

DELEGATION

VON LEISTUNGEN IN
DER RHEUMATOLOGIE

WIR delegieren –
WIR übernehmen

Dr. Kirsten Hoepfer
Dr. Martin Welcker
Dr. Florian Schuch

INHALT

BROSCHÜRE 1

Erscheinungstermin Oktober 2020

Warum stellen wir, als Autorenteam, Ihnen das Thema Delegation
in einer Serienbeilage vor?

Der Einsatz der Rheumafachassistenz aus ärztlicher Sicht

Die Rheumatologische Fachassistenz

BROSCHÜRE 2

Erscheinungstermin Dezember 2020

BROSCHÜRE 3

Erscheinungstermin Februar 2021

IMPRESSUM

Herausgeber: Sigurd Rudeloff
WORTREICH Gesellschaft für individuelle
Kommunikation mbH, Limburg/Lahn
Tel. 06431/590960, Fax 06431/5909611
info@wortreich-gik.de



DR. KIRSTEN HOEPER

Regionales Kooperatives Rheumazentrum
Niedersachsen e.V., Geschäftsführung

Karl-Wiechert-Allee 3
30625 Hannover
Tel. 0511/5326400
Fax 0511/5326401
hoeper.kirsten@mh-hannover.de



DR. FLORIAN SCHUCH

Rheumatologische Schwerpunktpraxis
Erlangen

Möhrendorfer Str. 1c
91056 Erlangen
Tel. 09131/89000
Fax 09131/890050
florian.schuch@pgrn.de



DR. MARTIN WELCKER

Bahnhofstr. 32
82152 Planegg
Tel. 089/893566915
martin.welcker@rheumatologie-welcker.de

WARUM STELLEN WIR, ALS AUTORENTEAM, IHNEN DAS THEMA DELEGATION IN EINER SERIENBEILAGE VOR?

Diese neue Veröffentlichungsreihe in der Fachzeitschrift „Rheuma Management“ soll in drei Ausgaben (Oktober, Dezember 2020, Februar 2021) nun alle essenziellen Gesichtspunkte einer Etablierung der Delegation beleuchten, jedoch – das ist unser besonderes Ziel – Wege und Motivation zu einer Realisierung aufzeigen.

Wichtige juristische Argumente pro und contra und ein Fazit müssen grundsätzlich zu einer solchen Betrachtung gehören, die in einer zweiten Publikation im Dezember 2020 dargelegt werden.

Für die Entscheidung, soll ich eine oder keine Delegation in meiner Praxis implementieren, spielen finanzielle „Rechenspiele“ eine bedeutende Rolle. Zu allererst wird die Frage gestellt, kann ich abrechnen, in welcher Höhe? Zeigt eine Kostenrechnung ein Ergebnis auf, dass das Mehr an Patienten einen höheren Erlös erwirtschaftet unter Einkalkulierung einer möglichen zusätzlichen Kraft und höherem Gehalt der spezifischen Assistenzmitarbeiter? Gibt es neue Versorgungsformen, die eine positive Erlösrechnung wahrscheinlicher machen (hier: ASV!!)? Eben auf diese Überlegungen und Planspiele wird im Dezember konstruktiv eingegangen!



DELEGATION VON LEISTUNGEN IN DER RHEUMATOLOGIE

Natürlich kommen weitere Themen zur Sprache: medizinisch/organisatorische Betrachtungen, Umsetzung und Vorteile der Umstrukturierung für die Einführung der Delegation, Beispiele einer realisierten Delegation. Selbstverständlich wird es auch „analogen/digitalen“ Support geben in Form von Hilfsmaterialien.

FAKTEN

Wir wissen: Die Behandlung von chronisch-entzündlichen Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren, vor allem durch neue therapeutische Möglichkeiten mit der Anwendung von Biologika, deutlich verändert. Die Erkrankungen möglichst früh und schnell durch eine wirksame und konsequente Therapie unter Kontrolle zu bringen, ist die Voraussetzung, irreversible Organschäden, Gelenkdestruktionen und Komplikationen zu vermeiden. Für eine Optimierung des Outcomes ist die laufende Anpassung der Therapien bis zu einem definierten Endpunkt mit engmaschiger Verlaufskontrolle erforderlich¹⁻³. Aufgrund des hohen Risikos von Komorbidität bei allen chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist ein Screening auf Begleiterkrankungen von großer Bedeutung.

Unsere vorhandenen ärztlichen Ressourcen reichen nicht aus, schon gar nicht, um eine frühzeitige, patientenzentrierte und leitliniengerechte Versorgung durchzuführen. Wir wissen auch:

- Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen haben eine hohe Krankheitslast. Das z. T. frühe Manifestationsalter führt zu erheblichen Auswirkungen auf Aktivitäten und die Teilhabe in den Bereichen Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Familie.
- Ein Zugang zur Spitzenmedizin fehlt häufig, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Die Zahl der Fachärzte liegt nur bei 50 % des Werts, der für eine optimale Versorgung notwendig wäre⁴.
- Für die Zukunft ist sogar eine Verschlechterung zu erwarten, da angesichts der nur geringen Vergütung der Rheumatologie im DRG-System aktuell viele rheumatologische Zentren geschlossen werden und so in Zukunft noch weniger Fachärzte ausgebildet werden können.
- Die vorhandenen niedergelassenen Praxen und Ambulanzen schaffen es nur unzureichend den Versorgungsansturm zu bewältigen. Die Folge: Es kommt zu langen Wartezeiten auf einen fachärztlichen Termin.

Um der grundsätzlichen Problematik der langen Wartezeiten auf einen Termin in der Facharztversorgung zu begegnen, hat der Gesetzgeber in dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, mit dem Ziel, innerhalb von einer Woche einen Termin bei einem Facharzt mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen zu vermitteln⁵. Diese konkrete Festlegung zur zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung ohne eine adäquate Patientensteuerung löst die Zugangsprobleme in der Rheumatologie jedoch in keiner Weise, sondern verschärft die Situation nur.

Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind laut Statistischem Bundesamt die zweitgrößte Gruppe unter den Fachberufen im Gesundheitswesen. Im Auftrag der Ärz-

tekammern entwickelt die Bundesärztekammer seit vielen Jahren Muster-Curricula für eine spezialisierte zusätzliche Qualifikation von MFAs. Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen erfordert ein multidisziplinäres Team aus ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern.

In Deutschland wird bei den nichtärztlichen Partnern auf Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialberater etc. verwiesen. Die MFAs werden oftmals, trotz spezialisierter Zusatzqualifikation, nicht dazugezählt – ein in der Öffentlichkeit nicht kommuniziertes Faktum!

Während die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Personal in der Sekundärversorgung in anderen europäischen Ländern bereits etabliert ist⁶, gehört ein strukturierter Einsatz einer MFA in Deutschland derzeit noch nicht zum Versorgungsalltag! Durch unterschiedliche Gesundheitssysteme in Europa, Unterschiede in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Delegierbarkeit von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Praxispersonal sowie Unterschiede in der Ausbildung sind die Ergebnisse allerdings nicht uneingeschränkt auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar.

Bislang gab es in Deutschland jedoch noch keine Studie, welche die Versorgungsqualität einer Delegation in der Rheumatologie abbildet und deren Wirksamkeit nachweist. Diese Lücke schließen nun die Studien „ERFASS: Effektivität der RFA-Sprechstunde“^{7,8} und „Stärke-R: Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen“⁹. Wir haben nun fundierte Daten und Argumente.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schlossen bereits 2013 als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten (NÄPA) und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) bei den Primärversorgern ist bereits im Versorgungsalltag angekommen und wurde positiv bewertet¹⁰.

Auf Seiten der niedergelassenen Fachärzte besteht jedoch weiterhin große Unsicherheit in Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen. Eine von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) beauftragte Ad-hoc-Kommission hat sich diesem Problem angenommen und übergeordnete Prinzipien sowie Empfehlungen zur Delegation von ärztlichen Aufgaben an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) erarbeitet und publiziert¹¹. **Diese Empfehlungen schaffen eine medizinische und rechtliche Grundlage und bilden den Rahmen für eine sinnvolle und sichere Delegation.**

Die Vorgaben orientieren sich an der Anlage 24 BMV-Ä¹². Mit einer Erweiterung der Ausbildung der RFA mit einem von der Bundesärztekammer zertifizierten Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Rheumatologie“ werden mehr Transparenz und Sicherheit für die Ärzte und RFAs angestrebt.

CHANCEN

Der regelmäßige Einsatz einer MFA im Rahmen einer eigenen Sprechstunde bietet vielfältige Chancen, die wir wahrnehmen können bzw. sollten:

- Eine engmaschige Verlaufskontrolle der Krankheitsaktivität kann gewährleistet werden.
- Eine kontinuierliche Überwachung der Medikamenteneinnahme und der möglichen Nebenwirkungen ist ebenfalls von großer Bedeutung.
- Die Medikamentensicherheit und die Adhärenz könnten gesteigert werden.
- Die freiwerdenden Ressourcen auf Seiten der Ärzte können für komplexere oder neue Patienten genutzt werden.
- Die Ausweitung der Kompetenzen auf Seiten der MFAs wertet den Beruf auf, was eine höhere Zufriedenheit nach sich ziehen könnte.
- Ein effizienterer Einsatz der Ressourcen könnte langfristig zu einer Kostenersparnis führen, ohne die Versorgung der Patienten zu verschlechtern.

PARAMETER	AKTIVITÄT	VERSORGUNGSVERBESSERUNG
LEISTUNGSEMPFÄNGER		
Grunderkrankung	Treat-to-Target	schnellere Remission
Komorbiditäten	Screening Prävention	schnelle Diagnose; schneller Therapiebeginn
Medikamentöse Therapie	Kontrolle des Medikamentenplans Screening auf Nebenwirkungen Überwachung Adhärenz	verbesserte Medikamentensicherheit; gesteigerte Adhärenz
Psychische Betreuung	Zeit für Gespräch	zeitnahe Reaktion auf psychische Probleme
Beratung	Vermittlung von Selbsthilfegruppen Ermittlung Rehabilitationsbedarf	verbesserte Teilhabe am Leben; verbesserte Lebensqualität; verbessertes Self-Management
LEISTUNGSERBRINGER		
Arzt	verbesserte Ressourcenallokation	mehr Zeit für komplexe und neue Patienten
MFA/RFA	vermehrte Kompetenzen	Aufwertung des Berufs; erworbene Qualifikation und Erfahrung kann angewendet werden
LEISTUNGSTRÄGER		
gesetzliche Krankenversicherung	Ausweitung von Kompetenzen auf die MFA; Vermeidung von Fehl- allokation der Arbeiten	effizienterer Ressourceneinsatz

Meine Schlussfolgerung: Als die Person, die schon langjährig an diesem Thema arbeitet, an Studien maßgeblich teilgenommen hat, auch eine Reihe von praktizierenden Delegierern begleitet hat, komme ich nur zu einem Ergebnis:

**DELEGATION BESTICHT ALS EXISTENZIELLE UND QUALITÄTSSTEIGERENDE
VERSORGUNGSLEISTUNG UND FUNKTIONIERENDES MANAGEMENTTOOL.**

DR. KIRSTEN HOEPER

DER EINSATZ DER RHEUMAFACHASSISTENZ AUS ÄRZTLICHER SICHT



ICH MÖCHTE VORWEG MIT MEINEM GANZ PERSÖNLICHEN STATEMENT BEGINNEN

Als Arzt, der ich schon langjährig an diesem Thema arbeite, an Studien teilgenommen und die Ausbildung einer Reihe von RFAs praktisch begleitet habe, komme ich nur zu dem einen Ergebnis: **Delegation besticht als existenzielle und qualitätssteigernde Versorgungsleistung und funktionierendes Managementtool. Es erhöht bei Steigerung der Betreuungsqualität die Lebensqualität aller Beteiligten und die wirtschaftliche Ertragslage.** Die ambulante Betreuung in der Medizin und der Rheumatologie ist naturgemäß so vielfältig wie die Strukturen, in denen wir leben. Jeder Arzt hat seine eigenen Vorstellungen, Vorlieben und persönlichen Fähigkeiten, welche die Organisationsstrukturen beeinflussen. Daher ist es nur logisch, dass besonders kleinere Einheiten, hier vor allem Einzelpraxen, stark auf die ärztliche Leitung ausgerichtet sind. Ich möchte im Folgenden plakative Aussagen in die Diskussion aufnehmen. An diesen Beispielen möchte ich die Vorteile des kooperativen Handelns der medizinischen Versorgungsstrukturen beleuchten.

„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE. NUR ICH KANN DAHER DIE RHEUMATOLOGISCHE BETREUUNG EINES PATIENTEN GEWÄHRLEISTEN!“

„Ich bin der Arzt und daher für die Betreuung des Patienten zuständig!“ Das ist hier wohl die Grundlage der Einstellung. Möglicherweise wurden auch im Rahmen früherer Arbeiten negative Erfahrungen gemacht, sodass z. B. im Rahmen einer Delegation ein Vorgang fehlerhaft verlief. Dies mit der persönlichen Konsequenz: „Alles muss man alleine machen!“

Aber, ist dies wirklich die Alternative? Die Annahme eines Patienten, die Terminerstellung, die Erstellung eines Rezeptes nach Vorlage sind doch bereits erste Schritte einer Delegation und werden von allen MFAs ausgeführt. Die Beantwortung der Frage, ob ein Medikament im Falle eines Infektes eingenommen werden soll oder nicht, ist ebenfalls eine Form der Delegation. Diese kann naturgemäß vom Arzt beantwortet werden. Hat eine MFA aber entsprechende Erfahrung („also meine Erstkraft kann das, aber der Rest...“) kann diese mit Sicherheit eine orientierende Antwort geben. Noch besser kann die Antwort aber gegeben werden, wenn die MFA im Rahmen einer intensiven Schulung bzw. sogar Ausbildung gelehrt wurde, wie in solchen Fällen die korrekte Antwort zu lauten hat und ab welchem Moment diese Antwort vom Chef, also vom Arzt, gegeben werden muss. Exakt diese Kompetenz hat eine RFA nach Durchlaufen ihres Kurrikulums erworben!

Wenn ich also meine, alles selbst machen zu müssen und nicht delegieren kann oder will, lasse ich Möglichkeiten der Arbeitserleichterung ablauftechnisch „auf der Straße“ liegen. Zudem nutze ich die Möglichkeit der Mitarbeitermotivation im Sinne der Weiterbildung und Wertschätzung nicht aktiv. Welche Mitarbeiterin mit Potenzial wird diese Tätigkeit langfristig ausführen?

„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE. ICH WÜRDTE JA GERNE DELEGIEREN! ABER, WIE SOLL ICH DAS DENN UMSETZEN UND WELCHEN GEFAHREN SETZE ICH MICH AUS?“

An dieser Stelle **als Erstes der rechtliche Rahmen**: Wie von Kirsten Hoepfer ausgeführt, ist der Rahmen der Delegation mittlerweile gut definiert. Ich möchte es an dieser Stelle vereinfacht wie folgt zusammenfassen:

Sofern eine strukturierte Form des Ablaufes (strukturierte Anamnese, strukturierte Gelenkuntersuchung, strukturierte Laboranweisung, strukturierte Untersuchungstechnik, etc.) vorliegt, die im optimalen Fall auch noch von der Fachgesellschaft festgelegt oder in einem Kurrikulum vermittelt wird (z. B. Ausbildung zur Rheumafachassistenz; RFA-plus-Weiterbildung) ist diese rechtlich abgesichert! Die individuell angepassten Untersuchungen (individuell angepasste Anamnese, Gelenkuntersuchung, Laboranweisung, Untersuchungstechnik, etc.) sind naturgemäß ärztliche Leistungen. Aber auch hier ist die Qualität je nach Ausbildungsstand (Assistent erster Berufsjahre; Weiterbildungsas-

sistent, Facharzt, Oberarzt oder vergleichbare langjährige Erfahrung) individuell sehr unterschiedlich.

Als Zweites der organisatorische Rahmen: Dieser bedarf einiger struktureller Gedanken, welche im Vorfeld durchgeführt werden sollten. Ich gebe zu bedenken, dass Prozesse üblicherweise in kleinen Schritten verändert werden und schlage dieses Vorgehen auch hier vor (einzig bei Neugründung einer Praxis sollten gleich zu Beginn der Ablauf komplett und streng strukturiert festgelegt werden):

An dieser Stelle schlage ich auch vor, die Kompetenz der Mitarbeiter und MFA/RFAs frühzeitig einzubinden, da diese die Eigenheiten von uns Ärzten, die Organisationsstärken und -schwächen und die Möglichkeiten der Ergänzung und Optimierung meist gut kennen. Es ist an dieser Stelle ebenso notwendig, einen kooperativen Arbeitsstil mit kompetenter Delegation einzuführen, die nicht zwingend ab dem ersten Tag funktioniert. Fehler, Probleme und Rückschläge sollten nicht dazu führen, alles wieder selbst zu machen, sondern sie eröffnen die Chance, die Ursache des Fehlers zu analysieren und den Ablauf an dieser Stelle zu verbessern. Bitte denken Sie daran, dass auch wir Ärzte Fehler machen. Wenn wir als Chefs in Praxen etc. unterwegs sind, werden uns diese nur oft nicht mitgeteilt. Das Modell der Delegation ermöglicht es also auch, die eigenen Fehler zu erkennen und zu korrigieren.

Schritt für Schritt können Sie somit die unterschiedlichen Funktionen einer RFA-Betreuung (standardisierte Telefonberatung der einfacheren Fragen/Fälle; Erstellen einer vorstrukturierten Anamnese; Erheben eines vorstrukturierten Gelenkstatus; Erheben der Medikamentenanamnese; etc.) einführen und für sich und Ihre Abläufe bewerten bzw. anpassen. Natürlich ist hierbei zu erkennen, ob Ihre RFA mit den Anforderungen zurechtkommt und welche Patienten für welche Form der Betreuung in Frage kommen. Als abschließenden Schritt können Sie dann auch noch eine RFA-Sprechstunde einführen, welche Ihren Arbeitsablauf wesentlich erleichtert und die Zufriedenheit Ihrer Patienten nach entsprechender Vorinformation (das ist aus meiner Sicht wichtig) deutlich verbessert. Das zeigen die Ergebnisse der ERFASS-Studie!

Als Drittes der finanzielle Rahmen: Auch wenn Kirsten Hoeper mit ihrem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt „Deliver Care“ (Fördernummer NVF 18014) an diesem Thema arbeitet, wird die direkte Bezahlung der RFA im EBM bzw. der GOÄ nicht rasch abgebildet sein. Aber, im Rahmen diverser Selektivverträge und der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist der Einsatz von RFAs in der Betreuung der Patienten bereits mit Sonderhonoraren versehen. Dies wird ein Thema in der nächsten Folge im Dezember sein.

Denkt man darüber hinaus noch an die RFA-assozierte Verbesserung der Versorgungsqualität (Stichwort: Image und Ruf des Zentrums, etc.) und die Optimierung der Abläufe (mit den Möglichkeiten des Zeitgewinns – also Steigerung der Betreuungs- und Lebensqualität) sieht die „Rechnung“ doch anders aus. Denn habe ich dieselbe Arbeit in kürzerer Zeit erledigt (Steigerung der Leistung), steht mir entweder mehr freie Zeit zur Verfügung oder aber ich kann in der gleichen Zeit mehr Patienten mit konsekutiv höherem Umsatz versorgen. Was halten Sie davon? Ich sehe diesen Aspekt in der Diskussion nicht ausreichend berücksichtigt.

„ICH BIN ARZT, INTERNIST UND RHEUMATOLOGE. ICH DELEGIERE AKTIV UND GERNE! ICH WEISS AUCH, WIE DAS GEHT UND MÖCHTE NUR NOCH WISSEN, WIE ICH DIE ABLÄUFE OPTIMIEREN KANN!“

Nun, an diesem Punkt angekommen, muss ich passen. Sie sollten hier übernehmen und ich schlage Ihnen vor, die gelesenen Zeilen mit Ihren Kommentaren zu versehen und zum Erfahrungsaustausch für die Kollegen als „Leserbrief“ an den Herausgeber zu senden, damit diese von Ihrem Wissen profitieren können! (delegation@delegation-rheumatologie.de)

An dieser Stelle frage ich mich gerne, wie ich mich denn am besten selbst überflüssig machen kann?... Habe ich keine Routineaufgaben mehr?... Habe ich die Kapazität, die wirklich wichtigen Dinge zu betreuen? Erst dann kann ich meine (hoffentlich nicht nur eingebildeten menschlichen und ärztlichen) Qualitäten zur Betreuung der Patienten, aber auch der Mitarbeiter (!), optimal einsetzen. Daher die Eingangsfrage.

Zudem ist aus meiner Sicht die weitere Schulung der Mitarbeiter zu empfehlen. Das neue Kurrikulum der RFA-plus-Ausbildung, die diversen Angebote für RFA-Fortbildungen, der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e.V. sei an dieser Stelle genannt. Hiermit wird das Wissen der Mitarbeiter gefördert, die persönliche Entwicklung gestärkt, Wertschätzung der Ärzte an die Mitarbeiter signalisiert. Alles Maßnahmen der Strukturstärkung eines Unternehmens, welches Praxen, MVZs und andere Ambulanzen letztlich darstellen. Im Wettbewerb der Arbeitgeber um Mitarbeiter auf dem Arbeitsmarkt, der abgesehen von der mutmaßlichen COVID-Flaute, vom Facharbeitermangel gekennzeichnet ist bzw. sein wird, sind dies langfristig wichtige betriebsökonomische Überlegungen, welche den „Wert“ des Einsatzes der rheumatologischen Fachassistenz widerspiegeln.

Ich hoffe, Ihnen meine Argumente der Arbeitsdelegation und Einbindung unserer Rheumatologische Fachassistenz in die Betreuung unserer Patienten nahegebracht zu haben. Bitte nehmen Sie auch wahr, dass die Digitalisierung unserer Arbeitsabläufe großen Einfluss auf den Alltag genommen hat und weiter nehmen wird. Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind in der zweiten Lebenshälfte, also keine „digital natives“.

UNSERE JÜNGEREN KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN KÖNNEN UNS HIER EINE WERTVOLLE UNTERSTÜTZUNG SEIN!

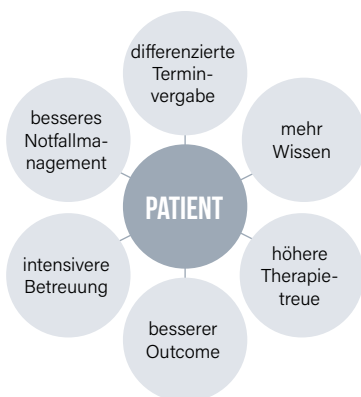
DR. MARTIN WELCKER

DIE RHEUMATOLOGISCHE FACHASSISTENZ

ZU WELCHEN LEISTUNGEN HAT DIE RFA IN DER NIEDERGELASSENEN PRAXIS GEFÜHRT? WAS BEFÄHIGT SIE ZU DELEGATIONSLEISTUNGEN? WAS KANN EIN MOTIVATIONSAKTOR SEIN?

Ein kurzer Rückblick: Der Beruf der Arzthelferin entstand in den fünfziger Jahren und war zunächst vorwiegend als reine Verwaltungsunterstützung und für einfachere medizinische Assistenz in der kassenärztlichen Haus- und Facharztpraxis angelegt. Ende der sechziger Jahre wurde dann eine eigenständige zweijährige Weiterbildung etabliert. Seit 2006 ist der Beruf der „Medizinischen Fachangestellten (m/w/d)“ (MFA) als Weiterentwicklung des Berufs der Arzthelferin definiert worden. Parallel mit dieser Änderung der Nomenklatur haben sich die Aufgaben der MFA in allen Bereichen der Medizin erheblich verändert.

Und heute? Bis dato sind noch die überragende Mehrheit der medizinischen Fachangestellten in Arztpraxen tätig, aber zunehmend auch in Krankenhäusern, im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Der Unterschied zu früher: Das Aufgabengebiet hat sich ganz erheblich verändert und die Verantwortlichkeiten in der Patientenbetreuung sind in den letzten Jahren viel mehr und vielschichtiger geworden. Eigenständige Hausbesuche im hausärztlichen Versorgungsbereich, Einbindung in Patientenschulungen, Betreuung bei chronischen Erkrankungen sind in der Jetztzeit fest etabliert. Trotz dieser Erweiterung des Berufsfelds und dem Mehr an Verantwortung und einer damit einhergehenden deutlichen Verbesserung im Gehaltsgefüge hat sich das Bewerberinteresse für diesen Beruf in den letzten Jahren deutlich reduziert. Leider eine unbefriedigende Situation für unsere Praxen und Versorgung!



Mit der seit 2006 etablierten Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) sind die speziellen Anforderungen an Assistenz- und Pflegepersonal in Rheumatologischen Schwerpunktpraxen und Kliniken bedient worden. Zielgruppe sind neben der MFA auch Fachkräfte für Gesundheits- und Pflegeberufe („Krankenpfleger m/w/d“). Diese Ausbildung ermöglicht eine erhebliche Ausdehnung der Kompetenz und damit auch des Aufgabenspektrums der RFA.

- Erkennung von Notfällen
- Telefonische Differenzierung der Akutizität: Erstvorstellung bis Dauerbetreuung
- Verbesserung des Krankheitsverständnis
- Therapie-Verständnis/Therapie-Einstellung T2T „Treat-to-Target“
- Management von Komorbidität: z. B. Impfen, „Knochengesundheit“, Ernährung
- Mitarbeit bei Patientenedukation

Dieses vielfältige Anforderungsprofil macht auch deutlich, dass eine sorgfältige Auswahl des Mitarbeiters eine wichtige Voraussetzung ist. Die übergeordneten Prinzipien einer möglichen Implementierung der Delegation sind dabei unbedingt zu beachten:

- Verantwortung des Arztes für alle Leistungen
- Beachtung der individuellen Eignungen und Wünsche der MFA
- Klare Handlungsanweisungen
- Stringente Dokumentation
- Qualitätskontrolle¹¹

Im Alltag zeigt sich, dass dieses Mehr an Wissen und Können der ausgebildeten RFAs viele noch nicht qualifizierte Kollegen motiviert, ebenfalls diese Ausbildung anzustreben. Durch diese neuen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen kann eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, eine bessere Identifizierung mit der Tätigkeit und auch Sinnfindung, Sinngebung im Beruf erreicht werden. Jahrelange, manchmal jahrzehntelanges Begleiten von Patienten und das Erleben der Dankbarkeit und des Vertrauens, welches uns Patienten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen entgegenbringen, ist in der täglichen Arbeit oft berührend.

Eine wirkliche dreifache „win-win-win“-Konstellation wird für den Patienten, die RFA und den Rheumatologen erreicht. In Zeiten, in denen die Arbeitsverdichtung immer stärker zugenommen hat, kann die kooperative Betreuung durch Rheumatologen und RFA hier Freiräume und Zeiträume schaffen, die es erlauben, die ureigensten Aufgaben des Berufes zu verwirklichen:



EINEN CHRONISCH KRANKEN MENSCHEN ZU BEGLEITEN, ZU UNTERSTÜTZEN UND SICHERHEIT ZU GEBEN!

DR. FLORIAN SCHUCH



LINKS

Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e.V.
www.forum-rheumanum.de

Rheumatologische Fachassistenz DGRh
www.dgrh.de

Rheumatologische Fortbildungsakademie
<https://rheumaakademie.de/10.html>

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh)
www.bdrh.de

LITERATUR

REFERENZEN ¹Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73(3):492-509 | ²Bryant RV, Costello SP, Schoeman S, et al. Limited uptake of ulcerative colitis "treat-to-target" recommendations in real-world practice. *J Gastroenterol Hepatol* 2018;33(3):599-607 | ³Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: Treatment targets for plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2017;76(2):290-298 | ⁴Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, et al. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. *Z Rheumatol* 2017;76:195-207 | ⁵BMG. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html> | ⁶De Thurah A, Esbensen BA, Roelsgaard IK, Frandsen TF, Primdahl J. Efficacy of embedded nurse-led versus conventional physician-led follow-up in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open* 2017;3(2):e000481 | ⁷Hoeper K. [Effectiveness of nurse-led care: a prospective randomized controlled multicenter study (ERFASS)]. *Z Rheumatol* 2020;79(Suppl 2):49-51 | ⁸Hoeper JR, Gauler G, Meyer-Olson D. Effect of nurse-led-care on patient outcomes in rheumatoid arthritis in Germany: a multicentre controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2020;79(Suppl 1):97-98. Abstract OP0154-HPR | ⁹Braun J, Krause D. Stärker-Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen (01NVF17004). *Aktuelle Rheumatologie* 2018;5:410-411 | ¹⁰Mergenthal K, Guthlin 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 (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2016 | ¹¹Krause A, Schuch F, Braun J, et al. [Delegation of medical tasks in rheumatology]. *Z Rheumatol* 2020;79:123-131 | ¹²Bundesmantelvertrag-Ärzte. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. In: GKV-Spitzenverband KB, ed. Anlage 24, Stand 2015.

VORSCHAU
AUF DIE NÄCHSTE AUSGABE

JURISTISCHE BETRACHTUNG

Darstellung der aktuellen Rechtsprechung, wie ist die rechtliche Auslegung insgesamt?

- Welche Maßnahmen müssen zur Absicherung getroffen werden
- Beispiele aus anderen Fachrichtungen mit juristischer Begleitung
- Was können Rheumatologen von den Zahnärzten lernen?
- Hausarzt mit Erfahrung VERAH?
- Welche Haftung trifft die RFA persönlich?
- Braucht die RFA eine eigene Haftpflichtversicherung?
- Kann die RFA selbst verklagt werden?
- Kann der Arbeitgeber die RFA in Regress nehmen?
- Kann die RFA als Selbstständige ihre Dienste verschiedenen Praxen anbieten?
- Welche Vereinbarungen dürfen oder sollten für die Kostenübernahme zur Fortbildung RFA getroffen werden?
- Welche rechtlichen Voraussetzungen müssen bei besonderen Verträgen mit Krankenkassen getroffen werden?

FINANZIERUNG

Neben der juristischen Absicherung steht die Frage der Finanzierung im Fokus.

Man muss doch erstmal in Vorleistung gehen, wenn man was ändern möchte. Es geht doch nicht immer nur ums Geld!

- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit
- Vergütungsmöglichkeiten durch die GKV/PKV/ASV/Selektivverträge
- Ausblick (Erarbeitung Finanzierungsmodell Deliver Care)

Besondere Finanzierungsaspekte:

- Welche Vergütungsmodelle gäbe es?
- Gespräche mit KVen und KBV
- Welche Lesitungen sind in der ASV abrechenbar?
- Welche Möglichkeiten bieten besondere Verträge mit Krankenkassen?
- Wie werden die Leistungen der Fachassistenz kalkuliert?

MEDIZINISCHE/ORGANISATORISCHE BETRACHTUNG

Grundvoraussetzung ist eine Personalanalyse, wer aus dem Kreis der RFAs für Delegationstätigkeiten infrage kommt und eine Analyse der Praxisabläufe, um gegebenenfalls Umstrukturierungen/Arbeitsumverteilungen initiieren zu können.

Schulungs- und Trainingsmöglichkeiten, die vom Praxisinhaber als interne Fortbildung gestellt werden.

- Welche Aufgaben können konkret wie übernommen werden?
- Spezifische Fragen: inwieweit kann die RFA in die Aufklärung hinzugezogen werden?
- Praktische Beispiele, z. B. Anamneseerhebung anhand einer Checkliste
- Telefon-Helpline? Videosprechstunde?
- Ernährungsberatung
- Medikamenteneinnahme
- Beratung zur Reha
- Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung
- ERFASS: was bedeutet das für die Praxis?

HIER STEHT EINE ANZEIGE.