

Fortbildungsmotivation von Arzthelferinnen – Ergebnisse einer Befragung

Motivational Aspects of Medical Staff Assistants Regarding Further Education – Results of a Survey

Autor

C. Mahler, J. Trieschmann, J. Szecsenyi, T. Rosemann

Institut

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Schlüsselwörter

- Arzthelferin
- Fortbildung
- Fortbildungsmotivation
- Versorgung chronisch Kranker

Key words

- practice assistant
- further training
- motivation for training
- health care of patients with chronic diseases

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-977708
 Online-Publikation: 2007
 Z Allg Med 2007; 83: 191–196
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

C. Mahler M.A.
 Abteilung Allgemeinmedizin
 und Versorgungsforschung
 Universitätsklinikum
 Heidelberg
 Voßstrasse 2, Geb. 37
 69115 Heidelberg
 cornelia.mahler@med.uni-
 heidelberg.de

Zusammenfassung



Einleitung: Die neue Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (MFA), die seit dem 1.8.2006 in Kraft ist, ersetzt die Ausbildung zur Arzthelferin und qualifiziert die Mitarbeiterinnen in einem veränderten Tätigkeitsprofil. Themen wie Praxismanagement und -organisation, die einen zunehmend größeren Umfang in der Arztpraxis einnehmen, sowie Kompetenzen im Bereich Kommunikation, Qualitätsmanagement und Prävention sind wichtige Bereiche, in denen Angestellte in Arztpraxen qualifiziert sein müssen. Valide Daten existieren weder zur Motivation von Arzthelferinnen im Hinblick auf ihre Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, noch zu inhaltlichen Themen. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, Informationen über die Motivation, über mögliche Hinderungsgründe sowie thematische Interessen zu gewinnen.

Methoden: Querschnitterhebung auf Basis eines teilstandardisierten Fragebogens mit geschlossenen und offenen Fragen im Rahmen einer Veranstaltung des Universitätsklinikums Heidelberg. Erfasst wurden soziodemographische Daten, die aktuelle Arbeitssituation sowie bisheriges Fortbildungsverhalten, förderliche und hinderliche Faktoren sowie bevorzugte Fortbildungsthemen.

Ergebnisse: Der Rücklauf betrug 64,5%. Wichtigster Grund für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ist das Bedürfnis, die Fachkenntnisse zu erweitern. Angaben zu Fortbildungshindernissen wurden nur in 68,5% der abgegebenen Bögen gemacht. Als bevorzugtes Fortbildungsthema rangieren Praxisorganisation und -management an erster Stelle (64,4%), dicht gefolgt von Gesundheitsaufklärung und -beratung (57,5%) und spezifischen Krankheitsbildern (49,3%).

Schlussfolgerungen: Eine grundsätzliche Bereitschaft zur Fortbildung liegt bei den Arzthelferinnen vor. Diese sollte gezielt genutzt werden, um die Herausforderungen, die sich etwa aus

Abstract



Introduction: A new regulation for the training of medical staff assistants was introduced on 1 August 2006, replacing the old curriculum. Issues such as management and organization, communication skills, quality management and prevention are becoming more relevant in everyday practice and are areas in which staff needs to be qualified. Valid data exists neither regarding the motivation of practice assistants to take part in further training nor to their subjects of interest. Aim of the study was to receive information on motivation and hindering reasons for further training of practice staff as well as to gather topics of interest.

Methods: A cross-sectional survey based on a partly standardized questionnaire was handed out during a half day event of further education at the University Hospital Heidelberg. Data was collected on socio-demographic data, the actual working situation as well as on motivation and hindering reasons for further training and topics of interest.

Results: Return rate was 64.5%. Main reason to take part in further training is to broaden expert-knowledge. Only 68.5% gave data on reasons for not participating in further training. The most popular topics were practice organization and management (64.4%), health education and counselling (57.5%) followed by information on specific diseases (49.3%).

Conclusions: Practice assistants in general are prepared to take part in training sessions. This should be used to promote structural changes in health care services. A large amount of research needs to be initiated regarding the motivation of practice assistants in continuous professional education and also regarding the requirements which practice assistants will need in future in order to deliver patient care.

der strukturierten Versorgung chronisch Kranker ergeben, zu bestehen. Ein erheblicher Forschungsbedarf besteht in Bezug auf die Fortbildungsmotivation wie auch in Bezug auf die Anforderungen, die in Zukunft an die Arzthelferinnen/MFA in der Patientenversorgung gestellt werden.

Einleitung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2005 rund 316.000 Frauen in Arztpraxen beschäftigt. Arzthelferinnen stellen somit nach den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege die zweitgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar [1]. Zum 1.8.2006 ist die neue Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (MFA) in Kraft getreten, die die bisherige Ausbildung zur Arzthelferin ersetzt [2]. Die Reform der Ausbildung wurde vorangetrieben, da die veränderten Anforderungen an den Beruf und neue Aufgabengebiete der Helferinnen nur unzureichend in der Ausbildungsverordnung von 1985 ihre Berücksichtigung fanden [3]. Neue Inhalte, insbesondere im Bereich Kommunikation, Patientenbetreuung, Praxisorganisation, Qualitätssicherung, EDV, Notfallmedizin sowie Prävention und Gesundheitsberatung sollten ihren Eingang finden, um die neuen Aufgaben qualifiziert ausüben zu können und dem Wandel, dem die Praxen aufgrund veränderter struktureller Bedingungen im Gesundheitssystem unterworfen sind, Rechnung zu tragen [4]. Diese strukturellen Veränderungen betreffen die Arzthelferin/MFA insbesondere in den Bereichen Praxismanagement und Patientenmanagement [3].

1. Praxismanagement

Im Bereich des Praxismanagements ergeben sich neue Anforderungen durch die Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements, durch gesetzlich bedingte neue Abrechnungs- und Dokumentationsmodalitäten sowie durch den zunehmenden Einsatz von EDV. Die Einführung des Qualitätsmanagements beschränkt sich dabei nicht nur auf die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen sondern betrachtet die Praxis als Gesamtkomplex. Dabei sind auch Teamaspekte, Patientenzufriedenheit, Hygiene und Praxisdarstellung wichtige Komponenten. In diesen Bereichen nimmt die Arzthelferin/MFA eine wichtige Rolle ein. Insbesondere in größeren Praxen verschieben sich die Aufgaben in den Bereichen der Personalführung, der Betriebswirtschaft (Abrechnung) sowie des Informations- und Qualitätsmanagements in Richtung Arzthelferin [2].

2. Patientenmanagement

Im Bereich des Patientenmanagements hat die Einführung neuer Versorgungsformen wie etwa die Disease Management Programme (DMP) in vielen Praxen dazu geführt, dass zunehmend neue Verantwortlichkeiten auf die Arzthelferin übertragen wurden. Aufgaben für die Arzthelferin/MFA sind zum Beispiel die Umsetzung von so genannten Recall-Systemen, um Patienten regelmäßig zu bestimmten Untersuchungen oder Kontrollen einzubestellen. Gerade im Rahmen der DMPs werden Helferinnen – wenn auch mit einer hohen Varianz zwischen den einzelnen Praxen – verstärkt in Diagnostik und Therapie einbezogen: So erfassen sie beispielsweise den Fußstatus eines Diabetiker-Patienten oder sie führen Schulungen zum Thema Ernährung und/oder Handhabung von Insulin-Pens durch. Diese Tätigkeiten können auch in Form von speziellen Sprechstunden

stattfinden, die von entsprechend qualifizierten Arzthelferinnen/MFA, organisiert werden.

Ein erfolgreiches Patientenmanagement zeichnet sich durch eine langfristige Patientenbindung und durch Patientenzufriedenheit aus. Insbesondere bei chronisch kranken Patienten entsteht über den langen Zeitraum der Betreuung eine Beziehung, nicht nur zum Hausarzt, sondern auch zu den Helferinnen der Praxis. Fragen und Anregungen zur Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung, Anhaltspunkte für Betroffenenengruppen oder praktische Hinweise zur Lebensführung werden oft an die Helferinnen gestellt, da die Zeit, die der Arzt zur Verfügung hat, begrenzt ist. Die Zunahme chronischer Erkrankungen einerseits und die Nachwuchsprobleme gerade in der hausärztlichen Versorgung andererseits, werden eine entscheidende Rolle für den zunehmenden Einbezug der Helferinnen spielen. Hinzu kommt, dass strukturierte Konzepte der Patientenversorgung, wie etwa das Chronic Care Model, die einen proaktiven, auf Selbstmanagement abzielenden Ansatz verfolgen, den Einbezug von weiteren Berufsgruppen geradezu erzwingen [5–7].

Fortbildungsmöglichkeiten und Fortbildungsmotivation von Arzthelferinnen

Damit Praxismitarbeiter zielgerichtet auf Qualifizierungsmaßnahmen angesprochen werden können, ist es wichtig, zum einen die verschiedenen Möglichkeiten der Fortbildung zu kennen und zum anderen Aussagen zur Fortbildungsmotivation machen zu können. Das Fort- und Weiterbildungsangebot für Arzthelferinnen stellt sich derzeit unkoordiniert und unübersichtlich dar.

Weiterqualifikation

Im Bereich der Weiterqualifikation gibt es für die Helferinnen kein erkennbares Qualifizierungskonzept [3]. Fehlende Konzepte und geringe Verwertbarkeit der erworbenen Qualifikationen aus Sicht der Arzthelferinnen stehen hier in einer wechselseitigen Beziehung. Vertikale oder horizontale Aufstiegsmöglichkeiten sind mit den aktuellen Weiterbildungsangeboten kaum realisierbar und nicht auf eine Ausweitung des Tätigkeitsspektrums ausgerichtet [4].

Fortbildungen

Fortbildungen werden von einer Vielzahl an unterschiedlichen Trägern angeboten: wie etwa Landesärztekammern, dem Verband Medizinischer Fachangestellte e.V. mit einem eigenen Bildungswerk, den Industrie und Handelskammern, privaten Bildungseinrichtungen oder auch seitens der Pharmaindustrie. Der Berufsverband für Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e.V. hat eigens 2001 eine Zusammenstellung bestehender Möglichkeiten erarbeitet mit der Absicht, etwas Transparenz in den „Fort- und Weiterbildungsdschungel“ der Arzthelferinnen zu geben [8]. Das Angebot an Fortbildungsmaßnahmen für Arzthelferinnen ist begrenzt. Das Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BiBB) untersucht in regelmäßigen Abständen den Datenbestand der Datenbank KURS – eine Datenbank für Aus- und Weiterbildungsangebote der Bundesagentur für Arbeit¹. Die Entwicklung von 2001 zu 2002 zeigt eine deutliche Zunahme der Weiterbildungsintensität im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Dies ist Ausdruck der veränderten Anforderungen in den Betrieben. Die Zunahme an Kursen für Arzthelferinnen liegt mit 1,6%

¹ <http://infobub.arbeitsagentur.de/kurs/index.js>

der angebotenen Maßnahmen an letzter Stelle im Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufe [9].

Die einzigen Informationen zur Fortbildungsmotivation von Arzthelferinnen, beziehen sich auf eine bundesweite Bestandsaufnahme und werden bei Mettin (1999) näher erläutert [4]. Demnach ist die Motivation der Arzthelferinnen, sich weiterzubilden fast ausschließlich intrinsischer Natur: Stärkung des Selbstwertgefühls, Ehrgeiz und persönliche Profilierung. Die Übernahme einer Führungsfunktion wird nicht als Beweggrund benannt. Als Hinderungsgründe für die Teilnahme werden Zeitmangel, die familiäre Situation, Angst vor Misserfolg, Alter, finanzielle Probleme, Entfernung zur Weiterbildungsstätte und fehlende Information diskutiert [8].

Neben den oben genannten intrinsischen Motivationsfaktoren spielen auch extrinsische Faktoren, wie die Aufforderung durch einen Vorgesetzten oder arbeitsmarktbezogene Aspekte, eine Rolle [10]. Weitere Einflussfaktoren auf das Fort- und Weiterbildungsverhalten sind Alter, Schulabschluss, Geschlecht und Nationalität [11].

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, die Häufigkeit der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu eruieren, sowie Gründe für und die Hindernisse gegen eine Teilnahme zu erfahren. Darüber hinaus sollte erfasst werden, welche Themen Arzthelferinnen als interessant erachten und welche erwarteten Auswirkungen eine Fortbildung nach ihrer Einschätzung auf ihre Arbeitssituation haben könnte.

Methoden

Auf Grundlage eines Fragebogens zum Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals [12], wurde ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen und der Möglichkeit von Freitextangaben entwickelt, da keine etablierten Instrumente hierzu existieren. Der Bogen wurde einem Pre-Test mit Arzthelferinnen des Berufsverbandes für Arzt-, Zahnarzt und Tierarzthelferinnen (BdA) unterzogen. Anschließend wurde der Fragebogen um einige Items ergänzt und Änderungen zur besseren Verständlichkeit vorgenommen. Der endgültige Fragebogen wurde am Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin im Frühjahr 2006 eingesetzt. Jede der teilnehmenden 138 Arzthelferinnen erhielt den Fragebogen zusammen mit ihrer Tagungsmappe. Die Bögen konnten während bzw. nach der Veranstaltung in speziell dafür vorgesehenen Boxen abgegeben werden. Die Dateneingabe und Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 12.0. Die deskriptive Auswertung umfasst Häufigkeit bei kategorialen Merkmalen sowie Mittelwert und Standardabweichung bei stetigen Werten.

Ergebnisse

Von den 138 ausgeteilten Fragebögen wurden 89 abgegeben und ausgewertet, der Rücklauf beträgt somit 64,5%.

Die Stichprobe bestand aus weiblichen Personen im Alter zwischen 17 und 59 Jahren (35,6/SD 12,7 Jahre). 81 (91%) der Befragten hatten eine Ausbildung als Arzthelferin absolviert, 5 (5,7%) hatten eine Ausbildung in der (Kinder-) Krankenpflege und 2 (2,3%) der Befragten verfügen über eine sonstige Ausbildung. 7 der Teilnehmerinnen befanden sich noch in Ausbildung zur Arzthelferin.

Eine Zusatzqualifikation wiesen 27 der Befragten auf, wobei 8 Arzthelferinnen sogar 2 (n=6) oder 3 (n=2) Zusatzqualifikationen erworben haben.

Auf die Frage, wie viele Jahre sie bereits als Arzthelferin tätig sind, gaben 39 (45,4%) an, bis 10 Jahre im Beruf zu sein. 11 (12,8%) arbeiteten zwischen 10 und 15 Jahren als Arzthelferin und 36 (41,9%) waren bereits über 15 Jahre als Arzthelferin tätig. Knapp über die Hälfte der Arzthelferinnen arbeitete Vollzeit (48; 54,5%). 40 (45,5%) waren in Teilzeitbeschäftigung mit einem wöchentlichen Stundenumfang zwischen 4 und 33 Stunden (Mittelwert 20,6; SD 7,4). Annähernd die Hälfte der Arzthelferinnen hatten – meist ein oder zwei – Kinder. Je länger die Arzthelferinnen im Beruf tätig sind, desto häufiger arbeiteten sie in Teilzeit: Von den 42 teilzeitbeschäftigten Arzthelferinnen arbeiteten bereits 35 (83,3%) über 10 Jahre im Beruf.

Berufsbezogene Fortbildungsmaßnahmen wurden von 62,5% der Arzthelferinnen ein- bis dreimal im Jahr wahrgenommen, mehr als 3 Fortbildungen im Jahr sogar von etwa einem Viertel der Befragten (26,1%).

Zur Beantwortung der Frage „Aus welchen Gründen würden Sie an einer Fortbildung teilnehmen?“ konnten maximal 3 Antworten angekreuzt werden. Alle Befragten gaben als Grund die Erweiterung der Fachkenntnisse an. Als zweithäufigste Nennung wurden Anregungen für die Veränderungen im täglichen Umfeld angegeben. **Tab 1** zeigt die Häufigkeit der Nennungen der einzelnen Kategorien. Auf 6 der 88 Bögen wurden mehr als 3 Antwortmöglichkeiten angekreuzt – 5 haben noch zusätzlich die Kategorie „Anregungen für Veränderungen im täglichen Arbeitsfeld erhalten“ angegeben; auf einem Bogen waren alle Antwortmöglichkeiten angegeben.

Zu dem Themenbereich „Hinderungsgründe für die Teilnahme an Fortbildungen“ (**Tab. 2**) wurden auf 61 der 89 Bögen (68,5%) Angaben gemacht. Auch hier konnten maximal 3 Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden, die allerdings nicht von allen genutzt wurden (Mittelwert: 1,6 Antworten). Als häufigste Antwort wurde angegeben, dass Fortbildungen zu teuer (n=26; 42,6%) und mit der familiären Situation nicht vereinbar (n=24; 39,3%) sind. Mangelnde Aufstiegschancen waren für ein Viertel der Befragten ein Hinderungsgrund für eine Fortbildungsteilnahme.

Zur Frage nach thematischen Interessen für Fortbildungen wurden 8 Themen zur Auswahl gegeben, sowie die Möglichkeit zur Freitextangabe. Um die Trennschärfe zu erhöhen, sollten maximal 4 Antworten angekreuzt werden. Auf 3 Bögen waren mehr als 4 Themen angekreuzt.

Das größte Interesse bestand mit 56 Nennungen an den Themen „Praxisorganisation und Management im Praxisalltag“. Ebenfalls starkes Interesse zeigten die befragten Arzthelferinnen an Themen zur Gesundheitsaufklärung und Beratung von Patienten (n=50), aber auch an Themen, die einzelne spezifische Krankheitsbilder betreffen. (**Tab. 3**)

Die Befragten wurden gebeten das bestehende Fortbildungsangebot für Arzthelferinnen zu beurteilen. Hier zeigt sich ein sehr inhomogenes Bild. Ein Drittel (n=29; 33,3%) gaben an, dass

Tab. 1 Gründe für die Teilnahme an einer Fortbildung (N=88)

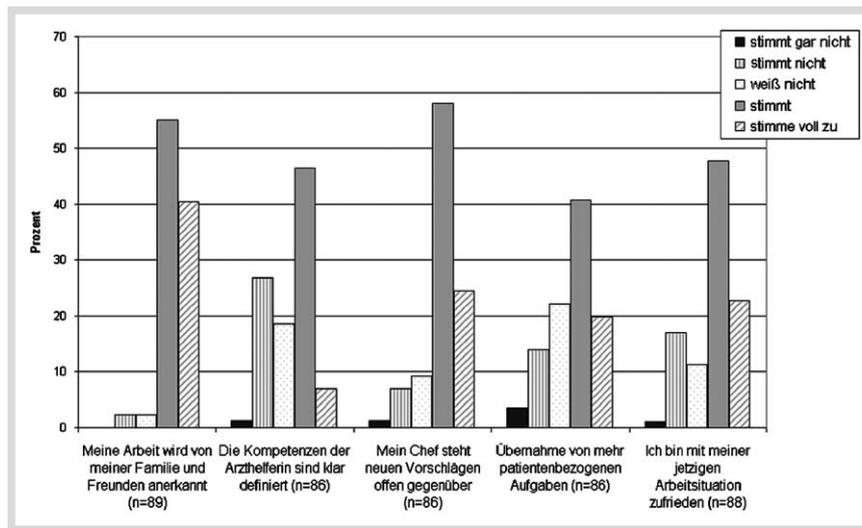
	N	Prozent
Fachkenntnisse erweitern	88	100,0%
Anregungen für Veränderungen im täglichen Arbeitsumfeld erhalten	71	80,7%
Verantwortung erweitern	33	37,5%
Mit Stressfaktoren besser umgehen können	22	25,0%
Anerkennung erhalten	12	13,6%
Sonstige Gründe: Arzt möchte das	2	2,3%

Tab. 2 Hindernisse für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (N=61)

	N	Prozent
Fortbildungen sind zu teuer	26	42,6%
Fortbildungen sind zeitaufwendig und mit meiner familiären Situation nicht vereinbar	24	39,3%
Es gibt keine Aufstiegschancen für mich.	15	24,6%
Ich befürchte, das Erlernete nicht in der Praxis umsetzen zu können	12	19,7%
Ich weiß nicht an wen ich mich wenden soll. Das Fortbildungsangebot ist unübersichtlich	8	13,1%
Ich bekomme für Fortbildungen keine Anerkennung.	6	9,8%
Zu weiter Anfahrtsweg/Entfernung	3	4,9%
Andere Termine	2	3,3%
Noch in der Ausbildung	2	3,3%
Sonstiges: Es gibt Chefs, die übermotiviert die Arzthelferinnen gar nicht möchten	1	3,3%

Tab. 3 Welche Themen Interessieren Sie besonders? (N=87)

	N	Prozent
Organisation, Management der Praxis	56	64,4%
Gesundheitsaufklärung/-Beratung	50	57,5%
Spezifische Krankheitsbilder	42	49,3%
Prävention	39	44,8%
Neue Versorgungsformen z.B. DMP	33	37,9%
Qualitätsmanagement	25	28,7%
Moderne Kommunikations- und Informationstechniken (EDV)	22	25,3%
Gesundheit/ Schönheit/ Wellness	14	16,1%
Sonstige Themen: Teamarbeit, psychologische Begleitung chronisch kranker, Herz/EKG, Geriatrie	5	5,7%
Abrechnung	3	3,4%

**Abb. 1** Fragen zur Beurteilung der Arbeitssituation der Arzthelferinnen.

das Angebot für Arzthelferinnen ausreichend oder sehr gut ist. Fast die Hälfte (42,5%) der Arzthelferinnen bemängelte die Übersichtlichkeit des Fortbildungsangebotes.

Von ihrem Chef bzw. Vorgesetzten erfahren 77 (87,5%) der Arzthelferinnen Unterstützung bei der Teilnahme an Fortbildungen. Für 51 (78,3%) Arzthelferinnen geschieht dies durch die Übernahme der Tagungsgebühr, Fahrkosten oder Bezahlung von Überstunden und/oder die Freistellung von der Arbeit (n=39; 56,5%). Auch eine „Anerkennung“ und der „Hinweis auf Fortbildungen“ werden von den Arzthelferinnen als Unterstützung durch ihren Arbeitgeber angesehen.

Über die Hälfte der Arzthelferinnen (60,2%) zeigten sich bereit, einen eigenen finanziellen Beitrag für die Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme zu leisten.

Im Hinblick auf die Frage nach der Übernahme von mehr patientenbezogenen Tätigkeiten zeigte sich ein uneinheitliches Bild unter den Arzthelferinnen: 60,5% der Arzthelferinnen würden gerne mehr patientenbezogene Aufgaben in der Arztpraxis übernehmen („stimmt“ bzw. „stimme voll zu“). Weitere 20,1% waren noch unentschieden bezüglich der Übernahme patientenbezogener Tätigkeiten, und 17,5% möchten keine weiteren patientenbezogenen Tätigkeiten übernehmen. (© Abb. 1)

Diskussion



Die wichtigste Motivation von Arzthelferinnen an einer Fortbildung teilzunehmen resultiert aus dem Wunsch, die Fachkenntnisse zu erweitern sowie Anregungen für Veränderungen im täglichen Umfeld zu erhalten. Als Fortbildungshindernisse werden finanzielle Aspekte angeführt sowie die Unvereinbarkeit der Fortbildungsmaßnahme mit der familiären Situation. Gleichzeitig sind Arzthelferinnen bereit, einen finanziellen Beitrag zur Fortbildung zu leisten. Themen zur Praxisorganisation und zum Praxismanagement sind von besonderem Interesse, aber auch patientenbezogene Themen wie Gesundheitsaufklärung und Beratung sowie Fortbildungen zu spezifischen Krankheitsbildern werden als positiv erachtet. Aus Sicht der Ärzte werden laut Befragung von Meye folgende Bereiche bei den Arzthelferinnen als vorrangig verbesserungsbedürftig eingestuft [13]: an erster Stelle steht die Praxisorganisation mit 81,8%, gefolgt von psychosozialer/kommunikativer Kompetenz (80,4%) und medizinisch-fachlichem Wissen (54,4%). Genau diese Themen werden, von den Arzthelferinnen als Fortbildungsthemen besonderes gewünscht. Da so gut wie keine empirischen Daten zum Thema Fortbildungsmotivation bei Arzthelferinnen vorliegen, ist der Vergleich unserer Daten mit anderen Untersuchungen schwierig. Die Studie von Mettin et al. [4] legte den Schwerpunkt der Untersuchung auf die Weiterqualifizierung im Sinne einer Aufstiegsfortbildung. Mettin zeigte, dass die Motivation zur Weiterqualifizierung vorwiegend im persönlichen Bereich liegt. Unsere Befra-

gung zeigt, dass Arzthelferinnen an Fortbildungen teilnehmen, um ihr fachliches Wissen zu aktualisieren und um dieses neu erworbene Wissen mit in die Veränderung der Praxisstruktur einzubringen. Dies erscheint insofern plausibel, da die Praxisorganisation nach wie vor die Domäne der Helferin ist und sich der Druck zur Rationalisierung von administrativen Abläufen, durch deren immense Zunahme, deutlich erhöht hat.

Die Übernahme von Verantwortung als Motivation für eine Fortbildungsteilnahme ist in unserer Befragung mit 37,5% der Befragten deutlich höher als bei Schwäbe [3] mit 10%. Ursache für diesen Unterschied könnte die Auswahl der Stichprobe sein, die sich aus einer Fortbildungsveranstaltung mit motivierten Teilnehmerinnen rekrutierte. Diese Bereitschaft widerspricht bisherigen Vermutungen, die davon ausgehen, dass aufgrund geringer Aufstiegschancen eine Übernahme an Verantwortung in der Praxis nicht attraktiv erscheint [3,4]. Hier öffnet sich ein neues Forschungsfeld, indem näher untersucht werden müsste welche Rahmenbedingungen die Übernahme von Verantwortung in den Praxen begünstigt – sowohl im persönlichen Bereich der Arzthelferin/MFA wie auch in der Struktur der Arztpraxis. Dies ist wichtig, um Anhaltspunkte zu erhalten wie Praxen unterstützt werden können bei der Anpassung der Strukturen für die zukünftige Herausforderung in der strukturierten Versorgung chronisch kranker Patienten.

Nur 68% der Befragten haben Hinderungsgründe für die Teilnahme an Fortbildungen angegeben. Ob dies so zu deuten ist, dass nur wenige Arzthelferinnen sich an der Teilnahme gehindert fühlen, oder dass sie sich hierzu bislang noch keine Gedanken gemacht haben, ist aus der Untersuchung nicht zu beantworten.

Da die Hälfte der Arzthelferinnen noch Kinder zu versorgen hat erscheint es nachvollziehbar, dass familiäre Gründe als wichtiges Hindernis angegeben wurden. Die Möglichkeit an Fortbildungen teilzunehmen, die während der regulären Arbeitszeit stattfinden, könnte einen zusätzlichen Anreiz darstellen.

Unsere Befragung bestätigt die Ergebnisse von Rosemann 2006, der in einer qualitativen Studie zeigen konnte, dass Arzthelferinnen sich vorstellen könnten, mehr patientenbezogene Tätigkeiten, insbesondere Beratungsaufgaben, zu übernehmen [14]. Die bisherigen Untersuchungen legen nahe, dass Arzthelferinnen bislang nur wenig in die Versorgung von Patienten eingebunden werden. Ärzte betrachten eine intensivere Einbindung der Helferinnen in den Behandlungsprozess wesentlich skeptischer, als die Patienten selbst dies tun. Auch die befragten Helferinnen konnten sich eine intensivere Beteiligung vorstellen, insbesondere im Bereich der Patienteninformation [14].

Einige Einschränkungen sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten obgleich unsere Untersuchung eine der ersten ist, die sich diesem Thema annähert: der Anteil an motivierten Praxen und Arzthelferinnen ist unter Umständen überrepräsentiert da die Erhebung im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung stattfand. Dies kommt auch in der Stichprobenbeschreibung zum Ausdruck, die einen hohen Anteil an Arzthelferinnen, die mehrmals im Jahr (26,1%) an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Weiter ist die Bereitschaft der Praxisinhaber, ihre Arzthelferinnen in dem Besuch von Fortbildungsmaßnahmen finanziell zu unterstützen, relativ hoch. Im Gegensatz hierzu beschreibt Mettin 1999, dass bei den Ärzten zunehmend weniger eine Bereitschaft zur Finanzierung oder zur Beteiligung an Fortbildungskosten für Arzthelferinnen zu verzeichnen ist [4]. Häufig wurde von den Arzthelferinnen angegeben, dass die Praxisinhaber neuen Vorschlägen offen gegenüber stehen. Aus der Organisation der Veranstaltung ist bekannt, dass vereinzelt Arzthelfe-

rinnen am Tag der Allgemeinmedizin teilnehmen, die nicht von ihrem Chef unterstützt werden.

Erstaunlich ist, dass 47 (54,7%) der befragten Helferinnen bereits über 10 Jahre im Beruf tätig sind, obwohl Mettin beschreibt, dass ein Großteil der beschäftigten Frauen nach vierjähriger Berufstätigkeit aus dem Beruf aussteigt [4]. Es bleibt unklar worauf sich ihre Daten hierzu stützen. Die tatsächliche Anzahl der Arzthelferinnen und ihr Verbleib im Beruf sind nur schwer nachzuvollziehen, da es keine zentrale Erfassung der Arzthelferinnen und somit auch keine validen Daten hierzu gibt.

Schlussfolgerung



Eine Bereitschaft zur Fortbildung ist bei Arzthelferinnen grundsätzlich vorhanden wie auch das Interesse die gewonnen Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen. Um den zukünftigen Herausforderungen, die sich aus dem Ärztemangel, der Zunahme an chronisch Kranken und den Anforderungen an eine strukturierte Patientenversorgung ergeben, gerecht zu werden, ist es unabdingbar die gezielte Fort- und Weiterbildung von Arzthelferinnen zu fördern und zu unterstützen. Die Bereitschaft der Arzthelferinnen sich weiterzuqualifizieren sollte daher systematisch gefördert und gezielter genutzt werden.

Einige motivierte Arzthelferinnen haben für sich diesen konkreten Handlungsbedarf im Bereich der Fortbildung erkannt und sehen die Möglichkeit eine neue Rolle in der Versorgung einzunehmen durch die Übernahme von mehr Verantwortung. Es besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf, sowohl in Bezug auf die Fortbildungsmotivation wie auch in Bezug auf die Anforderungen, die zukünftig an die Arzthelferinnen/MFA in der Patientenversorgung gestellt werden. Untersuchungen zum aktuellen Einbezug von Arzthelferinnen in den Praxisalltag wie auch repräsentative Untersuchungen zu deren Fort- und Weiterbildungsverhalten sind notwendig.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt Gesundheitspersonal nach Berufen. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>. (letzter Zugriff 12-03-2007)
- 2 Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006. Bundesgesetzblatt 2006; Teil I: 1097–1108
- 3 Schwäbe N. Arzthelferin – ein Berufsbild im Wandel. *Z Allg Med* 2003; 79: 553–558
- 4 Mettin G. Arbeitsmarkt – Weiterbildung – professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt- und Zahnarzthelferinnen. In: Meifort B, Becker W, Csongär G, et al. Hrsg. Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung, 1999; 29–38
- 5 Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320: 569–572
- 6 Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27: 63–80
- 7 Wagner EH. Effective teamwork and quality of care. *Med Care* 2004; 42: 1037–1039
- 8 Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt und Tierarzthelf. e.V. Weiterbildung für Arzthelferinnen. Die Chance für die Zukunft. Starnberg: Schulz, 2001
- 9 Bundesinstitut für Berufsbildung Entwicklung des Weiterbildungsangebots in KURS von 2001 bis 2002 für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22_wlk_foko2_auswertung-KURS-Gesundheit_2003.pdf (letzter Zugriff 12-03-2007)

- 10 Münk D. Berufliche Weiterbildung: Grundlagen und Perspektiven im nationalen und internationalen Kontext. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 1997
- 11 Kuwan H, Thebis F. Berichtssystem Weiterbildung IX – Ergebnisse der Repräsentativbefragung zur Weiterbildungssituation in Deutschland. http://www.bmbf.de/pub/berichtssystem_weiterbildung_9.pdf (letzter Zugriff 12-03-2007)
- 12 Mahler C. Das Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals – Aspekte beeinflussender Faktoren. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg, 1998
- 13 Meye MR. Mehr Kompetenz in Praxisorganisation und Kommunikation erwartet. Dtsch Ärztebl 2001; 98: A2928–A2930
- 14 Rosemann T, Wensing M, Joest K, et al. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. BMC Musculoskelet Disord 2006; 7: 48

Zur Person

**Cornelia Mahler RN, M.A.**

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Magister der Erziehungswissenschaft. Derzeitige Tätigkeit: Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Projekten der integrierten Versorgung; Projektleitung Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin.

Buchbesprechung

Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften

Rolf Rosenbrock | Claus Michel

**Primäre Prävention**

Rosenbrock, R., Michel, C.

152 Seiten, broschiert, 29,90 €

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges., Berlin, 2007

ISBN-10: 3939069167

ISBN-13: 978-3939069164

Als Allgemeinmedizinerin nahm ich mir das Buch „Primäre Prävention“ von zwei Gesundheitswissenschaftlern vor, um einen Einstieg in ein Themenfeld zu finden, welches zunehmendes Interesse sowohl in der praktischen als auch der forschenden Allgemeinmedizin findet. Die „Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung“, so der Untertitel, sind auf der Grundlage von Beiträgen für den „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ (Beirat des Gesundheitsministerium) entstanden. Insofern handelt es sich um ein explizit gesundheitswissenschaftliches Buch mit einem gesundheitspolitischen Anliegen und weniger um einen medizinisch-praktischen Beitrag.

Die zentrale Aussage der Autoren ist, dass die Praxis der Prävention hinter dem verfügbaren Wissen zurückbleibt – und das, obwohl das verfügbare Wissen im Bereich der Präventionsforschung große Lücken aufweist.

Die ersten Kapitel bilden die wissenschaftstheoretische Grundlage der Analyse. So werden z.B. Interventionsformen wie Verhaltens- und Verhältnisprävention in ihren Anwendungsgebieten sowie ihren Vor- und Nachteilen erklärt. Es folgen Kapitel zu sozialen, ökonomischen und psychologischen Einflüssen auf Gesundheit. Man lernt globale Strategien wie die der WHO zur Verringerung der sozioökonomischen Chancenungleichheit für Gesundheit kennen und mit ihren zugrundeliegenden Forschungsergebnissen einzuschätzen. Psychologische Modelle für Gesundheitsverhalten und dessen Änderung, wie z.B. das health belief Modell oder die Theorie der Salutogenese, werden erst theoretisch dargestellt und dann in den Kapiteln über „Prävention in Städten und Betrieben“ mit Empirie vorgestellt.

Erfolgreiche Prävention soll Kontext-bezogen sein, sie muss die Lebenswelt der Menschen berücksichtigen, also bei den Problemen vor Ort ansetzen. Stadt und Betrieb bilden solche sozialen Settings, in denen Primärprävention erfolgreich sein kann. Die Autoren bieten einen Überblick über den Stand der laufenden Präventionsprojekte und -bemühungen.

Aber erst im Kapitel über AIDS-Prävention wird für mich als Leserin die oben genannte Grundaussage, dass nämlich der Stand der Forschung noch nicht genug Eingang in die Gesundheitspolitik gefunden hat, fassbar. Die Autoren weisen darin auf die notwendigen Voraussetzungen wie Kontextbezug und Partizipation der Zielgruppen an Präventionsstrategien hin, um dann den Inhalt der Kampagne auf Widersprüche abzuklopfen. Beispielhaft wird beschrieben, wie eine komplexe Präventionsstrategie funktioniert, welche Regeln gelten (sollten), nämlich die der Frühzeitigkeit, der Konsistenz und der Integration. Welche Hindernisse es bei der Umsetzung gibt; das liest sich wirklich gut. Die Übertragung dieser Regeln auf Präventionsstrategien bei Gesundheitsproblemen wie Nikotin- und Alkoholabusus, Fehlernährung und Bewegungsmangel wird nicht so deutlich dargestellt.

Im letzten Kapitel zum Stand und zu den Perspektiven primärer Prävention werden fünf zentrale Gründe für bestehende Defizite in der Präventionspolitik genannt – von denen interessanterweise einer der Dominanz der Medizin mit ihrem Schwerpunkt auf der Sekundär- statt Primärprävention ist.

Hier wird mir klar: Dies ist ein gutes Buch für alle politischen Menschen (die ich auch unter den Allgemeinmedizinern vermute), insbesondere aber für Politiker. Polemisch darf ein Sachverständigenrat nicht sein. Das Buch hätte es gedurft.

Cécile Othman, Düsseldorf