

NäPa und Verah könnten noch mehr tun

Forscher haken nach: Wie wird die Qualifizierung der Fachkraft in den Praxen genutzt?

50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

FRANKFURT/M. – Es werden immer mehr NÄPas und Verahs ausgebildet. Doch werden sie auch entsprechend der erworbenen Qualifikation eingesetzt? Wissenschaftliche Befragungen und persönliche Schilderungen lassen daran Zweifel.

Bei Praxen, die eine „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (Verah) ausgebildet haben, findet dann meist auch eine Umverteilung von Aufgaben statt. Das betrifft vor allem Routine-Hausbesuche, die der Arzt an die Verah abgibt. Außerdem übernehmen die qualifizierten MFAs eine „Filter-Funktion“, indem sie Arzt-Patienten-Kontakte gezielt vorbereiten, z.B. durch eine Vorab-Kontrolle des Medikationsplans.

Verahs spüren eine Kompetenzsteigerung und mehr Verantwortung durch die ihnen übertragenen Aufgaben, insbesondere wenn sie Tätigkeiten selbst steuern können. Patienten fühlen sich durch die zu-

Was Medizinische Fachangestellte stresst

Mängel in der Praxisorganisation und -führung tragen wesentlich zur Stressbelastung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) bei. Professor Dr. Birgitta Weltermann vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Essen illustrierte beim 50. DEGAM-Kongress Problembereiche mit Zahlen aus einer Studie mit 136 Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen. Befragt worden waren rund 490 MFAs (im Schnitt knapp 38 Jahre alt, 65 % in Vollzeit und 87 % unbefristet beschäftigt; 62 % arbeiten 21 bis 40 Wochenstunden, rd. 25 % über 40 Stunden).

Durchweg gilt: Der arbeitsplatzbezogene Stress wird höher eingestuft als privater Stress.

Stressoren sind Arbeitsbelastung („zu viele Patienten“, mangelnde Berücksichtigung von Kompetenzen bei der Aufgabenverteilung), Arbeitsunterbrechungen durchs Telefon oder Vorgesetzte („Arzt macht nicht mit / macht Privates“) sowie räumliche Probleme, z.B. Lärm durch Patienten im Anmeldebereich. Moniert werden auch fehlende Absprachen im Team oder dass in Gruppenpraxen die Abstimmung der Ärzte untereinander schlecht klappt.

Positive Praxisfaktoren („Ressourcen“) sind beispielsweise:

- der Zusammenhalt im Team, Verlass auf Vorgesetzte und Kollegen
- Information über wichtige Vorgänge und Mitsprache, Rückmeldung vom Vorgesetzten und der Austausch mit den Kolleginnen
- eigene Handlungsspielräume (z.B. selbstständige Arbeitseinteilung)



legal delegierten können („Grauzone“). Es wäre wichtig, die Ärzte darüber besser zu informieren.

sätzliche Vertrauensperson gut betreut. Ärzte werden zeitlich entlastet.

Im Schnitt hat eine Verah 20 Jahre Berufserfahrung

Diese positiven Effekte der Umsetzung einer Verah-Qualifikation nannte KAROLA MERGENTHAL, M. Sc. Public Health und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, beim 50. DEGAM-Kongress. Die Erkenntnisse stammen aus der Evaluation des Hausarztprogramms der AOK Baden-Württemberg. Nach einer Tätigkeitsanalyse (2013–14) und einer Patientenbefragung (2014–15) erfolgte zuletzt eine qualitative Befragung von 26 Verahs und elf Hausärzten (2015–16). Die Verahs waren im Schnitt 41 Jahre alt und hatten gut 21 Jahre Berufserfahrung. Die Ärzte waren im Schnitt 60 Jahre alt, seit 23 Jahren niedergelassen und seit sechs Jahren

Patienten fühlen sich von NāPas gut betreut

Teilnehmer der Hausarztzentrierten Versorgung.

Bei der Umsetzung der Verah-Qualifikation bestätigen MFAs wie Ärzte: Die Verah übernimmt die Routine-Hausbesuche. Es gibt allerdings auch Praxen, in denen sie selbstständig DMP-Patienten betreut. Mergenthal zitiert eine MFA mit den Worten: „Für die nehme ich mir eine halbe Stunde Zeit, gucke auch auf bestimmte Dinge, sei es die Fußkontrolle, sei es der Lungenfunktionstest.“ Bei zehn solcher Patienten am Tag, spüre der Arzt durchaus eine Entlastung. Denselben Effekt hat es, wenn Patienten mit der Verah besprechen, was sie brauchen und was sich verschlechtert hat, damit diese „banale Sachen“

abklären kann.

Ähnliches berichtete GERRIT KOPP vom Institut für Allgemeinmedizin am

Campus Lübeck. In Schleswig-Holstein wurde die Nichtärztliche Praxisassistentenz (NāPa) 2014 eingeführt; die Qualifikation erfolgt durch ein Curriculum der Ärztekammer. Kopp berichtete beim DEGAM-Kongress von elf Interviews mit NāPas, die im März/April 2016 geführt wurden. Die Frauen sind 32 bis 54 Jahre alt und im Schnitt gut 20 Jahre als MFA tätig.

Ein mehr kollegiales Verhältnis zum Arzt

Eine NāPa sagte z.B.: „Die Zusammenarbeit mit dem Chef, das ist was ganz anderes. So ein bisschen in Richtung gleicher Höhe.“ Die NāPas bemerken die Dankbarkeit vonseiten der Patienten (wegen der längeren Zuwendung) wie des Arztes (wegen der Entlastung). Auch dass sie über die Fortbildung Kontakt zu MFAs aus anderen Praxen bekommen und hören, wie es dort läuft, wird

belebend empfunden und hat zur Bildung von Stammtischen geführt.

Es gibt aber auch Befürchtungen und Klagen, z.B. wenn die NāPa-Hausbesuche auf das unverminderte bisherige Aufgabenspektrum draufgesattelt werden und auch noch zusätzliche Fahrzeiten in Kauf genommen werden müssen. Es besteht die „Gefahr der Ausnutzung durch Arzt und Patient“, notierte Kopp. Beispiele: Der Arzt entlastet sich, indem er die NāPa zu persönlich schwierigen Patienten schickt. Oder: Patienten möchten die NāPa auf Hausbesuch auch auf „Botengänge“ schicken, z.B. zum Einlösen des Rezepts in der Apotheke.

Aber auch das nervt: Der Arzt ist nicht bereit zu delegieren – trotz Fortbildung schmort die NāPa im Telefondienst. Eine Verah im Auditorium führte hierzu aus, dass sie auch jetzt nur Blutdruck messen und Blut abnehmen dürfe. Die Ärzte seien sich unsicher, welche Aufgaben sie

Heikel ist auch die Frage, ob der Arzt bereit ist, eine NāPa besser zu bezahlen. Schließlich finanziert er als Arbeitgeber schon die Fortbildung (für eine Verah 1700–2000 Euro). Außerdem sind die Abrechnungsmöglichkeiten beschränkt.

Ein anwesender Arzt erntete ablehnendes Brummen im Saal, als er berichtete, dass er MFAs und Verahs gleich bezahlt. Zumal er das mit dem Hinweis unterstrich, dass zwei Fachangestellte nach ihrer Abwerbung trotz Gehaltseinbußen wieder in seine Praxis zurückkehrten – weil sie bei ihm die vermisste Anerkennung erhalten und weitergehende Aufgaben übernehmen dürfen.

Die Umsetzung erweiterter Delegation gelingt dann, wenn man das Praxispersonal entsprechend schult und Handlungsfreiräume zulässt, folgert Mergenthal aus der HzV-Evaluation. Sie rät, bei künftigen Versorgungsmodellen von Beginn an die Rolle der nicht ärztlichen Praxismitarbeiter mit einzuplanen. REI