b> (insgesamt, inkl. Auszubildender/geringfügig Beschäftigter/400-Euro-Job, sonstige, <b>ohne</b> Reinigungskräfte)</p> <p>Anzahl der MFA (insg.): <input type="text"/><input type="text"/> <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht</p>
<p>Anzahl der MFA, die eine VERAH-Qualifizierung haben (ggf. einschließlich Ihnen): <input type="text"/><input type="text"/></p>



**16. Qualitätsmanagement findet in (fast) jeder Praxis Anwendung. Mit den folgenden Fragen wollen wir herausfinden, wie stark Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis etabliert ist.**

	Ja	Nein	Weiß nicht
Ist Ihre Praxis zertifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal einen Qualitätszirkel besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuchen Sie regelmäßig MFA- oder VERAH-Qualitätszirkel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Praxis eine Qualitätsmanagement-Beauftragte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Praxis regelmäßig Praxisbesprechungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Praxis eine Arbeitsplatzbeschreibung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in Ihrer Praxis schon einmal eine Patientenbefragung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiert in Ihrer Praxis ein Fehlerbuch / Fehlermanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiert in Ihrer Praxis ein Jahresplan in Bezug auf die Beschäftigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existieren in Ihrer Praxis für die wichtigsten Vorgänge Checklisten (SOPs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiert es in Ihrer Praxis ein Qualitätsmanagement-Handbuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in Ihrer Praxis regelmäßig (mindestens einmal pro Jahr) Personalgespräche zur Personalentwicklung für alle Mitarbeiter durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Tätigkeiten. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, wie oft Sie diese Tätigkeit durchführen.**

Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen

	Nie	1-10 Mal pro Jahr	1-10 Mal pro Monat	1-10 Mal pro Woche	>10 Mal pro Woche
Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung eines geriatrischen Assessments (z.B. Beurteilung der Sturzgefährdung, Time Up & Go, Mini-Mental-State-Test, Uhrentest o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfmanagement (z. B. Erstellen von Impfplänen/ Impfaufklärung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenmanagement (z. B. Vergleich der verordneten Medikation mit der tatsächlichen Einnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung (z.B. Diabetes-Schulungen, Ernährungsberatung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundmanagement (z.B. Verbandwechsel bei Ulcus cruris o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung diagnostischer Parameter (Blutdruck, Blutzucker o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des körperlichen Zustandes des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des psychischen Zustandes des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Krankheitssymptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von medizinisch relevanten Ergebnissen (Stürzen, Änderung des sozialen Umfeldes o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Tätigkeiten (z. B. Blutentnahmen, Injektionen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

**Die folgenden Fragen betreffen Ihre Tätigkeiten. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, wie oft Sie diese Tätigkeit durchführen.**

Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen

Fortsetzung von Frage 17.	Nie	1-10 Mal pro Jahr	1-10 Mal pro Monat	1-10 Mal pro Woche	>10 Mal pro Woche
Erhebung von Assessments (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung eines Hilfeplanes gemeinsam mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung der Patienten bei der Koordination und Organisation ihrer Behandlung (z.B. durch andere Ärzte und Institutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bezüglich der Patientenversorgung (z.B. Sozialstation, Pflegedienst o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung eines Re-Assessments (Kontrollerhebung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Welche der folgenden Personen ist für bestimmte Bereiche in Ihrer Praxis zuständig?**

Mehrfache Nennungen möglich

	Ich	Eine andere MFA	Der Arzt	Keiner speziell	Weiß nicht
Für das Personalmanagement?	<input type="checkbox"/>				
Für das Qualitätsmanagement?	<input type="checkbox"/>				
Als Hygienebeauftragte?	<input type="checkbox"/>				
Für das Praxismanagement?	<input type="checkbox"/>				

**19. Im folgenden Fragebogen bitten wir Sie um eine Einschätzung Ihres Anteils an der Versorgung der Patienten.**

Für wie hoch schätzen Sie Ihren Anteil an...?	Sehr gering	Gering	Mäßig	Hoch	Sehr hoch
dem Wohlbefinden der Patienten	<input type="checkbox"/>				
der medizinischen Versorgung der Patienten	<input type="checkbox"/>				
dem Heilungsprozess der Patienten	<input type="checkbox"/>				
der Bindung der Patienten an die Praxis	<input type="checkbox"/>				

**21. Jeder Mensch hat einen eigenen Arbeitsstil.  
Wie würden Sie Ihren Arbeitsstil beschreiben?**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	teils / teils	trifft eher zu	trifft zu
Organisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harmonisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaotisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkorrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zupackend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfektionistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fürsorglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufopfernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht einmischend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoritär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--

## 20. Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit

Bitte geben Sie an, wie unzufrieden oder zufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden).

	Sehr <u>un</u> zufrieden				Sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Physische Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>						
Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>						
Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen	<input type="checkbox"/>						
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen	<input type="checkbox"/>						
Ihrem Einkommen	<input type="checkbox"/>						
Die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können	<input type="checkbox"/>						
Ihren Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/>						
dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben	<input type="checkbox"/>						
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>						

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Wenn Sie fertig sind, stecken Sie den Fragebogen in den mitgelieferten Rückumschlag (evtl. gemeinsam mit dem Fragebogen, den die Ärzt/innen ausfüllen) und werfen ihn einfach in den nächsten Briefkasten.

Die Rücksendung ist für Sie kostenfrei.

**Quellenangaben:**

Frage 20: Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit:

Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology* 1979.

## IV.2.3 Fragebogen für Ärzte mit VERAH

Praxis ID:



### Fragebogen Ärztin/Arzt (mit VERAH)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Studie

#### **„Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)“**

teilnehmen, welche vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt wird.

Ziel der Studie ist die Untersuchung der Tätigkeitsübertragung an Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis, die Auswirkungen für die Patienten und ob Hausärzte entlastet werden können.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Ihrer **Person**, zur **Delegation** und Auswirkungen der Delegation auf Ihre **Tätigkeiten**.

Das Ausfüllen dauert 5-10 Minuten.

- ◆ Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- ◆ Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.
- ◆ Wenn Sie fertig sind, stecken Sie den Fragebogen in den mitgelieferten Rückumschlag (ggf. gemeinsam mit dem Fragebogen, den die MFA ausfüllt) und werfen ihn einfach in den nächsten Briefkasten. Die Rücksendung ist für Sie kostenfrei.

**Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

**Bitte wenden Sie sich an:**

Karola Mergenthal, Tel. 069-6301 6281 / Mareike Leifermann, Tel. 069-6301 7268

E-Mail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

E-Mail: [leifermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:leifermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Praxis ID:

1. Die folgenden Fragen betreffen die Delegation von Aufgaben an VERAH, Medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelferinnen.

**Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen.**

Ich delegiere folgende Tätigkeit nach Möglichkeit...	... nur an VERAH	... an VERAH oder MFA	... nur an MFA	... nie, da ich sie immer selbst durchführe	Entfällt, da wir diese Tätigkeit bei uns nicht durchführen
Impfmanagement (z.B. Erstellen von Impfplänen / Impfberatung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenmanagement (z.B. Vergleich der verordneten Medikation mit der tatsächlichen Einnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulungen (z.B. Diabetes-Schulungen oder Ernährungsberatung o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundmanagement (z.B. Verbandwechsel bei Ulcus cruris o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von diagnostischen Parametern (z.B. RR, Blutzucker o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten (z.B. im Rahmen von Hausbesuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des psychischen Zustandes von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Krankheitssymptomen von Patienten (z.B. anhand Fragebogen o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von medizinisch relevanten Ereignissen (z.B. Stürze, Änderungen des sozialen Umfelds o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von medizinischen Tätigkeiten (z.B. Blutentnahmen, Injektionen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von Assessments (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung eines Re-Assessments (Kontrollerhebung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung eines Hilfeplans gemeinsam mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

Ich delegiere folgende Tätigkeit nach Möglichkeit...	... nur an VERAH	... an VERAH oder MFA	... nur an MFA	... nie, da ich sie immer selbst durchführe	Entfällt, da wir diese Tätigkeit bei uns nicht durchführen
Hausbesuche mit umschriebenen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bezüglich der Patientenversorgung (z.B. Sozialstation, Pflegedienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung der Patienten bei der Koordination und Organisation ihrer Behandlung (z.B. durch andere Ärzte und Institutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung eines geriatrischen Assessments (z.B. Beurteilung der Sturzgefährdung, Mini-Mental- State-Test, Uhrentest o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

2.1 Bei den nächsten Fragen geht es darum,  
ob sich durch den Einsatz der VERAH **in Ihrer Praxis** etwas verändert hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Durch den Einsatz der VERAH hat sich Folgendes in <b>meiner Praxis</b> verändert ...	Nicht verändert	Weniger geworden	Mehr geworden
die Anzahl der Beratungsgespräche mit chronisch kranken Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Anzahl der Beratungsgespräche mit <b>Angehörigen</b> von chronisch kranken Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Anzahl der Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kontakte mit anderen medizinischen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kontakte mit pflegerischen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt die Belastung durch die Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Bei den nächsten Fragen geht es darum,  
ob sich durch den Einsatz der VERAH **für Sie persönlich** etwas verändert hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Durch den Einsatz der VERAH hat sich Folgendes <b>für mich persönlich</b> verändert ...	Nicht verändert	Weniger geworden	Mehr geworden
Zeit, die ich für wichtige medizinische Themen bei Patientenkontakten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für nicht so relevante medizinische Themen bei Patientenkontakten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Bürokratie / Dokumentation aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Hausbesuche aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Gespräche mit Angehörigen von Patienten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Kontakte zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

3. Delegation stellt auch Anforderungen an den Delegierenden. Bitte beschreiben Sie, wie gut es Ihnen in Ihrer Praxis gelingt folgende Aspekte der Delegation umzusetzen.

Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen.

Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen.

In unserer Praxis gelingt es in der Regel gut, dass ...	stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu
ich diejenigen Aufgaben, die ich delegieren kann, konsequent und rechtzeitig delegiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich durch eine stimmige Koordination gleichzeitig darauf achte, dass die Mitarbeiterin nicht durch ein Zuviel an delegierten Aufgaben überfordert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich alle im Praxisteam darüber in Kenntnis setze, dass bestimmte Aufgaben delegiert wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mitarbeiterin, an die ich delegiere, der Aufgabe gewachsen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich auch solche Aufgaben delegiere, die die Mitarbeiterin fordern und ihr vermitteln, dass Vertrauen in sie gesetzt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Verantwortungsbereiche klar abgegrenzt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mitarbeiterin die Aufgabenstellung in ihren eigenen Worten wiederholt und damit zeigt, dass sie klar verstanden hat und keine Fragen offen geblieben sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mitarbeiterin die Freiheit hat, die Aufgaben im Rahmen der kommunizierten Vorgaben auf ihre Art zu lösen, sofern keine Pflichten und Regeln verletzt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alle benötigten Unterlagen, Vorgänge etc. der Mitarbeiterin zur Verfügung stehen – sie möglichst auf demselben Informationsstand ist, wie ich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich der Mitarbeiterin jederzeit Hilfestellung gebe, sollte dies erforderlich sein – sie wird in ihrem Tun gefördert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich Ablauf- und Erfolgskontrollen durchführe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich auf ein ständiges Über-die-Schulter-Schauen verzichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich mit Lob nach einer zur Zufriedenheit erledigten Aufgaben nicht spare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mitarbeiterin konstruktive Kritik in Form von konkreten Vorschlägen, wie sie eine Aufgabe in Zukunft besser erledigen kann, von mir erhält, falls die Aufgabe nicht zufriedenstellend erledigt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

### Angaben zu Ihrer Person

<b>4. Sind Sie ...?</b>
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
<b>5. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an:</b>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6. Wie lange praktizieren Sie als niedergelassene/r Ärztin/Arzt?</b>
Seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
<b>7. Seit wie vielen Jahren sind Sie in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben?</b>
Ich bin seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Quellennachweis:**

Fragen Nr. 3: Fragen adaptiert nach einer Checkliste „Was Sie beim Delegieren von Aufgaben beachten müssen“ vom VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft AG

## IV.2.4 Fragebogen für Ärzte ohne VERAH

Praxis ID:



### Fragebogen Ärztin/Arzt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Studie

### „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016)“

teilnehmen, welche vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt wird.

Ziel der Studie ist die Untersuchung der Tätigkeitsübertragung an Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis, die Auswirkungen für die Patienten und ob Hausärzte entlastet werden können.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Ihrer **Person, zur Delegation** und Auswirkungen der Delegation auf Ihre **Tätigkeiten**.

Das Ausfüllen dauert 5-10 Minuten.

- ◆ Entscheiden Sie sich bitte **in jedem Fall für eine Antwort**. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- ◆ Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.
- ◆ Wenn Sie fertig sind, stecken Sie den Fragebogen in den mitgelieferten Rückumschlag (ggf. gemeinsam mit dem Fragebogen, den die MFA ausfüllt) und werfen ihn einfach in den nächsten Briefkasten. Die Rücksendung ist für Sie kostenfrei.

**Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.  
Bitte wenden Sie sich an:**

Karola Mergenthal, Tel. 069-6301 6281 / Mareike Leifermann, Tel. 069-6301 7268

E-Mail: [mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

E-Mail: [leifermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:leifermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Praxis ID:

1. Die folgenden Fragen betreffen die Delegation von Aufgaben an Medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelferinnen.

Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen.

Ich delegiere folgende Tätigkeit nach Möglichkeit...	... an eine MFA	... nie, da ich sie immer selbst durchführe	Entfällt, da wir diese Tätigkeit bei uns nicht durchführen
Impfmanagement (z.B. Erstellen von Impfplänen / Impfberatung o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenmanagement (z.B. Vergleich der verordneten Medikation mit der tatsächlichen Einnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulungen (z.B. Diabetes-Schulungen oder Erährungsberatung o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundmanagement (z.B. Verbandwechsel bei Ulcus cruris o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von diagnostischen Parametern (z.B. RR, Blutzucker o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten (z.B. im Rahmen von Hausbesuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung des psychischen Zustandes von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von Krankheitssymptomen von Patienten (z.B. anhand eines Fragebogens o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation von medizinisch relevanten Ereignissen (z.B. Stürze, Änderungen des sozialen Umfelds o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von medizinischen Tätigkeiten (z.B. Blutentnahmen, Injektionen, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung von Assessments (ganzheitliche Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten einschließlich der Probleme und Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung eines Re-Assessments (Kontrollerhebung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung eines Hilfeplans gemeinsam mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche mit umschriebenen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bezüglich der Patientenversorgung (z.B. Sozialstation, Pflegedienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung der Patienten bei der Koordination und Organisation ihrer Behandlung (z.B. durch andere Ärzte und Institutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung eines geriatrischen Assessments (z.B. Beurteilung der Sturzgefährdung, Mini-Mental-State-Test, Uhrentest o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

2.1 Bei den nächsten Fragen geht es darum, ob sich durch den Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) **in Ihrer Praxis** etwas verändert hat.

**Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.**

Durch die Teilnahme am HzV-Vertrag hat sich Folgendes in meiner Praxis verändert ...	Nicht verändert	Weniger geworden	Mehr geworden
die Anzahl der Beratungsgespräche mit chronisch kranken Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Anzahl der Beratungsgespräche mit Angehörigen von chronisch kranken Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Anzahl der Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kontakte mit anderen medizinischen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Kontakte mit pflegerischen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt die Belastung durch die Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Bei diesen Fragen geht es darum, ob sich durch den Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) **für Sie persönlich** etwas verändert hat.

**Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt.**

Durch die Teilnahme am HzV-Vertrag hat sich Folgendes für mich persönlich verändert ...	Nicht verändert	Weniger geworden	Mehr geworden
Zeit, die ich für wichtige medizinische Themen bei Patientenkontakten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für nicht so relevante medizinische Themen bei Patientenkontakten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Bürokratie / Dokumentation aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Hausbesuche aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Gespräche mit Angehörigen von Patienten aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die ich für Kontakte zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen aufwende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis ID:

3. Delegation stellt auch Anforderungen an den Delegierenden. Bitte beschreiben Sie, wie gut es Ihnen in Ihrer Praxis gelingt folgende Aspekte der Delegation umzusetzen.

**Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen.  
Bitte in jeder Zeile nur eine Antwort ankreuzen.**

In unserer Praxis gelingt es in der Regel gut, dass...	stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	Trifft nicht zu
ich diejenigen Aufgaben, die ich delegieren kann, konsequent und rechtzeitig delegiere	<input type="checkbox"/>				
ich durch eine stimmige Koordination gleichzeitig darauf achte, dass die Mitarbeiterin nicht durch ein Zuviel an delegierten Aufgaben überfordert wird	<input type="checkbox"/>				
ich alle im Praxisteam darüber in Kenntnis setze, dass bestimmte Aufgaben delegiert wurden	<input type="checkbox"/>				
die Mitarbeiterin, an die ich delegiere, der Aufgabe gewachsen ist	<input type="checkbox"/>				
ich auch solche Aufgaben delegiere, die die Mitarbeiterin fordern und ihr vermitteln, dass Vertrauen in sie gesetzt wird	<input type="checkbox"/>				
die Verantwortungsbereiche klar abgegrenzt sind	<input type="checkbox"/>				
die Mitarbeiterin die Aufgabenstellung in ihren eigenen Worten wiederholt, damit zeigt, dass sie klar verstanden hat und keine Fragen offen geblieben sind	<input type="checkbox"/>				
die Mitarbeiterin die Freiheit hat, die Aufgaben im Rahmen der kommunizierten Vorgaben auf ihre Art zu lösen, sofern keine Pflichten & Regeln verletzt werden	<input type="checkbox"/>				
alle benötigten Unterlagen, Vorgänge etc. der Mitarbeiterin zur Verfügung stehen – sie möglichst auf demselben Informationsstand ist, wie ich selbst	<input type="checkbox"/>				
ich der Mitarbeiterin jederzeit Hilfestellung gebe, sollte dies erforderlich sein – sie wird in ihrem Tun gefördert	<input type="checkbox"/>				
ich Ablauf- und Erfolgskontrollen durchführe	<input type="checkbox"/>				
ich auf ein ständiges Über-die-Schulter-Schauen verzichte	<input type="checkbox"/>				
ich mit Lob nach einer zur Zufriedenheit erledigten Aufgaben nicht spare	<input type="checkbox"/>				
die Mitarbeiterin konstruktive Kritik in Form von konkreten Vorschlägen, wie sie eine Aufgabe in Zukunft besser erledigen kann, von mir erhält, falls die Aufgabe nicht zufriedenstellend erledigt wurde	<input type="checkbox"/>				

Praxis ID:

**Fragen zu einer möglichen zukünftigen Beschäftigung einer VERAH in Ihrer Praxis**

4.	Können Sie sich vorstellen, in naher Zukunft eine VERAH zu beschäftigen? <b>Bitte nur eine Antwort ankreuzen.</b>
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, es gibt schon konkrete Pläne
<input type="checkbox"/>	Ja, aber es gibt noch keine Pläne

5.	Was hindert Sie bzw. was hinderte Sie daran, bisher eine VERAH zu beschäftigen? <b>Mehrfachantworten möglich.</b>
<input type="checkbox"/>	Kosten der Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Ausfall einer MFA während der Zeit der Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Keine der MFA, die bei mir beschäftigt sind, ist bereit, die Weiterbildung zu absolvieren
<input type="checkbox"/>	Ich kann mir bei keiner der bei mir beschäftigten MFA vorstellen, dass sie diese neue Rolle übernehmen kann
<input type="checkbox"/>	Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind unklar
<input type="checkbox"/>	Es ist unklar, wie die Haftungssituation bei einem möglichen Schaden aussieht
<input type="checkbox"/>	Eine VERAH zu beschäftigen würde auch ein höheres Gehalt für diese MFA bedeuten, was zurzeit nicht möglich ist
<input type="checkbox"/>	Ich kann mir nicht vorstellen, welchen Vorteil die VERAH für die Patienten mit sich bringt
<input type="checkbox"/>	Ich kann mir nicht vorstellen, welchen Vorteil die VERAH für den Arzt mit sich bringt
<input type="checkbox"/>	Ich befürchte, dass mit einer VERAH zu viel Unruhe ins Praxisteam Einzug hält (Konkurrenzdenken)
<input type="checkbox"/>	Ich befürchte, dass die Patienten eine VERAH nicht akzeptieren würden
<input type="checkbox"/>	In unserer Praxis sind zu wenige Patienten in den H2V-Vertrag eingeschrieben, so dass sich eine VERAH finanziell für die Praxis nicht lohnt
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ _____

Praxis ID:

### Mögliche Erleichterungen durch die VERAH im Praxisalltag

6.	Welche Argumente wären für Sie ausschlaggebend, doch eine VERAH zu beschäftigen? <b>Mehrfachantworten möglich.</b>
<input type="checkbox"/>	Verbesserte Betreuung von chronisch kranken Patienten (z.B. durch Monitoring der Krankheitsverläufe)
<input type="checkbox"/>	Delegation von Hausbesuchen
<input type="checkbox"/>	Verbesserte Kooperation mit anderen medizinischen Einrichtungen
<input type="checkbox"/>	Verbesserte Koordination der Patientenversorgung (z.B. durch Organisation komplizierter Patientenversorgung)
<input type="checkbox"/>	VERAH beraten Patienten (z.B. zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch)
<input type="checkbox"/>	Zeitliche Entlastung für den Arzt
<input type="checkbox"/>	Arbeitsentlastung für den Arzt (z.B. Entlastung durch Übertragung von Routineaufgaben)
<input type="checkbox"/>	Konzentration des Arztes auf das Kerngeschäft
<input type="checkbox"/>	Optimierung von Praxisabläufen
<input type="checkbox"/>	Kompetenzsteigerung der Medizinischen Fachangestellten
<input type="checkbox"/>	Höhere Arbeitszufriedenheit für die Medizinischen Fachangestellten
<input type="checkbox"/>	Höhere Selbständigkeit der Medizinischen Fachangestellten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____ _____

Praxis ID:

### Angaben zu Ihrer Person

<b>7. Sind Sie ...?</b>
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
<b>8. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an:</b>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>9. Wie lange praktizieren Sie als niedergelassene/r Ärztin/Arzt?</b>
Seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren

<b>10. Seit wie vielen Jahren sind Sie in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben?</b>
Ich bin seit <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren in den HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

#### Quellennachweis:

Fragen Nr. 3: Fragen adaptiert nach einer Checkliste „Was Sie beim Delegieren von Aufgaben beachten müssen“ vom VNR Verlag für die Deutsche Wirtschaft AG

## IV.3 Phase III

### IV.3.1 Interviewleitfaden für VERAH

#### Interviewleitfaden

#### Wie erleben VERAH die Tätigkeits- und Verantwortungsübernahme in der Hausarztpraxis?

Frau..... Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an unserem Forschungsprojekt teilzunehmen. Es geht im folgenden Interview um Ihre Meinung und um Ihre Sichtweise. Es gibt also kein „Richtig“ oder „Falsch“, sondern darum, wie Sie etwas sehen. Und Ihre Meinung und Ihre Sichtweise interessieren uns.

(Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie seit XXX Jahren die Qualifikation zur VERAH haben.)

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung
1.	Motivation zur Weiterbildung	Was war der Grund bzw. die Gründe dafür, dass Sie die Weiterbildung zur VERAH absolviert haben?	Werden Gründe genannt? Gab es eine Schlüsselsituation?	Erste Frage, genau so stellen
2.		Wie wurde entschieden, wer im Team die VERAH-Weiterbildung durchführt?	Hier schon etwas über die Rolle der Befragten erfahren	
3.	Nach der Weiterbildung	... und fühlten Sie sich ausreichen vorbereitet bzw. befähigt für neue Aufgaben, die Sie übernehmen mussten/wollten?	Falls ja:	Was war der wichtigste Teil der Qualifikation, dass Sie das so empfanden?
			Falls nein:	Was hätten Sie sich anders gewünscht, damit Sie sich besser vorbereitet gefühlt hätten?
4.	VERAH-typisch	Beschreiben Sie mir doch bitte einmal kurz, was Ihre VERAH-Tätigkeit ausmacht.	Herausfinden, was sie in der Praxis macht. Was ist für sie VERAH-typisch?	Betreuen Sie (nur Sie) bestimmte Patienten? Existieren bestimmte Aufgaben, die nur Sie machen?
<b>CAVE!</b>	<i>Falls die VERAH sagt, dass es <u>keine</u> VERAH-spezifischen Tätigkeiten gibt, Frage umformulieren:</i>			
	VERAH-typisch	Was wäre für Sie VERAH-typisch?		
<b>CAVE!</b>	Verhinderung der Implementierung	Gab es trotzdem Veränderungen in der Praxis?		Nennen Sie mir doch bitte ein Beispiel
		Wurde ein Versuch unternommen, damit Sie Ihrer VERAH-Tätigkeit nachgehen können?		Aus welchem Grund wurde es nicht weitergeführt?  Was ging ggf. schief?
		Was würden Sie gerne übernehmen?	Tätigkeiten? Verantwortung?	Was würde Ihnen Spaß machen?
<b>CAVE!</b>	Bedarf für Implementierung	Was müsste sich verändern, damit Sie Ihrer VERAH-Tätigkeit nachgehen könnten?	Prozesse? Zwischen-menschliches? Ressourcen?	
		Welche Unterstützung würden Sie genau benötigen um Ihre neu erlernten Fähigkeiten in der Praxis einsetzen zu können?	Welche Faktoren außer der „Tätigkeitsübertragung“ sind wichtig?	
<b>CAVE!</b>	Gehalt	Für die Praxis bedeutet Ihre VERAH-Qualifizierung mehr Geld. Wie sieht es das bei Ihnen persönlich aus?		
<b>CAVE!</b>	Abschluss	Wenn eine Kollegin Ihnen erzählt, dass sie auch die VERAH-Qualifikation gemacht hat und jetzt in der Praxis tätig sein will, welchen guten Rat würden Sie ihr für den Start mitgeben?	Erleben Sie bestimmte Probleme, deren Beachtung wichtig erscheint?	

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung
5.	Prozess der Implementierung von VERAH in der Praxis	Gab es Veränderungen in der Praxis, nachdem Sie die Weiterbildung zur VERAH absolviert hatten?	Falls keine Veränderungen: Wie erklären Sie sich das?	im Team? In Bezug auf die Tätigkeiten? beim Personalschlüssel? Neue Hierarchiestufe? Zu Patienten?
6.		Hat sich die Belastung im Team verschoben?	Wird der HA auch zum Team gezählt?  Wird hier HA-Entlastung schon erwähnt?	Wie genau drückt sich das denn aus?
7.		Wie wurde es Ihnen ermöglicht, dass Sie Ihre neu erlernten Fähigkeiten nach der WB dann auch umsetzen konnten?	Prozesse? Verantwortlichkeiten?	Wie war das am Anfang, als sie nach der VERAH-Qualifizierung Ihre neu erlernten Fähigkeiten einsetzen wollten?
8.	Delegation/ Verantwortung	Hat sich Ihr Verantwortungsbereich verändert? Falls ja: Wie?	War sie sich der Verantwortung <b>bewusst</b> ? <b>Will</b> sie mehr Verantwortung übernehmen?	Erzählen Sie mir doch bitte dazu ein Beispiel.
9.		<i>Falls mehr Verantwortung:</i> Gab es Situationen, in denen Sie sich durch die Verantwortung überfordert gefühlt haben?	Überforderung? Unterforderung? Belastung?	Wie sehr „gefällt“ Ihnen die „neue“ Verantwortung?
		Oder die Verantwortung eine Belastung darstellt?		Wie wurde damit umgegangen? Evtl. Beispiel(e)
10.		Welche Unterstützung benötigen Sie vom Team / vom Arzt, um Ihrer Verantwortung gerecht zu werden?	Vom Team? Vom Arzt/Ärzten?	
11.		Gibt es Verantwortungsbereich, die nur Sie übernehmen können?		Gibt es sonst noch jemand im Team, der Verantwortung abnehmen kann?  Wie wird vorgegangen, wenn Sie in Urlaub sind?
12.		Eine höhere Qualifikation bedeutet in der Regel auch eine höhere finanzielle Entlohnung. Wie sieht das bei Ihnen aus?	Hat sie höheres Gehalt bekommen? Sonstige Entlohnung?	Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Regelung?
13.	Arztentlastung	Manche Personen sagen, wenn die VERAH mehr übernehmen, entlastet das den Chef. Wie sehen Sie das?	Bei Hausbesuchen? In der Praxis?	Erzählen Sie mir dazu doch einmal ein Beispiel.
14.		Wenn ich Ihren Chef fragen würde, was würde er zu dem Thema sagen?	Was glaubt VERAH was Arzt denkt?	
15.		Sehen Sie noch weitere Möglichkeiten, die in Ihrer Praxis bis jetzt noch nicht ausgeschöpft wurden?	Wenn ja: Welche?	Welche Ideen hätten Sie, um Ihre Fähigkeiten noch besser einzubringen?
16.	VERAH-Patienten-Beziehung	Wurden die Patienten darauf vorbereitet, dass Sie als VERAH bei ihnen tätig werden?  Wenn ja: Wie?	Gab es eine „offizielle“ Einführung?	Beispiele nennen lassen  Hatte das Einfluss auf die Akzeptanz durch Patienten?
17.		Was muss/müsste bei der Betreuung bestimmter Patienten(gruppen) in Ihre Hände gelegt werden, damit diese zufriedenstellend abläuft?	Welche Faktoren außer der „Tätigkeitsübertragung“ sind wichtig?	

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung
18.	VERAH- Arzt- Beziehung	Hat sich etwas in Ihrer Beziehung zum Arbeitgeber verändert durch Ihre VERAH-Tätigkeit?	Falls ja: Was ist anders?	Beispiel? Anerkennung? Verantwortung? Selbstsicherer?
			Falls nein: (War immer schon gut):	Was kennzeichnet die gute Zusammenarbeit?
19.	Schnittstelle Pflege	Aus früheren Befragungen ist uns ab und zu berichtet worden, dass sich gerade die Schnittstelle zur Pflege durch die VERAH-Tätigkeit verändert hat.		
		Wie sind Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Pflegee?		Wie sind Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Pflege?
20.	Akzeptanz	Haben Sie das Gefühl, dass Sie als VERAH akzeptiert sind?	bei Patienten? Im Team? Vom Arzt?	Falls ja: Wie drückt sich das aus?  Falls nein: Wie könnte man das aus Ihrer Sicht verbessern?
21.		Wenn eine Kollegin Sie fragen würde, was das Besondere an der VERAH-Tätigkeit ist, was würden Sie ihr sagen?		Was würden Sie sagen, ist besonders wichtig?
22.	VERAH allgemein	Wenn eine Kollegin Ihnen erzählt, dass sie auch die VERAH-Qualifikation gemacht hat und jetzt in der Praxis tätig sein will, welchen guten Rat würden Sie ihr für den Start mitgeben?	Erleben Sie bestimmte Probleme, deren Beachtung wichtig erscheint?	<b>Evtl. Zusammenfassung der wichtigsten Elemente</b>
23.	Abschluss	Gibt es zusätzlich noch etwas, was Sie ansprechen möchten, vielleicht etwas, was ich jetzt nicht angesprochen habe, was jedoch aus Ihrer Sicht wichtig ist?	Abschlussfrage Zusätzliche Möglichkeit noch etwas zu erfahren, an das wir bisher nicht gedacht haben	

Vielen Dank für das Interview. Das Gespräch mit Ihnen war sehr interessant und es haben sich ein paar neue Blickwinkel eröffnet. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns Ihre Sichtweise und Ihre Meinung gesagt haben.

Zum Abschluss noch die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass wir die Aufzeichnung weiter verwenden.

Wenn Fragen sind, können Sie mich erreichen über 069-6301-6281. Möchten Sie gerne Informationen, wenn zu dieser Studie Ergebnisse verfügbar sind?

## IV.3.1 Interviewleitfaden für Ärzte

### Interviewleitfaden

#### Wie erleben Ärzte die Tätigkeits- und Verantwortungsübernahme durch VERAH in der Hausarztpraxis?

Frau/Herr Dr..... Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an unserem Forschungsprojekt teilzunehmen. Es geht im folgenden Interview um Ihre Meinung und um Ihre Sichtweise. Es gibt also kein „Richtig“ oder „Falsch“, sondern darum, wie Sie etwas sehen. Und Ihre Meinung und Ihre Sichtweise interessieren uns.

Wie viele Ihrer Patienten schätzen Sie, sind in einem der HzV-Verträge eingeschrieben? \_\_\_\_\_ Zahl notieren.

(Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie seit XXX Jahren eine VERAH in der Praxis beschäftigen)

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung
1.	Motivation zur Weiterbildung	Was war der Grund bzw. die Gründe dafür, dass Sie sich dafür entschieden haben eine VERAH zu qualifizieren / beschäftigen?	Werden Gründe genannt? Gab es eine Schlüsselsituation? Finanzielle Gründe?	Erste Frage, genau so stellen
2.		Wie wurde entschieden, wer im Team die VERAH-Weiterbildung durchführt?	Hier schon etwas über die Rolle der VERAH erfahren	
3.	VERAH-typisch	Beschreiben Sie mir doch bitte einmal kurz, welche Erwartungen sie mit dem VERAH-Einsatz verknüpft haben.	Herausfinden, was Arzt von VERAH erwartet.  Wird sie Erwartungen gerecht?	Hat sie bestimmte Patienten, die sie betreut?  Hat sie bestimmte Aufgaben, die nur sie durchführt?
Nachdem Ihre Mitarbeiterin die Weiterbildung absolviert hatte (bzw. falls eine MA neu eingestellt wurde), würde uns jetzt interessieren, wie sich der Prozess der Implementierung der VERAH-Tätigkeit gestaltete.				
4.	Prozess der Implementierung von VERAH in der Praxis	Wie wurde es der VERAH ermöglicht, dass sie Ihre neu erlernten Fähigkeiten nach der WB dann auch umsetzen konnte?	Anteil Chef? Anteil Team? Anteil Patienten?	
5.		Hat die Implementierung einer VERAH in der Praxis auch Auswirkungen auf die anderen Team-Mitglieder?	Welche Bedeutung hatte das für...	...das restliche Team? ...die Aufteilung der Tätigkeiten? ...den Personalschlüssel? ...neue Hierarchiestufe? ...die Patienten?
6.	Akzeptanz	Wurden die Patienten darauf vorbereitet, dass eine VERAH in die Betreuung einbezogen wird?  Wenn ja: Wie? Beispiel  Wenn nein: Frage 7 stellen	Gab es eine „offizielle“ Einführung?	Hatte das Einfluss auf die Akzeptanz durch Patienten?
7.		Haben Sie das Gefühl, dass die VERAH von den Patienten akzeptiert wird?		Falls ja: Wie drückt sich das aus? Falls nein: Wenn Sie die Patienten vorbereitet hätten, glauben Sie es hätte etwas an der Akzeptanz geändert?

	Thema	Leitfrage	Check	Konkretisierung
8.		Beschreiben Sie mir doch bitte einmal, wie Sie üblicherweise vorgehen, wenn sie die VERAH einbinden?	Bezug auf Tätigkeiten & Verantwortung? Wird der Pat aktiv mit einbezogen?	Erzählen Sie mir doch einmal ein Beispiel aus Ihrem Arbeitsalltag
9.	Delegation/ Verantwortung	Was für eine Rolle muss der Arzt einnehmen, damit die VERAH die Verantwortungsbereiche wahrnehmen kann?	Wo sieht der Arzt, sich selbst?	
10.		<i>Nur wenn von Arzt thematisiert wird: Wie stellen Sie sicher, dass sich die VERAH nicht durch die Verantwortung überfordert fühlt?</i>	Überforderung? Unterforderung? Belastung?	Gibt es konkrete Absprachen? Können Sie mir ein Beispiel nennen?
11.		Haben Sie das Gefühl, dass durch die Tätigkeitsübertragung an VERAH für Sie eine Entlastung stattfindet? Falls ja: Wie sieht diese aus?	Bei Hausbesuchen? In der Praxis?	Bitte erzählen Sie mir dazu doch einmal ein paar Beispiele
12.	Arztentlastung	Sehen Sie noch weitere Möglichkeiten, wie die VERAH eingesetzt werden kann, die in Ihrer Praxis bis jetzt noch nicht ausgeschöpft wurden?	Wenn ja: Welche?	
13.	VERAH allgemein	Wenn ein Kollege Ihnen erzählt, dass er jetzt auch eine VERAH weitergebildet hat oder einstellen möchte, welchen guten Rat würden Sie ihm für den Start mitgeben?	Erleben Sie bestimmte Probleme, deren Beachtung wichtig erscheint?	<i>Evtl. Zusammenfassung der wichtigsten Elemente</i>
14.	Abschluss	Gibt es zusätzlich noch etwas, was Sie ansprechen möchten, vielleicht etwas, was ich jetzt nicht angesprochen habe, was jedoch aus Ihrer Sicht wichtig ist?	Abschlussfrage Zusätzliche Möglichkeit noch etwas zu erfahren, an das wir bisher nicht gedacht haben	

Vielen Dank für das Interview. Das Gespräch mit Ihnen war sehr interessant und es haben sich ein paar neue Blickwinkel eröffnet. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns Ihre Sichtweise und Ihre Meinung gesagt haben.

Zum Abschluss noch die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass wir die Aufzeichnung weiter verwenden.

Wenn Fragen sind, können Sie mich erreichen über 069-6301-6281.

Möchten Sie gerne Informationen, wenn zu dieser Studie Ergebnisse verfügbar sind.

## **Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg**

Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation

GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany

Results of a quantitative and qualitative evaluation

Autoren:

Gunter Laux<sup>1</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1,2</sup>, Karola Mergenthal<sup>3</sup>, Martin Beyer<sup>3</sup>, Ferdinand Gerlach<sup>3</sup>, Christian Stock<sup>4</sup>, Lorenz Uhlmann<sup>4</sup>, Erik Bauer<sup>2</sup>, Petra Kaufmann-Kolle<sup>2</sup>, Robert Lübeck<sup>3</sup>, Kateryna Karimova<sup>3</sup>, Corina GÜthlin<sup>3</sup>, Katja Götz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

<sup>2</sup> AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

<sup>4</sup> Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg

### **Korrespondierender Autor:**

PD Dr. Gunter Laux

Universitätsklinikum Heidelberg

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Voßstr. 2, Geb. 37

69115 Heidelberg

eMail: [g.laux@med.uni-heidelberg.de](mailto:g.laux@med.uni-heidelberg.de)

Bundesgesundheitsbl 2015 · 58:398–407  
 DOI 10.1007/s00103-015-2122-9  
 Online publiziert: 10. Februar 2015  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Gunter Laux<sup>1</sup> · J. Szecsenyi<sup>1,2</sup> · K. Mergenthal<sup>3</sup> · M. Beyer<sup>3</sup> · F. Gerlach<sup>3</sup> · C. Stock<sup>4</sup> · L. Uhlmann<sup>4</sup> · A. Miksch<sup>1</sup> · E. Bauer<sup>2</sup> · P. Kaufmann-Kolle<sup>2</sup> · V. Steeb<sup>2</sup> · R. Lübeck<sup>3</sup> · K. Karimova<sup>3</sup> · C. Güthlin<sup>3</sup> · K. Götz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup> AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, Deutschland

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>4</sup> Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

# Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg

## Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation

### Hintergrund und Fragestellungen

Zum 1. Juli 2008 trat in Baden-Württemberg der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V mit dem Ziel einer flächendeckenden Vollversorgung in Kraft. Der Vertrag zur HzV wurde zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und dem MEDI-Verband geschlossen. Die HÄVG als Teil des Deutschen Hausärzteverbands unterstützt unter anderem die Hausärzte bei der Durchführung von Verträgen nach § 73b SGB V [1]. Der Hausärzteverband wahrt und fördert die Interessen der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte [1]. Der MEDI-Verband stellt einen Zusammenschluss von Ärzten dar, der 1999 als Parallelorganisation zur Kassenärztlichen Vereinigung gegründet wurde [2]. Eine begleitende Evaluation der Umsetzung der HzV-Vertragsinhalte findet seit 2010 statt. Hierfür beauftragt wurden die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg und das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, in Kooperation mit dem AQUA-Institut in Göttingen. Ergebnisse aus der ers-

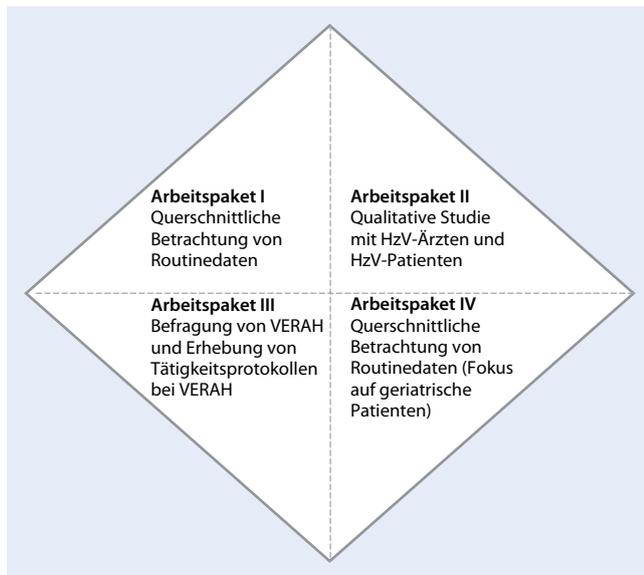
ten Evaluationsphase wurden bereits veröffentlicht [3–7].

Die HzV zielt u. a. auf eine verbesserte Versorgung von Versicherten, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und komplexem Versorgungsbedarf (z. B. bei Pflegebedürftigkeit), ab. Einen weiteren wichtigen Vertragsgegenstand stellt der Einsatz von „Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis“ (VERAH) dar. Medizinische Fachangestellte (MFA) können sich über eine Weiterbildung, angeboten vom Deutschen Hausärzteverband und vom Institut für hausärztliche Fortbildung, zur VERAH qualifizieren und arztentlastende Tätigkeiten übernehmen. Dabei soll es zu einer dezidierten Aufgabenverteilung zwischen Hausärzten, VERAH und medizinischen Fachangestellten einer Praxis kommen, die zu einer besseren Versorgung von chronisch Kranken und zu einer Entlastung der Hausärzte führen kann [8]. Ergebnisse der ersten Evaluation der HzV in Baden-Württemberg im Zeitraum 2010–2011 zeigten bereits, dass eine Delegation von Aufgaben an VERAH stattfindet und dass VERAH sowohl bei routinemäßigen Hausbesuchen als auch innerhalb der Praxis arztentlastend koordinierend tätig sind [5].

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie sich die Versorgung in der HzV

auf darin eingeschriebene Versicherte und deren Versorger auswirkt. Zur Beantwortung wurden vier verschiedene Arbeitspakete mit jeweils spezifischen Fragestellungen definiert (■ **Abb. 1**).

Arbeitspaket I (AP I) untersucht auf Basis von AOK-Routinedaten explorativ Zusammenhänge zwischen einer Einschreibung in die HzV und patientenseitigen Parametern (insbesondere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen). Im Fokus der Analysen für dieses Arbeitspaket standen insbesondere konkrete Fragestellungen zu Krankenhauseinweisungen und zur Pharmakotherapie, da die hieraus resultierenden Kosten im deutschen Versorgungssystem insgesamt besonders hoch sind. Die Unterschiedshypothesen zu 9 von 11 Zielgrößen (siehe ■ **Tab. 1**) wurden bereits im Rahmen der vorangegangenen Evaluation (Beobachtungszeitraum vom 1.10.2008 bis zum 31.12.2010) geprüft [3]. Für die jetzige Phase der Evaluation (Beobachtungszeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2012) wurden zusätzlich zwei neue Fragestellungen adressiert: erstens potenzielle Unterschiede zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten im Hinblick auf die stationären Kosten und zweitens potenzielle Unterschiede im Hinblick auf sog. „vermeidbare Krankenhausweisun-



**Abb. 1** ◀ Arbeitspakete im Überblick. *VERAH* Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis

gen“. Dabei wurden bestimmte Krankheitsbilder – im angloamerikanischen Sprachraum als „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSCs) bezeichnet, die bei einer adäquaten medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich eine Hospitalisierung nur ausnahmsweise notwendig machen, betrachtet [9–11].

An der HzV nehmen sowohl Hausärzte als auch Versicherte freiwillig teil. Folglich ist es relevant, beide Gruppen auch zu ihren subjektiven Sichtweisen auf die HzV zu befragen. Das Arbeitspaket II (AP II) beschäftigte sich daher mit der Frage, welche Veränderungen in der Versorgung aus ihrer Sicht für Hausärzte und Versicherte durch die Teilnahme an der HzV eingetreten waren.

Das Arbeitspaket III (AP III) untersuchte den Einsatz von VERAH. Ziel war es zu ermitteln, welche Patientengruppen von den VERAH betreut und welche Aufgaben von ihnen übernommen wurden. Zudem sollten die Vorteile für die Patienten aus Sicht der VERAH identifiziert werden.

Im Arbeitspaket IV (AP IV) wurde die Versorgungsqualität bei älteren Versicherten im Alter von über 65 Jahren betrachtet. Ziel war es hier, die Inanspruchnahme und Behandlungscoordination durch den Hausarzt, die Qualität der medikamentösen Therapie, Präventionsleistungen und exemplarisch die Behandlung des Diabetes mellitus Typ II bei HzV- und nicht HzV-Versicherten zu analysieren. Subgruppen (Versicherte im Alter von >80

Jahren, Versicherte mit Pflegestufe sowie Pflegeheimbewohner) wurden insbesondere dahin gehend betrachtet, ob Anzeichen für eine Unterversorgung vorlagen.

## Methoden

### Studiendesign

Die methodische Vorgehensweise bei der Evaluation folgt einem Mixed-Methods-Design; neben quantitativen wurden dabei auch qualitative Verfahren verwendet (▣ **Abb. 1**). Dies ermöglicht es, die Implementierung der HzV in die Regelversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven und sehr eingehend zu betrachten.

### Untersuchungsmethoden und Auswertung

#### Arbeitspaket I

Auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg wurde der Effekt der HzV auf die jeweiligen Zielgrößen unter Berücksichtigung der relevanten Kovariaten durch adäquate multivariate Modelle untersucht. Für den Zeitraum zwischen dem 01.01.2011 und dem 31.12.2012 (2 Jahre; 8 Quartale) stellte die AOK Baden-Württemberg Routinedaten zur Verfügung (gemäß §§ 284, 295, 300 und 301 SGB V). Angaben zu Betriebsstätten (Praxen), Ärzten und Versicherten wurden im Vorfeld pseudonymisiert. Die Basis für die Analysen bildeten alle AOK-Versicherten, die im o. g. Zeitraum ohne Unterbre-

chung bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert waren. Für jeden Versicherten und jeden Hausarzt ließ sich anhand der Routinedaten eindeutig ableiten, ob ein Vertrag gemäß § 73b SGB V vorlag. Für HzV- und nicht HzV-Versicherte erfolgte ein Vergleich der Zielgrößen jeweils querschnittlich für die Berichtsjahre 2011 und 2012 (jeweils 4 Quartale). In AP I und AP IV wurden Versicherte, die bei ihrem Hausarzt in die HzV eingeschrieben waren (HzV-Versicherte) mit Versicherten verglichen, bei denen weder sie selbst noch ihr Hausarzt an der HzV teilnahmen (nicht HzV-Versicherte). Der Hausarzt der letztgenannten Gruppe wurde über die Mehrzahl der hausärztlichen Kontakte dieser Versicherten identifiziert (zu den Ein- und Ausschlusskriterien vgl. [12]).

Die Morbidität der Versicherten ist im gegebenen Kontext eine wesentliche Kovariate. Auf Basis der gesicherten Diagnosen [13] wurde zur Bestimmung der Morbiditätslast für jeden Versicherten der Charlson-Index ermittelt [14]. Stationäre Aufenthalte im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen und teilstationäre Aufenthalte wurden für die Analysen bewusst nicht berücksichtigt.

Für die Bestimmung der ACSCs wurde zunächst die Liste von Caminal et al. [9] zugrunde gelegt, die bereits auf den primärärztlichen Kontext Bezug nimmt. Eine finale Diagnosenliste für diese Evaluation wurde durch ein primärärztliches Expertenpanel konsentiert. Beim methodischen Vorgehen zur Varianzaufklärung bestand die Notwendigkeit, die Hypothesen multivariat zu prüfen [15, 16]. Außerdem musste die vorherrschende Mehrebenenstruktur (Versicherter, Hausarzt, Hausarztpraxis) varianzanalytisch berücksichtigt werden [17]. Diesen Anforderungen wurde durch die Anwendung geeigneter multivariater Mehrebenenmodelle Rechnung getragen.

#### Arbeitspaket II

Den Fragestellungen in AP II wurde mit einem qualitativen Design nachgegangen. Qualitative Forschung dient dabei dem Erfassen von persönlichen Sichtweisen, ohne vorab detaillierte Inhalte vorzugeben, mit dem Ziel der Generierung von Hypothesen. Zur Erfassung der subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen mit der

G. Laux · J. Szecsenyi · K. Mergenthal · M. Beyer · F. Gerlach · C. Stock · L. Uhlmann · A. Miksch · E. Bauer · P. Kaufmann-Kolle · V. Steeb · R. Lübeck · K. Karimova · C. Güthlin · K. Götz

## Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Zum 1. Juli 2008 trat in Baden-Württemberg der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Kraft. Die HzV zielt u. a. auf eine verbesserte Versorgung von Versicherten, insbesondere mit chronischen Erkrankungen und komplexem Versorgungsbedarf (z. B. bei Pflegebedürftigkeit), ab.

**Ziel der Arbeit.** Der vorliegende Beitrag fokussiert in vier verschiedenen Arbeitspaketen (AP I bis AP IV) auf die Beantwortung der Fragen, wie sich die Versorgung in der HzV auf darin eingeschriebene Versicherte der AOK Baden-Württemberg und deren Versorger auswirkt. Arbeitspaket I (AP I) untersucht auf Basis von AOK-Routinedaten explorativ Zusammenhänge zwischen einer Einschreibung in die HzV und patientenseitiger Inanspruch-

nahme von Versorgungsleistungen. AP II beschäftigt sich mit der Frage, welche Veränderungen durch die Teilnahme an der HzV aus Sicht der Hausärzte und Versicherten eingetreten sind. AP III untersucht den Einsatz von VERAH (Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis), die im Rahmen der HzV eine besondere Rolle spielen. AP IV analysiert auf der Basis von Routinedaten Fragestellungen zur Versorgungsqualität älterer Versicherter über 65 Jahren.

**Material und Methoden.** Die methodische Vorgehensweise der Evaluation folgt einem Mixed-Methods-Design, bei dem neben quantitativen auch qualitative Verfahren verwendet wurden. Dies ermöglicht, die Implementierung der HzV in die Regelversorgung

aus verschiedenen Perspektiven eingehender zu betrachten.

**Ergebnisse.** In allen vier Arbeitspaketen waren in großen Teilen positive Assoziationen zwischen einer Einschreibung in die HzV und den jeweils untersuchten Zielgrößen zu beobachten, die im Folgenden detailliert dargestellt werden.

**Diskussion.** Die bisherigen Ergebnisse sprechen klar dafür, die HzV sowie die dazu korrespondierende Begleitevaluation weiterzuführen.

### Schlüsselwörter

Hausarztzentrierte Versorgung · Baden-Württemberg · AOK · Primärversorgung · Koordination der Versorgung

## GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany. Results of a quantitative and qualitative evaluation

### Abstract

**Background.** GP-centered health care (“Hausarztzentrierte Versorgung”, HzV)—the terms of which are described in § 73b of the Social Code Book V—came into effect in Baden-Württemberg, Germany, on 1 July 2008. The HzV is aimed at enhancing health care for patients with chronic diseases and complex health care needs (e.g., those requiring long-term care).

**Objectives.** On the basis of four working packages (WP I—WP IV), the present paper examines the impact that GP-centered health care has had on patients insured by the “AOK” regional sickness fund and their GPs. WP I addresses the association between HzV participation and the corresponding health care uti-

lization of patients on the basis of claims data. WP II looks at any changes that GPs and patients noticed were potentially attributable to HzV participation. WP III focuses on health care assistants in primary care (“Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis”, VERAH). These assistants play a special role within the framework of the HzV. WP IV analyzes the quality of health care for patients aged 65 years and over, also on the basis of claims data.

**Materials and methods.** A mixed methods design was used for this evaluation, and quantitative and qualitative approaches taken. This design enabled insights into the implementation of the HzV in regular health

care to be obtained from different perspectives.

**Results.** Numerous positive associations between HzV participation and the variables of interest were observed for all WPs. These are presented in detail in the paper.

**Conclusion.** The results obtained so far clearly support the continuation of HzV and associated evaluations.

### Keywords

GP centered health care · Baden-Württemberg · AOK · Primary care · Health care coordination

Versorgung in der HzV wurden qualitative Interviews mit Hausärzten und Versicherten durchgeführt, die an dem Vertrag zur HzV teilnahmen. Es wurden mit beiden Gruppen teilstandardisierte Telefoninterviews durchgeführt. Diese eignen sich hervorragend, um kosteneffektiv qualitative Forschung auszuüben und sind im Vergleich zu Face-to-face-Interviews von gleicher Qualität [18]. Die Rekrutierung der Hausärzte erfolgte über verschiedene Wege. Zum einen wurden die-

jenigen erneut angeschrieben, die in der ersten Evaluationsphase der HzV (2008 bis 2011) an der Patientenbefragung teilgenommen hatten, zum anderen wurde per Telefax über den Verteiler des Hausärzterverbandes und des MEDI-Verbundes zur Teilnahme aufgerufen. Die Versicherten wurden über die teilnehmenden Hausärzte rekrutiert. Das Einverständnis zur Verwendung der Daten wurde vor Beginn der Interviews schriftlich eingeholt. Alle Teilnehmer an den telefonischen Interviews

erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50 €. Die Interviews fanden zwischen November 2013 und Januar 2014 statt, wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [19]. Entsprechend der Kriterien für die qualitative Datenanalyse erfolgte die Analyse im interdisziplinären Team [20, 21]. Zwei Mitarbeiter des Projektes (KG, AM) kategorisierten unabhängig voneinander das vorhandene Daten-

**Tab. 1** Ergebnisübersicht über alle Zielgrößen für das Jahr 2012

Zielgröße	Berichtsjahr 2012		Adjustierte Differenz (Standardfehler) (95 %-Konf. Intervall) HzV vs. Nicht-HzV	Unterschied in % Signifikanz –adjustiert – <sup>b</sup> HzV vs. Nicht-HzV
	HzV <sup>a</sup> Ø ± Standardabw. Interventions-gruppe, n = 610.985 MW ± SD	Nicht-HzV <sup>a</sup> Ø ± Standardabw. Kontrollgruppe, n = 576.612 MW ± SD		
Hausarztkontakte	14,32 ± 11,44	8,83 ± 9,83	+ 3,75 (0,177) (3,41; 4,10)	16,6 % p < 0,0001
Facharztkontakte mit Überweisung aus der Hausarztpraxis	3,00 ± 3,11	4,06 ± 4,46	– 1,01 (0,026) (– 1,066; – 0,962)	– 39,3 % p < 0,0001
Facharztkontakte ohne Überweisung aus der Hausarztpraxis	1,93 ± 2,60	2,21 ± 2,90	– 0,325 (0,02) (– 0,365; – 0,286)	– 20,5 % p < 0,0001
Hospitalisationsrate Durchschnittliche Anzahl der Einweisungen pro Versichertem	0,272 ± 0,749	0,285 ± 0,774	– 0,008 (0,008) <sup>c</sup> (– 0,044; – 0,014) <sup>c</sup>	– 2,95 % p = 0,0002
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Kranken- haus pro eingewiesenem Versichertem	13,60 ± 17,18	14,04 ± 18,02	– 0,008 (0,008) (– 0,180; 0,164)	– n. s.
Krankenhaus-Wiedereinweisungen Durchschnittliche Anzahl der Wiedereinweisun- gen pro eingewiesenem Versichertem innerhalb von 4 Wochen	0,200 ± 0,664	0,205 ± 0,692	– 0,004 (0,017) <sup>c</sup> (– 0,012; 0,055) <sup>c</sup>	+ 2,17 % n. s.
Vermeidbare Krankenhauseinweisungen („ACSCs“) (Anteil an ACSC-Einweisungen in %)	15,25 ± 33,15	16,05 ± 33,83	– 1,263 (0,173) (– 1,602; – 0,923)	– 5,34 % p < 0,0001
Stationäre Kosten (Kosten in € pro Versichertem mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr)	5881,59 ± 8502,35	5848,46 ± 8349,58	+ 116,40 (0,021) <sup>c</sup> (0,010; 0,033) <sup>c</sup>	+ 2,12 % p = 0,0003
Medikamentenkosten im ambulanten Sektor (Kosten pro Versichertem, Bruttopreise in € ohne Rabatte)	1361,04 ± 62.117,00	1411,67 ± 46.379,79	– 113,20 (0,021) <sup>c</sup> (– 0,107; – 0,054) <sup>c</sup>	– 8,38 % p < 0,0001
Polymedikation (Durchschnittliche Anzahl verordneter unter- schiedlicher Wirkstoffe)	5,99 ± 5,29	5,85 ± 5,21	+ 0,051 (0,029) (– 0,006; 0,108)	– n. s.
Rot hinterlegte Präparate (Verordnungen beim Hausarzt, Anteile in %)	4,53 ± 12,43	5,92 ± 14,80	– 1,186 (0,067) (– 1,314; – 1,051)	– 37,2 % p < 0,0001

<sup>a</sup>Durchschnittswerte ohne Adjustierung<sup>b</sup>Kenngößen mit Adjustierung unter Einbeziehung o. g. Kovariaten<sup>c</sup>Angabe von Standardfehler und Konfidenzintervall auf logarithmischer Skala wg. entsprechender Link-Funktion des Modells

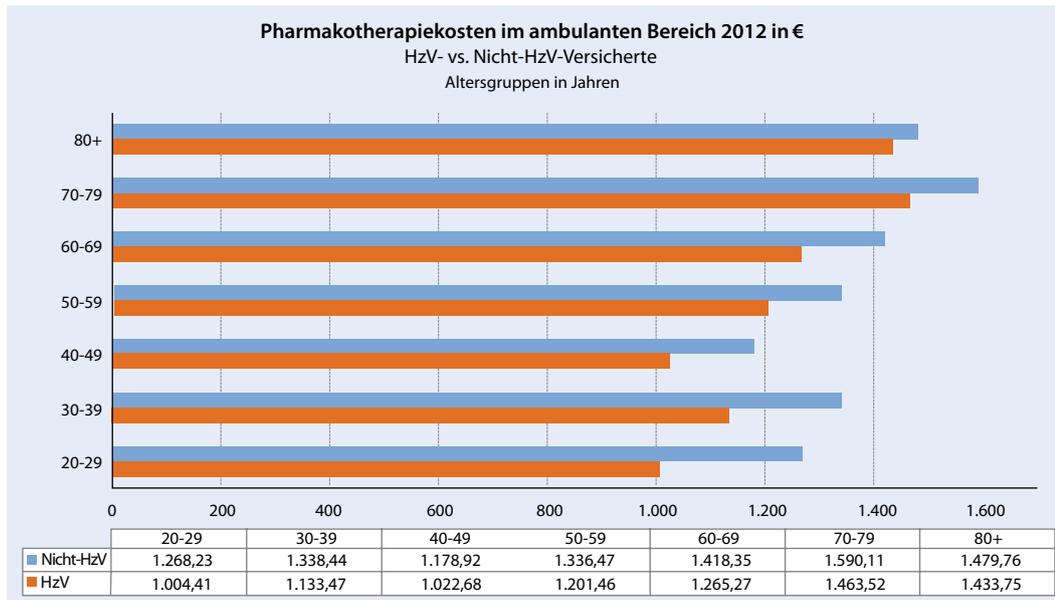
material. Im Auswertungsprozess wurden neben den deduktiven auch induktive Kategorien gebildet. Anschließend erfolgte die Diskussion und Abgleichung der Kategorien im Konsensverfahren durch Hinzunahme einer weiteren Person, um dem Prinzip der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zu folgen.

### Arbeitspaket III

Zur umfänglichen inhaltlichen Darstellung ihres Aufgabenspektrums erstellten die VERAH differenzierte Tätigkeitsprotokolle. Die Tätigkeitsprotokolle wurden aus den Ergebnissen der HzV-Evaluation

2010 bis 2011 entwickelt und bilden die häufigsten dort genannten Tätigkeitsgruppen ab [5, 7]. Zusätzlich wurde das Ausbildungscurriculum der VERAH einbezogen. Die Protokolle wurden schriftlich standardisiert. Jede VERAH erhielt ein „Protokoll-Buch“, in dem 60 Protokolle eingehftet waren, die sie ab dem Startdatum für die folgenden 60 Patientenkontakte mit HzV-Versicherten ausfüllte. Zu jedem Protokoll-Buch wurden eine Arbeitsanweisung und ein Beispielblatt geliefert. Die VERAH dokumentierten, neben den Tätigkeitsgruppen, in Freitextfeldern spezifizierte Angaben zu

diesen Tätigkeiten. Jede VERAH dokumentierte ca. 60 Patientenkontakte bzw. maximal drei Wochen lang jeden Patientenkontakt mit HzV-Versicherten. Zusätzlich schätzten sie die Vorteile ihrer Tätigkeit für die Patienten und ihre Erfahrungen mit Pflegediensten ein (Freitextangaben). Soziodemografische Angaben (zu den betreuten Patienten und zu den VERAH) sowie Praxisstrukturdaten vervollständigten die Erhebung. Die Auswertung der Protokolle erfolgte deskriptiv, die Freitextangaben wurden inhaltlich ausgewertet (Codierung und Kategorienbildung).



**Abb. 2** ◀ Pharmakotherapiekosten im ambulanten Bereich im Jahr 2012 bei HzV- versus nicht HzV-Versicherten nach Altersgruppen. HzV Hausarztzentrierte Versorgung

### Arbeitspaket IV

Methodisch ähnlich wie in AP I wurden die Versichertendaten der AOK Baden-Württemberg für die Jahre 2011 und 2012 analysiert. Aus den Routinedaten waren die Stammdaten der Praxen und der Versicherten, die Medikamentenverordnungen auf Basis der Apothekenabgabe, die ambulanten Diagnosen, die ambulanten Leistungen nach den Vergütungssystemen, die stationären Daten zu Aufenthalten, Diagnosen und Leistungen verfügbar. Die Vergleichsgruppen wurden, wie oben zu AP I beschrieben, gebildet. In einer eingehenden Literaturrecherche wurden mögliche Indikatoren für die Versorgung älterer Patienten identifiziert. Neben Indikatorenssystemen wie QISA, AQUIK oder ACOVE wurden fachspezifische Leitlinien und Versorgungsreports berücksichtigt [22–24]. Intensiv wurde die Praktikabilität der Indikatoren (d. h., inwieweit die Messgrößen sich durch die administrativen Daten abbilden lassen) überprüft [25]. Viele der dort aufgeführten Indikatoren lassen sich allerdings allein auf Basis der zur Verfügung stehenden Routinedaten nicht abbilden. Die vergleichenden Analysen wurden jeweils auf der Basis multivariater Mehrebenenregressionsmodelle durchgeführt. Es wurde auf Versichertenebene für Alter, Geschlecht und Morbidität (aktueller Charlson-Index) und auf Praxisebene für Praxisform, -la-

ge, -größe sowie die Einschreibequote in DMP korrigiert.

### Ergebnisse

#### Arbeitspaket I

#### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt stellte die AOK-Baden-Württemberg für den Beobachtungszeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2012 Daten von 3.952.775 Versicherten zur Verfügung. Von diesen Versicherten erfüllten 1.187.597 alle Einschlusskriterien für die Analysen [12]. Davon waren 610.985 (51,4 %) Versicherte in die HzV eingeschrieben (HzV-Versicherte) sowie 576.612 (48,6%) Versicherte nicht in die HzV eingeschrieben (nicht HzV-Versicherte). Die HzV-Versicherten waren im Schnitt etwa 1 Jahr ( $59,3 \pm 17,5$  vs.  $58,4 \pm 18,3$ ) älter und – gemessen am Charlson-Index – etwas kränker (1,50 vs. 1,41).

#### Ergebnisübersicht

Tabelle 1 zeigt die tabellarische Ergebnisübersicht für das Jahr 2012. In Spalte 2 und 3 werden die unadjustierten Werte mit ihrer Standardabweichung aufgeführt. Spalte 4 dokumentiert die adjustierte Schätzung für die Effektstärke der HzV-Teilnahme (als adjustierte Differenz unter Angabe des Standardfehlers und eines 95 %-Konfidenzintervalls). Die Spalte 5

zeigt zusätzlich den prozentualen Unterschied (HzV- vs. nicht HzV-Versicherte) für die jeweilige Zielgröße für das jeweilige multivariate Modell sowie den Fehler 1. Art (P-Wert) auf. Während in der HzV-Versichertengruppe die Hausarztkontakte deutlich zahlreicher waren, ergab sich in Bezug auf die Fachärzte eine geringere Kontaktrate. Bezüglich der Pharmakotherapie wiesen HzV-Versicherte in allen Altersklassen geringere Bruttoarzneimittelkosten (also ohne Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen; siehe **Abb. 2**) auf. Darüber hinaus wurden Arzneimittel, die in der Vertragssoftware rot markiert sind<sup>1</sup> [26], in deutlich geringerem Umfang an HzV-Versicherte verordnet. Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC) waren in der HzV-Gruppe um mehr als 5 % (adjustiert) reduziert. Die Ergebnisse für das Beobachtungsjahr 2011 sind den hier berichteten für das Beobachtungsjahr 2012 sehr ähnlich.

#### Arbeitspaket II

#### Stichprobenbeschreibung

An den Telefoninterviews nahmen insgesamt 30 Hausärzte und 40 Versicherte teil. Die Hausärzte waren im Mittel 54 Jahre

<sup>1</sup> Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien generisch substituiert werden können.

**Tab. 2** Patientencharakteristika der durch VERAH betreuten Patienten (Gesamtstichprobe, HzV-Versicherte 2012, Praxiskontakte und Hausbesuchskontakte)

	Stichprobe gesamt (n = 3898) <sup>a</sup>	HzV-Versicherte in Ba-Wü 2012 <sup>b</sup>	Praxiskontakte (n = 2931) <sup>a,c</sup>	Hausbesuchs-kontakte (n = 486) <sup>a,c</sup>
Weiblich	56,9% (n = 2195)	57,4%	54,2% (n = 1584)	71,7% (n = 339)
Alter, MW ± SD	66,58 ± 17,23	59,34 ± 17,53	63,5 ± 17,0	82,5 ± 8,8
Patienten > 65 Jahre	59,2% (n = 2300)	41,51%	52,2% (n = 1527)	94,8% (n = 460)
Patienten > 80 Jahre	20,8% (n = 810)	10,63%	13,0% (n = 379)	64,9% (n = 315)
In mindestens ein DMP eingeschrieben	53,2% (n = 2301)	23,26%	46,5% (n = 1353)	44,1% (n = 212)
Pflegestufe	11,5% (n = 440)	5,54%	4,9% (n = 146)	56,2% (n = 270)
In Alten- oder Pflegeheim untergebracht	4,6% (n = 179)	0,87%	0,5% (n = 16)	27,7% (n = 134)
Diagnose(gruppen) MW ± SD	4,22 ± 2,44	k. A.	3,98 ± 2,40	5,57 ± 2,34
Dauermedikamente MW ± SD	4,92 ± 3,8	k. A.	4,40 ± 3,69	7,54 ± 3,57

k. A. Keine Angaben vorhanden, MW Mittelwert, SD Standardabweichung, DMP Disease Management Programm, Ba-Wü Baden-Württemberg

<sup>a</sup>Daten variieren aufgrund fehlender Angaben

<sup>b</sup>Angaben aus Routinedaten der AOK Baden-Württemberg aus Arbeitspaket 1

<sup>c</sup>Patienten, bei denen Praxiskontakte und Hausbesuche protokolliert wurden, sind in jeder Gruppe vertreten

alt und 90% (n = 27) waren männlich. Im Durchschnitt blickten die Hausärzte auf eine Berufserfahrung von über 20 Jahren zurück. Die Versicherten waren im Mittel 63 Jahre alt und 45% (n = 18) der Versicherten waren männlich. Ein Großteil der Patienten (85%, n = 34) gab an, mindestens an einer chronischen Erkrankung zu leiden.

Im Folgenden werden nur die Ergebnisse dargestellt, die ausdrücklich die Frage nach der Veränderung in der Versorgung durch die Teilnahme an der HzV beantworten. Dabei werden neben den Kategorien auch einige prägnante Ankerbeispiele aufgeführt.

### Veränderungen aus Arztsicht

Die befragten Hausärzte nahmen Veränderungen in der Patientenversorgung wahr. Hierzu wurde neben dem Angebot an Rabattverträgen auch die ausführliche Labordiagnostik benannt. „Wir bieten insgesamt mehr freie Leistungen an, wie zum Beispiel Labor. Das heißt wir machen beim Check-up nicht nur Glucose und Cholesterin, sondern noch andere Laborparameter“ (Hausarzt (HA) 28). Des Weiteren wurde mehr Zeit für den Patienten, unter anderem auch durch das Angebot einer Abendprechstunde, sowie eine intensivere Prävention und eine verbesserte Versorgung von chronisch kranken Patienten wahrgenommen. „Wir konnten die Versorgung der chronisch kranken Patienten opti-

mieren, die Patienten schätzen sehr die verringerten Wartezeiten, die Abendprechstunde, die Rabattierung und den Wegfall der Zuzahlungspflichtigkeit“ (HA7).

### Veränderungen aus Versichertensicht

Die meisten befragten Versicherten gaben an, positive Veränderungen durch ihre Teilnahme an der HzV wahrzunehmen. Dabei äußerten die Versicherten vor allem, dass der Hausarzt mehr Zeit für sie hat und die Terminvergabe schneller abläuft. „Also davor habe ich natürlich dann schon ein bisschen länger warten müssen und jetzt rufe ich an, wir machen einen Termin aus und den habe ich dann“ (Patient P4). Neben der schnelleren Terminvergabe beim Hausarzt zeigten sich auch Veränderungen in der Terminvergabe bei den Spezialisten, die sich im Rahmen der 73c SGB V Verträge mit an der Versorgung der Patienten beteiligten. „Man kriegt eine super Begleitung und kommt viel schneller bei den Spezialisten dran“ (P64). Des Weiteren nahm ein Großteil der befragten Versicherten wahr, dass Untersuchungen gründlicher abliefen. „Vorher war es immer so, dass man, wenn man zur Untersuchung geht, es mir immer so oberflächlich vorgekommen ist. Er nimmt sich da jetzt mehr Zeit“ (P16). Neben der freundlicheren Atmosphäre wurden auch Veränderungen in der Praxisstruktur und Personalbesetzung wahrgenommen. „Al-

so früher war nur eine Sprechstundenhilfe da und diesmal sind zwei oder drei Sprechstundenhilfen da“ (P58). Insgesamt, so aus Perspektive der Versicherten, wurden die Teilnahme an der HzV und die damit verbundenen Veränderungen als positiv bewertet. „Und wenn ich es heute noch einmal machen müsste: ohne eine Sekunde nachzudenken – ich würde wieder in das Programm gehen“ (P64).

### Arbeitspaket III

#### Rekrutierungsergebnisse

Im Erhebungszeitraum vom 01.02.2014 bis zum 03.04.2014 protokollierten 87 VERAH aus 81 Hausarztpraxen insgesamt 4367 Tätigkeiten bei 3898 Versicherten.

#### Charakteristika der VERAH und der Praxen

Die VERAH waren berufserfahrene MFA (MW 19,4; SD 10,4 Jahre tätig) mit einer durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 14 Jahren in der jeweiligen Praxis. Der Großteil (63%) hatte mehr als 3 Jahre spezifische VERAH-Erfahrung. Die Praxen waren mehrheitlich Einzelpraxen (59%) und zu 84% von Hausärzten geführt. Mit 43% waren ländliche Kleinstadtpraxen am häufigsten vertreten (16% Großstadt, 19% größere Kleinstadt, 22% dörfliche Siedlungen).

**Tab. 3** Versichertencharakteristika der älteren Versicherten (Alter >65 Jahre) im Jahr 2012

	Nicht-HzV (269.585)	HzV (298.975)	Gesamt (568.560)
<b>Geschlecht: weiblich</b>	165.306 (61,3%)	178.335 (59,6%)	343.641 (60,4%)
<b>2012 verstorben</b>	13.530 (5,0%)	12.293 (4,1%)	25.823 (4,5%)
<b>Alter, MW <math>\pm</math> SD</b>	77,0 $\pm$ 7,0	76,4 $\pm$ 6,6	76,7 $\pm$ 6,8
<b>Pflegestufe: Ja</b>	50.363 (18,7%)	41.788 (14,0%)	92.151 (16,2%)
<b>Pflegeheimbewohner: Ja</b>	13.601 (5,0%)	7.700 (2,6%)	21.301 (3,7%)
<b>Charlson Score (2012), MW <math>\pm</math> SD</b>	2,1 $\pm$ 2,2	2,3 $\pm$ 2,3	2,2 $\pm$ 2,3

### Versichertencharakteristika

Im Vergleich mit allen HzV-Versicherten waren die von VERAH betreuten Versicherten älter (MW 66,6 Jahre vs. 59,3 Jahre), eher pflegebedürftig und chronisch krank. Sie erhielten im Durchschnitt fünf Dauermedikamente und waren häufiger in ein Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben (53 % vs. 23 % bei allen HzV-Versicherten) (vgl. **Tab. 2**).

### Tätigkeitsanalysen

Jede VERAH hatte im Durchschnitt 77 % der protokollierten Tätigkeiten in der Praxis erbracht, 7 % bei Telefonkontakten und 15 % bei Hausbesuchen. Am häufigsten wurden „Routine- und Kontrolluntersuchungen“ (55 %) dokumentiert, gefolgt von „Medikamentenmanagement“ (28 %) und mit jeweils 15 % „Beurteilung des körperlichen Zustandes von Patienten“ und „diagnostische und medizinische Tätigkeiten“. Im Median dauerte ein Versichertenkontakt 12 min.

### Hausbesuche

83 % der VERAH protokollierten in der maximal 3-wöchigen Dokumentationsdauer mindestens einen Hausbesuch. Die Hausbesuchskontakte dauerten länger als die Praxiskontakte (21 vs. 16 min) und es wurden durchschnittlich mehr unterschiedliche Tätigkeiten durchgeführt. Nahezu alle Hausbesuchspatienten waren über 65 Jahre alt (95 %), ein Drittel lebte allein (32 %), der Großteil (56 %) war pflegebedürftig. Die Hausbesuchspatienten hatten mehr Erkrankungen aus verschiedenen Diagnosegruppen (5,6 vs. 4,0) und mehr Dauermedikamente (7,5 vs. 4,4; vgl. **Tab. 2**).

### Vorteile für die Versicherten aus Sicht der VERAH

Aus Sicht der VERAH halfen den Versicherten vor allem Tätigkeiten mit bera-

tendem Charakter wie z. B. Medikamentenmanagement, Case Management sowie Hausbesuche. Die Versicherten profitierten aus Sicht der VERAH u. a. von einer besseren Information der Patienten und Angehörigen (z. B. über Hilfsmöglichkeiten im Gesundheitssystem), von einer Motivation (z. B. zu einer gesünderen Lebensführung), von einem schnelleren Zugang zur medizinischen Versorgung (z. B. kürzere Wartezeit, da die VERAH Tätigkeiten übernimmt, für die Versicherte sonst einen zusätzlichen Kontakt benötigen), von Organisationshilfen (VERAH bilden u. a. eine Schnittstelle zur Sozialarbeit und zur Pflege bzw. helfen Versicherten bei Anträgen) sowie von einer zusätzlichen Vertrauensperson im Team einer Hausarztpraxis (z. B. können Probleme und Ängste niedrigschwellig angesprochen, geklärt und gemildert werden).

43 VERAH gaben an, dass sich durch ihre Weiterbildung zur VERAH die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten verbessert habe. Als Gründe hierfür nannten sie u. a. bessere Einblicke in die Strukturen sowie eine bessere Zusammenarbeit aufgrund eines Praktikums bei Pflegediensten im Rahmen der VERAH-Weiterbildung.

### Arbeitspaket IV

#### Stichprobenbeschreibung

Im Jahr 2012 wurden 269.585 Versicherte im Alter von über 65 Jahren in der Nicht-HzV- und 298.975 in der HzV-Gruppe in der Auswertung berücksichtigt. Die diesbezüglichen Grunddaten finden sich in **Tab. 3**. Während die soziodemografischen Variablen sehr ähnlich verteilt waren, zeigten sich in der HzV-Gruppe weniger Versicherte mit Pflegestufe bzw. Heimaufenthalt. Die (Multi-) Morbidität war dort allerdings etwas höher.

### Ergebnisübersicht

In **Tab. 4** sind die Ergebnisse zu den klinischen Indikatoren dargestellt. Wiedergegeben wurden jeweils die Rohwerte für beide Gruppen, die im multivariaten Regressionsmodell ermittelte adjustierte Differenz sowie der Signifikanzwert innerhalb dieses Modells.

Im Bereich der koordinierten Inanspruchnahme war die Konsultation von mehr als einem Hausarzt in der HzV-Gruppe deutlich geringer, ebenfalls war die Zahl der Überweisungen geringer (die Zahl der ungezielten Facharztinanspruchnahmen unterschied sich nicht). Mit einem international verwendeten Indikator für die „Continuity of care“, dem UPC (usual provider index) [27] wurde ergänzend berechnet, dass in der HzV-Gruppe 96 % der Hausarztkontakte mit dem dedizierten Hausarzt stattfanden, in der Nicht-HzV-Gruppe nur 88 %. Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSCs) waren auch bei den älteren Versicherten in der HzV leicht verringert. Im Bereich der Pharmakotherapie waren kaum Qualitätsverbesserungen zu verzeichnen. Zwei Indikatoren, die speziell für ältere Patienten Relevanz besitzen (Antipsychotikaverordnung insbesondere an Demente und langfristige Verordnung von Benzodiazepinen), zeigten geringe, aber erkennbare Reduktionen in der HzV-Gruppe.

Im Bereich der Prävention konnte eine Erhöhung der Impfquote gegen Influenza und eine geringere Zahl an sturzbedingten Hüftverletzungen für HzV-Versicherte beobachtet werden. Bei der Versorgung des Diabetes war gezielt angestrebt und somit zu erwarten, dass sich mit der deutlich erhöhten Teilnahmequote am DMP Diabetes auch die Prozessparameter (augenärztliche Untersuchung, Pharmakotherapie) verbessern. Im Sinne eines intermediären Outcomes war die Hospitalisierungsrate (Einweisungen nicht diabetesspezifisch) um 2,47 % geringer. In den jeweiligen Subgruppenanalysen (Daten nicht dargestellt, vgl. [12]) wurden keine Hinweise auf eine Unterversorgung von HzV-Versicherten mit komplexem Versorgungsbedarf im Vergleich zu Nicht-HzV-Versicherten festgestellt.

**Tab. 4** Indikatoren der klinischen Versorgungsqualität bei älteren Versicherten 2012

Zielgröße	Nicht-HzV unadjustierte Anzahl bzw. Rate	HzV unadjustierte Anzahl bzw. Rate	Adjustierte Differenz HzV – Nicht-HzV	p-Wert
Mehr als ein konsultierter Hausarzt	47,4 %	32,0 %	– 22,53	< 0,0001
Zahl der fachärztlichen Behandlungsfälle pro Patient mit Überweisung durch den Index-Hausarzt	4,0	2,9	– 1,12	< 0,0001
Stationäre Notfallaufnahmen (≥ 1)	15,6 %	14,4 %	– 0,97	< 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (≥ 1)	6,4 %	6,0 %	– 0,36	< 0,0001
Anzahl der Wirkstoffe je Patient (Verordnungen des Index-Hausarztes)	3,2	3,3	0,07	< 0,0064
Anzahl der Wirkstoffe je Patient	4,1	4,1	0,03	0,0039
Erhalt von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste <sup>a</sup> (Verordnungen des Index-Hausarztes)	14,3 %	13,9 %	0,01	0,9359
Verordnung von Neuroleptika (mehr als 20DDD <sup>b</sup> im Halbjahr ohne eindeutige Indikation)	2,4 %	1,8 %	– 0,43	< 0,0001
Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa mit hohem Verbrauch (Verordnungen des Index-Hausarztes)	1,8 %	1,6 %	– 0,14	0,0281
Influenza-Impfung (nur durch den Index-Hausarzt)	32,0 %	36,4 %	4,82	< 0,0001
Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen	0,8 %	0,7 %	– 0,06	0,0003
Typ-2-Diabetiker mit DMP-Teilnahme	49,8 %	73,7 %	7,04	< 0,0001
Typ-2-Diabetiker mit jährlicher augenärztlicher Untersuchung (kooperative Versorgung)	53,2 %	59,7 %	3,18	< 0,0001
Typ-2-Diabetiker mit nicht empfohlener Medikation von Nicht-Insulin-Antidiabetika	9,6 %	8,6 %	– 0,90	< 0,0001
Hospitalisierung von Typ-2-Diabetikern	36,0 %	33,5 %	– 2,47	< 0,0001

<sup>a</sup>[35], Anhang 10–9<sup>b</sup>DDD defined daily dose

## Diskussion

Nach unserem Kenntnisstand wurde bisher keine derart umfassende Evaluation zur HzV in anderen Bundesländern durchgeführt. Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation verdeutlichen mehrere positive Zusammenhänge, die aus der Teilnahme an dem Vertrag zur HzV resultieren. Vor allem in den Arbeitspaketen I und IV zeigte sich, dass die erhöhte Betreuungsintensität beim Hausarzt in der HzV-Versichertengruppe und vor allem bei geriatrischen Versicherten einen potenziellen Einfluss auf relevante Parameter hatte. Die mit der HzV-Einschreibung assoziierten Minderkosten der Pharmakotherapie im gesamten ambulanten Versorgungssektor sind bemerkenswert. Regelmäßige Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie, die fester Bestandteil der HzV-Teilnahme sind, könnten Erklärungskomponenten für diese Unterschiede sein. Pharmakotherapie, bei denen das eigene Ordnungsverhalten des Hausarztes anhand von datengestützten Feedback-

berichten und evidenzbasierten Hintergrundinformationen reflektiert wird, stellen eine wichtige Basis für eine angemessene Versorgungsqualität dar [28]. Bei den Indikatoren zur stationären Versorgung waren die ermittelten Unterschiede statistisch nicht signifikant und/oder relativ gering. Grundsätzlich ist dies plausibel, da die HzV-Intervention (noch) nicht explizit auf die stationäre Versorgung abzielt. Eine vielversprechende Ausnahme bildeten die „potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“. Eine Erklärungskomponente für den beobachteten Unterschied könnte durchaus die intensivere Betreuung durch den Hausarzt in der Interventionsgruppe sein, die durch präventive Maßnahmen die Notwendigkeit von Einweisungen aufgrund von ASCSs reduziert. So zeigte sich auch in AP II, dass insbesondere das Angebot an Prävention die Versorgung verbessert. Die Teilnahme an der HzV zeichnet sich durch eine bessere Unterstützung chronisch kranker Versicherter aus, insbesondere bei der gezielten Vergabe von Facharztterminen. Der Haus-

arzt in der Rolle als Lotse des Versicherten wird durch die HzV in seiner Koordinierungs-, Betreuungs- und Dokumentationsfunktion gestärkt [29]. Zusätzlich werden innerhalb der personellen Struktur in der Hausarztpraxis positive Veränderungen wahrgenommen.

Die Ergebnisse aus AP III zeigen, dass die VERAH tatsächlich die Versicherten erreichen, für deren Versorgung sie laut dem HzV-Vertrag vorgesehen sind (Ältere, Hochbetagte, chronisch Kranke, Multimorbide, Pflegebedürftige und Hausbesuchspatienten). Dabei übernehmen sie Tätigkeiten, die arztentlastend wirken können, wie z. B. Erklärungen zur Medikamenteneinnahme, zu Behandlungsschemata oder zum Impf- und Wundmanagement, Beratungen zum Erhalt der Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung sowie Kontaktaufnahmen zu Pflegestellen und Sozialleistungsanbietern. Eine Erweiterung der Rolle und damit der Zuständigkeiten könnte sich positiv auf die Arbeitslast der Ärzte auswirken [30]. Es ist bereits bekannt, dass

eine intensive Betreuung durch die MFA die Bindung der Patienten an die Hausarztpraxis stärkt [31]. VERAH sehen sich als Berater, Motivator, Unterstützer beim Zugang zum Gesundheitssystem und als wichtige zusätzliche Vertrauensperson innerhalb des Praxisteam. Sie überbrücken Schnittstellen zu anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem. So wird darauf hingewiesen, dass durch das externe Praktikum im Rahmen der VERAH-Weiterbildungsinhalte das Verständnis für die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege zunimmt und die VERAH in der Folge „auf Augenhöhe“ mit den Pflegekräften kommunizieren kann. Nach ihrer eigenen Einschätzung konnten sie eigenständige Beziehungen zu den Patienten aufbauen und z. B. zur Stärkung der Motivation beitragen. Es handelt sich hier um eine Entwicklung, die die MFA befähigt, umschriebene Tätigkeiten des „Health Coaching“ zu übernehmen [32]. Ältere und chronisch kranke Versicherte sind eine spezifische Zielgruppe der HzV. Zugleich sind hier klinische Problemlagen divers, die Versorgungsbedürfnisse hoch und komplex (z. B. bei Multimorbidität und Multimedikation), sodass nur langsame Verbesserungen zu erwarten sind. Dennoch konnten in AP IV Verbesserungen z. B. im Bereich der Inanspruchnahme, der Prävention und auch in der Diabetikerversorgung (die beispielhaft für die Versorgung chronischer Erkrankungen ausgewählt wurde) identifiziert werden. Ein regelhafter Diskussionspunkt bleibt hier, ob sich die Unterschiede aus der HzV direkt oder aus der erhöhten Einschreibequote in DMP erklären lassen. Dies wird sich erst im längeren Zeitverlauf durch die Anwendung komplexerer statistischer Modelle aufklären lassen. Schon jetzt steht jedoch fest, dass die HzV ein wichtiger Rahmen ist, in dem sich hohe DMP-Einschreibequoten erreichen lassen und dass beide Modelle strukturierter Versorgung synergistisch wirken.

### Limitationen

Einschränkend muss gesagt werden, dass die Auswertungen in AP I und AP IV auf der Basis von Routinedaten erfolgten und daher systembedingten Einschränkungen unterliegen können [33]. Zudem stehen

wesentliche versichertenseitige Parameter (z. B. Bildungsstand, Beruf, Einkommen, gesundheitliche Risikofaktoren) in den vorliegenden Routinedatensätzen nicht zur Verfügung. Grenzen hat auch die Dokumentation hausärztlicher Kontakte, seit im Jahre 2007 im System der Kassenärztlichen Vereinigung und seit 2008 im HzV-Vertrag die Vergütung pauschalisiert wurde. Seitdem können nur Kontakte ausgewertet werden, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. in der HzV-Vergütung Gebührensatznummern auslösen. Die in AP I genannte höhere hausärztliche Kontaktzahl in der HzV-Gruppe muss unter dieser Einschränkung gesehen werden. Da aufgrund der Vergütungsregelungen eine geringere Dokumentation von hausärztlichen Kontakten in der HzV zu erwarten gewesen wäre, halten wir den Nachweis einer höheren Kontaktzahl in dieser Gruppe aber für belastbar. Der verwendete Charlson-Index wurde ursprünglich als standardisiertes Instrument zur Messung von Komorbidität in prospektiven onkologischen Therapiestudien entwickelt. Die Entscheidung, den Charlson-Index als Morbiditätsmaß für diese Evaluation zu verwenden, wurde getroffen, weil er sich in anderen Studien bereits vor Beginn der Evaluation im Kontext der Analyse von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg als gutes Surrogat für die Messung der Patientenmorbidität erwiesen hat [34].

Die durchgeführten Interviews in AP II dienten vor allem der Generierung von Hypothesen. Die Stichprobe stellt eine positive Selektion von Ärzten und Versicherten dar, die freiwillig teilnahmen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse anders ausgefallen wären, wenn andere Ärzte oder Versicherte teilgenommen hätten. Die Bereitschaft zur Teilnahme ist in diesem Fall mutmaßlich mit einer Zufriedenheit mit dem System korreliert. Ebenso sind die Ergebnisse in AP III mit gewissen Einschränkungen zu betrachten. So ist die Dokumentation ihrer Tätigkeit durch subjektive Eindrücke mitbestimmt und dient hier als erster Einblick in die konkreten Tätigkeiten von VERAH. Bei der Analyse der Versorgungsqualität für ältere Versicherte ist darauf hinzuweisen, dass die Einschreibung von Versicherten mit Pflegestufe bzw. von Heimbewoh-

nern noch verringert ist. Diese wurde erst ab 2013 durch zusätzliche Vergütungselemente gefördert. Bezüglich der Pharmakotherapie ist anzumerken, dass über die vorliegenden Routinedaten nicht für jeden Versicherten – insbesondere bei beobachtungszeitraumübergreifenden Prozessen – eindeutig zu bestimmen ist, welcher Arzt eine bestimmte Therapie initiiert und/oder welcher Arzt eine Absetzung eines Medikamentes tatsächlich bewirkt hat.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass sich Versicherte und Ärzte, die an der HzV teilnehmen, wahrscheinlich von Versicherten und Ärzten, die nicht mitmachen, unterscheiden. Zukünftig ist daher zu überlegen, Vergleichsstudien zu konzipieren. In diesen könnte analysiert werden, inwieweit sich die AOK-Versicherten in Baden-Württemberg von AOK-Versicherten aus einem ähnlichen Bundesland, in dem die HzV noch nicht flächendeckend eingeführt wurde, hinsichtlich bestimmter Outcomes unterscheiden.

---

### Fazit

**Die Ergebnisse aus den vier Arbeitspaketen verdeutlichen, dass durch die Teilnahme an der HzV die Lotsenfunktion des Hausarztes insbesondere für chronisch kranke und ältere Versicherte gestärkt wird, die VERAH für Entlastung der Hausärzte sorgen können und sich darüber hinaus zusätzlich gesundheitsökonomische Vorteile ergeben. Da sich für bestimmte Interventionen erst nach einer gewissen Zeit messbare Veränderungen feststellen lassen, sollten die vorliegenden Evaluationen kontinuierlich weitergeführt werden.**

---

### Korrespondenzadresse

**PD Dr. G. Laux**  
Abteilung Allgemeinmedizin und  
Versorgungsforschung  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Voßstr. 2 Geb. 37, 69115 Heidelberg  
g.laux@med.uni-heidelberg.de

---

**Danksagung.** Wir bedanken uns bei der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft sowie dem MEDI-Verbund für die Förderung dieser Studie. Des Weiteren bedanken wir uns bei den Hausärzten und Patienten für die Teilnahme an den Interviews sowie bei allen teilnehmenden VERAH für ihr Engagement bei der Dokumentation der Tätigkeitsprotokolle. Für ihre Unterstützung bei der Durchführung des AP II danken wir Heiko Anselm und Falk Wallat und bei den APen III und IV danken wir Zeycan Albay, Mareike Leifermann und Marianne Kania.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Eine Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg lag zu Studienbeginn für AP I (S-359/2013) und AP II (S-289/2013) vor. Eine Zustimmung der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin, Frankfurt, zu AP III: Geschäfts-Nr. 484/13, zu AP IV: Geschäfts-Nr. 470/13 lag zu Studienbeginn vor.

## Literatur

1. Deutscher Hausärzterverband. <http://www.hausaerzterverband.de/cms/>. Zugegriffen: 14. Dez. 2014
2. MEDI-Verbund. [http://www.medi-verbund.de/was\\_ist\\_medi2.html](http://www.medi-verbund.de/was_ist_medi2.html). Zugegriffen: 14. Dez. 2014
3. Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J (2013) Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 107:372–378
4. Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S, Beyer M, Miksch A (2013) Wie beurteilen chronisch kranke Patienten Ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 107:379–385
5. Mergenthal K, Beyer M, Guethlin C, Gerlach FM (2013) Evaluation des VERAH-Einsatzes in der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 107:386–393
6. Roehl I, Beyer M, Gondan M et al (2013) Leitlinien-gerechte Behandlung bei chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 107:394–402
7. Ergebnisbericht HZV-Evaluation 2010/2011. [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf). Zugegriffen: 15. Okt. 2014
8. Fortbildungskommission A (2010) Aufgaben der VERAH in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. [http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben\\_der\\_VERAH.pdf](http://www.hausarzt-bw.de/upload/upload/Aufgaben_der_VERAH.pdf). Zugegriffen: 15. Okt. 2014
9. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M (2004) The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 14:246–251
10. Burgdorf F, Sundmacher L (2014) Potentially avoidable hospital admissions in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 111:215–223
11. Freund T, Campbell S, Geißler S et al (2013) Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care – sensitive conditions. *Ann Fam Med* 11:363–370
12. Ergebnisbericht HZV-Evaluation 2013/2014. [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten\\_und\\_fakten/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten_und_fakten/index.html). Zugegriffen: 15. Okt. 2014
13. DIMDI, ICD-10-GM. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/>. Zugegriffen: 3. Feb. 2015
14. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA (2004) New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *J Clin Epidemiol* 57:1288–1294
15. Multilevel Analysis. Version 1.0. <http://www.princeton.edu/~otorres/Multilevel101.pdf>. Zugegriffen: 3. Feb. 2015
16. Applied Multivariate Statistical Analysis. <http://www.stat.wvu.edu/~jharner/courses/stat541/mva.pdf>. Zugegriffen: 3. Feb. 2015
17. Laux G, Kühlein T, Rosemann T, Szecsenyi J (2008) Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 8:14–21
18. Sturges JE, Hanrahan KJ (2004) Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research* 4:107–118
19. Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 8. Aufl. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek, bei Hamburg, S 468–474
20. Barbour RS (2001) Checklist for improving rigour in qualitative research: a case of the trail wagging the dog? *Br Med J* 322:1115–1117
21. Steinke I (2010) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 8. Aufl. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek, bei Hamburg, S 319–331
22. QISA (Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung). <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html>. Zugegriffen: 15. Okt. 2014
23. AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen). <http://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311>. Zugegriffen: 15. Okt. 2014
24. Wenger NS, Young RT (2007) Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 55:285
25. Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM (2011) Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 105:13–20
26. Modul Arzneimittelverordnung. AOK Baden-Württemberg. [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/faq/index\\_02756.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/faq/index_02756.html). Zugegriffen: 15. Okt. 2014
27. Pollack CE, Hussey PS, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Schneider EC (2013) Measuring care continuity: a comparison of claims-based methods. *Med Care* Dec 3. [Epub ahead of print]
28. Wensing M, Broge B, Riens B et al (2009) Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 18(9):763–769
29. Kürschner N, Weidmann C, Müters S (2011) Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“? *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 54:221–227
30. Dini L, Saraganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V (2012) German GP's willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract* 29:448–454
31. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N et al (2012) Patients' perspectives on depression case management in general practice – a qualitative study. *Patient Educ Couns* 86:114–119
32. Care management of patients with complex health care needs: The Robert Wood Johnson Foundation. <http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2009/12/care-management-of-patients-with-complex-health-care-needs.html>. Zugegriffen: 3. Feb. 2015
33. Laux G, Bauer E, Stock C (2014) Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität. *Public Health Forum* 83:17e1–e334
34. Freund T, Wensing M, Mahler C et al (2010) Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implement Sci* 5:70
35. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl* 107(31–32):543–551

## **Eigene Veröffentlichungen**

### **Weitere aus den beiden Evaluationsprojekten hervorgegangene Veröffentlichungen unter Beteiligung der Autorin**

#### **Veröffentlichter Artikel in einer Fachzeitschrift**

Laux G, Szecsenyi J, **Mergenthal K**, Beyer M, Gerlach FM Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, Gütthlin C, Götz K. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl.* 2015;58(4-5):398-407. doi:10.1007/s00103-015-2122-9. (Volltext siehe Anhang VI)

Götz K, Laux G, **Mergenthal K**, Roehl I, Erler A, Miksch A, Beyer M (2013) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Public Health Forum* 21(78): 25.e1-25.e3.doi: 10.1016/j.phf.2012.12.003

#### **Veröffentlichung von Ergebnisberichten im Internet**

AOK Baden-Württemberg. Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011). [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2008\\_2010.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2008_2010.pdf). Accessed May 21, 2016.

AOK Baden-Württemberg. Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2014). 2014. Available at: [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2013-2014.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf). Accessed May 21, 2016.

## Weitere Preise und Veröffentlichungen der Autorin

### Preise

#### 2008

1. Sieger des deutschen Forschungspreises für Allgemeinmedizin („Dr. Lothar Beyer-Preis“) mit dem Forschungsprogramm "Nachhaltige Depressionstherapie in der Hausarztpraxis". Die Auszeichnung erfolgte gemeinsam mit dem PRoMPT-Projekt-Team und war mit 25.000 Euro dotiert.

### Veröffentlichte Artikel in Fachzeitschriften

#### 2016

Scherer M, Hansen H, Gensichen J, **Mergenthal K**, Riedel-Heller S, Weyerer S, Maier W, Fuchs A, Bickel H, Schoen G, Wiese B, Koenig HH, van den Bussche H, Schaefer I. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):68. doi:10.1186/s12875-016-0468-1.

#### 2015

Egidi G, Bülders S, Diederichs-Egidi H, **Mergenthal K**. Könnte das nicht auch die MFA erledigen? *Z Allg Med.* 2015;91(12):517-521. doi:10.3238/zfa.2015.0517-0521.

**Mergenthal K**, Güthlin C. Kulturübergreifende Kompetenzen. *praxisnah.* 2015;(7+8):16-17.

Hübsch G, Gottschalk M, **Mergenthal K**, Schübel J, Bergmann A, Voigt K. Sächsische Hausarztpraxen auf dem Weg zur Teampraxis? *Z Allg Med.* 2015;91(6):264-268. doi:10.3238/zfa.2015.0264-0268.

Von dem Knesebeck O, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Höfels S, Riedel-Heller S, Koenig HH, **Mergenthal K**, Schön G, Wegscheider K, Weyerer S, Wiese B, Scherer M, van den Bussche H, Schaefer I. Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients-results of the MultiCare cohort study. *Int J Equity Health.* 2015;14:17. doi:10.1186/s12939-015-0142-6.

Petersen JJ, Paulitsch MA, Hartig J, **Mergenthal K**, Gerlach FM, Gensichen J. Factor structure and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-9 for female and male primary care patients with major depression in Germany. *J Affect Disord* 2015;170:138-142. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.053

## 2014

**Mergenthal K**, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, Restle S, Schluckebier I, Schmiedeberg E, Schulz-Rothe S, Güthlin C. Engagiert aber schlecht bezahlt!: Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med.* 2014;(11):445-450. doi:10.3238/zfa.2014.0445-0450.

Ulrich L-R, **Mergenthal K**, Petersen JJ, et al. Anticoagulant treatment in German family practices - screening results from a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2014;15:170. doi:10.1186/s12875-014-0170-0.

**Mergenthal K**, Güthlin C, Ulrich L-R, Petersen JJ, Hirschfeld J, Siebenhofer A. Gerinnungsmanagement bei Migranten in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med.* 2014;90(10):409-414. doi:10.3238/zfa.2014.0409-0414.

Petersen JJ, Paulitsch MA, **Mergenthal K**, et al. Implementation of chronic illness care in German primary care practices--how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:336. doi:10.1186/1472-6963-14-336.

Petersen JJ, König J, Paulitsch MA, **Mergenthal K**, Rauck S, Pagitz M, Schmidt K, Haase, L, Gerlach FM. Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: a 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014;36(6):570-574. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.07.006.

Freytag A, Quinzler R, Freitag M, Bickel H, Fuchs A, Hansen H, Hoefels S, Koenig HH, **Mergenthal K**, Riedel-Heller S; Schoen G, Weyerer S, Wegscheider K, Scherer M, van den Bussche H, Haefeli WE, Gensichen J. Gebrauch und potenzielle Risiken durch nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel. *Der Schmerz.* 2014;28(2):175-182. doi:10.1007/s00482-014-1415-5.

Wicke F, Güthlin C, **Mergenthal K**, Gensichen J, Löffler C, Bickel H, Maier W, Riedel-Heller SG, Weyerer S, Wiese B, König H-H, Schön G, Hansen H, van den Bussche H, Scherer M, Dahlhaus A. Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Fam Pract.* 2014;15:62. doi:10.1186/1471-2296-15-62.

Bock J-O, Luppä M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, **Mergenthal K**, Schäfer I, Schön G, Weyerer S, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, König HH. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. *PLoS ONE.* 2014;9(3): e91973. doi:10.1371/journal.pone.0091973.

**Mergenthal K.** Migrantinnen empowern! *Präv Gesundheitsf.* 2014;9(1):52-59. doi:10.1007/s11553-013-0415-0.

## 2013

Hirschfeld J, **Mergenthal K**, Petersen JJ, et al. Patientenschulungen zum Gerinnungsselbstmanagement–Angebotssituation in Hessen. *Gesundheitswesen.* 2014;76(10):628-632. doi:10.1055/s-0033-1355403.

König HH, Leicht H, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, **Mergenthal K**, Riedel-Heller S, Schäfer I, Schön G, Weyerer S, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, Eckardt M. Effects of multiple chronic conditions on health care costs: an analysis based on an advanced tree-based regression model. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:219. doi:10.1186/1472-6963-13-219.

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(6):255-260. doi:10.3238/zfa.2013.0255-0260.

Ulrich L-R, Petersen JJ, Mergenthal K, et al. Eine Monitoring-Liste für ein hausärztliches Case Management bei oraler Antikoagulation. *Z Allg Med.* 2013;89(4):165-171. doi:10.3238/zfa.1013.0165-0171.

## 2012

**Mergenthal K**, Gerlach FM, Güthlin C. Vorhandene Ressourcen effektiv nutzen – Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med.* 2012;88(11):466-474. doi:10.3238/zfa.2012.0466-0474.

Siebenhofer A, Ulrich LR, **Mergenthal K**, Roehl I, Rauck S, Berghold A, Harder S, Gerlach FM, Petersen JJ. Primary care management for optimized antithrombotic treatment PICANT: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Implement Sci.* 2012;7:79. doi:10.1186/1748-5908-7-79.

Guethlin C, Beyer M, Erler A, Gensichen J, Hoffmann B, **Mergenthal K**, Müller V, Muth C, Petersen JJ, Gerlach FM. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Z Allg Med.* 2012;88(41). doi:10.3238/zfa.2012.0173-0181.

Petersen JJ, Schulz S, **Mergenthal K**, Gerlach FM, Gensichen J. „Ich kann nicht mehr“. Bei Verdacht auf eine Depression aktiv die typischen Symptome explorieren. *Der Hausarzt.* 2012;6(12).

Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jaeger C, **Mergenthal K**, Gerlach FM, Petersen JJ. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):114-119. doi:10.1016/j.pec.2011.02.020.

## 2011

Gensichen J, Guethlin C, Kleppel V, Jäger C, **Mergenthal K**, Gerlach FM, Petersen JJ. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives. *Family practice*. 2011;28(5):565-571. doi:10.1093/fampra/cm14.

Guethlin C, **Mergenthal K**, Kleppel V, Gerlach I, Gerlach F, Petersen J, Gensichen J. Rückmeldung von Studienergebnissen an die Studienteilnehmer – Internationale Empfehlungen und Erfahrungen aus der PRoMPT-Studie zur Depressionsbehandlung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med*. 2011;87(2):78-83. doi:10.3238/zfa.2011.078.

## 2010

**Mergenthal K**, Petersen JJ, Rauck S, Gensichen J, Gerlach FM. Case Management bietet Medizinischen Fachangestellten neue Chancen. *praxisnah*. 2010;(1+2):18-19.

## 2009

Gensichen J, Jaeger N, Peitz M, Torge M, Güthlin C, **Mergenthal K**, Kleppel V, Gerlach FM, Petersen JJ. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Ann Fam Med*. 2009;7(6):513-519. doi:10.1370/afm.1037.

## 2007

Mosig-Frey J, **Mergenthal K**, Müller V, Peitz M, Gensichen J. Case Managerinnen in der hausärztlichen Versorgung. *praxisnah*. 2007;(11+12):9.

## Lebenslauf

Geburtsdatum 10.08.1963  
Familienstand/Kinder geschieden, 2 Söhne (29 und 26 Jahre alt)  
Staatsangehörigkeit deutsch

### Schulische/berufliche Ausbildung

1979 -1981 Ausbildung zur Arzthelferin  
06/1981 Arzthelferinnenbrief (Gesamtnote 1,6)  
1973 – 1979 Realschule Büdingen  
07/1979 Mittlere Reife (Gesamtnote 1,6)

### Berufliche Tätigkeiten

2013 – jetzt Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität,  
Frankfurt am Main  
*Wissenschaftliche Mitarbeiterin*  
Arbeitsbereiche (AB) Chronische Krankheit und  
Versorgungsforschung und Arbeitsbereich  
Qualitätsförderung und Konzeptentwicklung

2006 – 2013 Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität,  
Frankfurt am Main  
*Studienkoordinatorin*  
AB Chronische Krankheit & Versorgungsforschung

2003 – 2006 Kliniken des Wetteraukreises, Friedberg  
*Arzthelferin, Klinikassistentin und QM-Auditorin*

1994 – 2003 H. Winter-Lucke, Nervenarztpraxis, Büdingen  
*Arzthelferin*

1991 – 1994 Dres. med. Klein/Kraft-Merbach, Allgemeinarztpraxis,  
Büdingen  
*Arzthelferin*

1988 – 1990 Dres. med. Naunheim/Holthaus, Orthopädische Praxis,  
Gelnhausen  
*Arzthelferin*

1981 – 1987 Dres. med. Steinbrecher/Becerra, Chirurgische Arztpraxis,  
Büdingen  
*Arzthelferin*

### Berufsbegleitendes Hochschulstudium

- 09/2011 – 07/2013 Hochschule Fulda  
Masterstudium Public Health  
Abschluss *Master of Science* (Gesamtnote 1,5)
- 03/2009 – 09/2011 Hochschule Magdeburg-Stendal  
Bachelorstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften  
Abschluss *Bachelor of Science* (Gesamtnote 1,3)
- 03/2008 – 03/2009 Universität Bielefeld  
Bachelorstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften  
Zwischenabschluss *Gesundheitsmanagerin*  
(Gesamtnote 1,6)

### Auswahl weiterer Qualifikationen

- 2008 *Erwachsenenpädagogische Qualifizierung*  
Hessischer Volkshochschulverband, Frankfurt a. Main
- 2007 *Studienassistentin im Prüfzentrum*  
Frankfurter Akademie für Klinische Forschung am  
Klinikum der Goethe-Universität, Frankfurt a. Main
- 2005 *DGQ-Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin im*  
*Gesundheitswesen*  
Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., Frankfurt a. Main
- 2004 *Klinikassistentin*  
Landesärztekammer, Carl-Oelemann-Schule Bad Nauheim
- 1999 *Übungsleiterin für Entspannungstraining für Erwachsene/*  
*Kinder & Jugendliche, Yogaschule Grimm-Rautenberg,*  
Grünstadt
- 1997 *Übungsleiterin für das Autogene Training*  
Institut für Verhaltenstherapie und Präventivmedizin, Bad  
Nauheim

Schwalbach am Taunus, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Karola Mergenthal

## **Danksagung**

Schreiben musste ich diese Arbeit zwar allein – doch an ihrem Gelingen waren jede Menge liebe Menschen beteiligt, bei denen ich mich auf diesem Wege gerne bedanken möchte.

Allen voran bedanke ich mich besonders bei meiner Doktormutter und Erstgutachterin, Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch für ihre wertvollen Ratschläge, ihre Betreuung, ihre Unterstützung und Motivation. Dankbar erkenne ich auch ihre immer freundliche, uneingeschränkte und geduldige Bereitschaft an, mir ihr großes Wissen weiterzugeben.

Mein besonderer Dank gilt Dr. phil. Dipl. Psych. Corina GÜthlin. Jederzeit gewährte sie mir bei der Planung, der Durchführung und Auswertung der vorliegenden Arbeit außerordentlich sachkundige, erfahrene und wertvolle Unterstützung. Ihre wegweisenden Ideen haben wesentlich zum Erstellen der Publikationen und dieser Dissertation beigetragen.

Ein besonderer Dank geht an Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, für die Anregungen und Tipps und für die Schaffung der Rahmenbedingungen, die diese Arbeit ermöglichten. Darüber hinaus danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main für ihr Feedback, für Ratschläge und Denkanstöße. Besonders erwähnen möchte ich Dr. med. Juliana J. Petersen, MPH, mit Dank für die emotionale Unterstützung und für die vielen wertvollen Tipps und Dipl. Soz. Martin Beyer, der mir jederzeit auf meinem beruflichen Weg behilflich ist.

Weiterhin danke ich den teilnehmenden VERAH, MFA, Patienten und Ärzten, ohne deren Engagement diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Meinem Lebensgefährten Herrn Dipl. Ing. Anton Heumann danke ich von ganzem Herzen für seine unermüdliche Geduld und emotionale Unterstützung. Zu jeder Zeit war er für mich da, hat mich aufgebaut und mir immer geholfen, auch wenn es mal eine schwerere Phase gab. Das habe ich nie als selbstverständlich angesehen. Herzlichen Dank.

Ich danke meinen Eltern, die meinen Lebensweg geprägt haben, meiner Mutter Wilma, die immer zu mir steht. Ich bedaure, dass mein Vater Victor, meine Promotion nicht mehr miterleben durfte.

Ich selbst bin Mutter von zwei wunderbaren Söhnen, auf die ich sehr stolz bin – David und Jonas – ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

## **Schriftliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Möglichkeiten durch Delegation hausärztlicher Leistungen am Beispiel von  
Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH)

in dem Institut für Allgemeinmedizin unter Betreuung und Anleitung von Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch mit Unterstützung durch Dr. phil. Dipl. Psych. Corina Güthlin ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht\*. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Vorliegende Ergebnisse der Arbeit wurden (oder werden) in folgendem Publikationsorgan veröffentlicht:

Karola Mergenthal, Marin Beyer, Corina Güthlin, Ferdinand M. Gerlach. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 107:386-393,2013.

Karola Mergenthal, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina Guethlin. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. PLoS ONE. 11(6):e0157248,2016.

Karola Mergenthal, Mareike Leifermann, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina Güthlin. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht. Gesundheitswesen. 77: e62-268, 2015.

Karola Mergenthal, Mareike Leifermann, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina Güthlin. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? Z Allg Med. 92(1):36-40, 2016.

Karola Mergenthal, Corina GÜthlin, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Andrea Siebenhofer. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen, 2016. (online first).

Karola Mergenthal, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Corina GÜthlin. Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet - eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. Z Allg Med. 92(10):402-407,2016.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

\*) im Falle des Nichtzutreffens entfernen