

Perspektiven von Medizinischen Fachangestellten zu teambasierter Behandlung von Patienten mit Panikstörung in der Hausarztpraxis – Eine qualitative Studie

Health Assistants Perspectives on Team-Led Program for Patients with Panic Disorder in General Practice – A Qualitative Study

Autoren

Wolfgang A. Blank^{1,2}, Karoline Lukaschek¹, Jörg Breitbart³, Thomas S. Hiller³, Christian Brettschneider⁴, Jürgen Margraf⁵, Jochen Gensichen^{1,3}, für die PARADIES-Studiengruppe

Institute

- 1 Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 2 Gemeinschaftspraxis im Bayerwald, Kirchberg im Wald
- 3 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
- 4 Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 5 Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum

Schlüsselwörter

Hausarztunterstützung durch Medizinische Fachangestellte (MFA), Panikstörung, Primärversorgung, Case-Management

Keywords

medical assistant supported intervention, primary care, panic disorder, case management

Bibliografie

Psychiatr Prax

DOI 10.1055/a-1310-2389

ISSN 0303-4259

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang A. Blank, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstraße 10, 80336 München, Deutschland
allgemeinmedizin@med.uni-muenchen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Untersuchung der Perspektive von Medizinischen Fachangestellten (MFA) bezüglich der Mitwirkung in verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen in der Hausarztpraxis.

Methode 15 MFA (w, 39,5 Jahre), Case-Manager in einem hausarztpraxis-unterstützten Übungsprogramm für Patienten mit Panik- und Angststörung (ICD-10: F41.0), wurden mittels semistrukturiertem Interviewleitfaden zur Rekrutierung von und Interaktion mit Patienten, Vermittlung der Übungen und der Implementierung in den Praxisalltag befragt. Die Interviews (n = 14) wurden dokumentiert, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring qualitativ analysiert.

Ergebnisse MFA empfanden ihren Anteil an der Intervention im Rahmen der Rekrutierung und Bindung von Patienten ans Projekt durch Telefonkontakte als positiv.

Schlussfolgerung Das Einbinden der MFA kann dazu beitragen, im Rahmen einer niedrighwelligen Intervention Patienten mit psychischen Beschwerden in der hausärztlichen Versorgung gezielt zu unterstützen und den Hausarzt zu entlasten.

ABSTRACT

Aim of the study Investigation of the perspective of medical assistants (MA) regarding their participation in behaviour-therapy oriented interventions in family practice.

Method 15 MA (w, 39.5 years old), case managers in a general practitioner supported exercise programme for patients with panic disorder (ICD-10: F41.0), were interviewed using semi-structured interview guidelines on the recruitment and interaction of/with patients, communication of the exercises and implementation in everyday practice. The interviews (n = 14) were documented, transcribed and qualitatively analysed according to Mayring.

Results MA perceived their contribution to the intervention regarding recruitment and monitoring of patients through telephone contacts as positive.

Conclusion Strengthening the role of MAs' can help to provide targeted support for patients with mental health problems in GP care as part of a low-threshold intervention and relieve the workload on the GP.

Einleitung

Im Gegensatz zu Deutschland ist international das nichtärztliche Personal in der primärmedizinisch-klinischen Patientenversorgung fest etabliert [1]. In Großbritannien existieren ausschließlich von „*nurse practitioners*“ geleitete „*clinics for minor diseases*“ [2]. Schrittweise werden nun auch in Deutschland Medizinische Fachangestellte (MFA) bei delegationsfähigen ärztlichen Tätigkeiten in die hausärztliche Patientenversorgung aktiv einbezogen [3–5]. Nach einer 3-jährigen berufsbegleitenden Ausbildung (3920 Stunden in der Praxis, 840 Stunden in der Berufsschule) können MFA neben der Praxisorganisation auch nichtärztliche klinische Routineaufgaben übernehmen wie Blutentnahme oder Elektrokardiogrammaufzeichnung [6]. Seit vielen Jahren sind MFA zudem routinemäßig in die Disease-Management-Programme für chronisch kranke internistische Patienten integriert [7, 8]. Darüber hinaus können sie im Rahmen eines niedrigschwelligen Case-Managements hausärztliche Patienten mit psychischen Beschwerden wie Angststörung und Depression erfolgreich unterstützen [9, 10].

Angst- und Panikstörungen sind mit einer Prävalenz von 4,3% eine häufige psychische Erkrankung in der Hausarztpraxis [11]. Sie verlaufen unbehandelt oft chronisch oder rezidivierend und sind aufgrund des angstbedingten Vermeidungsverhaltens oft mit hohem Leidensdruck verbunden [12]. Therapeutisch wirksam sind sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Interventionen [13]. Die S3-Leitlinie „Angststörungen“ empfiehlt die Behandlung leichter bis moderater Angststörungen auch durch Hausärzte [14].

Das hier untersuchte praxisteam-unterstützte Übungsprogramm für Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie umfasste evidenzbasierte Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (Psychoedukation, interozeptive und situative Expositionsübungen, Rückfallprophylaxe) sowie Interventionselemente aus dem „chronic care“-Modell und adaptierte diese für die Anwendung im Rahmen von 4 Hausarztterminen („Jena-PARADIES“) [15]. Es wurde durch regelmäßige Telefonkontakte der MFA zum Patienten ergänzt. Im Interventionsarm nahmen 36 Hausarztpraxen und 230 Patienten am Übungsprogramm teil. Pro Praxis war eine MFA dem Programm zugeteilt. Im Durchschnitt betreute eine MFA 6 Patienten (Spannbreite: 3–22). Alle Praxisteams (= der Hausarzt und die zugehörige MFA) erhielten eine 2,5-stündige Basisschulung. Die MFA wurden insbesondere darin geschult, das Screening von Patienten im Wartezimmer der Hausarztpraxis durchzuführen. Praxisteams im Interventionsarm erhielten zusätzlich eine 3-stündige Schulung in der Durchführung der studienbezogenen Intervention.

Das Programm verbesserte im Vergleich zur Routineversorgung die Symptome „Angst“ und „Panik“ sowie das Begleitsymptom „Depression“ [16]. Darüber hinaus war das Programm kosteneffektiv bezüglich der totalen Kosten, der generischen und krankheitsspezifischen Versorgungskosten sowie für die Lebensqualität (QALY/Quality-adjusted life year) und die angstfreien Tage (AFD/Anxiety free days) [17]. Die teilnehmenden Ärzte bewerteten die Unterstützung durch ihre MFA für ihre Patienten als klinisch relevant und für die praxisinterne Zusammenarbeit als produktiv [18].

In der vorliegenden Studie wurde die Intervention und deren mögliche Integration in den Praxisalltag aus der Perspektive der beteiligten MFA als Bindeglied zwischen Patienten und Ärzten untersucht, insbesondere bezüglich der Organisation der Interventionsstudie, der eigenen Aufgaben und der Selbstwahrnehmung.

Methode

Die Auswahl potenzieller Interviewpartnerinnen erfolgte aus den Praxen der ebenfalls befragten Hausärzte [18]. Diese wurden durch ein Sampling-Verfahren im Rahmen einer zielgerichteten Stichprobenerhebung ausgewählt [19]. Alle interviewten MFA (n=15) arbeiteten in Praxen im Interventionsarm der PARADIES-Studie [16]. Sie willigten schriftlich ein, teilzunehmen. Die Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena bewertete die Studie am 17. August 2012 (No. 3484-06/12).

Es wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden zur Wirksamkeit und Durchführbarkeit der Intervention entwickelt. Themen waren: Organisation der Studie, Aufgaben der MFA in der Intervention, Selbstwahrnehmung bzw. die eigene Rolle der MFA in der Intervention sowie Anwendung dieser Intervention im alltäglichen Praxisbetrieb der Regelversorgung. Eine Pilotierung des Leitfragebogens führte zur Spezifizierung der Fragen und Umstellung der Fragenreihenfolge. Eine Interviewerschulung (3 h) diente der Qualitätssicherung der Erhebung.

Die Interviews (Dauer 16–35 min) wurden zwischen Mai 2014 und Februar 2016 von einem Mitglied des Studienteams unmittelbar in der Hausarztpraxis (vertraulich, zu zweit) durchgeführt und audiodokumentiert. Die aufgezeichneten Interviews wurden nach dem gesprächsanalytischen Transkriptionssystem [20] von einer unabhängigen externen studentischen Hilfskraft pseudonymisiert verschriftlicht. Aus technischen Gründen konnte ein Interview nicht ausgewertet werden. Die Auswertung der Interviews (n=14) wurde von 2 Mitgliedern des Forschungsteams (WB, JB) mittels induktiver Kategorienbildung (Mayring) unter Nutzung der Software MaxQDA 12[®] durchgeführt. Es wurden vorläufige Kategorien (z. B. Zufriedenheit mit der Betreuung durch das Studienteam, Telefonleitfaden, Veränderung der MFA-Arzt-Kommunikation) aus dem Interviewfragebogen abgeleitet und in Rückkopplungsschleifen kontinuierlich überarbeitet. Dabei entstanden 10 Überkategorien (z. B. Patientenrekrutierung, Veränderung des Selbstverständnisses der MFA, Zukunftsperspektiven aus Sicht der MFA). Der generierte Kategorienbaum wurde im Forschungsteam (WB, JB, TH, JM, CB, JG) per Konsens finalisiert und bezüglich der Forschungsfragen fokussiert. Die Ergebnisse werden nach den Gütekriterien für qualitative Forschung (COREQ) berichtet [21, 22].

Ergebnisse

Die befragten 15 MFA waren weiblich, durchschnittlich 39,5 Jahre alt, 3 arbeiteten weniger, 12 mehr als 5 Jahre in der Studienpraxis. Ihre Charakteristika sind in ►Tab. 1 dargestellt.

► **Tab. 1** Charakteristik der MFA.

	Alter	Ausbildung	Berufserfahrung	Region
MFA 1	35	MFA	>5	Thüringen
MFA 2	50	Krankenschwester	>5	Thüringen
MFA 3	40	MFA	2–3	Thüringen
MFA 4	57	Krankenschwester	>5	Thüringen
MFA 5	53	Krankenschwester	>5	Thüringen
MFA 6	41	MFA	>5	Thüringen
MFA 7	22	MFA	3–4	Bayern
MFA 8	42	MFA	>5	Bayern
MFA 9	20	MFA	3–4	Bayern
MFA 10	45	MFA	>5	Bayern
MFA 11	44	Krankenschwester	>5	Thüringen
MFA 12	32	MFA	>5	Bayern
MFA 13	29	MFA	>5	Bayern
MFA 14	35	MFA	>5	Hessen
MFA 15	48	MFA	>5	Nordrhein-westfalen

Organisation der Interventionsstudie

Die Studie wurde nach Einschätzung der MFA vom Studienteam gut vorbereitet, eingeführt und begleitet; die Schulungen seien ausführlich, die Inhalte verständlich und praxisnah gewesen.

Die Vorbereitung war top. (Nr. 3, Z 113)

Wenn es irgendwelche Fragen gab, konnte ich jederzeit anrufen. (Nr. 5, Z 155)

Die Patientenrekrutierung war nach Ansicht der MFA anspruchsvoll, da einige Patienten auf den erwarteten zeitlichen Aufwand, die Konsequenz bei den Übungen sowie die häufigen Telefontermine eher zurückhaltend reagiert hätten. Die MFA berichteten auch von Schwierigkeiten, die MFA-Anrufe in den individuellen beruflichen Alltag integrieren zu können. Darüber hinaus sei es für Patienten problematisch gewesen, die psychiatrische Diagnose zu akzeptieren.

Wir hatten mal eine Patientin, die hat das gleich von vornherein abgelehnt, also sie wollte das nicht, das ist ihr alles zu viel. (Nr. 9, Z 23)

Also ich denke da gehört auch ein bisschen Intellekt dazu vielleicht auch, manche sind auch einfach gestrickt, da geht es vielleicht nicht. (Nr. 11, Z 45)

Ich habe zum Beispiel erklärt, das ist ein bisschen wie Vokabeln lernen. (Nr. 11, Z 29)

Trotz der grundsätzlichen Schwierigkeit, geeignete Patienten zu finden, betonten die MFA wiederholt, dass ihre langjähri-

ge persönliche Beziehung zu den Patienten die Rekrutierung durch den Arzt unterstützt habe.

Also da ist wahrscheinlich doch das Schwierigste (...) die richtige Patienten Klientel tatsächlich aufzuspüren. (Nr. 4, Z 24)

... ich kenne die Patienten ja sowieso schon alle ein bisschen länger und kenne auch die Ehepartner teilweise, weil die auch bei uns Patienten sind. (Nr. 8, Z 15)

... bei uns hier wir kennen unsere Patienten auch sehr gut. Also das ist auf dem Land. (Nr. 6, Z 77)

Das strukturierte Studienmanual war vor, während und nach dem Patientenkontakt für die MFA nützlich. Das schriftliche Informationsmaterial für die Patienten sei gut verständlich und hilfreich gewesen. Grundsätzlich hätten die Patienten davon profitiert, einige wenige seien von den zahlreichen Informationen überfordert gewesen.

Mir fällt sofort eine Patientin ein, die hat nur durch das Lesen, sofort diesen Aha-Effekt gehabt. (Nr. 11, Z 45)

...mancher war damit einfach überfordert glaube ich. (Nr. 1, Z 11)

Aufgaben der MFA – die telefonische Patientenbegleitung

Der Ablaufplan für die MFA-Telefonkontakte und deren Dokumentation wurden als hilfreich und der Zeitrahmen (10–15 min) als ausreichend bewertet. Die Telefonkontakte seien förderlich gewesen, um Fragen zu beantworten und um an die regelmäßigen Übungen zu erinnern. Oft hätten die Telefontermine aufgrund von Berufstätigkeit und fixer Praxisprechstunden individuell terminiert werden müssen.

Und der kann halt mir nie genau sagen wann ist er wie, wo zu Hause und erreichbar. Und dann wir mit unseren Schichten haben dann auch immer das Problem, das wenn er eher abends daheim ist dann habe ich Frühdienst. (Nr. 1, Z 51)

Hierfür seien mit zunehmender Erfahrung praxisnähere Lösungen gefunden worden. Patienten wurden nicht mehr angerufen, sondern riefen selbst an. Termine wurden außerhalb der Sprechzeiten vereinbart und der Fragebogen wurde von Patienten zeitsparend für die Besprechung schon vor dem Telefonat ausgefüllt.

Bei den ersten habe ich immer noch angerufen und bei den Nächsten die wir eingestellt haben, die haben dann selber anrufen müssen, weil mir das dann bei manchen auch zu schwierig war. (Nr. 2, Z 5)

...ich habe mir dann die Gesprächstermine eben nach der Sprechstunde die Patienten für mich einbestellt. (Nr. 10, Z 62)

...da habe ich einfach die Sachen mit nach Hause genommen und hab einfach dann da noch mal angerufen zu einem späteren Zeitpunkt. (Nr. 7, Z 41)

Insgesamt konnten die Telefonkontakte mit zunehmender Projektdauer und Patientenzahl immer besser von den MFA in den normalen Sprechstundenalltag integriert werden. Größeren Praxen fiel dies anscheinend leichter als kleineren.

Also der Mehraufwand ist nicht stark. Kompliziert ist eher der Anfang, bis man bisschen drinnen ist, bis man weiß wie was funktioniert... (Nr. 10, Z 38)

...wenn man zwanzig Patienten hat, dann ist man auch ganz anders drinne, dann läuft es auch wieder flüssiger, deswegen ist es glaube ich so das nicht so viel Arbeit. (Nr. 6, Z 159)

Im Rahmen der Telefonkontakte fragten die MFA die Symptome der Patienten und den Fortschritt bei den Übungen ab. Mit zunehmender Erfahrung hätten die MFA die aktuelle Situation (Stimmung) im Telefonat besser erkennen und explizit nachfragen können, auch bei allgemeinen Problemen als Ansprechpartnerin zur Verfügung gestanden. Wurde wenig geübt, motivierten die MFA die Patienten intensiv. Manche Patienten hätten Angst vor den Übungen gehabt, andere zu wenig Zeit oder einfach nur nicht daran gedacht. Bei Problemen mit den Übungen wurden diese wiederholt erläutert, an die aktuelle Situation der Patienten angepasst oder sogar alternative oder zusätzliche Übungen entwickelt. Gelegentlich wurden Extra-Übungstermine in der Praxis ausgemacht.

...das ist dann auch tagesformabhängig. Dass die dann auch mal so einen Hänger hatten. Aber das mit dem Motivieren hat dann aber immer relativ gut geklappt. (Nr. 8, Z 39)

...wenn es um so das schnelle Atmen ging, wo manche Angst hatten. „Ihnen passiert nichts, probieren sie es einfach.“ (Nr. 5, Z 143)

...er aber trotzdem noch mal den Ansporn gehabt, weil er eben wusste, nächste Woche rufe ich wieder an. (Nr. 6, Z 131)

Also das die Patienten so ein bisschen erzählt haben und dass man dann da...arbeiten konnte, dass sie sich das zutrauen, dass sie noch ein Schrittchen weitergehen. (Nr. 12, Z 61)

Selbstwahrnehmung der MFA – die neue Rolle

Das zusätzliche klinische Wissen über Angst- und Panikerkrankungen führte bei den MFA zu einer positiveren Einstellung hinsichtlich dieser Erkrankung und wurde als Zugewinn an Kompetenz im Umgang mit dieser Patientengruppe wahrgenommen. Der Umgang mit den an Panikstörung erkrankten, zeitintensiven Patienten sei den MFA im Studienverlauf zunehmend leichter gefallen.

Ich finde den Kontakt zwischen dem Patienten und mir ist intensiver geworden. Und ich versteh die jetzt besser. Wenn sie sagen sie kommen jetzt und haben einfach Angst, ich kann das besser nachvollziehen wie die sich fühlen. (Nr. 7, Z 89)

Im Studienverlauf seien viele MFA in die Rolle einer ersten Ansprechpartnerin in der Praxis für die Angstpatienten hineingewachsen. Während ein kleinerer Teil sich streng auf die rein administrativen Aufgaben beschränkte, nahm die Mehrzahl der MFA diese neue Rolle aktiv an und bewertete sie für sich positiv. Die Patienten ihrerseits seien erleichtert gewesen, dass sie mit ihren Ängsten und Verhaltensweisen von den MFA wahrgenommen wurden. Dadurch sei eine tragfähige Vertrauensbasis entstanden. Die MFA hätten zunehmend ein Gespür für individuelle Bedürfnisse der Patienten entwickelt.

Dass man sie ernst genommen hat und dass man sie wahrgenommen hat und auch die Angst wahrgenommen hat und nicht gesagt hat du bist bekloppt oder du spinnst jetzt... (Nr. 12, Z 151)

...dieses Vertrauensverhältnis ist die Basis und ab dem Moment (.) wird man dann souverän... (Nr. 11, Z 83)

Diese emotionale Verbundenheit wurde von einigen MFA auch ambivalent bewertet. Einerseits sei es angenehm gewe-

sen, Vertrauensperson zu sein, andererseits hätten manche Patienten die MFA auch in der Freizeit mit ihren Problemen angerufen. Insbesondere in dörflichen Umgebungen senke die oft schon vorab jahrelang verwendete vertraute Anrede (2. Person Singular) die Hemmschwelle für eine Kontaktaufnahme, um auch außerhalb der Praxis über Probleme zu sprechen. Die MFA unterstrichen ihr Bedürfnis, hier klare Grenzen zu setzen, auch um eine psychische Überbelastung zu verhindern.

...es war schon ein bisschen kräftezehrend, manchmal. (Nr. 2, Z 129)

...das habe ich in der Praxis auch zugelassen, aber halt daheim nicht. (Nr. 11, Z 67)

Weil man kann ja nicht nur gut und lieb und ach und mhh, sondern man muss ja dann auch wie ein kleines, nicht Schutzschild, aber man muss schon seine Grenzen sehen, irgendwo. (Nr. 3, Z 53)

Die MFA bewerteten ihre Funktion als Koordinatorin als Erfolg. Patienten, die zuvor als anstrengend und störend im Praxisablauf empfunden wurden, hätten nun besser betreut werden können. Der engere Kontakt zu diesen Patienten, der Kompetenzzuwachs bei der Kommunikation und das Feedback bei positiven Veränderungen wurde als positive persönliche Weiterentwicklung gesehen.

Patienten die mitgemacht haben, die haben sich aufgehoben gefühlt. Das haben sie zu mindestens immer gesagt: „Also endlich mal nimmt uns einer ernst, endlich versteht uns einer. Das ist genau das, was wir immer fühlen und wo andere immer sagen, du bist doch bekloppt.“ (Nr. 12, Z 9)

Man guckt nicht nur die Krankheit an, sondern man guckt, wie ist das soziale Netz, wie steht der psychisch, wie steht der physisch da und so insgesamt so für den Patienten so ein rundes Bild zu machen. (Nr. 11, Z 133)

Der überwiegende Teil der MFA beschrieb die fachliche Zusammenarbeit mit ihren Ärzten als gut und vertrauensvoll. Etwa die Hälfte habe die ausgefüllten Telefonprotokolle dem Arzt für die nächste Patientensitzung studienprotokollgemäß vorgelegt. Die anderen hätten die Protokolle mit Anmerkungen versehen und über einzelne auffällige Patienten persönlich mit dem Arzt gesprochen. Insgesamt habe sich das Verhältnis zwischen MFA und Arzt auf hohem Niveau weiterentwickelt.

Also jedes Gespräch was ich geführt habe, habe ich auch mit dem Arzt besprochen. (Nr. 14, Z 40)

Veränderungen nicht, höchstens eine Weiterentwicklung. ... wir unterhalten uns ja auch so oft über die Patienten. (Nr. 3, Z 63)

Insgesamt zeigten fast alle MFA eine hohe Motivation, ihre Patienten so zu führen, dass diese die Therapie erfolgreich beenden.

Integration in den Praxisalltag

Die MFA berichteten, dass sie das Übungsprogramm mit telefonischer Patientenbegleitung für dauerhaft in den Praxisalltag integrierbar halten, insbesondere bei guter Organisation sowie bei ausreichenden zeitlichen und personellen Ressourcen.

Ne es ist jetzt nichts großartig negativ. Also das eine mal die Nachttelefoniererei, aber das kommt ja immer auf den Patienten an. (...). Also ich fand nichts negativ. (Nr. 6, Z 11)

Der Gesamteindruck ist, dass sich es tatsächlich lohnt. Das mit Sicherheit die Patienten profitieren, zumindest, die die sich an das

Behandlungsprogramm halten. Und ja ich bin begeistert, muss ich sagen. (Nr. 11, Z 3)

(Sie)...fährt jetzt zu ihrem Sohn in die neunte Etage und läuft nicht mehr die ganzen Treppen, die alte Frau. Also es ist einfach so, dass man sagt, Mensch das ist einfach schön. (Nr. 1, Z 197)

Die MFA erlebten sich in der Betreuung von Angstpatienten als kompetent und wirksam. Sie äußerten das Interesse, künftig noch stärker in die Begleitung der Patienten eingebunden zu werden. Der intensive persönliche Kontakt und ihre positiven Erfahrungen in der Begleitung der Angstpatienten würde sie ermutigen, ihre Ärzte weiter entlasten zu wollen. Sie betonten, dass dies jedoch nur in enger Kooperation mit den Hausärzten und unter Supervision geschehen solle.

Das war gut, weil die Patienten auch wussten, dass sie auch jederzeit mich ansprechen konnten, wenn irgendwas war. Und ich konnte ihnen halt oft ohne dass jetzt die Frau Doktor ans Telefon holen musste, konnte ich denen schon eine kompetente Auskunft, meiner Meinung nach, geben. (Nr. 5, Z 83)

Also ich denke es sind ja sicher auch Übungen dabei, die (...) da auch jede MFA oder Schwester mal machen könnte. (Nr. 4, Z 116)

Die Struktur dieses Programms könne nach Meinung der MFA auch auf andere Erkrankungen übertragen werden. Dies müsste jedoch optimal auf die zeitlichen und personellen Ressourcen der Praxis abgestimmt sein.

...ich mir sehr gut vorstellen, dass das bei Schmerzpatienten oder bei anderen Patienten oder bei Demenzpatienten im weitesten Sinne auch so funktionieren kann... (Nr. 11, Z 101)

Auf Dauer wäre es halt wirklich, man müsste dann sein Personal oder seine Zeit halt darauf hin (Nr. 3, Z 105)

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung zeigte ein insgesamt positives Ergebnis aus MFA-Perspektiven bezüglich des Übungs- und Begleitungsprogramms bei der Betreuung von Angst- und Panikpatienten durch nichtärztliches Praxispersonal.

Die befragten MFA sind bezüglich ihres Alters, Geschlechts und Arbeitserfahrung mit denen in anderen Studien vergleichbar [9, 23].

Die MFA erlebten sich schon nach kurzer Zeit als kompetent und routiniert. Sie entwickelten ein gutes Verständnis für die Erkrankung und bauten rasch ein Vertrauensverhältnis zu „ihren Patienten“ auf. Einige entwickelten das Interesse, über die reine Koordination der Betreuung hinaus in der klinischen Begleitung aktiver zu sein. Auch die Zusammenarbeit zwischen den MFA und ihren Hausärzten wurde auf Grundlage einer vertrauten Kooperation verbessert: so wurde die Situation einzelner Patienten gemeinsam erörtert und das weitere klinische Vorgehen im Team abgestimmt.

Mit Blick auf die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Angst- und Panikstörungen wurden insgesamt 3 Aspekte aus den Interviews deutlich:

1. Nach einer einmaligen Schulung, der Nutzung eines gut strukturierten Manuals und schon nach wenigen Patienten stellte sich nach Angaben der MFA eine erste Routine ein. Hierfür sollten ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen in der Praxis bereitgestellt werden. Die Praktika-

bilität der Telefonkontakte stieg und die MFA konnten den Patienten vereinzelt auch individuellere Ratschläge zur Umsetzung ihrer Übungen geben. Die klinischen Symptomveränderungen konnten von den MFA zunehmend im Telefonkontakt wahrgenommen und an den behandelnden Hausarzt weitergegeben werden. Die Stellung als eine zusätzliche Bezugsperson für die betroffenen Patienten wurde von den MFA als positiv empfunden. Dies wird von beteiligten Hausärzten [16] und Patienten bestätigt.

2. Auch wenn diese neue Rolle der MFA in der Patientenbegleitung als positiv empfunden wird, birgt diese intensivere persönliche Beziehung zum Patienten und das eigene Engagement auch die Gefahr einer psychischen Überlastung der MFA. Dieser Konflikt zeigte sich auch in der Begleitung von Patienten mit Depression durch MFA [9]. Hier sind MFA auf adäquate Fortbildung und aktive Unterstützung durch ihren Hausarzt angewiesen.
3. Die Identifikation von für die Intervention geeigneten Patienten mit Angst- und Panikstörung ist herausfordernd. Die langjährige Tätigkeit der MFA in der Hausarztpraxis hat zum Teil eine stabile Beziehung zu den Patienten ermöglicht. Auf dieser Grundlage können MFA den Hausarzt bei der Auswahl der Patienten möglicherweise konstruktiv unterstützen. Hier ist weitere Forschung nötig.

Die strukturellen Voraussetzungen für ein hausarztbasiertes Case-Management bei chronischen Erkrankungen sind in Deutschland grundsätzlich gegeben. Mit der Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Leistungen [24] können heute innovative, teambasierte Interventionen im Gesundheitswesen etabliert werden [25]. Die breite Einführung der Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) und die universitäre Ausbildung zum „Physician Assistant“ [26] schaffen hierfür zunehmend personelle Ressourcen mit adäquater Qualifikation für Angst- und Panikpatienten. Auch international nimmt die aktive klinische Begleitung (Case-Management) von Patienten mit psychischen Erkrankungen durch nichtärztliches Personal gerade in der Primärversorgung zu [27]. Viele der befragten MFAs verfügten bereits, wie schon in vergleichbaren Untersuchungen [5], über eine Zusatzqualifikation als VERAH und konnten diese schon in der Patientenbetreuung routinemäßig anwenden. Ob sie und speziell ausgebildete „Physician Assistants“ (PA) als nichtärztliche Assistenzberufe in die aktive Patientenbegleitung – wie in der hier vorgestellten Intervention – integriert werden können, bedarf der weiteren systematischen Untersuchung. Grundsätzlich können die Schlüsselemente des Case-Managements, etwa die Lotsen- und Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen und das regelmäßige telefonische Symptommonitoring, auch in Deutschland durch hausärztliche Praxisteams gewährleistet und damit zuverlässig verankert werden [28].

Seitens der Psychiatrie wird versucht, die stationäre Therapie für Menschen mit psychischen Beschwerden mit dem ambulanten Bereich, auch den Hausärzten, weiter zu verzahnen [29]. In Berlin wird über das Projekt FlexiTeam psychisch Kranken diese Behandlung im ambulanten Team mit Erfolg angeboten. Aufgrund der Ergebnisse unserer Studie sollte geprüft

werden, ob sich weitere, für Patienten hilfreiche Synergieeffekte ergeben, wenn diese Behandlung um die persönliche Nähe und Vertrautheit des hausärztlichen Teams mit ihren psychisch kranken Angst- und Panikpatienten erweitert werden kann.

Limitationen

Aufgrund der mit 15 Teilnehmerinnen relativ kleinen Fallzahl lassen sich aus der vorliegenden Studie lediglich Hinweise ableiten, die quantitativ abgesichert werden müssten. Für Studienkonzeption, -durchführung und -auswertung war das gleiche Forschungsteam zuständig, das zuvor die Intervention entwickelte, was hinsichtlich Auswertung und Interpretation der Ergebnisse die Gefahr von Interessenkonflikten birgt.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Die aktive telefonische Begleitung in einem hausärztlichen Übungsprogramm für Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie wird von MFA als eine umsetzbare und zielführende Aufgabe betrachtet. Sie sehen sich als Teil des Praxisteams in Patientenauswahl und -begleitung als kompetente Unterstützung für den Hausarzt. Wie die effektive Vernetzung mit den zahlreichen ambulanten Versorgungsangeboten für psychisch Erkrankte gelingen kann, sollte weiter beforscht werden.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden MFA für ihre Zeit und Kooperation sowie der studentischen Hilfskraft für die Transkription der Audiodateien. Wir danken dem Bundesministerium für Forschung und Bildung (Förderkennzeichen: 01GY1146) und der Stiftung Allgemeinmedizin für die Unterstützung. Die PARADIES-Studiengruppe um Prof. Jochen Gensichen erhielt den durch das Deutsche Netzwerk evidenzbasierte Medizin EbM überreichten David-Sackett-Preis 2020.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Laurant M, van der Biezen M, Wijers N et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2018
- [2] Hatchett R. Nurse-led clinics: 10 essential steps to setting up a service. *Nurs Times* 2008; 104: 62–64
- [3] Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM et al. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS One* 2016; 11: e0157248. doi:10.1371/journal.pone.0157248
- [4] Redaelli M, Bassüner S, Teschner D et al. Medizinische Fachangestellte können mehr. *Z Allg Med* 2014; 90: 517–522
- [5] Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M et al. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. *Das Gesundheitswesen* 2016; 78: e62–e68
- [6] Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials* 2011; 12: 163. doi:10.1186/1745-6215-12-163
- [7] van den Berg N, Meinke C, Heymann R et al. AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel: model project evaluation regarding quality and acceptance. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 3–9. doi:10.3238/arztebl.2009.0003
- [8] Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, GKV-Spitzenverband Berlin. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V
- [9] Gensichen J, Jaeger C, Peitz M et al. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Ann Fam Med* 2009; 7: 513–519. doi:10.1370/afm.1037
- [10] Zimmermann T, Puschmann E, van den Bussche H et al. Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *International journal of nursing studies* 2016; 63: 101–111
- [11] Lowe B, Grafe K, Zipfel S et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res* 2003; 55: 515–519. doi:10.1016/s0022-3999(03)00072-2
- [12] Wittchen H-U, Gloster AT, Beesdo-Baum K et al. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010; 27: 113–133. doi:10.1002/da.20646
- [13] Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2017; 19: 93–107
- [14] Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. [German S3-guideline for treatment of anxiety disorders]. Im Internet: Stand: 27.04.2018; 2014: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-028.html>
- [15] Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J et al. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care – study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials* 2014; 15: 112. doi:10.1186/1745-6215-15-112
- [16] Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J et al. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 159–166. doi:10.3238/arztebl.2019.0159
- [17] Brettschneider C, Gensichen J, Hiller TS et al. Cost-effectiveness of Practice Team-Supported Exposure Training for Panic Disorder and Agoraphobia in Primary Care: a Cluster-Randomized Trial. *J Gen Intern Med* 2020. doi:10.1007/s11606-020-05658-9
- [18] Breitbart J, Hiller TS, Schone E et al. [Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective – a qualitative study]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2019; 143: 15–20. doi:10.1016/j.zefq.2019.05.002
- [19] Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA et al. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42: 533–544. doi:10.1007/s10488-013-0528-y
- [20] Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag; 2013

- [21] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care* 2007; 19: 349–357
- [22] Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt; 2000
- [23] 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: 323–330. doi:10.7326/M14-2403
- [24] Deutscher Ärztetag. Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. 2008: Im Internet: Stand: 28.09.2020 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf
- [25] Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung. 2014: Im Internet: Stand: 28.09.2020 http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-11-18_ba339_1.pdf
- [26] Bundesärztekammer, KVB. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. 2017: Im Internet: Stand: 28.09.2020 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf
- [27] Freund T, Everett C, Griffiths P et al. 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. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014
- [28] Freund T, Geißler S, Mahler C et al. Case Management in der Hausarztpraxis – Alter Wein in neuen Schläuchen? *Z Allg Med* 2011; 87: 324–331
- [29] Bechdolf A, Schellong M, Izat Y et al. soulspace – Implementierung eines niedrigschwelligen, spezifischen Behandlungs- und Frühinterventionsangebots für junge Erwachsene und Jugendliche in die Regelversorgung in Deutschland. *Psychiat Prax* 2019; 46: 243–246